

**ՀՍՍՀ ԲՆԱԿԱԳՆՈՒԹՅԱՆ ՄԱՀԱՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՆՐԱ ՌԵԳԻՈՆԱԼ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

Վ. Ե. ԽՈՋԱԲԵԿՅԱՆ, ՀՍՍՀ ԳԱ Քղթակից անդամ,
Վ. Շ. ԹՈՎՄԱՍՅԱՆ

XX դ. վերջին տասնամյակներին ամբողջ մարդկության, այդ թվում մեր երկրի առջև ծառացած ամենահրատապ խնդիրներից մեկը ժողովրդագրական պրոբլեմների ուսումնասիրությունն է: ՍՄԿԿ XXVII համագումարի որոշումներում հատուկ ընդգծվում է, որ ՍՍՀՄ սոցիալ-տնտեսական զարգացումն արագացնելու գործում չափազանց կարևոր նշանակություն ունի բնակչության վերարտադրության պրոցեսի կառավարման հետագա կատարելագործումը¹:

Բնակչության բնական վերարտադրությունը բնութագրող ցուցանիշներից մեկը մահացությունն է: Այն փոխկապված է փոխադրման ավորված մի շարք գործոնների, այդ թվում՝ տնտեսական, աշխարհագրական, կենսաբանական, ազգային, ազդեցության արդյունք է: Սակայն մահացությունը գերազանցապես ձևավորվում է սոցիալ-տնտեսական գործոնների ազդեցության տակ: Դրանց թվում անհրաժեշտ է առանձնացնել բնակչության կյանքի պայմանները, կուլտուր-կրթական մակարդակը, բժշկական սպասարկման և ընդհանրապես ծառայությունների ոլորտի զարգացման աստիճանը և այլն:

1960—1970 թթ. մահացության կրճատումը Հայկական ՍՍՀ բնակչության աճի և կյանքի միջին տևողության մեծացման հիմնական աղբյուրներից էր²: Դրա շնորհիվ հիշյալ տարիներին հանրապետության բնակչության բնական աճի նվազման տեմպերն ավելի չափավոր էին, քան ծննդաբերության կրճատմանը: ՀՍՍՀ բնակչության 1000 շնչի հաշվով մահացությունը 1960 թ. 6,8 մարդուց 1970 թ. իջավ մինչև 5,1 մարդու: Դա հանրապետությունում մահացության մինչև այժմ դիտված նվազագույն սահմանն էր: Սակայն հետագա տարիներին այն դրսևորեց աճի որոշակի միտում և ներկայումս կազմում է միջին հաշվով 5,7 մարդ (5,4 կանանց և 6,1 տղամարդկանց համար): Այդուհանդերձ, 1986 թ. էլ այն ամենացածրն էր ոչ միայն մեր երկրի մյուս միութենական հանրապետությունների և միջին միութենականի, այլև աշխարհի ցանկացած երկրի համեմատությամբ³: Դա պայմանավորված է ՀՍՍՀ բնակչության երիտասարդ կազմով, ամբողջ բնակչության մեջ տարեց մարդկանց փոքր բաժնով: 1986 թ. ՀՍՍՀ-ում 65 և ավելի տարեկան անձանց բաժինը ամբողջ բնակչության մեջ գրեթե 2 անգամ ավելի փոքր էր, քան երկրի եվրոպական մասի հանրապետություններում: Հայկական ՍՍՀ-ի համեմատությամբ բնակչության ավելի երիտասարդ կազմով բնութագրվում են միջինասիական հանրապետությունները, Ղազախստանը, Ադրբեջանը, սակայն պետք է նկատել, որ թվարկած ռեգիոններում բարձր է մինչև 1 տարեկան երեխաների մահացությունը: ՀՍՍՀ բնակչության մահացության ցածր գործա-

¹ ՍՄԿԿ XXVII համագումարի նյութերը, Երևան, 1986, էջ 71, 72, 250:

² Վ. Ե. ԽՈՋԱԲԵԿՅԱՆ, Հայաստանի բնակչությունը և նրա զբաղվածությունը, Երևան, 1979, էջ 331, 332, В. Е. Ходжабекян, Ю. Вазе. Р. Шефер, Демографические проблемы и воспроизводство трудовых ресурсов, Ереван, 1983, с. 48, 49.

³ Народное хозяйство СССР за 70 лет. Юбилейный статистический ежегодник, М., 1987, с. 407, 710; Народное хозяйство Армянской ССР. Юбилейный статистический ежегодник к 70-летию Великого Октября, Ереван, 1987, с. 186.

