

ՄԱՅԱՑՈՒԹՅԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՊԱՏԿԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ.
ՆԵՐԿԱՅՈՒՄՍ ԵՎ ՄՈՏ ԱՊԱԳԱՅՈՒՄ

ՎԼԱԴԻՄԻՐ ԽՈՋԱԲԵԿՅԱՆ

Մահացուլթյունը թիւ բարձրանում է, բայց աշխարհում ամենացածրն է

Այս տաս-տասներկու տարիների ընթացքում բնակչութեան, մասնավորապէս երիտասարդութեան ինքնաբերական և քառասային բնույթ կրող արտագաղթի հետ միասին բնակչութեան վերարտադրութեան վրա մեծապէս ազդել է հասարակութեան սոցիալ-տնտեսական բացասական իրավիճակը: Հանրապետութեան բնակչութեան վերարտադրութիւնը չափազանց նվազել է: Ազդեցութիւնը երկակի է. եթէ ծնունդը իջել է, ապա մահացուլթյունը բարձրացել է: 1980-ական թվականների ամբողջ ընթացքում և 1990թ. առաջին երկու տարիներին Հայաստանում տարեկան ծնվում էր մոտ 80 հազ. երեխա, իսկ 2000թ. այն կազմեց 34,2 հազ.: Վիճակագրութեան ազդարարի ծառայութեան (այսուհետև՝ ԱՎԾ) տվյալներով բնակչութեան 1000 շնչի հաշվով ծննդի դործակիցը 1990թ. կազմում էր 22,5, իսկ 2000թ.՝ 9,0 երեխա:

Հանրապետութեան բնակչութեան բնական աճի տեմպերի նվազման, նրա ելևէջների վրա ազդող մյուս դործոնը ներկա փուլում կասկած է ինչպէս մահացողների բացարձակ թիվն ավելանալու, այնպէս էլ մահացութեան գործակիցները նկատելիորեն բարձրանալու հետ: 1980-ականի կեսերից մահացութեան բնականորէ գործակիցը (բնակչութեան 1000 շնչի հաշվով) թեւ դանդաղ, բայց աճի միտում էր դրսևորում: Մահացութեան բնականորէ գործակիցը 1970թ. 5,4 մարդուց 1995թ. բարձրացավ և կազմեց 6,6, իսկ 2000 թ.՝ 6,3 մարդ¹:

Ինչպէս հիշատակվեց, 1970-ականներին և մինչև 1980-ի երկրորդ կեսը հանրապետութիւնում բավականին քիչ մարդ է մահացել: Բայց 1980-ի երկրորդ կեսից մինչև 1994թ. մահացողների թիվն ավելանում է: Դա պայմանավորված էր ինչպէս երկրաշարժով, այնպէս էլ հարևան հանրապետութեան կողմից չհայտարարված պատերազմով: Օրինակ, եթէ 1985թ. հանրապետութիւնում մահացել է ընդամենը 17,1 հազ. մարդ, ապա 1988թ. նրանք կազմել են 35,6, իսկ 1993թ.՝ 27,5 հազ մարդ: 1994թ. մինչև օրս մահացութիւնը կայունանում է և տարեկան կազմում շուրջ 24,5 հազ. մարդ:

Բանն այն է, որ 1991-2000թթ. ծնվածների և մահացածների իրական պատկերը ԱՎԾ-ն ճիշտ է արտահայտում: Ինչ վերաբերում է բնակչութե-

1 Население СССР, 1987, М., 1988, с. 38. — Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք 1993-1994. Երևան, 1995, էջ 14: ՀՀ սոցիալտնտեսական վիճակը 2000 թ. Երևան, 2001, էջ 133:

յան 1000 շնչի հաշվով ծննդաբերության և մահացության վերաբերյալ պաշտոնական վիճակագրության տվյալներին, ապա դրանք հիմնված են սխալ ելակետային սկզբունքների վրա: Արդյունքում՝ ծննդաբերության և մահացության դործակիցները մեխանիկորեն նվազում են: 2000թ. ԱՎԾ-ի տվյալներով բնակչության 1000 շնչի հաշվով, ինչպես ասվեց, ծնվողների թիվը հավասար էր 9,0, մահացողներինը՝ 6,3, իսկ բնական աճը՝ 2,7 մարդու: Իրականում այդ դործակիցները պետք է հաշվարկել Հայաստանում մշտական դրանցում ունեցող բնակչությանից արտագաղթածներին բացառելու միջոցով, քանի որ նրանց ծնունդն ու մահը երկրի վիճակագրական տվյալներում չեն արտահայտվում: Տվյալ դեպքում, մեր հաշվարկներով և կանխատեսումներով, բնակչության 1000 շնչի հաշվով ծնվողների թիվը կկազմի 13,6, մահացածներինը՝ 9,5, բնական աճը՝ 4,1 մարդ:

1970-ականներին մահացության խիստ նվազումը որոշակի նշանակություն ունեցավ բնակչության աննախընթաց աճի վրա: Եթե 1970թ. մահացության դործակիցը 1950թ.² համեմատությամբ պակասել է 3,4 մարդով, նշանակում է, որ այդ չափով էլ ավելացել է բնակչության ընդհանուր թիվը:

Այսպիսով, Հայաստանի բնակչության աճի կարևոր գործոններից մեկը եղել է մահացության կրճատվելը: Դա հանգեցրել է մարդկանց կյանքի միջին տևողության երկարացմանը, որի շնորհիվ բնակչության բնական աճն ավելի դանդաղ է իջել, քան կթելադրեր ծննդաբերությունը: Այդուհանդերձ, նկատի առնելով նաև իմ հաշվարկները, 1970թ. սկսած մինչև օրս, Հայաստանը բնութագրվում է աշխարհում ամենացածր մահացություններով: Նման երևույթը հիմնականում պայմանավորված էր հանրապետության բնակչության երիտասարդ տարիքային կառուցվածքով և բուժ-սպասարկման համեմատաբար լավ մակարդակով: Սակայն մահացության ընդհանուր դործակիցը, որպես կանոն, թերևս քիչ պատկերացում է տալիս երկրի կամ տնտեսական շրջանների մահացության իրավիճակի, բնակչության բնական աճի վրա նրա ներգործության աստիճանի մասին: Օրինակ, բնակչության 1000 շնչի հաշվով, մահացության բարձր ցուցանիշը կարող է երկու կարգի գործոնների՝ բնակչության կազմում տարեց մարդկանց հարաբերական մեծ թվի կամ երեխաների ու պատանիների մահացության բարձր ցուցանիշի հետևանք լինել: Առաջինը, լինելով երկարակեցության արտահայտություն, կյանքի միջին տևողության վրա էական ազդեցություն

