



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

PHCR

Primary Healthcare Reform Project

ԸՆՏԱՆԻՔՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ

ԵԼԱԿԵՏԱՅԻՆ ՓՆԱՀԱՏՈՒՄ

2006



Դեկտեմբեր, 2008 թ.

ՎԵՐԱՊԱՅՈՒՄ

Սույն հրապարակման մեջ արտահայտված հեղինակների կարծիքները պարտադիր չէ, որ արտացոլեն ԱՄՆ ՄԶԳ կամ ԱՄՆ կառավարության տեսակետները:

ԸՆՏԱՆԻՔՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋԱՊԱՅԱԿԱՆ ՅԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ

ԵԼԱԿԵՏԱՅԻՆ ՓՆԱՐԱՏՈՒՄ

2006 թ.

ՎԵՐԱՊԱՅՈՒՄ

Սույն հրապարակումն իրականացվել է ԱՄՆ Միջազգային զարգացման գործակալության (ԱՄՆ ՄԶԳ) աջակցությամբ՝ Հայաստանում Առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների ծրագրի կողմից: Այստեղ արտահայտված հեղինակների կարծիքները պարտադիր չէ, որ արտացոլեն ԱՄՆ ՄԶԳ կամ ԱՄՆ կառավարության տեսակետները:

Նախարան

Առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների (ԱԱՊԲ) ծրագիրը ԱՄՆ Միջազգային Ձարգացման Գործակալության (ԱՄՆ ՄԶԳ) կողմից ֆինանսավորվող հնգամյա (2005-2010թթ.) ծրագիր է, որն իրականացվում է «Էմերջինգ Մարկեթս Գրուփ» (ԷՄԳ) սահմանափակ պատասխանատվությամբ ընկերությանը 2005թ.-ի սեպտեմբերին շնորհված պայմանագրով: Ծրագրի հիմնական նպատակն է բարձրացնել առողջության առաջնային պահպանման կայուն և բարձրորակ ծառայությունների օգտագործումը՝ հօգուտ հայ ընտանիքների առողջության բարելավման: Այս նպատակն իրականացվում է՝ աջակցելով ՀՀ Առողջապահության նախարարությանը (ՀՀ ԱՆ) ներդնել փաթեթ՝ կազմված վեց միջոցառումներից, որոնք առողջապահական բարեփոխումները կապակցում են ծառայությունների մատուցման հետ այնպես, որ մեկը մյուսին լրացնելով՝ ստեղծեն սիներգիկ արդյունք: Նշված վեց միջոցառումները ներառում են. աջակցությունը առողջապահական բարեփոխումներին և քաղաքականությանը (այս միջոցառման բաղկացուցիչ մասն է բուժհաստատությունների վերանորոգումը և սարքավորումներով հագեցումը), բնակչության ազատ հավաքագրումը, ընտանեկան բժշկությունը, բուժօգնության որակի բարելավումը, առողջապահության ֆինանսավորումն ու բնակչության ուսուցումը, առողջության խթանումը և հիվանդությունների կանխարգելումը:

«Ինչպիսի՞ ներգործություն են ունենում այս միջոցառումները». սա հաճախ հնչող, սակայն հազվադեպ ֆինանսավորվող հարց է: Բարեբախտաբար, ԱԱՊԲ ծրագիրը ներդրել է մի գործընթաց, որը պատասխանում է «ներգործության» հարցին. մշակվել է վեց հարցաշարերից բաղկացած մի փաթեթ՝ ծրագրի առաջընթացը վերահսկելու և արդյունքները գնահատելու նպատակով: Այս հարցաշարերից երեքն ուղղված են բուժհաստատությունների գնահատմանը և նախատեսված են նախա- և հետծրագրային գնահատման մեթոդաբանության միջոցով ծրագրի ներգործության գնահատման համար առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) 164 հաստատություններում և դրանց ուղեգրման բուժհաստատություններում: Մյուս երեք հարցաշարերը նախատեսված են Հայաստանի բնակչության շրջանում տեղի ունեցող փոփոխությունների գնահատման համար՝ կիրառելով նույն նախա- և հետծրագրային գնահատման մեթոդաբանությունը:

Այս հաշվետվությունն ամփոփում է ընտանիքների առողջապահական ելակետային հետազոտության արդյունքները, որոնք անդրադառնում են ազատ հավաքագրման և ընտանեկան բժշկության վերաբերյալ բնակչության գիտելիքներին, մոտեցումներին և վարվելակերպին, հարցվողների առողջական վիճակի ինքնագնահատմանը, վաղ ախտորոշիչ և կանխարգելիչ ծառայությունների օգտագործմանը, բուժօգնության հասանելիությանը և բնակչության կողմից բուժօգնության որակի ընկալմանը: Այս հետազոտության արդյունքները նաև համեմատությունների հիմք են հանդիսանում հանրապետության ողջ տարածքում ծրագրի ազդեցության հետագա գնահատման համար:

Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնը, որը հանդիսանում է ԷՄԳ ենթակապալառուներից մեկը, ստանձնել է ԱԱՊԲ ծրագրի մոնիտորինգի և գնահատման հիմնական պատասխանատվությունը: Սույն ուսումնասիրության հեղինակներն են Անահիտ Դեմիրճյանը, Ծովինար Հարությունյանը, Վարդուհի Պետրոսյանը և Մայքլ Թոմփսոնը: Հարկ ենք համարում շնորհակալություն հայտնել նաև Հռիփսիմե Մարտիրոսյանին և Նունե Տռուզյանին ուսումնասիրության բոլոր փուլերում իրենց արժեքավոր մասնակցության համար, ինչպես նաև՝ մեր հարցազրուցավարներին (թիրախային մարզերի առողջության առաջնային պահպանման բժիշկներին)՝ տվյալների հավաքագրման գործում իրենց ցուցաբերած ջանքերի համար:

Վստահ ենք, որ այս ուսումնասիրության արդյունքներն արժեքավոր կլինեն ինչպես առավել տեղեկացված որոշումների կայացման միջոցով առողջապահական արդյունքների բարելավման, այնպես էլ՝ նոր ծրագրերի մշակման համար: Սույն հաշվետվությունն առկա է ԱԱՊԲ ծրագրի կայքում՝ www.phcr.am: Դրա վերաբերյալ մեկնաբանությունները և հարցերը կարող եք ուղարկել info@phcr.am ինտերնետային հասցեով:

Ռիչարդ Ա. Յոդեր
Ծրագրի ղեկավար, ԱԱՊԲ ծրագիր

Բովանդակություն

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ.....	IV
ՀԱՄԱՌՈՏԱԳԻՐ.....	V
1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ.....	1
2. ՄԵԹՈԴՆԵՐ.....	4
Հարցման հայեցակարգը.....	4
Հետազոտության մեջ ընդգրկման չափանիշները.....	4
Ընտրանքի ձևավորում.....	5
Հարցաթերթիկի մշակումը և նախնական փորձարկումը.....	7
Էթիկական նկատառումներ.....	9
Հարցման անցկացումը.....	10
Տվյալների վերանայում, մուտքագրում և մաքրում.....	10
3. ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ. ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՑԱՎԱՐԻ ԿՈՂՄԻՑ ԻՐԱԿԱՆԱՑՎՈՂ ՀԱՐՑՈՒՄ.....	11
Ադմինիստրատիվ /ընդհանուր.....	11
Կենսամակարդակ.....	16
Երեխաների առողջական վիճակի գնահատում.....	20
Վնասվածքներն ընտանիքի անդամների շրջանում.....	23
Բժշկի ընտրություն.....	25
Հանրության իրազեկությունը ազատ հավաքագրման վերաբերյալ.....	25
Ընտանեկան բժշկություն.....	27
Անվճար բուժսպասարկում.....	32
Համայնքի ներգրավումը.....	36
Առաջնային բուժօգնության մատչելիությունը.....	38
Վաղ ախտորոշիչ և կանխարգելիչ ծառայություններից օգտվելը.....	40
Երկրորդային կանխարգելում.....	48
4. ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ. ՊԱՏԱՍԽԱՆՈՂԻ ԿՈՂՄԻՑ ԻՆՔՆՈՒՐՈՒՅՆ ԼՐԱՑՎՈՂ ՀԱՐՑՈՒՄ.....	51
Ժողովրդագրական տվյալներ.....	51
Առողջական վիճակի ինքնագնահատումը.....	51
Սուր հիվանդությունների հաճախականությունը.....	56
Քրոնիկ հիվանդությունների տարածվածությունը.....	58
Առօրյա գործունեության սահմանափակումն առողջության պատճառով.....	62
Բավարարվածությունը սեփական առողջությամբ և կյանքով.....	65
Դեպրեսիայի տարածվածությունը հարցվածների շրջանում.....	68
Կենսակերպն ու առողջությունը.....	73
Մոտեցումներն առողջ ապրելակերպին.....	83
5. ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ.....	89
Իրազեկվածությունը ազատ հավաքագրման և ընտանեկան բժշկության մասին.....	91
Անվճար բուժսպասարկում.....	92
Համայնքի ներգրավումը.....	93
Առաջնային բուժօգնության մատչելիությունը.....	93
Կենսակերպ և առողջություն.....	94
6. ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ.....	98
ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ.....	101
ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ.....	103

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

ԱԱՊ	Առողջության առաջնային պահպանում
ԱԱՊԲ	Առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումներ
ԱՅ	Ազատ հավաքագրում
ԱԾՅԿ	Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոն
ԱՄՆ ՄՁԳ	ԱՄՆ Միջազգային զարգացման գործակալություն
ԲՄ	Բարեկեցության միավոր
ԳՄՎ	Գիտելիք, մոտեցում, վարվելակերպ
ԸԲ	Ընտանեկան բժշկություն
ԹԲՅ	Թոքերի քրոնիկ հիվանդություն
ՀԱՅ	Հայաստանի ամերիկյան համալսարան
ՀԺԱՅՅ	Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն
ՀՀ դրամ	(հետազոտության անցկացման պահի դրությամբ 1 ԱՄՆ դոլարը հավասար էր 374 ՀՀ դրամի)
ՀԿ	Հասարակական կազմակերպություն
ՀԾՓ	Հիմնական ծառայությունների փաթեթ
ՍԻՅ	Սրտի իշեմիկ հիվանդություն
ԿՄՊ	Կատարողականի մոնիտորինգի պլան
ՄԳ	Մոնիտորինգ և գնահատում

ՀԱՍՈՒՏԱԳԻՐ

Անցած երկու տասնամյակների ընթացքում Հայաստանի ազգաբնակչության առջև ծառայել էին առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) համակարգի բազմաթիվ լուրջ խնդիրներ, այդ թվում կանխարգելիչ և հիմնական բուժօժանություններից օգտվելու ցածր մակարդակը, ԱԱՊ ծառայություններ մատուցողների նկատմամբ վստահության պակասը, արտոնյալ/անվճար ԱԱՊ ծառայությունների վերաբերյալ լայն տարածում ստացած սխալ ընկալումները և ցածր իրազեկվածությունը, ինչպես նաև առողջության խթանման կամ բնակչության առողջապահական կրթության շարունակական ազգային ծրագրերի բացակայությունը: 2005թ. Ամերիկայի միացյալ Նահանգների Միջազգային զարգացման գործակալությունը (ԱՄՆ ՄԶԳ) մեկնարկեց Առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների (ԱԱՊԲ) ծրագիրը էներջինգ Սարկեսո Գրուպ, LՏԴ ընկերության (ԷՄԳ) հետ կնքված պայմանագրի շրջանակներում: ԱԱՊԲ ծրագրի հիմնական նպատակն է բարձրացնել առողջության առաջնային պահպանման կայուն և բարձրորակ ծառայությունների օգտագործումը՝ ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունները և ընտանեկան բժիշկների/բուժքույրերի կարողությունները զորացնելու, առողջական խնդիրների վերաբերյալ հանրության իրազեկվածությունը բարձրացնելու, բնակչության շրջանում բուժօգնության դիմելու մշակույթը զարգացնելու և ԱԱՊ ծառայությունների նկատմամբ պահանջարկը բարձրացնելու միջոցով:

Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնը, որը հանդիսանում է ԷՄԳ ենթակապալառուներից մեկը, ստանձնել է ծրագրի մոնիտորինգի և գնահատման հիմնական պատասխանատվությունը: Մոնիտորինգի և գնահատման թիմը յուրաքանչյուր թիրախային մարզում իրականացնում է մի քանի փոքրածավալ հետազոտություններ, որպեսզի գնահատի բուժհաստատությունների և սպասարկվողների մակարդակներում իրականացվող միջամտությունների արդյունավետությունը, ինչպես նաև ընտանիքների առողջապահական լայնածավալ հետազոտություն ողջ հանրապետության տարածքում, որպեսզի գնահատի ծրագրի ազդեցությունն ազգային մակարդակով: Ընտանիքների առողջապահական հետազոտության հիմնական նպատակն է գնահատել ազատ հավաքագրման և ընտանեկան բժշկության վերաբերյալ ազգաբնակչության գիտելիքները, մոտեցումներն ու վարվելակերպը, ուսումնասիրել հարցվողների կարծիքն իրենց առողջական վիճակի վերաբերյալ, վաղ ախտորոշիչ և կանխարգելիչ ծառայություններից նրանց օգտվելու աստիճանը, բուժօգնության հասանելիությունը և հարցվողների կողմից այդ օգնության որակի ընկալումը, ինչպես նաև ԱԱՊԲ ծրագրի կողմից իրականացվող առողջապահական կրթական միջոցառումներին նրանց մասնակցության աստիճանը:

Սույն ելակետային հարցումն իրականացվել է 2006թ. հոկտեմբեր-դեկտեմբեր ամիսներին՝ Հայաստանի ողջ տարածքից ներգրավված 2310 ընտանիքների շրջանում (մասնակցել են 210-ական ընտանիք բոլոր մարզերից և Երևանից): Յուրաքանչյուր մարզում հետազոտությունն իրականացվել է բնակչության թվին համամասն հավանականությամբ ձևավորված բազմափուլ խմբակային ընտրանքի մեթոդով: Վերջինս թույլ է տվել ստանալ ստույգ վիճակագրական տվյալներ մարզերի մակարդակում, կատարել միջմարզային համեմատություններ և կշռված միջինների հաշվարկի միջոցով ստանալ վիճակագրական պատկերը ողջ հանրապետության համար: Հարցաթերթիկը կազմված է եղել երկու մասից՝ հարցազրուցավարի կողմից հարցազրույցի ընթացքում լրացվող և պատասխանողների կողմից ինքնուրույն լրացվող: Հարցազրույցն անցկացվել է ընտանիքի իգական սեռի որևէ չափահաս (≥ 18 տարեկան) անդամի հետ՝ նախապատվությունը տալով մինչև 18 տարեկան երեխա ունեցող կանանց: Հետազոտության ինքնուրույն լրացվող մասը լրացրել է ինչպես հիմնական իգական սեռի հարցվողը, այնպես էլ՝ տվյալ ընտանիքի արական սեռի որևէ չափահաս (≥ 18 տարին լրացած) անդամ՝ նախապատվությունը տալով հիմնական հարցվողի անուսնուն: Հարցաթերթիկը մշակվել է Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի (ՀԱՀ) Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնի (ԱԾՀԿ) կողմից նախկինում անցկացված ընտանիքների առողջապահական հարցումների հիման

վրա՝ ԱԱՊԲ ծրագրի ընտանեկան բժշկության, բնակչության ուսուցման և ազատ հավաքագրման թիմերի հետ սերտ համագործակցությամբ: Հետազոտությունը կրկնվելու է հինգ տարի անց՝ ծրագրի գործունեության ավարտից հետո:

Ընդհանուր առմամբ, ելակետային տվյալները հաստատել են Հայաստանում նախկինում անցկացված լայնածավալ հետազոտությունների արդյունքները և զգալիորեն հարստացրել են գիտելիքները ազգաբնակչության առողջական իրավիճակի վերաբերյալ: Ստորև ներկայացված են ԱԱՊԲ ծրագրի և ՀՀ բնակչության առողջության բարելավմանն ուղղված գործունեությունն ծավալող այլ շահագրգիռ կազմակերպությունների համար հատկապես կարևոր և հետաքրքիր արդյունքները:

Առողջական վիճակի ինքնագնահատում

- Հարցվողների ավելի քան 60%-ն իր առողջական վիճակը գնահատել է “բավարար” կամ “վատ”:
- Ընդհանուր առմամբ, հարցվողներն իրենց առողջությունը բնութագրել են որպես վատթարացող, իսկ երեխաներինը՝ բարելավվող:
- Սուր հիվանդությունների դեպքերի տարեկան թիվը (բարձր ջերմություն, մրսածություն կամ փորլուծություն) իգական սեռի հարցվողների շրջանում կազմել է 4.3, իսկ արական սեռի՝ 6.2 (կշռված միջին ցուցանիշները ողջ հանրապետության համար եղել են համապատասխանաբար 3.8 և 7.1):
- Հարցվողների մեծ մասը (կանանց 55.2%-ը և տղամարդկանց 60.8%-ը. ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշների՝ համապատասխանաբար 55.7%-ը և 61.4%-ը) նշել է, որ տառապում է քրոնիկ հիվանդություններով: Ընտանիքի մյուս (սովորաբար, ավելի տարեց) չափահաս անդամների շրջանում այդ թիվն ավելի մեծ է եղել (64.3%), իսկ երեխաների շրջանում՝ ավելի փոքր (14.1%): Ամենից տարածվածը եղել են տեսողության հետ կապված խնդիրները (կանանց 22.4%-ի, տղամարդկանց 22.4%-ի և երեխաների 4.5%-ի մոտ), որին հաջորդել են հոդերի և ոսկրերի հետ կապված հիվանդությունները (կանանց 22.1%-ի և տղամարդկանց 22.4%-ի մոտ): Ընտանիքների մյուս չափահաս անդամների շրջանում որպես առավել տարածված խնդիր նշվել է զարկերակային զերծնշումը (28.7%-ի մոտ), որին հաջորդել են տեսողության հետ կապված խնդիրները (25.8%-ի մոտ):
- Հարցվողների միայն 8.6%-ն (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 7.7%) է նշել վնասվածքների կամ դժբախտ պատահարների առկայությունն ընտանիքի անդամների շրջանում վերջին 12 ամսվա ընթացքում:
- Իգական սեռի հարցվողների շուրջ երկու երրորդը և արական սեռի հարցվողների շուրջ կեսը նշել է, որ զրկված է ծանր ֆիզիկական վարժություններ կատարելու հնարավորությունից առողջական խնդիրների պատճառով:
- Սեփական առողջությունից և կյանքից բավարարվածության միջին ցուցանիշը կանանց շրջանում կազմել է 56.8%, իսկ տղամարդկանց շրջանում՝ 57.5% (կշռված հանրապետական ցուցանիշներն են, համապատասխանաբար, 57.5% և 59.8%):
- Ըստ հարցման ընթացքում կիրառված քսան հարցից բաղկացած դեպրեսիայի գնահատման սանդղակի, հարցմանը մասնակցած կանանց զրեթե կեսը և տղամարդկանց 37.8%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշներն են, համապատասխանաբար, 48.1% և 30.9%) ունի հավանական կամ հնարավոր դեպրեսիա: Հավանական դեպրեսիայի տարածվածությունը զգալիորեն ավելի բարձր է կանանց մոտ (30.4%; հանրապետական ցուցանիշը՝ 30.1%), քան՝ տղամարդկանց (18.5%; կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 13.9%):

Կենսակերպն ու առողջությունը

- Տղամարդկանց ավելի քան 60%-ը և կանանց 1.7%-ը (ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշների, համապատասխանաբար, 64.1%-ը և 3.6%-ը) նշել է, որ ներկայումս ծխում է: Տղամարդիկ նշել են, որ օրվա ընթացքում միջինում ծխում են 22.8 գլանակ, իսկ կանայք՝ որ միջինում 2.3:

- Ընդհանուր առմամբ, հետազոտված տնային տնտեսություններում ապրող մարդկանց 52.8%-ը ակտիվ (20.9%) կամ պասիվ (31.9%) ծխող է (պասիվ ծխողները սովորաբար կամ մշտապես ենթարկվում են ծխախոտի ծխի ազդեցությանը տանը):
- Հարցված տղամարդկանց 40%-ը և կանանց 4%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշներն են, համապատասխանաբար, 39.3% և 3.7%) նշել է շաբաթվա ընթացքում մեկ կամ ավելի անգամ ոգելից խմիչք օգտագործելու մասին: Գրեթե ամեն օր 5 և ավելի անգամ որևէ ոգելից խմիչք օգտագործող ընտանիքի անդամ ունեցող ընտանիքների թիվը կազմել է 12.7% (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 11.5%): Այս ցուցանիշը կանանց շրջանում եղել է 2.8%, իսկ տղամարդկանց՝ 27.2%:
- Հարցմանը մասնակցած կանանց շուրջ 4%-ը և տղամարդկանց 7.1%-ը նշել են, որ գիտեն իր բնակավայրում մեկին, ով թմրանյութեր է օգտագործում:
- Կանանց 60%-ը և տղամարդկանց 56.0%-ը կարծում են, որ առողջ լինելը նախ և առաջ բախտի բան է, քան որևէ այլ գործոնի:
- Կանանց 40%-ը և տղամարդկանց 44.7%-ը համաձայնել են, որ, ընդհանրապես, ավելի լավ է ինքնուրույն բուժվելը, քան՝ բժշկի դիմելը:

ԱԱՊ վաղ ախտորոշման կամ կանխարգելման ծառայություններից օգտվելը

- Հարցվողների շուրջ 26%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 27.9%) վերջին երկու ամիսների ընթացքում չի այցելել ԱԱՊ բուժօգնություն, նույնիսկ, երբ դրա կարիքը եղել է: ԱԱՊ ծառայություններից չօգտվելու հիմնական պատճառներն են դրամի բացակայությունը/ բուժօգնության թանկ լինելը (49.7%), ԱԱՊ բժշկի կամ նրա որակավորման նկատմամբ վստահության պակասը (16.7%), և ժամանակի պակասը (10.8%):
- Ընտրանքի ավելի քան 22%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 26.0%) նշել է, որ երբևէ չի օգտվել ԱԱՊ ծառայություններից:
- Հանձնարարված սկրինինգային քննություններից միայն զարկերակային ճնշման չափումն է եղել համեմատաբար տարածված (հարցվողների 76.9%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 76.6%) պարբերաբար չափել է զարկերակային ճնշումը): Աչքի ստուգում անցել է հարցվողների 37.6%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 42.7%), արգանդի վզիկի քերուկի ՊԱՊ հետազոտություն՝ 15.3%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 15.7%), արյան խոլեսթերինի որոշում՝ 11.0%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 11.8%): Կանայք հազվադեպ են դիմել մամոգրաֆիայի կամ կրծքագեղձի կլինիկական հետազոտության (համապատասխանաբար՝ 4.3%-ը և 2.9%-ը կամ, ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշների, համապատասխանաբար՝ 5.2%-ը և 3.2%-ը):
- Վերջին 12 ամսվա ընթացքում ընտանիքների միայն 12.8%-ի (ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշի՝ 13.8%-ի) անդամներն են այցելել ԱԱՊ բուժօգնություն հիվանդությունների կանխարգելման նպատակով:
- Ըստ կին հարցվողների, 1.5-ից 5 տարեկան երեխաների 92%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 93.7%) ստացել է բոլոր պատվաստումները:
- Երկրորդային կանխարգելիչ միջոցառումների տարածվածությունը հանձնարարվածից շատ ավելի ցածր է բոլոր գնահատված քրոնիկական վիճակների համար (շաքարային դիաբետ, զարկերակային գերճնշում, սրտի իշեմիկ հիվանդություն (ՍԻՀ), թոքերի քրոնիկ հիվանդություն, տեսողության խնդիրներ):

Իրագրվածությունն ազատ հավաքագրման (ԱՀ), ընտանեկան բժկության (ԸԲ) և անվճար բուժօգնությունների վերաբերյալ

- Հարցվածների միայն 9%-ն (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 10.6%) է նշել այն մասին, որ ծանոթ է ազատ հավաքագրման գաղափարին: Նրանցից 51.2%-ը

հավաքագրված է (ընդհանուր ընտրանքի 4.6%-ը, կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 5.5%): Բոլոր հավաքագրված հարցվողները նշել են, որ հավաքագրումը հեշտ է կատարվել:

- ԸԲ գաղափարը ծանոթ է եղել բոլոր հարցվածների 62.7%-ին (ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշի՝ 67.8%-ին): Ողջ ընտրանքի 5%-ը բուժօգնություն է ստացել ընտանեկան բժշկից վերջին մեկ տարվա ընթացքում: Նրանց ճնշող մեծամասնությունը ստացած բուժօգնության որակը գնահատել է որպես լավ կամ շատ լավ:
- ԸԲ մասին լսած հարցվողների գրեթե կեսը կարծում է, որ դա ավելի թանկարժեք բժշկություն է:
- ԸԲ մասին լսած հարցվողների գրեթե 64%-ը կարծում է, որ ԸԲ հարմար է Հայաստանի համար:
- Հարցվածների 81%-ը լսել է, որ ԱԱՊ ծառայություններն անվճար են Հայաստանի բոլոր բնակիչների համար: Անվճար ծառայությունների մասին տեղյակ հարցվածների կեսից ավելին դիմել են անվճար բուժօգնություն ստանալու համար:
- ԱԱՊ մասին տեղեկություններ ամենից հաճախ տրվել են հանրապետական լրատվամիջոցներով (ավճար ԱԱՊ ծառայությունների մասին տեղյակ անձանց 83.9%-ը, ԸԲ մասին տեղյակ անձանց 82.2%-ը և ԱՀ մասին տեղյակ անձանց 62.7%-ը նշել են հանրապետական լրատվամիջոցները որպես այդ տեղեկությունների հիմնական աղբյուր): Որպես ԱԱՊ մասին տեղեկատվության ստացման աղբյուր նշվել են նաև բուժաշխատողները, տեղական լրատվամիջոցները և ընկերները/հարևանները/բարեկամները:

Համայնքի ներգրավում

- Հարցվածների միայն 6.8%-ն (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 5.2%) է նշել համայնքի կողմից կազմակերպված որևէ առողջապահական միջոցառման մասնակցելու մասին: Չմասնակցածների գրեթե 85%-ը մտադիր է մասնակցել դրանց ապագայում: Համայնքում տեղի ունեցած հանդիպմանը կամ միջոցառմանը մասնակցել չցանկացած 336 հարցվածների 50.3%-ը նշել է, որ հետաքրքրված չէ նման հանդիպումներով, 20.8%-ը նշել է, որ ժամանակ չունի, իսկ 10.7%-ը գտնում է, որ առողջությունն անձնական խնդիր է:

Հավաստի տարբերություններ են նկատվել մարզերի միջև: Վայոց Ձորի և Շիրակի մարզերում բնակչությունը հատկապես խոցելի է առողջական վիճակի և առողջական վարքագծի/մոտեցումների առումով: Տարբերություններ են նկատվել նաև քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի հարցվողների միջև: Քաղաքային բնակավայրերում բնակչությունն ավելի իրազեկված է ԱԱՊ ոլորտի բարեփոխումների վերաբերյալ: Ինչպես և ակնկալվում էր, ուղիղ համեմատական հավաստի առնչություններ են դիտարկվել առողջապահական գիտելիքների և առողջական վիճակի բազմաթիվ բնութագրիչների և հարցվածների կրթական մակարդակն ու նյութական վիճակը բնութագրող ցուցանիշների միջև:

1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Նախկին խորհրդային հանրապետությունների նման, Հայաստանի առողջապահական համակարգը ևս անկում է ապրել 1991թ. անկախացումից հետո: Առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունը, ֆինանսական մատչելիությունը և որակը նվազել են՝ բացասաբար անդրադառնալով բնակչության առողջական վիճակի վրա:ⁱ Հայաստանի առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) համակարգի առջև ծառայել են բազմաթիվ եական խնդիրներ, այդ թվում՝ կանխարգելիչ և հիմնական բուժօժանություններից օգտվելու անբավարար մակարդակը, ԱԱՊ ծառայություններ մատուցողների նկատմամբ վստահության պակասը, արտոնյալ/անվճար ԱԱՊ ծառայությունների վերաբերյալ լայն տարածում ստացած սխալ ընկալումները և ցածր իրազեկվածությունը, ինչպես նաև՝ բնակչության առողջության խթանման և առողջապահական կրթության շարունակական ազգային ծրագրերի բացակայությունը:ⁱⁱ

ԱՄՆ միջազգային զարգացման գործակալությունը (ԱՄՆ ՄԶԳ) հնգամյա պայմանագիր է կնքել «Էներջինգ Մարքեթս Գրուպ» (ԷՄԳ) միջազգային խորհրդատվական ընկերության հետ՝ Հայաստանում Առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների ծրագիր իրականացնելու նպատակով: Ծրագրի հիմնական նպատակն է բարելավել որակյալ առաջնային բուժօժանությունների մատչելիությունը բնակչության համար՝ մի կողմից ԱԱՊ բուժօժանատությունները և ընտանեկան բժիշկների/բուժքույրերի կարողությունները զորացնելու, իսկ մյուս կողմից՝ առողջական խնդիրների վերաբերյալ հանրության իրազեկվածությունը բարձրացնելու, բնակչության շրջանում բուժօգնության դիմելու մշակույթը զարգացնելու և ԱԱՊ ծառայությունների նկատմամբ պահանջարկը բարձրացնելու միջոցով:

ԱԱՊԲ ծրագրի վեց հիմնական բաղադրիչներն իրականացվում են «ԻնտրաՅելթ Ինթերնեյշնլ» կազմակերպության, Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի, «Օվերսիզ Ստրաթիջիկ Քնսալթինգ» ընկերության և «Սոշլ Սեկտորզ Դիվելփմենթ Ստրաթիջիզ» կազմակերպության հետ համագործակցության շրջանակներում՝ ներառելով հետևյալ միջոցառումները.

- **Բարեփոխումների ընդլայնում.** օժանդակության տրամադրում կառավարությանը բարեփոխումների հետագա ընթացքի համար բարենպաստ իրավական դաշտ ստեղծելու հարցում, հանրապետության տարածքում գործող ԱԱՊ հաստատությունների վերանորոգում և վերազինում, բուժօժանատությունների ղեկավարների համար կրթական դասընթացների մշակում և կազմակերպում:
- **Ընտանեկան բժշկություն.** Ժամանակակից կրթական ծրագրերի և նյութերի մշակում շարունակական բժշկական կրթության համար, ընտանեկան բժշկության անկախ

խմբային պրակտիկաների հիմնում, ընտանեկան բժիշկների և բուժքույրերի ուսուցում:

- **Ազատ հավաքագրում.** ազատ հավաքագրման սկզբունքի ներդրում Հայաստանի առողջապահության համակարգում՝ բուժաշխատողների մրցակցության միջոցով սպասարկվողին ուղղված ծառայությունների զարգացմանը նպաստելու համար:
- **Բուժօգնության որակ.** բուժօգնության որակի բարձրացում որակի ժամանակակից ստանդարտների և որակի ապահովման գործընթացների ներդրման միջոցով, բուժաշխատողների լիցենզավորման և հավատարմագրման կանոնակարգերի ներդրում:
- **Առողջապահության ֆինանսավորում.** առողջապահությանը հատկացվող միջոցների բաշխման թափանցիկության և արդյունավետության բարձրացում ծառայությունների ինքնարժեքի հաշվարկի բարելավման և կատարողականի վրա հիմնված վարձատրության մեխանիզմների ներդրման միջոցով, բուժհաստատությունների մակարդակում հաշվետվության գործընթացի բարելավում, Առողջապահության ազգային հաշիվների կիրառություն:
- **Բնակչության ուսուցում.** տրամադրվող ԱԱՊ ծառայությունների վերաբերյալ բնակչության տեղեկացվածության բարձրացում, հասարակության կողմից բժշկի ազատ ընտրության գործընթացի ըմբռնման և ընտանեկան բժշկության գաղափարի ընկալման ապահովում, առողջ ապրելակերպի քարոզչություն և բուժօգնության դիմելու մշակույթի զարգացում:

ԱԱՊԲ ծրագիրն իրականացվում է շրջանային ընդլայնման սկզբունքով, ինչը թույլ է տալիս ապահովել բարեփոխումների աստիճանական ընդլայնումը ծրագրի գործունեության ընթացքում: Ծրագրի իրականացման մոնիտորինգի և արդյունավետության գնահատման նպատակով իրականացվում են հետևյալ հետազոտությունները.

1) Ելակետային գնահատումներ.

- Յուրաքանչյուր մարզի թիրախային բուժհաստատություններում նախքան ծրագրի աշխատանքներն սկսելն իրականացվող գնահատումներ, որոնք ներառում են. ա) հարցազրուցավարի կողմից իրականացվող թիրախային բուժհաստատությունների կարողությունների գնահատում, որն անդրադառնում է ծրագրի բոլոր բաղադրիչների կառուցվածքային չափորոշիչներին (որոնցից մի քանիսը ծրագրի ԿՄՊ չափորոշիչներ են) և այդ բուժհաստատությունների կատարողականի գնահատում, բ) Սպասարկվողների բավարարվածության հարցում:

- Հետազոտություններ բնակչության շրջանում՝ ներառյալ հանրապետության ողջ տարածքում իրականացվող ընտանիքների առողջապահական հարցումը:

2) Հետծրագրային գնահատումներ՝

- Յուրաքանչյուր մարզի թիրախային բուժհաստատություններում ծրագրի աշխատանքների ավարտից հետո կրկին անգամ կատարվում են վերոհիշյալ բոլոր գնահատումները:
- Ողջ հանրապետության տարածքում ընտանիքների կրկնակի հարցում ծրագրի ավարտից հետո

Սույն հաշվետվության մեջ ամփոփված են հանրապետության ողջ տարածքում իրականացված ընտանիքների առողջապահական հարցման ելակետային հետազոտության արդյունքները: Ընտանիքների առողջապահական հարցման հիմնական նպատակն է եղել գնահատել ազատ հավաքագրման և ընտանեկան բժշկության վերաբերյալ ազգաբնակչության գիտելիքները, մոտեցումներն ու վարվելակերպը, հարցվողների կարծիքն իրենց առողջական վիճակի մասին, վաղ ախտորոշիչ և կանխարգելիչ ծառայություններից նրանց օգտվելու աստիճանը, բուժօգնության հասանելիությունը և հարցվողների կողմից այդ օգնության որակի ընկալումը, ինչպես նաև ԱԱՊԲ ծրագրի կողմից իրականացվող առողջապահական կրթական միջոցառումներին նրանց մասնակցությունը:

Հետազոտության հիմնական հարցերն են.

- Ինչպե՞ս է Հայաստանի ազգաբնակչությունը գնահատում սեփական առողջական վիճակը և ինչպիսի՞ գիտելիքներ, մոտոցումներ և վարվելակերպ ունի վերոհիշյալ ասպարեզներում:
- Արդյո՞ք Հայաստանի ազգաբնակչության կարծիքը սեփական առողջական վիճակի վերաբերյալ և նրա գիտելիքները, մոտոցումները և վարվելակերպը վերոնշյալ ասպարեզներում դրականորեն կփոփոխվեն առաջիկա հինգ տարիների ընթացքում:
- Արդյո՞ք դիտարկված փոփոխությունների մեջ կան այնպիսիք, որոնք կարելի է վերագրել ԱԱՊԲ ծրագրին:

Ընտանիքների առողջապահական հետազոտությունը գնահատում է ԱԱՊԲ ծրագրի ազդեցությունը ինչպես ազգային, այնպես էլ՝ մարզային մակարդակներում, իսկ գնահատման մյուս միջոցառումներն անդրադառնում են բուժհաստատությունների և համայնքների մակարդակներում արձանագրված ազդեցություններին:

2. ՄԵԹՈԴՆԵՐ

Հարցման հայեցակարգը

Հետազոտության համար ընտրվել է յուրաքանչյուր մարզում բնակչության թվին համանասն հավանականությամբ ձևավորված բազմափուլ խմբակային ընտրանքի մեթոդը: Հարցաթերթիկը կազմված է եղել երկու մասից՝ հարցազրուցավարի կողմից հարցազրույցի ընթացքում լրացվող և պատասխանողների կողմից ինքնուրույն լրացվող: Այսպիսի մոտեցումը հնարավորություն է տվել.

- Ընդհանրացնել հարցման արդյունքները յուրաքանչյուր թիրախային մարզի բնակչության և ողջ հանրապետության մակարդակով:
- Արդյունավետ կերպով օգտագործել սահմանափակ մարդկային և ֆինանսական ռեսուրսները և առկա սահմանափակումների պայմաններում ապահովել հարցման իրատեսականությունը:
- Ապահովել տվյալների ճշգրտությունն ու որակը՝ միջմարզային համեմատությունների և նախա- և հետծրագրային գնահատման միջոցով ԱԱՊԲ ծրագրի շարունակական ազդեցությունը գնահատելու համար:

Հարցաթերթիկի հարցազրուցավարի կողմից լրացվող մասը նպատակ է ունեցել հավաքել հիմնական սոցիալ-ժողովրդագրական տվյալներ հետազոտվող ընտանիքների անդամների վերաբերյալ, ինչպես նաև տվյալներ ԱԱՊԲ ծրագրի միջոցառումներին նրանց մասնակցության և նրանց առողջապահական վարքագծի վերաբերյալ (ներառյալ ԱԱՊ ծառայությունների օգտագործումը): Հարցաթերթիկի ինքնուրույն լրացվող մասի նպատակն է եղել հավաքել ավելի անձնական բնույթի տվյալներ հարցվածների առողջական վիճակի, մոտեցումների, վարքագծի, ինչպես նաև՝ կյանքի որակի և հոգեկան առողջության վերաբերյալ:

Հետազոտության մեջ ընդգրկման չափանիշները

Ընտրված ընտանիքներում ապրող բոլոր 18 և բարձր տարիքի կանայք համարվել են հետազոտության մեջ ընդգրկման չափանիշներին համապատասխան՝ հարցման ինչպես հարցազրուցավարի միջոցով, այնպես էլ՝ ինքնուրույն լրացվող մասերի համար: Ինչևէ, նախապատվությունը տրվել է երեխաներ ունեցող կանանց, իսկ ընտրության երկրորդ նախընտրելի տարբերակ են համարվել ամուսնացած կանայք: Առաջնահերթությունը տրվել է այդ խմբերին, քանի որ հարցաշարում շատ են ընտանիքի մյուս անդամների, այդ թվում՝ երեխաների, առողջության և առողջական վարքագծի

վերաբերյալ հարցերը, որոնց, ենթադրաբար, ավելի տեղյակ են մայրերը/ամուսնացած կանայք: Ընտրված ընտանիքներում ապրող բոլոր 18 և բարձր տարիքի տղամարդիկ, ովքեր ներկա են եղել հարցումն անցկացնելու պահին, համարվել են համապատասխան հարցման ինքնուրույն լրացվող մասին մասնակցելու համար: Այստեղ նախապատվությունը տրվել է հիմնական հարցվողի ամուսնուն:

Ընտրանքի ձևավորում

Ընտրանքի ձևավորման հիմնական նպատակը եղել է Հայաստանի բնակչության համար ներկայացուցչական ընտրանքի ապահովումը, որը լինելու բավականաչափ մեծ՝ բացահայտելու համար վիճակագրորեն հավաստի տարբերությունները (1) Ելակետային և հետծրագրային հետազոտությունների միջև մարզային և հանրապետական մակարդակներում, (2) տարբեր մարզերի միջև, (3) քաղաքային և գյուղական բնակչության միջև և (4) տարբեր սեռի հարցվողների միջև:

Ընտրանքի չափը հաշվարկվել է STATA համակարգչային ծրագրով՝ կիրառելով մասնաբաժինների համեմատությունների բանաձևը երկու ընտրանքի համար այնպես, որ բավարարվեն հետևյալ պայմանները. նվազագույն գնահատելի տարբերությունը՝ 0.1, հետազոտության հզորությունը՝ 0.7 և ալֆա սխալը՝ 0.05: Հաշվարկների համար օգտագործվել է կանխարգելիչ ծառայություններից օգտվողների մասնաբաժինը: 2004թ. Արմավիրի մարզում անցկացված ընտանիքների առողջապահական հետազոտությանⁱⁱⁱ արդյունքներից ելնելով, կանխարգելիչ ծառայություններից օգտվողների ելակետային մասնաբաժինը յուրաքանչյուր մարզում համարվել է 0.1:

.sampsi 0.1 0.2, p(0.7)

Ընտրանքի հանձնարարվող չափը 2 ընտրանքի մասնաբաժինների համեմատության համար H_0 վարկածի թեստ. $p1 = p2$, որտեղ $p1$ -ը մասնաբաժինն է բնակչություն 1-ում, իսկ $p2$ -ը՝ բնակչություն 2-ում

*Դիցուկ, $\alpha = 0.0500$ (երկկողմանի)
հզորություն = 0.7000
 $p1 = 0.1000$
 $p2 = 0.2000$
 $n2 / n1 = 1.00$*

*Ընտրանքի հանձնարարվող անհրաժեշտ չափերը՝
 $n1 = 177,$ $n2 = 177$*

Ելնելով նմանատիպ հետազոտությունների անցկացման նախկինում ունեցած փորձից^{iv}, հետազոտության մեթոդաբանության ազդեցությունն ընտրանքի չափի վրա գնահատվել է մոտավորապես 1.2: Հաշվարկների արդյունքում յուրաքանչյուր մարզում ստացվել է յոթ ընտանիքից բաղկացած 30 ամբողջական խմբակ ունեցող ընտրանք (ընդամենը՝ 210 ընտանիք), որը ողջ հանրապետության համար կազմել է 2310 ընտանիք:

Չետազոտության համար ընտրվել է բնակչության թվին համամասն հավանականությամբ ձևավորված բազմափուլ խմբակային ընտրանքի մեթոդը՝ հիմնվելով գիտական ակնկալիքների խստության և հնարավորինս իրատես/նվազ ծախսատար լինելու նկատառումների վրա: Ընտրանքի ձևավորման առաջին փուլում որոշվել է խմբակների անհրաժեշտ թիվը բնակավայրերում (քաղաք/գյուղ/տարածք)՝ օգտվելով վերջին մարդահամարի բնակչության թվերից ըստ բնակավայրերի,⁵ և կիրառելով սխտեմատիկ պատահական ընտրանքի մեթոդը: Այսպես, նախ ընտրվել է պատահական մեկնարկային կետ, այնուհետև բնակավայրերի և նրանցում խմբակների թիվն ընտրվել է սխտեմատիկ կերպով այնպես, որ խմբակների թիվը յուրաքանչյուր վայրում համամասն լինի այդ վայրի բնակչության թվին: Այնուհետև, յուրաքանչյուր ընտրված վայրում ընտրվել է ԱԱՊ բուժհաստատություն: Մեծ բնակավայրերում (օրինակ՝ Երևանում, Վանաձորում, Գյումրիում և Կապանում), որտեղ եղել են մեկից ավելի խմբակներ և մի քանի ԱԱՊ հաստատություններ, վերջիններիս միջև կատարվել է լրացուցիչ ընտրություն այնպես, որ յուրաքանչյուրին ընկնող խմբակների թիվը համամասն լինի դրանց սպասարկած բնակչության թվին: Այնուհետև, ընտրված պոլիկլինիկաների կողմից սպասարկվող տեղամասերի համարակալված ցանկից պատահականորեն ընտրվել է որևէ տեղամաս:

Վերջին փուլում ԱԱՊ բուժհաստատություններից վերցվել են ընտրված սպասարկման տեղամասերի 2004թ. ծնված երեխաների ցուցակները (որպես մանկական ազգաբնակչության խումբ, որն առավել լավ ծածկույթ ունի ԱԱՊ ծառայությունների կողմից, ինչպես վկայում են վերջերս անցկացված հետազոտությունները^{vi}), որոնք էլ օգտագործվել են խմբակների մեկնարկային հասցեները պատահականության սկզբունքով ընտրելու համար: Խմբակային ընտրանքի ձևավորման բնորոշ կարգը՝ հաջորդական հասցեների ընտրությունը, հետագա փոփոխության է ենթարկվել, որպեսզի բացառվի մեկնարկային հասցեների և մոտիկ հարևանների ընդգրկումը ընտրանքում, այն է՝ ընտրանքը չխաթարվի փոքր երեխաներ ունեցող ընտանիքների գերակշռությամբ և նվազեցվի խմբակային ընտրանքի մեթոդի բացասական ազդեցությունը: Կիրառված մոտեցումը ավելի լավ է նմանակում պարզ պատահական ընտրանքի մեթոդը՝ մեծացնելով խմբակի ընդգրկման տարածքը և հետևաբար՝ ներխմբակային տարասեռությունը: Յուրաքանչյուր խմբակի համար հարցազրուցավարները նախ գտել են մեկնարկային հասցեն, այնուհետև այցելել են դրան կից տունը դեպի աջ/վեր ուղղությամբ: Ընտանիքներից հարցվողների ընտրությունը կատարվել է հավելված 1-ում ներկայացված «Պատասխանողի ընտրության ձևը» էջում նկարագրված ցուցումների համաձայն: Ընտանիքների հետագա ընտրությունը՝ մեկ խմբակի համար պահանջվող յոթ հարցումներն իրականացնելու համար, կախված է եղել այն բանից, թե արդյո՞ք նախորդ ընտանիքում հաջողվել է անցկացնել ավարտուն հարցում:

- Եթե նախորդ ընտանիքում հաջողվել է ավարտուն հարցում անցկացնել, հարցազրուցավարը շրջանցել է չորս տուն՝ մշտապես շարժվելով դեպի աջ /վեր ուղղություններով և այցելել է հինգերորդ տունը:
- Եթե նախորդ ընտանիք կատարած այցելությունը անհաջող է եղել (մերժում, համապատասխան հարցվողի բացակայություն, անավարտ հարցում և այլն), հարցազրուցավարը այցելել է կից տունը՝ շարժվելով նույն ուղղություններով:

Յուրաքանչյուր խմբակի համար հարցազրուցավարները լրացրել են նաև *“Մատյանի ձև”* (հավելված 2)՝ ստուգելու հետազոտության անցկացման համապատասխանությունը ընթացակարգին և գնահատելու մերժումների պատճառներն ու հաճախականությունը:

Ընտրանքի ձևավորման վերոնշյալ մեթոդը թույլ է տվել ունենալ հավասարաչափ ընտրանք յուրաքանչյուր մարզում՝ հնարավորություն ընձեռելով ստանալ ստույգ վիճակագրական տվյալներ մարզի մակարդակում և կատարել համեմատություններ մարզերի միջև: Որոշ դեպքերում ստացված տվյալները կշռվել են ըստ մարզի բնակչության (յուրաքանչյուր մարզի միջինը բազմապատկվել է իր բնակչության թվին համամասն գործակցով՝ հանրապետական միջինը հաշվարկելիս), որպեսզի ստացվի հանրապետության ողջ ազգաբնակչության ամբողջական վիճակագրական պատկերը: Ըստ հարկի, այս հանրապետական ցուցանիշը ներկայացված է հարցմանը մասնակցածների ամփոփ վիճակագրության կողքին:

Հարցաթերթիկի մշակումը և նախնական փորձարկումը

Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնն (ԱԾՀԿ) ունի Հայաստանում ընտանիքների առողջապահական հետազոտությունների անցկացման,^{vii,viii} ինչպես նաև՝ հավաստի հարցաթերթիկների (օրինակ՝ SF-36-ի^{ix}) միջոցով բնակչության տարբեր խմբերի կյանքի որակը գնահատելու հարուստ փորձ: Այս փորձը կիրառվել է սույն հետազոտության հարցաթերթիկը մշակելիս, մասնավորապես՝ այն բաժինները, որոնք նպատակ ունեն գնահատել հարցվողների և ընտանիքի անդամների առողջական վիճակը, սեփական առողջությունից բավարարվածությունը և կենսակերպը, ինչպես նաև՝ ԱԱՊ վաղ ախտորոշիչ և կանխարգելիչ ծառայությունների մատչելիությունը: Ազատ հավաքագրման, ընտանեկան բժշկության, հիմնական ծառայությունների փաթեթի (ՀԾՓ) մասին հարցվողների/ընտանիքների գիտելիքները և փորձը, ինչպես նաև՝ ԱԱՊԲ ծրագրի հանրակրթական միջոցառումներին նրանց մասնակցության չափը գնահատող բաժինները մշակվել են «Օվերսիս Սթրաթիջիք

Քննալթինգ» (OSC) ընկերության և ԱԱՊԲ ծրագրի տարբեր թիմերի հետ սերտ համագործակցությամբ: Հարցաթերթիկի՝ հարցազրուցավարի կողմից լրացվող մասը ներառում է հետևյալ թեմաները (հավելված 3).

- հիմնական ժողովրդագրական և սոցիալ-մշակութային գործոնները (ընտանիքի չափ, զբաղվածություն, եկամուտ, կենսամակարդակ),
- ընտանիքի անդամների առողջական վիճակը,
- ընտանիքի անդամների կենսակերպը (ծխախոտի և ոգելից խմիչքների օգտագործում),
- իրազեկվածությունը ազատ հավաքագրման, ընտանեկան բժշկության և անվճար բուժօժանայությունների մասին,
- համայնքի ներգրավումը առողջապահական միջոցառումներին,
- առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների մատչելիությունը,
- վաղ ախտորոշիչ և կանխարգելիչ ծառայությունների օգտագործումը:

Հարցաթերթիկի՝ պատասխանողի կողմից լրացվող մասը (նախատեսված իգական և արական սեռի հարցվողների համար) ներառում է հետևյալ թեմաները (հավելված 4).