կիցն արդյունք է նաև նրա բնակչության կուլտուր-կրթական բարձր մակարդակի և քաղաքային բնակչության համեմատաբար մեծ բաժնի:

Մեր հանրապետությունում բնակչության ցածր մահացությունը պայմանավորված է նաև մի այնպիսի յուրահատուկ գործոնով, ինչպիսին ամուսնական կապերի ամրությունն է: Բանն այն է, որ ՀՍՍՀ-ն ամուսնալուծությունների թվով ՍՍՀՄ-ում գրավում է վերջին տեղը: 1986 թ. հանրապետության 1000 բնակչին բաժին էր ընկնում ընդամենը 1,2 ամուսնալուծություն, մինչդեռ միութենական մյուս հանրապետություններում այն 1,5—4,5 անգամ ավելի բարձր էր⁴: Չամուսնացած կամ ամուսնալուծված կանանց ու տղամարդկանց մոտ ոչ կարգավորված կյանքի և էքսցեսների հետ կապված հիվանդությունների ու մահվան ռիսկերը, որպես կանոն 20—30 %-ով ավելի շատ են, քան ամուսնացածների մոտ: Ընդ որում, տարբերություններն առավել մեծ են դժբախտ դեպքերի, սրտանոթային համակարգի և աղեստամոքսային տրակտի հիվանդությունների գծով: Հատկանշական է, որ ամուսնական կապերի բացակայությունը կամ դրանց խզումը անմիջական ազդեցություն են ունենում ոչ միայն հասուն տարիքի մարդկանց մահացության բարձրացման վրա, այլև հանգեցնում են երեխաների, այդ թվում նաև մանուկների, մահացության աճին: Ընտանիքային հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ամուսնական կապերից դուրս ծնված կամ ամուսնալուծված ծնողների երեխաների մահացությունը 1,5—2 անգամ ավելի բարձր է, քան նորմալ ընտանիքներում ծնվածներինը⁵: Մեր հանրապետությունում ամուսնալուծությունների համեմատաբար փոքր թիվը ազգային, պատմական և այլ սովորությունների հետ մեկտեղ պայմանավորված է նաև ակոհոլիզմով տառապողների աննշան թվով: Իսկ հայտնի է, որ ՍՍՀՄ-ում ամուսնալուծության հիմնական պատճառներից մեկն ամուսինների կողմից ակոհոլի շարաշահումը և վերջինով պայմանավորված բացասական մի շարք հետևանքներն են՝ այդ թվում անպտղությունը, հոգեկան խանգարումները և այլն:

Մահացության բարձր ցուցանիշն ընդհանրապես երկու գործոնների՝ ամբողջ բնակչության կազմում բարձր տարիքի անձանց համեմատաբար մեծ բաժնի և երեխաների ու պատանիների մահացության բարձր մակարդակի փոխազդեցության արդյունք է: Առաջինը բնակչության երկարակեցության ու ակտիվ միգրացիոն պրոցեսների արտահայտություն է և հանգեցնում է բնակչության տարիքային կառուցվածքի խախտումների: Այն էական ազդեցություն չի ունենում կյանքի միջին տևողության վրա, մինչդեռ մանկամահացության բարձր մակարդակը զգալի ազդեցություն է թողնում ինչպես բնակչության բնական աճի, այնպես էլ կյանքի միջին տևողության վրա: Մանկամահացության կրճատումը նպաստում է կյանքի միջին տևողության երկարացմանը, իսկ որոշ ժամանակ անց պայմանավորում նաև բնակչության տարիքային կառուցվածքի փոփոխությունները՝ հագուստ ծերերի: Այսպես, 1975—1986 թթ. ՀՍՍՀ-ում մանկամահացությունը կրճատվել է գրեթե 7 կետով. այդ տարիներին որոշ չափով աճել է բնակչության սպասվելիք կյանքի միջին տևողությունը, իսկ բնակչության առավել բարձր տարիքային խմբերի տեսակարար կշիռն ավելացել է 2 կետով⁶:

Առանձին տարիքային խմբերում մահվան պատճառները խստորեն տարբերվում են: Դա հատկապես ցայտուն դրսևորվում է բնակչության տարիքային խմբերի ծայրակետերում, նրա բեռներում: ՀՍՍՀ-ում բնակչության մահացության սկզբնական տվյալների ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս,

⁴ Народное хозяйство СССР за 70 лет..., с. 404; Народное хозяйство Армянской ССР..., с. 186.

⁵ М. С. Бедный, Мальчик или девочка?, М., 1987, с. 91, 92.