2 ՀՀ-ում մահացության հարցի մանրամասն քննարկումը տե՛ս Расширенное воспроизводство населения и использование трудовых ресурсов Армянской ССР в 1966-1985 гг. (научный руководитель и основной автор В. Е. Х о д ж а б е к я н). Т. 1, М., 1968, с. 44-77, Т. 3, с. 297-312. Վ. Խ ո ջ ա բ ե կ յ ա ն. Հայկական ԽՍՀ բնակչությունը և աշխատանքային ռեսուրսների վերարտադրության արդի հիմնախնդիրները. Երևան, 1976, էջ 37-46, В. Е. Х о д ж а б е к я н, Б. А с а т р я н. Демографические аспекты урбанизации в Армянской ССР. Ереван, 1990, с. 151-171; В. Е. Х о д ж а б е к я н, Ю. В а з е, Р. Ш е ф е р. Демографические проблемы и воспроизводство трудовых ресурсов. Ереван, 1983, с. 48-52. Վ. Խ ո ջ ա բ ե կ յ ա ն, Վ. Թ ո վ մ ա ս յ ա ն. ՀԽՍՀ բնակչության մահացությունը և նրա ռեզիոնալ առանձնահատկությունները. - «Լրաբեր հասարակական գիտությունների», 1988, N 11, էջ 3-15: Վ. Խ ո ջ ա բ ե կ յ ա ն. Վ. Թ ո վ մ ա ս յ ա ն. Հայաստանի Հանրապետության բնակչության բնական շարժի փոփոխությունները և առանձնահատկությունները. - «Էկոնոմիկա», 1993, N 3-4, էջ 3-16:

յուն չի գործում: Մինչդեռ մանուկների մահացուքյան բարձր ցուցանիշը զգալի չափով ներգործում է ինչպես բնակչուքյան բնական աճի, այնպես էլ կյանքի միջին տևողուքյան վրա:

Մանկամահացուքյուն

Վերը նշված տեսակետից հարցը քննարկելիս նկատելի է, որ Հայաստանում 1990-ականներից դրսևորվել է մահացուքյան այնպիսի օրինաչափուքյուն, որը դրեքթե հատուկ է բոլոր զարգացած երկրներին: 1970–1980քթթ. մահացուքյան ընդհանուր դործակցի իջնելը, իսկ 1980-ականների կեսերից մինչև օրս այդ դործակցի փոքր-ինչ բարձրանալը խստադուքյունս ուղեկցվել է մանկական և պատանեկան տարիքի բնակչուքյան մահվան դործակիցների ավելի արագ նվազման հետ: Այսինքն, բնակչուքյան բնական աճն ավելացել կամ նվազել է ոչ միայն մահացուքյան, մասնավորապես մանկամահացուքյան, ընդհանուր գործակցի նվազման համեմատ, այլև կյանքի միջին տևողուքյունը երկարելու չափով:

Ծննդի նվազման վրա էականորեն ազդում է նաև առողջապահուքյան համակարգի զարդացումը: Մինչև 1960-ական քթթ. ընտանիքում շատ երեխաներ ունենալու հավանականուքյուններից մեկն էլ երեխաների մահացուքյան չափազանց բարձր տոկոսն էր: Հայաստանում ծննդի հատուկ գործակիցների նվազումը բացատրվում էր նաև բժշկական սպասարկման և, ընդհանրապես, կենցաղային ու այլ պայմանների բարելավումով: Դա, այլ դործոնների հետ մեկտեղ, հանդեցնում էր մահացուքյան կրճատմանը: Բավական է ասել, որ 1920-ականներին Հայաստանում բարձր մահացուքյունը պայմանավորում էր նաև բարձր ծննդի մակարդակ: Այդ ընքթացքում ծննդի գործակիցը հասնում էր չտեսնված չափերի՝ 56–58 երեխա: Հետագայում առողջապահուքյան և կենսապայմանների բարելավումը հանդեցրին քթե՝ մահացուքյան, քթե՝ ծննդի դործակիցների իջնելուն: 1950-ականների վերջերին ծննդի դործակիցը կազմեց ավելի քան 40 երեխա: Այսպիսով, երեխաների կենդանի մնալու հավանականուքյունը ընտանիքի միջին թիվը կայունացնելու և նրա ներընտանեկան մեծուքյունը դիտակցորեն կարդավորելու կարևոր երաշխիք է³: Մանկական մահացուքյան մշտական իջեցումը հնարավորուքյուն է տվել ընտանիքում ունենալ երեխաների ցանկացած թիվը: Մինչդեռ նյութական վատ պայմանների և անբավարար բժշկական սպասարկման հետևանքով, ծնված երեխաների միայն մի մասն էր ապրում մինչև որոշակի տարիք: Տվյալ դեպքում ծննդաբերուքյան ցածր մակարդակը չէր կարող ապահովել բնակչուքյան ոչ միայն ընդլայնված, այլ նուքյունիսկ պարզ վերարտադրուքյունը: Ըստ որում մահացուքյան դործակիցների համաձայն, 1913քթթ. ծնված 1000 երեխայից մինչև մեկ տարեկան դառնալը մահանում էին 204-ը, 1960քթթ.՝ 66-ը: Նրանցից մինչև 15–20 տարեկան էր դառնում միայն ծնվածների կեսից էլ պակաս մասը: Նման դեպքերում ընտանիքը պետք է ունենար շատ երեխաներ, մահացածներին փոխարինելու համար: Կային ընտանիքներ, որ ունենում էին 10–12 երեխա, բայց նրանցից կենդանի էին մնում միայն 1–2-ը: Կային ընտանիք-

3 И. Ю. П и с а р е в. Население и труд в СССР. М., 1966, с. 144.

ներ, որոնցում ծնված բոլոր երեխաներն էլ կենդանի էին մնում կամ կորուստը քիչ էր, քիչ երեխաներ էին ունենում, կամ էլ բնավ չէին ունենում: Մեր հաշվարկները ցույց են տալիս, որ ամեն մի ամուսնացող զույգ, որպեսզի կարողանար ապահովել ընտանիքի սլարզ վերարտադրությունը, այսինքն՝ 2 երեխա մինչև 30 տարեկան հասցնելը, 1939թ. միջին հաշվով պետք է ունենար 2,81, 1950թ.՝ 2,33, 1970թ.՝ 2,13, իսկ 2000թ.՝ 2,07 երեխա: Ընտանիքում շատ երեխաներ ունենալու հարցում դեր էր խաղում նաև ծնվողների թիվը կարգավորելու անհնարինությունը: Կինը այնքան երեխա էր ունենում, որքան իր ֆիզիկական հնարավորություններն էին թույլ տալիս: Ներկայումս առողջապահությունը ընտանիքում երեխաների թիվը կարգավորելու հարցում մեծ դեր է խաղում:

Առաջինը, ընտանիքը կարող է կարգավորել իր երեխաների թիվը, ունենալ այնքան երեխա, ինչքան ինքն է ցանկանում:

Երկրորդ կարևոր սլայմանը ծնված երեխաների կենդանի մնալու հավանականությունն է: Եթե առաջ ծնվածների մեծ մասը մահանում էր, և ծնողները մտահոգ էին իրենց երեխաների կենդանի մնալու հավանականության համար, ապա այժմ այդպիսի մտահոգություն գրեթե չկա, թերծնված երեխան էլ մնում է կենդանի: Իհարկե, ինչպես վերը հիշատակվեց, ներկայումս քիչ ծնունդը և ընտանիքների փոքրանալը ունի նաև այլ պատճառներ:

Եթե 1970թ. Հայաստանում մինչև մեկ տարեկան դառնալը 1000 երեխայից մահացել էր շուրջ 25,5-ը, 1990թ.՝ 18,6-ը, ապա 2000թ. այդ թիվն իջել և կազմել է շուրջ 15,6 երեխա:

Այդ մասին է վկայում հետևյալ աղյուսակը:

Աղյուսակ 1

Մանկամահացությունը Հայաստանում 1970-2000թթ.
(մինչև 1 տարեկանում մահացածները՝ 1000 ծնվածի հաշվով)⁴

Տարեթվեր	Ընդամենը մահացածներ	
	աղջիկ	տղա
1970	25	26
1975	28	32
1980	25	28
1985	24	26
1990	16	20
1995	13	16
1996	14	17
1997	13	17
1998	13	16
1999	13,4	17,2
2000	13,6	17,4

⁴ Հայաստանի կանայք և տղամարդիկ.՝ Վիճակագրական ժողովածու. Երևան, 1999, էջ 20:

Համեմատության համար նկատենք, որ միջինասիական երկրների, Ղազախստանի և Ադրբեջանի համապատասխան ցուցանիշի նկատմամբ, մահկամահացությունը Հայաստանում չափազանց ցածր թիվ է կազմում, բայց ԱՊՀ մյուս երկրների համեմատ (բացառությամբ Մոլդովայի)՝ այդ դործակիցը բավականին բարձր է: Օրինակ, Թուրքմենստանում յուրաքանչյուր 1000 ծնվածից մինչև մեկ տարեկան դառնալը 1990թ. մահանում էր 45,2-ը, այն դեպքում, երբ Միուլթյան միջինը 21,8 երեխա էր, Լիտվայում՝ 10,3, Բելուստում՝ 11,9, էստոնիայում՝ 12,3, Ուկրաինայում՝ 12,9, Լատվիայում՝ 13,7, Վրաստանում՝ 15,9, Ռուսաստանում՝ 17,4, Հայաստանում՝ 18,6: 2000թ., ինչպես նշվեց, Հայաստանում այն կազմել է 15,6 երեխա, այդ թվում՝ աղջիկները 13,6, իսկ տղաները 17,4:

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների ամենացածր մահացությունը եղել է Ճապոնիայում: Այստեղ ծնված յուրաքանչյուր 1000 երեխայից մինչև մեկ տարեկան դառնալը մահացածների թիվը 1986թ. կազմել է 5 երեխա, Շվեդիայում՝ 6, Շվեյցարիայում՝ 7, Նիդեռլանդներում, Ֆրանսիայում, ԳՖՀ-ում՝ 8, ԳԴՀ-ում՝ 9 երեխա:

Հայաստանում ցածր մահկամահացությունը պայմանավորված է նաև մի այնպիսի յուրահատուկ դործոնով, ինչպիսին ամուսնական կապերի ամրությունն է: Բնակչության 1000 շնչին բաժին ընկնող ամուսնալուծությունների թվով նույնպես, ՀՀ-ն աշխարհում բնութագրվում է ցածրագույն ցուցանիշներով: 1970-1995թթ. ամուսնալուծության գործակիցը (բնակչության 1000 շնչի հաշվով) աննշան չափով տատանվել է 1-ի, իսկ 1996-1997 թթ. 0,5-ի շուրջը: 1998 թ. այն կազմել է 0,4, 1999 թ.՝ 0,3: 1990թ. ամուսնալուծվածների ընդհանուր թիվը կազմել է 4347, 1996թ.՝ 2604, 1999թ.՝ 1271, 2000 թ.՝ 1341 մարդ: 1990 թ. խորհրդային Միությունում ամուսնալուծության միջին գործակիցը կազմել է 3,3 մարդ, ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Լատվիայում՝ 4 մարդ:

Հայտնի է, որ ամուսնալուծված կամ ամուսնական կապերից դուրս գտնվող կանանց մոտ, չկարգավորված կյանքի և էքսցեսների հետ կապված, մանուկների հիվանդությունները և մահվան դեպքերը, որպես կանոն, 20-25 % ավելի շատ են, քան կայուն ընտանիքներում: Ընդամեն, տարբերություններն առավել մեծ են դժբախտ դեպքերի, սրտանոթային համակարգի և աղեստամոքսային տրակտի հիվանդությունների դեմ: Հատկանշական է, որ ամուսնական կապերի բացակայությունը կամ գրանց խզումը անմիջական ազդեցություն է ունենում ոչ միայն հասուն տարիքի մարդկանց մահացության աճի վրա, այլև հանգեցնում է երեխաների, այդ թվում մանուկների մահացության բարձրացմանը: Ընտրանքային հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ամուսնական կապերից դուրս ծնված կամ ամուսնալուծված ծնողների երեխաների մահացությունը 0,7-1,0 անգամ ավելի բարձր է, քան կայուն ընտանիքներում ծնվածների մոտ:

Արտագաղթի պայմաններում ավելանում են նաև ամուսնալուծությունները, թեև հայ ժողովրդին հատուկ է եղել աշխարհում ամուսնալուծության ամենացածր ցուցանիշը: Վերջինս բացատրվում է նրանով, որ

Հայ ընտանիքները մեծ են եղել, երեխաների թիվը՝ շատ: Ամուսինները միմյանց հետ ինչքան էլ որ վատ հարաբերությունների մեջ գտնվելիս լինեն, ծանր ու թեթև են անում և որոշ ժամանակից հետո անախորժությունները մատնում մոռացության: Նրանք միշտ խորհում են այն մասին, որ միմյանցից բաժանվելու և նոր ընտանիք կազմելու դեպքում իրենց երեխաները կմնան խորթ մոր կամ խորթ հոր «հոգածությունը»: Եվ վերջին հաշվով հաղթում է առողջ բանականությունը:

Կյանքի սպասվելիք տևողությունը

Բնակչության կազմում տարիքավորների բարձր տեսակարար կշիռը թեյադրում է ինչպես բնակչության մահացության բարձր մակարդակ, այնպես էլ հիվանդությունների բնույթի և մահացածների տարիքային կառուցվածքի փոփոխություն: Մինչև 1980-ականների վերջերը հանրապետության բնակչության թվակազմում «ծեր» բնակչության թիվը զգալիորեն ցածր էր Արևմտյան Եվրոպայի կապիտալիստական երկրների և ԽՍՀՄ-ի եվրոպական մասի հանրապետությունների համեմատությամբ: Այդ պատճառով էլ այդ երկրներում մահացության ընդհանուր գործակիցը կազմում է 9-13 մարդ, այն դեպքում, երբ այդ երկրները բնութագրվում են ցածր մահամահացությամբ⁶: Մինչդեռ զարգացող (երրորդ) երկրներում բարձր մահացությունն առաջին հերթին պայմանավորված է մահկամահացության բարձր գործակիցով, քանի որ այնտեղ «ծեր» բնակչությունը շատ ավելի քիչ տոկոս է կազմում, քան Հայաստանում: Բայց, ի տարբերություն վերջիններիս, Հայաստանը բնութագրվում է մի քանի անգամ ավելի ցածր մահամահացությամբ:

Հայաստանում բնակչության մահացության ասպարեզում գործել է այն օրինաչափությունը, որ տարիքային խմբերի ծայրաբևեռներից մեկում մահացության գործակիցի նվազումը կանխորոշել է նրա բարձրանալը մյուս ծայրաթևում: Դա չէր կարող չանգրադառնալ ժողովրդագրական այլ ցուցանիշները, այդ թվում ծննդի մակարդակի, ինչպես նաև բնակչության կյանքի սպասվելիք տևողության վրա:

Երեխաների մահացության նվազումը, որը հանգեցնում է կյանքի սպասվելիք տևողության երկարացմանը, որոշ ժամանակ անց պայմանավորում է բնակչության տարիքային կազմի փոփոխություն՝ հօգուտ տարիքավորների: Արտադրողական ուժերի զարգացման ցածր մակարդակ ունեցող երկրներում, ուր բնակչության անբավարար կենսամակարդակի հետ միասին բավարար չէ նաև բժշկական սպասարկումը, մանուկների մահացությունը բարձր է, ծննդաբերության բնական մակարդակի պահպանումը ուղեկցվում է բարձր մահացությամբ, որը «նոսրացնում է մարդկանց շարքերը՝ դեռևս ծերության տարիքին չհասած»: Այդ պատճառով էլ բնակչության (հետևապես և մահացության) ընդհանուր թվի մեջ իջնում է տարեց մարդկանց տեսակարար կշիռը: Այդպիսի երկրներում տարեց մարդկանց թիվը շատ քիչ է: Մինչդեռ բնակչության կյանքի տևողության ա-

6 Народное хозяйство СССР, 1988, с. 659.

վեյանալը հանդեցնում է մահացածների ընդհանուր թվի մեջ հենց տարեց մարդկանց տեսակարար կշռի բարձրացմանը:

Ցածր մահացուլթյան շնորհիվ, ծնվողների հաշվով, կյանքի սպասվելիք տևողությամբ Հայաստանը ԽՍՀՄ-ում 1986-1987թթ. բնութագրվում էր ամենաբարձր ցուցանիշներով: ԽՍՀՄ-ում միջին հաշվով այն կազմում էր 69,8 (տղամարդկանցը՝ 65,0, կանանցը՝ 73,8) տարի: Հայկական ԽՍՀ-ում այն 73,9 տարի էր (տղամարդկանցը՝ 71,0, կանանցը՝ 76,2):

Կյանքի սպասվելիք տևողությունը տարիների այն թիվն է, որ ծնվող սերունդը, միջին հաշվով, պետք է ապրի, պայմանով, որ այդ սերնդի ողջ կյանքի ընթացքում մի տարիքից մյուսն անցնելիս մահացությունը տարիքային տարբեր խմբերում հավասար կլինի բնակչության մահացության ժամանակակից մակարդակին: Կյանքի սպասվելիք միջին տևողության ցուցանիշը աղատ է բնակչության տարիքային կազմի և կառուցվածքի տարբերությունների ազդեցությունից:

Հայաստանում կյանքի տևողությունը ներկայացվում է հետևյալ աղյուսակում:

Աղյուսակ 2

Կյանքի տևողությունը Հայաստանում 1958-1999 թթ.⁷

Տարեթվեր	Քառաք		Գյուղ		Ընդամենը	
	Կ	Տ	Կ	Տ	Կ	Տ
1958-1959	70	66	72	68	71	67
1969-1970	-	-	-	-	75	70
1979-1980	76	70	76	69	76	69
1989	73	68	74	68	75	69
1990	73	68	75	68	73	67
1991	-	-	-	-	76	69
1992	75	68	76	69	75	69
1993	74	68	74	68	74	68
1994	75	68	75	69	75	68
1995	76	68	76	70	76	69
1996	76	69	76	70	76	69
1997	77	70	77	70	77	70
1998	78	71	78	71	78	70
1999	75	70	76	71	75,5	70

Կանանց կյանքի սպասվելիք տևողության ամենաբարձր ցուցանիշով 1986-1987թթ. բնութագրվում էին Լատվիայի կանայք, որոնց մոտ այն կազմում էր 76,6 տարի: 1990թ. ԽՍՀՄ-ում կյանքի սպասվելիք միջին տևողությունը կազմում էր 69,2 (այդ թվում՝ տղամարդիկ՝ 64,2, կանայք՝ 73,8), Հայաստանում՝ 70,4 (տղամարդիկ՝ 67,4, կանայք՝ 73,3), զբաղեցնելով

⁷ Ընաանիքը և երեխաները Հայաստանում.- Վիճակագրական ժողովածու. Երևան, 2000, էջ 14:

երկրորդ տեղը: 1999թ. կյանքի սպասվելիք միջին տևողությունը Հայաստանում կազմել է 73,2 տարի (տղամարդկանց մոտ 70,0, կանանց մոտ 75,5): Մինչդեռ այդ ցուցանիշով ամենացածր տեղը զբաղեցնում են միջինասիական (մասնավորապես Թուրքմենիան) հանրապետությունները: Վերջինում այն 1990թ. տվյալներով կազմում էր 66,4 տարի (տղամարդկանց մոտ՝ 62,9, կանանց մոտ 69,7): Դա առաջին հերթին բացատրվում է մանկամահացությունների բարձր գործակցով:

Մահացությունների տարածքային և սեռատարիքային առանձնահատկությունները

Հայաստանի բնակչության մահացության տարածքային առանձնահատկությունների ուսումնասիրումը վկայում է 1990-2000թթ. քաղաքային և գյուղական բնակչության մահացության գործակիցների մերձեցման մասին: Եթե ոչ հեռավոր անցյալում, ապա 1990թ. հանրապետության գյուղական բնակավայրերում բնակչության մահացությունը 10–15 % ավելի բարձր էր, քան քաղաքներում (1990թ. այն համապատասխանաբար կազմել է 6,7 և 6,0 պրոմիլ), ապա 1993-1994թթ. այդ ցուցանիշները գրեթե հավասարվեցին: Նախկինում տարբերությունը գլխավորապես բացատրվում էր այն հանգամանքով, որ Հայաստանում քաղաքային բնակավայրերը գյուղականների համեմատ բնութագրվում էին սոցիալ-տնտեսական և կուլտուրական զարգացման ավելի բարձր մակարդակով, աշխատանքի և կենցաղի առավել բարենպաստ պայմաններով, բնակչության ավելի երիտասարդ տարիքային կազմով: Վերջինս, իր հերթին, գյուղական շրջանների երիտասարդ տարիքի բնակչության հաշվին քաղաքային բնակչության ավելացման հետևանք է:

Տարբեր տարածքներում մահացության վրա էականորեն ազդեց 1988թ. Սպիտակի երկրաշարժը: Երկրաշարժի գոտում մահացության մակարդակը կտրուկ բարձրացավ: Բնական է, որ հանրապետության բնակչության մահացության վրա երկրաշարժի բացասական հետևանքներն իրենց զգալի տվեցին նաև հաջորդ տարիների ընթացքում: Դա թելադրվում էր մարդկանց մոտ դեռևս դիտվող նյարդահոգեբանական լարվածության աճով, ֆիզիկական վնասվածքների և այլ գործոնների առկայության հետևանքով բնակչության մահացության ընդհանուր գործակցի բարձրանալով:

Հայաստանում մանկամահացության տարածքային գործակիցների ուսումնասիրությունը վկայում է վերջին տարիներին այդ երևույթներում տեղ գտած մի առանձնահատկության մասին: Բանն այն է, որ մինչև 1988թ. աղետը, հանրապետության քաղաքներում այդ ցուցանիշը միշտ ավելի ցածր է եղել, քան գյուղական բնակավայրերում: Դա կասկած է եղել նաև գյուղական բնակավայրերում ծառայությունների ոլորտի, հատկապես բժշկական սպասարկման ցածր մակարդակի հետ (որոշ ցուցանիշների դեպքում գյուղերը քաղաքներին զիջել են): Սակայն 1988 թ. վերջից հանրապետության քաղաքային բնակավայրերում մանկամահացության գործակիցը գրեթե մշտապես գերազանցել է գյուղերի համապատասխան ցուցանիշին: Անմիջականորեն երկրաշարժի հետևանքով աշխարհագրական (ա-

ղետր ավելի ուժեղ հարվածեց քաղաքներում բնակվողներին), տնտեսական (փոքր ծախսերի և շինարարության ժամկետների կարճատևության շնորհիվ, առաջին հերթին վերականգնվեց գյուղական շրջանների ենթակառուցվածքը), բարոյահոգեբանական (գյուղական բնակչության կենսունակության աստիճանը) պատճառներից բացի, տվյալ երևույթը նաև հանրապետության, հատկապես քաղաքային բնակավայրերում ստեղծված ծանր սոցիալ-տնտեսական մթնոլորտի, այդ թվում աշխատանքային և կենցաղային պայմանների կտրուկ վատթարացման հետևանք է և այլն: Այդ են վկայում մանկամահացության կառուցվածքում տեղ գտած փոփոխությունները: Ներկայումս մինչև մեկ տարեկան մանուկների մահվան դեպքերի գրեթե կեսը բաժին է ընկնում բնածին արատներին և պերինատալ շրջանում առաջացած հիվանդություններին: Քաղաքներում բժշկական պրոֆիլակտիկ աշխատանքներում տեղ գտած խոշոր թերությունների, բնակչության նյարդահոգեբանական ոչ նորմալ վիճակի, զուտ կենցաղային բնույթի խնդիրների աճի, սննդի ոչ բավարար որակի մասին է վկայում նաև 1980-ական թվականների վերջերից սկսած վարակիչ և մակարոնածական հիվանդությունների հետևանքով մահացության բավականին բարձր մակարդակը, թեև այն, 1993թ. սկսած, իջնելու միտում է դրսևորում⁸:

Հանրապետության բնակչության մահացության պատկերում դիտվող մյուս օրինաչափությունն այն է, որ կանանց համեմատությամբ տղամարդկանց մահացության ընդհանուր դործակիցն ավելի բարձր է: 1980-1981թթ. տղամարդկանց մահացության ընդհանուր դործակիցը կազմում էր 5,9, կանանցը՝ 4,9 մարդ: 1990թ. դրանք համապատասխանաբար կազմել են 7,24 և 5,91, 2000թ.՝ համապատասխանաբար 6,7 և 6,0 մարդ: Ստացվում է, որ մահացության ընդհանուր մակարդակի բարձրացման դեպքում տղամարդկանց և կանանց մահացության տարբերությունը 1980թ. 1 մարդուց 1990թ. ավելացել և հասել է 1,33, իսկ 2000թ.՝ 0,7 մարդու⁹: Այդ երևույթը հիմնականում հետևանք է տղամարդկանց աշխատանքային և հասարակական գործունեության բարդության, նրանց օրգանիզմի վրա մի շարք ներքին ու արտաքին բացասական գործոնների ազդեցության: Ընդամենն, եթե նախկինում ծանրությունը հիմնականում ընկնում էր տղամարդկանց մկանային համակարգի վրա, ապա հետագայում ավելացավ նրանց օրգանիզմի նյարդահոգեբանական լարվածությունը: Այդ պատճառով փոխվեց նաև տղամարդկանց մահվան պատճառների կառուցվածքը: Դժբախտ պատահարներից, վնասվածքներից մահվան դեպքերն իրենց տեղը աստիճանաբար զիջել են, այսպես կոչված, դեներատիվ հիվանդություններին՝ սրտանոթային անբավարարությանը, հիպերտոնիային և այլն: Ներկայումս Հայաստանում աշխատանքային ծանրությունը դարձյալ ընկնում է մկանային համակարգին, հատկապես գյուղական վայրերում, քանի որ աշխատանքները հիմնականում կատարվում են ձեռքով:

8 Վ. Խ ո ջ ա բ ե կ յ ա ն, Վ. Թ ո վ մ ա ս յ ա ն. Հայաստանի Հանրապետության բնակչության բնական շարժի փոփոխությունները և առանձնահատկությունները:

9 Население СССР, 1987, с. 338; Демографический ежегодник, 1991, с. 246. ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2000 թ., էջ 133:

Տղամարդկանց համեմատությամբ կանանց ավելի բարձր կենսունակությունը նաև գենետիկ առանձնահատկությունների արդյունք է: Կանայք ավելի դիմացկուն են կյանքի և կենցաղի ոչ բարենպաստ պայմանների նկատմամբ: Տարբեր սեռերի մոտ մահացության մակարդակների տարբերությունը նկատվում է կյանքի առաջին տարուց սկսած, որի ընթացքում աղջիկների համեմատությամբ 20–25 %-ով ավելի շատ տղա է մահանում: Համաշխարհային վիճակագրությունը վկայում է, որ գրեթե բոլոր երկրներում միշտ էլ ավելի շատ տղաներ են ծնվում, քան աղջիկներ: Բայց տղաների ավելի բարձր մահացության պատճառով կյանքի 2–3-րդ տարում տղաների և աղջիկների թիվը հավասարվում է: Այդպես է նաև Հայաստանում: 1970թ. սկսած մինչև օրս, Հայաստանում 1000 ծնվածից մինչև 1 տարեկան աղջիկների համեմատ 3–4 տղա ավելի շատ է մահանում:

Հանրապետության տղամարդկանց և կանանց մահացության գործակիցների միջև ամենամեծ տարբերությունը նկատվում է 16–30 տարիքային խմբում: Դա կապված է տղամարդկանց վնասվածքների, դժբախտ պատահարների և աշխատանքային վատթար պայմանների հետևանքով առաջացած մահացության հետ: Գաղտնիք չէ, որ վտանգավոր և տաք արտադրություններում, դրսում, ստորգետնյա աշխատանքներում հիմնականում ընդգրկված են տղամարդիկ: Տղամարդկանց մահացությունը բարձր է նաև 50–60 տարեկանների մոտ: Այդ տարիքում նրանք ավելի շատ են մահանում արյան շրջանառության համակարգի, շնչառական օրգանների հիվանդություններից և նորագոյացություններից:

Մահվան պատճառները և սեզոնայնությունը

Ցածր մանկամահացությունն ուղեկցվում է մահացության ընդհանուր գործակցի բարձրացմամբ: Մահացածների կազմում ավելանում է ծեր տարիքի անձանց բաժինը: Դա, իր հերթին, բարձրացնում է մահացության ընդհանուր մակարդակը և փոխում ինչպես հիվանդությունների բնույթը, այնպես էլ մահացության տարիքային կառուցվածքը¹⁰ (տե՛ս աղյուսակ 3):

Մահվան պատճառները խստորեն տարբերվում են իրարից նաև առանձին տարիքային խմբերում: Դա հատկապես ցայտուն դրսևորվում է բնակչության տարիքային կազմի ծայրակետերում, նրա բեկներում: ՀՀ բնակչության մահացության պատկերի հետազոտությունը թույլ է տալիս ասելու, որ մանկամահացության հիմնական պատճառները ստորաբաժանվում են հիվանդությունների հետևյալ խմբերի՝ 1) շնչառական օրգանների, 2) վարակիչ և մակաբուծական, 3) մարսողական օրգանների, 4) պերինատալ և այլ հիվանդությունների:

10 Վ. Ե. Խոջաբեկյան. Հայկական ՍՍՀ բնակչությունը և աշխատանքային ռեսուրսների վերարտադրության արդի հիմնախնդիրները. Երևան, 1998, էջ 41:

Աղյուսակ 3

ՀՀ բնակչության մահացությունն ըստ մահվան պատճառների
դասակարգման (մահացածները բնակչության 100000 մարդու հաշվով)¹¹

	1990	1992	1993	1995	1996	1998	2000
Բոլոր պատճառները*	620,4	700,7	736,9	660,9	660,8	661,6	627
այդ թվում.							
հիվանդություններ							
վարակիչ և							
մակարոնեական	13,0	14,5	11,0	9,4	8,5	8,0	6,8
նորագոյացություններ	99,9	99,1	96,1	91,9	97,6	101,1	104,7
արյան							
չրջանառության							
համակարգ	305,9	360,6	390,5	358,0	351,2	325,0	344,8
չնչառական օրգաններ							
մարսողական	50,3	45,9	44,9	42,6	45,1	32,2	35,9
օրգաններ							
դժբախտ	21,1	24,1	27,8	23,8	24,5	21,6	21,5
պատահարներ,							
թունավորումներ և							
վնասվածքներ	55,6	69,3	62,8	45,4	41,2	34,9	28,6

Հայաստանի Հանրապետության բնակչության համար մահացության հիմնական պատճառներն են արյան չրջանառության համակարգի հիվանդությունները (ավելի քան 50 %) և նորագոյացությունները (ավելի քան 15 %), չնչառական օրգանների հիվանդությունները, դժբախտ դեպքերը և պատահարները: Եթե մնացած պատճառներից առաջացած մահացությունները 1990–2000թթ. չնչին չափերով նվազման միտում են դրսևորում, ապա արյան չրջանառության համակարգի և նորագոյացությունների պատճառով տեղի ունեցող մահացություններն ավելանում են: Շնչառական օրգանների հիվանդություններից մահվան դեպքերը հատկապես կրճատվել են 1980թ. սկսած: Եթե 1987թ. այդ հիվանդության հետևանքով 100000 բնակչի հաշվով մահանում էր 77 մարդ, 1990թ.՝ 50,3 մարդ, ապա 2000թ. մահանում էր 35,9 մարդ: Դա հիմնականում կապված է Հանրապետության տնտեսական չրջափակման, շատ արդյունաբերական ձեռնարկությունների

¹¹ Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք 1993–1994թթ., էջ 19, հաշվարկված է ՀՀ սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2000 թ. 135 էջի հիման վրա:

*Ինչպես տեսնում ենք, աղյուսակում մահացության տվյալները հաշվարկված են մշտական բնակչության 100000 մարդու հաշվով: Այդ մոտեցումը այնքան էլ ճիշտ չէ, քանի որ մշտական բնակչության մի զգալի մասը արտագաղթի մեջ է: Մինչդեռ մահացածների թիվն իրականում ավելի սլական է ստացվում: Ճիշտ կլինի ներկայացնել մահացածների բացարձակ թիվը: Այդ տվյալներով բնակչության մահացությունն ըստ մահվան բոլոր պատճառների՝ 2000թ. կազմել է 23842 մարդ: Այդ թվում վարակիչ մակարոնեականը՝ 260, նորագոյացություններինը՝ 3981, արյան չրջանառության համակարգինը՝ 13109, չնչառական օրգաններինը՝ 1365, մարսողական համակարգինը՝ 814, դժբախտ պատահարները, թունավորումները, վնասվածքները միասին վերցրած՝ 1084, ինքնասպանությունները՝ 54, սպանությունները՝ 89:

լուծարման կամ մասշտաբների կրճատման և այլ հանգամանքների հետ, որոնց հետևանքով էականորեն նվազել են մթնոլորտի աղտոտման հիմնական պատճառ հանդիսացող երկու կարևորագույն գործոնների՝ արդյունաբերությունից և ավտոտրանսպորտի շահագործման մասշտաբները: Մահացությունից կառուցվածքում ի հայտ եկած այս առանձնահատկությունները, մյուս կողմից, ուղեկցվել են 1990-ականին սկիզբ առած տնտեսական և առաջին հերթին էներգետիկ ճգնաժամի ազդեցությամբ պայմանավորված մահացությունից սեզոնայնությունից մեջ գիտվող մի օրինաչափության ավելի ցայտուն դրսևորումով: Այստեղ տեղին է ընդգծել, որ մահացությունից ինտենսիվությունից փոփոխությունից կախվածությունը տարվա եղանակներից, պարզորոշ վկայում է շրջապատող միջավայրի բացասական ազդեցությունից մարդկային կյանքը պահպանելու գործում հասարակության փոքր հնարավորությունների մասին: Մահացության դիալեկտիկան՝ ամառային մահվան դեպքերից ձմեռայինի կուտակման, իսկ հետագայում նաև անցման՝ մահացությունից միջսեզոնային տիպի մեջ է: ՀՀ վերջին տարիներին գտնվում էր ձմռան ամիսներին մահացությունից կենտրոնացման փուլում¹²: Մասնավորապես 1988–2000թթ. ձմռան ամիսներին հանրապետությունում 0,8–1,0 անգամ ավելի շատ մահվան դեպքեր են գրանցվել, քան միջին հաշվով մյուս ամիսներին: Քաղաքակենտրոնացված միջավայրում, օրինակ, քաղաքային բնակավայրերում, նշված ցուցանիշը նախկինում փոքրինչ բարձրացել էր հիմնականում երևանի հաշվին, որտեղ ձմռան ամիսներին, հատկապես հունվարին, մահացությունից բարձր ցուցանիշը գլխավորապես կենսոլորտի գործոնների հետևանք էր:

Հանրապետությունում առկա սոցիալ-տնտեսական լարվածության սրման և գյուղական բնակավայրերի կենցաղային ու այլ պայմանների առանձնահատկությունների հետ կապված պետք է ենթադրել, որ այդ տարբերություններն առաջիկա տարիներին էլ ավելի կմեծանան և, ընդհանուր առմամբ, ձմռան ամիսներին ՀՀ բնակչության մահացությունից կուտակման միտումն ավելի կուժեղանա: Այսինքն, անցումը մահվան միջսեզոնային տիպին մոտակա տարիներին դեռևս տեղի չի ունենա:

Մահացությունից տարիքային կազմի, հիվանդությունների կառուցվածքի և սեզոնայնությունից տեսակետից համանման պատկեր, աննշան փոփոխություններով, դիտվում է նաև հանրապետության առանձին շրջաններում: Փաստորեն ամբողջ Հայաստանում մինչև 1990թ. սկիզբը ձևավորվել էր մահացությունից գրեթե նույնատիպ իրավիճակ, որը հատուկ է տնտեսական զարգացման և ապագա կյանքի տևողության միջին ցուցանիշներով բնութագրվող երկրներին:

Վերջին տարիների ընթացքում Հայաստանում բնակչության մահացությունից աճի միտումը, որը կշարունակվի նաև մոտ ապագայում և հեռանկարում, հիմնականում բխում է հետևյալ երեք խումբ գործոններից. 1) սոցիալ-տնտեսական, 2) քաղաքական, 3) ժողովրդագրական:

Առաջին և երկրորդ խումբը պայմանավորող գործոններն իրենց դրսևորումներն են գտնում կենսապայմանների վատթարացման, իսկ երրորդը բնակչության տարիքային կազմի փոփոխությունների, ՀՀ ժողովրդագրա-

12 В. Е. Х о д ж а б е к я н, Б. А с а т р я н. Նշվ. աշխ.:

կան զարգացման արդի փուլում տարիքավոր և ավելի ծեր տարիքի բնակչության թվի ավելացման մեջ: Այդ բոլորով հանդերձ, մանուկների մահացության բացարձակ թվի և երեխաների մինչև մեկ տարեկան դառնալը մահացության կրճատումը, ցավոք, կենսապայմանների, բժշկական սպասարկման և ծառայությունների բարելավման արդյունք է: Նախ, այն բացատրվում է բացարձակ ծննդի կտրուկ նվազումով: Երկրորդ, նրանց մի մասը իր մահկանացուն կնքում է հանրապետության սահմաններից դուրս և տեղում վիճակագրական հաշվառման չի ենթարկվում, քանի որ արտագաղթի մեջ են: Այսինքն, այդ տվյալները մանկամահացության իրական պատկերը չեն արտահայտում:

Հայաստանում մոտ ապագայում և հեռանկարում մահացության բարձրացման վրա էական ազդեցություն կունենա հասարակության ծերացումը: Այդ գործընթացը սկսվեց միանգամից և ձևավորվեց կրկու ճանապարհով: Առաջինը բնական ճանապարհն էր, որով անցել են զարգացած երկրները, երբ աստիճանաբար նվազում է ծնունդը, ավելանում 65 և ավելի տարիք ունեցողների թիվը: Երկրորդ ճանապարհը սկիզբ առավ մեծ արտագաղթով, որի հետևանքով բնակչության կազմում արհեստականորեն ավելացան 65 և ավելի տարիք ունեցողները: Գործընթացը շարունակվում է, և Հայաստանը գառնում է «ծերացած» երկիր, քանի որ XXI դ. ողջ ընթացքում որոշակի փոփոխություն կստանա բնակչության տարիքային կազմը: Դա նշանակում է, որ բնակչության ընդհանուր թվազատի մեջ անչափահասների և երեխաների (0–14 տարեկաններ) բաժնի նվազումը կուղեկցվի թոշակառուների բաժնի ավելանալու հետ: Դրա հետ մեկտեղ XXI դ. առաջին տասնամյակի կեսերից կսկսվի նաև աշխատունակ տարիքի բնակչության «ծերացումը»:

XXI դ. ընկալչության տարիքային կազմի փոփոխության վրա նշմարելի հետք են թողնելու ծննդի և մահացության ցուցանիշները: Իրոք, նոր դարի առաջին կեսերին «ծերացման» անկանխելի ընթացքը «դանդաղելու» առումով թույլ ազդեցություն կունենա XXI դ. որոշ փուլերում ծնվող երեխաների թվի չնչին աճը: Հետագա փուլերում կավելանա նաև աշխատանքային տարիքի բնակչության (ուստի նաև ամուսնացողների) թիվը, որը կնպաստի բնակչության կազմում 0–14 տարեկանների բաժնի աննշան չափերով ավելանալուն: Բայց միևնույն է, XXI դ. ողջ ընթացքում 0–14 տարեկանների բաժինը բնակչության մեջ անկանխելիորեն կիջնի ու կիջնի:

Ինչպես կղերսևորվի մահացությունը մոտ ապագայում

XXI դ. ընկալչության բնական աճի տեմպերի նվազման, նրա ելևէջների վրա ազդող մյուս գործոնը կապված է ինչպես մահացողների բացարձակ թիվն ավելանալու, այնպես էլ մահացության ընդհանուր դորձակցի նկատելիորեն բարձրանալու հետ:

Բնակչության տարիքային կազմի փոփոխությունները XXI դ. առավել ևս կհանդեպեն հիվանդությունների և մահացությունների տարիքային կազմի էական փոփոխության:

Նոր դարում նույնպես մահացածների ընդհանուր թվի մեջ ամենափոքր տեսակարար կշիռը անչափահասների հետ կկազմեն աշխատանքային տարիքում մահացողները, չնայած բնակչության տարիքային խմբերի ընդգրկման տեսակետից նրա շրջանակներն ամենամեծն են: Հասկանալի է, որ ապագայում աշխատունակ տարիքում մահացությունը որոշ հիվանդությունների բուժամիջոցները հայտնաբերելու հետևանքով կպակասի:

Ենթադրվում է, որ կիջնի մանուկների և պատանիների մահացությունը: XXI դ. առաջին քառորդում այդ տարիքն ընդգրկողների մահացության ցուցանիշների նվազման պայմաններում, հավանաբար, պետք է նկատի առնել այն հանգամանքների ներգործությունը, որոնք մանկամահացության գործակցի նվազմանը կարող են ընդհանուր միտումի բնույթ տալ: Դրա շրջանակներում կպահպանվեն օբյեկտիվ հնարավորություններն այս կամ այն կողմ կատարվող առանձին շեղումների համար:

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների մահացության գործակիցն իջնելու միտում կպահպանվի մինչև XXI դ. առաջին քառորդը: Նոր դարի որոշ տասնամյակներում (առաջին, երրորդ, հինգերորդ տասնամյակներ) ծնվող երեխաների բացարձակ թիվը չնչին չափերով ավելանալու հետ երեխաների մահացության գործակցի նվազումը կսկսի դանդաղել: Դա տեղի է ունենում երկու հակադիր ուղղությամբ գործող պայմանների ազդեցության ներքո: Երեխաների խնամքի ու հոգատարության հնարավորությունների մեծացումը հանգեցնում է նրանց մահացության գործակցի նվազման թափի արագացմանը, իսկ ծննդաբերության աճը ունենում է հակառակ ներգործությունը: Բայց մանկամահացության անկման թափը կթուլանա նաև նրանց մահվան գործակիցն ամենանվազագույն սահմանին հասնելու հետևանքով: Ուստի մանկամահացությունը որքան մոտենում է իր ամենանվազագույն սահմանին, այնքան պակասում են նրա նվազելու հնարավորությունները:

Մահացությունը բնակչության բնական աճի վրա վերը հիշատակվող ժամանակաշրջանում կարող է ազդել միայն իր ընդհանուր գործակցի հավելածի չափով, այն դեպքում, երբ XXI դ. ցածր տարիքային խմբերում, հատկապես մանկական տարիքում, մահացությունն իջնելու է:

Կյանքի առաջին տարիներին մահվան նվազման հավանականությունն աստիճանաբար իջնելու շնորհիվ մահացող բնակչության ընդհանուր թվի մեջ որոշակի ժամանակաշրջանում փոխվում է մահացության տարիքային խմբերի հարաբերակցությունը: Մահացողների ընդհանուր թվում անչափահասների տեսակարար կշիռն ապագայում կչարունակի իջնել: Դա պայմանավորված է նախ մանկամահացության գործակցի իջնելով, երկրորդ՝ բնակչության կազմում այդ տարիքի երեխաների տեսակարար կշռի նվազումով, երրորդ՝ տարեց բնակչության տեսակարար կշռի ավելանալով:

Ամփոփելով շարադրվածը, կարելի է հանգել հետևյալ եզրակացությունների.

1. Հեռանկարում մանկական տարիքի հիվանդություններից առաջացած մահացությունները հիմնականում կհաղթահարվեն, և մահացությունն այդ տարիքում կհասնի նվազագույնի: Մինչև մեկ տարեկան երեխաների (ընդհանրապես երեխաների) մահացությունն իջնելու հնարավոր

րությունները թեև չեն սպառվում, բայց հավանականությունը նվազում է, ուստի և աստիճանաբար նվազում է այդ գործոնի հաշվին բնակչության բնական աճի հնարավորությունը:

2. Հեռանկարում գյուղում մանկական մահացությունը կրճատվելու թափն ավելի կմեծանա: Դրա դիմաց, գյուղում տարեց բնակչության ավելանալու և երեխաների ծննդի գործակիցն իջնելու հետևանքով մահացության ընդհանուր գործակիցը ավելի արագ կբարձրանա, քան քաղաքում:

3. Լուրջ փոփոխություններ տեղի կունենան բնակչության տարիքային կազմում: Կերկարի կյանքի միջին տևողությունը: Դա կհանգեցնի մահացողների տարիքային կազմի էական փոփոխության: Մահացողների ընդհանուր թվի մեջ կավելանա տարեց մարդկանց տեսակարար կշիռը, իսկ նրանց բացարձակ թվի ավելանալը 2001-ականի առաջին տասնամյակի կեսից կհանգեցնի մահացության ընդհանուր գործակիցի բարձրացմանը: Հենց այդ պատճառով էլ կբարձրանա հատկապես սրտանոթային հիվանդություններից առաջացած մահացությունը:

4. Արտադրողական ուժերի զարգացումը և, ընդհանրապես, տեխնիկական առաջընթացն իրենց հերթին պայմանավորում են նոր հիվանդությունների առաջացում և դրա հետևանքով մահացության որոշ աճ: Դա առանձնապես նկատելի կդառնա այն փուլերում, երբ բժշկական գիտության զարգացումը ետ կմնա գիտատեխնիկական առաջընթացից: Դիտատեխնիկական առաջընթացի ազդեցության տակ բժշկական գիտության առաջընթացի առավել ինտենսիվ զարգացումը, հիվանդությունների հարուցիչների կանխարգելումը զգալիորեն կփոխեն ժամանակակից հիվանդությունների ընթացքը, կկասեցնեն դրանցից առաջացող մահացությունները: Դրա վառ օրինակն է սրտանոթային հիվանդությունների բուժումը ներկա փուլում, որը հետագայում ավելի կկատարելագործվի:

5. Մահացությունը կարող է բարձրանալ նաև էքստենսիվ բնույթ կրող աշխատանքի կազմակերպումից ինտենսիվին անցնելու և, ընդհանրապես, աշխատանքի հանրորեն նորմալ ինտենսիվության միջին մակարդակը բարձրանալու հետևանքով: Դա առանձնապես կշոշափի աշխատանքային տարիքում գտնվող ծերերի շահերը:

ОБЩАЯ КАРТИНА СМЕРТНОСТИ В АРМЕНИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ И В БЛИЖАЙШЕЙ ПЕРСПЕКТИВЕ

ВЛАДИМИР ХОДЖАБЕКЯН

Резюме

В статье исследуются причины колебаний уровня смертности. В 1970—1980 гг. Армения характеризовалась самым низким в мире уровнем смертности. Хотя уровень смертности сегодня незначительно повысился, он тем не менее остается все еще невысоким, что объясняется низкой детской смертностью и малым удельным весом пожилого населения в общей его численности. В конце

XX – начале XXI вв. детская смертность продолжала снижаться. Если в 1913 г. из 1000 родившихся детей до 1 года умирало 204, то в 2000 г. – 15,6 детей. Вследствие повышения удельного веса пожилых в общей численности населения (эмиграция молодежи, снижение рождаемости) смертность на 1000 человек увеличится. В статье большое внимание уделяется возрастно-половым, территориальным и сезонным колебаниям уровня смертности, а также причинам заболеваемости и смертности в различных возрастных группах. В XXI в. сокращение детской смертности не будет иметь характер тенденции, а увеличение доли пожилого населения в общей его численности приведет к повышению коэффициента смертности.

GENERAL PICTURE OF DEATH RATE IN ARMENIA NOWADAYS AND IN THE NEAR FUTURE

VLADIMIR KHOJABEKYAN

S u m m a r y

The article is devoted to the fluctuation of death rate during the last decades starting from the World War I. In 1970-1980 Armenia was characterized by the lowest death rate in the world. Though today the death rate has insignificantly increased, nevertheless it still retains its low level, which is explained by the low infant death rate and small specific weight of the elders in the general number of population. At the end of the 20th and at the beginning of the 21st centuries the infant death rate continued to descend. Out of 1000 born children 15,6 (up to 1 year) died in 2000 as opposed to 204 in 1913. Because of the increase in the number of the elders in the aggregate number of population (due to the emigration of the youth and decrease of the birth rate) the death rate per 1000 people will ascend. A special attention is paid to the age-sex, territorial and seasonal peculiarities of the death rate, as well as to the reasons of morbidity and mortality in different age groups. People mainly die as a result of circulation system diseases and cancer. In the 21st century the infant death rate will not tend to decrease, and the increase of the elders in population number will lead to the increase of the death rate coefficient.