- հարցվողների առողջական վիճակն ու կյանքի որակը,
- հարցվողների բավարարվածությունն իրենց առողջությունից և կյանքից,
- դեպրեսիայի առկայությունը հարցվողների մոտ,
- ծխախոտի, ոգելից խմիչքների և թմրանյութերի օգտագործման նկատմամբ հարցվողների մոտեցումներն ու վարվելակերպը,
- հարցվողների մոտեցումներն առողջ ապրելակերպի հարցերին:

ԱԱՊԲ ծրագրի մոնիտորինգի և գնահատման (ՄԳ) թիմը մշակել է «Ուղեցույց հարցազրուցավարների համար»: Ընտրվել են նախկինում առողջապահական հարցազրույցների վարման փորձ ունեցող տասը հարցազրուցավար և երկու փորձառու թիմի ղեկավար, որոնք 2006թ. հոկտեմբերի 19-20-ին մասնակցել են հատուկ դասընթացի՝ բաղկացած տեսական և գործնական մասերից: Վերջինս հարցազրուցավարների և հետազոտության հարցաթերթիկի նախնական փորձարկումն էր, որն իրականացվել է Երևանում և ի հայտ է բերել հարցաթերթիկում մի քանի փոքր փոփոխություններ կատարելու անհրաժեշտություն: Դասընթացից հետո բոլոր տասներկու հարցազրուցավարները գնահատվել են պատրաստ հարցումների անցկացման համար և բաժանվել են երկու թիմի, յուրաքանչյուրում՝ վեց հարցազրուցավար: Ենթադրվել է, որ յուրաքանչյուր հարցազրուցավար կարող է մեկ օրում իրականացնել մեկ ամբողջական

խմբակի հարցում, ուստի յուրաքանչյուր մարզում երեսուն խմբակի հարցումը հարցազրուցավարների մեկ թիմը կավարտի հինգ օրվա ընթացքում:

Էթիկական նկատառումներ

Էթիկական նկատառումներն անչափ կարևոր են, երբ մարդկանց տրվում են հարցեր իրենց և իրենց ընտանիքի անձնական կյանքի վերաբերյալ: Ուստի, հետազոտության ընթացակարգը ուսումնասիրվել և հաստատվել է Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի (ՀԱՀ) հետազոտությունների էթիկական քննության թիվ 1 հանձնաժողովի կողմից: Նախքան հարցազրույցն սկսելը հարցվողներին տրամադրվել է իրազեկ համաձայնագիր (հավելված 5), որտեղ ներկայացված են ընդհանուր տեղեկություններ հետազոտության նպատակների և պայմանների, հարցմանը մասնակցելուց հարցվողի հրաժարման իրավունքի, պատասխանների գաղտնիության պահպանման կարգի մասին, ինչպես նաև՝ հետազոտող թիմի հեռախոսահամարը:

Ըստ հետազոտության իրականացման ընթացակարգի, հարցազրուցավարները ընտրել են հարցվողներին, ներկայացրել հետազոտությունը (ներածական խոսք, իրազեկ համաձայնագիր և այլն) և վարել հետազոտության առաջին մասը՝ լրացնելով հարցազրուցավարի կողմից լրացվող հարցաթերթիկը, որը պարունակում է ավելի չեզոք թեմաներով հարցեր: Այնուհետև հարցազրուցավարը թե՛ կին, թե՛ տղամարդ (եթե այդպիսին եղել է) հարցվողին տրամադրել է ինքնուրույն լրացվող հարցաթերթիկ և ծրար, որի մեջ հարցվողը տեղադրել է լրացված հարցաթերթիկն ու հանձնել հարցազրուցավարին փակ վիճակում: Ծրարները բացվել են միայն ՀԱՀ-ում՝ տվյալները համակարգչային ծրագիր մուտքագրելու համար: Հարցազրուցավարը թողել է հարցվողներին՝ ինքնուրույն լրացնելու հարցաթերթիկի իրենց հատվածը, և այցելել հաջորդ տուն՝ պայմանավորվելով կարճ ժամանակ անց վերադառնալ և վերցնել լրացված հարցաթերթիկով փակ ծրարները: Թե՛ հետազոտության մի հատվածի (որտեղ զետեղված են գրեթե բոլոր նուրբ հարցերը) ինքնուրույն լրացնելը, թե՛ լրացված հարցաթերթիկը ծրարում փակելը վստահություն է ներշնչել, որ պատասխանների գաղտնիությունը և հարցերին պատասխանելուց հրաժարվելու իրավունքը պահպանվում են:

Հետազոտության հիմնական լեզուն եղել է հայերենը, սակայն այն դեպքերում, երբ հարցվողը գերադասել է ռուսերենը, նրան տրամադրվել է հարցաշարի (կամ դրա ինքնուրույն լրացվող մասի) ռուսերեն տարբերակը: Այսպիսով, հետազոտությունն անցկացվել է հայերեն, ռուսերեն, կամ այդ երկու լեզուներով (հարցազրուցավարի կողմից լրացվող հարցաթերթիկը՝ հայերեն, իսկ ինքնուրույն լրացվողը՝ ռուսերեն):

Հարցման անցկացումը

Տվյալների հավաքագրումը սկսվել է 2006թ. հոկտեմբերի 26-ին և տևել վեց շաբաթ: 12 հարցազրուցավարները բաժանվել են երկու թիմի՝ յուրաքանչյուրում 6-ական հոգի: Թիմերն աշխատել են տարբեր մարզերում միաժամանակ: Այսպիսով, յուրաքանչյուր երկու մարզում հարցումները տևել են մեկ աշխատանքային շաբաթ: Մարզերում հարցումներն իրականացվել են հետևյալ հերթականությամբ. 1-ին շաբաթ՝ Լոռի և Շիրակ, 2-րդ շաբաթ՝ Տավուշ և Սյունիք, 3-րդ շաբաթ՝ Գեղարքունիք և Վայոց Ձոր, 4-րդ շաբաթ՝ Արագածոտն և Արարատ, 5-րդ շաբաթ՝ Կոտայք և Արմավիր, 6-րդ շաբաթ՝ Երևան: Հետազոտության իրականացման ընթացքում ԱԱՊԲ ծրագրի ՄԳ թիմը կատարել է պարբերական պատահական ստուգումներ:

Տվյալների վերանայում, մուտքագրում և մաքրում

ԱԾՀԿ աշխատողները վերանայել և մուտքագրել են տվյալները SPSS 11.0 համակարգչային ծրագրի տվյալների բազա: Մուտքագրված տվյալների ճշգրտության ապահովման նպատակով կատարվել է կրկնակի մուտքագրում: Տվյալների մուտքագրման շուրջ երեք ամիս տևած փուլի ավարտից հետո կրկնակի մուտքագրված տվյալները համադրվել և մաքրվել են: Վերլուծությունը կատարվել է SPSS 11.0 և STATA 8.0 համակարգչային ծրագրերով:

3. ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ. ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՑԱՎԱՐԻ ԿՈՂՄԻՑ ԻՐԱԿԱՆԱՑՎՈՂ ՀԱՐՑՈՒՄ

Աղմիմիստրատիվ /ընդհանուր

Ընդամենը 2310 ընտանիք է մասնակցել սույն առողջապահական հետազոտությանը: Այդ 2310 հարցումն ավարտելու համար կատարվել է 5743 այցելություն (2.5 այցելություն՝ մեկ ավարտուն հարցազրույցին): Չպատասխանելու հիմնական պատճառը եղել է ընտանիքի բոլոր անդամների բացակայությունը (35.1%), որին հաջորդել են մերժումն ընտանիքի կողմից (8.2%), ընտրված հարցվողների բացակայությունը (7.0%), ինչպես նաև՝ հետազոտության պահանջների համապատասխան հարցվողների բացակայությունը (2.9%) կամ տան չբնակեցված լինելը (5.0%): Ընտրված հարցվողների կողմից մասնակցության մերժումը կազմել է 1.8%:

2310 հարցված ընտանիքների 51.5%-ը եղել է գյուղական բնակավայրերից, 48.5%-ը՝ քաղաքային: Հարցված կանանց միջին տարիքը կազմել է 41.5 (18-ից մինչև 88 տարիքային միջակայքում): Գրեթե բոլորը ազգությամբ հայ են եղել (98.6%), ռուսները կազմել են ընտրանքի 0.5%-ը, եզդիները՝ 0.4%-ը և ասորիները՝ 0.4%-ը: Ընտրանքում եղել են նաև երկու հույն, երկու ուկրաինացի, մեկ վրացի և մեկ գերմանացի: Հարցված ընտանիքներում ապրող մարդկանց միջին թիվը եղել է 4.7՝ տատանվելով 1-ից 17 միջակայքում (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 4.5): Ընտանիքում ապրող չափահաս տղամարդկանց միջին թիվը կազմել է 1.6՝ տատանվելով 0-ից 5 միջակայքում (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 1.5), իսկ մինչև 18 տարեկան երեխաների միջին թիվը մեկ ընտանիքում եղել է 1.4՝ տատանվելով 0-ից 9 միջակայքում (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 1.3):

Հարցված կանանց շուրջ 9%-ն ունեցել է թերի միջնակարգ կրթություն (10 տարուց պակաս), մեծամասնությունը՝ տասնամյա միջնակարգ (39.5%) կամ 10-13 տարվա միջին մասնագիտական (34.6%), գրեթե 17%-ը՝ բարձրագույն, և միայն 0.2%-ը՝ հետդիպլոմային կրթություն: Գեղարքունիքի մարզից մեկ կին ընդհանրապես որևէ կրթություն չի ունեցել:

Հարցման պահին ընտանիքի աշխատող անդամների միջին թիվը եղել է 0.9 (տատանվելով 0-ից 5 միջակայքում): Հարցվողների ճնշող մեծամասնությունն աշխատանք չի ունեցել (84.9%-ը), իսկ 1.4%-ն արձակուրդում է եղել հղիության/փոքր երեխա ունենալու պատճառով: Աշխատանք չունեցողների 35.3%-ը նշել է, որ փնտրում է աշխատանք, 21.3%-ը՝ որ չի կարող աշխատել առողջության մնայուն կորստի պատճառով, իսկ 15.1%-ը՝ որ թոշակառու է: Աղյուսակ 1-ում ներկայացված է որոշ սոցիալ-ժողովրդագրական ցուցանիշների բաշխումն՝ ըստ գյուղական և քաղաքային բնակավայրերի: Համարյա բոլոր ցուցանիշները տարբերվում են ըստ գյուղ/քաղաք բաշխման: Գյուղական ընտրանքի համեմատությամբ, քաղաքայինում մեծ է աշխատողների (զբաղվածների), ավելի բարձր

կրթական մակարդակ ունեցողների և ավելի սակավաթիվ անդամներով ընտանիքների թիվը:

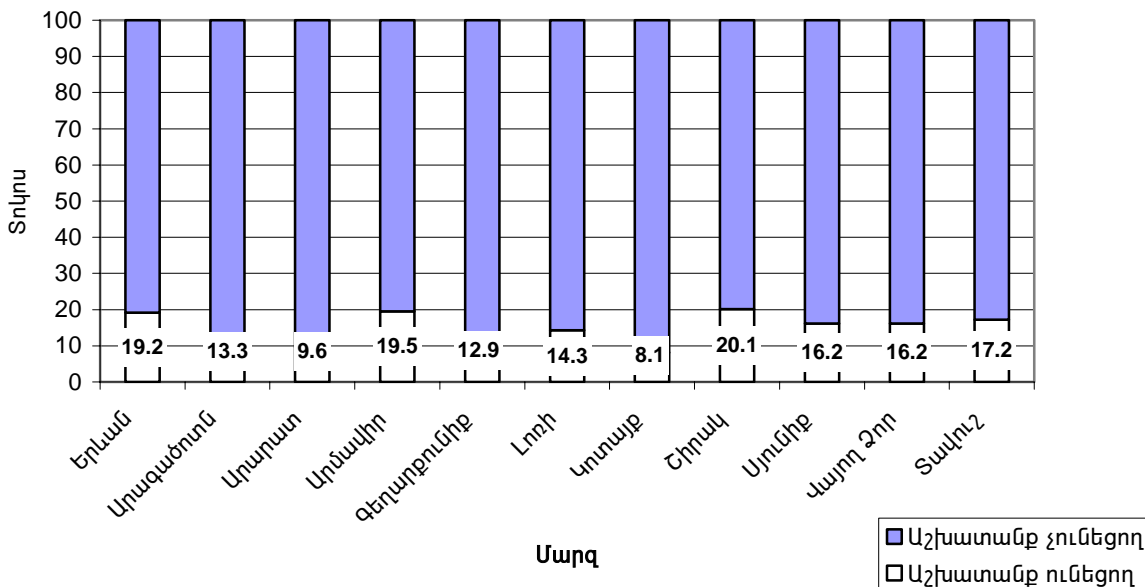
Աղյուսակ 1. Հարցվողների սոցիալ-ժողովրդագրական ցուցանիշներն ըստ քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի

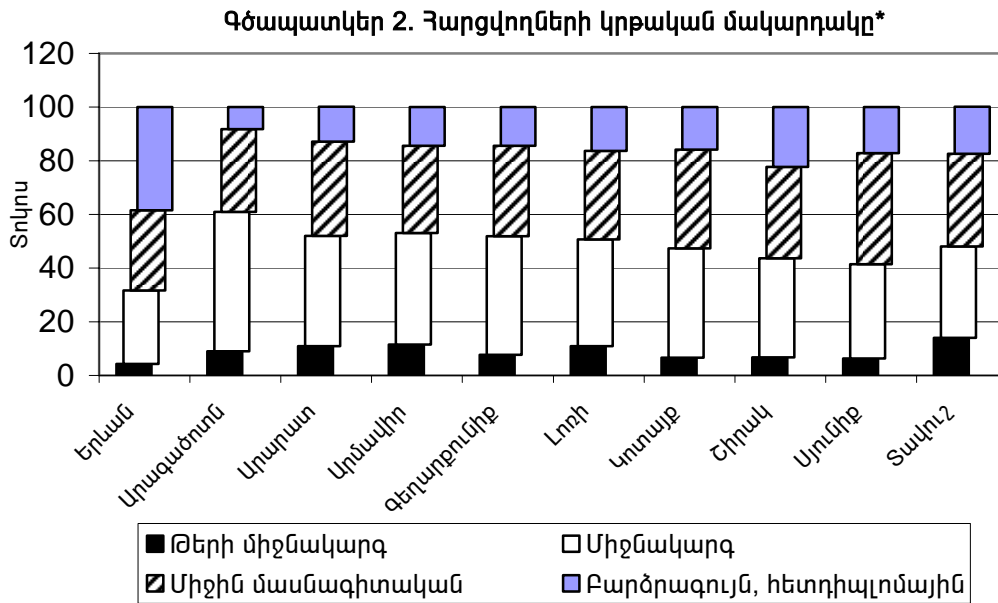
	Քաղաք (1,120)	Գյուղ (1,190)	Ընդամենը (2,310)
Միջին տարիքը (n)*	42.7 (1,119)	40.3 (1,190)	41.5 (2,309)
Ընտանիքի չափահաս անդամների միջին թիվը*	4.4 (1,119)	5.1 (1,190)	4.7 (2,309)
Ընտանիքի չափահաս տղամարդկանց միջին թիվը*	1.5 (1,120)	1.7 (1,190)	1.6 (2,310)
Ընտանիքի մինչև 18 տ. երեխաների միջին թիվը	1.2 (1,120)	1.6 (1,190)	1.4 (2,310)
Ազգությունը, % (n)	(1,107)	(1,170)	(2,277)
Հայ	99.0 (1,096)	98.1 (1,148)	98.6 (2,244)
Ռուս	0.5 (6)	0.4 (5)	0.5 (11)
Եզդի	-	0.7 (8)	0.4 (8)
Ասորի	0.2 (2)	0.5 (6)	0.4 (8)
Կրթական մակարդակը, % (n)*	(1,110)	(1,177)	(2,287)
1. Թերի միջնակարգ	6.1 (68)	11.6 (136)	8.9 (204)
2. Միջնակարգ	32.2 (357)	46.4 (546)	39.5 (903)
3. Միջին մասնագիտական	38.2 (424)	31.2 (367)	34.6 (791)
4. ԲՈՒՀ/հետդիպլոմային	23.5 (261)	10.9 (128)	17.0 (389)
Զբաղվածությունը, % (n)*	(1,116)	(1,188)	(2,304)
Աշխատանք ունեցողներ	17.5 (195)	13.0 (154)	15.1 (349)
Աշխատանք չունեցողներ/գործազուրկներ	82.5 (921)	87.0 (1,034)	84.9 (1,955)

Գծապատկերներ 1-ից 5-ում ներկայացված է հարցված կանանց զբաղվածության, կրթական մակարդակի, միջին տարիքի, ընտանիքներում չափահասների և երեխաների միջին թվաքանակի բաշխումն ըստ մարզերի: Ըստ ստացված տվյալների, աշխատանք ունեցող հարցվածների ամենաբարձր տոկոսն արձանագրվել է Շիրակի մարզում (20.1%), որին հետևել են Արմավիրը (19.5%) և Երևանը (19.2%), իսկ ամենացածր ցուցանիշները եղել են Կոտայքում (8.1%) և Արարատում (9.6%): Հարցվածների կրթական մակարդակը նույնպես անհավասար է բաշխված ըստ մարզերի: Երևան քաղաքում և Շիրակի մարզում ավելի մեծ է այն հարցվածների տոկոսը, ովքեր ունենին բարձրագույն կամ հետդիպլոմային կրթություն (38.5% և 22.3% համապատասխանաբար), իսկ Արագածոտնում և Վայոց Ձորում գրանցվել են ամենացածր ցուցանիշները (համապատասխանաբար՝ 8.2% և 10.0%): Թերի միջնակարգ կրթությամբ հարցվածների ամենամեծ տոկոսը եղել է Տավուշի

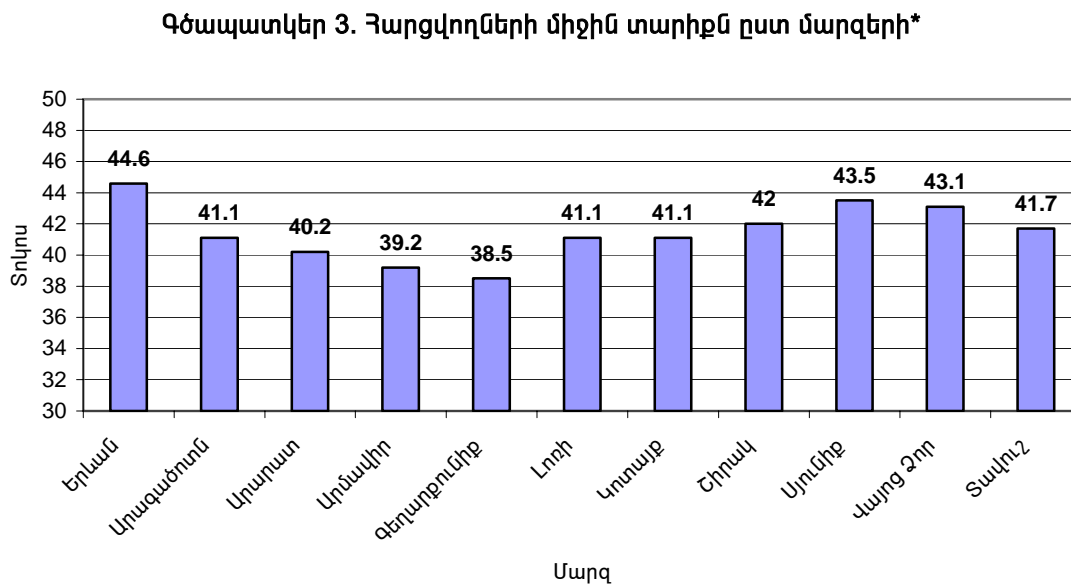
մարզում (14.1%): Հարցվողների միջին տարիքը և հավաստիորեն տարբերվել է ըստ մարզերի: Ինչպես երևում է գծապատկեր 3-ից, Գեղարքունիքի ընտրանքն ամենաերիտասարդն է եղել (միջին տարիքը՝ 38.5)՝ ի տարբերություն Երևանի ընտրանքի (միջին տարիքը՝ 44.6): Մեծ թվով անդամներ ունեցող ընտանիքներն ավելի շատ են եղել Գեղարքունիքում (ընտանիքի չափահաս անդամների միջին թիվը՝ 5.3) և Արագածոտնում (դարձյալ, 5.3), իսկ սակավաթիվ անդամներ ունեցող ընտանիքները՝ Երևանում (4.0) (գծապատկեր 4): Նմանատիպ բաշխում է գրանցվել նաև ընտանիքի երեխաների միջին թվի ցուցանիշի համար (գծապատկեր 5): Երևանի ընտանիքներում միջինում եղել է 1.1 երեխա, իսկ Գեղարքունիքի ընտանիքներում՝ 1.7.

Գծապատկեր 1. Հարցվողների զբաղվածությունն ըստ մարզերի*



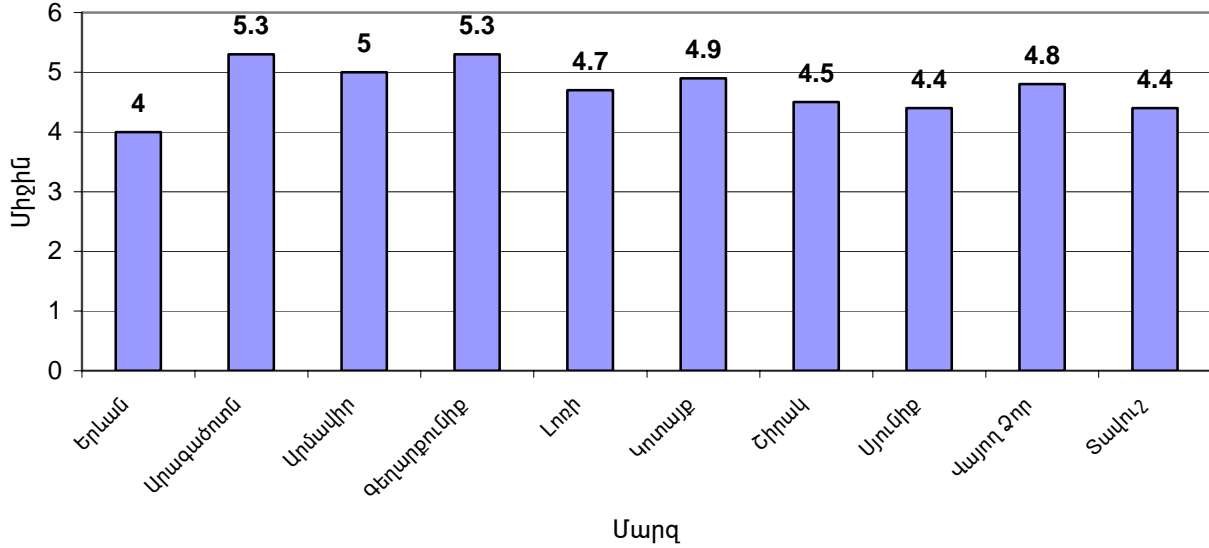


* Մարզերը վիճակագրականորեն տարասեռ են, $p < 0.05$



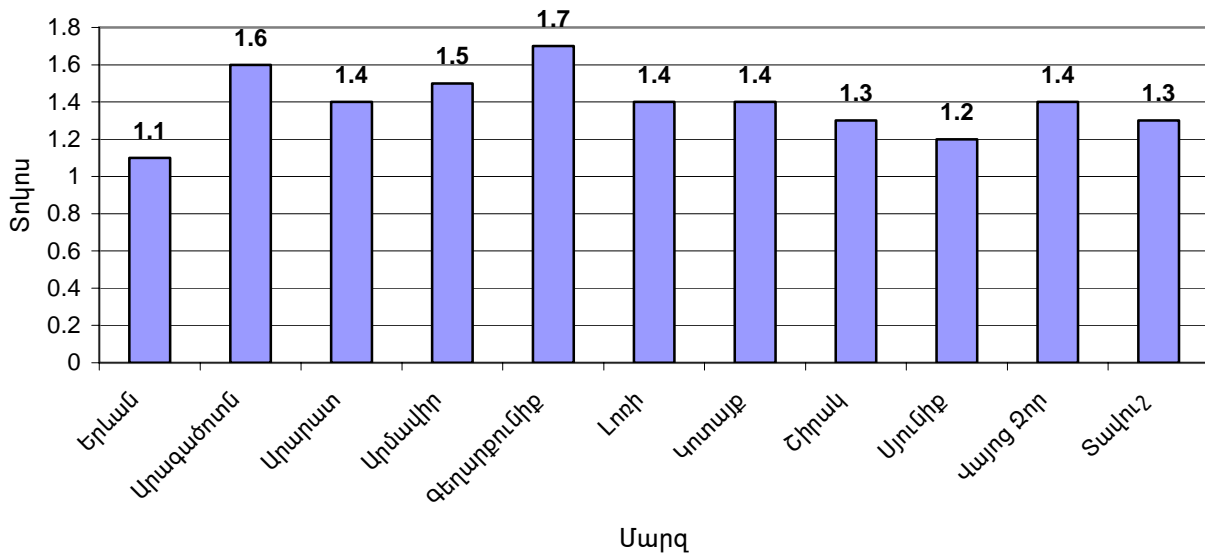
* Մարզերը վիճակագրականորեն տարասեռ են, $p < 0.05$

Գծապատկեր 4. Ընտանիքում չափահաս անդամների միջին թիվը*



* Մարզերը վիճակագրականորեն տարասեռ են, $p < 0.05$

Գծապատկեր 5. Ընտանիքում երեխաների միջին թիվը ըստ մարզերի*



* Մարզերը վիճակագրականորեն տարասեռ են, $p < 0.05$

Կենսամակարդակ

Չարցաշարում ներառվել են մի քանի հարցեր՝ հետազոտված ընտանիքների կենսամակարդակը և ունեցվածքը գնահատելու համար: Չարցվածների 27.1%-ն իր ընտանիքի կենսամակարդակը գնահատել է որպես միջինից մի փոքր ցածր (8.6%-ը՝ միջինից զգալիորեն ցածր) և 14.8%-ը՝ որպես միջինից մի փոքր բարձր: Քաղաքային բնակավայրերում իր ընտանիքի կենսամակարդակը միջինից մի փոքր կամ բավականին բարձր գնահատածների թիվը հավաստիորեն ավելի բարձր է եղել, քան գյուղական բնակավայրերում (18.7% և 11.0%՝ համապատասխանաբար): Չարցվածների 20%-ը նշել է, որ իր ընտանիքի կենսամակարդակը վատացել է վերջին տասներկու ամիսների ընթացքում, իսկ 21.6%-ը՝ որ բարելավվել է: Ընդ որում, 5.6%-ը կենսամակարդակի փոփոխությունը բնութագրել է որպես՝ «շատ է վատացել» և միայն 0.9%-ը՝ որպես «շատ է բարելավվել» (աղյուսակ 2): Այս հարցում քաղաքային ու գյուղական վայրերի կամ տարբեր մարզերի միջև հավաստի տարբերություններ չեն արձանագրվել:

Ընտանիքներում առկա հարմարություններից կամ ճոխության առարկաներից առավել հաճախ նշվել են գունավոր հեռուստացույցը, հեռախոսը և բջջային հեռախոսը, իսկ սակավ հաճախ՝ անձնական համակարգիչը, արբանյակային ալեհավաքը, ամառանոցը և ավտոմատ լվացքի մեքենան: Գյուղաբնակ հարցվածների համեմատությամբ, քաղաքաբնակներն ավելի հաճախ են նշել բնակարանում զուգարանի, տաք ջրի բաքի, ավտոմատ լվացքի մեքենայի, անձնական համակարգիչի, հեռախոսի, տեսաձայնագրիչի և բջջային հեռախոսի առկայությունը (աղյուսակ 2):

Անցած ամսվա ընթացքում ընտանիքի անդամների ծախսած գումարի չափը նույնպես դիտարկվել է որպես կենսամակարդակի չափման միավոր: Ընտանիքների 24.4%-ը նշել է, որ ծախսել է մինչև 25 000 դրամ, 34.2%-ը՝ 25 000-ից մինչև 50 000, իսկ 28.5%-ը՝ 51 000-ից մինչև 100 000: Ընտանիքների 12.9%-ը ծախսել է ավելի քան 100 000 դրամ, բայց միայն 2.9%-ն է ծախսել 250 000 դրամից ավելի: Ընդհանրապես, քաղաքային ընտանիքները հավաստիորոն ավելի շատ են ծախսել, քան գյուղական ընտանիքները (աղյուսակ 2):

Աղյուսակ 2. Կենսամակարդակը ներկայացնող տարրեր պատասխանների տոկոսը

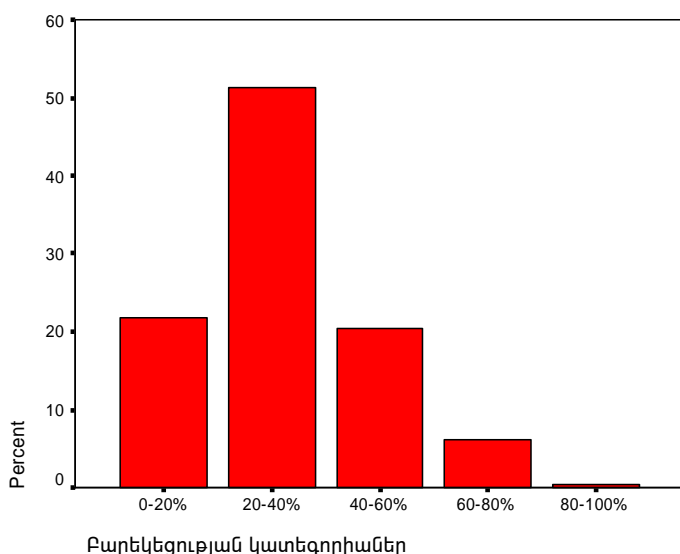
	Բնակավայր		Ընդամենը
	Քաղաք (%)	Գյուղ (%)	(%)
<u>Կենսամակարդակ*</u>			
Միջինից բավականին ցածր	8.0	9.1	8.6
Միջինից մի փոքր ցածր	18.0	19.0	18.5
Միջին	55.2	60.9	58.1
Միջինից մի փոքր բարձր	14.7	8.3	11.4
Միջինից բավականին բարձր	4.0	2.7	3.4
<u>Փոփոխություններ կենսամակարդակում</u>			
Շավ է վատացել	5.3	6.0	5.6
Թեթևակի վատացել է	14.3	14.4	14.4
Մնացել է նույնը	58.3	58.4	58.4
Թեթևակի բարելավվել է	21.0	20.4	20.7
Շատ է բարելավվել	1.1	0.8	0.9
<u>Հարմարությունների/ճոխության առարկաների առկայությունը</u>			
Զուգարան բնակարանում	89.7	21.9	54.8
Տաք ջրի բաք	46.8	13.2	29.5
Գունավոր հեռուստացույց	90.3	89.5	89.8
Տեսաձայնագրիչ	57.2	46.9	51.9
Ավտոմեքենա	28.7	36.4	32.7
Ավտոմատ լվացքի մեքենա	21.1	8.7	14.7
Հեռախոս	81.5	61.3	71.1
Անձնական համակարգիչ	10.3	2.1	6.1
Արբանյակային ալեհավաք	8.6	7.9	8.3
Բջջային հեռախոս	65.3	60.5	62.8
Ամառանոց/առանձնատուն	10.3	10.9	10.6
Ընտանիքում ճոխության առարկաների միջին թիվը*	5.1	3.6	4.3
<u>Ընտանիքի ծախսերն անցած ամսվա ընթացքում*</u>			
Մինչև 25 000 դրամ (~\$65-ից քիչ)	20.1	28.4	24.4
25 000-50 000 դրամ (~\$65-130)	29.9	38.3	34.2
51 000-100 000 դրամ (~\$130-260)	32.7	24.6	28.5
101 000-250 000 դրամ (~\$260-660)	13.3	6.8	10.0
250 000 դրամից շատ (ավելի, քան ~\$660)	3.9	1.9	2.9
Ընտանիքների թիվը	1120	1190	2310

* Նկատվել է վիճակագրորեն հավաստի քաղաք/գյուղ տարբերություն, $p < 0.05$

Չեռագրտված ընտանիքների կենսամակարդակը և ունեցվածքը գնահատող հարցերի հիման վրա՝ հաշվի առնելով ընտանիքի անդամների թիվը, հաշվարկվել է գումարային միավոր՝ տարբեր կշիռներ տալով պատասխանի յուրաքանչյուր տարբերակին կամ ընտանիքի ունեցվածքին: Յուրաքանչյուր ընտանիքի գումարային միավորը արտացոլել է այդ ընտանիքի բարեկեցության աստիճանը: Բարեկեցության միավորի հնարավոր միջակայքը եղել է 0-ից (նվազագույն) մինչև 29 (առավելագույն) (հավելված 6): Այնուհետև, բարեկեցության միավորի միջոցով որոշվել են ընտանիքների տնտեսական վիճակն արտացոլող երկու ամփոփ բնորոշիչ՝ բարեկեցության կատեգորիան և բարեկեցության քվինտիլը:

Բարեկեցության կատեգորիան որոշվել է հետևյալ կերպ. բարեկեցության միավորները (ԲՄ) վերածվել են տոկոսների (որտեղ 29 հնարավոր առավելագույն ԲՄ-ը համարվել է 100%) և բաժանվել հինգ կատեգորիաների՝ 20% հավասար միջակայքերով: Ընտանիքների բաշխումն ըստ յուրաքանչյուր կատեգորիայի ներկայացված է գծապատկեր 6-ում: Ինչպես երևում է գծապատկերից, հետազոտված ընտանիքների ավելի քան կեսը (51.3%) հայտնվել է երկրորդ (աղքատ) կատեգորիայում (ԲՄ՝ 20-40%), իսկ 21.7%-ը՝ առաջինում (չատ աղքատ) (ԲՄ՝ 0-20%): Երրորդ՝ միջին (ԲՄ՝ 40-60%), կատեգորիան եղել է հաջորդն ըստ հաճախականության (ընտանիքների 20.3%-ը): Չորրորդ՝ հարուստ (ԲՄ՝ 60-80%), և հինգերորդ՝ ամենահարուստ (ԲՄ՝ 80-100%), կատեգորիաների մասնաբաժինը եղել է շատ ավելի փոքր (6.2% և 0.5% համապատասխանաբար):

Գծապատկեր 6. Տնային տնտեսությունների տոկոսը բարեկեցության յուրաքանչյուր կատեգորիայում (n=2,310)



Երկրորդ ամփոփ բնորոշիչի՝ բարեկեցության քվինտիլի որոշման համար բարեկեցության միավորները բաշխվել են ըստ քվինտիլների (այն է՝ խմբերի, որոնցից յուրաքանչյուրի մեջ մտնում է հարցված ընտանիքների մոտ 20%-ը): Եթե բարեկեցության կատեգորիան կարելի է համարել ընտանիքների բարեկեցության բացարձակ չափ, ապա բարեկեցության քվինտիլն իրենից ներկայացնում է համեմատական չափ: Օրինակ, այն կարող է կիրառվել որոշելու համար, թե որքանով է բարեկեցությունը հավասարաչափ բաշխված ըստ բնակավայրերի: Աղյուսակ 3-ում ներկայացված է հետազոտված ընտանիքների բարեկեցության քվինտիլների բաշխումն՝ ըստ մարզերի և քաղաքային ու գյուղական բնակավայրերի: Ջարմանալի չէ, որ ամենացածր քվինտիլում հայտնված ընտանիքների թիվն ավելի մեծ է գյուղական բնակավայրերում, իսկ ամենաբարձր քվինտիլում գտնվողներինը՝ քաղաքային բնակավայրերում ($p < 0.000$): Ըստ մարզերի պատկերը նույնպես հավաստիորեն տարասեռ է՝ բարեկեցության քվինտիլներում ընտանիքների բաշխվածության առումով: Այսպես, ամենաբարձր քվինտիլում ընտանիքների համեմատաբար մեծ մասնաբաժին եղել է Երևանում և Արմավիրում, իսկ համեմատաբար փոքր՝ Արարատում, Գեղարքունիքում, Վայոց Ձորում և Տավուշում: Համապատասխանաբար, ամենացածր քվինտիլում Երևանի և Արմավիրի ընտանիքների մասնաբաժինը եղել է փոքր, իսկ Տավուշի, Արարատի և Վայոց Ձորի ընտանիքներինը՝ մեծ: Երևանում ընտանիքների 60%-ը եղել է ամենաբարձր երկու քվինտիլներում: Հակառակ պատկերն է Տավուշի մարզում, որտեղ ընտանիքների գրեթե կեսը (49.5%-ը) եղել է ամենացածր երկու քվինտիլներում:

Աղյուսակ 3. Ընտանիքների բաշխումն ըստ բարեկեցության քվինտիլների

	Բարեկեցության քվինտիլ					Ընդամենը
	Ամենացածր	Երկրորդ	Միջին	Չորրորդ	Ամենաբարձր	
Մարզեր*						
Երևան	11.0	9.0	20.0	21.9	38.1	100.0
Արագածոտն	19.0	17.6	19.5	28.1	15.7	100.0
Արարատ	24.3	19.0	25.7	19.0	11.9	100.0
Արմավիր	14.3	17.6	21.4	20.5	26.2	100.0
Գեղարքունիք	15.7	26.2	23.3	20.0	14.8	100.0
Լոռի	15.7	23.3	20.0	18.6	22.4	100.0
Կոտայք	21.0	20.0	24.3	18.6	16.2	100.0
Շիրակ	18.1	23.8	21.9	18.1	18.1	100.0
Սյունիք	18.1	23.3	17.6	19.0	21.9	100.0
Վայոց Ձոր	23.3	20.0	21.4	20.5	14.8	100.0
Տավուշ	29.0	20.5	17.6	17.6	15.2	100.0

	Բարեկեցության քվինտիլ					Ընդամենը
	Ամենացածր	Երկրորդ	Միջին	Չորրորդ	Ամենաբարձր	
Բնակավայր*						
Քաղաքային	15.1	17.6	19.7	20.4	27.2	100.0
Գյուղական	22.8	22.4	22.5	20.0	12.4	100.0
Ընդամենը	19.0	20.0	21.2	20.2	19.6	100.0

* Նկատվել է վիճակագրորեն հավաստի տարասեռություն ըստ մարզերի և քաղաք-գյուղի, $p < 0.05$

Երեխաների առողջական վիճակի գնահատում

Կանանց հարց է տրվել, թե արդյոք իրենց տան երեխաներից որևէ մեկի մոտ անցած երեսուն օրվա ընթացքում եղել է սուր հիվանդության դեպք (աղյուսակ 4): Առավել հաճախ նշվել են մրսածությունը և գրիպը (դեպքերի 57.1%-ը), այնուհետև՝ հազը (43.1%-ը), բարձր ջերմությունը (28.9%-ը) և անգինա (20.2%-ը): Կանանց 11.2%-ը նշել է փորլուծության դեպք, 7.5%-ը՝ փսխումների, 4.0%-ը՝ ալերգիայի/ցանի, և միայն 1.1 %-ը՝ ցնցումների: Յոթ կին նշել է, որ անցած 30 օրվա ընթացքում իր երեխայի կղանքում եղել է արյուն:

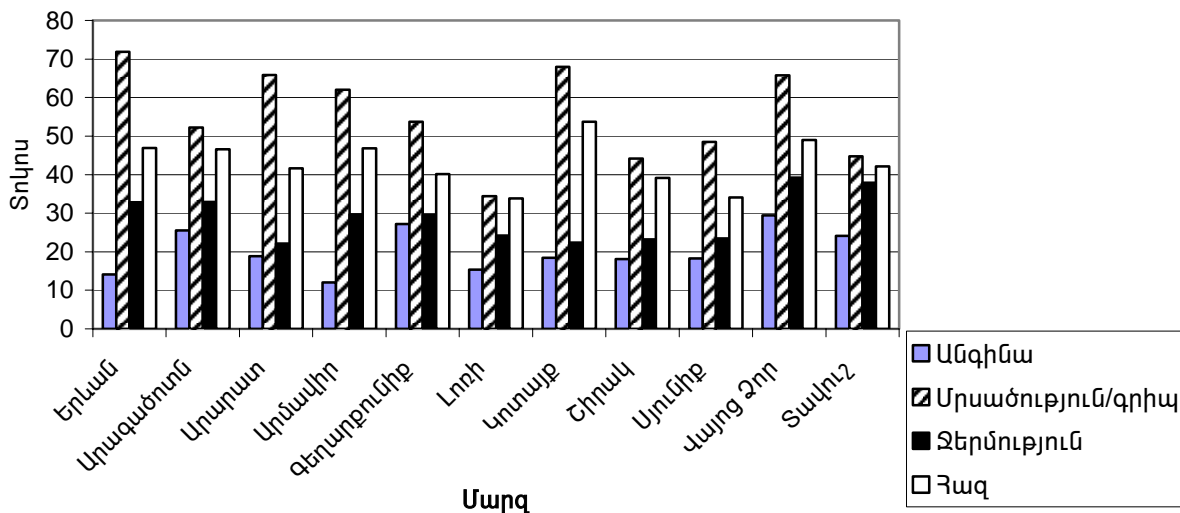
Աղյուսակ 4. Անցած 30 օրվա ընթացքում երեխաների հիվանդացությունը*

Հիվանդության նշաններ % (n)	(1620)
Մրսածություն/գրիպ	55.4 (897)
Հազ	43.1 (698)
Բարձր ջերմություն/տենդ	28.9 (468)
Անգինա	20.2 (327)
Փորլուծություն	11.2 (182)
Փսխում	7.5 (122)
Ալերգիա/ցան	4.0 (64)
Ցնցումներ	1.1 (18)
Կղանքում արյուն	0.4 (7)

* Հարցին տրվել են բազմակի պատասխաններ:

Մասնաբաժինների համեմատությունն ըստ մարզերի, բարեկեցության քվինտիլների և կրթական մակարդակի ցույց է տալիս վիճակագրորեն հավաստի տարբերություններ որոշ հիվանդությունների համար (գծապատկերներ 7, 8 և 9):

Գծապատկեր 7. Երեխաների մոտ հանդիպող հիվանդությունները վերջին երեսուն օրվա ընթացքում ըստ մարզերի *

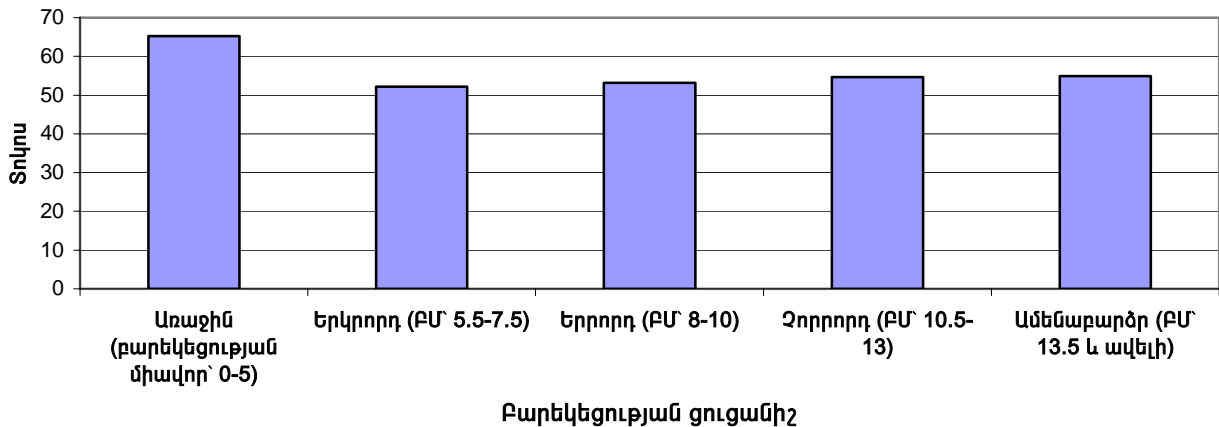


* Յուրաքանչյուր հիվանդության համար մասնաբաժինների տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են ըստ մարզերի, $p < 0.05$

Մրսածությունը/գրիպը Երևանում նշվել է համեմատաբար հաճախ, իսկ Լոռու մարզում՝ համեմատաբար հազվադեպ: Հազն ավելի հաճախ է նշվել Կոտայքի մարզում, իսկ բարձր ջերմությունը և անգինան՝ Վայոց Ձորում: Ընդհանրապես, այլ մարզերի համեմատությամբ, երեխաների շրջանում սուր հիվանդություններն ավելի հաճախակի են Վայոց Ձորում և ավելի հազվադեպ՝ Լոռում:

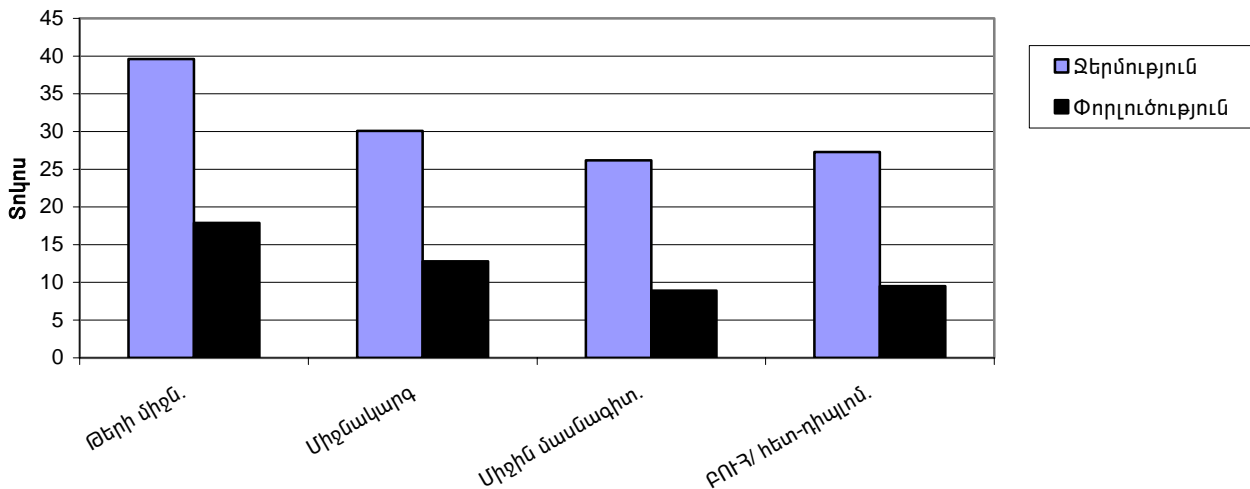
Հազն ավելի հաճախ է նշվել ամենացածր բարեկեցության քվինտիլում գտնվող ընտանիքների կողմից (գծապատկեր 8): Բացի այդ, բացասական առնչություն է նկատվել հարցվածների կրթական մակարդակի և նրանց տան երեխաների որոշ սուր հիվանդությունների հաճախականության միջև (գծապատկեր 9):

Գծապատկեր 8. Երեխաների սուր հիվանդությունների դեպքերը վերջին 30 օրվա ընթացքում, հազ*



* Տարբերությունը վիճակագրորեն հավաստի է, $p < 0.05$

Գծապատկեր 9. Երեխաների հիվանդությունները վերջին 30 օրվա ընթացքում ըստ կրթական մակարդակի. ջերմություն և փորլուծություն*



* Յուրաքանչյուր հիվանդության մասնաբաժինների տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են ըստ կրթական մակարդակների, $p < 0.05$:

Հարցվողների մեծ մասը (85.9%-ը) նշել է, որ իրենց տանն ապրող երեխաները չունեն որևէ քրոնիկ հիվանդություն, մյուսներն իրենց տան երեխաների մոտ նշել են տեսողության խանգարումների (4.5%), հոդերի/ոսկրերի հիվանդությունների (1.6%), ստամոքսի կամ աղիքների հիվանդությունների (1.4%), տոնզիլիտի (1.1%), թոքերի հիվանդության (1.1%) և ալերգիայի (1.0%) առկայություն: Այլուսակ 5-ում ներկայացված է համեմատաբար հաճախ հանդիպող հիվանդությունների ցանկը: Երեխաների մոտ քրոնիկ

հիվանդությունների փոքր թիվը թույլ չի տվել կատարել համեմատական վերլուծություն՝ ըստ հարցվածների տարբեր կատեգորիաների:

Աղյուսակ 5. Քրոնիկ հիվանդությունները երեխաների շրջանում*

Հիվանդություն % (n)	(1,607)
Տեսողության խանգարում	4.5 (72)
Հոդերի/ոսկրերի հիվանդություն	1.6 (25)
Ստամոքսի կամ աղիքների հիվանդություն	1.4 (23)
Տոնզիլիտ	1.1 (18)
Թոքերի հիվանդություն (ներառյալ ասթման)	1.1 (17)
Ալերգիա	1.0 (16)
Սրտի հիվանդություն	0.9 (15)
Երիկանների հիվանդություն	0.8 (13)
Զարգացման խանգարում	0.8 (13)
Էպիլեպսիա	0.5 (8)

* Հարցին տրվել են մեկից ավելի պատասխաններ:

Հարցազրույցի ընթացքում հարցվողներին տրվել է հարց իրենց տան երեխաների ընդհանուր առողջական վիճակի և վերջին տարում դրա փոփոխությունների վերաբերյալ: Ստացված պատասխանները ներկայացված են սույն հաշվետվության Գլուխ 4.2-ում, որտեղ համեմատություններ են արվել հետազոտության ինքնուրույն լրացվող մասի նմանատիպ հարցերին տրված պատասխանների հետ:

Վնասվածքներն ընտանիքի անդամների շրջանում

Անցած տասներկու ամիսների ընթացքում հարցվածի կամ նրա ընտանիքի որևէ այլ անդամի (այդ թվում՝ երեխաների) ստացած մասնագիտական օգնություն պահանջող վնասվածքների, վթարների կամ թունավորման դեպքերի միջին ցուցանիշը եղել է 0.09՝ տատանվելով 0-ից 4 միջակայքում (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 0.08): Հարցվողների ճնշող մեծամասնությունը նշել է, որ իրենց ընտանիքներում վնասվածքներ չեն եղել (91.4%), 7.6%-ը նշել է վնասվածքի մեկ դեպք, իսկ 0.7%-ը՝ երկու: Մեկ կին նշել է վնասվածքի, թունավորման կամ վթարի երեք դեպք և երկու կին՝ չորս դեպք: Վնասվածքների առավել հաճախ նշվող պատճառներից են վայր ընկնելը (42.7%), թունավորումը/գերդոզավորումը (19.8%), կտրված կամ խոցված վերքերը (10.9%), և այրվածքները (6.8%): Այս պատճառները թվարկված են աղյուսակ 6-ում:

Աղյուսակ 6. Վնասվածքների հիմնական պատճառները*

% (n)	(192)
Վայր ընկնել	42.7 (82)
Թունավորում/գերդոզավորում	19.8 (38)
Կտրված կամ խոցված վերք	10.9 (21)
Այրվածք	6.8 (13)
Ավտովթար	5.2 (10)
Հարված կամ բախում անձին կամ առարկայի	4.2 (8)
Հրագենային վնասվածք	1.0 (2)
Ավտոմեքենայի տակ ընկնել	1.0 (2)

* Հարցին տրվել են մեկից ավելի պատասխաններ:

Վնասվածքների միջին ցուցանիշներն ըստ մարզերի, քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի, բարեկեցության քվինտիլի և կրթական մակարդակի ներկայացված են աղյուսակ 7-ում:

Աղյուսակ 7. Ընտանիքներում վնասվածքների միջին թիվն անցած 12 ամսում՝ ըստ մարզերի, բնակավայրի (գյուղ/քաղաք), բարեկեցության քվինտիլի և կրթության

	Միջին (%)	Թիվ	Ստանդարտ շեղում	Նվազագույն	Առավելագույն
Մարզ*					
Երևան	0.08	208	0.29	0	2
Արագածոտն	0.12	210	0.34	0	2
Արարատ	0.06	210	0.24	0	1
Արմավիր	0.10	209	0.33	0	2
Գեղարքունիք	0.06	208	0.24	0	1
Լոռի	0.12	210	0.37	0	2
Կոտայք	0.10	209	0.37	0	3
Շիրակ	0.06	210	0.33	0	4
Սյունիք	0.05	210	0.24	0	2
Վայոց Ձոր	0.15	210	0.47	0	4
Տավուշ	0.13	210	0.35	0	2
Բնակավայր					
Քաղաք	0.10	1,116	0.34	0	4
Գյուղ	0.09	1,188	0.32	0	4
Տարիքային խումբ					
18-30	0.08	678	0.30	0	2
31-40	0.09	552	0.35	0	4
41-50	0.09	480	0.31	0	2
51-60	0.11	300	0.38	0	4
>=61	0.12	294	0.38	0	3

	Միջին (%)	Թիվ	Ստանդարտ շեղում	Նվազագույն	Առավելագույն
Բարեկեցության քվինտիլ					
Բարեկեցության միավոր 0-5	0.11	439	0.35	0	2
ԲՄ_5.5-7.5	0.11	462	0.36	0	3
ԲՄ_8-10	0.08	488	0.36	0	4
ԲՄ_10.5-13	0.09	465	0.31	0	2
ԲՄ_13.5 և բարձր	0.08	450	0.28	0	2
Կրթական մակարդակ					
Թերի միջնակարգ	0.12	204	0.37	0	2
Միջնակարգ	0.08	902	0.29	0	2
Միջին մասնագիտ. (10-13տ.)	0.11	787	0.39	0	4
ԲՈՒՅ/հետդիպլոմային	0.07	388	0.27	0	2
Ընդամենը	0.09	2,304	0.33	0	4

* Կատեգորիաները վիճակագրորեն տարասեռ են, միակողմ ANOVA, $p < 0.05$

Բժշկի ընտրություն

Այն հարցին, թե ի՞նչ տիպի բժշկի են այցելել տվյալ ընտանիքի անդամները (այդ թվում նաև՝ կին հարցվողը) վերջին վեց ամսվա ընթացքում, հարցվածների 31.8%-ը պատասխանել է, որ որևէ բժշկի չի դիմել: Շուրջ 25%-ը նշել է, որ այցելել է հիվանդանոցի բժշկի, 24.5%-ն այցելել է պոլիկլինիկայի նեղ մասնագետի, 22%-ը՝ թերապևտի, իսկ 18.4%-ը՝ տեղամասային մանկաբույժի: Համեմատաբար սակավաթիվ են եղել այցելությունները գինեկոլոգի (9.4%), ատամնաբույժի (3.1%), ընտանեկան բժշկի (2.0%, 46 ընտանիք) մոտ:

Հանրության իրազեկությունը ազատ հավաքագրման վերաբերյալ

Հարցվածների միայն 9%-ն է ծանոթ եղել ազատ հավաքագրման (ԱՀ) գաղափարին (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 10.6%), (աղյուսակ 8): Հարցվածների 82.7%-ը կարծիք է հայտնել, որ ազատ հավաքագրում նշանակում է «ընտրել տեղամասային բժշկին կամ բուժքրոջը», 25.5%-ը՝ որ «գրանցվել իմ ընտրած պոլիկլինիկայում», իսկ 19.7%-ը՝ որ «բարելավել բուժսպասարկումը»: Ինչևէ, 79 հարցված (38.0%) սխալ կարծիք են հայտնել, թե դա նշանակում է «ստանալ անվճար բուժօժանություններ պետության կողմից»:

Ինչ վերաբերվում է ազատ հավաքագրման վերաբերյալ տեղեկությունների ստացման աղբյուրին, հարցվածների մեծ մասը նշել են հանրապետական լրատվամիջոցները, այդ թվում՝ հեռուստատեսությունը, ռադիոն և տպագիր մամուլը (62.7%), ինչպես նաև՝ բուժաշխատողներին (55.0%): 22.5%-ը նշել է տեղական լրատվամիջոցները, մոտ 10%-ը՝ հարևաններին/ընկերներին/բարեկամներին, երկուսը՝

համայնքային հանդիպումները՝ որպես ԱՅ մասին տեղեկատվության աղբյուր: Չորս մարդ տեղյակ են եղել ազատ հավաքագրման մասին, քանի որ եղել են բուժաշխատողներ:

Ազատ հավաքագրման մասին տեղյակ հարցվածների շուրջ 51%-ը (ընդհանուր ընտրանքի 4.6%-ը, կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 5.5%) նշել է, որ կատարել է իր ընտրությունը և հավաքագրվել է (աղյուսակ 8): ԱՅ մասին տեղեկացված և չհավաքագրված մասնակիցներից հարցրել են հավաքագրմանը չմասնակցելու պատճառները: Առավել հաճախ հնչած պատասխանը (և առավել կարևոր) եղել է՝ «չեմ կարծում, որ դա կարևոր է» (31.3%), այնուհետև՝ «չեմ ցանկանում դիմել ԱԱՊ ծառայություններին, փոխարենը նախընտրում են այցելել հիվանդանոց» (21.2%), «դրա կարիքը չունեմ» (11.1%) և «իմ նախընտրած պոլիկլինիկան/ամբուլատորիան հեռու է գտնվում» (8.1%): Հավաքագրված հարցվածների 44.6%-ը նշել է, որ հավաքագրվել է, որովհետև «ցանկացել է ընտրել իր բժշկին», 43.6%-ը՝ որովհետև «դա պարտադրվում էր օրենքով», իսկ 8.9%-ը՝ որովհետև «ցանկացել է անվճար բուժօգնություն ստանալ»: Բոլոր հավաքագրվածները նշել են, որ հեշտությամբ են գրանցվել, բացառությամբ մեկ մարդու, ում համար դա դժվար է եղել, որովհետև չի կարողացել կողմնորոշվել, թե ո՞ր բժշկին է ցանկանում ընտրել:

Աղյուսակ 8. Ազատ հավաքագրման գաղափարին ծանոթները և հավաքագրվածները ըստ մարզերի, բնակավայրերի, բարեկեցության, տարիքի և կրթական մակարդակի

	Ծանոթ է ԱՅ գաղափարին % (n)	Հավաքագրված է % (n)
Մարզ	<i>* (p=0.000)</i>	<i>* (p=0.000)</i>
Երևան	12.9 (27)	55.6 (15)
Արագածոտն	9.5 (20)	70.0 (14)
Արարատ	4.3 (9)	22.2 (2)
Արմավիր	5.7 (12)	41.7 (5)
Գեղարքունիք	2.9 (6)	16.7 (1)
Լոռի	27.6 (58)	72.9 (43)
Կոտայք	6.2 (13)	7.7 (1)
Շիրակ	12.4 (26)	23.1 (6)
Սյունիք	4.3 (9)	44.4 (4)
Վայոց Ձոր	5.7 (12)	50.0 (6)
Տավուշ	7.6 (16)	62.5 (10)
Բնակավայր	<i>* (p=0.000)</i>	<i>(p=0.065)</i>
Քաղաք	11.9 (133)	56.0 (75)
Գյուղ	6.3 (75)	42.7 (32)

	Ծանոթ է ԱՅ գաղափարին % (n)	Հավաքագրված է % (n)
<u>Բարեկեցության քվինտիլ</u>	<i>* (p=0.003)</i>	<i>(p=0.652)</i>
Բարեկեցության միավորը 0-5	6.4 (28)	53.6 (15)
ԲՄ_5.5-7.5	8.2 (38)	52.6 (20)
ԲՄ_8-10	8.0 (39)	50.0 (20)
ԲՄ_10.5-13	9.0 (42)	59.5 (25)
ԲՄ_13.5 և բարձր	13.5 (61)	44.3 (27)
<u>Տարիքային խումբ</u>	<i>(p=0.495)</i>	<i>(p=0.576)</i>
18-30	8.7 (59)	57.6 (34)
31-40	10.5 (58)	43.1 (25)
41-50	8.9 (43)	48.8 (21)
51-60	9.3 (28)	55.2 (16)
>=61	6.8 (20)	55.0 (11)
<u>Կրթական մակարդակ</u>	<i>* (p=0.000)</i>	<i>(p=0.173, small n)</i>
Թերի միջնակարգ	3.4 (7)	71.4 (5)
Միջնակարգ	6.2 (56)	61.4 (35)
Միջին մասնագիտ. (10-13 տարի)	10.6 (84)	46.4 (39)
ԲՈՒՀ/հետդիպլոմային	15.2 (59)	45.8 (27)
Ընդամենը	9.0 (208)	51.2 (107)

** Տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են, p<0.05*

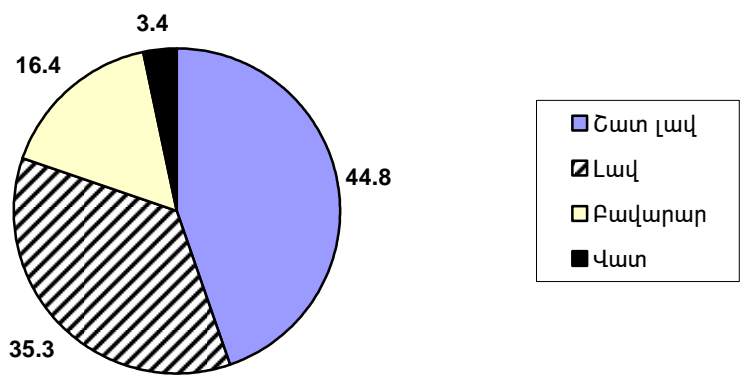
Անցած վեց ամիսների ընթացքում իրենց ԱԱՊ բժշկին փոխելու մասին հարցին միայն հինգ կին են դրական պատասխան տվել: Բոլոր հարցվածքների կարծիքով, բժշկին փոխելը հեշտ է եղել և այդ առումով որևէ խնդիր չեն ունեցել:

Ընտանեկան բժշկություն

2310 հարցվածների 62.7%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 67.8%) ծանոթ է եղել ընտանեկան բժշկության գաղափարին (աղյուսակ 9): Այս թիվը ճշգրտորեն արտացոլում է 2005թ.-ին Հայաստանում անցկացված ժողովրդագրական առողջապահական հետազոտության արդյունքները:^x Ընտանեկան բժշկության մասին տեղեկության աղբյուրի վերաբերյալ հարցին հարցվածների մեծ մասը պատասխանել են, որ իրենք լսել են այդ մասին հանրապետական լրատվամիջոցներից (82.2%), ինչպես նաև՝ բուժաշխատողներից (28.2%) և հարևաններից/բարեկամներից/ընկերներից (15.8%): Ավելի քիչ թվով մարդիկ նշել են տեղական լրատվամիջոցները (10.8%) և համայնքային հանդիպումները (0.5%): Ընտանեկան բժշկությունը նկարագրելու մասին հարցին ի

պատասխան, 79.8%-ը նշել է, որ ԸԲ նշանակում է «բուժժառայությունների մատուցում բոլոր տարիքային խմբերի սպասարկվողներին», 78.7%-ը՝ որ «ընտանեկան բժիշկը բուժօգնություն է ցուցաբերում ընտանիքի բոլոր անդամներին», իսկ 60.6%-ը՝ որ «ընտանեկան բժիշկը պատրաստված է, որպեսզի բուժի ամենատարբեր հիվանդություններ»: Հարցվածների շուրջ վեց տոկոսը համաձայնել է, որ ԸԲ «հիմնականում կանխարգելիչ բուժժառայությունների մատուցում է», իսկ 48.5%-ը՝ որ ԸԲ «ավելի թանկ բուժօգնություն է»: Հարցվածների միայն 5.0%-ն (116 մարդ) էր անցած մեկ տարվա ընթացքում բուժօգնություն ստացել ընտանեկան բժշկից: Նրանց 44.8%-ը որակել է այդ բուժօգնությունը որպես շատ լավ, 35.3%-ը՝ լավ, 16.4%-ը՝ միջին և 3.4%-ը (4 հարցված)՝ վատ (գծապատկեր 10):

Գծապատկեր 10. Ընտանեկան բժիշկի կողմից մատուցված բուժժառայության որակը



Ընտանեկան բժշկին այցելությունը հարցվածների 92.2%-ին օգնել է հասկանալ իրենց առողջական խնդիրը կամ վիճակը: Մոտավորապես 67.2%-ը ընտանեկան բժշկից ստացել է կրթական կամ տեղեկատվական նյութեր իրեն հուզող խնդրի կամ հիվանդության վերաբերյալ: Նյութեր ստացածների 99%-ը գտել է, որ դրանք օգտակար էին (միայն մեկ մարդ է նշել, որ նյութերն օգտակար չէին): Բացառությամբ երկուսի, մնացած հարցվածները ստացած նյութերը համարել են հեշտ հասկանալի: Ընտանեկան բժշկին այցելած 115 մարդուց 107-ը (93.0%) նշել է, որ ընտանեկան բժիշկը հստակ բացատրել է, թե ինչպես է հարկավոր բուժել կամ հաղթահարել իր հիվանդությունը կամ

վիճակը: Նրանց 96.5%-ին նշանակվել է դեղորայք, մեծամասնությունն ընդունել է այդ դեղորայքը՝ ըստ նշանակված սխեմայի (95.5%): Իրենց դեղատոմսում նշված դեղամիջոցը չընդունած հինգ հարցվածից երկուսը նշել են, որ վախեցել են այդ դեղի կողմնակի ազդեցություններից, երրորդը չի կարողացել այն ձեռք բերել, չորրորդը անտարբեր է վերաբերվել դեղորայքի ընդունմանը, իսկ հինգերորդը մտածել է, որ դեռ չի ախտորոշվել:

Տասը հարցված իրենց մտահոգություններն են հայտնել ընտանեկան բժշկից ստացած բուժօգնության վերաբերյալ: Դրանց թվում եղել են՝ «բժիշկը չկարողացավ ախտորոշել» (3 դեպք) և «բժիշկը չկարողացավ բուժել ինձ» (3 դեպք) պատասխանները: Հարցվածների 30%-ը վճարել են ընտանեկան բժշկին: Հարցվածների գրեթե կեսը ընտանեկան բժշկի կողմից ուղեգրվել են նեղ մասնագետի մոտ, իսկ 44.6%-ը վճարել են նեղ մասնագետին՝ ցուցաբերած բուժօգնության համար:

Ընտանեկան բժշկության մասին տեղյակ մասնակիցներին (1,449) հարց է տրվել, թե արդյո՞ք իրենց կարծիքով ընտանեկան բժշկությունը տեղին է Հայաստանի համար: Շուրջ 64%-ը (ընտրանքի 40.1%-ը, կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 43%) պատասխանել է դրականորեն (աղյուսակ 8): «Ոչ» կամ «վստահ չեմ» պատասխանածների 59.3%-ը գտել է, որ ընտանեկան բժշկությունն ավելի թանկ արժե, 11.1%-ը՝ որ ընտանեկան բժիշկները բավարար չափով չեն վերապատրաստվում, 10.8%-ը՝ որ ընտանեկան բժիշկներն ավելի ցածր որակավորում ունեն նեղ մասնագետների համեմատությամբ, իսկ 8.9%-ը պարզապես նախընտրել է պոլիկլինիկական բուժօգնության հին տարբերակը:

Աղյուսակ 9-ում և գծապատկերներ 8-ում, 9-ում և 10-ում ներկայացված է հարցվածների բաշխումն ըստ տարբեր կատեգորիանի՝ ԸԲ գաղափարին ծանոթ լինելու և Հայաստանում ԸԲ տեղին համարելու առումով: Ինչպես երևում է աղյուսակ 8-ից, երկու ցուցանիշներն էլ հավաստիորեն տարբերվում են ըստ մարզերի: ԸԲ մասին տեղյակ հարցվածների ամենամեծ թիվը գրանցվել է Երևանում (77.6%), իսկ ամենափոքրը՝ Տավուշում (49.5%): ԸԲ նկատմամբ դրականորեն տրամադրվածների մասնաբաժինն ավելի մեծ է եղել Արագածոտնում (75.6%) և Գեղարքունիքում (75.6%), իսկ Շիրակի և Տավուշի մարզերում գրանցվել են ամենացածր մասնաբաժինները (54.9% և 53.8%՝ համապատասխանաբար):

ԸԲ մասին իրազեկվածության և դրականորեն տրամադրվածության ցուցանիշների բաշխումն ըստ քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի արտացոլում է հետաքրքիր միտում: Ինչպես երևում է աղյուսակ 9-ից, քաղաքաբնակները զգալիորեն ավելի տեղեկացված են ԸԲ մասին, քան գյուղաբնակները (համապատասխանաբար, 69.6% և 56.2%), սակայն առաջիններն ավելի քննադատաբար են վերաբերվում Հայաստանում ԸԲ ներդրմանը, քան երկրորդները (59.0% և 69.6%՝ համապատասխանաբար):

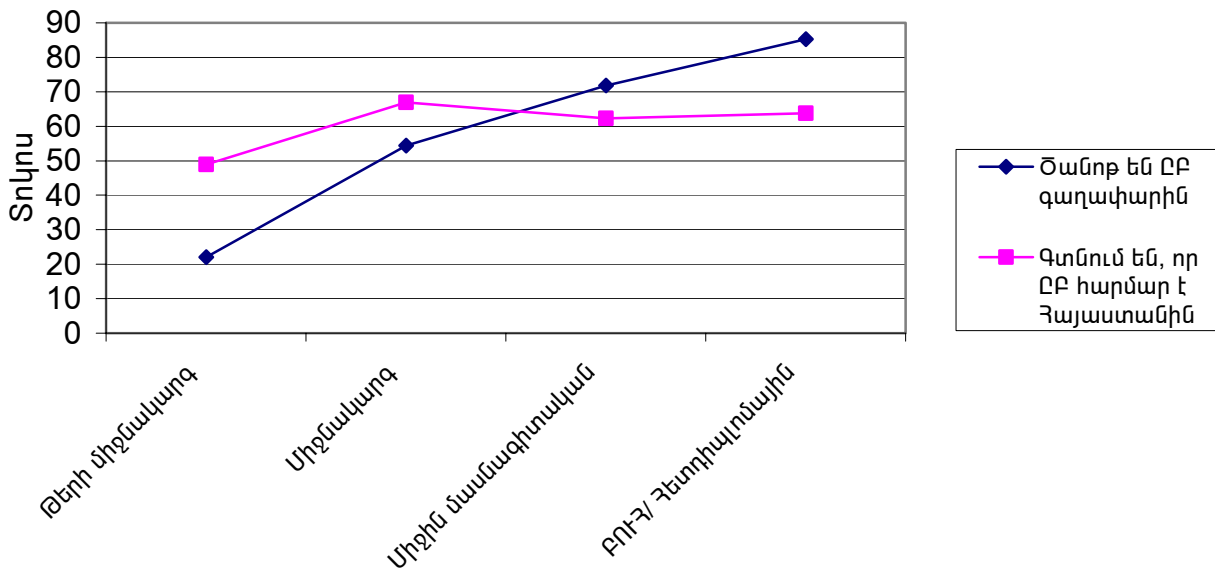
Աղյուսակ 9. ԸԲ մասին տեղյակ և դրան դրականորեն վերաբերվող անձանց բաշխումն ըստ մարզերի, բնակավայրի, բարեկեցության, տարիքի և կրթական մակարդակի

	Ծանոթ են ԸԲ գաղափարին % (n)	Գտնում են, որ ԸԲ տեղին է ՀՀ-ում % (n)
<u>Մարզ</u>	<i>* (p=0.000)</i>	<i>* (p=0.000)</i>
Երևան	77.6 (163)	62.7 (101)
Արագածոտն	56.7 (119)	75.6 (90)
Արարատ	62.9 (132)	72.1 (93)
Արմավիր	55.2 (116)	64.0 (73)
Գեղարքունիք	62.4 (131)	75.6 (99)
Լոռի	70.0 (147)	56.6 (83)
Կոտայք	61.0 (128)	61.7 (79)
Շիրակ	69.0 (145)	54.9 (79)
Սյունիք	67.6 (142)	64.5 (91)
Վայոց Ձոր	58.1 (122)	62.0 (75)
Տավուշ	49.5 (104)	53.8 (56)
<u>Բնակավայր</u>	<i>* (p=0.000)</i>	<i>* (p=0.000)</i>
Քաղաք	69.6 (780)	59.0 (457)
Գյուղ	56.2 (669)	69.6 (462)
<u>Բարեկեցության քվանտի</u>	<i>* (p=0.000)</i>	<i>* (p=0.018)</i>
Բարեկեցության միավորը՝ 0-5	45.9 (202)	53.7 (108)
ԲՄ_5.5-7.5	56.4 (261)	61.8 (160)
ԲՄ_8-10	63.4 (310)	69.3 (214)
ԲՄ_10.5-13	69.3 (323)	62.6 (201)
ԲՄ_13.5 և բարձր	78.1 (353)	67.6 (236)
<u>Տարիքային խումբ</u>	<i>* (p=0.000)</i>	<i>* (p=0.000)</i>
18-30	59.9 (407)	72.0 (291)
31-40	70.9 (392)	63.7 (249)
41-50	68.7 (331)	60.0 (198)
51-60	64.8 (195)	61.1 (118)
>=61	42.0 (124)	52.1 (63)
<u>Կրթական մակարդակ</u>	<i>* (p=0.000)</i>	<i>* (p=0.032)</i>
Թերի միջնակարգ	22.1 (45)	48.9 (22)
Միջնակարգ	54.4 (491)	66.9 (326)
Միջին մասնագիտ. (10-13 տ.)	71.8 (568)	62.3 (352)
ԲՈՒՀ/հետդիպլոմային	85.3 (332)	63.8 (210)
ԸՆդամենը	62.7 (1,449)	63.9 (919)

** Տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են, p<0.05*

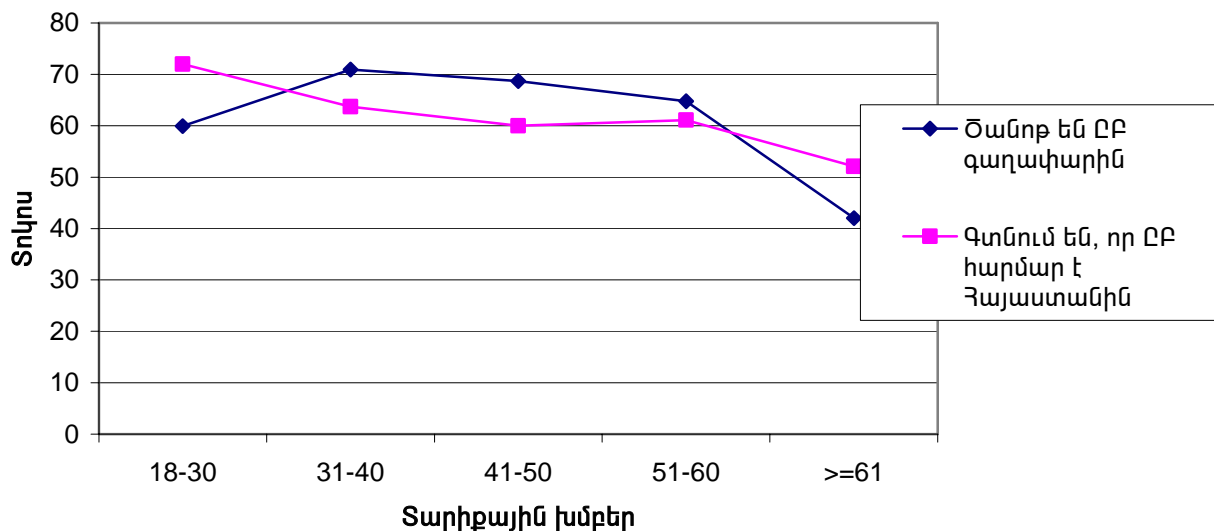
Գծապատկերներ 11-ը, 12-ը և 13-ը ցույց են տալիս վիճակագրական խիստ առնչությունը ԸԲ մասին իրազեկվածության/մոտեցումների և հարցվածների կրթական մակարդակի, տարիքի և բարեկեցության կատեգորիաների միջև:

Գծապատկեր 11. ԸԲ գաղափարի վերաբերյալ գիտելիքների/մոտեցումների առնչությունը կրթական մակարդակի հետ*



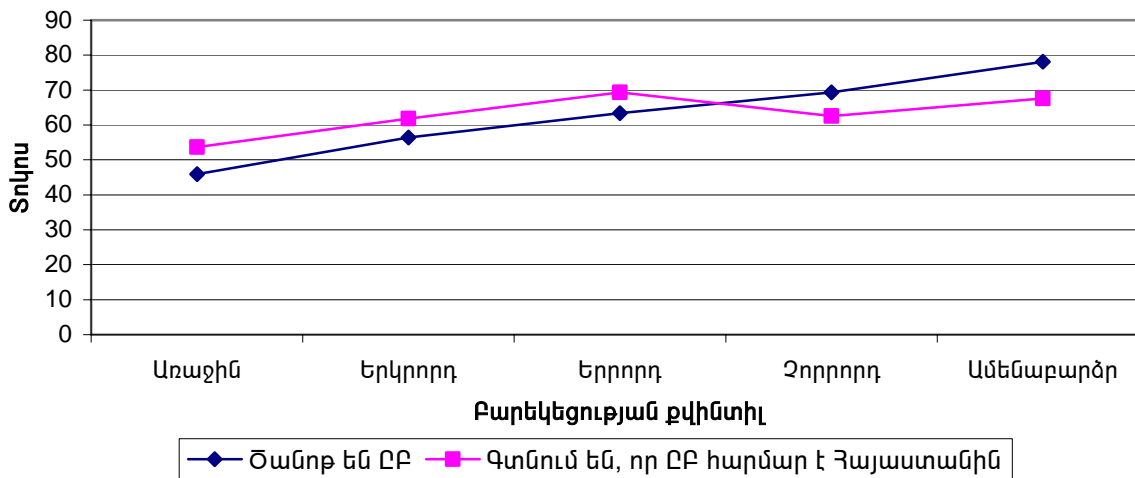
* Առնչությունը վիճակագրորեն հավաստի է, $p < 0.05$

Գծապատկեր 12. ԸԲ վերաբերյալ տեղեկացվածության և մոտեցումների առնչությունը հարցվողների տարիքի հետ*



* Առնչությունը վիճակագրորեն հավաստի է, $p < 0.05$

Գծապատկեր 13. ԸԲ վերաբերյալ տեղեկացվածության և մոտեցումների առնչությունը բարեկեցության քվինտիլի հետ*



*Առնչությունը վիճակագրորեն հավաստի է, $p < 0.05$

Ավելի կրթված և բարեկեցիկ հարցվածներն ավելի տեղեկացված են ԸԲ մասին և ավելի հակված են այն տեսակետին, որ ԸԲ ներդրումը տեղին է Հայաստանում: ԸԲ մասին իրազեկվածության աստիճանն ավելի ցածր է երիտասարդների և տարեցների շրջանում (18-30տ. և ≥ 61 տ.), իսկ դրական վերաբերմունքը ԸԲ նկատմամբ աստիճանաբար նվազում է տարիքի աճին զուգընթաց:

Անվճար բուժապասարկում

Հարցվողների մեծամասնությունը (81.5%) երբևէ լսել է Հայաստանի բոլոր բնակիչների համար անվճար մատուցվող ԱԱՊ ծառայությունների մասին (աղյուսակ 10): Մեծ մասն (83.9%) այդ մասին իմացել է հանրապետական լրատվամիջոցներից, 29.2%-ը՝ բուժաշխատողներից, 12.4%-ը՝ հարևաններից, ընկերներից կամ բարեկամներից, 9.7%-ը՝ տեղական լրատվամիջոցներից, իսկ 0.6%-ը՝ համայնքային հանդիպումներից: Անվճար ԱԱՊ ծառայությունների մասին տեղյակ հարցվածների ավելի քան կեսը օգտվել է դրանցից (աղյուսակ 10), սակայն 28.8%-ի (289 մարդ) համար այդ ծառայություններն անվճար չեն եղել: Վերջիններիս հարց է տրվել այն մասին, թե որն է եղել անվճար ծառայություններ չստանալու պատճառը: Առավել հաճախ տրված պատասխանները եղել են. «բժիշկն ասաց, որ ծառայությունը /անալիզը /բուժումն անվճար չէ» (49.5%) և «բժիշկը խնդրեց, որ վճարեմ» (33.4%), այնուհետև՝ «բժիշկը դեղեր դուրս գրեց, որոնք անվճար չէին» (11.8%) և «վճարումը պահանջվել էր բուժքրոջ/այլ բուժաշխատողի կողմից» (4.2%):

267 հարցվածներ թվարկել են այն ծառայությունները, որոնց համար վճարել են: Դրանց թվում են լաբորատոր քննությունները, նշանակված դեղերի ձեռքբերումը, բժշկի կոնսուլտացիան և բժշկական ստուգումները: Նշվել են նաև գործիքային ստուգումները, միջամտությունները և բժշկի այցերը: Առանց նշված դեպքերը կլինիկա կատարած կոնկրետ այցերի հետ կապելու՝ հնարավոր չէ որակել նշված վճարումները որպես օրինական, կասկածելի կամ անօրինական:

Աղյուսակ 10-ում և գծապատկերներ 14-ում և 15-ում ներկայացված է անվճար ԱԱՊ ծառայությունների մասին լսած և պոլիկլինիկայում դրանցից օգտված մարդկանց բաշխումն ըստ հարցվածների կատեգորիաների: Անվճար ԱԱՊ ծառայությունների մասին լսած և դրանցից օգտված կանանց թիվն աճում է կրթական մակարդակի աճին զուգընթաց (աղյուսակ 14): Անվճար ԱԱՊ ծառայությունների մասին տեղյակ լինելու կամ այդ ծառայությունների համար բժշկին դիմելու և տարիքի առնչությունը ևս վիճակագրորեն հավաստի է: ԱԱՊ անվճար ծառայությունների մասին տեղյակ կանանց ամենամեծ տոկոսը գրանցվել է 31-40տ. և 51-60տ. տարիքային խմբերում (երկու դեպքում էլ՝ 84.1%), իսկ ամենափոքրը՝ 61տ. և ավելի տարեց խմբում (74.9%): 18-30տ. և 51-60տ. տարիքային խմբերի կանայք ԱԱՊ ծառայությունների անվճար դառնալուց հետո ավելի հաճախ են դիմել ԱԱՊ բուժիաստատություն (58.7%-ը և 55.6%-ը՝ համապատասխանաբար):

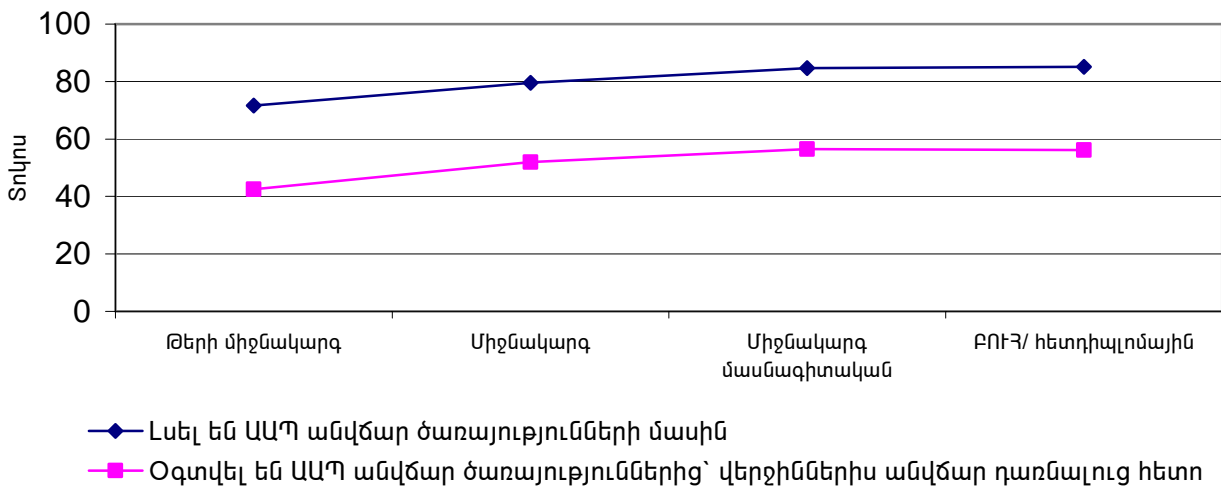
Աղյուսակ 10. ԱԱՊ անվճար ծառայություններին իրազեկությունը և դրանց սպառումն ըստ մարզերի, բնակավայրի, բարեկեցության, տարիքի և կրթության

	Լսել են ԱԱՊ անվճար ծառայությունների մասին % (n)	Օգտվել են ԱԱՊ ծառայություններից՝ անվճար դառնալուց հետո % (n)
Մարզ	<i>*(p=0.000)</i>	<i>*(p=0.000)</i>
Երևան	84.3 (177)	54.8 (97)
Արագածոտն	82.9 (174)	55.5 (96)
Արարատ	82.9 (174)	53.7 (94)
Արմավիր	85.2 (179)	59.9 (106)
Գեղարքունիք	85.6 (179)	51.4 (92)
Լոռի	82.9 (174)	48.9 (85)
Կոտայք	90.0 (189)	66.7 (126)
Շիրակ	69.0 (145)	45.5 (66)
Սյունիք	79.5 (167)	42.5 (71)
Վայոց Ձոր	77.5 (162)	50.0 (81)
Տավուշ	76.7 (161)	56.6 (90)

	Լսել են ԱԱՊ անվճար ծառայությունների մասին % (n)	Օգտվել են ԱԱՊ ծառայություններից՝ անվճար դառնալուց հետո % (n)
<u>Բնակավայր</u>	<i>(p=0.813)</i>	<i>(p=0.207)</i>
Քաղաք	81.7 (915)	55.0 (502)
Գյուղ	81.3 (966)	52.1 (502)
<u>Բարեկեցության քվինտիլ</u>	<i>*(p=0.007)</i>	<i>(p=0.795)</i>
Բարեկեցության միավորը 0-5	76.8 (338)	55.8 (188)
ԲՄ_5.5-7.5	82.3 (380)	53.4 (202)
ԲՄ_8-10	79.8 (390)	51.0 (198)
ԲՄ_10.5-13	86.1 (401)	53.8 (215)
ԲՄ_13.5 և բարձր	82.5 (372)	53.7 (201)
<u>Տարիքային խումբ</u>	<i>*(p=0.009)</i>	<i>*(p=0.023)</i>
18-30	80.2 (544)	58.7 (318)
31-40	84.1 (465)	51.4 (239)
41-50	82.7 (398)	48.5 (193)
51-60	84.1 (253)	55.6 (140)
>=61	74.9 (221)	51.8 (114)
<u>Կրթական մակարդակ</u>	<i>*(p=0.000)</i>	<i>*(p=0.011)</i>
Թերի միջնակարգ	71.6 (146)	42.5 (62)
Միջնակարգ	79.5 (716)	52.0 (372)
Միջին մասնագիտ. (10-13 տարի)	84.6 (669)	56.5 (376)
ԲՈՒՅ/հետդիպլոմային	85.1 (331)	56.2 (186)
Ընդամենը	81.5 (1,881)	53.5 (1,004)

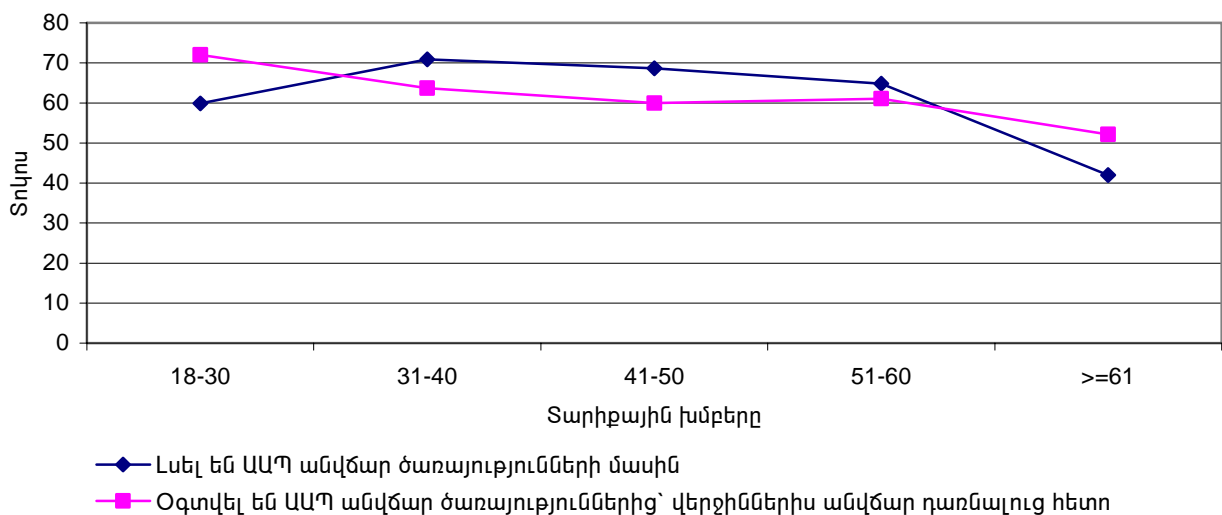
* Տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են, $p < 0.05$

Գծապատկեր 14. ԱԱՊ անվճար ծառայությունների մասին իրազեկվածության/դրանց սպառման առնչությունը կրթական մակարդակի հետ*



*Առնչությունը վիճակագրորեն հավաստի է, $p < 0.05$

Գծապատկեր 15. ԱԱՊ անվճար ծառայությունների մասին իրազեկվածության/դրանց սպառման առնչությունը հարցվողների տարիքի հետ



* Առնչությունը վիճակագրորեն հավաստի է, $p < 0.05$

Համայնքի ներգրավումը

Հարցվածների փոքր տոկոսն է (6.8%; կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 5.2%) մասնակցել համայնքի կողմից կազմակերպված որևէ առողջապահական միջոցառման անցած տարվա ընթացքում (աղյուսակ 11): Այն հարցին, թե արդյոք գիտե՞ն, թե որ կազմակերպությունն է օգնել կազմակերպելու միջոցառումը, դրան մասնակցածների մի մասը նշել է, որ չգիտի (22.4%), մի քանիսը նշել են, որ դա եղել է տեղական հասարակական կազմակերպություն (ՀԿ) (12.6%), իսկ մի քանիսն էլ (11.9%)՝ որ դա ՆՕՎԱ ծրագիրն է եղել: Որպես համայնքային առողջապահական միջոցառման կազմակերպիչներ նշվել են նաև ԱԱՊԲ ծրագիրը (10.5%), Վորլդ Վիժնը (6.3%) և Օքսֆամը (4.9%): Քսաներկու մարդ պատասխանել են, որ «դա այլ միջազգային կազմակերպություն էր»՝ առանց նշելու անունը:

Աղյուսակ 11. Անցած տարվա ընթացքում հարցվածների մասնակցությունը համայնքային միջոցառումներին և ապագայում դրանց մասնակցելու մտադրությունն ըստ ըստ մարզերի, բնակավայրի, բարեկեցության, տարիքի և կրթական մակարդակի

	Անցած տարի մասնակցել է համայնքային միջոցառման % (n)	Մտադիր է մասնակցել ապագայում % (n)
<u>Մարզ</u>	<i>* (p=0.013)</i>	<i>(p=0.202)</i>
Երևան	1.9 (4)	81.4 (171)
Արագածոտն	5.3 (11)	90.4 (189)
Արարատ	6.2 (13)	83.8 (176)
Արմավիր	6.2 (13)	87.1 (183)
Գեղարքունիք	5.2 (11)	84.8 (178)
Լոռի	11.0 (23)	83.8 (176)
Կոտայք	7.6 (16)	82.8 (173)
Շիրակ	5.3 (11)	80.8 (168)
Սյունիք	11.0 (23)	86.6 (181)
Վայոց Ձոր	7.7 (16)	87.5 (182)
Տավուշ	7.2 (15)	83.7 (174)
<u>Բնակավայր</u>	<i>* (p=0.000)</i>	<i>* (p=0.000)</i>
Քաղաք	4.6 (52)	82.0 (915)
Գյուղ	8.8 (104)	87.4 (1,036)
<u>Բարեկեցության քվինտիլ</u>	<i>(p=0.235)</i>	<i>* (p=0.000)</i>
Բարեկեցության միավորը 0-5	6.8 (30)	79.7 (349)
ԲՄ_5.5-7.5	9.1 (42)	85.3 (394)
ԲՄ_8-10	5.7 (28)	88.5 (430)
ԲՄ_10.5-13	6.4 (30)	88.0 (409)
ԲՄ_13.5 և բարձր	5.8 (26)	82.0 (369)

	Անցած տարի մասնակցել է համայնքային միջոցառման % (n)	Մտադիր է մասնակցել ապագայում % (n)
Տարիքային խումբ	<i>(p=0.787)</i>	<i>*(p=0.000)</i>
18-30	6.0 (41)	89.7 (609)
31-40	7.6 (42)	86.3 (473)
41-50	6.2 (30)	86.9 (419)
51-60	7.0 (21)	83.0 (249)
>=61	7.5 (22)	68.8 (201)
Կրթական մակարդակ	<i>*(p=0.011)</i>	<i>*(p=0.000)</i>
Թերի միջնակարգ	7.4 (15)	73.3 (148)
Միջնակարգ	4.8 (43)	85.1 (766)
Միջին մասնագիտ. (10-13 տ.)	7.5 (59)	87.3 (688)
ԲՈՒՅ/հետդիպլոմային	9.5 (37)	85.1 (330)
Ընդամենը	6.8 (156)	84.8 (1,932)

* Այս նշանի տակ ներկայացված արժեքները հավաստիորեն տարբեր են, $p < 0.05$

Մասնակիցներին հարց է տրվել, թե ապագայում իրենք կմասնակցե՞ն համայնքի կողմից կազմակերպված առողջապահական միջոցառումների: Մեծամասնությունը (84.8%) պատասխանել է դրականորեն: Բացասական պատասխան տված 336 անձանց 50.3%-ը նշել է, որ հետաքրքրված չէ նմանատիպ հանդիպումներով, 20.8%-ը՝ որ ժամանակ չունի, և 10.7%-ը՝ որ առողջությունը ամեն մարդու անձնական խնդիրն է: Շուրջ չորս տոկոսի կարծիքով, համայնքում ավելի կարևոր խնդիրներ կան, քան առողջությունը, իսկ 1.8%-ի կարծիքով իրենց համայնքում առողջապահական բնույթի խնդիրներ չկան:

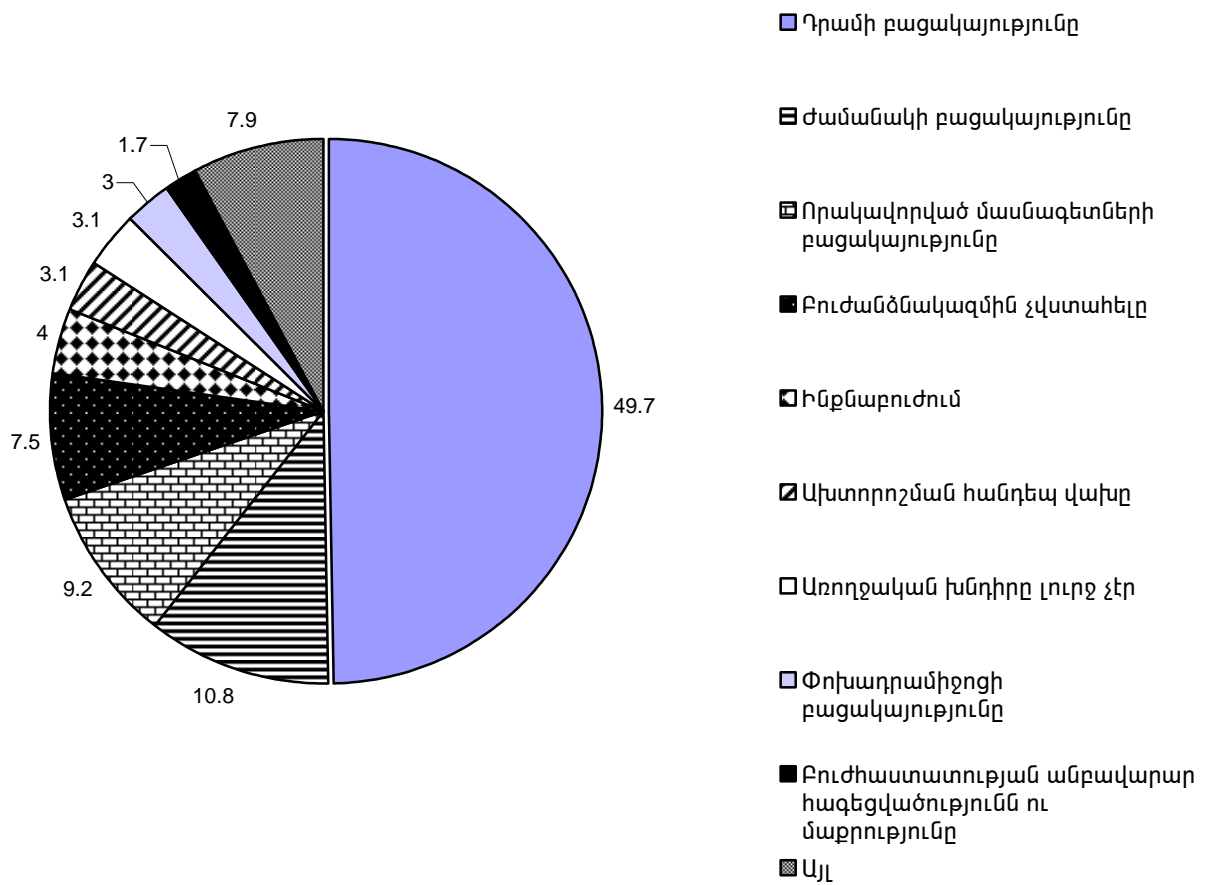
Ինչպես երևում է աղյուսակ 11-ից, Լոռու և Սյունիքի մարզերի բնակչությունը ամենից ակտիվորեն է մասնակցել անցած տարվա ընթացքում իրենց համայնքի կողմից կազմակերպված առողջապահական միջոցառումներին (երկու մարզերում էլ՝ 11.0%)՝ ի տարբերություն Երևան քաղաքի, որտեղ միայն չորս մարդ է մասնակցել նման միջոցառումների: Ապագայում այդպիսի միջոցառումների մասնակցելու մտադրության ցուցանիշները հավասարապես բարձր են բոլոր մարզերում: Սակայն քաղաքաբնակ մասնակիցները հավաստիորեն ավելի հազվադեպ են ցանկություն հայտնել հետագայում մասնակցելու առողջապահական թեմաներով համայնքային միջոցառումների, քան՝ գյուղաբնակ հարցվածները (քաղաքաբնակ կանանց 4.6%-ը և գյուղաբնակների 8.8%-ը մասնակցել է միջոցառումներին; քաղաքաբնակ կանանց 82.0%-ը և գյուղաբնակների 87.4%-ը մտադրություն է հայտնել հետագայում մասնակցելու համայնքի կողմից կազմակերպված առողջապահական միջոցառումներին):

Տվյալները վկայում են, որ ավելի տարեց և ավելի ցածր կրթական մակարդակ ունեցող հարցվածներն ավելի քիչ են հետաքրքրված ապագայում համայնքի կողմից կազմակերպված առողջապահական միջոցառումներին մասնակցությամբ (աղյուսակ 11):

Առաջնային բուժօգնության մատչելիությունը

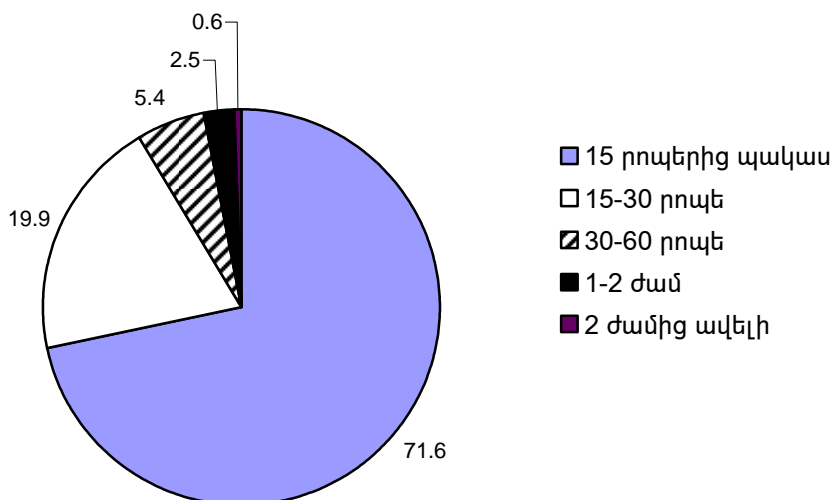
Կանանց հարց է տրվել, թե արդյո՞ք անցած երկու ամիսների ընթացքում իրենք կամ իրենց ընտանիքի որևէ անդամ կարիք ունեցել են այցելելու պոլիկլինիկա կամ ամբուլատորիա՝ բուժօգնություն ստանալու համար: Քառասունմեկ տոկոսը պատասխանել է, որ կարիք չի ունեցել, 32.4%-ը պատասխանել է, որ կարիք ունեցել է և այցելել է, իսկ 26.4%-ը (ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշի՝ 27.9%-ը) պատասխանել է, որ կարիք ունեցել է, սակայն չի այցելել: Վերջիններիս 16%-ը դիմել է հիվանդանոց կամ այլ մասնագետի: Պոլիկլինիկա/ամբուլատորիա կամ հիվանդանոց/նեղ մասնագետի չայցելածների 72.1%-ն ինքնուրույն է բուժվել և գնել է դեղամիջոց դեղատնից: Վերջիններս 51.7%-ը նշել է, որ դեղը գնել է իր սեփական որոշմամբ, 25.6%-ը՝ իր ծանոթ բուժաշխատողների խորհրդով, 16.3%-ը՝ դեղատան աշխատողի, 2.5%-ը՝ ընտանիքի անդամների կամ հարազատների, իսկ 2.0%-ը՝ ընկերների կամ հարևանների խորհրդով: Պոլիկլինիկա/ամբուլատորիա չայցելելու պատճառներից առավել հաճախ նշվել է դրամի բացակայությունը կամ բուժօգնության թանկ լինելը (49.7%) (գծապատկեր 16): Հարցվածների 10.8%-ը, 9.2%-ը, և 7.5%-ը որպես չդիմելու պատճառ նշել են, համապատասխանաբար, ժամանակի պակասը, բուժհաստատությունում որակավորված մասնագետների բացակայությունը և իրենց ԱԱՊ բուժաշխատողներին չվստահելը: Ավելի քիչ թվով մարդիկ նշել են, որ գերադասել են ինքնաբուժումը (4.0%), վախեցել են ախտորոշումից (3.1%), լուրջ չեն համարել իրենց խնդիրը (3.1%), չեն ունեցել անհրաժեշտ փոխադրամիջոց (3.0%), կամ անբավարար են համարել բուժհաստատության հազեցվածությունն ու մաքրությունը (1.7%): Բոլոր հարցվածների շուրջ 22%-ը (ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշի՝ 26.0%-ը) երբևէ չի օգտվել առաջնային օղակի բուժօժանայություններից:

Գծապատկեր 16. Պոլիկլինկա կամ անբուլատորիա չդիմելու պատճառը



ԱԱՊ ծառայություններից օգտվածների 71.6%-ը նշել է, որ ԱԱՊ հաստատությունում բժշկին սպասում է միջինում մինչև 15 րոպե, 19.9%-ը՝ 15-30 րոպե, 5.4%-ը՝ 30-60 րոպե և 2.5%-ը՝ 1-2 ժամ (գծապատկեր 17): Տասը հարցված նշել են, որ ստիպված են միջինում սպասել ավելի քան 2 ժամ:

Գծապատկեր 17. Սպասելաժամանակը ամբուլատորիայում/ պոլիկլինիկայում



Այն հարցին, թե արդյո՞ք այցելության ժամանակ պոլիկլինիկայի /ամբուլատորիայի բժիշկները կամ մյուս աշխատողները իրենց վերաբերվել են հարգանքով և եղել նրբանկատ, հարցվածների 88%-ը պատասխանել է «այո», 9.7%-ը՝ «ինչ-ոչ չափով այո» և 1.9%-ը՝ «ոչ»:

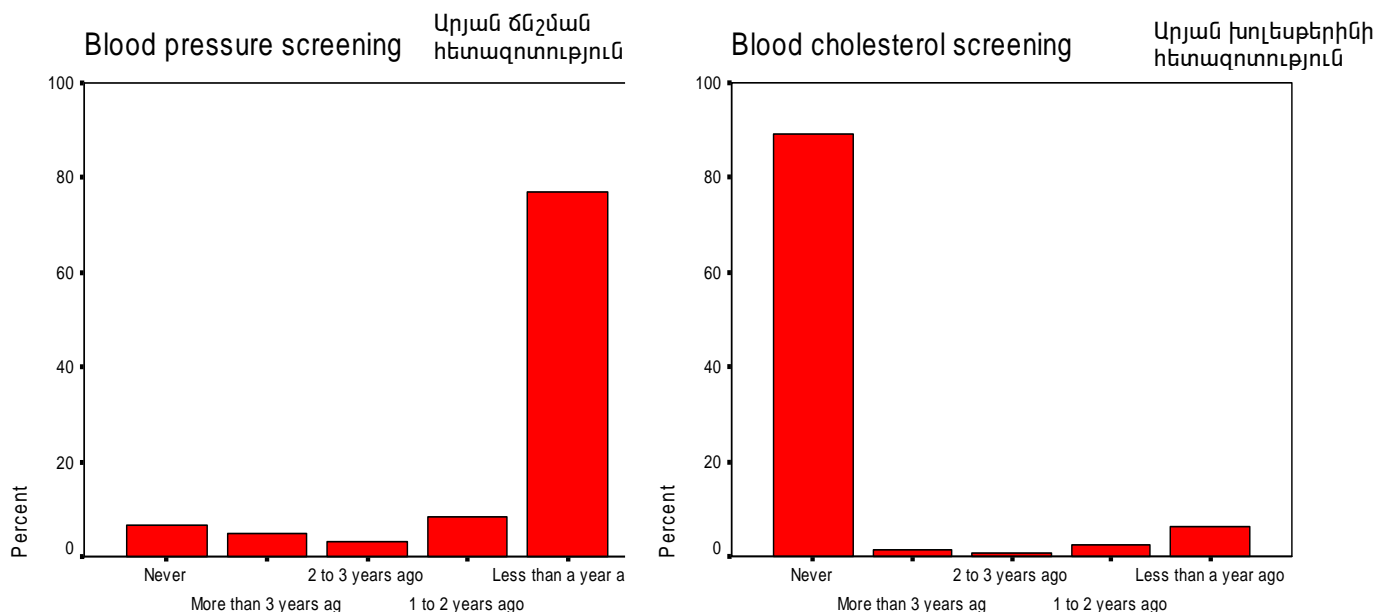
Հարցվածների 20.2%-ը նշել է, որ անցած 12 ամսվա ընթացքում իրենց ընտանիքի անդամը հոսպիտալիզացվել է:

Վաղ ախտորոշիչ և կանխարգելիչ ծառայություններից օգտվելը

Հիմնական (կին) հարցվողներին հարց է տրվել, թե արդյո՞ք անցել են իրենց տարիքին համապատասխան հիմնական սկրինինգները և, եթե այո, ապա ե՞րբ են ստուգվել վերջին անգամ: Ստացված պատասխաններն ամփոփված են աղյուսակ 12-ում: Քսան և բարձր տարիքի հարցվածների 76.9%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 76.6%) նշել է, որ վերջին մեկ տարվա ընթացքում ստուգել է իր զարկերակային ճնշումը, 8.4%-ը՝ որ ստուգել է զարկերակային ճնշումը մեկ կամ երկու տարի առաջ, 6.7%-ը՝ որ երբևէ այն չի ստուգել, իսկ 5.0%-ը՝ որ զարկերակային ճնշումը ստուգել է ավելի քան երեք տարի առաջ: Արյան մեջ խոլեսթերինի մակարդակի որոշման առումով իրավիճակն անհամեմատ անմխիթար է եղել: Քսան և բարձր տարիքի կանանց միայն 6.4%-ն է ստուգել արյան մեջ խոլեսթերինի մակարդակը վերջին մեկ տարվա ընթացքում և 2.6%-ը՝ մեկից երկու տարի առաջ (ուստի, այս սկրինինգի գործող հրահանգին հետևել է հետազոտված ընտրանքի միայն 11.0%-ը կամ, ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշի՝ 11.8%-ը):

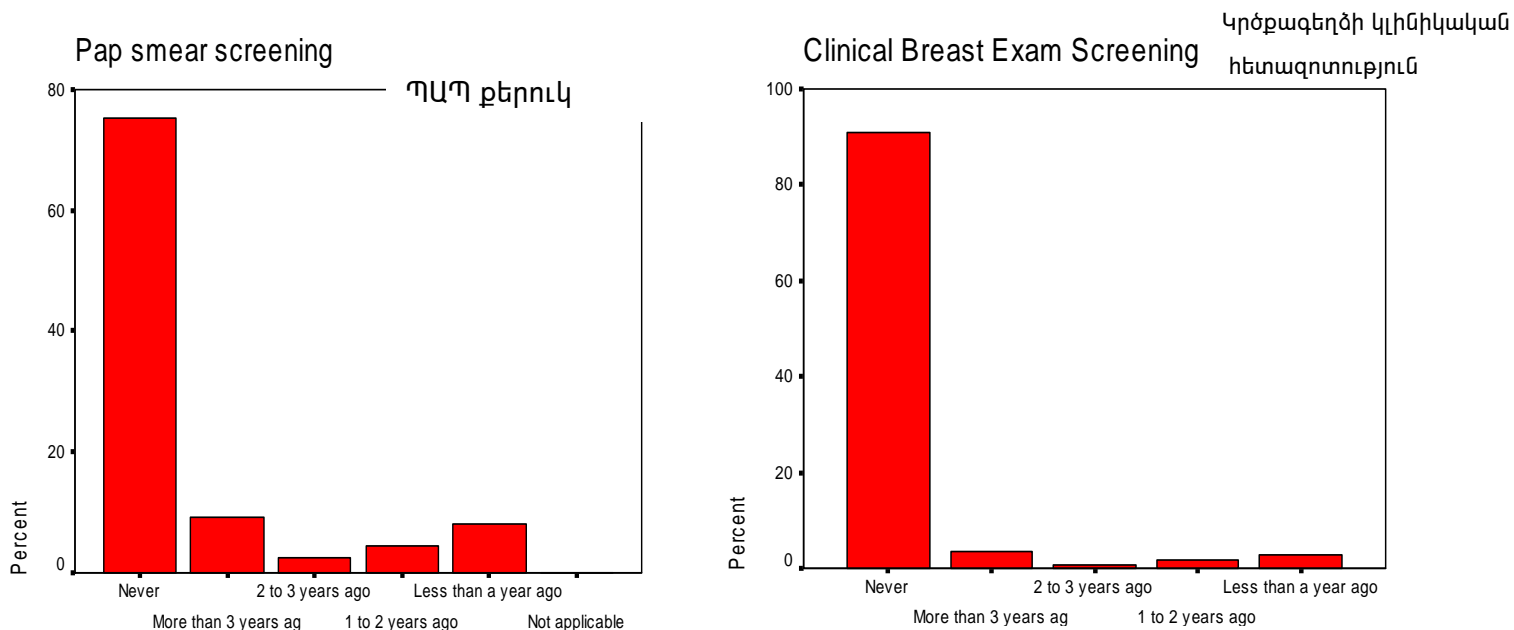
Հարցվածների 89.0%-ը երբևէ չի ստուգել արյան մեջ խոլեսթերինի մակարդակը (զծապատկերներ 18 և 19):

Գծապատկերներ 18 և 19. Քսան և բարձր տարիքի կանանց շրջանում զարկերակային ճնշման և արյան մեջ խոլեսթերինի մակարդակի սկրինինգներ



Հետազոտության երեսունից վաթսուն տարեկան կին մասնակիցներին հարց է տրվել արգանդի վզիկի քերուկի ՊԱՊ հետազոտության հաճախականության վերաբերյալ: Հայաստանում գործող հրահանգների համաձայն,^{xi} նշված տարիքի բոլոր կանայք պետք է այս ստուգումն անցնեն առնվազն երեք տարին մեկ անգամ: Անցած երեք տարվա ընթացքում արգանդի վզիկի քերուկի բջջաբանական ստուգում անցել է հարցվածների 15.3%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 15.7%), ավելի քան երեք տարի առաջ ստուգվել է կանանց 9.3%-ը և երբևէ արգանդի վզիկի քերուկի ՊԱՊ հետազոտության չի անցել 75.4%-ը (զծապատկեր 20): Քառասուն և բարձր տարիքի կանանց մեծ մասը (90.9%-ը) չի անցել կրծքագեղձի կլինիկական հետազոտություն և միայն 2.9%-ն է նշել վերջին մեկ տարվա ընթացքում (ըստ գործող հրահանգի¹¹) այս հետազոտությունն անցնելու մասին (ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշի՝ 3.2%-ը) (զծապատկեր 21):

Գծապատկերներ 20 և 21. Երեսունից վաթսուն տարեկան կանանց շրջանում արգանդի քաղցկեղի սկրինինգը և 40 և բարձր տարիքի կանանց շրջանում կրծքագեղձի կլինիկական հետազոտությունը



Գործող հրահանգների համաձայն, 50-70 տարեկան կանայք պետք է նաև երկու տարին մեկ անգամ անցնեն մամոգրաֆիկ հետազոտություն:^{xi} Այս տարիքային խմբի հարցվածների միայն 4.3%-ն է վերջին երկու տարվա ընթացքում անցել մամոգրաֆիկ հետազոտություն (կամ, ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշի՝ 5.2%-ը), իսկ 91.8%-ը՝ երբեք նման ստուգում չի անցել:

Քառասուն և բարձր տարիքի կանանց հարց է տրվել այն մասին, թե ե՞րբ են վերջին անգամ անցել աչքի հետազոտություն, եթե երբևէ նման ստուգման դիմել են: «Երբեք»,- պատասխանել է հարցվածների 62.4%-ը:

Ինչ վերաբերվում է կղանքում թաքնված արյան ստուգմանը հիսուն և բարձր տարիքի հարցվածների շրջանում, «երբեք» պատասխանների թիվն ավելի մեծ է եղել. 98.3%-ը երբեք նման ստուգում չի անցել:

Աղյուսակ 12. Կին հարցվածների մոտ սկրինինգների հաճախականությունը (%)

	Վերջին մեկ տարվա ընթացքում	1 - 2 տարի առաջ	2 - 3 տարի առաջ	Ավելի, քան 3 տարի առաջ	Երբեք	Ստուգման ենթակաների թիվ (n)
1. (20 և բարձր տարեկանների մոտ) Ջարկերակային արյան ճնշման ստուգում	76.9	8.4	3.0	5.0	6.7	2282
2. (20 և բարձր տարեկանների մոտ) Արյան մեջ խոլեսթերինի մակարդակի որոշում	6.4	2.6	0.6	1.4	89.0	2282
3. (30 – 60 տարեկանների մոտ) Արգանդի վզիկից քերուկի ՊԱՊ քննություն	8.2	4.5	2.6	9.3	75.4	1417
4. (40 և բարձր տարեկանների մոտ) Կրծքագեղձի կլինիկական հետազոտություն	2.9	1.9	0.8	3.6	90.9	1128
5. (50 – 70 տարեկանների մոտ) Մամոգրաֆիա	3.5	0.8	0.4	3.5	91.8	520
6. (40 և բարձր տարեկանների մոտ) Աչքի հետազոտություն	15.6	8.6	3.3	10.1	62.4	1128
7. (50 և բարձր տարեկանների մոտ) Կղանքում թաքնված արյան հետազոտություն	1.0	0.2	0.2	0.4	98.2	646

Աղյուսակ 13-ում ներկայացված է գործող հրահանգների համաձայն վերոնշյալ սկրինինգներն անցած հարցվածների բաշխումն ըստ բնակավայրի և մարզերի: Ըստ բնակավայրի (քաղաք-գյուղ) հավաստիորեն տարբերվել են միայն երկու ցուցանիշ. արյան մեջ խոլեսթերինի մակարդակը երբևէ ստուգածների և երբևէ աչքի հետազոտություն անցածների մասնաբաժինները: Երկու դեպքում էլ ցուցանիշները հավաստիորեն ավելի բարձր են եղել քաղաքային բնակավայրերում, քան՝ գյուղական (14.1% և 8.0%; 43.5% և 31.3%՝ համապատասխանաբար):

Մարզերը վիճակագրորեն տարասեռ են եղել արյան ճնշման, արգանդի վզիկի քերուկի և աչքի հետազոտության սկրինինգների առումով: Ջարկերակային ճնշման ստուգումն ավելի տարածված է եղել Լոռու և Կոտայքի մարզերում (83.5% և 82.3%՝ համապատասխանաբար) և պակաս տարածված՝ Արմավիրի մարզում (66.8%): Արգանդի վզիկի քերուկի ՊԱՊ քննություն կատարածների մասնաբաժինն ավելի մեծ է եղել Կոտայքի և Արարատի մարզերում (22.0% և 21.4%՝ համապատասխանաբար), ավելի փոքր՝ Արագածոտնի և Լոռու մարզերում (8.6% և 9.0%՝ համապատասխանաբար): Քառասուն և բարձր տարիքային խմբում աչքի հետազոտությունն ավելի տարածված է եղել Երևանում (54.3%), ավելի քիչ տարածված՝ Տավուշի (28.1%) և Արագածոտնի (30.8%) մարզերում:

Աղյուսակ 13. Գործող հրահանգների համաձայն սկրինինգ անցած կանանց մասնաբաժինը (%) ըստ մարզերի և բնակավայրերի (քաղաքային և գյուղական)^Գ

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
	Արյան ճնշման չափում	Արյան խոլեսթերինի որոշում	Արգանդի վզիկի ՊԱՊ թեստ	Կրծքագեղձի կլինիկական քննություն	Մամոգրաֆիա	Աչքի հետազոտություն	Թաքնված արյան հետազոտ. կղանքում
Մարզ	*		*			*	
Երևան	76.6	15.3	15.3	2.6	6.0	54.3	1.3
Արագածոտն	75.2	9.2	8.6	1.0	0.0	30.8	2.1
Արարատ	77.7	8.4	21.4	4.1	5.0	38.8	0.0
Արմավիր	66.8	10.8	11.6	3.3	4.9	33.0	0.0
Գեղարքունիք	76.0	10.1	15.8	2.5	3.3	34.6	2.5
Լոռի	83.5	8.3	9.0	5.9	6.0	32.6	3.5
Կոտայք	82.3	9.2	22.0	3.0	4.1	39.8	0.0
Շիրակ	73.3	7.3	18.7	6.7	9.3	41.5	3.7
Սյունիք	79.9	12.1	19.7	1.7	5.6	43.2	4.3
Վայոց Ձոր	79.8	13.9	11.1	0.0	0.0	32.4	1.6
Տավուշ	74.2	15.8	16.7	1.0	2.2	28.1	0.0
Բնակավայր		*				*	
Քաղաք	77.3	14.1	16.9	3.6	5.2	43.5	2.0
Գյուղ	76.5	8.0	13.8	2.1	2.9	31.3	1.5
Ընդամենը	76.9	11.0	15.3	2.9	4.3	37.6	1.8
Կշռված ընդ.	76.6	11.8	15.7	3.2	5.2	42.7	1.6

^Գ Կին հարցվածների տարիքային խմբերն են՝ (1) 20տ. և բարձր, ովքեր անցած 1 տարվա ընթացքում ստուգել են իրենց զարկերակային ճնշումը, (2) 20տ. և բարձր, ովքեր երբևէ ստուգել են իրենց արյան խոլեսթերինի մակարդակը, (3) 30-ից 60 տարեկան, ովքեր անցած 3 տարվա ընթացքում հանձնել են արգանդի վզիկից քերուկ բջջաբանական ՊԱՊ թեստի համար, (4) 40տ. և բարձր, ովքեր անցել են կրծքագեղձի կլինիկական ստուգում անցած 1 տարվա ընթացքում, (5) 50-ից 70 տարեկան, ովքեր անցել են մամոգրաֆիա անցած 2 տարվա ընթացքում, (6) 40 և բարձր, ովքեր երբևէ անցել են աչքի հետազոտություն և (7) 50 և բարձր, ովքեր երբևէ անցել են կղանքում թաքնված արյան ստուգում:

* Տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են, $p < 0.05$

Ըստ գործող ցուցումների զարկերակային ճնշումը չափած և արյան մեջ խոլեսթերինի մակարդակը ստուգած հարցվածների մասնաբաժինները դրական առնչություն են ունեցել նրանց տարիքի հետ (աղյուսակ 14):

Աղյուսակ 14. Ջարկերակային արյան ճնշման և արյան մեջ խոլեսթերինի մակարդակի սկրինինգներին ենթարկվելն՝ ըստ տարիքային խմբերի

	Արյան ճնշման սկրինինգ*		Արյան խոլեսթերինի սկրինինգ*	
	%	n	%	n
Տարիքային խումբ				
18-30	71.8	650	8.9	642
31-40	73.4	552	8.3	552
41-50	80.9	481	9.1	481
51-60	80.7	301	17.3	301
>=61	84.0	294	17.0	294
Ընդամենը	76.9	2278	11.0	2270

* Վիճակագրորեն հավաստի դրական առնչություն ըստ տարիքային խմբերի

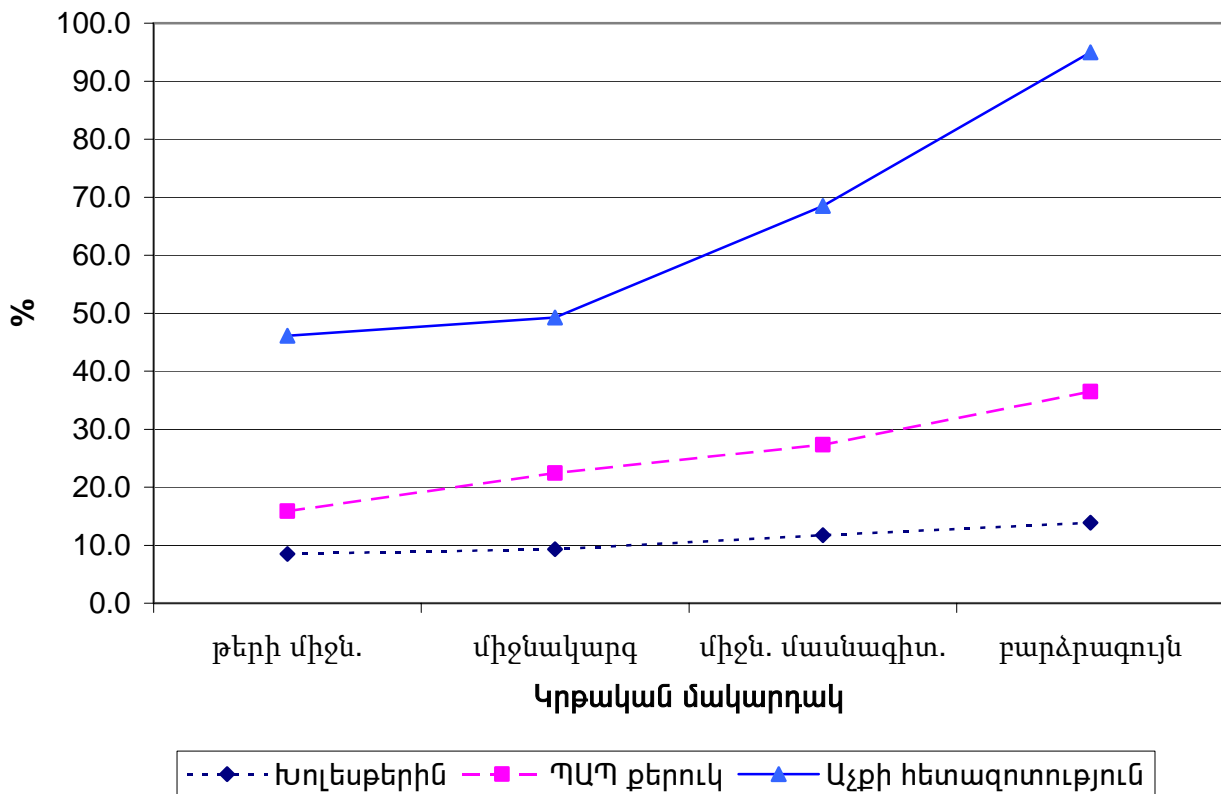
Որոշ սկրինինգների դեպքում (արյան մեջ խոլեսթերինի մակարդակ, արգանդի վզիկի քերուկ ՊԱՊ հետազոտության համար, աչքի հետազոտություն) գործող հրահանգների համաձայն կատարվող ստուգումների տարածվածությունը դրական առնչության մեջ է եղել հարցվածների կրթական մակարդակի հետ (աղյուսակ 15 և գծապատկեր 22):

Աղյուսակ 15. Ցուցված սկրինինգներին ենթարկվելն՝ ըստ կրթական մակարդակի

	Արյան խոլեսթերինի քննություն*		Արգանդի վզիկի քերուկի ՊԱՊ հետազոտություն*		Աչքի հետազոտություն*	
	%	#	%	#	%	#
Թերի միջնակարգ (<10 տ.)	8.5	200	7.4	68	30.3	152
Միջնակարգ (10 տարի)	9.3	882	13.1	548	26.8	388
Միջին մասնագիտ. (10-13տ.)	11.7	783	15.6	545	41.1	394
Բարձրագույն (>13 տարի)	13.9	382	22.6	230	58.5	159
Ընդամենը	10.9	2247	15.4	1391	37.1	1093

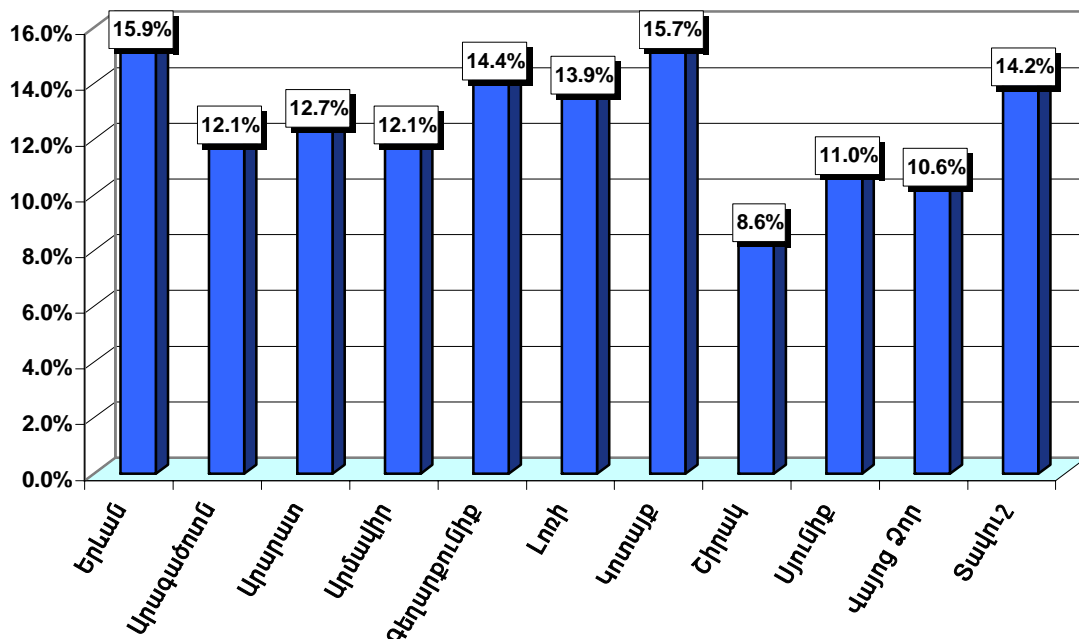
* Վիճակագրորեն հավաստի դրական առնչություն ըստ կրթական մակարդակի

Գծապատկեր 22. Ցուցված սկրինինգների ենթարկվելն՝ ըստ կրթական մակարդակի



Անցած 12 ամիսների ընթացքում ԱԱՊ բուժհաստատություն կանխարգելիչ այցելություն(ներ) կատարած անդամ(ներ) ունեցող ընտանիքների մասնաբաժինը կազմել է 12.8% (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 13.8%): Հավաստի քաղաք-գյուղ տարբերություն չի նկատվել (13.0%՝ քաղաքային և 12.6% գյուղական բնակավայրերում): Որևէ առնչություն չի հայտնաբերվել հարցվածների կրթական մակարդակի կամ ընտանիքների բարեկեցության աստիճանի և այս ցուցանիշի միջև: Գծապատկեր 23-ում ներկայացված է անցած 12 ամսվա ընթացքում ԱԱՊ բուժհաստատություն կանխարգելիչ այց(եր) կատարած անդամ(ներ) ունեցող ընտանիքների բաշխումն ըստ մարզերի: Ամենաբարձր մասնաբաժինները գրանցվել են Երևանում (15.9%) և Կոտայքում (15.7%), իսկ ամենացածրը՝ Շիրակում (8.6%): Ամենաբարձր և ամենացածր մասնաբաժինների տարբերությունը եղել է վիճակագրորեն հավաստի:

Գծապատկեր 23. Անցած մեկ տարվա ընթացքում ԱԱՊ հաստատություն կանխարգելիչ նպատակով կատարած այցերի տոկոսն ըստ մարզերի



Հարցվածների մեծ մասը (92.1%) (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 93.7%) նշել է, որ իրենց ընտանիքում ապրող 1.5-ից 5 տարեկան բոլոր երեխաները ստացել են Պատվաստման ազգային օրացույցով նախատեսված բոլոր պատվաստումները՝ հեպատիտ B, տուբերկուլյոզ, դիֆթերիա-փայտացում-կապույտ հազ, պոլիոմիելիտ և կարմրուկ-կարմրախտ-խոզուկ: Լիարժեք պատվաստումներ ստացած 1.5-5տ. երեխաների մասնաբաժնի քաղաք-գյուղ տարբերություններ չեն նկատվել (աղյուսակ 16): Այս առումով մարզերը ևս եղել են բավականին համասեռ, թեև վիճակագորրեն հավաստի տարբերություն է նկատվել Արմավիրի մարզի (որտեղ լիարժեք պատվաստումների ցուցանիշն ամենաբարձրն է՝ 97.8%) և Վայոց Ձորի ու Արարատի մարզերի (որտեղ լիարժեք պատվաստումների ցուցանիշներն ամենացածրն են՝ 86.1% և 86.8% համապատասխանաբար) միջև:

Անցած տարվա ընթացքում աչքի հետազոտություն անցած դպրոցահասակ երեխաների մասնաբաժինը ցածր է եղել՝ 39.7% (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 41.6%): Քաղաքային բնակավայրերում այս մասնաբաժինը հավաստիորեն ավելի բարձր է եղել, քան՝ գյուղական բնակավայրերում (44.4% և 36.3%՝ համապատասխանաբար): Այս առումով մարզերը ևս միմյանցից տարբերվել են: Անցած տարվա ընթացքում աչքի հետազոտություն անցած դպրոցահասակ երեխաների մասնաբաժինը տարբեր մարզերում տատանվել է 19.0%-ից (Գեղարքունիք) մինչև 53.9%-ի (Արմավիր) սահմաններում (աղյուսակ 16):

Աղյուսակ 16. Բոլոր պատվաստումներն ստացած 1.5-ից 5 տարեկանների և անցած մեկ տարվա ընթացքում աչքի հետազոտություն անցած դպրոցահասակ երեխաների մասնաբաժիններն ըստ մարզերի և բնակավայրի (քաղաքային և գյուղական)

	1.5-5 տարեկան երեխաներ			Դպրոցահասակ երեխաներ		
	(n)	բոլոր պատվաստումները ստացած (n)	բոլոր պատվաստումները ստացած (%)	(n)	աչքի հետազոտություն անցած (n)	աչքի հետազոտություն անցած (%)
Մարզ			*			*
Երևան	51	49	96.1%	154	75	48.7%
Արագածոտն	76	73	96.1%	216	116	53.7%
Արարատ	76	66	86.8%	182	60	33.0%
Արմավիր	91	89	97.8%	193	104	53.9%
Գեղարքունիք	108	101	93.5%	210	40	19.0%
Լոռի	68	62	91.2%	201	65	32.3%
Կոտայք	90	81	90.0%	171	48	28.1%
Շիրակ	60	57	95.0%	155	65	41.9%
Սյունիք	61	57	93.4%	152	62	40.8%
Վայոց Ձոր	72	62	86.1%	198	86	43.4%
Տավուշ	83	73	88.0%	150	66	44.0%
Բնակավայր						*
Քաղաք	343	321	93.6%	826	367	44.4%
Գյուղ	493	449	91.1%	1156	420	36.3%
Ընդամենը	836	770	92.1%	1982	787	39.7%
Կշռված անրապետական ցուցանիշ			93.7%			41.6%

* Տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են, $p < 0.05$

Երկրորդային կանխարգելում

Մասնակիցներին հարց է տրվել, թե արդյո՞ք երբևէ իրենց մոտ փստորոշվել է հետևյալ հիվանդություններից որևէ մեկը՝ շաքարային դիաբետ, զարկերակային գերճնշում, սրտամկանի ինֆարկտ կամ սրտի իշեմիկ հիվանդություն (ՍԻՅ), թոքերի քրոնիկ հիվանդություն (այդ թվում՝ ասթմա) և աչքի հիվանդություն: Չարկերակային գերճնշումը եղել է առավել տարածված. փստորոշվել է հարցվածների 19.0%-ի մոտ (ըստ կշռվախ հանրապետական ցուցանիշի՝ 19.5%-ի): Այնուհետև նշվել է աչքի հիվանդությունը (13.9%; կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 15.8%) և ՍԻՅ-ը (6.9%; կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 6.8%): Առավել հազվադեպ են փստորոշվել շաքարային

դիաբետը և թոքերի քրոնիկ հիվանդությունը (ԹՔՀ)՝ 2.3% (հանրապետական ցուցանիշը՝ 3.5%) և 2.6% (հանրապետական ցուցանիշը՝ 2.3%)՝ համապատասխանաբար: Ախտորոշված հիվանդություններից զարկերակային գերճնշման, ՍԻՀ և ԹՔՀ տարածվածության առումով մարզերի կամ քաղաք-գյուղ բնակավայրերի միջև որևէ տարբերություն չի գրանցվել: Շաքարային դիաբետն ավելի հաճախ է ախտորոշվել քաղաքաբնակների, քան՝ գյուղաբնակների շրջանում (3.1%՝ քաղաքաբնակ և 1.4%՝ գյուղաբնակ հարցվածների մոտ, $p=0.006$): Այս առումով մարզերում պատկերը նույնպես տարասեռ է եղել: Այսպես. շաքարային դիաբետով ախտորոշվածների ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Երևանում (6.2%), իսկ ամենացածրը՝ Վայոց Ձորում (0.0%), Գեղարքունիքում (0.5%) և Արագածոտնում (1.0%), (աղյուսակ 4): Ախտորոշված աչքի հիվանդությունների տարածվածությունը ևս եղել է անհամաչափ՝ ավելի տարածված քաղաքային բնակավայրերում, քան՝ գյուղական (16.0% քաղաքներում և 11.9% գյուղերում, $p=0.004$): Այս ցուցանիշը համեմատաբար բարձր է եղել Երևանում (20.6%) և Սյունիքում (20.1%), իսկ ամենացածրը՝ Արմավիրում (6.7%), Արագածոտնում (9.6%) և Վայոց Ձորում (10.1%) (աղյուսակ 17):

Աղյուսակ 17. Ախտորոշված շաքարային դիաբետով, զարկերակային գերճնշմամբ, ՍԻՀ, ԹՔՀ կամ աչքի հիվանդությամբ հարցվածների տոկոսը (n = 2291)

	Շաքարային դիաբետ	Զարկերակային գերճնշում	ՍԻՀ	ԹՔՀ (նաև՝ ասթմա)	Աչքի հիվանդ.
Մարզ	*				*
Երևան	6.2	21.5	7.7	1.4	20.6
Արագածոտն	1.0	17.7	6.7	4.3	9.6
Արարատ	1.4	15.4	4.3	4.8	14.4
Արմավիր	1.9	14.4	5.7	2.9	6.7
Գեղարքունիք	0.5	16.7	6.7	1.4	14.4
Լոռի	2.9	20.9	5.8	2.4	13.1
Կոտայք	2.9	21.9	6.2	2.4	16.2
Շիրակ	2.4	16.3	5.7	1.9	11.5
Սյունիք	3.3	23.4	7.7	2.9	20.1
Վայոց Ձոր	0.0	19.3	9.2	1.4	10.1
Տավուշ	2.4	21.8	10.7	2.9	16.0
Բնակավայր	*				*
Քաղաք	3.1	20.2	7.5	2.3	16
Գյուղ	1.4	17.9	6.5	2.9	11.9
Ընդամենը	2.3	19.0	6.9	2.6	13.9
Կշռված ցուցանիշ	3.5	19.5	6.8	2.3	15.8

* Այս նշանի տակ ներկայացված տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են

Ախտորոշված շաքարային դիաբետով կին հարցվածների (n=52) 19.2%-ը (10-ը) նշել են, որ անցած մեկ տարվա ընթացքում հետազոտվել են ոտնաթաթերի խոցերի կամ գրգռվածության հայտնաբերման համար, 55.8%-ը (29-ը) անցած մեկ տարվա ընթացքում անցել են աչքի հետազոտություն, 9.6%-ը (5-ը) անցած երկու տարվա ընթացքում կատարել են կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն և 48.1%-ը (25-ը) առնվազն կես տարին մեկ ստուգել են զարկերակային ճնշումը ԱԱՊ բժշկին կատարած (կամ վերջինիս կողմից կատարված) այցի ժամանակ:

Ախտորոշված զարկերակային գերճնշում ունեցող կին հարցվածների (n=436) 63.1%-ը (275-ը) նշել է, որ օգտագործում է բժշկի կողմից նշանակված զարկերակային ճնշումը կարգավորող դեղորայքն այնպես, ինչպես նշանակված է, 41.5%-ը (181-ը) ամենաքիչը կես տարին մեկ ստուգում է զարկերակային ճնշումը ԱԱՊ բժշկին կատարած (կամ վերջինիս կողմից կատարված) այցի ժամանակ, իսկ 8.6%-ը (30-ը) արյան ճնշումը ստուգում է ամեն օր:

Ախտորոշված սրտի իշեմիկ հիվանդությամբ հարցվածների (n=159) 43.4%-ը (69-ը) նշել է, որ բժշկն իրեն նշանակվել է ցածր դեղաչափով ասպիրին՝ ամեն օր ընդունելու համար. 29.6%-ը (47-ը) ընդունում է ասպիրինն այնպես, ինչպես նշանակված է, իսկ 44.7%-ը (71-ը) առնվազն վեց ամիսը մեկ ստուգում է զարկերակային ճնշումը ԱԱՊ բժշկին կատարած (կամ վերջինիս կողմից կատարված) այցի ժամանակ:

Ախտորոշված թոքերի քրոնիկ հիվանդությամբ (ներառյալ ասթման, n=60) հարցվածների 30%-ը (18-ը) նշել է, որ վերջին անգամ կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն անցել է անցած տարվա ընթացքում, 16.7%-ը (10-ը)՝ 1-2 տարի առաջ, 10.0%-ը (6-ը)՝ 2-3 տարի առաջ, իսկ մյուսները՝ ավելի քան 3 տարի առաջ կամ երբեք:

Ախտորոշված աչքի հիվանդություններ ունեցող հարցվածների (n=318) 40.6%-ը (129-ը) տեսողությունը ստուգել է վերջին մեկ տարվա ընթացքում, 16.7%-ը (53-ը)՝ 1-2 տարի առաջ, 7.9%-ը (25-ը)՝ 2-3 տարի առաջ, իսկ մյուսները՝ ավելի քան 3 տարի առաջ կամ երբեք: Դեպքերի սահմանափակ քանակությունը թույլ չի տալիս գնահատել տարբերություններն ըստ մարզերի կամ բնակավայրի (քաղաք-գյուղ):

4. ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ. ՊԱՏԱՍԽԱՆՈՂԻ ԿՈՂՄԻՑ ԻՆՔՆՈՒՐՈՒՅՆ ԼՐԱՑՎՈՂ ՉԱՐՑՈՒՄ

Ժողովրդագրական տվյալներ

Ինչպես արդեն նշվել է, հիմնական կին հարցվողներին առաջարկվել է ինքնուրույն լրացնել հարցաթերթիկի առավել նուրբ հարցեր պարունակող երկրորդ մասը: Այս երկրորդ հարցաթերթիկը տրվել է նաև ընտանիքի արական սեռի 18 տարեկանը լրացած որևէ անդամի, որը ներկա է եղել հարցազրույցի պահին՝ նախապատվությունը տալով հիմնական հարցվողի ամուսնուն: Ընդամենը, հարցման ինքնուրույն իրականացվող մասին մասնակցել և հարցաթերթիկը լրացրել են 2309 կին և 462 տղամարդ հարցվող: Նրանցից քչերն են գերադասել ռուսերեն լեզվով հարցաթերթիկը (կանանց 2.9%-ը և տղամարդկանց 2.0%-ը), իսկ մյուսները լրացրել են հարցաթերթիկի հայերեն տարբերակը: Տղամարդ հարցվածների ազգակցական կապը հիմնական հարցվողի հետ եղել է հետևյալը. ամուսինը՝ 68.7% դեպքերում, որդին՝ 16.1%, սկեսրայրը՝ 6.8%, տագրը՝ 3.1%, հայրը՝ 2.0%, եղբայրը՝ 2.0%, այլ ազգականներ՝ 1.3%:

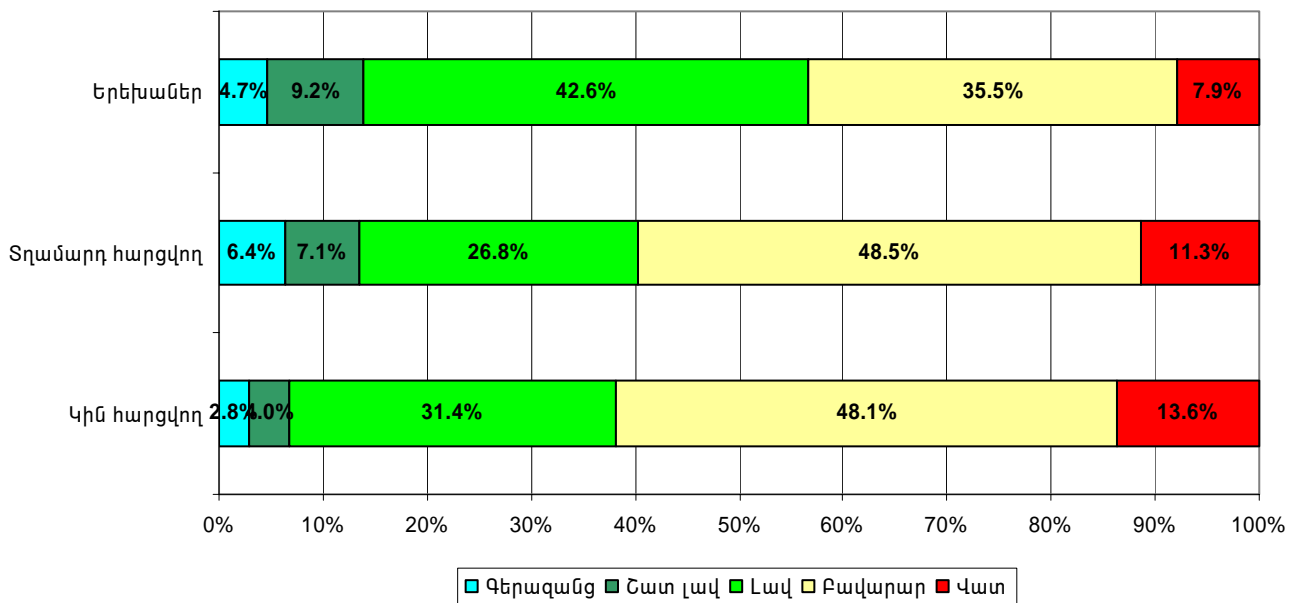
Տղամարդ հարցվածների միջին տարիքը եղել է 43.9 (ստանդարտ շեղումը՝ 16.6, տատանման միջակայքը՝ 18-ից 83): Սա մի փոքր, սակայն հավաստիորեն ($p=0.003$) բարձր է կին հարցվածների միջին տարիքից՝ 41.5 (ստանդարտ շեղումը՝ 15.2, տատանման միջակայքը՝ 18-ից 88): Տղամարդ հարցվածների ընտրանքը եղել է ազգությամբ գրեթե միատարր (457 հայ՝ 98.9%, 3 ռուս, 1 եզդի և 1 ասորի) և այս առումով չի տարբերվել կանանց ընտրանքից: Տղամարդ հարցվածների բաշխումն ըստ կրթական մակարդակի եղել է այսպիսին. 12.2%-ը՝ թերի միջնակարգ, 34.9%-ը՝ միջնակարգ, 31.1%-ը՝ միջնակարգ մասնագիտական, 20.6%-ը՝ բարձրագույն, իսկ 1.1%-ը՝ հետդիպլոմային կրթություն: Բարձրագույն կրթությամբ (ԲՈՒՅ/հետդիպլոմային) հարցվածների մասնաբաժինը հավաստիորեն ավելի մեծ է եղել տղամարդկանց, քան՝ կանանց շրջանում (համապատասխանաբար, 21.7% և 17.0%, $p=0.018$): Կանանց համեմատությամբ, փոքր-ինչ բարձր է եղել նաև թերի միջնակարգ կրթությամբ տղամարդկանց մասնաբաժինն ընտրանքում (12.2%՝ 8.9%-ի համամատությամբ, $p=0.03$):

Առողջական վիճակի ինքնագնահատումը

Թե՛ կին, թե՛ տղամարդ հարցվածների գրեթե կեսը սեփական առողջությունն անցած երեսուն օրվա ընթացքում որակել է «բավարար» (համապատասխանաբար՝ 48.1% և 48.5%): Հաճախականությամբ հաջորդը եղել է «լավ» որակումը (համապատասխանաբար՝ 31.4% և 26.8%): Իրենց առողջական վիճակը «չատ վատ» է որակել կին հարցվածների

13.6%-ը և տղամարդկանց 11.3%-ը: Թեև ընդհանուր միտումը չի տարբերվել ըստ սեռերի, սակայն իրենց առողջական վիճակը «շատ լավ» և «գերազանց» (համապատասխանաբար՝ 7.1% և 6.4%) գնահատած տղամարդ հարցվածների մասնաբաժինը հավաստիորեն ավելի մեծ է եղել, քան կանանցը («շատ լավ»՝ 4.0% և «գերազանց»՝ 2.8%, $p=0.000$) (գծապատկեր 24):

Գծապատկեր 24. Անցած 30 օրվա ընթացքում հարցվածների և ընտանիքի երեխաների առողջական վիճակի բնութագրումը



Կին հարցվածների կողմից սեփական առողջական վիճակի գնահատման ցուցանիշի բաշխումն ըստ մարզերի ցույց է տալիս ոչ մեծ, սակայն հավաստի տարասեռություն՝ առողջության բացասական («վատ» և «բավարար») որակումների մասնաբաժնի գերակշռությամբ և դրական որակումների նվազ մասնաբաժնով Կոտայքի և Վայոց Ձորի մարզերում (աղյուսակ 18): Ըստ մարզերի թեթևակի տարբերություն է նկատվել նաև ընտանիքի երեխաների առողջական վիճակի գնահատման առումով: Այսպես, Կոտայքի մարզում գերակշռել են երեխաների առողջական վիճակի բացասական որակումները, իսկ դրական որակումները («լավ», «շատ լավ», «գերազանց») եղել են ավելի քիչ, քան մյուս մարզերում: Երեխաների առողջական վիճակի դրական որակումները համեմատաբար քիչ են եղել նաև Վայոց Ձորի և Սյունիքի մարզերում: Քաղաքային կամ գյուղական բնակավայրերի միջև որևէ հավաստի տարբերություն չի նկատվել վերջին երեսուն օրվա ընթացքում կանանց առողջական վիճակի ինքնագնահատումներում կամ նրանց կողմից ընտանիքի երեխաների առողջական վիճակի գնահատումներում:

Աղյուսակ 18. Վերջին 30 օրվա ընթացքում կին հարցվածների և երեխաների առողջական վիճակի բնութագրումն ըստ մարզերի և բնակավայրի

	Կին հարցվածների առողջական վիճակը				Ընտանիքի երեխաների առողջական վիճակը			
	Լավ, շատ լավ, գերազանց (%)	Բավարար (%)	Վատ (%)	(n)	Լավ, շատ լավ, գերազանց (%)	Բավարար (%)	Վատ (%)	(n)
Մարզեր^{*,**}								
Երևան	36.8	49.8	13.4	209	62.5	29.7	7.8	128
Արագածոտն	44.0	44.0	12.0	209	62.7	33.5	3.7	161
Արարատ	40.9	44.7	14.4	208	54.4	39.6	6.0	149
Արմավիր	46.7	40.5	12.9	210	63.3	32.9	3.8	158
Գեղարքունիք	37.9	48.1	14.1	206	56.8	32.1	11.1	162
Լոռի	33.8	52.2	14.0	207	52.5	39.9	7.6	158
Կոտայք	33.0	47.8	19.1	209	44.9	42.2	12.9	147
Շիրակ	43.8	47.6	8.6	210	65.2	23.9	10.9	138
Սյունիք	36.4	54.5	9.1	209	49.3	39.6	11.2	134
Վայոց Ձոր	31.9	50.5	17.6	210	49.7	44.1	6.3	143
Տավուշ	35.2	50.0	14.8	210	60.7	32.4	6.9	145
Բնակավայր								
Քաղաք	36.8	50.9	12.3	1114	54.8	36.0	9.2	739
Գյուղ	39.6	45.6	14.9	1183	58.0	35.1	6.9	884
Ընդամենը	38.2	48.1	13.6	2297	56.6	35.5	7.9	1623
Կշռված ընդ.	38.2	48.3	13.5		58.6	33.3	8.1	

* Մարզերի միջև տարբերությունը հավաստի է իգական սեռի բնակչության համար, $p < 0.05$

** Մարզերի միջև տարբերությունը հավաստի է երեխաների համար, $p < 0.05$

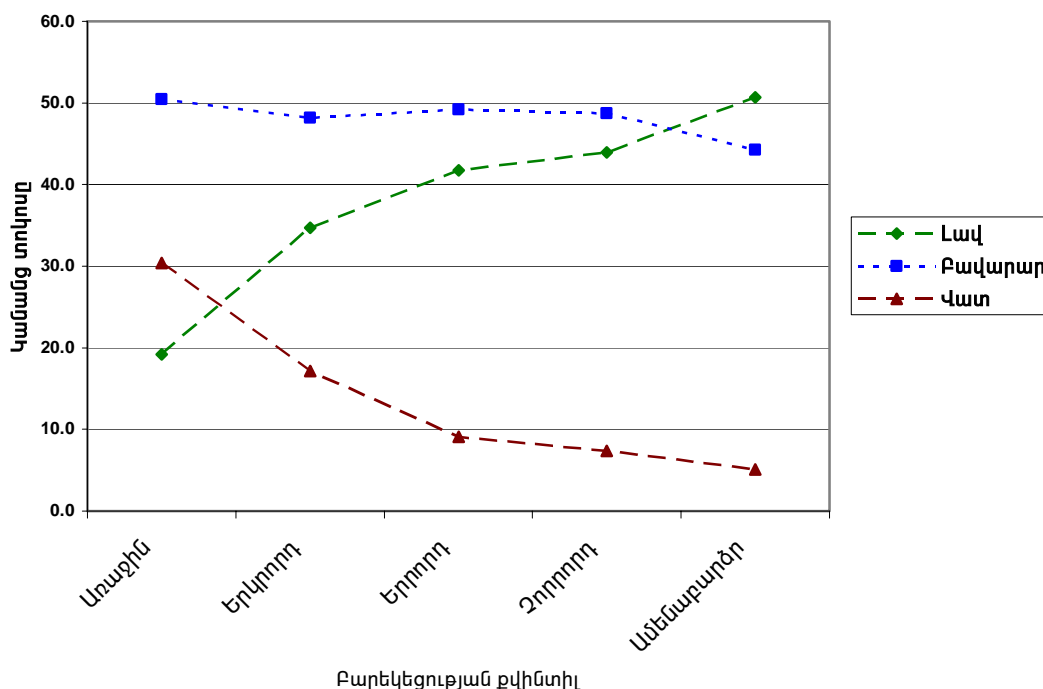
Կին հարցվածների կողմից սեփական առողջության և իրենց տան երեխաների առողջական վիճակի բնութագրերի բաշխումն ըստ ընտանիքի բարեկեցության քվինտիլի վկայում է հավաստի դրական առնչության առկայությունը. որքան բարձր է ընտանիքի բարեկեցության քվինտիլը, այնքան մեծ է իրենց և իրենց երեխաների առողջական վիճակը «գերազանց», «շատ լավ» կամ «լավ» գնահատածների մասնաբաժինը (աղյուսակ 19, գծապատկեր 25):

Աղյուսակ 19. Անցած 30 օրվա ընթացքում կին հարցվածների և ընտանիքի երեխաների առողջական վիճակի գնահատումն ըստ բարեկեցության քվինտիլի

Բարեկեցության քվինտիլ*	Կին հարցվածների առողջական վիճակը				Ընտանիքի երեխաների առողջական վիճակը			
	Լավ, շատ լավ, գերազանց (%)	Բավարար (%)	Վատ (%)	(n)	Լավ, շատ լավ, գերազանց (%)	Բավարար (%)	Վատ (%)	(n)
Առաջին	19.2	50.5	30.4	438	39.3	46.9	13.8	224
Երկրորդ	34.7	48.2	17.1	461	56.2	37.1	6.7	313
Երրորդ	41.8	49.2	9.1	486	55.3	38.2	6.4	374
Չորրորդ	43.9	48.7	7.4	462	60.4	32.7	6.9	364
Անենաբարձր	50.7	44.2	5.1	450	65.2	26.7	8.0	348
Ընդամենը	38.2	48.1	13.6	2297	56.6	35.5	7.9	1623

*Բնակչության երկու խմբերի համար էլ առկա է դրական հավաստի առնչություն, $p < 0.05$

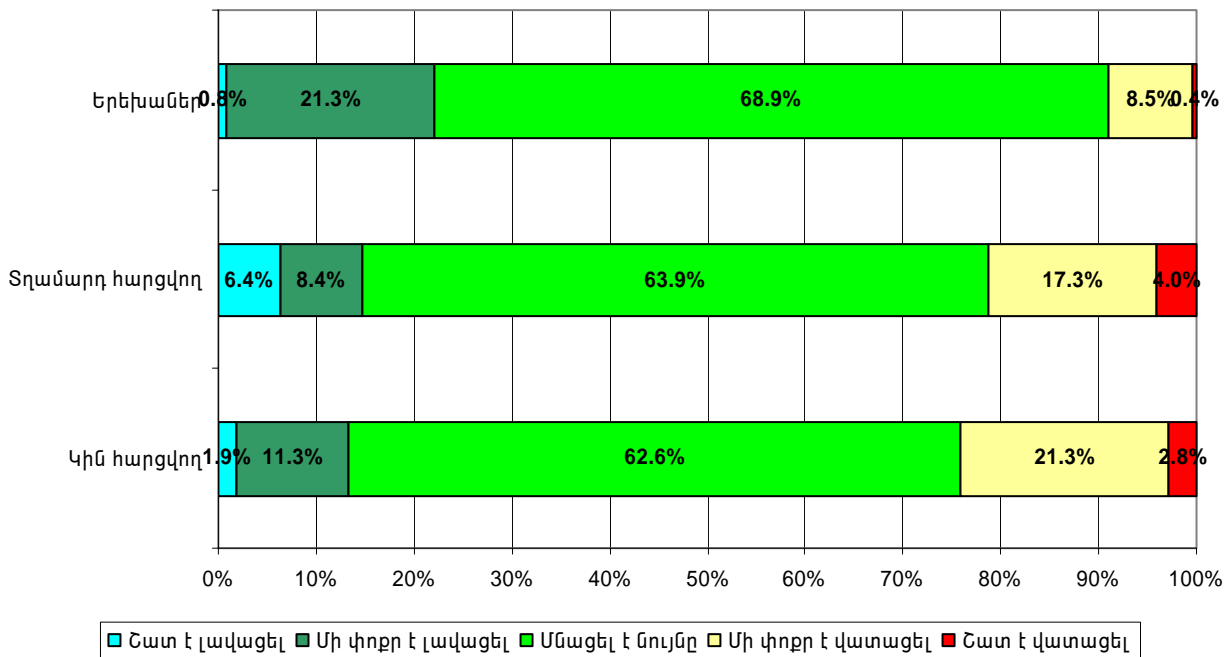
Գծապատկեր 25. Առնչությունը կանանց առողջական վիճակի ինքնագնահատման և ընտանիքի բարեկեցության քվինտիլի միջև



Այն կին և տղամարդ հարցվածների մասնաբաժինը, ովքեր նշել են, որ իրենց ընդհանուր առողջական վիճակը ներկայումս ավելի վատ է, քան մեկ տարի առաջ, ավելի մեծ է եղել, քան նրանցը, ովքեր գտել են, որ իրենց առողջությունն անցած մեկ տարվա ընթացքում բարելավվել է (համապատասխանաբար, 24.1% և 13.2%՝ կին հարցվածների շրջանում, և 21.3% ու 14.8%՝ տղամարդ հարցվածների շրջանում): Ի տարբերություն սրա,