⁶ Այս և հետագայում բերվող որոշ տվյալներ, որոնց աղբյուրները չեն նշատակված, վերցված են ՀՍՍՀ վիճակագրական վարչության պետական կոմիտեից կամ հաշվարկված են դրանց տվյալների հիման վրա:

որ մանկամահացության հիմնական պատճառներն ստորաբաժանվում են հիվանդությունների հետևյալ խմբերի. 1. շնչառական օրգանների, 2. ինֆեկցիոն և պարազիտային, 3. աղեստամոքսային տրակտի, 4. արյան ու մաշկային հիվանդությունների:

Մանկամահացությունը կարող է դիտվել որպես այս կամ այն ռեգիոնի զարգացման ընդհանուր մակարդակը բնութագրող ցուցանիշներից մեկը: Նման մոտեցումը կիրառելի է նաև մեր հանրապետության և նրա առանձին շրջանների համար: Քննվող ժամանակահատվածում ՀՍՍՀ-ում մանկամահացությունը դրսևորել է նվազման միտում: Այսպես, օրինակ, եթե 1975 թ. ծնված յուրաքանչյուր 1000 երեխայից մինչև 1 տարեկան դառնալը մահացում էր 30,2 երեխա, ապա 1986 թ. միայն՝ 23,6 երեխա: Դա նշանակում է, որ հանրապետությունում այդ ցուցանիշն ավելի ցածր է, քան ՍՍՀՄ միջինը, բայց ավելի բարձր, քան մերձբալթյան հանրապետություններում, ՌՍՖՍՀ-ում, Ուկրաինայում և Բելոռուսիայում:

Պատկերը այլ է հանրապետության ծայրամասային շրջաններում, սոցիալ-տնտեսական, հատկապես արդյունաբերության զարգացման ցածր տեմպերով և գյուղական բնակչության մեծ բաժնով բնութագրվող ռեգիոններում, բրոնք բնութագրվում են նաև բնակչության ծննդաբերության բարձր մակարդակով: Թվարկած գործոններով պայմանավորված, հանրապետության մի շարք շրջաններ ՀՍՍՀ միջինի համեմատությամբ գտնվում են ժողովրդագրական զարգացման ավելի ցածր փուլում: Այդ մասին է վկայում նաև այն փաստը, որ տվյալ տարածքային միավորներում մանկամահացությունը բարձր է, անկայուն, երբեմն նույնիսկ ցուցաբերում է աճի միտում: Վերոհիշյալ շրջանների թվին են պատկանում Թալինի, Ամասիայի, Արագածի, Մարտունու, Կամոյի և այնուհետև մի քանի այլ շրջաններ, որոնցում մանկամահացությունը գտնվում է միջինասիական հանրապետությունների մակարդակի վրա⁷: Դրա հետ մեկտեղ պետք է ընդգծել, որ ՀՍՍՀ որոշ ռեգիոններում առկա է, իսկ վերջին տարիներին ավելի է ուժեղացել երեխաների առողջության վրա բացասաբար անդրադարձող մի շարք գործոնների ազդեցությունը: Շրջակա միջավայրի աղտոտումը, ռադիացիայի աստիճանի բարձրացումը և այլն հանգեցրել են մինչև 1 տարեկան երեխաների մահացության աճին: Տվյալ տարածքային միավորներից առանձնացնենք Հրազդանի վարչական շրջանը, որ մանկամահացության գործակիցը 1975 թ. 26,2-ից 1985 թ. բարձրացել է մինչև 37,7-ի, Հոկտեմբերյանի վարչական շրջանը՝ 22,9-ից 27,4-ի և այլն:

Բարձր մանկամահացությունը ծննդաբերության տվյալ մակարդակի պահպանման պայմաններում հանգեցնում է մահացության ընդհանուր գործակցի բարձրացման: Դրա հետ մեկտեղ բնակչության ընդհանուր թվում, հետևաբար նաև մահացածների կազմում ավելանում է բարձր տարիքի անձանց բաժինը, որն իր հերթին բարձրացնում է մահացության ընդհանուր մակարդակը և փոխում ինչպես հիվանդությունների բնույթը, այնպես էլ մահացության տարիքային կառուցվածքը:

ՀՍՍՀ բնակչության բարձր տարիքային խմբերում մահվան պատճառ են հղել արյան շրջանառության համակարգի, շնչառական ուղիների, աղեստամոքսային տրակտի, ինֆեկցիոն ու պարազիտային հիվանդությունները, նորագոյացությունները, դժբախտ դեպքերը և այլն: Հարկ է նշել, որ վերջին տարիներին երկրորդ տեղը գրավող շնչառական ուղիների հիվանդություններն իրենց տեղը զիջել են շարորակ ուռուցքների առաջացումով պայմանավորված հիվանդություններին: 1985 թ. հանրապետությունում մահվան դեպքերի գերակշռող մասը՝ գրեթե 45,0 %-ը բաժին է ընկել արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններին, 15,0 %-ը՝ նորագոյացություններին, 14,5 %-ը՝ շնչառական ուղիների հիվանդություններին, 7,0 %-ը՝ դժբախտ դեպքերին: Ի դեպ, մահացության գրեթե նույն կառուցվածքը բնորոշ է Միու-

⁷ Народное хозяйство СССР за 70 лет..., с. 408.