ընդհանուր առմամբ ընտանիքի երեխաների առողջական վիճակի փոփոխությունն ավելի հաճախ է գնահատվել որպես դրական, քան՝ բացասական (հարցված կանանց 8.9%-ն այդ փոփոխությունը գնահատել է որպես բացասական, մինչդեռ 22.1%-ը՝ դրական) (զժապատկեր 26):

Գժապատկեր 26. Հարցվածների և ընտանիքի երեխաների առողջությունը ներկայումս՝ համեմատած մեկ տարի առաջվա հետ



Հարցվողների և ընտանիքների երեխաների առողջական վիճակի փոփոխության ընկալումը չի տարբերվել ըստ մարզերի կամ բնակավայրի (քաղաքային կամ գյուղական): Այստեղ ևս, դրական առնչություն է նկատվել բարեկեցության քվինտիլների հետ: Այսպես, որքան ֆինանսապես անապահով է եղել ընտանիքը, այնքան ավելի մեծ է եղել այն հարցվածների մասնաբաժինը, ովքեր համարել են, որ իրենց և ընտանիքի երեխաների առողջական վիճակը վատթարացել է անցած մեկ տարվա ընթացքում (աղյուսակ 20):

Աղյուսակ 20. Կին հարցվածների և ընտանիքի երեխաների առողջությունը ներկայումս՝ համեմատած մեկ տարի առաջվա հետ՝ ըստ ընտանիքի բարեկեցության քվինտիլի

Բարեկեցության քվինտիլ*	Կին հարցվածների առողջական վիճակի փոփոխությունը			(n)	Ընտանիքի երեխաների առողջական վիճակի փոփոխությունը			(n)
	Լավացել է (%)	Անփոփոխ է (%)	Վատացել է (%)		Լավացել է (%)	Անփոփոխ է (%)	Վատացել է (%)	
Առաջին	11.2	45.2	43.6	436	19.1	64.5	16.4	220
Երկրորդ	11.1	60.5	28.4	461	20.9	69.9	9.2	306
Երրորդ	12.3	69.5	18.1	486	22.9	67.3	9.8	367
Չորրորդ	15.7	66.8	17.5	464	20.9	72.6	6.6	350
Ամենաբարձր	15.8	69.9	14.3	449	25.8	68.8	5.3	337
Ընդամենը	13.2	62.6	24.1	2296	22.2	68.9	8.9	1580

* Առկա է հավաստի դրական առնչություն բնակչության երկու խմբերի համար էլ, $p < 0.05$

Սուր հիվանդությունների հաճախականությունը

Անցած 30 օրվա ընթացքում հարցվածների մոտ սուր հիվանդությունների դեպքերի (բարձր ջերմություն, մրսածություն, փորլուծություն և այլն) միջին թիվը եղել է 0.36 (ստանդարտ շեղումը՝ 0.93)՝ կանանց, և 0.52 (ստանդարտ շեղումը՝ 1.52)՝ տղամարդկանց մոտ (կշռված հանրապետական ցուցանիշները՝ 0.32 և 0.59՝ համապատասխանաբար): Դիտարկված տարբերությունը վիճակագրորեն հավաստի է ($p=0.007$) և վկայում է այն մասին, որ տղամարդիկ ավելի հաճախակի են հիվանդանում սուր հիվանդություններով, քան կանայք: Սակայն անցած 30 օրվա ընթացքում որևէ սուր հիվանդություն չնշած հարցվածների մասնաբաժինը հավասար է թե՛ կանանց, թե՛ տղամարդկանց մոտ (76.9% և 75.9%՝ համապատասխանաբար), որը նշանակում է, որ միջին թվերում առկա տարբերությունն առաջացել է տղամարդկանց փոքր մասնաբաժնի (24.1%-ի) կողմից նշված սուր հիվանդությունների դեպքերի ավելի մեծ հաճախականության արդյունքում:

Անցած երեսուն օրվա ընթացքում ընտանիքների մյուս չափահաս անդամների (բացառությամբ՝ բոլոր կին և տղամարդ հարցվողների) մոտ սուր հիվանդությունների դեպքերի միջին թիվը, ըստ հարցազրույցի ժամանակ կին հարցվածի նշած տեղեկության, փոքր-ինչ ցածր է. 0.24՝ մեկ մարդու հաշվով, որը կարող է լինել չհիշելու կամ ընտանիքի այլ անդամների առողջական վիճակի մասին տեղյակ չլինելու պատճառով իրականից ավելի փոքր թիվ նշելու հետևանք: Ընդհանուր առմամբ, հետազոտված ընտանիքների չափահաս անդամների շրջանում սուր հիվանդությունների դեպքերի միջին թիվը մեկ

ամսվա ընթացքում կազմել է 0.273՝ մեկ մարդու հաշվով (2120 նշված դեպք՝ 7762 չափահաս անդամի մոտ) կամ տարեկան մոտավորապես 3.28 դեպք՝ մեկ մարդու հաշվով: Վերը նշված պատճառներից ելնելով՝ այս թիվը ևս կարող է իրականից փոքր լինել:

Նշված սուր հիվանդությունների դեպքերի միջին ամսական թիվը կին հարցվածների մոտ համեմատվել է ըստ մարզերի, բնակավայրերի (քաղաքային կամ գյուղական), ընտանիքների բարեկեցության քվինտիլի, հարցվածների կրթական մակարդակի և տարիքային խմբերի (աղյուսակ 21): Միակողմ ANOVA վերլուծության համաձայն դիտարկված տարբերությունները հավաստի են եղել բոլոր թվարկված խմբերում, բացառությամբ՝ տարիքային խմբերի: Սուր հիվանդությունների դեպքերի միջին թվի ամենաբարձր ցուցանիշը նշվել է Վայոց Ձորի (0.69՝ մեկ մարդու հաշվով մեկ ամսվա ընթացքում) և Արագածոտնի (0.54) մարզերում: Սուր հիվանդությունների տարածվածությունն ավելի մեծ է եղել գյուղական վայրերում ապրող (0.41՝ գյուղերում և 0.31՝ քաղաքներում), ամենացածր կրթական մակարդակ ունեցող (0.59) և ամենացածր բարեկեցության քվինտիլում գտնվող (0.47) կանանց մոտ: Սուր հիվանդությունների դեպքերի միջին թիվը տղամարդկանց շրջանում գրեթե նույնն է եղել վերոնշյալ բոլոր խմբերում, որը կարելի է վերագրել նրանց ընտրանքի փոքր չափին:

Աղյուսակ 21. Վերջին մեկ ամսվա ընթացքում սուր հիվանդությունների դեպքերի միջին թիվը մեկ կին հարցվածի հաշվով՝ ըստ մարզերի, բնակավայրի, կրթական մակարդակի, բարեկեցության քվինտիլի և տարիքային խմբի

	Միջին	Թիվը	Ստանդարտ շեղում	Նվազա- գույն	Առավելա- գույն
<u>Մադ*</u>					
Երևան	0.32	197	0.67	0	
Արագածոտն	0.54	173	1.53	0	15
Արարատ	0.28	200	0.60	0	4
Արմավիր	0.29	180	0.67	0	5
Գեղարքունիք	0.37	195	0.85	0	6
Լոռի	0.20	179	0.56	0	4
Կոտայք	0.29	198	0.64	0	4
Շիրակ	0.33	193	0.97	0	10
Սյունիք	0.29	195	0.81	0	6
Վայոց Ձոր	0.69	170	1.60	0	15
Տավուշ	0.39	184	0.72	0	4
<u>Բնակավայր *</u>					
Քաղաք	0.31	1019	0.72	0	10
Գյուղ	0.41	1045	1.10	0	15

	Միջին	Թիվը	Ստանդարտ շեղում	Նվազագույն	Առավելագույն
Կրթական մակարդակ*					
Թերի միջնակարգ	0.58	178	1.53	0	15
Միջնակարգ	0.35	796	0.93	0	15
Միջին մասնագիտ. (10-13 տ.)	0.31	699	0.76	0	10
ԲՈՒՀ /հետդիպլոմային	0.35	369	0.86	0	10
Բարեկեցության քվինտիլ*					
Բարեկեցության միավորը 0-5	0.47	389	0.98	0	7
ԲՄ_5.5-7.5	0.36	413	1.03	0	15
ԲՄ_8-10	0.34	433	1.09	0	15
ԲՄ_10.5-13	0.27	416	0.59	0	4
ԲՄ_13.5 և բարձր	0.36	413	0.89	0	10
Տարիքային խումբ					
18-30	0.30	616	0.88	0	15
31-40	0.34	494	0.76	0	5
41-50	0.37	425	1.00	0	15
51-60	0.48	263	1.20	0	10
>=61	0.40	266	0.91	0	7
Ընդամենը	0.36	2064	0.93	0	15

* Միջին քվեի միջխմբային տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են, $p < 0.05$ (միակողմ ANOVA թեստ)

Քրոնիկ հիվանդությունների տարածվածությունը

Իրենց քրոնիկ հիվանդությունները թվարկելիս հարցվածներն ավելի հաճախ նշել են տեսողության խանգարումները (և՛ կանանց, և՛ տղամարդկանց 22.4%-ը), այնուհետև՝ հոդերի և ոսկրերի հիվանդությունները (համապատասխանաբար՝ կանանց 22.1%-ը և տղամարդկանց 22.4%-ը): Ջարկերակային գերճնշումը կանանց մոտ ըստ տարածվածության երրորդ տեղում է (22.1%), իսկ տղամարդկանց մոտ՝ չորրորդ (14.1%): Տղամարդկանց մոտ երրորդ տեղում ստամոքսի հիվանդություններն են (16.2%): Հաճախականության առումով հաջորդը սրտի հիվանդություններն են (կանանց 12.9%-ի, տղամարդկանց՝ 13.4%-ի մոտ), այնուհետև՝ երիկամների/միզուղիների հիվանդությունները (համապատասխանաբար, 8.4%-ի և 9.2%-ի մոտ) և թոքերի հիվանդությունները/ասթման (համապատասխանաբար, 3.8%-ի և 8.1%-ի մոտ): Այլ առողջական քրոնիկ խնդիրներից նշվել են գինեկոլոգիական հիվանդությունները (2.9%), շաքարային դիաբետը (2.4%), նյարդային համակարգի/հոգեկան առողջության խնդիրները (2.3%), խափպը (1.5%), արյան շրջանառության/արյունատար անոթների խնդիրները (1.4%) և լեղապարկի/լյարդի

հիվանդությունները (1.4%), որոնք համեմատաբար ավելի հաճախ են նշվել կին հարցվածների կողմից: Նյարդային համակարգի/հոգեկան առողջության խնդիրները և շաքարային դիաբետը համեմատաբար ավելի հաճախ են նշվել տղամարդկանց կողմից (3.2%):

Ջարկերակային գերճնշումն ավելի հաճախ է նշվել կանանց, քան տղամարդկանց կողմից (22.1% և 14.1%, $p=0.000$): Սակայն 2005թ.-ին անցկացված Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտության¹⁰ ժամանակ արյան ճնշման անմիջական չափման միջոցով ստացված տվյալները զարկերակային գերճնշման տարածվածության վերաբերյալ վկայում են, որ սեռերի միջև տարբերությունը մեծ չէ. 27.3%` կանանց և 21.7%` տղամարդկանց մոտ` 15-49տ. տարիքային խմբում: Հաշվի առնելով զարկերակային գերճնշման կախվածությունը մարդու տարիքից` այս մասնաբաժիններն իրականում պետք է ավելի մեծ լինեին սույն հետազոտության ընտրանքում, քանի որ այն ներառում է նաև ավելի տարեցներին: Ուստի, հետազոտության ինքնուրույն լրացվող հատվածի տվյալները զգալիորեն թերագնահատում են հիպերտոնիայի իրական տարածվածությունը և վկայում են այն մասին, որ հարցվածները (հատկապես` տղամարդկանց) վատ են տեղեկացված սեփական առողջական վիճակի մասին:

Ի տարբերություն զարկերակային գերճնշման, աղեստամոքսային համակարգի և թոքերի հիվանդությունները (այդ թվում` ասթման) ավելի հաճախ նշվել են տղամարդ հարցվածների կողմից, քան` կին (աղեստամոքսային համակարգի հիվանդություններ նշել են տղամարդկանց 16.2%-ը, կանանց` 12.1%-ը, $p=0.019$; թոքերի հիվանդություններ/ասթմա` տղամարդկանց 8.1%-ը, կանանց` 3.8%-ը, $p=0.0001$): Որևէ քրոնիկ հիվանդություն չնշածների թիվն ավելի մեծ է կին հարցվածների շրջանում, քան` տղամարդ (44.8% և 39.2%, $p=0.03$, աղյուսակ 22): Աղյուսակ 22-ում ներկայացված են նաև հետազոտության` հարցազրուցավարի միջոցով լրացված մասի արդյունքները, որտեղ հարցվածները նշել են իրենց ընտանիքի չափահաս անդամների մոտ (բացի իրենցից և տղամարդ հարցվողից) առկա քրոնիկ հիվանդությունները: Ընտանիքի մյուս չափահաս անդամների մասին տվյալների համաձայն, առավել տարածված քրոնիկ հիվանդությունը զարկերակային գերճնշումն է (28.7%), որին հետևում են տեսողության խանգարումները (25.8%), հոդերի/ոսկրերի հիվանդությունները (25.4%), սրտի հիվանդությունները (16.8%) և ստամոքսի կամ աղիքների հիվանդությունները (15.8%):

Աղյուսակ 22: Քրոնիկ հիվանդությունների տարածվածությունը (%) հարցվածների և ընտանիքի մյուս չափահաս անդամների շրջանում (ըստ հարցվածների)

Քրոնիկ հիվանդություն (%)	Կին հարցվող n=2255	Տղամարդ հարցվող n=433	Այլ չափահաս անդամներ n=2026
Շաքարային դիաբետ	2.4	2.8	4.0
Զարկերակային գերճնշում*	22.1	14.1	28.7
Սրտի հիվանդություն	12.9	13.4	16.8
Թոքերի հիվանդություն/ասթմա*	3.8	8.1	7.8
Ստամոքսի կամ աղիքների հիվանդություն*	12.1	16.2	15.8
Քաղցկեղ	0.5	0.2	0.5
Տեսողության խանգարում	22.4	22.4	25.8
Երիկամների հիվանդություն	8.4	9.2	8.8
Հոդերի/ոսկրերի հիվանդություն	22.1	22.4	25.4
Այլ (այդ թվում՝ նյարդային համակարգի/ հոգեկան առողջության խնդիրներ)	13.1 (2.3)	10.9 (3.2)	13.1 (4.1)
Ոչ մի քրոնիկ հիվանդություն*	44.8	39.2	35.7

* Կին և տղամարդ հարցվողների միջև տարբերությունը հավաստի է, $p < 0.05$:

Հարցվողների կողմից նշված քրոնիկ հիվանդությունների մասին տվյալները վերլուծվել են ըստ մարզերի, բնակավայրերի և բարեկեցության քվինտիլի: Կին հարցվածների շրջանում մարզերի միջև հավաստի տարբերություն է դիտարկվել ստամոքսի/աղիքների, տեսողության, հոդերի/ոսկրերի և երիկամների/միզուղիների հիվանդությունների տարածվածության առումով (աղյուսակ 23): Ստամոքսի կամ աղիքների հիվանդություններն ավելի հաճախ են նշել Վայոց Ձորի հարցվածները, տեսողության խնդիրները՝ Երևանի, հոդերի/ոսկրերի հիվանդությունները՝ Կոտայքի և Արագածոտնի մարզերի, իսկ երիկամների/միզուղիների խնդիրները՝ Գեղարքունիքի մարզի հարցվածները: Վիճակագրորեն հավաստի քաղաք-գյուղ տարբերություններ են նկատվել հիպերտոնիայի և տեսողության խանգարումների տարածվածության առումով: Այս առողջական խնդիրներն ավելի հաճախ են նշվել քաղաքաբնակ հարցվողների կողմից: Հավաստի տարբերություններն են նկատվել նաև վերոնշյալ քրոնիկ հիվանդությունների տարածվածության ցուցանիշներում՝ ըստ բարեկեցության քվինտիլի: Հարցվողների ֆինանսապես ավելի անապահով խմբերում դիտարկվել է նշված բոլոր քրոնիկ հիվանդությունների առավել տարածվածության ընդհանուր միտում:

Աղյուսակ 23. Հարցաթերթիկի ինքնուրույն լրացվող մասում ներկայացված քրոնիկ հիվանդությունների տարածվածությունը (%) կին հարցվողների շրջանում

	Թիվ	Զարկե - րակային գերճնշում	Սրտի հիվ.	Ստամոքսի/ աղիքների հիվ.	Տեսողության խանգարում	Հոդերի/ ոսկրերի հիվ.	Երիկամ- ների հիվ.
				*	*	*	*
Աաղգ							
Երևան	207	23.2	13.5	15.0	33.0	22.7	5.3
Արագածոտն	205	20.5	12.7	11.2	13.2	29.8	10.2
Արարատ	208	21.2	13.5	9.1	23.6	23.6	6.3
Արմավիր	204	19.1	9.8	12.7	22.5	20.1	7.8
Գեղարքունիք	207	18.4	12.1	7.7	15.9	18.4	14.5
Լոռի	202	23.3	13.4	10.9	19.3	17.3	5.0
Կոտայք	206	29.6	16.5	14.6	29.6	30.6	11.7
Շիրակ	206	17.0	8.3	7.8	18.0	13.6	4.4
Սյունիք	203	24.6	12.8	12.8	27.6	19.2	6.4
Վայոց Ձոր	204	22.1	15.2	20.6	19.6	27.0	9.8
Տավուշ	203	24.1	14.3	10.8	24.6	20.7	10.8
Բնակավայր		*			*		
Քաղաք	1097	24.1	13.2	12.8	24.6	21.7	7.4
Գյուղ	1158	20.2	12.6	11.5	20.4	22.5	9.3
Բարեկեցության քվինտիլ							
		*	*	*	*	*	*
ԲՄ_0-5	433	34.4	21.2	19.4	36.5	36.0	12.5
ԲՄ_5.5-7.5	452	23.0	16.4	13.9	22.8	26.1	10.6
ԲՄ_8-10	475	18.7	10.9	9.1	20.0	17.7	7.2
ԲՄ_10.5-13	454	19.2	9.7	11.2	18.7	16.7	7.0
ԲՄ_13.5 և բարձր	441	15.6	6.6	7.3	14.8	14.5	4.8
Ընդամենը	2255	22.1	12.9	12.1	22.4	22.1	8.4
Կշռված հանրապե- տական ցուցանիշ		22.3	12.9	12.5	25.7	21.8	7.2

* Տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են, $p < 0.05$

Տղամարդ հարցվածների շրջանում հավաստի քաղաք-գյուղ տարբերություն է նկատվել հոդերի և ոսկրերի հիվանդությունների տարածվածության առումով: Վերջիններս ավելի տարածված են եղել գյուղական վայրերում (17.5% քաղաքներում և 26.9% գյուղերում, $p=0.013$): Բացասական առնչություն է նկատվել բարեկեցության քվինտիլի և տղամարդկանց մոտ տեսողության խանգարումների, հոդերի/ոսկրերի հիվանդությունների և երիկամների հիվանդությունների տարածվածության միջև: Բոլոր այս քրոնիկ

հիվանդությունները հավաստիորեն ավելի քիչ են հանդիպում բարեկեցության վերին քվինտիլներում: Հավաստի առնչություն չի հայտնաբերվել նշված քրոնիկ հիվանդությունների տարածվածության և հարցվածների կրթական մակարդակի միջև, սակայն հավաստի դրական առնչություն է դիտարկվել այդ հիվանդությունների տարածվածության և տարիքային խմբերի միջև:

Առօրյա գործունեության սահմանափակումն առողջության պատճառով

Կին հարցվողներն ավելի հաճախ են նշել անցած 30 օրվա ընթացքում զգացած մարմնական ցավի մասին: Մարմնական ցավ չի ունեցել կանանց 28.9%-ը և տղամարդկանց 38.9%-ը ($p=0.0001$), իսկ միջին ուժգնության, ծանր և շատ ծանր ցավի առկայության մասին նշել է կանանց 32.0%-ը և տղամարդկանց 26.8%-ը ($p=0.032$):

Այն հարցին, թե արդյո՞ք առողջական խնդիրները սահմանափակում են իրենց առօրյա գործողությունները ներկայումս, կանայք ընդհանուր առմամբ ավելի հաճախ են դրականորեն պատասխանել, քան տղամարդիկ: Կին հարցվածների գրեթե երկու երրորդը (63.9%) և տղամարդկանց կեսից ավելին (50.8%) նշել են, որ այդ խնդիրները խանգարում են իրենց կատարել ծանր ֆիզիկական գործողություններ, ինչպես օրինակ՝ վազելը, ծանրություն բարձրացնելը, ակտիվ սպորտաձևերով զբաղվելը: Մի քանի հարկ բարձրանալը դժվար է եղել կանանց 46.1%-ի և տղամարդկանց 39.0%-ի համար: Կանանց ավելի քան կեսը (54.8%) և տղամարդկանց 41.6%-ը դժվարանում է մոտ երկու կիլոմետր քայլել, իսկ կանանց 17.4%-ը և տղամարդկանց 13.6%-ը հայտնել են, որ դժվարանում են անգամ ինքնուրույն լողանալ կամ հագնվել (աղյուսակ 24):

Աղյուսակ 24. Առողջական վիճակի պատճառով սահմանափակված ֆիզիկական ակտիվությամբ կին և տղամարդ հարցվածների մասնաբաժինները

Գործողություններ	Շատ է սահմանափակված (%)		Քիչ է սահմանափակված (%)		Կին (n)	Տղամարդ (n)	p-արժեք
	Կին	Տղամարդ	Կին	Տղամարդ			
Լողանալ կամ հագնվել	5.3	5.0	12.1	8.6	2157	421	0.056
Քայլել հարյուր մետր	9.1	7.9	16.4	11.0	2161	420	0.006†
Քայլել մի քանի հարյուր մետր	19.8	14.4	19.1	15.3	2146	425	0.000†
Քայլել մոտ երկու կիլոմետր	32.7	26.2	22.1	15.4	2104	423	0.000†
Կքանստել, կռանալ, ծունկ չոքել	22.1	16.4	21.4	22.0	2113	414	0.055
Աստիճաններով բարձրանալ մեկ հարկ	12.4	8.0	15.9	14.1	2111	411	0.010†

Գործողություններ	Շատ է սահմանափակված (%)		Քիչ է սահմանափակված (%)		Կին (n)	Տղամարդ (n)	p-արժեք
	Կին	Տղամարդ	Կին	Տղամարդ			
Աստիճաններով բարձրանալ մի քանի հարկ	25.8	19.0	20.3	20.0	2122	415	0.007†
Գնած մթերքը բարձրացնել կամ տանել	23.8	16.1	20.7	19.5	2126	416	0.001†
Սեղանը տեղաշարժել, փոշեծծիչով տունը մաքրել Կազել, ծանություն բարձրացնել, զբաղվել	18.3	12.2	16.4	13.6	2117	403	0.001†
ակտիվ մարզաձևերով	39.1	30.5	24.8	20.3	2159	423	0.000†

† Այս գործողության կատարման սահմանափակումներ ունեցող հարցվողների մասնաբաժինների տարբերությունն ըստ սեռերի վիճակագրորեն հավաստի է, $p < 0.05$:

Առողջական խնդիրների պատճառով նշված գործողությունների կատարման սահմանափակումներ ունեցող հարցվածների թիվը համեմատվել է ըստ մարզերի, բնակության վայրի (քաղաք/գյուղ), բարեկեցության քվինտիլի և տարիքային խմբի: Կին հարցվողների շրջանում ըստ մարզերի տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են եղել թեթև գործողությունների համար, օրինակ՝ ինքուրույն լողանալու կամ հագնվելու, մի քանի հարկ բարձրանալու, կքանստելու, կռանալու կամ ծունկ չոքելու: Այս սահմանափակումներն ավելի տարածված են եղել Վայոց Ձորում: Ինչ վերաբերվում է ծանր գործողություններին, օրինակ՝ վազելուն, ծանրություն բարձրացնելուն, ակտիվ սպորտաձևերով զբաղվելուն կամ մոտ երկու կիլոմետր քայլելուն, ապա մարզերի միջև տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի չեն: Որևէ գործողության սահմանափակման ցուցանիշի քաղաք-գյուղ տարբերություն չի գրանցվել: Ըստ բարեկեցության քվինտիլների տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են բոլոր գործողությունների համար: Առօրյա գործողությունների սահմանափակումներ ունեցող հարցվողների մասնաբաժինն ավելի մեծ է բարեկեցության ստորին քվինտիլներում (աղյուսակ 25):

Աղյուսակ 25. Սահմանափակ ֆիզիկական ակտիվությամբ կանանց մասնաբաժինները

	Առողջական վիճակը խանգարում է.				
	Լողանալ կամ հագնվել	Կքանստել, կռահալ, ծունկ չոքել	Աստիճան- ներով բարձրանալ մի քանի հարկ	Քայլել մոտ երկու կիլոմետր	Վազել, ծանություն բարձրացնլ, զբաղվել ակտիվ մարզաձևով
Մարզ*	*	*	*		
Երևան	13.8	37.8	41.1	53.1	64.1
Արագածոտն	20.8	48.6	49.5	53.7	59.5
Արարատ	14.3	40.9	45.3	51.2	67.6
Արմավիր	16.6	46.1	48.7	58.1	63.5
Գեղարքունիք	11.5	46.0	42.3	51.5	60.2
Լոռի	16.8	41.9	38.5	54.4	68.1
Կոտայք	17.0	37.9	41.6	56.3	68.3
Շիրակ	16.0	41.6	46.7	54.3	59.0
Սյունիք	17.3	42.8	49.8	55.2	62.7
Վայոց Ձոր	25.7	54.4	56.3	60.1	66.7
Տավուշ	23.4	41.4	48.2	56.1	63.2
Բնակավայր					
Քաղաք	16.3	42.0	44.7	53.5	63.5
Գյուղ	18.5	44.8	47.5	56.2	64.3
Բարեկեցության					
քվինտիլ	*	*	*	*	*
ԲՄ_0-5	31.9	60.9	66.6	69.6	78.3
ԲՄ_5.5-7.5	21.4	46.9	50.2	58.7	67.1
ԲՄ_8-10	12.9	40.7	42.7	51.4	62.7
ԲՄ_10.5-13	13.9	38.3	38.5	51.5	59.9
ԲՄ_13.5 և բարձր	8.1	31.7	34.3	44.3	52.8
Ընդամենը	17.4	43.4	46.1	54.8	63.9
Կշռված հանրապե- տական ցուցանիշ	15.7	41.2	43.8	54.1	64.1

* Տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են, $p < 0.05$

Տղամարդ հարցվածների շրջանում քաղաք-գյուղ կամ ըստ մարզերի տարբերություններ չեն հայտնաբերվել, սակայն տարբերությունները հավաստի են եղել բարեկեցության քվինտիլների միջև: Առօրյա գործողություններում սահմանափակումներ ունեցող հարցվողների թիվն ավելի մեծ է բարեկեցության ցածր քվինտիլներում: Առկա է

հավաստի դրական առնչություն տարիքային խմբերի և նշված գործողություններում սահմանափակումներ ունեցող կանանց և տղամարդկանց մասնաբաժինների միջև: Որքան բարձր է տարիքային խումբը, այնքան է մեծ է սահմանափակումներ ունեցողների մասնաբաժինը:

Բավարարվածությունը սեփական առողջությամբ և կյանքով

Թե՛ կին, թե՛ տղամարդ հարցվողներին առաջարկվել է գնահատել իրենց բավարարվածությունը սեփական առողջությամբ և կյանքով, այդ թվում՝ օրգանիզմի առողջական վիճակով, մտածելու և կենտրոնանալու կարողությամբ, սեռական կյանքով, ընտանիքին/ընկերներին տրամադրած ժամանակով, ամենօրյա գործունեությամբ, ընտանիքի եկամուտով, ազատ ժամանցի և հանգստի կազմակերպմամբ և այլն: Արդյունքները ներկայացված են աղյուսակ 26-ում և գծապատկեր 27-ում: Ընդհանուր առմամբ, հարցվողներն ավելի բավարարված են եղել ընտանիքին/ընկերներին տրամադրած ժամանակով և նրանցից ստացած օգնությամբ: Հարցվողների ավելի քան երկու երրորդը բավարարված է եղել իր կենտրոնանալու և մտածելու կարողությամբ, ավելի քան կեսը՝ ուրիշներին օգնելու իր կարողությամբ: Ամենից քիչ «գոհ եմ» և «չատ գոհ եմ» պատասխաններ տրվել են ընտանիքի եկամտի վերաբերյալ հարցին: Հարցվողների միայն մեկ չորրորդն է դրականորեն պատասխանել այդ հարցին: Օրգանիզմի առողջական վիճակով և ազատ ժամանցի ու հանգստի կազմակերպմամբ ևս քչերն են բավարարված եղել (~40%-ը): Միակ հավաստի միջսեռական տարբերությունը գրանցվել է սեռական կյանքի վերաբերյալ հարցին «գոհ եմ» կամ «չատ գոհ եմ» պատասխանած կին և տղամարդ հարցվածների մասնաբաժինների միջև (կանանց 58.7%-ը և տղամարդկանց 72.6%-ը, $p=0.000$):

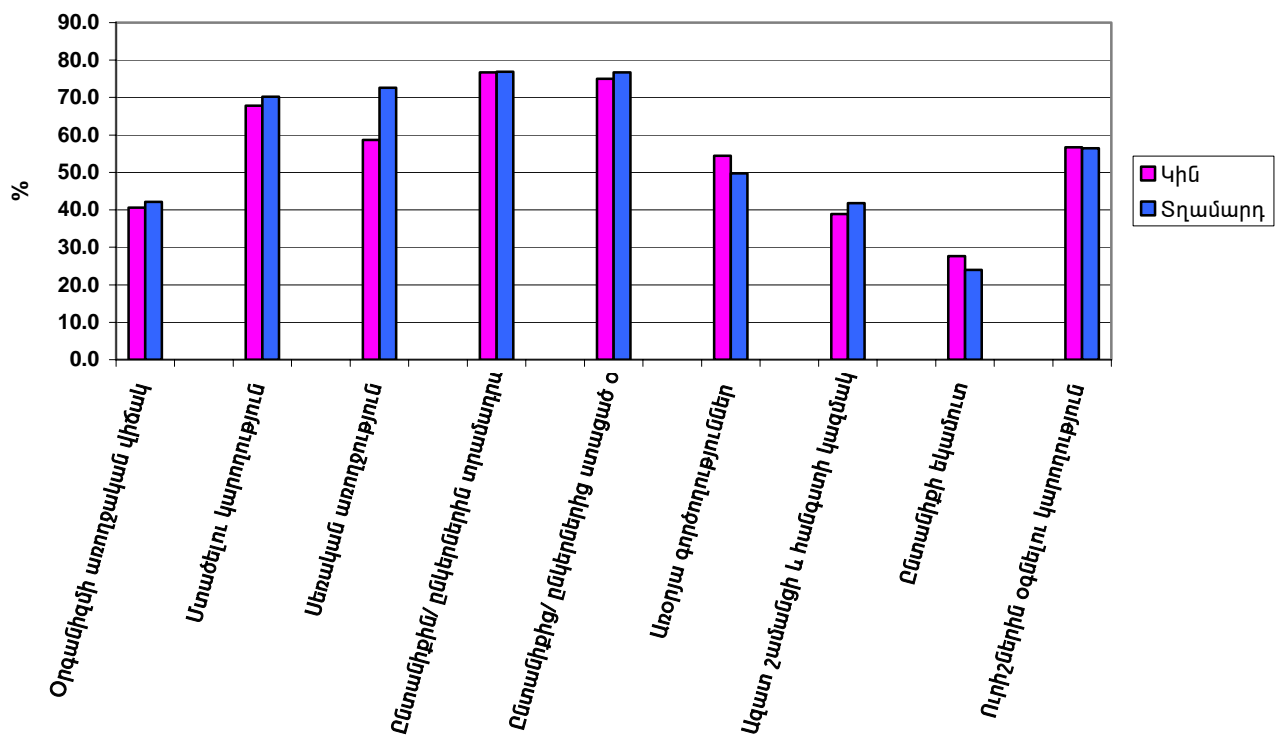
Աղյուսակ 26. Հարցվածների բավարարվածությունն իրենց առողջությունից և կյանքից՝ ըստ սեռերի

Բավարարվածություն	Սեռ	Շատ դժգոհ (%)	Դժգոհ (%)	Ոչ գոհ, ոչ էլ		Շատ գոհ (%)	Թիվ (n)
				դժգոհ (%)	Գոհ (%)		
Օրգանիզմի առողջական վիճակով	իգ.	8.1	20.6	30.7	36.3	4.3	2241
	ար.	10.4	16.5	31.0	32.6	9.5	442
Կենտրոնանալու և մտածելու կարողությամբ	իգ.	3.0	11.0	18.3	56.3	11.5	2165
	ար.	4.2	7.7	17.9	52.7	17.5	429
Սեռական կյանքով*	իգ.	5.0	5.6	30.7	50.2	8.5	2053
	ար.	3.1	5.7	18.7	49.2	23.4	423

Բավարարվածություն	Սեռ	Շատ դժգոհ (%)	Դժգոհ (%)	Ոչ գոհ, ոչ էլ դժգոհ (%)	Գոհ (%)	Շատ գոհ (%)	Թիվ (n)
Ընտանիքին/ընկերներին տրամադրած ժամանակով	իգ.	1.8	5.0	16.4	63.9	12.8	2113
	ար.	1.4	4.4	17.3	57.5	19.4	428
Ընտանիքից/ընկերներից ստացած օգնությամբ	իգ.	2.6	5.8	16.7	61.7	13.3	2118
	ար.	1.2	4.7	17.5	53.8	22.9	424
Ամենօրյա գործունեությամբ	իգ.	5.8	12.7	27.2	49.0	5.4	2148
	ար.	6.0	13.4	30.9	39.1	10.6	417
Ազատ ժամանցի և հանգստի կազմակերպմամբ	իգ.	11.6	21.7	27.7	34.5	4.4	2125
	ար.	12.4	18.5	27.3	34.8	7.0	428
Ընտանիքի եկամուտով	իգ.	18.4	25.8	28.1	25.3	2.3	2202
	ար.	18.7	28.2	29.1	20.1	3.9	433
Այլ մարդկանց օգնելու կարողությամբ	իգ.	4.4	9.9	29.1	51.1	5.6	2134
	ար.	5.1	9.5	28.8	47.0	9.5	430

* Կին և տղամարդ հարցվողների միջև առկա է վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն, $p < 0.05$

Գծապատկեր 27. Սեփական առողջությունից և կյանքից բավարարվածների %-ը



Իրենց առողջությամբ և կյանքով հարցվողների բավարարվածությունը գնահատող ինը հարցի հիման վրա հաշվարկվել է բավարարվածության ամփոփ միավոր՝

յուրաքանչյուր հարցին տրված «գոհ եմ» կամ «չատ գոհ եմ» պատասխանին տալով 1 արժեք և գունարելով այդ արժեքներն ըստ հարցվողի: Բավարարվածության միավորն (0-9 հնարավոր արժեքներով) այնուհետև փոխարկվել է տոկոսի, որտեղ 100-ը նշանակում է, որ տվյալ մասնակիցը բոլոր 9 հարցին պատասխանել է «գոհ եմ» կամ «չատ գոհ եմ», իսկ 0՝ որ նա 9 հարցից ոչ մեկին այդպես չի պատասխանել: Բավարարվածության միջին միավորը կանանց համար կազմել է 56.8 (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 57.5), իսկ տղամարդկանց համար՝ 57.5 (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 59.8): Այսպիսով, սեռերի միջև տարբերությունը եղել է աննշան: Այնուհետև միջին միավորները վերլուծվել են ըստ մարզերի, քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի, կրթական մակարդակի, բարեկեցության քվինտիլի և տարիքային խմբի: Աղյուսակ 27-ում ներկայացված են կին հարցվողների համար ստացված արդյունքները:

Աղյուսակ 27. Կին հարցվողների բավարարվածության միջին միավորներն ըստ մարզերի, բնակավայրերի, տարիքային խմբերի և բարեկեցության քվինտիլի

	Միջին	N	Ստանդարտ չեղում	Նվազագույն	Առավելագույն
<u>Մարզ*</u>					
Երևան	56.3	173	28.9	0	100
Արագածոտն	53.8	155	32.5	0	100
Արարատ	65.1	195	26.1	0	100
Արմավիր	57.7	153	29.0	0	100
Գեղարքունիք	62.2	178	28.5	0	100
Լոռի	56.5	166	29.7	0	100
Կոտայք	60.4	192	28.1	0	100
Շիրակ	58.5	175	27.7	0	100
Սյունիք	54.3	192	29.9	0	100
Վայոց Ձոր	45.9	155	29.8	0	100
Տավուշ	51.1	152	29.7	0	100
<u>Բնակավայր</u>					
Քաղաք	56.8	945	29.5	0	100
Գյուղ	56.8	941	29.3	0	100
<u>Տարիքային խումբ*</u>					
18-30	68.1	571	26.5	0	100
31-40	59.0	469	29.4	0	100
41-50	52.4	391	28.5	0	100
51-60	48.9	229	27.1	0	100
>=61	39.5	226	27.9	0	100

	Միջին	N	Ստանդարտ շեղում	Նվազագույն	Առավելագույն
Բարեկեցության					
քվինտիլ*					
ԲՄ_0-5	38.3	332	26.7	0	100
ԲՄ_5.5-7.5	50.6	371	29.5	0	100
ԲՄ_8-10	58.5	402	26.5	0	100
ԲՄ_10.5-13	62.0	394	26.9	0	100
ԲՄ_13.5 և բարձր	71.7	387	26.9	0	100
Ընդամենը	56.8	1886	29.4	0	100

* Խմբերը վիճակագրորեն տարասեռ են, միակողմ ANOVA թեստ, $p < 0.05$

Ե՛վ տղամարդկանց, և՛ կանանց բավարարվածության միջին միավորները չեն տարբերվել ըստ քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի: Իրենց առողջությամբ և կյանքով կանանց բավարարվածության պատկերն ըստ մարզերի եղել է տարասեռ: Բավարարվածության համեմատաբար ցածր միավորներ են գրանցվել Վայոց Ձորում (45.9), Տավուշում (51.1) և Արագածոտնում (53.8), իսկ բարձր միավորներ՝ Արարատում (65.1), Գեղարքունիքում (62.2) և Կոտայքում (60.36): Երկու սեռերի մոտ էլ հստակ բացասական առնչություն է դիտարկվել տարիքի և բավարարվածության միջին միավորի միջև (որքան տարիքը մեծ է, այնքան բավարարվածության միավորը՝ ցածր է): Նաև, որքան ավելի բարեկեցիկ են եղել հարցվողները, այնքան ավելի բավարարված են եղել իրենց առողջությունից և կյանքից:

Ղեպրեսիայի տարածվածությունը հարցվածների շրջանում

Նախկինում հայերեն թարգմանված CES-D 20-հարցից բաղկացած սանդղակը^{xii} ներառվել է հարցաշարում՝ երկու սեռի հարցվողների շրջանում հավանական և հնարավոր ղեպրեսիայի տարածվածությունը գնահատելու նպատակով: Լրացված սանդղակը լիարժեք չի համարվում, եթե քսան հարցից որևէ մեկը մնում է անպատասխան: Ուստի, կանանց լրացրած 2309 հարցաշարից 621-ը (26.9%-ը) և տղամարդկանց լրացրած 462 հարցաշարից 126-ը (27.3%-ը) համարվել են ոչ լիարժեք և չեն ընդգրկվել ղեպրեսիայի տարածվածությունը գնահատող վերլուծության մեջ՝ այդպիսով, նվազեցնելով ինքնուրույն լրացվող հարցաթերթիկի այս բաժնին ընկնող պատասխանի տոկոսը մինչև 73.1% կին հարցվողների համար և մինչև 72.7%՝ տղամարդ հարցվողների համար:

Յուրաքանչյուր հարցվողի համար հաշվարկվել է ղեպրեսիայի գումարային միավոր: Ըստ սանդղակի գնահատման չափանիշների, 17-22 գումարային միավորը համարվում է

հնարավոր, իսկ 23 և բարձր միավորը՝ հավանական դեպրեսիայի նշան: Արդյունքները վկայում են, որ կին հարցվածների 30.4%-ի մոտ առկա է եղել հավանական, իսկ 19.2%-ի մոտ՝ հնարավոր, դեպրեսիա: Տղամարդ հարցվողների շրջանում հավանական դեպրեսիայի տարածվածությունը հավաստիորեն ավելի ցածր է եղել՝ 18.5% ($p=0.000$), և 19.3%-ի մոտ եղել է հնարավոր դեպրեսիա (աղյուսակ 28):

Աղյուսակ 28. Կին և տղամարդ հարցվողների շրջանում դեպրեսիայի տարածվածությունը

	Հավանական դեպրեսիա (%)*	Հնարավոր դեպրեսիա (%)	Դեպրեսիա չկա (%)	n
Կին	30.4	19.2	50.4	1689
Կշռված հանրապետական ցուցանիշ	30.1	18.0	51.9	
Տղամարդ	18.5	19.3	62.2	336
Կշռված հանրապետական ցուցանիշ	13.9	17.0	69.1	

* Առկա է վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն սեռերի միջև, $p < 0.05$

Կին հարցվածների շրջանում դեպրեսիայի միջին միավորը կազմել է 17.96 (ստանդարտ շեղումը՝ 10.67), իսկ տղամարդ հարցվողների շրջանում՝ 15.55 (ստանդարտ շեղումը՝ 9.02) (կշռված հանրապետական ցուցանիշները՝ համապատասխանաբար, 17.56 և 13.94): Սեռերի միջև տարբերությունը եղել է վիճակագրորեն հավաստի ($p=0.0001$, t -թեստ): Համեմատության համար նշենք, որ ԱՄՆ ազգաբնակչության շրջանում դեպրեսիայի միջին միավորը տատանվում է 7.80-ից 9.92-ի միջակայքում,^{xii} որը զգալիորեն ավելի ցածր է Հայաստանում իրականացված այս հետազոտությամբ ստացված միջին միավորներից:

Կանանց մոտ դեպրեսիայի միջին միավորը համեմատվել է ըստ մարզերի, բնակավայրի (քաղաք/գյուղ), տարիքի և բարեկեցության քվինտիլի (աղյուսակ 29):

Քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի միջև որևէ հավաստի տարբերություն չի դիտարկվել: Մարզերում պատկերը եղել է տարասեռ: Այսպես, դեպրեսիայի ամենաբարձր միջին միավորը գրանցվել է Վայոց Ձորում, այնուհետև՝ Սյունիքում և Շիրակում, իսկ ամենացածր միավորը՝ Արարատում և Արմավիրում:¹ Հստակ դրական առնչություն է դիտվել դեպրեսիայի միջին միավորի և տարիքային խմբերի միջև (զծապատկեր 28):

¹ Համեմատած Արմավիրի մարզի ընտանիքների առողջապահական հետազոտության հետծրագրային փուլի արդյունքների հետ (Դեմիրճյան Ա, Թոմփսոն ՄԵ: *Արմավիրի ընտանիքների առողջապահական հետազոտություն: Հետծրագրային փուլ, 2004*. Հայաստանի ամերիկյան համալսարան, ԱՃՀԿ, օգոստոս, 2004, Երևան), դեպրեսիայի միջին միավորն այս մարզի կին հարցվողների շրջանում հավաստիորեն նվազել է. 2004թ.՝ 22.5-ից (սշ. 95) մինչև 2006թ.՝ 16.3:

Աղյուսակ 29. Կին հարցվողների շրջանում դեպրեսիայի միջին միավորն ըստ մարզերի, բնակավայրի, տարիքային խմբերի և բարեկեցության քվինտիլի

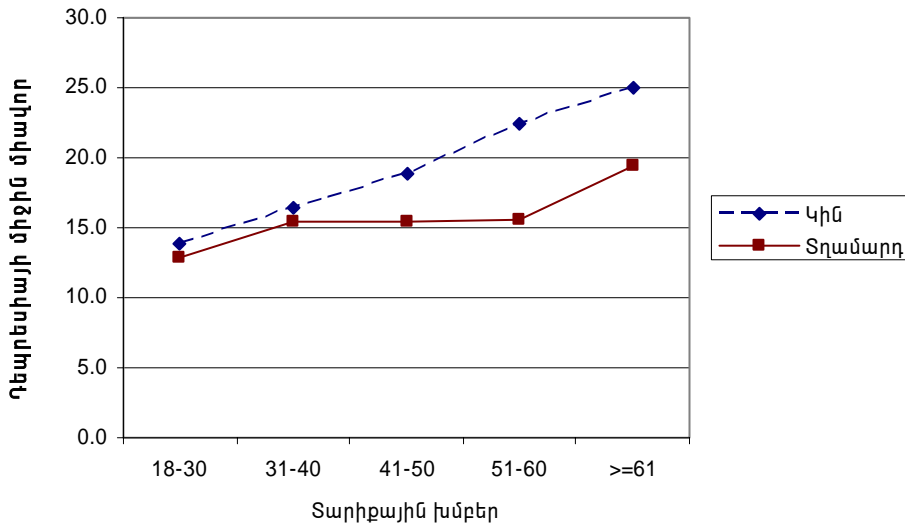
	Միջին	N	Ստանդարտ		
			շեղում	Նվազագույն	Առավելագույն
<u>Մարզ*</u>					
Երևան	17.2	174	10.9	0	46
Արագածոտն	17.1	124	10.3	0	44
Արարատ	16.2	189	9.9	0	48
Արմավիր	16.3	128	11.0	0	45
Գեղարքունիք	18.5	169	10.7	0	53
Լոռի	17.7	140	10.4	0	54
Կոտայք	17.7	179	10.5	0	50
Շիրակ	19.0	153	11.8	0	57
Սյունիք	19.5	173	9.5	0	51
Վայոց Ձոր	20.4	118	11.9	1	59
Տավուշ	18.2	142	10.4	1	50
<u>Բնակավայր</u>					
Քաղաք	18.0	877	10.9	0	59
Գյուղ	17.9	812	10.5	0	51
<u>Տարիքային խումբ*</u>					
18-30	13.8	515	9.3	0	48
31-40	16.4	411	9.4	0	53
41-50	18.9	343	10.5	0	57
51-60	22.4	201	11.0	1	53
>=61	25.0	219	10.7	0	59
<u>Բարեկեցության քվինտիլ*</u>					
ԲՄ_0-5	25.6	303	11.3	0	53
ԲՄ_5.5-7.5	19.6	314	10.6	0	59
ԲՄ_8-10	16.7	357	9.6	0	48
ԲՄ_10.5-13	15.6	350	8.7	0	45
ԲՄ_13.5 և բարձր	13.6	365	9.2	0	54
Ընդամենը	18.0	1689	10.7	0	59

* Խմբերը վիճակագրորեն տարասեռ են, միակողմ ANOVA թեստ, $p < 0.05$

Քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի միջև որևէ հավաստի տարբերություն չի դիտարկվել: Մարզերում պատկերը եղել է տարասեռ: Այսպես, դեպրեսիայի ամենաբարձր միջին միավորը գրանցվել է Վայոց Ձորում, այնուհետև՝ Սյունիքում և Շիրակում, իսկ

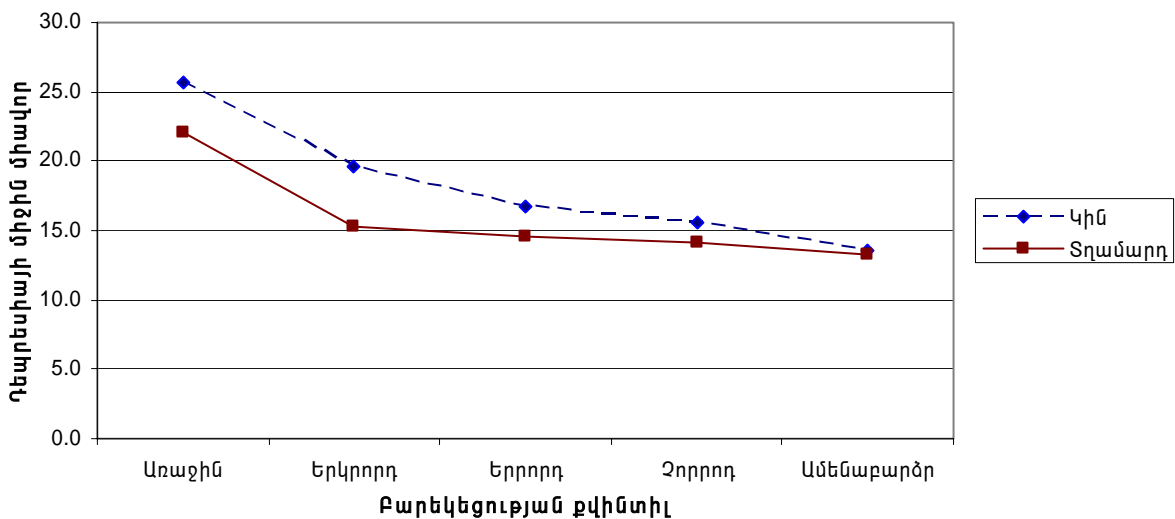
ամենացածր միավորը՝ Արարատում և Արմավիրում:² Հստակ դրական առնչություն է դիտվել դեպրեսիայի միջին միավորի և տարիքային խմբերի միջև (գծապատկեր 28):

Գծապատկեր 28. Դեպրեսիայի միջին միավորը կին և տղամարդ հարցվողների շրջանում՝ ըստ տարիքային խմբերի



Դեպրեսիայի միջին միավորի և բարեկեցության քվինտիլի միջև բացահայտվել է բացասական առնչություն (գծապատկեր 29):

Գծապատկեր 29. Դեպրեսիայի միջին միավորը կին և տղամարդ հարցվողների շրջանում՝ ըստ բարեկեցության քվինտիլի



² Համեմատած Արմավիրի մարզի ընտանիքների առողջապահական հետազոտության հետձրագրային փուլի արդյունքների հետ (Դեմիրճյան Ա, Թոմփսոն ՄԵ: *Արմավիրի ընտանիքների առողջապահական հետազոտություն: Հետձրագրային փուլ, 2004*. Հայաստանի ամերիկյան համալսարան, ԱԾՀԿ, օգոստոս, 2004, Երևան), դեպրեսիայի միջին միավորն այս մարզի կին հարցվողների շրջանում հավաստիորեն նվազել է. 2004թ.՝ 22.5-ից (սշ. 95) մինչև 2006թ.՝ 16.3:

Տղամարդ հարցվողների շրջանում դեպրեսիայի միջին միավորը նույնպես վերլուծվել է ըստ քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի, տարիքային խմբերի և բարեկեցության քվինտիլի (մարզերի միջև համեմատություններ չեն կատարվել՝ յուրաքանչյուր մարզում տղամարդ հարցվողների փոքր թվի պատճառով): Արդյունքները նման են կին հարցվողների պատասխանների վերլուծության արդյունքներին: Այստեղ ևս, քաղաք-գյուղ հավաստի տարբերություն չի գրանցվել: Կրկին դիտարկվել է դեպրեսիայի միավորի աճ՝ տարիքի ավելացմանը զուգընթաց, և անկում՝ բարեկեցության աճին զուգընթաց (գծապատկերներ 28 և 29, աղյուսակ 30):

Աղյուսակ 30. Տղամարդ հարցվողների շրջանում դեպրեսիայի միջին միավորը՝ ըստ բնակավայրի, տարիքային խմբերի և բարեկեցության քվանտիլի

	Ստանդարտ				
	Միջին	թիվը	չեղում	Նվազագույն	Առավելագույն
<u>Բնակավայր</u>					
Քաղաք	15.4	164	9.1	0	52
Գյուղ	15.7	172	9.0	0	48
<u>Տարիքային խումբ*</u>					
18-30	12.8	83	8.1	0	38
31-40	15.4	74	8.7	0	48
41-50	15.5	69	7.5	0	35
51-60	15.6	35	7.6	1	36
>=61	19.5	58	11.5	1	52
<u>Բարեկեցության քվինտիլ*</u>					
ԲՄ_0-5	22.1	56	11.2	1	52
ԲՄ_5.5-7.5	15.2	69	8.8	0	48
ԲՄ_8-10	14.5	72	8.7	0	48
ԲՄ_10.5-13	14.1	65	7.2	1	33
ԲՄ_13.5 և բարձր	13.2	74	6.9	0	34
Ընդամենը	15.6	336	9.0	0	52

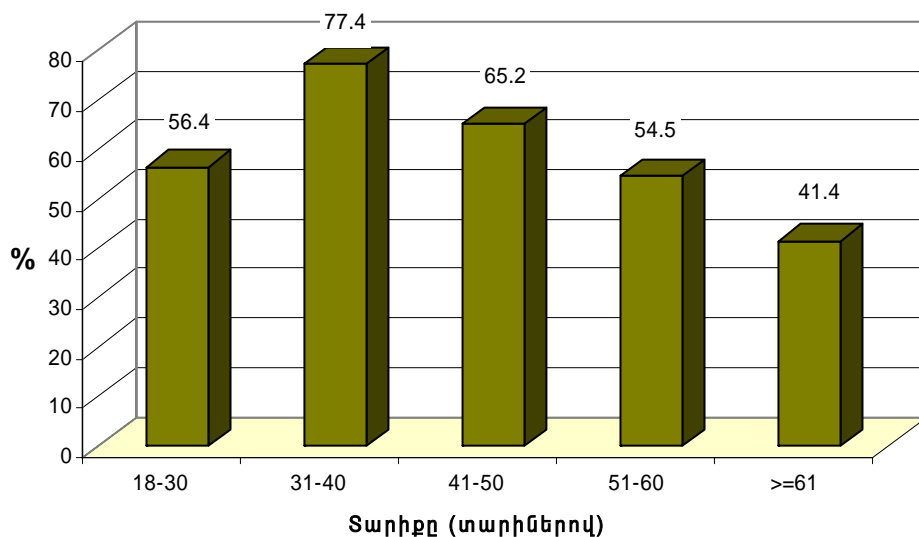
* Խմբերը վիճակագրորեն տարասեռ են, միակողմ ANOVA թեստ, $p < 0.05$

Կենսակերպն ու առողջությունը

Ծխախոտի օգտագործում

Երբևէ ծխելու փորձ կատարել է տղամարդ հարցվողների 83.8%-ը: Նրանց 72.4%-ը (կամ արական սեռի ընտրանքի 60.7%-ը, կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 64.1%) հետազոտության անցկացման պահին եղել են ծխող: Միջին հաշվով նրանք ծխել են օրական 22.8 գլանակ՝ 1-ից 60 միջակայքում (բացառությամբ մեկ հարցվողի, որը նշել էր, որ օրական 150 գլանակ է ծխում): Հետազոտության պահին ծխողների մասնաբաժինը փոքր ինչ ավելի մեծ է եղել քաղաքային բնակավայրերում (65.4%՝ քաղաքում և 56.5%՝ գյուղում), թեև տարբերությունը հավաստի չի եղել ($p=0.06$): Ըստ կրթական մակարդակի և բարեկեցության քվտինտիլի և ծխողների մասնաբաժինների միջև հավաստի տարբերություններ չեն նկատվել: Միակ հավաստի տարասեռությունը ($p=0.000$) հայտնաբերվել է տարիքային խմբերի միջև. միջին տարիքի (31-50 տարեկան) հարցվողների շրջանում ծխողների մասնաբաժինը եղել է ավելի մեծ, իսկ տարեց հարցվողների շրջանում՝ ամենափոքրը (գծապատկեր 30):

Գծապատկեր 30. Ծխողների տոկոսը տղամարդ հարցվողների շրջանում՝ ըստ տարիքային խմբերի



Կին հարցվողների միայն 3.7%-ն է նշել, որ երբևէ ծխելու փորձ է կատարել: Իգական սեռի ընտրանքի միայն 1.7%-ն (37 կին) է հետազոտության անցկացման պահին եղել ծխող (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 3.6%): Ներկա հետազոտությամբ ստացված ծխախոտի օգտագործման տարածվածության ցուցանիշները (տղամարդկանց 60.7%-ը և կանանց 1.7%-ը) շատ մոտ են այն ցուցանիշներին, որոնք ստացվել են 2005թ.

Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտության արդյունքում: Ըստ վերջինիս, Հայաստանում ծխում են տղամարդկանց 60%-ը և կանանց 2%-ը:

Ծխող կանայք միջինում օգտագործել են օրական 12.3 գլանակ՝ 1-ից 40 միջակայքում: Կին հարցվողների շրջանում ծխախոտի օգտագործման մասին տվյալներն, ակնհայտորեն, իրականից ավելի ցածր են ներկայացվել: Զգալի տարբերություններ են գրանցվել ծխող կանանց մասնաբաժինների միջև՝ ըստ բարեկեցության քվինտիլի, կրթական մակարդակի և բնակավայրի: Ծխող կանանց (կամ, ավելի ճիշտ կլինի ասել՝ ծխելը խոստովանած կանանց) ամենամեծ մասնաբաժինը գրանցվել է Երևանում (8.4%), ամենաբարձր կրթական մակարդակում (ԲՈՒՀ կամ հետդիպլոմային, 4.2%) և ամենաբարձր բարեկեցության քվինտիլում (3.4%): Կին ծխողների մասնաբաժինը հավաստիորեն ավելի մեծ է եղել քաղաքային բնակավայրերում՝ գյուղականի համեմատությամբ (քաղաքայինում՝ 2.7%, գյուղականում՝ 0.7%, $p=0.000$):

Հարցաթերթիկի՝ հարցազրուցավարի կողմից լրացվող մասում, հարցվողներին առաջարկվել է նշել ծխողների ընդհանուր թիվն իրենց ընտանիքում և թե այդ ծխողներից քանիսն են չափահաս տղամարդ: Ընդամենը, հետազոտված ընտանիքներում ապրել է 10956 մարդ, որոնցից 2285-ը (20.9%-ը) եղել են ծխող: Հետազոտված ընտանիքներում ապրող 3607 չափահաս (18 տարեկան և բարձր) տղամարդկանցից 2221-ը եղել են ծխող: Այսպիսով, չափահաս տղամարդկանց 61.6%-ը (61.4%-ը՝ ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշի) ծխում է, ինչը մոտ է հարցվող տղամարդկանց պատասխանների հիման վրա ստացված ցուցանիշին (60.7%): Հետազոտության տվյալներով, չափահաս տղամարդիկ կազմում են հետազոտված ընտանիքների բոլոր ծխող անդամների 97.2%-ը:

Մարզերը վիճակագրորեն տարասեռ են թե՛ ընտանիքի անդամների շրջանում ծխողների մասնաբաժինների և թե՛ ընտանիքի չափահաս տղամարդկանց շրջանում ծխողների մասնաբաժինների առումով (աղյուսակ 31): Ծխող տղամարդկանց ամենամեծ տոկոսը գրանցվել է Արագածոտնի մարզում (66.9%), այնուհետև՝ Կոտայքում (63.9%), իսկ ամենացածրը՝ Լոռու մարզում (54.1%): Ողջ բնակչության շրջանում ծխողների մասնաբաժինը ամենամեծն է եղել Կոտայքում (22.5%), այնուհետև՝ Երևանում (22.3%) և Սյունիքում (22.3%), իսկ ամենափոքրը՝ Լոռու (17.5%): Ծխողների մասնաբաժինների քաղաք-գյուղ տարբերություն չի հայտնաբերվել:

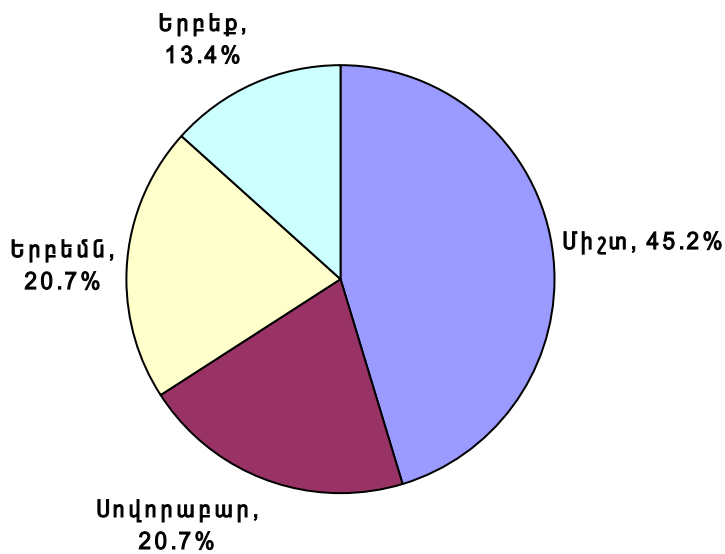
Աղյուսակ 31. Չափահաս տղամարդկանց մասնաբաժինը ընտանիքի բոլոր անդամների և չափահաս տղամարդկանց շրջանում՝ ըստ մարզերի և բնակավայրի

	Ընտանիքի անդամներ (n)	Ընտանիքի ծխող անդամներ (n)	Ընտանիքի ծխող անդամներ (%)	Չափահաս տղամարդիկ (n)	Ծխող չափահաս տղամարդիկ (n)	Ծխող չափահաս տղամարդիկ (%)
Մարզ			*			*
Երևան	187	839	22.3%	168	272	61.8%
Արագածոտն	240	1111	21.6%	237	354	66.9%
Արարատ	218	1012	21.5%	213	344	61.9%
Արմավիր	213	1051	20.3%	210	344	61.0%
Գեղարքունիք	221	1113	19.9%	221	352	62.8%
Լոռի	174	997	17.5%	166	307	54.1%
Կոտայք	229	1020	22.5%	223	349	63.9%
Շիրակ	207	955	21.7%	199	315	63.2%
Սյունիք	205	921	22.3%	201	325	61.8%
Վայոց Ձոր	215	1012	21.2%	209	331	63.1%
Տավուշ	176	925	19.0%	174	314	55.4%
Բնակավայր						
Քաղաք	4897	1070	21.9%	1632	1025	62.8%
Գյուղ	6059	1215	20.1%	1975	1196	60.6%
Ընդամենը	2285	10956	20.9%	2221	3607	61.6%
Կշռված ԳՂ ցուց.			21.3%			61.4%

* Մարզերը վիճակագրորեն տարասեռ են, $p < 0.05$

Բավականին մեծ է եղել պասիվ ծխողների թիվը: Ծխող և չծխող անդամներ ունեցող ընտանիքների հարցվողների 45.2%-ը նշել է, որ իրենց ընտանիքի ծխող անդամները մշտապես ծխում են չծխողների ներկայությամբ, իսկ ևս 20.7%-ը նշել է, որ նրանք սովորաբար ծխում են չծխողների ներկայությամբ (գծապատկեր 31): Հետազոտված ընտանիքների 31.6%-ը (731 ընտանիք՝ կազմված 2858 անդամից) նշել է, որ իր ընտանիքի ոչ մի անդամ չի ծխում: Մնացած 1579 ընտանիքում 3495 չծխող (ընտրանքի ողջ բնակչության 31.9%-ը) մշտապես կամ սովորաբար ստիպված է շնչել իր ծխող ազգականի ծխախոտի ծուխը՝ վերածվելով պասիվ ծխողի: Այսպիսով, հետազոտված ընտանիքներում ապրող մարդկանց 52.8%-ը ակտիվ (20.9%) կամ պասիվ (31.9%) ծխող է:

Գծապատկեր 31. Չծխողների ներկայությամբ ծխելը



Հարցաթերթիկի՝ պատասխանողի կողմից ինքնուրույն լրացվող մասում, ներառվել են մի քանի հարցեր, որոնց նպատակն է պարզել ծխախոտի օգտագործման վերաբերյալ հարցվողների գիտելիքները և մոտեցումները: Ընդհանուր առմամբ, թե՛ կին, թե՛ տղամարդ հարցվողների ճնշող մեծամասնությունը դրսևորել է ծխելու վնասի մասին անհրաժեշտ գիտելիքներ և խրախուսվող մոտեցումներ: Բոլոր հարցերի վերաբերյալ ճիշտ մոտեցումներ ունեցողների մասնաբաժինը հավաստիորեն բարձր է եղել կանանց շրջանում՝ տղամարդկանց համեմատությամբ, բացառությամբ պտղի վրա ծխելու բացասական ազդեցության մասին հարցից, որտեղ խմբերը եղել են համանման: Ընդհանուր առմամբ, տղամարդիկ ավելի քիչ տրամադրվածություն են ցուցաբերել ծխախոտի ծխի ազդեցությունից մյուսներին զերծ պահելուն (աղյուսակ 32):

Աղյուսակ 32. Կին և տղամարդ հարցվողների՝ ծխելու վերաբերյալ գիտելիքները և մոտեցումները

	Ցանկալի գիտելիք/ մոտեցում, կանայք (n՝ 2184 - 2263) (%)	Ցանկալի գիտելիք/ մոտեցում, տղամարդիկ (n՝ 435 - 444) (%)	p-արժեք
1. Ծխելը վնասակար է առողջության համար	94.8	86.5	0.000
2. Ուրիշի ծխախոտի ծուխը շնչելը վնասակար է առողջության համար	95.3	89.2	0.000
3. Հղի կնոջ ներկայությամբ ծխելը կարող է վնասել պտղին	96.3	94.5	ՀԶ*

	Ցանկալի գիտելիք/ մոտեցում, կանայք (n` 2184 - 2263) (%)	Ցանկալի գիտելիք/ մոտեցում, տղամարդիկ (n` 435 - 444) (%)	p-արժեք
4. Աշակերտներին պետք է թույլատրել ծխել հասարակական վայրերում	87.3	81.8	0.002
5. Աշխատողներին պետք է թույլատրել ծխել աշխատանքի ժամանակ	78.7	60.4	0.000
6. Հասարակական վայրերում և ռեստորաններում ծխելը պետք է արգելել	68.6	57.1	0.000

*ՉԶ= հավաստի չէ

Երկու գումարային միավոր է հաշվարկվել ծխելու հանդեպ մոտեցումները պարզաբանող այս հարցերի հիման վրա է, որոնց պատասխանները տրված են եղել Լիկերտի հնգաստիճան սանդղակով: Առաջին միավորը (ծխելու վնասակարության ընդունումը) ամփոփել է ծխելու տարբեր վնասակար հետևանքներին վերաբերվող առաջին երեք հարցերի պատասխանները: Երկրորդը (կողմնակցությունը ծխելն արգելելուն) ամփոփել է ծխելը սահմանափակելու միջոցառումների հետ հարցվողի համաձայնության աստիճանը որոշող վերջին երեք հարցերի պատասխանները: Առաջին միավորն իրենից ներկայացրել է առաջին երեք հարցերին տրված պատասխանների միջինը (դրանց պատասխանների արժեքների գումարը բաժանած հարցերի թվի վրա): Երկրորդ միավորը եղել է վերջին երեք հարցերի պատասխանների միջինը (չորրորդ և հինգերորդ հարցերին տրված պատասխանները հակադարձ կողավորելուց հետո): Այսպիսով, երկու գումարային միավորները տատանվում են մեկից հինգի սահմաններում, որտեղ մեկը նշանակում է գիտելիքների ամենացածր մակարդակ և հանդուրժողական վերաբերմունք ծխելուն, իսկ հինգը՝ գիտելիքների ամենաբարձր մակարդակ և բացասական մոտեցում ծխելուն: Այս գումարային միավորները հավաստիորեն տարբեր են եղել կին և տղամարդ հարցվողների մոտ (աղյուսակ 33):

Աղյուսակ 33. Ծխախոտի օգտագործման նկատմամբ վերաբերմունքի գումարային միավորները կին և տղամարդ հարցվողների շրջանում

Միավորներ	Կին հարցվող			Տղամարդ հարցվող			p-արժեք
	թիվ	միջին	շեղում	թիվ	միջին	շեղում	
Ծխելու վնասակարության ընդունումը	2200	4.52	0.64	432	4.40	0.71	0.0005
Կողմնակցությունը ծխելն արգելելուն	2139	4.05	0.75	427	3.75	0.85	0.0000

Կին և տղամարդ հարցվողների մոտեցումներն արտացոլող այս գումարային միավորները վերլուծվել են ըստ մարզերի, բնակավայրի, բարեկեցության քվինտիլի և տարիքային խմբի: Տղամարդ հարցվողների շրջանում միակ հավաստի տարբերությունը դիտարկվել է երկրորդ միավորի համար (կողմնակցությունը ծխելն արգելելուն)՝ ըստ մարզերի: Ամենաբարձր միավորները գրանցվել են Արարատի (4.3) և Կոտայքի (4.0) մարզերում, իսկ ամենացածրը՝ Շիրակի (3.5) և Լոռու (3.6): Կին հարցվողների շրջանում հավաստի տարբերություններ են գրանցվել առաջին միավորի համար (ծխելու վնասակարության ընդունումը)՝ ըստ կրթական մակարդակների, բարեկեցության քվինտիլի և բնակավայրի (քաղաք-գյուղ), ինչպես նաև երկրորդ միավորի համար (կողմնակցությունը ծխելն արգելելուն)՝ ըստ մարզերի և կրթական մակարդակների: Ծխելու վնասակարության ընդունման միջին միավորը բարձր է եղել քաղաքային բնակավայրերում (քաղաքներում՝ 4.56, գյուղերում՝ 4.48, $p=0.003$), ամենաբարձր կրթությամբ խմբում (4.65) և ամենաբարեկեցիկների քվինտիլում (4.62): Ծխելն արգելելուն կողմնակցության ամենաբարձր ցուցանիշները նույնպես գրանցվել են ամենաբարձր կրթությամբ հարցվողների շրջանում (4.16), իսկ մարզերից՝ Արարատի (4.26) և Կոտայքի (4.19) մարզերում:

Ոգելից խմիչքների և թմրանյութերի օգտագործում

Կին հարցվողների մեծ մասը նշել է, որի երբեք ոգելից խմիչք չի օգտագործում (65.8%) կամ օգտագործում է շաբաթական մեկ բաժնից ոչ ավելի (29.8%): Սույն հետազոտության հարցաթերթիկում ոգելից խմիչքի մեկ բաժինը բացատրվել է որպես մեկ բաժակ գինի, մեկ շիշ գարեջուր կամ մեկ ըմպանակ լիկյոր, վիսկի, օղի կամ խառը խմիչք: Հարցվածների միայն 3.2%-ն է նշել, որ առնվազն մեկ բաժին ոգելից խմիչք է օգտագործում շաբաթական մեկից երեք անգամ, իսկ 1.2%-ը՝ որ չորս անգամ և ավելի: Խմելը հավաստիորեն ավելի տարածված է եղել տղամարդ հարցվողների շրջանում: Նրանցից շատերը նշել են, որ մեկ բաժին ոգելից խմիչք օգտագործում են շաբաթական մեկ անգամից ոչ հաճախ (43.6%) կամ ընդհանրապես չեն խմում (16.2%), սակայն ավելի քան մեկ չորրորդն (27.1%) օգտագործում է առնվազն մեկ բաժին ոգելից խմիչք շաբաթական մեկից երեք անգամ, իսկ մնացածները՝ (13.1%) չորս անգամ և ավելի:

Շաբաթական մեկ և ավելի անգամ առնվազն մեկ բաժին ոգելից խմիչք օգտագործող հարցվողների մասնաբաժինները համեմատվել են ըստ մարզերի, բնակավայրի, բարեկեցության քվինտիլի, կրթական մակարդակի և տարիքային խմբերի (աղյուսակ 34): Կին հարցվողների շրջանում հավաստի տարբերություններ են նկատվել ըստ մարզերի, բնակավայրի, տարիքային խմբերի և բարեկեցության քվինտիլների: Ոգելից

Խմիչք օգտագործելու հաճախականությունն ավելի մեծ է գյուղական բնակավայրերի կանանց շրջանում՝ ի տարբերություն քաղաքայինի (5.3% և 3.5%, $p=0.024$): Շաբաթը մեկ անգամ կամ ավելի հաճախ խմող կանանց մասնաբաժինն ավելի մեծ է Արագածոտնի (8.8%) և Վայոց Ձորի (8.5%) մարզերում, իսկ ամենից փոքրը՝ Կոտայքի (1.4%) և Գեղարքունիքի (1.9%) մարզերում: Շաբաթը մեկ անգամ կամ ավելի հաճախ խմող կանանց մասնաբաժինը ամենամեծն է նաև բարեկեցության ամենացածր քվինտիլում (7.9%) և ամենամեծ տարիքային խմբում (6.9%): Տարբերությունն ըստ կին հարցվողների կրթական մակարդակի հավաստի չէ: Վերը նշված խմբերի միջև որևէ հավաստի տարբերություն չի գրանցվել տղամարդ հարցվողների շրջանում, հավանաբար՝ վերջիններիս ընտրանքի փոքր չափի պատճառով:

Աղյուսակ 34. Շաբաթը մեկ անգամ կամ ավելի հախած խմող հարցվողների թիվն ըստ մարզերի, բնակավայրի, բարեկեցության քվինտիլների և տարիքային խմբերի

	Կին		Տղամարդ	
	%	n	%	n
<u>Մադ</u>	<i>* (p=0.001)</i>			
Երևան	3.5	197	39.1	23
Արագածոտն	8.8	193	34.6	26
Արարատ	2.9	205	38.2	34
Արմավիր	4.1	194	40.0	25
Գեղարքունիք	1.9	206	38.1	42
Լոռի	3.0	197	44.2	52
Կոտայք	1.4	207	38.5	26
Շիրակ	4.4	206	34.0	50
Սյունիք	3.5	198	37.7	61
Վայոց Ձոր	8.5	200	45.0	40
Տավուշ	6.5	201	51.2	41
<u>Բնակավայր</u>	<i>* (p=0.024)</i>			
Քաղաք	3.5	1067	39.8	201
Գյուղ	5.3	1137	40.6	219
<u>Բարեկեցության քվինտիլ*</u>	<i>* (p=0.000)</i>			
ԲՄ_0-5	7.9	416	44.7	76
ԲՄ_5.5-7.5	2.5	437	42.0	88
ԲՄ_8-10	2.4	466	35.2	88
ԲՄ_10.5-13	3.8	447	40.7	81
ԲՄ_13.5 և բարձր	5.7	438	39.1	87

	Կին		Տղամարդ	
	%	n	%	n
Տարիքային խումբ	<i>*(p=0.029)</i>			
18-30	2.8	652	29.6	98
31-40	4.5	533	40.2	92
41-50	4.0	455	51.2	86
51-60	6.3	287	42.9	42
>=61	6.9	277	40.3	72
Ընդամենը	4.4	2204	40.2	420
Կշռված հանրապետական ցուցանիշ	3.7		39.3	

* Տարբերությունները վիճակագրական առումով հավաստի են, $p < 0.05$

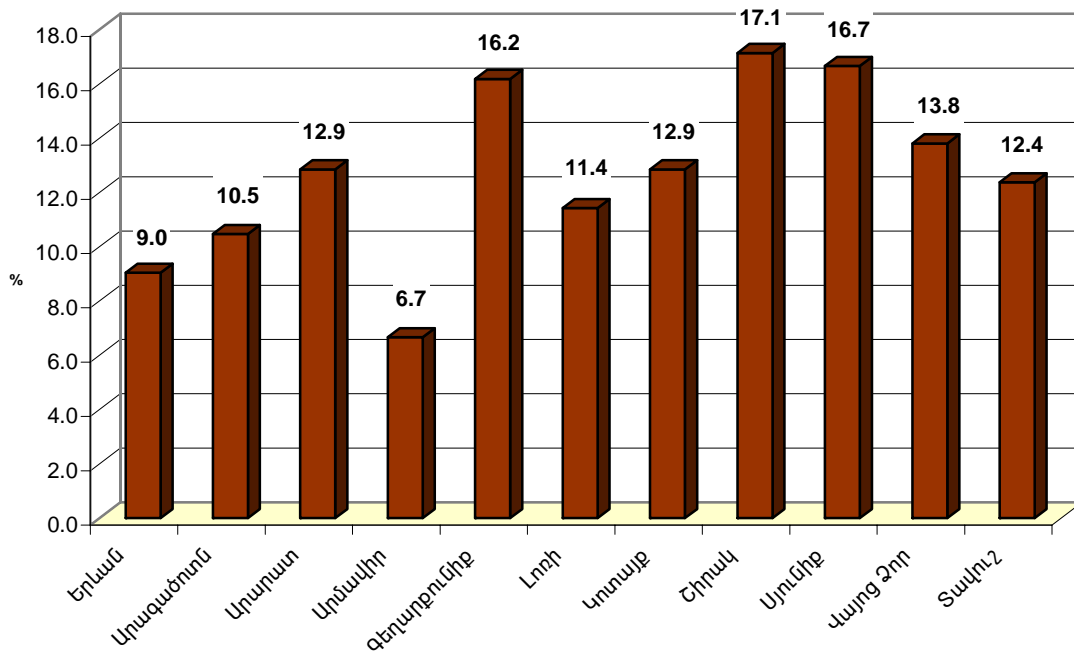
Անցած երեսուն օրվա ընթացքում մեկ օրում հինգ և ավելի բաժին ոգելից խմիչք օգտագործելու վերաբերյալ հարցի պատասխանները նույնպես հավաստիորեն տարբեր են եղել կին և տղամարդ հարցվողների միջև: Հարցվածների մեծ մասը նշել է, որ վերջին 30 օրվա ընթացքում մեկ օրում հինգ և ավելի բաժին ոգելից խմիչք չի օգտագործել (կանանց 85%-ը և տղամարդկանց 43.9%-ը), սակայն նման մեկ դեպք նշել են կանանց 6.8%-ը և տղամարդկանց 14.5%-ը, երկու դեպք՝ կանանց 4.7%-ը և տղամարդկանց 12.8%-ը, երեք դեպք՝ կանանց 2.5%-ը և տղամարդկանց 7.4%-ը, չորս և ավելի դեպք՝ կանանց 1.0%-ը և տղամարդկանց 21.4%-ը: Վեջինիս թվում 10.1% են կազմել այն տղամարդիկ, ովքեր նշել են, որ անցած երեսուն օրվա ընթացքում հինգ և ավելի բաժին ոգելից խմիչք են օգտագործել տասը և ավելի անգամ:

Երբևէ առնվազն մեկ բաժին ոգելից խմիչք օգտագործած հարցվածների շրջանում (բացառելով այն 1451 կանանց և 68 տղամարդկանց, ովքեր երբեք չեն խմել) անցած երեսուն օրվա ընթացքում հինգ կամ ավելի բաժին ոգելից խմիչք օգտագործելու դեպքերի միջին թիվը եղել է 0.29՝ կանանց համար և 2.66՝ տղամարդկանց ($p=0.000$, t-թեստ): Այս առումով որևէ հավաստի տարբերություն չի գրանցվել սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում ո՛չ կանանց, ո՛չ էլ տղամարդկանց շրջանում:

Այն հարցին, թե արդյո՞ք երբևէ հարցվողի կյանքում եղել է մի ժամանակաշրջան, երբ նա գրեթե ամեն օր խմել է հինգ և ավելի բաժին ոգելից խմիչք, դրականորեն են պատասխանել կանանց 2.8%-ը և տղամարդկանց 27.2%-ը: Նույն հարցին, որը զետեղված է հարցազրուցավարի կողմից լրացվող հարցաթերթիկում և վերաբերվում է ընտանիքի որևէ այլ անդամի (բացառելով հարցվողներին), դրական պատասխան են տրվել հարցվածների 7.3%-ը:

Այս երեք հարցերի հիման վրա հաշվարկվել է ընդհանուր ցուցանիշ, որը ցույց է տալիս այն ընտանիքների մասնաբաժինը, որոնց անդամներից որևէ մեկի կյանքում եղել է ժամանակաշրջան, երբ նա գրեթե ամեն օր հինգ և ավելի բաժին ոգելից խմիչք է օգտագործել: Ամբողջ ընտրանքի համար այդ մասնաբաժինը կազմում է 12.7% (ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշի՝ 11.5%): Այս ցուցանիշը զգալիորեն ավելի բարձր է գյուղական բնակավայրերում՝ քաղաքայինի համեմատությամբ (14.7% և 10.5%, $p=0.003$): Մարզերն այս առումով ևս տարասեռ են. նման անդամ ունեցող ընտանիքների ավելի մեծ մասնաբաժիններ են գրանցվել Շիրակում (17.1), Սյունիքում (16.7%) և Գեղարքունիքում (16.2%), իսկ ամենափոքր մասնաբաժինը՝ 6.7%, Արմավիրում (զծապատկեր 32):

Գծապատկեր 32. Երբևէ հինգ և ավելի բաժին որևէ ոգելից խմիչք գրեթե ամեն օր օգտագործող անդամ ունեցող ընտանիքների թիվն ըստ մարզերի



Չարցվողների մոտեցումներն ալկոհոլի՝ առողջությանը հասցվող վնասին, չափվել են երկու պնդման միջոցով: Աղյուսակ 35-ում ամփոփված են թե՛ կին, թե՛ տղամարդ հարցվողների կարծիքներն այդ պնդումների վերաբերյալ: Թեև նրանց ճնշող մեծամասնությունը համաձայնել է, որ չափազանց շատ կամ չափազանց հաճախ ալկոհոլ օգտագործելը վնասում է առողջությանը, իսկ հղիության ընթացքում ալկոհոլի նույնիսկ փոքր քանակությունը բացասաբար է ազդում պտղի վրա, տղամարդ հարցվողների շրջանում (կանանց համեմատությամբ) ավելի մեծ է եղել այդ պնդումների հետ չհամաձայնածների կամ չեզոք դիրք ընդունածների թիվը: Առաջին պնդման համար այդ

տարբերությունը վիճակագրորեն հավաստի է (կանանց 5.3%-ը և տղամարդկանց 13.7%-ը, $p=0.000$).

Աղյուսակ 35. Հարցվածների մոտեցումներն ակոհոլին՝ որպես առողջության համար վնասակար գործոնի

	Ամենևին համաձայն չեն (%)		Համաձայն չեն (%)		Ոչ համաձայն են, ոչ էլ ոչ (%)		Համաձայն են (%)		Լիովին համաձայն են (%)	
	իգ.	ար.	իգ.	ար.	իգ.	ար.	իգ.	ար.	իգ.	ար.
	Ալկոհոլի հաճախակի և մեծ քանակով օգտագործումը վնասակար է առողջությանը: Հղիության ժամանակ ակոհոլի փոքր քանակի (օր.՝ 1-2 բաժակ գարեջրի կամ գինու) ընդունումը վնասակար է պտղի համար:	1.2	2.7	1.6	3.8	2.5	7.2	37.2	36.6	57.5
Հղիության ժամանակ ակոհոլի փոքր քանակի (օր.՝ 1-2 բաժակ գարեջրի կամ գինու) ընդունումը վնասակար է պտղի համար:	1.6	1.2	4.8	5.1	8.5	11.0	36.7	34.5	48.4	48.3

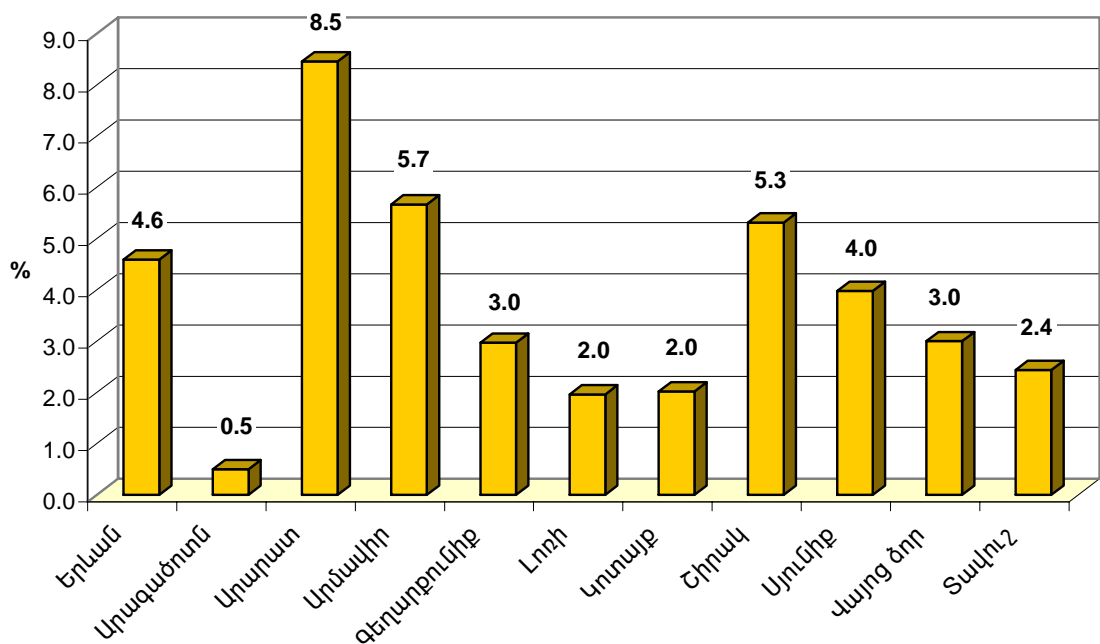
Ինչպես ծխախոտի օգտագործման մոտեցումների գնահատման դեպքում էր, ակոհոլի օգտագործման վերաբերյալ երկու դիրքորոշումները գնահատելու նպատակով ևս նույն ձևով հաշվարկվել է գումարային միավոր: Միջին միավորը եղել է 4.4 (ստանդարտ շեղումը՝ 0.70)՝ կանանց և 4.3 (ստանդարտ շեղումը՝ 0.77) տղամարդկանց համար ($p=0.01$, t -թեստ): Այս միավորները հավաստիորեն չեն տարբերվել ըստ մարզերի, բնակավայրի (քաղաք-գյուղ), տարիքային խմբերի կամ կրթական մակարդակների:

Հարցաթերթիկի՝ պատասխանողի կողմից ինքնուրույն լրացվող մասում, ներառվել է հարց այն մասին, թե արդյոք հարցվողը գիտի՞ իր բնակավայրում որևէ մեկին, ով թմրանյութեր է գործածում: Կին հարցվողների 3.7%-ը և տղամարդ հարցվողների 7.1%-ը դրականորեն է պատասխանել այդ հարցին (ըստ սեռերի տարբերությունը հավաստի է, $p=0.001$): Վիճակագրորեն հավաստի քաղաք-գյուղ տարբերություն կա այն կին հարցվողների միջև, ովքեր իրենց բնակավայրում գիտեն թմրանյութեր գործածող մարդու. քաղաքներում՝ 5.0%, գյուղերում՝ 2.5%, $p=0.001$: Ամենաբարձր կրթական մակարդակ ունեցող հարցվողները հավաստիորեն ավելի հաճախ (6.2%) են նշել նման մարդու ճանաչելու մասին, քան մյուսները: Ըստ մարզերի պատկերը հետևյալն է. իրենց բնակավայրում թմրանյութեր գործածողի ճանաչելու մասին դրականորեն պատասխանած հարցվածների ամենամեծ թիվը գրանցվել է Արարատի մարզում (8.5%), այնուհետև՝

Արմավիրում (5.7%) և Շիրակում (5.3%), իսկ ամենաքիչ թվով դրական պատասխաններ ստացվել են Արագածոտնի հարցվողների կողմից (0.5%), (գծապատկեր 33):

Կին հարցվածների 0.3%-ը և տղամարդ հարցվածների 0.5%-ը նշել են, որ իրենց ընտանիքում կա թմրանյութեր օգտագործող, իսկ կանանց 0.6%-ը և տղամարդկանց 1.1%-ը նշել են, որ վստահ չեն (ըստ սեռերի և այլ խմբերի հավաստի տարբերություններ չեն դիտարկվել):

Գծապատկեր 33. Իրենց բնակավայրում թմրանյութեր օգտագործող անձնավորություն ճանաչող կին հարցվողների մասնաբաժինը, (%)



Մոտեցումներն առողջ ապրելակերպին

Հարցաթերթիկի՝ պատասխանողի կողմից ինքնուրույն լրացվող մասը, ներառել է վեց պնդումներ, որոնց միջոցով գնահատվել է հարցվողների մոտեցումը առողջ ապրելակերպին և առողջությունը բարելավելու վարքագծին: Յուրաքանչյուր պնդման վերաբերյալ հարցվողների մոտեցումը գնահատելու համար օգտագործվել է Լիկերտի հնգաստիճան սանդղակը («ամենևին համաձայն չեմ»-ից մինչև «լիովին համաձայն եմ»): Աղյուսակ 36-ում ներկայացված են այն կին և տղամարդ հարցվողների մասնաբաժինները, ովքեր համաձայնել են տվյալ պնդմանը:

Աղյուսակ 36. Պնդումների հետ համաձայն հարցվողների մասնաբաժինները

	Կին հարցվողներ		Տղամարդ հարցվողներ	
	%	n	%	n
Մարդկանց մեծ մասը կարող է բարելավել իր առողջությունը՝ փոխելով ապրելակերպը և վարքագիծը:	84.8	2203	83.9	436
Իմ առողջությունը կախված է նրանից, թե որքանով լավ ես կհետևեմ ինձ:	88.2	2176	86.3	436
Կարծում եմ, որ առողջ լինելը նախ և առաջ բախտի բան է:	39.9	2191	44.0	432
Սովորաբար ավելի լավ է զբաղվել ինքնաբուժմամբ, քան դիմել բժշկի:	64.1	2148	55.3	432
Բժշկի դիմելու փոխարեն ավելի լավ է միանգամից դեղորայք գնել դեղատնից:	78.7	2175	73.4	433
Բժիշկները կարող են օգնել ինձ՝ պահպանելու առողջությունս և լուծելու առողջական խնդիրներս:	82.9	2207	79.9	434

Թեև թե՛ կին, թե՛ տղամարդ հարցվողների դրսևորած մոտեցումն ընդհանուր առմամբ դրական է, շատերը (կանանց 35.9%-ը և տղամարդկանց 44.7%-ը) շարունակում են որոշ չափով ապավինել ինքնաբուժմանը, իսկ մեծամասնությունը (կանանց 60.1%-ը և տղամարդկանց 56.0%-ը) կարծում են, որ առողջ լինելը նախ և առաջ բախտի բան է:

Արտահայտված կարծիքներն ավելի ամփոփ գնահատելու և հետազոտված տարբեր խմբերի միջև համեմատություններ կատարելու համար հաշվարկվել է վերոհիշյալ վեց հարցերի վրա հիմնված գումարային միավոր՝ 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ հարցերի պատասխանները հակադարձ կողավորելուց հետո: Հաշվարկը կատարվել է մյուս գումարային միավորները հաշվարկելիս կիրառված վերը նկարագրված եղանակով: Ուստի, գումարային մեկ միավորը նշանակել է նվազագույն դրական, իսկ հինգ միավորը՝ առավելագույն դրական մոտեցում:

Առողջ ապրելակերպի նկատմամբ մոտեցման միջին միավորը, թեև մի փոքր, սակայն հավաստիորեն բարձր է եղել կանանց, քան տղամարդկանց շրջանում (3.80 և 3.74, $p=0.04$): Այս միավորի առումով չեն դիտարկվել քաղաք-գյուղ տարբերություններ ինչպես կանանց, այնպես էլ՝ տղամարդկանց մոտ: Տղամարդ հարցվածների միջին

միավորը հավաստիորեն չի տարբերվել ըստ մարզերի, բարեկեցության քվինտիլի, կրթական մակարդակի կամ տարիքային խմբի: Ի տարբերություն սրա, հավաստի տարբերություններ են դիտարկվել կանանց միավորներում՝ բոլոր նշված խմբերում (աղյուսակ 37): Միջին միավորն ամենաբարձրն է եղել Երևանում (3.98), այնուհետև՝ Արմավիրում (3.90), իսկ ամենացածրը՝ Շիրակի (3.69) և Լոռու (3.71) մարզերում:

Աղյուսակ 37. Առողջ ապրելակերպի նկատմամբ կին հարցվողների մոտեցման միջին միավորն ըստ մարզերի, բնակավայրի, բարեկեցության քվինտիլի, կրթական մակարդակի և տարիքի

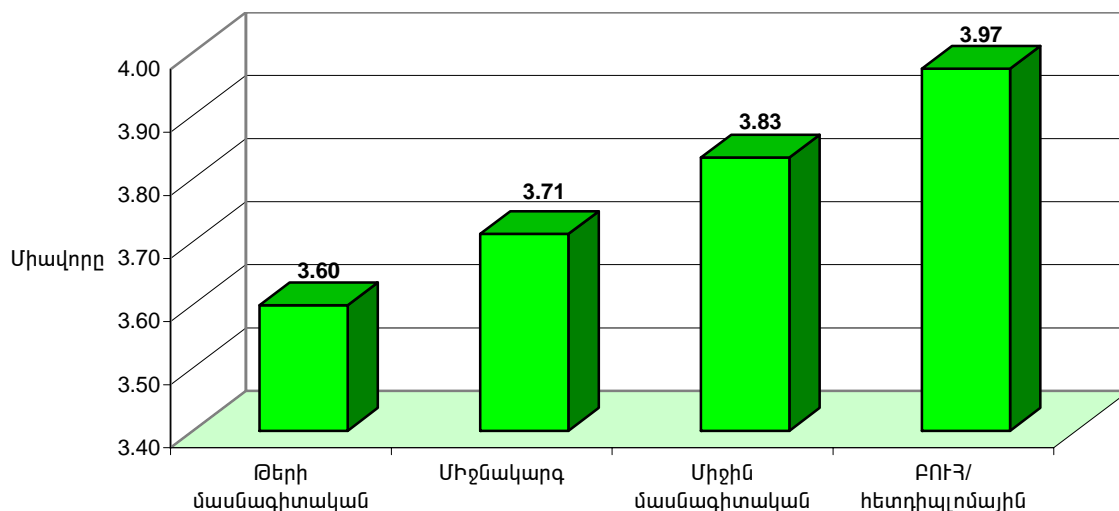
	Միջին	Ստանդարտ			
		Թիվ	շեղում	Նվազագույն	Առավելագույն
<u>Մարզ</u>	*				
Երևան	3.98	193	0.52	2.33	5.00
Արագածոտն	3.84	181	0.50	2.33	5.00
Արարատ	3.83	198	0.54	2.50	5.00
Արմավիր	3.90	171	0.52	2.67	5.00
Գեղարքունիք	3.75	190	0.51	2.17	5.00
Լոռի	3.71	193	0.56	2.17	5.00
Կոտայք	3.78	197	0.50	2.33	5.00
Շիրակ	3.69	194	0.53	2.00	4.83
Սյունիք	3.79	194	0.47	2.67	5.00
Վայոց Ձոր	3.74	182	0.57	2.00	5.00
Տավուշ	3.74	192	0.50	2.33	5.00
<u>Բարեկեցության քվինտիլ*</u>	*				
ԲՄ_0-5	3.68	389	0.55	2.00	5.00
ԲՄ_5.5-7.5	3.75	404	0.50	2.00	5.00
ԲՄ_8-10	3.75	439	0.52	2.17	5.00
ԲՄ_10.5-13	3.84	429	0.51	2.33	5.00
ԲՄ_13.5 և բարձր	3.94	424	0.52	2.00	5.00
<u>Բնակավայր</u>					
Քաղաք	3.81	1026	0.53	2.00	5.00
Գյուղ	3.78	1059	0.52	2.00	5.00
<u>Կրթական մակարդակ</u>	*				
Թերի միջնակարգ	3.60	177	0.52	2.00	5.00
Միջնակարգ	3.71	784	0.51	2.00	5.00
Միջին մասնագիտ. (10-13 տ.)	3.83	729	0.51	2.17	5.00
ԲՈՒՅ/հետդիպլոմային	3.97	372	0.52	2.17	5.00

	Ստանդարտ				
	Միջին	Թիվ	շեղում	Նվազագույն	Առավելագույն
Տարիքային խումբ	*				
18-30	3.84	622	0.51	2.00	5.00
31-40	3.77	508	0.50	2.00	5.00
41-50	3.81	432	0.54	2.33	5.00
51-60	3.86	261	0.54	2.00	5.00
>=61	3.64	262	0.53	2.00	5.00
Ընդամենը	3.79	2085	0.53	2.00	5.00

* Տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են, $p < 0.05$

Առողջ ապրելակերպի նկատմամբ մոտեցման միջին միավորը դրական առնչության մեջ է բարեկեցության քվինտիլների և կրթական մակարդակների հետ (գծապատկեր 34):

Գծապատկեր 34. Առողջ ապրելակերպի նկատմամբ կին հարցվողների արտահայտած մոտեցման միավորն ըստ կրթական մակարդակի



Տարիքային խմբերը նույնպես տարասեռ են այս միավորի առումով: Այսպես, ամենաբարձր տարիքային խումբը հավաքել է ամենացածր միավորը (3.64), հնարավոր է՝ այս խմբում ցածր կրթական մակարդակ ունեցող մարդկանց զգալի մասնաբաժնի պատճառով:

Հարցվողներին առաջարկվել է գնահատել, թե մի շարք վարվելակերպեր որքանով են կարևոր առողջությունը բարելավելու համար: Թե՛ կին, թե՛ տղամարդ հարցվողների պատասխանների արդյունքներն ամփոփված են աղյուսակ 38-ում: Երկու սեռի հարցվածներն էլ առաջարկվող հինգ վարվելակերպերից ամենից անկարևոր են համարել

«կանոնավոր բժշկին կամ բուժքրոջն այցելելը»: Ամենից կարևորը նրանք համարել են «մրգերով և բանջարեղենով հարուստ սննդով սնվելը»: Ընդհանրապես, տղամարդ հարցվողներն ավելի թերահավատորեն են վերաբերվել առողջությունը բարելավելու համար «չծխելու» և «ալկոհոլային խմիչքների օգտագործումը սահմանափակելու» կարևորությանը: Նրանց կարծիքով, առողջ մնալու համար «ակտիվ կյանք վարելը» կարևորությամբ երկրորդն է՝ «մրգերով և բանջարեղենով հարուստ սննդով սնվելուց» հետո: Ի տարբերություն սրան, կանայք կարևորությամբ երկրորդն են համարել «չծխելը», այնուհետև՝ «ալկոհոլային խմիչքների օգտագործումը սահմանափակելը» և, հետո միայն, «ակտիվ կյանք վարելը/ֆիզիկական վարժություններ կատարելը»:

Աղյուսակ 38. Կին և տղամարդ հարցվածների պատկերացումները մարդու առողջությունը բարելավելու համար որոշ վարվելակերպերի կարևորության մասին

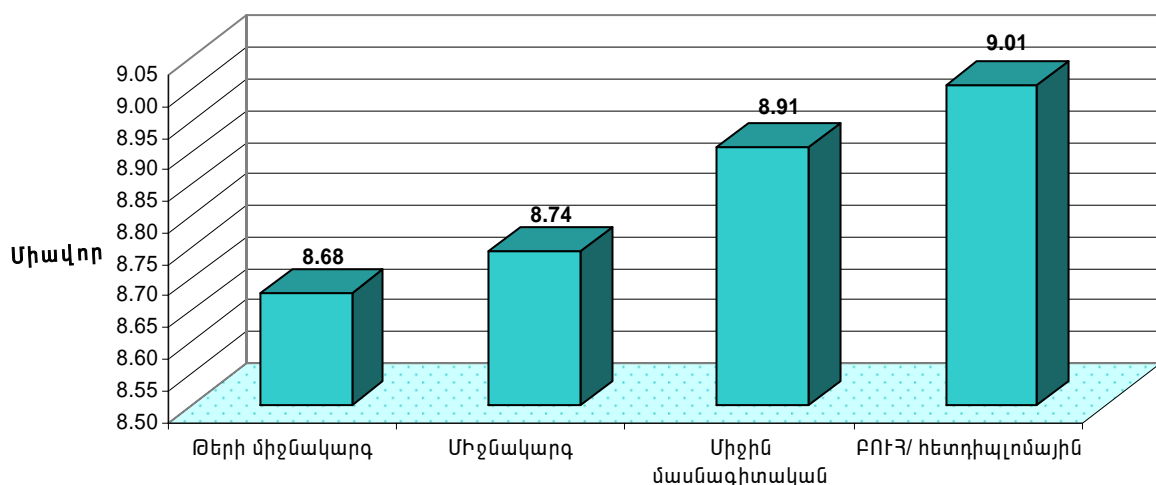
	Կարևոր չէ (%)		Որոշ չափով կարևոր է (%)		Շատ կարևոր է (%)	
	Կին	Տղամարդ	Կին	Տղամարդ	Կին	Տղամարդ
Կանոնավոր այցելել բժիշկին կամ բուժքրոջը:	4.0	9.2	28.1	31.7	67.9	59.2
Ակտիվ կյանք վարել (կատարել ֆիզիկական վարժություններ):	2.5	2.3	24.6	20.0	72.9	77.8
Սնվել բանջարեղենով և մրգերով հարուստ սննդով:	0.6	1.8	8.6	11.7	90.8	86.4
Չծխել	7.5	13.9	5.9	16.4	86.6	69.6
Սահմանափակել ալկոհոլի օգտագործումը	3.5	8.4	12.6	31.1	83.9	60.5

Առողջ վարքագծի կարևորության մասին պատկերացումների գումարային միավորը հաշվարկվել է այս հինգ հարցերի հիման վրա՝ զրոյական արժեք տալով յուրաքանչյուր հարցին տված «կարևոր չէ» պատասխանին, մեկ՝ «որոշ չափով կարևոր է» և երկու՝ «շատ կարևոր է» պատասխանին, և գումարելով պատասխանների արժեքները: Արդյունքում, գումարային միավորը տատանվել է 0-ից 10 սահմաններում, որտեղ 10-ն արտացոլում է ամենանպաստավոր, իսկ 0-ն՝ ամենից պակաս նպաստավոր պատկերացումը: Կանանց միջին գումարային միավորը կազմել է 8.85 (ստանդարտ շեղումը՝ 1.50) և տատանվել 3-10 միջակայքում, իսկ տղամարդկանցը՝ 8.20 (ստանդարտ շեղումը՝ 1.84) և տատանվել 0-10 միջակայքում: Սեռերի միջև տարբերությունը եղել է վիճակագրորեն հավաստի (0.000, t-

թեստ) և վկայել, որ կանայք, ընդհանրապես, ավելի են հակված հավատալու, որ որոշակի վարվելակերպերի միջոցով կարելի է բարելավել առողջությունը:

Երկու սեռերի համար էլ առողջ վարվելակերպերի կարևորության մասին պատկերացումների միջին գումարային միավորները համեմատվել են ըստ մարզերի, բնակավայրի, բարեկեցության քվինտիլի, տարիքային խմբի և կրթական մակարդակի: Տղամարդկանց պարագայում հավաստի տարբերություններ են հայտնաբերվել ըստ բնակավայրի և ըստ մարզերի: Այսպես. միավորն ավելի բարձր է եղել գյուղական, քան քաղաքային բնակավայրերում (քաղաքում՝ 7.99, գյուղում՝ 8.41, $p=0.02$): Ըստ մարզերի պատկերը եղել է հետևյալը. Արարատի մարզը հավաստիորեն տարբերվել է Երևանից (ամենաբարձր՝ 9.15, միավորը գրանցվել է Արարատում, իսկ ամենացածր՝ 7.29, միավորը՝ Երևանում, $p=0.008$): Կանանց շրջանում առողջ վարքագծի կարևորության վերաբերյալ պատկերացումների գումարային միավորը չի տարբերվել ըստ քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի, տարիքային խմբերի կամ բարեկեցության քվինտիլների: Ըստ մարզերի պատկերը կրկին եղել է տարասեռ: Արարատում գրանցվել է ամենաբարձր միավորը (9.12), որը հավաստիորեն տարբերվել է Լոռու մարզում գրանցված ամենացածր միավորից (8.57): Հավաստի ուղիղ համեմատական առնչություն է դիտարկվել ըստ կրթական մակարդակի. որքան բարձր է եղել վերջինս, այնքան բարձր միջին միավոր է գրանցվել (գծապատկեր 35):

Գծապատկեր 35. Առողջ վարքագծի միջոցով առողջությունը բարելավելու մասին պատկերացումների միջին գումարային միավորներն ըստ կրթական մակարդակի



5. ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ

Հանրապետության ողջ տարածքում իրականացված ընտանիքների այս առողջապահական հետազոտությունն ուսումնասիրել է ՀՀ բոլոր մարզերի և Երևանի ազգաբնակչության առողջապահական բնութագրիչները՝ ստեղծելու համար տվյալների Ելակետային բազա, որը հիմք կհանդիսանա ծրագրի ազդեցության հետագա գնահատման համար: Այս բնութագրիչները ներառում են յուրաքանչյուր մարզի բնակչության նյութական վիճակը և բարեկեցության աստիճանը, կյանքի որակը, առողջապահական վարքագիծը և մոտեցումները, իրազեկվածությունը առողջապահական հարցերի վերաբերյալ (հատկապես՝ ԱԱՊԲ ծրագրի կողմից տարածվող տեղեկությունների), ինչպես նաև՝ ԱԱՊ ծառայությունների մատչելիությունը և օգտագործումը:

Սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրիչներ

Ըստ ստացված տվյալների, հետազոտված ընտանիքների անդամների միջին թիվը եղել է 4.7 (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 4.5), իսկ ընտանիքում ապրող երեխաներինը՝ 1.4 (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 1.3): Ինչպես և ակնկալվում էր, գյուղական բնակավայրերում ընտանիքի անդամների միջին թիվը եղել է ավելի մեծ, քան քաղաքային բնակավայրերում: Բացի այդ, գյուղական բնակավայրերում հարցվածների միջին տարիքն ավելի ցածր է եղել (40.3, իսկ քաղաքայինում՝ 42.7): Վերոնշյալ բնութագրիչները հավաստիորեն տարբերվել են նաև ըստ մարզերի: Այսպես. Գեղարքունիքում հարցվածների միջին տարիքը եղել է ամենափոքրը, իսկ երեխաների միջին թիվն ընտանիքում՝ ամենամեծը, ի հակադրություն Երևանի, որտեղ հարցվածները եղել են «ամենատարեցը», իսկ երեխաների միջին թիվն ընտանիքում՝ ամենափոքրը:

Բարձրագույն կրթություն ունեցել է ընտրանքի 17%-ը, մինչդեռ մեծամասնությունն (74.1%-ը) ունեցել է միջնակարգ կամ միջին մասնագիտական կրթություն: Հարցվածների կրթական մակարդակը տարբերվել է քաղաքային և գյուղական բնակավայրերում (վերջիններում եղել է հավաստիորեն ցածր): Բարձրագույն կրթությամբ հարցվողների ամենամեծ մասնաբաժինները գրանցվել են Երևանում և Շիրակի մարզում:

Հարցվածների զբաղվածության աստիճանը ևս տարբերվել է ըստ բնակավայրի: Աշխատանք ունեցողների ավելի մեծ մասնաբաժին է գրանցվել քաղաքային բնակավայրերում (քաղաքում՝ 17.5%, գյուղում՝ 13.0%): Հետազոտված ընտանիքների 37%-ը չի ունեցել աշխատող անդամներ: Որոշ մարզերում (Տավուշ, Գեղարքունիք) աշխատող չի եղել ընտանիքների գրեթե կեսում: Զբաղվածության ամենացածր տոկոսը դիտարկվել է Կոտայքում և Արարատում:

Ըստ բարեկեցության կատեգորիաների, հետազոտված ընտանիքների գրեթե երեք չորրորդն ունեցել է միջինից ցածր կենսամակարդակ և միայն մեկ հինգերորդի

Կենսամակարդակն է եղել միջինից բարձր: Ընդհանուր առմամբ, քաղաքային բնակավայրերում ընտանիքներն ավելի բարեկեցիկ են եղել, քան՝ գյուղական: Երևանում և Արմավիրում ընտանիքները տնտեսապես ավելի լավ վիճակում են եղել, իսկ Արարատում, Գեղարքունիքում, Վայոց Ձորում և Տավուշում՝ համեմատաբար ավելի վատ: Հետազոտված ընտանիքների գրեթե մեկ հինգերորդի ծախսերը հարցմանը նախորդող ամսվա ընթացքում կազմել են 25000 դրամից ոչ ավելի: Չնայած դրան, հարցվածների կարծիքով, անցած մեկ տարվա ընթացքում ընտանիքների տնտեսական վիճակի վատթարացման որևէ հստակ միտում չի նկատվել:

Առողջական վիճակի գնահատում

Հարցվածների ավելի քան 60%-ն իրենց առողջությունը գնահատել է որպես «բավարար» կամ «վատ»: Այս բացասական գնահատականները հատկապես տարածված են եղել Վայոց Ձորի և Կոտայքի մարզերի հարցվածների շրջանում: Կին և տղամարդ հարցվածների առողջական վիճակի փոփոխությունն, ըստ իրենց, ավելի հաճախ բացասական միտում է դրսևորել: Առողջական վիճակի փոփոխության դրական միտումը գերակշռել է ընտանիքների երեխաների շրջանում: Հստակ դրական առնչություն է դիտարկվել իրենց և երեխաների առողջական վիճակի և դրա փոփոխության մասին հարցվածների պատկերացումների և տվյալ ընտանիքի բարեկեցության քվինտիլի միջև: Որքան բարձր է եղել ընտանիքի բարեկեցության մակարդակը, այնքան ավելի լավատեսորեն են հարցվածները գնահատել իրենց և երեխաների առողջական վիճակն ու դրանում տեղի ունեցած փոփոխությունները վերջին տարվա ընթացքում:

Ընտանիքի երեխաների մոտ անցած երեսուն օրվա ընթացքում ի հայտ եկած հիվանդության նշաններից առավել հաճախ նշվել են մրսածությունը/գրիպը, հազը, բարձր ջերմությունը, անգինան և փորլուծությունը: Հստակ առնչություն է դիտարկվել կին հարցվողների կրթական մակարդակի և երեխաների մոտ փորլուծության և բարձր ջերմության հաղորդված դեպքերի հաճախականության միջև: Ցածր կրթական մակարդակ ունեցող հարցվողներն ավելի հաճախ են նշել այս հիվանդությունների առկայությունն իրենց ընտանիքի երեխաների մոտ: Հարցվածների մեծամասնությունը (85.9%) նշել է, որ իրենց ընտանիքի երեխաները չունեն որևէ քրոնիկ հիվանդություն: Երեխաների մոտ ամենից հաճախ նշված քրոնիկ հիվանդությունը եղել է տեսողության խանգարումը (4.5%):

Սուր հիվանդությունների դեպքերի միջին տարեկան թիվը կին հարցվածների մոտ եղել է մոտավորապես 4.3, տղամարդկանց մոտ՝ 6.2 (կշռված հանրապետական ցուցանիշները կազմել են 3.8 և 7.1՝ համապատասխանաբար): Սուր հիվանդությունների դեպքերի միջին թիվը կին հարցվածների շրջանում հավաստիորեն տարբերվել է ըստ մարզերի. ամենաբարձր թիվը դիտարկվել է Վայոց Ձորում և Արագածոտնում: Սուր

հիվանդությունների դեպքերն ավելի հաճախ են եղել գյուղական վայրերում, հատկապես՝ ամենացածր կրթական մակարդակով և բարեկեցության քվինտիլով հարցվողների շրջանում:

Քրոնիկ հիվանդություններից ավելի հաճախ նշվել են տեսողության խանգարումները (կանանց և տղամարդկանց 22.4%-ի կողմից; կշռված հանրապետական ցուցանիշները, համապատասխանաբար՝ 25.7% և 24.1%), որին հետևել են հոդերի կամ ոսկրերի հիվանդությունները: Երկու սեռերի հարցվածների կողմից համեմատաբար հաճախ նշված մյուս քրոնիկ հիվանդություններից են զարկերակային գերճնշումը, ստամոքսի և աղիքների հիվանդությունները և սրտային հիվանդությունները: Պատկերն ըստ մարզերի տարասեռ է եղել տարբեր քրոնիկ հիվանդությունների տարածվածության առումով: Այսպես, ստամոքսի և աղիքների հիվանդություններն ավելի հաճախ նշվել են Վայոց Ձորի, Երիկամների հիվանդությունները՝ Գեղարքունիքի, հոդերի/ոսկրերի հիվանդությունները՝ Կոտայքի և Արագածոտնի, իսկ տեսողության խնդիրները՝ Երևանի հարցվողների կողմից:

Սակավաթիվ կանայք են նշել անցած տասներկու ամիսների ընթացքում իրենց ընտանիքում պատահած վնասվածքի, թունավորման կամ վթարի դեպքերի մասին (8.6%; ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշի՝ 7.7%): Վնասվածքների ավելի հաճախ նշված պատճառներն են եղել վայր ընկնելը, այնուհետև՝ թունավորումը/գերդոզավորումը, կտրված կամ խոցված վերքերը և այրվածքները:

Իրազեկվածությունը ազատ հավաքագրման և ընտանեկան բժշկության մասին

Հարցվածների միայն 9%-ն է ծանոթ եղել ազատ հավաքագրման (ԱՀ) գաղափարին (10.6%-ն՝ ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշի): Նրանց մեծ մասը լսել են ԱՀ մասին հանրապետական զանգվածային լրատվամիջոցներից և բուժաշխատողներից: Տեղական լրատվամիջոցներն ու հարևանները, ընկերները, բարեկամները ևս նշվել են որոշ հարցվածների կողմից որպես տեղեկատվության աղբյուր: 107 հոգի նշել են, որ հավաքագրվել են և որ դա հեշտ գործընթաց է եղել իրենց բոլորի համար: ԱՀ մասին տեղեկացվածների, ինչպես նաև՝ հավաքագրվածների մասնաբաժինները հավաստիորեն տարբերվել են ըստ հարցվածների տարբեր խմբերի: Ինչպես և ակնկալվում էր, ԱՀ մասին տեղեկացված մարդկանց մեծ մասը ԱԱՊԲ ծրագրի թիրախային մարզերի՝ Լոռու, Շիրակի և Երևանի բնակիչներն են եղել: Քաղաքաբնակների, ավելի բարձր կրթական մակարդակ ունեցող և ավելի բարեկեցիկ կյանքով ապրող հարցվածների շրջանում ԱՀ մասին իրազեկվածության աստիճանն ավելի բարձր է եղել:

Ի տարբերություն ԱՀ, ընտանեկան բժշկության գաղափարին ծանոթ են եղել շատերը (62.7%-ը; ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշի՝ 67.8%-ը): Դարձյալ,

հարցվածների մեծ մասը ԸԲ մասին լսել են հանրապետական զանգվածային լրատվամիջոցներից և բուժաշխատողներից: Տեղական լրատվամիջոցներն ու հարևանները, ընկերները կամ բարեկամները նշվել են համեմատաբար հազվադեպ: Ինչևէ, ԸԲ մասին տեղյակ հարցվածների գրեթե կեսը համարել են, որ դա ավելի թանկ բուժսպասարկում է: 116 հարցված անցած մեկ տարվա ընթացքում բուժօգնություն է ստացել ընտանեկան բժշկից: Նրանց գերակշռող մեծամասնությունը որակել է այդ բուժօգնությունը որպես շատ լավ կամ լավ: Միայն տասը մարդ է դժգոհություն արտահայտել, օրինակ, որ բժիշկը չի կարողացել ախտորոշել հիվանդությունը (3 դեպք) կամ չի կարողացել այն բուժել (3 դեպք): ԸԲ մասին տեղյակ հարցվածների մեծ մասի (63.9%) կարծիքով ԸԲ հարմար է Հայաստանի համար: Հակառակ կարծիք ունեցողներն իրենց տեսակետը բացատրել են նրանով, որ ԸԲ ավելի թանկարժեք բուժօգնություն է, ընտանեկան բժիշկները լավ վերապատրաստված չեն կամ որ նրանք զիջում են նեղ մասնագետներին իրենց որակավորմամբ: Հարցվածներից ոմանք պարզապես նախընտրել են պոլիկլինիկական բուժօգնության հին համակարգը:

Քաղաքաբնակները գյուղաբնակներից ավելի իրազեկված են եղել ԸԲ մասին, սակայն ավելի քիչ են հակված եղել այն կարծիքին, որ ԸԲ հարմար է Հայաստանին: Բացի այդ, ավելի կրթված և բարեկեցիկ հարցվածներն ավելի լավ են տեղեկացված եղել ԸԲ մասին և ավելի հաճախ են համարել, որ ԸԲ հարմար է Հայաստանի համար: ԸԲ մասին իրազեկվածության աստիճանն ամենացածրն է եղել ամենաերիտասարդ և ամենատարեց հարցվողների շրջանում: ԸԲ մասին դրական կարծիքը նվազել է հարցվածների տարիքի աճին զուգընթաց:

Անվճար բուժսպասարկում

Հարցվածների շուրջ 81.5%-ը լսել է Հայաստանի բոլոր բնակիչների համար անվճար մատուցվող ԱԱՊ ծառայությունների մասին: Որպես այս մասին տեղեկատվության աղբյուր առավել հաճախ նշվել են հանրապետական լրատվամիջոցները, բուժաշխատողները, հարևանները, ընկերները կամ բարեկամները: Անվճար ԱԱՊ ծառայությունների մասին տեղյակ հարցվածների ավելի քան կեսն օգտվել են դրանցից: Սակայն նրանց 28.8%-ի համար այդ ծառայություններն իրականում անվճար չեն եղել: Որպես վերջինիս պատճառ, ավելի հաճախ նշվել է հետևյալը. «բժիշկն ասաց, որ ծառայությունը/ քննությունը/ բուժումն անվճար չէ», «բժիշկը խնդրեց, որ վճարենք», «բժիշկը նշանակեց դեղորայք, որն անվճար չէր տրամադրվում», «վճարել պահանջեց բուժքույրը կամ այլ բուժաշխատող»: Ավելի կրթված կանայք ավելի իրազեկ են եղել անվճար ԱԱՊ ծառայությունների մասին և ավելի հաճախ են դիմել այդ ծառայություններին՝ վերջիններիս անվճար դառնալուց հետո: 61 և բարձր տարիքի

կանանց շրջանում անվճար ԱԱՊ ծառայությունների մասին իրազեկվածության աստիճանն ավելի ցածր է եղել:

Համայնքի ներգրավումը

Հարցվածների միայն 6.8% է (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 5.2%) մասնակցել համայնքի կողմից կազմակերպված առողջապահական միջոցառման: Սակայն չմասնակցածների մեծ մասը (84.8%-ը) նշել է, որ մտադիր է հետագայում մասնակցել նմանատիպ միջոցառումների: Լոռու և Սյունիքի մարզերի բնակչությունն առավել ակտիվորեն է մասնակցել այդպիսի միջոցառումների (11.0%-ը՝ յուրաքանչյուր մարզում), մինչդեռ Երևանում գրանցվել է ամենացածր մասնակցությունը (4 մարդ): Ընդհանրապես, գյուղաբնակների համեմատությամբ, քաղաքաբնակներն ավելի քիչ են հակված եղել հետագայում մասնակցելու համայնքի կողմից կազմակերպված առողջապահական միջոցառումների: Ավելի ցածր կրթական մակարդակ ունեցող կանայք ևս հավաստիորեն ավելի քիչ հետաքրքրություն են ցուցաբերել հետագայում նման հանդիպումների մասնակցելու, քան ավելի բարձր կրթական մակարդակ ունեցողները:

Առաջնային բուժօգնության մատչելիությունը

Հարցվողների շուրջ 26%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 27.9%) անցած երկու ամիսներին չի այցելել ԱԱՊ հաստատություն՝ նույնիսկ դրա անհրաժեշտության դեպքում: Պոլիկլինիկա/ամբուլատորիա չայցելելու առավել հաճախ նշված պատճառներից են դրամի բացակայությունը կամ բուժօգնություն թանկ լինելը (49.7%), ժամանակի պակասը (10.8%), բուժհաստատությունում որակյալ մասնագետների բացակայությունը (9.2%) և իրենց ԱԱՊ բուժաշխատողներին չվստահելը (7.5%): Բոլոր հարցվածների շուրջ 22%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 26.0%) երբևէ չի օգտվել ԱԱՊ ծառայություններից: ԱԱՊ ծառայություններից օգտվածների 71.6%-ը նշել է, որ ստիպված է եղել սպասել բժշկին ոչ ավելի, քան 15 րոպե: Հարցվողների ճնշող մեծամասնության կարծիքով, իրենց այցելած ԱԱՊ բուժհաստատության բժիշկներն ու անձնակազմը բարեհամբույր և հարգալից են եղել իրենց հանդեպ:

Կյանքի որակը

Կին հարցվածների շուրջ երկու երրորդը (63.9%-ը, կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 64.1%) և տղամարդկանց ավելի քան կեսը (50.8%-ը, կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 48.2%) նշել են, որ առողջական խնդիրների պատճառով դժվարանում են կատարել ֆիզիկական մեծ լարում պահանջող գործողություններ (օրինակ՝ վազել), իսկ կանանց 17.4%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 15.7%) և տղամարդկանց 13.6%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 12.0%) նշել են, որ

դժվարանում են նույնիսկ ինքնուրույն լողանալ կամ հագնվել: Առողջության պատճառով իրենց առօրյա գործերում սահմանափակումներ ունեցող կանանց թիվն ամենամեծն է եղել Վայոց Ձորի մարզում: Թե՛ քրոնիկ հիվանդություններ, թե՛ առողջության պատճառով իրենց առօրյա գործողություններում սահմանափակումներ ունեցողներ ավելի շատ եղել են անապահով ընտանիքներում:

Սեփական առողջությունից և կյանքից բավարարվածությունը, ըստ բավարարվածության միջին միավորի, կազմել է 56.8 կանանց շրջանում (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 57.5) և 57.5՝ տղամարդկանց (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 59.8)՝ 100 հնարավորից: Բավարարվածության ամենացածր ցուցանիշները գրանցվել են «ընտանիքի եկամուտից», «օրգանիզմի առողջական վիճակից» և «ազատ ժամանցի և հանգստի կազմակերպումից»: Բավարարվածության միջին միավորները հակադարձ համեմատական են եղել տարիքին և ուղիղ համեմատական՝ ընտանիքի բարեկեցության քվինտիլին: Միջին միավորների առումով պատկերը մարզերում եղել է տարասեռ. ամենացածր միավորները դիտարկվել են Վայոց Ձորում (45.9) և Տավուշում (51.1): Կին և տղամարդ հարցվածների միջև միակ հավաստի տարբերությունը եղել է սեռական կյանքից բավարարվածության առումով. տղամարդիկ ավելի հաճախ են բավարարված եղել իրենց սեռական կյանքով, քան կանայք:

Դեպրեսիա

Կին հարցվածների գրեթե կեսը (49.6%) և տղամարդկանց ավելի քան մեկ երրորդը (37.8%) ունեցել են հնարավոր կամ հավանական դեպրեսիա (ըստ կշռված հանրապետական ցուցանիշների՝ համապատասխանաբար 48.1%-ը և 30.9%-ը): Հավանական դեպրեսիայի տարածվածությունը հավաստիորեն ավելի բարձր է եղել կանանց (30.4%; կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 30.1%), քան տղամարդկանց շրջանում (18.5%; կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 13.9%): Դեպրեսիայի միջին միավորն ավելի քան երկու անգամ բարձր է եղել կին հարցվածների մոտ՝ ԱՄՆ-ի ազգաբնակչության շրջանում դիտարկված միավորի համեմատությամբ: Կանանց շրջանում հավանական դեպրեսիան առավել տարածված է եղել Վայոց Ձորի, Սյունիքի և Շիրակի մարզերում: Երկու սեռերի մոտ էլ դեպրեսիայի միջին միավորները դրական առնչություն են ունեցել տարիքի հետ և բացասական առնչություն՝ ընտանիքի բարեկեցության քվինտիլի հետ:

Կենսակերպ և առողջություն

Երբևէ ծխելու փորձ կատարել է հարցված տղամարդկանց 83.8%-ը, իսկ 60.7%-ը հետազոտության անցկացման պահին եղել է ծխող (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝

64.1%): Տղամարդկանց շրջանում ծխողների մասնաբաժինն ամենամեծն է եղել միջին տարիքային խմբում և ամենափոքրը՝ բարձր տարիքային խմբում: Ծխող տղամարդիկ միջինում ծխել են օրական 22.8 գլանակ: Ծխելու տարածվածությունը կանանց շրջանում, ամենայն հավանականությամբ, թերի է ներկայացված: Կանանց 3.7%-ը նշել է, որ երբևէ ծխել է, իսկ 1.7%-ը՝ որ ծխում է ներկայումս (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 3.6%): Կանանց ծխած գլանակների օրական միջին թիվը եղել է 12.3: Կանանց շրջանում ծխողների թիվն ավելի մեծ է եղել քաղաքային բնակավայրերում, ավելի բարձր կրթություն ունեցողների և ավելի բարեկեցիկների շրջանում: Ըստ մարզերի համեմատելիս, ամենաբարձր ցուցանիշն արձանագրվել է Երևանում: Հետազոտությունը ցույց է տվել, որ չափահաս տղամարդկանց 61.6%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 61.4%) ծխում է: Ծխող չափահաս տղամարդկանց թիվն ամենամեծն է Արագածոտնի և ամենափոքրը՝ Լոռու մարզում: Թե՛ ծխող, թե՛ չծխող անդամներ ունեցող ընտանիքների 65.9%-ի բոլոր անդամները եղել են պասիվ ծխողներ: Ընդհանուր առմամբ, հետազոտված ընտանիքներում ապրողների 52.8%-ը եղել են ակտիվ (20.9%) կամ պասիվ (31.9%) ծխող:

Ընդհանրապես, կանայք դրսևորել են ավելի բացասական վերաբերմունքը ծխելու հանդեպ, քան՝ տղամարդիկ: Հարցվածներն ավելի հաճախ գիտակցել են ծխելու վնասակար լինելը, քան ծխելը սահմանափակելու կամ արգելելու անհրաժեշտությունը: Վերջինիս համեմատաբար ավելի մեծ կարևորություն են տվել Արարատի և Կոտայքի մարզերում, ավելի փոքր՝ Շիրակի և Լոռու մարզերում: Ծխելու վնասակարության գիտակցումն ավելի խորն է եղել քաղաքաբնակ, բարձր կրթական մակարդակ ունեցող և բարեկեցիկ կանանց շրջանում:

Ոգելից խմիչքների օգտագործումն ավելի տարածված է եղել տղամարդկանց, քան՝ կանանց շրջանում: Կանանց 4.4%-ը և տղամարդկանց 40.2%-ը (կշռված հանրապետական ցուցանիշները համապատասխանաբար կազմել են 3.7% և 39.3%) նշել են, որ ոգելից խմիչք օգտագործում են շաբաթական մեկ կամ ավելի անգամ: Երբևէ կյանքում գրեթե ամեն օր հինգ և ավելի բաժին որևէ տեսակի ոգելից խմիչք օգտագործող անդամ ունեցող ընտանիքների մասնաբաժինը կազմել է 12.7% (կշռված հանրապետական ցուցանիշը՝ 11.5%): Հարցված կանանց շրջանում այս մասնաբաժինը եղել է 2.8%, իսկ տղամարդկանց շրջանում՝ 27.2%: Գյուղական բնակավայրերում և որոշ մարզերում (Շիրակում՝ 17.1%, Սյունիքում՝ 16.7%, Գեղարքունիքում՝ 16.2%) այս մասնաբաժինը համեմատաբար ավելի մեծ է եղել: Հարցվածների մոտեցումն ալկոհոլին, որպես առողջությանը վնասող գործոնի, փոքր-ինչ, սակայն հավաստիորեն ավելի բացասական է եղել կանանց շրջանում, քան տղամարդկանց:

Հարցվածների փոքր մասը (կանանց 3.7%-ը և տղամարդկանց 7.1%-ը) նշել են, որ իրենց բնակավայրում ճանաչում են թմրանյութեր օգտագործող անձնավորության:

Այդպիսի անձնավորության ճանաչելու մասին համեմատաբար ավելի հաճախ են նշել քաղաքային բնակավայրերում ապրող ու ավելի բարձր կրթություն ունեցող կանայք: Թմրանյութ գործածող անձի ճանաչող կանանց մասնաբաժինն ամենաբարձրն է եղել Արարատի (8.5%) մարզում, այնուհետև՝ Արմավիրում (5.7%) և Շիրակում (5.3%), իսկ ամենացածրը՝ Արագածոտնի մարզում (0.5%): Կանանց 0.9%-ը և տղամարդկանց 1.6%-ը նշել է, որ իր ընտանիքի անդամների շրջանում հաստատ կամ հավանաբար կա թմրամոլ:

Մոտեցումն առողջ ապրելակերպին

Հարցվածների մեծ մասի (կանանց 60.1%-ի և տղամարդկանց 56.0%-ի) կարծիքով, առողջ լինելը ավելի բախտի բան է, քան որևէ այլ գործոնի արդյունք: Շատերը (կանանց 35.9%-ը և տղամարդկանց 44.7%-ը) դեռևս շարունակում են հույսը դնել ինքնաբուժման վրա: Առողջ ապրելակերպի հանդեպ մոտեցման միջին միավորը փոքր-ինչ ավելի բարձր է եղել կանանց շրջանում (3.8` 5 հնարավորից, կանանց մոտ և 3.74` տղամարդկանց): Այս միավորն ամենաբարձրն է եղել Երևանում և Արմավիրում ապրող կանանց շրջանում և դրական առնչություն է դրսևորել հարցվածների կրթական մակարդակի և բարեկեցության քվինտիլի հետ:

Երկու սեռերն էլ առողջության բարելավմանը նպաստող առաջարկված վարվելակերպերից ամենից շատ կարևորել են «բանջարեղենով և մրգերով հարուստ սնունդ օգտագործելը», իսկ ամենից քիչ՝ «բժշկին/բուժքրոջը կանոնավոր այցելելը»: Կանայք ավելի շատ են կարևորել «չծխելը» և «ալկոհոլային խմիչքների օգտագործումը սահմանափակելը», քան՝ տղամարդիկ:

Առողջ վարքագծի վերաբերյալ պատկերացումների գումարային միավորն ավելի բարձր է եղել հարցված կանանց շրջանում՝ տղամարդկանց համեմատությամբ (համապատասխանաբար՝ 8.85 և 8.20): Այս միավորն ամենից բարձրն է եղել Արարատի մարզում: Դարձյալ, դրական առնչություն է նկատվել այս միավորի և կանանց կրթական մակարդակի միջև:

Վաղ ախտորոշիչ և կանխարգելիչ ծառայություններից օգտվելը

Ներկայումս հանձնարարվող սկրինինգներից համեմատաբար բարձր է եղել զարկերակային ճնշման չափմանը ենթարկվողների մասնաբաժինը (սկրինինգի ենթակա կանանց 76.9%-ը), այնուհետև՝ աչքի հետազոտության ենթարկվողներինը (սկրինինգի ենթակա կանանց 37.6%-ը): Համապատասխան տարիքային խմբի կանանց միայն 15.3%-ն է ենթարկվել արգանդի վզիկի քերուկի ՊԱՊ հետազոտության և միայն 11.0%-ն է ստուգել խոլեսթերինի մակարդակն արյան մեջ: Շատ ցածր են եղել կրծքագեղձի կլինիկական հետազոտության (2.9%), մամոգրաֆիայի (4.3%) կամ կղանքում թաքնված արյան

հետազոտության (1.8%) ենթարկվողների մասնաբաժինները: Սկրինինգների տարածվածությունը տատանվել է ըստ մարզերի: Այսպես, զարկերակային ճնշման չափումն ավելի տարածված է եղել Լոռու (83.5%) և Կոտայքի (82.3%) մարզերում, ՊԱՊ քերուկի սկրինինգը՝ Կոտայքի (22.0%) և Արարատի (21.4%) մարզերում, աչքի հետազոտությունը՝ Երևանում (54.3%): Աչքի հետազոտությունն ու արյան մեջ խոլեսթերինի մակարդակի ստուգումն ավելի տարածված են եղել քաղաքային, քան գյուղական բնակավայրերում (համապատասխանաբար՝ 43.5% և 31.3%; 14.1% և 8.0%): Վերջին երկու սկրինինգներին և ՊԱՊ քննությանը ենթարկվողների մասնաբաժինները դրական առնչություն ունեն հարցվողների կրթական մակարդակի հետ:

Վերջին տասներկու ամիսների ընթացքում ԱԱՊ բուժիաստատություն կանխարգելիչ նպատակով այցելած անդամ ունեցող ընտանիքների թիվը կազմել է 12.8%: Այս ցուցանիշը ամենաբարձրն է եղել Երևանում (15.9%) և Կոտայքում (15.7%) և ամենացածրը՝ Շիրակում (8.6%): Հարցվողի բնակավայրը (քաղաքային կամ գյուղական), կրթական մակարդակը կամ բարեկեցության քվինտիլը որևէ առնչություն չեն ունեցել այս ցուցանիշի հետ:

Ըստ կին հարցվածների, հետազոտված ընտանիքների 1.5-ից 5 տարեկան երեխաների 92.1%-ը ստացել է բոլոր հանձնարարվող պատվաստումները: Անցած մեկ տարվա ընթացքում աչքի սկրինինգ անցած դպրոցահասակ երեխաների մասնաբաժինն ավելի ցածր է եղել՝ 39.7%, ավելի հաճախ այս սկրինինգին ենթարկվել են քաղաքաբնակ երեխաները (44.4%-ը՝ քաղաքներում, 36.3%-ը՝ գյուղերում):

Երկրորդային կանխարգելիչ միջոցառումներին հետևելու աստիճանը գնահատվել է այն կին հարցվածների շրջանում, ում մոտ ախտորոշվել է շաքարային դիաբետ, զարկերակային գերճնշում, ՍԻՀ, թոքերի քրոնիկ հիվանդություն կամ աչքի հիվանդություն: Շաքարային դիաբետով հիվանդների 19.2%-ը, գործող հանձնարարականի համաձայն, դիմել է ԱԱՊ բժշկին՝ ուղեղաթերի ստուգման համար, 55.8%-ը անցել է աչքի հետազոտություն, 9.6%-ը՝ կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն, իսկ 48.1%-ը՝ զարկերակային ճնշման չափում: Ջարկերակային գերճնշում ունեցողների 63.1%-ը կանոնավորապես օգտագործել է արյան ճնշումն իջեցնող դեղամիջոցներ, իսկ 41.5%-ը ստուգել է արյան ճնշումը՝ ինչպես ցուցված է: ՍԻՀ տառապողների 43.4%-ին նշանակվել է ցածր դեղաչափով ասպիրին՝ ամեն օր ընդունելու համար, 29.6%-ը օգտագործել է ասպիրինն այնպես, ինչպես նշանակված է, իսկ 44.7%-ը ստուգել է իր արյան ճնշումը՝ ինչպես ցուցված է: Թոքերի քրոնիկ հիվանդություն ունեցողների 56.7%-ն անցել է կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն անցած երեք տարվա ընթացքում, իսկ աչքի հիվանդություններ ունեցողների 65.2%-ն անցել է աչքի հետազոտություն նույն այդ ժամանակահատվածում:

6. ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Մարզերի միջև հավաստի տարբերություններ են դիտարկվել բնակչության կենսամակարդակի, առողջական վիճակի ինքնագնահատման և առողջապահական վարքագծերի/մոտեցումների առումով. ամենաանբարենպաստ իրավիճակը գրանցվել է Վայոց Ձորի և Շիրակի մարզերում: Չնայած այս տարասեռությանը, հետազոտությամբ վեր հանված առողջապահական հիմնախնդիրը շատ թե քիչ բնորոշ են ողջ երկրի համար:

Ազատ հավաքագրման մասին հանրային իրազեկման մակարդակը բավականին ցածր է եղել հանրապետության տարածքում, մինչդեռ ընտանեկան բժշկության մասին բնակիչներն ավելի տեղեկացված են եղել: Տեղեկացվածների մեծ մասը առողջապահական բարեփոխումների մասին տեղեկությունները ստացել է հանրապետական լրատվամիջոցներից և բուժաշխատողներից: Ոմանք տեղեկացել են տեղական լրատվամիջոցներից, ոմանք էլ՝ ընկերներից, հարևաններից կամ բարեկամներից: Ընդհանրապես, ընտանեկան բժշկության մասին պատկերացումները դրական են, թեև շատերը սխալ են հասկանում, թե ինչ է ընտանեկան բժշկությունը և, ակնհայտորեն, ավելի շատ տեղեկությունների և պարզաբանումների կարիք ունեն:

Ընդհանուր առմամբ, հարցվածները բավականին պասիվ մասնակցություն են ցուցաբերել համայնքային առողջապահական միջոցառումներին: Հարցման պահին նրանցից շատ քչերն էին մասնակցել այդպիսի միջոցառումների: Այնուամենայնիվ, շատերը պատրաստակամություն են հայտնել հետագայում մասնակցելու դրանց, ինչը խոստումնալից բացահայտում է:

Չնայած վերջին տարիներին առաջնային բուժսպասարկման ոլորտում կառավարության նախաձեռնած բոլոր բարեփոխումներին և բարելավումներին, հետազոտված բնակչության ավելի քան քառորդը չի այցելում ԱԱՊ բուժհաստատություն՝ նույնիսկ դրա անհրաժեշտության դեպքում: Հարցվածների կողմից նշված պատճառները վեր են հանում են այն մշտական խնդիրները և (սխալ) պատկերացումները, որոնք անցած տասնամյակի ընթացքում ծառայել են Հայաստանի ԱԱՊ ծառայությունների առջև և ներառում են բուժօգնության թանկ լինելը (չնայած անցմանը անվճար ԱԱՊ ծառայությունների), որակյալ բժիշկների բացակայությունը բուժհաստատությունում և բուժաշխատողների հանդեպ վստահության պակասը: Չնայած այս ամենին, ըստ հետազոտության տվյալների, ԱԱՊ ծառայություններից օգտվածների (ԱԱՊ հաստատության ընտանեկան բժշկի կամ այլ բուժաշխատողի դիմածների) մեծ մասը գոհ են ստացած բուժօգնությունից, բուժհաստատությունում սպասում են 15 րոպեից ոչ ավելի և ստանում են հարգալից վերաբերմունք: Հետազոտության տվյալներն այնքան

մանրակրկիտ չեն եղել, որպեսզի թույլ տան կատարել վերոհիշյալ արդյունքների ավելի խորը վերլուծություն կամ գնահատել ԱԱՊ բուժհաստատություններում տիրող իրական պատկերը:

Երկու սեռերի հարցվողների զուգահեռ մասնակցությունը հետազոտության ինքնուրույն լրացվող մասին բացահայտել է մի քանի բնութագրական տարբերություններ կանանց և տղամարդկանց միջև: Կանանց համեմատությամբ, տղամարդիկ եղել են ավելի քիչ ընկճված և իրենց առողջական վիճակի և առողջության պատճառով առօրյա գործողությունների սահմանափակման աստիճանի մասին արտահայտվել են փոքր-ինչ ավելի լավատեսորեն: Ընդհանուր առմամբ, նրանք ավելի թերահավատորեն են վերաբերվել առողջ ապրելակերպի կարևորությանը և, կանանց համեմատությամբ, ավելի հաճախ են վարել անառողջ կենսակերպ (ծխել, ոգելից խմիչքներ գործածել):

Մի քանի առնչություններ են դիտարկվել տեղեկացվածության և առողջապահական ցուցանիշների և հարցվողների սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրերի միջև, որոնցից առավել կայուն են եղել.

- Դրական առնչությունը ընտանիքի բարեկեցության քվինտիլի և հարցվողի կամ նրա ընտանիքի անդամների առողջական վիճակի/դրա փոփոխության մասին նրա լավատեսական ընկալման, ինչպես նաև՝ սեփական առողջությունից և կյանքից նրա բավարարվածության միջև,
- Բացասական առնչությունը ընտանիքի բարեկեցության քվինտիլի և հարցվողի կամ նրա ընտանիքի անդամների շրջանում սուր հիվանդությունների հաճախականության, ինչպես նաև՝ առողջական պատճառներով հարցվողի առօրյա գործողությունների սահմանափակման աստիճանի և նրա մոտ դեպրեսիայի առկայության միջև:
- Դրական առնչությունը հարցվողի կրթական մակարդակի և առողջ ապրելակերպի հանդեպ նրա դրսևորած ցանկալի մոտեցումների միջև, ներառյալ՝ մոտեցումները ծխախոտի և ալկոհոլի օգտագործմանը,
- Դրական առնչությունը հարցվողի կրթական մակարդակի, բարեկեցության քվինտիլի և ԸԲ մասին տեղեկացվածության և դրական մոտեցումների միջև,
- Դրական առնչությունը հարցվողի կրթական մակարդակի և ԱԱՊ հաստատության մատուցած անվճար ԱԱՊ ծառայություններին տեղյակ լինելու և դրանցից օգտվելու հաճախականության միջև,
- Դրական առնչությունը հարցվողի կրթական մակարդակի և համայնքի առողջապահական միջոցառումներին մասնակցելու նրա մտադրության միջև:

Առաջին երկու առնչությունները հաստատում են վաղուց արդեն արված այն դիտարկումը, որ ոչ միայն առողջությունն է հանգեցնում հարստության, այլև՝ հակառակը: Հայաստանի ազգաբնակչության առողջությունը բարելավելու ամենարդյունավետ եղանակներից մեկը նրանց նյութական վիճակի բարելավումն է: Հաջորդ առնչությունները վկայում են ազգաբնակչության շրջանում առողջ ապրելակերպի և վարքագծի հանդեպ դրական տրամադրվածության ստեղծման և մատուցվող ԱԱՊ ծառայությունների մասին նրանց իրազեկվածության աստիճանի բարձրացման գործում հանրային կրթության ունեցած ներուժի մասին: Ինչևէ, բարեկեցության քվինտիլի կամ կրթական մակարդակի և ԱԱՊ ծառայությունների փաստացի սպառման միջև առնչության բացակայությունը վկայում է այն մասին, որ ԱԱՊ ծառայությունների անբավարար սպառման խնդիրը չի կարող լուծվել պարզապես հանրային կրթության և ԱԱՊ ծառայությունների մատչելիության բարձրացման միջոցով: ԱԱՊ ծառայություններն ու բժիշկներին զորացնելու այլ միջոցառումներ են անհրաժեշտ այդ խնդիրը լուծելու համար:

Ըստ հետազոտության արդյունքների, հանրապետությունում ողջ տարածքում անհապաղ ուշադրություն և լուծում պահանջող հիմնական խնդիրներն են.

- ԱԱՊ ծառայությունների ցածր սպառում հիվանդությունների թե՛ առաջնային, թե՛ երկրորդային կանխարգելման նպատակով,
- առողջապահության ոլորտի բարեփոխումների և դրանց նշանակության մասին գիտելիքների պակաս,
- համայնքների անբավարար ներգրավում առողջապահական խնդիրների լուծման մեջ,
- այնպիսի քրոնիկ հիվանդությունների բարձր տարածվածություն, որոնք կարելի է արդյունավետ վերահսկել և որոնք, չվերահսկվելու դեպքում, բացասաբար են անդրադառնում մարդկանց կյանքի որակի վրա,
- հավանական դեպրեսիայի մեծ տարածվածություն, հատկապես՝ կանանց շրջանում,
- ակտիվ կամ պասիվ ծխելու մեծ տարածվածություն,
- հիվանդությունները հաղթահարելու համար հույսը բախտի կամ ինքնաբուժման վրա դնելու տարածված մոտեցում,
- ցածր կենսամակարդակ, որը բացասաբար է ազդում մարդկանց առողջության վրա:

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

- i. *Հաշվետվություն թիվ 81: Կարիքների գնահատում. Հայաստանում առողջության առաջնային պահպանման խնդիրները և սոցիալապես անապահով բնակչության առողջապահական թեմաներով կրթման կարիքները.* կազմվել է Հայաստանի սոցիալական բարեփոխումների ծրագրի համար Հայաստանում ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտության և զարգացման կենտրոնի կողմից, 29 հուլիսի, 2002:
- ii. *Հովհաննիսյան Ա., BMJ 2004; 329:522-523, Առողջապահությունը Հայաստանում (խմբագրական):*
- iii. *Դեմիրճյան Ա, Թոմփսոն Մ. Ե., Արմավիրի տնային տնտեսությունների գնահատում: Կրկնակի, 2004թ. Հայաստանում ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտության և զարգացման կենտրոն, օգոստոս 2004, Երևան*
- iv. *Թոմփսոն Մ. Ե, Հարությունյան Տ., Ընտանեկան առողջությանն ուղղված “Կանաչ ուղի” քարոզարշավի գնահատում միևնույն ընտրանքի նախա- և հետծրագրային հետազոտության միջոցով, Հայաստանում ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտության և զարգացման կենտրոն, մայիս 2001թ:*
- v. *Հայաստանի Հանրապետության 2001թ-ի մարդահամարի արդյունքները, ՀՀ Ազգային վիճակագրական ծառայություն, ՀՀ 2001 մարդահամարի կազմակերպման և անցկացման պետական հանձնաժողով, Երևան, 2003թ:*
- vi. *ՀՀ ինունականխարգելման ազգային ծրագրի գնահատում, Երևան, ՀՀ առողջապահության նախարարություն և ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ/Հայաստան, դեկտեմբեր, 1999թ*
- vii. *Թոմփսոն Մ. Ե., Դեմիրճյան Ա., Բաբաջանյան Ա., Ընտանիքների առողջության ելակետային ուսումնասիրություն Արմավիր մարզում, Հայաստանում ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտության և զարգացման կենտրոն, հունիս, 2001թ:*
- viii. *Դեմիրճյան Ա, Թոմփսոն Մ. Ե., Յոթ տնային տնտեսությունների առողջապահական հարցերի հետազոտություն: Հետագա 2004թ. Հայաստանում ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտության և զարգացման կենտրոն, հունիս, 2004թ:*
- ix. *Օքսուզյան Ա., Դեմիրճյան Ա., Թոմփսոն Մ. Ե., Հետվիրահատական հսկողության հարցաթերթիկի և SF-36 պաշտոնապես նախահաստատված հայերեն տարբերակի*

հավաստիության գնահատումը Նորք Մարաշ բժշկական կենտրոնում, Երևան, Հայաստան: Հայաստանում ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտության և զարգացման կենտրոն, մարտ 2003թ:

^x. *Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն, 2005. Ազգային վիճակագրական ծառայություն, Երևան, ՀՀ; ՀՀ առողջապահության նախարարություն, Երևան, ՀՀ; ORC Macro, Քարվելթոն, Մերիլենդ, ԱՄՆ, դեկտեմբեր, 2006թ:*

^{xi}. *Հիմնական ծառայությունների փաթեթում ընդգրկված առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների մատուցման չափանիշները, հաստատված է ՀՀ ԱՆ թիվ 1373Ա որոշմամբ, 27 դեկտեմբերի, 2005թ:*

^{xii}. *Լեդլոֆ Լ. Ս., Լոկ Բ. Ջ., Համայնքի հոգեկան առողջության հետազոտությունը և CES-D սանդղակը, Գլուխ 9, Հոգեոցիալական համաճարակաբանության շարքից, հատոր 4, Հոգեկան խանգարումների համայնքային հետազոտություններ, խմբագրված Վեյսման Մ. Մ., Մայերս Ջ. Կ. և Ռոս Ս. Ե. կողմից, Rutgers University Press, Նյու Բրանսվիք, Նյու Ջերսի, 1986թ:*

Հավելվածներ

Հավելված 1.

Հիմնական (իզական սեռի) պատասխանողի ընտրության ձև

1. 18 տարեկանից մեծ քանի՞ իզական սեռի ներկայացուցիչ են բնակվում Ձեր տանը:

- ա) Ոչ մի _____ → **Ներողություն խնդրեք, գնացեք հաջորդ տունը:**
 բ) Մեկ _____ → «Ես կարող եմ խոսել նրա հետ»: **(Եթե ոչ, պարզեք պատճառը, լրացրեք մատյանի ձևը և հեռացեք:)**
 գ) Մեկից ավելի _____ → **Անցեք ցուցում 2-ին:**

2. Այդ կանանցից քանի՞սը ունեն մինչև 18 տարեկան երեխա(ներ):

- ա) Ոչ մեկը _____ → **Անցեք Ցուցում 3-ին:**
 բ) Մեկը _____ → «Ես կարող եմ խոսել նրա հետ»: **(Եթե ոչ, պարզեք պատճառը, լրացրեք մատյանի ձևը, անցեք Ցուց. 3)**
 գ) Մեկից ավելին _____ → Թվեք անունները. 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____

(Ընտրեք հարցազրույցի մասնակցին նրանցից `օգտվելով աղյուսակից):

3. Այդ կանանցից քանի՞սն են ամուսնացած:

- ա) Ոչ մեկը _____ → **Անցեք Ցուց. 4-ին:**
 բ) Մեկը _____ → «Ես կարող եմ խոսել նրա հետ»: **(Եթե ոչ, պարզեք պատճառը, լրացրեք մատյանի ձևը, անցեք Ցուց. 4)**
 գ) Մեկից ավելին _____ → Թվեք անունները. 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____

(Ընտրեք հարցազրույցի մասնակցին նրանցից `օգտվելով աղյուսակից):

4. Թվեք 18 տ.-ից մեծ բոլոր կանանց տանը. 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____

(Ընտրեք հարցազրույցի մասնակցին նրանցից `օգտվելով աղյուսակից):

	Այցի/փորձի համարի վերջին թվանշանը									
Հարցման ենթակաների թիվը	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
3	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
4	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3

Արական սեռի պատասխանողի ընտրության ձև

1. **Հարցրեք, արդյո՞ք հիմնական պատասխանողն ամուսնացած է: Եթե ոչ, անցեք Ցուցում 2-ին:**

Կարո՞ղ եմ խնդրել Ձեր ամուսնուն՝ լրացնել այս հարցաթերթիկը:

ա) Ոչ —————→ **Պարզեք պատճառը, գրանցեք հարցաթերթիկում (Մաս Ա), անցեք Ցուցում 2-ին:**

բ) Այո —————→ **Տվեք ինքնուրույն լրացվող հարցաթերթիկը պատասխանողի ամուսնուն՝ լրացնելու:**

2. **Հարցրեք, արդյո՞ք տանն ապրում եմ 18 տարեկան և բարձր տարիքի տղամարդիկ (տես Հարց 4):**

Կարո՞ղ եմ խնդրել այս տանը բնակվող որևէ տղամարդու՝ լրացնել այս հարցաթերթիկը:

ա) Ոչ —————→ **Պարզեք պատճառը, գրանցեք հարցաթերթիկում (Մաս Ա): Ինքնուրույն լրացվող հարցաթերթիկը տվեք միայն հիմնական պատասխանողին՝ նրա հետ հարցազրույցի Ա մասը վերջացնելուց հետո:**

բ) Այո —————→ **Թվեք բոլոր այն 18տ. և բարձր տարիքի տղամարդկանց անունները, ովքեր կարող են լրացնել հարցաթերթիկը.**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

(Ընտրեք հարցազրույցի մասնակցին նրանցից `օգտվելով աղյուսակից):

Հարցման ենթակաների թիվը	Այցի/փորձի համարի վերջին թվանշանը									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
3	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
4	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3

Հավելված 2.

ՄԱՏՅԱՆԻ ՁԵՎ
(Մեկ ձև՝ յուրաքանչյուր խմբակի համար)

Ամսաթիվ _____

Քաղաք / գյուղ _____

Հարցազրույց վարողի անունը _____

Խմբակի համարը _____

Սկզբնական հասցեն _____

<i>Այցի/փորձի համար</i>	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012	013	014
<i>18տ.-ից մեծ կանանց թիվը</i>														
<i>Արդյունքը*</i>														

<i>Այցի/փորձի համար</i>	015	016	017	018	019	020	021	022	023	024	025	026	027	028
<i>18տ.-ից մեծ կանանց թիվը</i>														
<i>Արդյունքը*</i>														

<i>Այցի/փորձի համար</i>	029	030	031	032	033	034	035	036	037	038	039	040	041	042
<i>18տ.-ից մեծ կանանց թիվը</i>														
<i>Արդյունքը*</i>														

<i>Այցի/փորձի համար</i>	043	044	045	046	047	048	049	050	051	052	053	054	055	056
<i>18տ.-ից մեծ կանանց թիվը</i>														
<i>Արդյունքը*</i>														

***Արդյունքի կոդը**

1. Ավարտված հարցազրույց
2. 18 տարեկանից մեծ իգական սեռի ներկայացուցիչ չկա
3. Տանը ոչ ոք չկա
4. Ընտրված հարցման ենթական տանը չէ
5. Մերժում ընդհանրապես
6. Ընտրված հարցման ենթակայի մերժում
7. Չբնակված տուն
8. Հարցման ենթական ի վիճակի չէ պատասխանել _____
9. Այլ _____
10. Անավարտ հարցազրույց _____

<i>Այցի/փորձի համար</i>	057	058	059	060	061	062	063	064	065	066	067	068	069	070
<i>18 տ.-ից մեծ կանանց թիվը</i>														
<i>Արդյունքը*</i>														

<i>Այցի/փորձի համար</i>	071	072	073	074	075	076	077	078	079	080	081	082	083	084
<i>18 տ.-ից մեծ կանանց թիվը</i>														
<i>Արդյունքը*</i>														

<i>Այցի/փորձի համար</i>	085	086	087	088	089	090	091	092	093	094	095	096	097	098
<i>18 տ.-ից մեծ կանանց թիվը</i>														
<i>Արդյունքը*</i>														

<i>Այցի/փորձի համար</i>	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112
<i>18 տ.-ից մեծ կանանց թիվը</i>														
<i>Արդյունքը*</i>														

<i>Այցի/փորձի համար</i>	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126
<i>18 տ.-ից մեծ կանանց թիվը</i>														
<i>Արդյունքը*</i>														

***Արդյունքի կոդը**

1. Ավարտված հարցազրույց
2. 18 տարեկանից մեծ իգական սեռի ներկայացուցիչ չկա
3. Տանը ոչ ոք չկա
4. Ընտրված հարցման ենթական տանը չէ
5. Մերժում ընդհանրապես
6. Ընտրված հարցման ենթակայի մերժում
7. Չբնակված տուն
8. Հարցման ենթական ի վիճակի չէ պատասխանել _____
9. Այլ _____
10. Անավարտ հարցազրույց _____

Հավելված 3.