թյանը: Համանման պատկեր, աննշան փոփոխություններով, դիտվում է նաև ՀՍՍՀ առանձին տնտեսական շրջաններում: Փաստորեն հանրապետությունում ներկայումս ձևավորվել է մահացություն մի այնպիսի կառուցվածք, որը հատուկ է տնտեսապես զարգացած, կյանքի միջին տևողության բարձր ցուցանիշով բնութագրվող ռեգիոններին:

Մանկամահացությունը, որպես կանոն, համեմատաբար բարձր է ՀՍՍՀ գյուղական բնակավայրերում, այն դեպքում, երբ տարիքավոր մարդկանց մահացության ավելի բարձր գործակցով բնութագրվում են քաղաքները: Հանրապետության գյուղերում մանկամահացության բաժինը չափազանց բարձր է և 10—15 անգամ գերազանցում է այլ տարիքային խմբերի համապատասխան ցուցանիշները: Նույն երևույթը քաղաքներում նկատվում է 60 և ավելի տարեկան անձանց մոտ: Այն փաստը, որ քաղաքներում մահացածների ընդհանուր թվի մեջ մինչև 1 տարեկան երեխաների բաժինն ավելի ցածր է, քան գյուղերում, ինքնին վկայում է, որ այստեղ աշխատանքային և ավելի հասուն տարիք է մտնում բնակչության ավելի մեծ մասը: Այդ պատճառով, մյուս հավասար պայմաններում, գյուղականի համեմատությամբ քաղաքային բնակչության կազմում ծեր տարիքի մարդկանց թիվը զգալիորեն ավելի շատ է: Դա բացատրվում է նաև քաղաքներում գոյություն ունեցող ծննդաբերության ցածր մակարդակով և գյուղականի հաշվին քաղաքային բնակչության ավելացումով:

ՀՍՍՀ գյուղական բնակավայրերում քաղաքայինի նկատմամբ բժշկական սպասարկման մակարդակը 2—5 անգամ ավելի ցածր է: Դա հատկապես վերաբերում է ծննդաբերող կանանց և երեխաներին սպասարկող հաստատությունների ցանցին, որտեղ անհամամասնությունն է՝ ավելի մեծ է: Օրինակ, 1985 թ. Կիրովական քաղաքում ապրում էր լոռու տնտեսական շրջանի բնակչության միայն 38,0 %-ը, մինչդեռ նրան բաժին էր ընկնում ողջ տնտեսական շրջանում գործող նման հաստատությունների ավելի քան 60,0 %-ը: Անտարակույս, առանձին վարչական միավորների սոցիալ-տնտեսական զարգացման ցուցանիշները ռեգիոնի կամ հանրապետության միջինին անպայման հավասարեցնելը ոչ միայն անհրաժեշտ, այլև նպատակահարմար է: Առավել ևս, որ բժշկական և մասնագիտացված որակյալ ծառայությունների որոշ մասը հետադառնում նույնպես կկատարվի կենտրոնացված կարգով: Նման ծառայությունների ապակենտրոնացումը ոչ միայն անիմաստ, այլ երբեմն նույնիսկ անհնար է: Այնուամենայնիվ, առանձին վարչական միավորների սպասարկման ոլորտի, հատկապես բժշկական ցանցի զարգացման համար որպես ուղենիշ պետք է ծառայի առնվազն 2000 թ. հանրապետության ներկայիս մակարդակին մոտենալը:

Հայկական ՍՍՀ-ում մանկամահացության տարբեր մակարդակներ պայմանավորող հիմնական գործոնը բնակչության տեղաբաշխվածությունն է: Մասնավորապես 1985 թ. ՀՍՍՀ քաղաքային բնակավայրերում 0—4 տարեկան երեխաների մահացության գործակիցը կազմել է 6,3, մինչդեռ գյուղական բնակավայրերում՝ 9,4: Մյուս կողմից, օրինաչափ է, որ դրանց միջև տեղ գտած խիստ անհամամասնությունն աստիճանաբար վերանում է. եթե 1959 թ. Հայկական ՍՍՀ գյուղերում քաղաքների համեմատությամբ այդ տարիքային խմբում ավելի էր մահանում 7 երեխա, ապա 1985 թ. արդեն՝ ընդամենը 3 երեխա: Այդ երևույթը գյուղում և քաղաքում աշխատանքի ու կյանքի պայմանների մեջ տեղ գտած էական տարբերությունների վերացման անմիջական արտահայտություն է: Վերոհիշյալ պրոցեսը բնորոշ է նաև հանրապետության առանձին վարչական միավորներին:

ՀՍՍՀ բնակչության՝ ըստ սեռի մահացության գործակիցների ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ տղամարդկանց մահացությունն ավելի բարձր է, քան կանանցը: Դա պայմանավորված է տղամարդու՝ աշխատանքային գործունեության բարդությունով, նրա օրգանիզմի վրա ներքին և արտաքին ոչ