**Ելակետային ընտանեկան առողջապահական հետազոտություն.
Մաս Ա (Հարցազրուցավարի կողմից լրացվող)**

1A. Տարբերակման համարը (ՏՀ)* _ _ / _ / _ _ _ / _ _ _

1B. Քաղաքի/ գյուղի անվանումը _____

**Տարբերակման համարի որոշում.*

Թիվ 1-2	Մարզի ՏՀ (00=Երևան, 01=Արագածոտն, 02=Արարատ, 03=Արմավիր, 04=Գեղարքունիք, 05=Լոռի, 06=Կոտայք, 07=Շիրակ, 08=Սյունիք, 09=Վայոց Ձոր, 10=Տավուշ)
Թիվ 3	1=քաղաք, 2=գյուղ
Թիվ 4-5-6	Խմբակի համարը
Թիվ 7-8-9	Այցի/փորձի համարը տվյալ խմբակի Մատյանի ձևում

1C. Հարցման ամսաթիվը.
Օրը Ամիսը Տարին

1D. Հարցման սկիզբը.
Ժամ : րոպե

/ _____ / _____ / _____

_____ : _____

a. Ընդհանուր տեղեկություններ

- Քանի՞ տարեկան եք (լրացրած տարիների թիվը). _____
- Ո՞րն է Ձեր ազգությունը:
 - Հայ
 - Ռուս
 - Եզդի
 - Այլ (նշել) _____
- Քանի՞ հոգի է ապրում Ձեր ընտանիքում (ներառյալ Դուք): _____
- Քանի՞ չափահաս (18 տ. և բարձր) տղամարդ է ապրում Ձեր ընտանիքում: _____
- Քանի՞ մինչև 18 տ. երեխա է ապրում Ձեր ընտանիքում: _____ *(եթե 0, անցեք 7.6-ին)*
 - Նրանցից քանի՞սն են դպրոց հաճախում: _____
 - Նրանցից քանի՞սն են 1,5-ից 5 տարեկան: _____
- Նշեք ամենաբարձր կրթությունը, որ Դուք ստացել եք:
 - Թերի միջնակարգ (դպրոց, 10 տարուց պակաս)
 - Միջնակարգ (դպրոց, 10 տարի)
 - Միջին մասնագիտական (ուսումնարան, 10-13 տարի)
 - Բարձրագույն (ինստիտուտ կամ համալսարան)
 - Հետդիպլոմային (մագիստրատուրա, ասպիրանտուրա, դոկտորանտուրա)
- Ձեր ընտանիքի բոլոր անդամներից (ներառյալ Դուք) քանի՞սն են ներկայումս աշխատում: _____

8. Դուք ներկայումս աշխատու՞մ եք:
1. Այո *(Անցեք 3.10-ին)*
 2. Այո, բայց արձակուրդում եմ հղիության/երեխայի պատճառով *(Անցեք 3.10)*
 3. Ոչ
9. Հետևյալից ո՞րն է լավագույնս նկարագրում Ձեր վիճակը *(Կարդացեք 1-7-րդ հարցերը)*:
1. Չեմ աշխատում, փնտրում եմ աշխատանք
 2. Չեմ աշխատում, աշխատանք չեմ փնտրում
 3. Չեմ կարող աշխատել առողջության մնայուն կորստի պատճառով
 4. Չեմ կարող աշխատել, քանի որ պետք է խնամեն երեխայիս
 5. Ուսանող եմ կամ դպրոցական
 6. Թոշակառու եմ
 7. Աշխատում եմ մեր ընտանիքի հողամասում կամ ֆերմայում
 8. Այլ *(նշեք)* _____

Անցեք հարց 11-ին, եթե հիմնական պատասխանողն ամուսնացած չէ:

10. Կարելի՞ է խնդրել Ձեր ամուսնուն լրացնել այս հարցաթերթիկը:
1. Այո *(Տվեք հարցաթերթիկի Մաս Բ-ն ամուսնուն, անցեք 3.12-ին)*
 2. Ոչ *(նշեք պատճառը)* _____

Պարզեք՝ ընտանիքում ապրու՞մ են արդյոք 18 և բարձր տարիքի տղամարդիկ (տես 3.4-ը):

11. Կարելի՞ է խնդրել Ձեր ընտանիքի 18տ. կամ ավելի բարձր տարիքի տղամարդկանցից որևէ մեկին լրացնել այս հարցաթերթիկը:
1. Այո *(Ընտրեք և տվեք հարցաթերթիկի Մաս Բ-ն ընտրված տղամարդուն)*
 2. Ոչ *(նշեք պատճառը)* _____

ՇԱՐՈՒՆԱԿԵՔ ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՅՑԸ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՊԱՏԱՍԽԱՆՈՂԻ ՀԵՏ:

b. Առողջական վիճակի գնահատում

Եթե ընտանիքում չկան մինչև 18տ. երեխաներ (տես 3.5-ը), անցեք 3.16-ին:

12. Ինչպե՞ս կընտրեք Ձեր ընտանիքի երեխա(ներ)ի առողջությունը վերջին 30 օրվա ընթացքում: *(Կարդացեք պատասխանները)*
1. Գերազանց
 2. Շատ լավ
 3. Լավ
 4. Բավարար
 5. Վատ
13. Ինչպե՞ս կգնահատեք Ձեր ընտանիքի երեխա(ներ)ի առողջությունը ներկայումս՝ համեմատած մեկ տարի առաջվա հետ: *(Կարդացեք պատասխանները)*
1. Շատ ավելի լավ
 2. Ավելի լավ
 3. Գրեթե նույնը
 4. Ավելի վատ
 5. Շատ ավելի վատ

14. Ձեր ընտանիքի երեխաներից որևէ մեկն ունեցե՞լ է արդյոք հետևյալ վիճակները վերջին 30 օրվա ընթացքում: *(Կարդացեք և նշեք բոլոր «այո» պատասխանները)*

1. Փորլուծություն
2. Փսխում
3. Կղանքում արյուն
4. Մրսածություն
5. Անգինա
6. Հազ
7. Բարձր ջերմություն
8. Ցնցումներ
9. Ալերգիա/ Ցան
10. Այլ (նշեք) _____
11. Նշվածից ոչ մեկը

15. Ձեր ընտանիքի երեխաներից որևէ մեկն ունի՞ արդյոք որևէ քրոնիկ հիվանդություն թվարկվածներից: *(Կարդացեք և նշեք բոլոր «այո» պատասխանները)*

1. Չարգացման խանգարում
2. Շաքարախտ
3. Սրտային հիվանդություն
4. Թոքերի հիվանդություն (ասթմա և այլն)
5. Ստամոքսի կամ աղիքների հիվանդություն
6. Քաղցկեղ
7. Տեսողության խանգարում
8. Երիկամների հիվանդություն
9. Հոդերի կամ ոսկրերի հիվանդություն
10. Այլ հիվանդություններ *(նշեք)* _____
11. Ոչ մի քրոնիկ հիվանդություն (ոչ մի երեխայի մոտ)

Անցեք 7.18-ին, եթե ընտանիքում չկան այլ չափահաս անձինք, բացի պատասխանող(ներ)ից:

16. Վերջին 30 օրվա ընթացքում սուր հիվանդության (օրինակ՝ ջերմության, մրսածության, լուծի) քանի՞ դեպք են ունեցել Ձեր ընտանիքի չափահաս (18տ. և բարձր) անդամները (բացի Ձեզնից և պատասխանող տղամարդուց) _____ *(եթե ոչ մի, նշեք 0):*

17. Ձեր ընտանիքի չափահաս անդամներից որևէ մեկը (բացի Ձեզնից և պատասխանող տղամարդուց) ունի՞ արդյոք որևէ քրոնիկ հիվանդություն թվարկվածներից: *(Կարդացեք և նշեք բոլոր «այո» պատասխանները)*

1. Շաքարախտ
2. Արյան բարձր ճնշում
3. Սրտի հիվանդություն
4. Թոքերի հիվանդություն (ասթմա և այլն)
5. Ստամոքսի կամ աղիքների հիվանդություն
6. Քաղցկեղ
7. Տեսողության խանգարում
8. Երիկամների հիվանդություն
9. Հոդերի կամ ոսկրերի հիվանդություն
10. Այլ հիվանդություններ *(նկարագրեք)* _____
11. Ոչ մի քրոնիկ հիվանդություն

18. Վերջին 12 ամսվա ընթացքում Ձեր ընտանիքի անդամները (ներառյալ Դուք և երեխաները) քանի՞ անգամ են դիմել բժշկական օգնության՝ դժբախտ պատահարի, վնասվածքի կամ թունավորման պատճառով: _____ (Եթե 0, անցեք 3.20-ին)

19. Նշեք վնասվածքների հիմնական պատճառ(ներ)ը: (Կարդացեք և նշեք բոլոր «այո» պատասխանները)

1. Ավտովթար
2. Ավտոմեքենայի տակ ընկնել
3. Վայր ընկնել
4. Այրվածք
5. Խեղդվել
6. Թունավորում կամ գերդոզավորում
7. Կտրված կամ խոցված վերք
8. Հրազենային վնասվածք
9. Հարված կամ բախում անձին կամ առարկայի
10. Այլ (նշեք) _____

c. Կենսակերպն ու առողջությունը

20. Վերջին 6 ամսվա ընթացքում ի՞նչ մասնագիտության բժիշկի եք այցելել Դուք կամ Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ: (Նշեք բոլոր համապատասխանող տարրերակները)

1. Չենք այցելել
2. Տեղամասային մանկաբույժի
3. Գինեկոլոգի
4. Թերապևտի
5. Ընտանեկան բժշկի
6. Պոլիկլինիկայի նեղ մասնագետի
7. Հիվանդանոցի բժշկի
8. Այլ (նշեք) _____
9. Չեն հիշում

Անցեք 3.25-ին, եթե ընտանիքում չկան այլ անձինք, բացի պատասխանող(ներ)ից:

21. Ձեր ընտանիքի անդամներից քանի՞սն են ծխում ներկայումս (բացի Ձեզնից և տղամարդ պատասխանողից): _____ (Եթե 0, անցեք 3.24-ին)

22. Այդ ծխողներից քանի՞սն են չափահաս տղամարդիկ (18տ. և բարձր): _____

23. Որքա՞ն հաճախ են Ձեր ընտանիքի անդամները ծխում ընտանիքի չծխող անդամների ներկայությամբ՝ նույն սենյակում: (Կարդացեք պատասխանները)

1. Մշտապես
2. Սովորաբար
3. Երբեմն
4. Երբեք
5. Ընտանիքի անդամներից ոչ ոք չի ծխում

24. Եղե՞լ է ժամանակ, երբ Ձեր ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը (բացի Ձեզնից և տղամարդ պատասխանողից) գրեթե ամեն օր խմեր ոգելից խմիչքի 5 և ավելի բաժին (մեկ բաժին է մի բաժակ գինին, մի շիշ գարեջուրը, մի ըմպանակ կոնյակը, օղին, լիկյորը կամ խառը խմիչքը):

1. Այո
2. Ոչ
3. Չգիտեմ

d. Իրազեկությունը ազատ հավաքագրման, ընտանեկան բժշկության և անվճար բուժօժանայությունների մասին

25. Ձեզ ծանոթ է տեղամասային բժշկի կամ բուժքրոջ մոտ ազատ հավաքագրման (տեղամասային բժշկի կամ բուժքրոջ ազատ ընտրության) գաղափարը:

1. Այո
2. Ոչ (*Անցեք 7.36-ին*)

26. Ի՞նչ եք հասկանում ազատ հավաքագրում ասելով: (*Կարդացեք և նշեք բոլոր համապատասխանող տարրերակները*)

1. Ընտրել տեղամասային բժշկին կամ բուժքրոջը
2. Գրանցվել իմ ընտրած պոլիկլինիկայում/ ամբուլատորիայում
3. Ստանալ անվճար բուժօժանայություններ պետության կողմից
4. Բարելավել բուժսպասարկումը
5. Այլ (*նշեք*) _____

27. Որտեղի՞ց եք տեղեկացել ազատ հավաքագրման մասին: (*Նշեք բոլոր համապատասխանող տարրերակները*)

1. Հանրապետական լրատվամիջոցներից (հեռուստացույց, ռադիո, թերթեր)
2. Տեղական (մարզային կամ շրջանային) լրատվամիջոցներից
3. Բուժաշխատողից
4. Հարևանից/ ընկերոջից/ բարեկամից
5. Համայնքի հետ հանդիպումներից
6. Այլ (*նշեք*) _____

28. Դուք հավաքագրվե՞լ եք:

1. Այո (*Անցեք 7.30-ին*)
2. Ոչ

29. Ինչու՞ չեք հավաքագրվել: (*Նշեք մեկ ամենահիմնական պատճառ*)

1. Չեմ կարծում, որ դա կարևոր է
2. Իմ ընտրած պոլիկլինիկան/ ամբուլատորիան հեռու է գտնվում
3. Չեմ վստահում պոլիկլինիկայի/ ամբուլատորիայի բժիշկներին
4. Ընդհանրապես չեմ օգտվում պոլիկլինիկայի/ ամբուլատորիայի ծառայություններից
5. Նախընտրում եմ միանգամից դիմել հիվանդանոցի մասնագետի
6. Այլ (*նշեք*) _____

Բոլոր այն դեպքերում, երբ պատասխանողը չի հավաքագրվել, անցեք 7.36-ին

30. Ինչու՞ եք հավաքագրվել: *(Նշեք մեկ ամենահիմնական պատճառ)*

1. Որովհետև օրենք է/ որովհետև ստիպված եմ
2. Ցանկացել եմ ընտրել իմ բժշկին
3. Ցանկացել եմ անվճար բուժօգնություն ստանալ
4. Այլ *(նշեք)* _____

31. Ինչպե՞ս կգնահատեիք ազատ հավաքագրման Ձեր փորձը: *(Կարդացեք պատասխանները)*

1. Հեշտ էր *(Անցեք 7.33-ին)*
2. Ինչ-որ չափով դժվար էր
3. Շատ դժվար էր

32. Ինչպիսի՞ հիմնական դժվարության եք հանդիպել հավաքագրվելիս: *(Նշեք մեկ ամենահիմնական դժվարություն)*

1. Փաստաթղթերի հետ քաշքշուկը շատ էր
2. Շատ ժամանակատար էր
3. Բուժհաստատության անձնակազմը չէր կարողանում պատասխանել հարցերին
4. Բուժհաստատության անձնակազմը չգիտեր հավաքագրման կարգը
5. Բուժհաստատության անձնակազմը անտարբեր էր կամ կոպիտ
6. Այլ *(նշեք)* _____

33. Վերջին վեց ամսվա ընթացքում Դուք փոխե՞լ եք Ձեր տեղամասային բժիշկին:

1. Այո
2. Ոչ *(Անցեք 7.36-ին)*

34. Ինչպե՞ս կգնահատեիք մեկ բժշկից մյուսին անցնելու գործընթացը: *(Կարդացեք պատասխանները)*

1. Հեշտ էր *(Անցեք 7.36-ին)*
2. Ինչ-որ չափով դժվար էր
3. Շատ դժվար էր

35. Բժշկին փոխելու ընթացքում ի՞նչ հիմնական դժվարություն եք ունեցել. _____

Ընտանեկան բժշկություն

36. Լսե՞լ եք ընտանեկան բժշկության մասին:

1. Այո
2. Ոչ *(Անցեք 7.55-ին)*

37. Որտեղի՞ց եք լսել ընտանեկան բժշկության մասին: *(Նշեք բոլոր համապատասխանող տարրերակները):*

1. Հանրապետական լրատվամիջոցներից (հեռուստացույց, ռադիո, թերթեր)
2. Տեղական (մարզային կամ շրջանային) լրատվամիջոցներից
3. Բուժաշխատողից
4. Հարևանից/ ընկերոջից/ բարեկամից
5. Համայնքի հետ հանդիպումներից
6. Այլ *(նշեք)* _____

38. Կարծու՞մ եք արդյոք, որ հետևյալը ճիշտ է ընտանեկան բժշկության վերաբերյալ:
- | | <i>Այո</i> | <i>Ոչ</i> | <i>Չգիտեմ</i> |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Ընտանեկան բժիշկը բուժօգնություն է ցուցաբերում ընտանիքի բոլոր անդամներին: | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 2. Ընտանեկան բժիշկը պատրաստված է, որպեսզի բուժի ամենատարբեր հիվանդություններ: | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 3. Ընտանեկան բժշկությունն ավելի թանկարժեք բժշկություն է: | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Ընտանեկան բժշկությունը հիմնականում կանխարգելիչ բուժօգնություն է: | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 5. Ընտանեկան բժիշկը սպասարկում է բոլոր հիվանդներին՝ անկախ տարիքից: | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
39. Անցած տարվա ընթացքում Դուք ստացե՞լ եք բուժօգնություն ընտանեկան բժշկի կողմից:
1. Այո
 2. Ոչ (*Անցեք 7.53-ին*)
40. Ինչպե՞ս կգնահատեիք ընտանեկան բժշկի կողմից Ձեզ ցուցաբերված բուժօգնության որակը: (*Կարդացեք պատասխանները*)
1. Շատ լավ
 2. Լավ
 3. Բավարար
 4. Վատ
 5. Շատ վատ
41. Ընտանեկան բժիշկին դիմելը օգնե՞ց, որ հասկանաք Ձեր հիվանդությունը կամ խնդիրը:
1. Այո
 2. Ոչ
 88. Չգիտեմ
42. Ընտանեկան բժիշկը տվե՞ց Ձեզ որևէ կրթական նյութ Ձեր վիճակի կամ հիվանդության վերաբերյալ:
1. Այո
 2. Ոչ (*Անցեք 7.45-ին*)
43. Գտնու՞մ եք, արդյոք, որ այդ կրթական նյութը օգտակար էր Ձեզ համար:
1. Այո
 2. Ոչ
 88. Չգիտեմ/ Չեմ հիշում
44. Գտնու՞մ եք, արդյոք, որ այդ նյութը հեշտ էր հասկանալ:
1. Այո
 2. Ոչ
 88. Չգիտեմ/ Չեմ հիշում
45. Ընտանեկան բժիշկը հասկանալի ձևով բացատրե՞ց, թե ինչպես կարելի է հաղթահարել կամ բուժել Ձեր հիվանդությունը:
1. Այո
 2. Ոչ
 88. Չգիտեմ/ Չեմ հիշում

46. Ընտանեկան բժիշկը նշանակե՞ց Ձեզ դեղորայք:

1. Այո
2. Ոչ (*Անցեք 3.49-ին*)
88. Չգիտեմ/ Չեմ հիշում (*Անցեք 3.49-ին*)

47. Դուք ընդունեցի՞ք այդ դեղորայքը՝ ինչպես նշանակված էր:

1. Այո (*Անցեք 3.49-ին*)
2. Ոչ
88. Չգիտեմ/ Չեմ հիշում (*Անցեք 3.49-ին*)

48. Ո՞րն էր նշանակմանը չհետևելու հիմնական պատճառը: (*Նշեք մեկ ամենահիմնական պատճառը*)

1. Չկարողացա ձեռք բերել նշանակված դեղորայքը
2. Չկարողացա գնել նշանակված դեղորայքը
3. Վախեցա դեղերի բարդություններից
4. Ավելի լավ զգացի/ բուժվեցի
5. Բժշկին չվստահեցի
6. Այլ խորհուրդ ստացա մեկ ուրիշ բժշկից
7. Մոռացա ընդունել դեղորայքը
8. Այլ (*նկարագրեք*) _____

49. Որևէ դժվարություն ունեցե՞լ եք՝ ընտանեկան բժշկի մոտ բուժվելիս: (*Նշեք միայն մեկ հիմնական դժվարություն*)

1. Ստիպված էի երկար սպասել բուժօգնություն ստանալու համար
2. Բժիշկը չէր տալիս սպառիչ բացատրություններ
3. Բժիշկը չէր քննարկում ինձ հետ բուժման տարբերակները
4. Բժիշկը չէր խրախուսում ինձ՝ ազատ հարցեր տալ
5. Բժիշկը կոպիտ էր ինձ հետ
6. Բժիշկը պահանջեց լրացուցիչ վճարել
7. Բժիշկը չկարողացավ ինձ օգնություն տրամադրել
8. Բժիշկը չկարողացավ ինձ բուժել
9. Այլ (*նշեք*) _____
10. Ոչ մի դժվարություն չեմ ունեցել

50. Դուք վճարեցի՞ք ընտանեկան բժշկին՝ բուժման համար:

1. Այո
2. Ոչ

51. Ձեր այցի ժամանակ ընտանեկան բժիշկը Ձեզ ուղեգրե՞ց նեղ մասնագետի մոտ:

1. Այո
2. Ոչ (*Անցեք 3.53-ին*)

52. Դուք վճարեցի՞ք նեղ մասնագետին՝ ցուցաբերած բուժօգնության համար:

1. Այո
2. Ոչ

53. Կարծու՞մ եք, արդյոք, որ ընտանեկան բժշկությունը հարմար է Հայաստանի համար:

1. Այո (*Անցեք 3.55-ին*)
2. Ոչ
3. Վստահ չեմ/ Չգիտեմ

54. Խնդրում եմ բացատրեք՝ ինչու՞ ոչ կամ ինչու՞ վստահ չեք: **(Նշեք մեկ ամենահիմնական պատճառ)**

1. Նախընտրում եմ պոլիկլինիկական բուժօգնության հին տարբերակը
2. Ընտանեկան բժիշկների որակավորումն ավելի ցածր է, քան նեղ մասնագետներինը
3. Ընտանեկան բժիշկները բավարար չափով չեն վերապատրաստվում
4. Ընտանեկան բժիշկների ծառայությունն ավելի քան է
5. Այլ (նշեք) _____
6. Չգիտեմ

Անվճար բուժսպասարկում

55. Երբևէ լսե՞լ եք, որ պոլիկլինիկական/ ամբուլատոր բուժօգնությունն անվճար է Ջայաստանի բոլոր բնակիչների համար:

1. Այո
2. Ոչ **(Անցեք 3.61-ին)**

56. Որտեղի՞ց եք լսել անվճար պոլիկլինիկական/ ամբուլատոր բուժօգնության մասին: **(Նշեք բոլոր համապատասխանող տարբերակները):**

1. Հանրապետական լրատվամիջոցներից *(հեռուստացույց, ռադիո, թերթեր)*
2. Տեղական լրատվամիջոցներից
3. Բուժաշխատողից
4. Հարևանից/ ընկերոջից/ բարեկամից
5. Համայնքի հետ հանդիպումներից
6. Այլ **(նշեք)** _____

57. Ծառայությունների անվճար դառնալուց հետո Դուք դիմե՞լ եք պոլիկլինիկա:

1. Այո
2. Ոչ **(Անցեք 3.61-ին)**

58. Դուք ստացա՞ք Ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունները՝ անվճար:

1. Այո **(Անցեք 3.61-ին)**
2. Ոչ
3. Բժիշկն ասաց, որ այդ ծառայության կարիքը չկա **(Անցեք 3.61-ին)**
4. Այդ ծառայությունը այնտեղ չէր մատուցվում **(Անցեք 3.61-ին)**

59. Ինչու՞ այդ ծառայություններն անվճար չէին: **(Նշեք բոլոր համապատասխանող տարբերակները):**

1. Ես հավաքագրված չեի
2. Բժիշկն ասաց, որ ծառայությունը/ քննությունը/ բուժումը անվճար չէ
3. Բժիշկը խնդրեց վճարել
4. Բժիշկը նշանակեց դեղորայք, որն անվճար չէր տրամադրվում
5. Այլ **(նշեք)** _____

60. Թվարկեք, թե ո՞ր ծառայությունների համար եմ խնդրել Ձեզ վճարել.

ե. Համայնքի ներգրավում

61. Անցած տարվա ընթացքում Դուք մասնակցե՞լ եք Ձեր համայնքի կողմից կազմակերպված որևէ առողջապահական միջոցառման:

1. Այո
2. Ոչ *(Անցեք 7.63-ին)*

62. Գիտե՞ք, թե ինչ կազմակերպություն էր օգնել այդ միջոցառման կազմակերպմանը: *(Մի՛ կարդացեք տարբերակները, նշեք բոլոր թվարկված կազմակերպությունները):*

1. Առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների ծրագիր
2. ՆՕՎԱ ծրագիր
3. Այլ միջազգային կազմակերպություն
4. Տեղական հասարակական կազմակերպություն
5. Չգիտեմ
6. Այլ *(նշեք)* _____

63. Ապագայում կմասնակցե՞ք համայնքի կողմից կազմակերպված առողջապահական միջոցառումներին:

1. Այո *(Անցեք 7.65-ին)*
2. Ոչ

64. Ինչու՞ ոչ *(Նշեք միայն մեկ՝ ամենակարևոր, պատճառ):*

1. Մենք չունենք որևէ առողջապահական խնդիր համայնքում
2. Առողջությունն անձնական խնդիր է
3. Համայնքում կան ավելի կարևոր խնդիրներ, քան առողջապահությունն է
4. Ես ժամանակ չունեմ
5. Ես հետաքրքրված չեմ
6. Այլ *(նշեք)* _____

ֆ. Առաջնային բուժօգնության մատչելիություն

65. Վերջին երկու ամսվա ընթացքում եղե՞լ են դեպքեր, երբ Դուք կամ Ձեր ընտանիքից որևէ մեկը կարիք է ունեցել դիմելու պոլիկլինիկա կամ ամբուլատորիա բուժօճնության համար:

1. Այո, և դիմել ենք *(Անցեք 7.70-ին)*
2. Այո, բայց չենք դիմել
3. Ոչ *(Անցեք 7.70-ին)*

66. Փոխարենը՝ Դուք դիմե՞լ եք հիվանդանոց:

1. Այո *(Անցեք 7.69-ին)*
2. Ոչ

67. Փոխարենը՝ Դուք միանգամից գնացե՞լ եք դեղատուն՝ դեղեր գնելու:

1. Այո
2. Ոչ *(Անցեք 7.69-ին)*

68. Ո՞վ է Ձեզ խորհուրդ տվել՝ գնել այդ դեղերը *(Նշեք միայն մեկ՝ ամենակարևոր պատասխան)*:

1. Ինքս եմ որոշել
2. Ընտանիքի անդամ կամ բարեկամ
3. Դեղագործը
4. Հարևան կամ ընկեր
5. Ծանոթ բուժաշխատող
6. Այլ *(նշեք)* _____

69. Ի՞նչն էր պոլիկլինիկա կամ ամբուլատորիա չդիմելու պատճառը: *(Նշեք մեկ ամենահիմնական պատճառ)*:

1. Դրամի բացակայությունը կամ բուժօգնության թանկ լինելը
 2. Փոխադրամիջոցի բացակայությունը
 3. Ժամանակի պակասը
 4. Ախտորոշման հանդեպ վախը
 5. Պոլիկլինիկայի/ ամբուլատորիայի բուժանձնակազմին չվստահելը
 6. Որակավորված մասնագետների բացակայությունը բուժիաստատությունում
 7. Բուժիաստատության անբավարար հագեցվածությունն ու անմաքրությունը
 8. Այլ *(նշեք)* _____
88. Չգիտեմ

70. Սովորաբար որքա՞ն ժամանակ էք սպասում Ձեր պոլիկլինիկայում կամ ամբուլատորիայում, մինչև բուժաշխատողն ընդունի Ձեզ:

1. 15 րոպեից պակաս
2. 15-30 րոպե
3. 30-60 րոպե
4. 1-2 ժամ
5. 2 ժամից ավելի
6. Չեմ օգտվում պոլիկլինիկայի ծառայություններից

71. Պոլիկլինիկայի (ամբուլատորիայի) բժիշկներն ու բուժանձնակազմը հարգանքով են վերաբերվում Ձեզ՝ ձեր այցելությունների ժամանակ: *(Կարդացեք պատասխանները)*

1. Այո
2. Ինչ-որ չափով
3. Ոչ
4. Չեմ օգտվում պոլիկլինիկայի ծառայություններից

72. Վերջին 12 ամսվա ընթացքում Ձեր ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը պառկել է հիվանդանոց:

1. Այո
 2. Ոչ
88. Չգիտեմ

ց. Վաղ ախտորոշման և կանխարգելիչ ծառայությունների մատչելիություն

73. Որքա՞ն ժամանակ առաջ եք անցել հետևյալ քննությունները: *(Տարիքը տես 3.1-ից)*

	Վերջին 1 տարվա ընթացքում	1-2 տարի առաջ	2-3 տարի առաջ	Ավելի քան 3 տարի առաջ	Երբեք	Կիրառելի չէ
1. <i>(Եթե 20տ. և բարձր է)</i> Ջարկերակային արյան ճնշման չափում	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 88
2. <i>(Եթե 20տ. և բարձր է)</i> Արյան մեջ խոլեստերինի մակարդակի որոշում	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 88
3. <i>(Եթե 30-ից 60 տ. է)</i> ՊԱՊ քերուկ <i>(արգանդի վզիկի քերուկի ստուգում)</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 88
4. <i>(Եթե 40տ. և բարձր է)</i> Կրծքագեղձի կլինիկական հետազոտություն	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 88
5. <i>(Եթե 50-ից 70տ. է)</i> Սամոգրաֆիա <i>(Կրծքագեղձի ռենտգեն քննություն)</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 88
6. <i>(Եթե 40տ. և բարձր է)</i> Աչքի հետազոտություն	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 88
7. <i>(Եթե 50տ. և բարձր է)</i> Թաքնված արյան հետազոտություն կղանքում	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 88

74. Վերջին 12 ամիսների ընթացքում Դուք կամ Ձեր ընտանիքի անդամներից որևէ մեկն այցելե՞լ է պոլիկլինիկա կամ ամբուլատորիա կանխարգելիչ նպատակով (որպեսզի հետազայում չհիվանդանա):

1. Այո
2. Ոչ
88. Չգիտեմ/ Չամոզված չեմ

Եթե ընտանիքում չկան 1.5-5 տարեկան երեխաներ (տես 3.5b), անցեք 3.76:

75. Ձեր տան 1.5-ից 5տ. երեխաներից քանի՞սն են ստացել **բուլոդ** պատվաստումները *(հետևյալ բոլոր հիվանդությունների դեմ՝ հեպատիտ B, տուբերկուլյոզ, դիֆթերիա-կապույտ հազ-փայտացում, պոլիոմիելիտ, կարմրուկ-կարմրախտ-խոզուկ)*.

- _____ *(Նշեք 0, եթե ոչ մեկը)*
88. Չգիտեմ / Չեն հիշում

Եթե ընտանիքում չկան դպրոցահասակ երեխաներ (տես 3.5a), անցեք 3.77:

76. Վերջին մեկ տարվա ընթացքում Ձեր տան դպրոցահասակ երեխաներից քանի՞սն են անցել աչքի հետազոտություն:

- _____ *(Նշեք 0, եթե ոչ մեկը)*
88. Չգիտեմ

77. Բժիշկը Ձեզ երբևէ ասե՞լ է, որ Դուք ունեք հետևյալ հիվանդություններից որևէ մեկը: *(Նշեք բոլոր համապատասխանող տարբերակները):*

1. Շաքարային դիաբետ
2. Արյան բարձր ճնշում
3. Սրտամկանի ինֆարկտ կամ սրտի իշեմիկ հիվանդություն
4. Թոքերի քրոնիկ հիվանդություն (օրինակ՝ ասթմա)
5. Աչքի հիվանդություն
6. Վերոհիշյալից ոչ մեկը *(Անցեք 3.86-ին)*

Եթե ունի շաքարային դիաբետ (Յ.77, տարբերակ 1).

78. Վերջին մեկ տարվա ընթացքում հետազոտվել է եք ոտնաթաթերի խոցերի կամ գրգռվածության հայտնաբերման համար:

1. Այո
2. Ոչ
88. Չգիտեմ

79. Վերջին մեկ տարվա ընթացքում անցել էք աչքի հետազոտություն:

1. Այո
2. Ոչ
88. Չգիտեմ

Եթե ունի արյան բարձր ճնշում (Յ.77, տարբերակ 2).

80. Դուք ընդունում եք արյան ճնշումն իջեցնող դեղորայք այնպես, ինչպես նշանակված է բժշկի կողմից:

1. Այո
2. Ոչ
3. Չի նշանակվել
88. Չգիտեմ

Եթե ունի սրտի իշեմիկ հիվանդություն (Յ.77, տարբերակ 3).

81. Չեզ նշանակվել է ցածր դեղաչափով ասպիրին՝ ամեն օր ընդունելու համար:

1. Այո
2. Ոչ (*Անցեք Յ.83-ին*)
88. Չգիտեմ (*Անցեք Յ.83-ին*)

82. Օգտագործում եք ասպիրինն այնպես, ինչպես նշանակված է:

1. Այո
2. Ոչ

Եթե ունի թոքերի քրոնիկ հիվանդություն կամ շաքարային դիաբետ (Յ.77, տարբերակ 4 կամ 1):

83. Ե՞րբ եք վերջին անգամ անցել կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն:

1. Վերջին մեկ տարվա ընթացքում
2. 1-2 տարի առաջ
3. 2-3 տարի առաջ
4. Ավելի քան 3 տարի առաջ
5. Երբեք
88. Չգիտեմ

Եթե ունի աչքի հիվանդություն (Յ.77, տարբերակ 5):

84. Ե՞րբ եք վերջին անգամ անցել աչքի հետազոտություն:

1. Վերջին մեկ տարվա ընթացքում
2. 1-2 տարի առաջ
3. 2-3 տարի առաջ
4. Ավելի քան 3 տարի առաջ
5. Երբեք
88. Չգիտեմ

Հավելված 4.

Ելակետային ընտանեկան առողջապահական հետազոտություն:

Մաս Բ (Պատասխանողի կողմից ինքնուրույն լրացվող)

1A. Տարբերակման համարը (ՏՀ) _ _ / _ / _ _ _ / _ _ _ _

Գուցումներ հարցաթերթիկը լրացնելու վերաբերյալ

Ուշադիր կարդացեք հարցերը և պատասխանների հնարավոր տարբերակները: Ընտրեք պատասխանի այն տարբերակը, որն ավելի մոտ է Ձեր կարծիքին՝ նշելով (✓) դրա համարին կից վանդակը: Մի շարք հարցերի պետք է պատասխանել բառերով կամ թվերով՝ հարցին հաջորդող տողի վրա: Հարցաթերթիկը լրացնելիս հետևեք **շեղատառ** ցուցումներին: Դրանք կօգնեն Ձեզ լրացնելու հարցաթերթիկը և ցույց կտան, թե ո՞ր հարցերն է պետք շրջանցել: Որոշ հարցեր կարող են իրար նման թվալ, սակայն խնդրում ենք պատասխանել **քուրդ հարցերին անխտիր**: Վանդակները նշեք մատիտով, որպեսզի սխալ նշում կատարելու դեպքում կարողանաք մաքուր ջնջել դա և նշում կատարել ճիշտ վանդակում:

Օրինակ.

Հետևյալ օրինակը ցուցադրում է, թե ինչպես պետք է պատասխանել աղյուսակում առաջադրված հարցերին, որոնց պատասխանները տրված են աղյուսակի վերևի տողում:

	Ամենևին համաձայն չեմ	Համա- ձայն չեմ	Ոչ համա- ձայն եմ, ոչ էլ՝ ոչ	Համա -ձայն եմ	Լիովին համա- ձայն եմ
1. Քաղցը կարող է մահ պատճառել:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Գեր մարդիկ ավելի առողջ են:	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5

Պատասխանեք հարցերին՝ սկսած այստեղից:

- 1F. Ձեր սեռը՝ 1. Արական
 2. Իգական (**Անցեք 94 հարցին**)

90. Ձեր ազգակցական կապը հիմնական պատասխանողի հետ (Դուք նրա ի՞նչն եք).

- 1. Ամուսինը (կամ գուզընկերը)
- 2. Հայրը
- 3. Եղբայրը
- 4. Որդին
- 5. Ամուսնու հայրը (սկեսրայրը)
- 6. Ամուսնու եղբայրը (տագրը)
- 7. Այլ (**նշեք**) _____

91. Ձեր տարիքը (լրացրած տարիների թիվը). _____

92. Ձեր ազգությունը.

- 1. Հայ
- 2. Ռուս
- 3. Եզդի
- 4. Այլ (**նշեք**) _____

93. Նշեք ամենաբարձր կրթությունը, որ Դուք ստացել եք:

- 1. Թերի միջնակարգ (դպրոց, 10 տարուց պակաս)
- 2. Միջնակարգ (դպրոց, 10 տարի)
- 3. Միջին մասնագիտական (ուսումնարան, 10-13 տարի)
- 4. Բարձրագույն (ինստիտուտ կամ համալսարան)
- 5. Հետդիպլոմային (մագիստրատուրա, ասպիրանտուրա, դոկտորանտուրա)

94. Ինչպե՞ս կրնութե՞ք Ձեր առողջությունը վերջին 30 օրվա ընթացքում:

- 1. Գերազանց
- 2. Շատ լավ
- 3. Լավ
- 4. Բավարար
- 5. Շատ վատ

95. Ինչպե՞ս կզնահատե՞ք Ձեր առողջությունը ներկայումս՝ համեմատած մեկ տարի առաջվա հետ:

- 1. Շատ ավելի լավ
- 2. Ավելի լավ
- 3. Գրեթե նույնը
- 4. Ավելի վատ
- 5. Շատ ավելի վատ

96. Վերջին 30 օրվա ընթացքում սուր հիվանդության (օրինակ՝ ջերմության, մրսածության, լուծի) քանի՞ դեպք եք Դուք ունեցել (Նշեք մոտավոր քիվր, եթե լավ չեք հիշում: Եթե ոչ մի դեպք չեք ունեցել, նշեք 0): _____

97. Դուք ունե՞ք արդյոք որևէ քրոնիկ հիվանդություն թվարկվածներից: (Նշեք բոլոր այն հիվանդությունները, որ ունեք)

- 1. Շաքարախտ
- 2. Արյան բարձր ճնշում
- 3. Սրտի հիվանդություն
- 4. Թոքերի հիվանդություն (ասթմա և այլն)
- 5. Ստամոքսի կամ աղիքների հիվանդություն
- 6. Քաղցկեղ
- 7. Տեսողության խանգարում
- 8. Երիկամների հիվանդություն
- 9. Հոդերի կամ ոսկրերի հիվանդություն
- 10. Այլ հիվանդություններ (նկարագրեք) _____
- 11. Ոչ մի քրոնիկ հիվանդություն

98. Նշեք, խնդրեմ, որքա՞ն մարմնական ցավ եք զգացել Դուք վերջին 30 օրերի ընթացքում:

- 1. Ոչ մի
- 2. Շատ թեթև
- 3. Թեթև
- 4. Միջին ուժգնության
- 5. Ծանր
- 6. Շատ ծանր

99. Ձեր առողջական վիճակը ներկայումս խանգարու՞մ է Ձեզ կատարել հետևյալ առօրյա գործողությունները *(նշեք պատասխանները ԲՈՒՈՐ հարցերի դիմաց)*:

<u>Գործողություններ</u>	Շատ է խանգարում	Քիչ է խանգարում	Չի խանգարում
a. Լողանալ կամ հագնվել:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Քայլել հարյուր մետր:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Քայլել մի քանի հարյուր մետր:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Քայլել մոտ երկու կիլոմետր:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Կքանստել, կռանալ կամ ծունկ չոքել:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Աստիճաններով բարձրանալ մեկ հարկ:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Աստիճաններով բարձրանալ մի քանի հարկ:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Գնած մթերքը բարձրացնել կամ տանել:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Սեղան տեղաշարժել, փոշեծօժիչով մաքրել:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j. Վազել, ծանրություն բարձրացնել, զբաղվել ակտիվ սպորտաձևերով:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

100. Որքանո՞վ եք Դուք բավարարված. *(նշեք պատասխանները ԲՈՒՈՐ հարցերի դիմաց)*

	Շատ դժգոհ եմ	Դժգոհ եմ	Ոչ դժգոհ եմ, ոչ էլ՝ գոհ	Գոհ եմ	Շատ գոհ եմ
1. Ձեր օրգանիզմի առողջական վիճակով:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Ձեր կենտրոնանալու և մտածելու կարողությամբ:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Ձեր սեռական կյանքով:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Այն ժամանակով, որ տրամադրում եք Ձեր ընտանիքին և ընկերներին:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Այն օգնությամբ, որ ստանում եք Ձեր ընտանիքից և ընկերներից:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Ձեր ամենօրյա գործունեությամբ:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Ձեր ազատ ժամանցի և հանգստի կազմակերպմամբ:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Ձեր ընտանիքի եկամուտով:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Հարևանությամբ օգնելու Ձեր կարողությամբ:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

101. Նշեք, խնդրենք, թե **վերջին 7 օրվա** ընթացքում Դուք որքա՞ն հաճախ եք զգացել Ձեզ այնպես, ինչպես նկարագրված է այստեղ (**Պատասխանեք, խնդրենք, ԲՈՒՈՐ հարցերին**):

	Հազվա- դեպ / երբեք (<1 օր)	Երբեմն (1-2 օր)	Բավա- կանին հաճախ (3-4 օր)	Մշտա- պես (5-7 օր)
1. Ես հուզվում էի այնպիսի բաներից, որոնք սովորաբար ինձ չեն հուզում:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Ես չէի ուզում ուտել: Վատ ախորժակ ունեի:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Ես չէի կարողանում ազատվել տխրությունից՝ անգամ ընտանիքիս և ընկերներիս օգնությամբ:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Ես զգում էի, որ լավն եմ նույնքան, որքան՝ մյուս մարդիկ:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Ես չէի կարողանում ուշադրությունս կենտրոնացնել արածիս վրա:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Ես ինձ ընկճված էի զգում:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Ես ամեն ինչ անում էի մեծ դժվարությամբ:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Ես լի էի հույսով՝ ապագայի նկատմամբ:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Ես մտածում էի, որ կյանքս իզուր է անցել:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Ես վախ էի զգում:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Ես վատ էի քնում:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Ես երջանիկ էի:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Ես ավելի քիչ էի խոսում, քան սովորաբար:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Ես ինձ միայնակ էի զգում:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. Մարդիկ անբարյացակամ էին:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. Ես վայելում էի կյանքը:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17. Ես լացի պոռթկումներ էի ունենում:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18. Ես տխուր էի:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19. Ես զգում էի, որ դուր չեմ գալիս մարդկանց:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20. Ես չէի կարողանում հունի մեջ ընկնել:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

102. Դուք երբևէ ծխե՞լ եք: 1. Այո 2. Ոչ (**Անցեք 105 հարցին**)

103. Դուք ծխու՞մ եք ներկայումս: 1. Այո 2. Ոչ (**Անցեք 105 հարցին**)

104. Քանի՞ սիգարետ եք ծխում օրվա ընթացքում: _____ սիգարետ

105. Նշեք Ձեր կարծիքը հետևյալ պնդումներից **յուրաքանչյուրի** վերաբերյալ:

	Ամենևին համա- ծայն չեմ	Համա- ծայն չեմ	Ոչ համա- ծայն եմ, ոչ էլ՝ ոչ	Համա- ծայն եմ	Լիովին համա- ծայն եմ
1. Ծխելը վնասակար է առողջության համար:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Ուրիշի ծխախոտի ծուխը շնչելը վնասակար է առողջության համար:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Հղի կնոջ ներկայությամբ ծխելը կարող է վնասել պտղին:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Աշակերտներին պետք է թույլատրել ծխել հասարակական վայրերում:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Աշխատողներին պետք է թույլատրել ծխել աշխատանքի ժամանակ:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Հասարակական վայրերում և ռեստորաններում ծխելը պետք է արգելել:.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

106. Միջինում որքա՞ն հաճախ եք Դուք մեկ բաժին ոգելից խմիչք օգտագործում (*մեկ բաժին է մի բաժակ գինին կամ մի շիշ գարեջուրը կամ մի ընկանակ լիկյորը, կոնյակը, օղին, խառը խմիչքը*):

- 1. Երբեք (*Անցեք 108 հարցին*)
- 2. Շաբաթական մեկ անգամից հազվադեպ
- 3. Շաբաթական մեկից երեք անգամ
- 4. Շաբաթական չորսից վեց անգամ
- 5. Շաբաթական յոթից տասներեք անգամ
- 6. Շաբաթական տասնչորս անգամ կամ ավելի հաճախ

107. Վերջին 30 օրվա ընթացքում քանի՞ անգամ եք խմել 5 և ավելի բաժին ոգելից խմիչք մեկ օրվա ընթացքում: (*Նշեք մոտավոր քիվը, եթե հստակ չեք հիշում*)

_____ անգամ (*Նշեք 0, եթե ոչ մի անգամ*)

108. Ձեր կյանքում եղե՞լ է արդյոք մի ժամանակաշրջան, երբ Դուք խմել եք 5 և ավելի բաժին ոգելից խմիչք՝ գրեթե ամեն օր:

- 1. Այո
- 2. Ոչ

109. Նշեք Ձեր կարծիքը հետևյալ պնդումներից յուրաքանչյուրի վերաբերյալ:

	Ամենակին համա- ծայն չեմ	Չամա- ծայն չեմ	Ոչ համա- ծայն եմ, ոչ էլ՝ ոչ	Չամա- ծայն եմ	Լիովին համա- ծայն եմ
1. Ալկոհոլի հաճախակի և մեծ քանակով օգտագործումը վնասակար է առողջությանը:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Հղիության ժամանակ ալկոհոլի փոքր քանակի (օրինակ՝ 1-2 բաժակ զարեջրի կամ գինու) ընդունումը վնասակար է պտղի համար:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

110. Դուք գիտե՞ք Ձեր բնակավայրում որևէ մեկին, ով գործածում է թմրանյութեր:

- 1. Այո
- 2. Ոչ

111. Ձեր տանն ապրողներից որևէ մեկը գործածու՞մ է թմրանյութեր:

- 1. Այո
- 2. Ոչ
- 88. Չգիտեմ

112. Նշեք, թե որքանով եք համաձայն հետևյալ պնդումներից յուրաքանչյուրին:

	Ամենակին համա- ծայն չեմ	Չամա- ծայն չեմ	Ոչ համա- ծայն եմ, ոչ էլ՝ ոչ	Չամա- ծայն եմ	Լիովին համա- ծայն եմ
1. Մարդկանց մեծ մասը կարող է բարելավել իր առողջությունը՝ փոխելով ապրելակերպը և վարքագիծը:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Իմ առողջությունը կախված է նրանից, թե որքանով լավ ես կհետևեմ ինձ:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Կարծում եմ, որ առողջ լինելը նախ և առաջ բախտի բան է:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Սովորաբար ավելի լավ է զբաղվել ինքնաբուժմամբ, քան դիմել բժշկի:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Բժշկի դիմելու փոխարեն ավելի լավ է միանգամից դեղորայք գնել դեղատնից:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Բժիշկները կարող են օգնել ինձ՝ պահպանելու առողջությունս և լուծելու առողջական խնդիրներս:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

113. Ըստ Ձեզ, թվարկված վարվելակերպերը որքանով են կարևոր մարդու առողջությունը բարելավելու համար

	Կարևոր չէ	Որոշ չափով կարևոր է	Շատ կարևոր է
1. Կանոնավոր այցելել բժիշկին կամ բուժքրոջը:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Ակտիվ կյանք վարել (կատարել ֆիզիկական վարժություններ):	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Սնվել բանջարեղենով և մրգերով հարուստ սննդով:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Չծխել	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Սահմանափակել ալկոհոլի օգտագործումը	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Շնորհակալություն Ձեր մասնակցության համար:

Հավելված 5.

Իրազեկ համաձայնագիր (Ընտանեկան հարցում, ելակետային փուլ)

Բարև Ձեզ: Իմ անունը _____ է:

Շնորհակալ եմ ինձ ժամանակ հատկացնելու համար: Առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների ծրագիրն իրականացնում է մի հետազոտություն, որի նպատակն է գնահատել բնակչության վերաբերմունքը առողջապահության ոլորտում իրականացվող բարեփոխումներին, ինչպես նաև նրանց առողջապահական գիտելիքներն ու վարքագիծը, և պոլիկլինիկական ծառայություններից օգտվելու աստիճանը: Հետազոտությունն իրականացվելու է Հայաստանի բոլոր 11 մարզերում:

Ձեր հասցեն պատահականորեն ընտրվել է Ձեր պոլիկլինիկայի հասցեների ցուցակից: Եթե Դուք համաձայնվեք մասնակցել այս հետազոտությանը, Ձեր պատասխանները կօգնեն գնահատել առաջնային բուժօգնության բարեփոխումների գործընթացը և բարելավել պոլիկլինիկական բուժօգնությունը Հայաստանում: Ուստի, խնդրում ենք հարցերին պատասխանել անկեղծ ու շիտակ:

Ձեր մասնակցությունն այս հետազոտությանը կամավոր է: Դուք ազատ եք որոշելու՝ մասնակցել, թե չմասնակցել այս հետազոտությանը: Դուք ազատ եք նաև ընդհատելու հարցազրույցը ցանկացած պահի: Սակայն մենք շատ երախտապարտ կլինեինք, եթե Դուք մի փոքր ժամանակ տրամադրեիք հարցերին պատասխանելու համար: Ձեր պատասխանները գաղտնի կպահվեն և մատչելի չեն լինի ոչ մեկին, բացի հետազոտող թիմի անդամներից, իսկ հետազոտության արդյունքները կներկայացվեն միայն հանրագումարային ձևով: Հարցազրույցը կտևի մոտ 15 րոպե: Այնուհետև Ձեզ կխնդրենք ինքնուրույն լրացնել մի կարճ հարցաթերթիկ:

Ձեզ կտրվի հետազոտող խմբի հասցեն և հեռախոսի համարը: Եթե Դուք որևէ հարց կունենաք հետազոտության վերաբերյալ, կարող եք առանց կաշկանդվելու դիմել հետազոտող խմբի անդամներին:

Կարելի՞ է շարունակել:

Հավելված 6.

Բարեկեցության միավորի հաշվարկման համար օգտագործված հարցերը և պատասխանի տարբերակներից յուրաքանչյուրին տրված կշիռը

<i>Պատասխանի տարբերակները</i>	<i>Կշիռը</i>
7. Ձեր ընտանիքի բոլոր անդամներից (ներառյալ Դուք) քանի՞սն են ներկայումս աշխատում:	
-ոչ մեկը	0.0
-մեկը	0.5
-երկուսը	1.0
-երեքը	1.5
-չորսը	2.0
-հինգը (<i>ընտրանքում ամենամեծը</i>)	2.5
86. Ընդհանուր առմամբ, ինչպե՞ս կբնութագրեիք Ձեր ընտանիքի կենսամակարդակը:	
-Միջինից բավականին ցածր	0.0
-Միջինից մի փոքր ցածր	1.0
-Միջին	2.0
-Միջինից մի փոքր բարձր	3.0
-Միջինից բավականին բարձր	4.0
87. Ինչպե՞ս է փոխվել Ձեր ընտանիքի կենսամակարդակը վերջին 12 ամսվա ընթացքում:	
-Շատ է վատացել	0.0
-Թեթևակի է վատացել	0.5
-Մնացել է նույնը	1.0
-Թեթևակի բարելավվել է	1.5
-Շատ բարելավվել է	2.0
88. Ձեր ընտանիքն ունի հետևյալ հարմարությունները սարքին վիճակում	
<i>a. Զուգարան բնակարանում</i>	
-այո	0.5
-ոչ/տվյալը բացակայում է	0.0
<i>b. Տաք ջրի բաք</i>	
-այո	1.5
- ոչ/տվյալը բացակայում է	0.0
<i>c. Գունավոր հեռուստացույց</i>	
-այո	1.0
-ոչ/	0.0
<i>d. Տեսամագիտոֆոն</i>	
-այո	1.0
ոչ/տվյալը բացակայում է	0.0
<i>e. Ավտոմեքենա</i>	
-այո	2.5
ոչ/տվյալը բացակայում է	0.0
<i>f. Ավտոմատ լվացքի մեքենա</i>	
-այո	1.5
- ոչ/տվյալը բացակայում է	0.0
<i>g. Հեռախոս</i>	
-այո	0.5
- ոչ/տվյալը բացակայում է	0.0

h. Անձնական համակարգիչ	
-այո	2.0
ոչ/տվյալը բացակայում է	0.0
i. Արբանյակային անտենա	
-այո	1.5
ոչ/տվյալը բացակայում է	0.0
j. Բջջային հեռախոս	
-այո	1.0
ոչ/տվյալը բացակայում է	0.0
յ. Անառանոց/ առանձնատուն	
-այո	3.5
ոչ/տվյալը բացակայում է	0.0
89. Սոտավորապես որքա՞ն գումար է ծախսել Ձեր ընտանիքն անցած ամսվա ընթացքում:	
-25 000 դրամից քիչ	0.0
-25 000- 50 000 դրամ	1.0
-51 000- 100 000 դրամ	2.0
-101 000- 250 000 դրամ	3.0
-250 000 դրամից շատ	4.0