բարենպաստ դրդապատճառների ազդեցությամբ⁸։ Ընդամենը, եթե նախկինում ծանրությունը հիմնականում ընկնում էր մկանային մեխանիզմի վրա, ապա ներկայումս որոշակիորեն մեծացել է տղամարդու նյարդահոգեբանական լարվածությունը։ Այդ պատճառով փոխվել է նաև մահ հարուցող հիվանդությունների կառուցվածքը։ Դժբախտ դեպքերից, վնասվածքներից մահացություններն իրենց տեղը աստիճանաբար զիջել են այսպես կոչված գեներատիվ հիվանդություններին՝ ուղեղի և սրտանոթային անբավարարությանը, հիպերտոնիկ հիվանդություններին և այլն։

Տղամարդկանց համեմատությամբ կանանց կենսունակության ավելի բարձր աստիճանը, ամենից առաջ, գենետիկ առանձնահատկությունների արդյունք է։ Կապված մարդկային նոր սերնդի վերարտադրության պրոցեսում իգական սեռի ֆունկցիայի, նրա դերի ու նշանակության հետ, կանանց մեջ վնասակար գործոնների նկատմամբ կայունությունը և դիմացկունությունն ավելի են զարգացած։ Տարբեր սեռերի ներկայացուցիչների մահացության մակարդակների տարբերությունը դիտվում է կյանքի առաջին տարուց սկսած, որի ընթացքում աղջիկների համեմատությամբ 23,0 % -ով ավելի շատ տղաներ են մահանում։ Ըստ սեռի մահացության, գործակիցների միջև ամենամեծ տարբերությունը նկատվում է 25—35 տարեկանի սահմաններում, որ պայմանավորված է վնասվածքներից, դժբախտ դեպքերից և նման այլ պատճառներից տղամարդկանց մահացության մյուս բարձրագույն կետը 40—60 տարեկանների սահմանն է։ Այդ տարիքում տղամարդիկ ավելի շատ են մահանում արյան շրջանառության համակարգի, շնչառական օրգանների հիվանդություններից և նորագոյացություններից։ 1985 թ. Հայկական ՍՍՀ-ում մինչև 24 տարեկան տարբեր սեռի ներկայացուցիչների մահվան գործակիցների տարբերությունը տատանվում էր 10—70, մինչդեռ 20—60 տարեկաններին՝ 60—200 %-ի սահմաններում։ 60—70 տարեկանից սկսած այդ տարբերություններն աստիճանաբար համահարթվում են և մահվան գործակիցները մոտենում են իրար։ Այդուհանդերձ, ցածր տարիքային խմբերում մահացության մակարդակների միջև տեղ գտած էական տարբերությունների հետևանքով 65—80 տարեկան տղամարդկանց տեսակարար կշիռը ՀՍՍՀ ամբողջ բնակչության կազմում շուրջ 2 անգամ ավելի ցածր է, քան կանանցը⁹։

Մահացության ընդհանուր, հատկապես տարիքային գործակիցների յուրահատուկ արտահայտությունը սպասվելիք կյանքի միջին տևողությունն է, որն չպատ է բնակչության տարիքային կազմի տարբերությունների ազդեցությունից։ Այն պայմանավորված է մահացության տարիքային առանձնահատկություններով և բնութագրում է բնակչության կենսունակությունն ընդհանուր առմամբ։ Վերջին երեք տասնամյակների ընթացքում կյանքի միջին տևողությունը Հայկական ՍՍՀ-ում կազմել է. 1958—1959 թթ.՝ 69, 1969—1970 թթ.՝ 72,9, 1979—1980 թթ.՝ 72,8, 1985—1986 թթ.՝ 73,3 տարի։ Այսպիսով, ՀՍՍՀ-ում մահացության կրճատման ամենաբարձր տեմպերը սկսվել են 1960-ական թվականներից ընդհուպ մինչև 1970-ական թվականների սկիզբը։ 1970-ական թվականների վերջին և 1980-ականների սկիզբին ՀՍՍՀ-ում բնակչության սպասվելիք կյանքի միջին տևողությունը որոշ չափով կրճատվեց, սակայն վերջին տարիներին ավելի որոշակիորեն է դրսևորվում նրա բարձրանալու միտումը։ 1985—1986 թթ. տղամարդկանց համար այն կազմում էր 70,5, իսկ կանանց համար՝ 75,7 տարի և ամենաբարձրն էր Միության մեջ¹⁰։ Ենթադրվում է, որ այդ պրոցեսը կշարունակվի նաև հետագայում՝ 1990 թ. միջին հաշվով կազմելով 73,5, իսկ 2000 թ.-ին՝

⁸ Այդ մասին տե՛ս օրինակ, Բ. Լ. Урланис. Избранное, М., 1985, с. 176, 178 և այլն։

⁹ Հաշվարկները կատարվել են ՀՍՍՀ վիճակագրի և ԶԱԳՍ-երի հանրապետական վարչության արխիվի տվյալների հիման վրա։

¹⁰ Народное хозяйство СССР за 70 лет..., с. 409.

74 տարի: Կյանքի միջին տևողության բարձրացումը բնակչության բնական աճի տեմպերի կրճատման պայմաններում կհանգեցնի ամբողջ բնակչության կազմում ծեր տարիքի բնակչության բաժնի մեծացմանը, որն իր հերթին կավելացնի ծերունական հիվանդությունների հետևանքով մահացության բաժինը: Դա, իհարկե, բացասական երևույթ է: Այսպիսով, եթե վերջին ժամանակաշրջանում Հայկական ՍՍՀ-ում ցածր մահացությունը հիմնականում պայմանավորված էր ամբողջ բնակչության կազմում բարձր տարիքի բնակչության փոքր բաժնով, ապա հեռանկարում պատկերը որոշ չափով կփոխվի: Քանի այն է, որ ապագայում Հայկական ՍՍՀ-ն կբնութագրվի առավել զարգացած ռեգիոններին հատուկ ժողովրդագրական օրինաչափություններով, բնակչության աստիճանաբար ծերացման պրոցեսով: Ենթադրվում է, որ 2000 թ. հանրապետության ամբողջ բնակչության մեջ թոշակառուների բաժինը կավելանա 3—4 կետով:

ՀՍՍՀ տարբեր ռեգիոններում մահացությունն ունի իր առանձնահատկությունները: Հանրապետության առանձին տարածքային միավորներում մահացության մակարդակը գերազանցապես պայմանավորված է տվյալ շրջանի բնակչության տարիքային կազմով:

Ներկայումս ՀՍՍՀ Հարավ-արևելյան (Սյունիքի) տնտեսական շրջանի գյուղական բնակավայրերում մահացության ընդհանուր գործակիցն ավելի բարձր է, քան քաղաքներում: Դա բացատրվում է գյուղի և քաղաքի միջև ինչպես ծառայությունների ոլորտի, հատկապես առողջապահության զարգացման, այնպես էլ ծննդաբերության մակարդակների միջև գոյություն ունեցող որոշակի տարբերություններով: Այդ հանգամանքը տնտեսական շրջանի գյուղական բնակչության մեջ բարձր տարիքային խմբերի մեծ բաժնի և, ընդհանրապես, քաղաքներում ապրողների համեմատաբար երիտասարդ կազմի աբդուկցիոն է: Եթե մինչաշխատանքային և հետաշխատանքային տարիքի բնակչության կառուցվածքային տարբերությունները մյուս տնտեսական շրջանների գյուղերում և քաղաքներում մեծ չեն և կազմում են 4—5 կետ, ապա Սյունիքում դրանք զգալի են՝ 15—16 կետ: Այլ կերպ ասած, շրջանի գյուղերում քաղաքների համեմատությամբ թոշակառու տարիքի անձանց բաժինը կրկնակի անգամ բարձր է: Փաստացի տվյալները վկայում են, որ նշված միտումը բնորոշ է տնտեսական շրջանի բոլոր վարչական միավորներին: Ընդամենը, տատանումների ամպլիտուդն առավել մեծ է հենց այն շրջաններում, ուր բնակչության կառուցվածքը բնութագրվում է ամենամեծ շեղումներով: Մահացության ամենաբարձր գործակիցը դիտվում է Գորիսի շրջանի գյուղական բնակավայրերում՝ 8,2 մարդ 1000 բնակչի հաշվով: Այդ երևույթն առկա է ավելի քան 10 տարի, այսինքն այն պահից սկսած, երբ վարչական շրջանի գյուղական բնակչությունն աստիճանաբար սկսեց ծերանալ: Ներկայումս այն ամենածերն է տնտեսական շրջանում: Ընդհանրապես, տնտեսական շրջանի քաղաքային բնակչությունը չափազանց երիտասարդ է և այդ պատճառով էլ շրջանի քաղաքային բնակչության մահվան ընդհանուր գործակիցը ցածր է միջին հանրապետականից: Օրինակ, եթե 1985 թ. ՀՍՍՀ գյուղական բնակչության 1000 շնչի հաշվով մահացությունը կազմել է 7 մարդ, ապա Սյունիքի տնտեսական շրջանում՝ 7,2, իսկ քաղաքներում համապատասխանաբար՝ 5,3 և 5,2 մարդ¹¹:

Չնայած վերջին տասնամյակում Սյունիքի բոլոր վարչական շրջաններում էլ մանկամահացությունը կրճատվել է, այդուհանդերձ, այն դեռևս ամենաբարձրերից մեկն է հանրապետությունում: Վերահիշյալ ցուցանիշը առատանվում է 13-ի (Գորիսի շրջան) և 32-ի միջև (Մեղրու շրջան): Եթե Գորիսի գյուղական բնակավայրերում տվյալ երևույթը պայմանավորված է բնակչության բարձր տարիքային խմբերի մեծ բաժնով, ուստի նաև ծննդաբերության ան-

¹¹ Հաշվարկները կատարվել են ՀՍՍՀ վիճակագրի և ԶԱԳՍ-երի հանրապետական վարչության արհիվի տվյալների հիման վրա:

համեմատ ցածր մակարդակով, ապա Մեղրու շրջանում և, ընդհանրապես, Սյունիքում՝ այլ պատճառներով: Բանն այն է, որ ՀՍՍՀ Հարավ-արևելյան տնտեսական շրջանը բնութագրվում է ոչ միայն թոշակառու տարիքի անձանց մեծ բաժնով, այլև գյուղական բնակչության ծննդաբերության բավական բարձր մակարդակով:

Վերջին ժամանակաշրջանում օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ որոշ պատճառներով Սյունիքի տնտեսական շրջանի բնակչության տեսակարար կշիռը հանրապետության բնակչության ընդհանուր թվի մեջ անշեղորհն իջել է, և 1970 թ. 7,6 % -ի դիմաց 1986 թ. կազմել 6,5 %: Շրջանի բնակչության ներհանրապետական և միջհանրապետական միգրացիայի բացասական մնացորդը հանգեցրել է մի շարք ոչ ցանկալի սոցիալ-տնտեսական հետևանքների, այդ թվում ամբողջ բնակչության կազմում բարձր տարիքի անձանց բաժնի մեծացմանը, մահացության բարձրացմանը և այլն: Ինչպես այս, այնպես էլ ՀՍՍՀ մյուս ռեգիոններում տեղ գտած վերոհիշյալ բացասական երևույթները վերացնելու, բնակչության լրիվ և ռացիոնալ զբաղվածություն ապահովելու նպատակով ՀԿԿ Կենտկոմը և ՀՍՍՀ Միևիստրոնների Խորհուրդը 1984 թ. հուլիսի 4-ին ընդունեցին համատեղ որոշում՝ հանրապետության «Լեռնային» և նախալեռնային շրջանների սոցիալ-տնտեսական հետագա զարգացման միջոցառումների մասին: Վերջինիս դրույթներով նախատեսվում է ՀՍՍՀ այդ շրջաններում ապահովել սոցիալ-տնտեսական զարգացման ավելի բարձր տեմպեր, քան հանրապետության միջինն է: Այդ տնտեսական քաղաքականության հեռանկարային նպատակը հանրապետության տարբեր ռեգիոնների արտադրողական ուժերի զարգացման մակարդակների միջև գոյություն ունեցող էական տարբերությունների համաձայնեցումն է: Տնտեսական զարգացման միտումների փոփոխությունը, իր հերթին, որոշակի ազդեցություն կունենա ռեգիոնի ժողովրդագրական զարգացման վրա: ՀՍՍՀ ԳԱ տնտեսագիտության ինստիտուտի կանխատեսումներով հեռանկարում Սյունիքի շրջանի բնակչության բաժինը կդրսևորի կայունաճով, իսկ հետագայում նաև, ճիշտ է, աննշան, սակայն աճի որոշ միտում: Քաղաքային, հատկապես գյուղական բնակչության կազմի երիտասարդացումը, իր հերթին, կհակազդի մահվան մասնակի և ընդհանուր գործակիցների փոքրացմանը:

Բնակչության մահացության նույն օրինաչափություններն առավել հստակությամբ դրսևորվում են Արևելյան (Սևանի) տնտեսական շրջանում: Դա վերոհիշյալ երկու ռեգիոնների սոցիալ-տնտեսական, կուլտուրական և աշխարհագրական զարգացման մեջ տեղ գտած նմանությունների արդյունք է: Ինչպես Սյունիքում, Սևանի տնտեսական շրջանում նույնպես գյուղականի համեմատությամբ քաղաքային բնակչությունը բնութագրվում է ավելի երիտասարդ կազմով: 1970—1986 թթ. Սևանի շրջանին բնորոշ էին արդյունաբերության զարգացման բարձր տեմպեր: Այնպիսի արդյունաբերական նոր կենտրոնների ստեղծումը, ինչպիսիք են Հրազդանը և Զարենցավանը, գրանցում նոր, գիտատեխնիկական առաջադիմությունը որոշող ճյուղերի զարգացումը նպաստեց և՛ վարչական, և՛, ընդհանուր առմամբ, տնտեսական շրջանի քաղաքային բնակչության երիտասարդացմանը: Հատկանշական է, որ ռեգիոնի հենց ինդուստրիալ զարգացման առաջանցիկ տեմպերով բնութագրվող միավորներում՝ Հրազդանի և Սևանի վարչական շրջաններում, մահացությունը ամենացածրն է: Ավելացնենք, որ այդ շրջաններում հատկապես փոքր է քաղաքային բնակչության մահացությունը, որ կազմում է համապատասխանաբար 5 և 3,8 մարդ, և ցածր է ինչպես տնտեսական շրջանի (5,1), այնպես էլ միջին հանրապետական (5,3) ցուցանիշից:

Ընդհանրությամբ հանդերձ, Սևանի և Սյունիքի տնտեսական շրջաններն էականորեն տարբերվում են իրարից ժողովրդագրական զարգացման միտումներով: Սևանի ռեգիոնն աչքի է ընկնում ծննդաբերության բարձր մակարդակով: Բավական է ասել, որ նրա 6 վարչական միավորներից 4-ը՝ Մարտունու, Վարդենիսի, Հրազդանի և Կամոյի անվան շրջանները, բնակչության ծննդա-

բերությամբ 1985 թ. հանրապետության 36 շրջանների մեջ գրավում էին համապատասխանաբար առաջին, հինգերորդ, վեցերորդ և յոթերորդ տեղերը: Մենդաբերությունը բարձր է Սևանի նաև վարչական մյուս միավորներում: Միևնույն ժամանակ անհրաժեշտ է ընդգծել, որ ծննդաբերությամբ հանրապետությունում առաջին տեղը զբաղեցնող Մարտունու շրջանը նույն տեղն է գրավում նաև մանկամահացության ցուցանիշով. 1985 թ. 1000 ծնվածի հաշվով մինչև 1 տարեկան դառնալն այստեղ մահացել է 52 երեխա: Սևանի տրեստեական շրջանն ընդհանրապես ՀՍՍՀ մյուս ռեգիոնների համեմատությամբ բնութագրվում է մանկամահացության չափազանց բարձր մակարդակով: 1975—1985 թթ., բացառությամբ Վարդենիսի շրջանի, ռեգիոնի վարչական բոլոր միավորներում էլ այն բարձրացել է: Քննվող ժամանակահատվածում որոշակի փոփոխություններ են նկատվել մանկամահացության նաև կառուցվածքի մեջ՝ մեծացել է ինֆեկցիոն և աղեստամոքսային տրակտի հիվանդություններից մահացածների, բնածին արատներով ծնված երեխաների թիվը: Ինֆեկցիոն հիվանդություններից մանկամահացության աճը առողջապահության ցանցի ոչ բավարար զարգացման արդյունք է և այդ տեսակետից պետք է դառնա հանրապետության դիրքակազմի և պլանավորող մարմինների մտահոգության առարկան: Ինչ վերաբերում է նորածինների կենսունակության նվազմանը, ապա այն պայմանավորված է ծնողների կյանքի ռիսկի արագացումով, նրանց առողջության վրա բացասաբար անդրադարձող վնասակար մի շարք սովորություններով:

Մահացության մակարդակն էապես կախված է բժշկական համակարգի, իսկ մանկամահացությանը՝ հղի և ծննդաբերող կանանց համար նախատեսված կոնսուլտացիաների, մանկական պոլիկլինիկաների, հիվանդանոցների նյութատեխնիկական բազայի զարգացման աստիճանից, համապատասխան մասնագետների թվից և այլն: Սևանի շրջանը հիշյալ պարամետրերով 1,5—2 անգամ զիջում է հանրապետական միջին մակարդակը: Միաժամանակ, ռեգիոնի գյուղական բնակավայրերում քաղաքային համեմատ այդ ցուցանիշները 2,5—3,5 անգամ ավելի ցածր են: Վերջին 10 տարիների ընթացքում նշված բժշկական հաստատությունների թիվը և դրանց կողմից տրված ծառայությունների ծավալը ռեգիոնում գրեթե չի աճել: Էական փոփոխությունների չի ենթարկվել նաև շրջանում աշխատող մանկաբույժների թիվը, մինչև՛ն բացարձակ ծնունդը շրջանում ավելացել է շուրջ 10 հազարով: Այնուամենայնիվ, հարկ է նշել, որ Սևանի տնտեսական շրջանի բնակչության մահացության վրա ավելի զգալի է եղել բնակչության տարիքային կազմի և նրա երիտասարդացման ազդեցությունը: Բանն այն է, որ ՀՍՍՀ այդ ռեգիոնը բնութագրվում է ներհանրապետական միգրացիայի գրական մնացորդով: Նշված գործոններով պայմանավորված, Սևանի ռեգիոնի քաղաքային բնակչության մահացության ընդհանուր գործակիցը մի փոքր ավելի ցածր է, քան հանրապետական միջինը: 1985 թ. այն քաղաքներում կազմել է 5,1, գյուղերում՝ 6,9, իսկ միջին հաշվով՝ 5,8 մարդ:

Տնտեսական և սոցիալական զարգացման առումով ՀՍՍՀ Շիրակի (Արևմրտյան) և Լոռու (Հյուսիս-արևմտյան) շրջանները բավականին նման են իրար: Չնայած զարգացման ընդհանուր մակարդակով դրանք գերազանցում են հանրապետության մյուս ռեգիոններին, սակայն շատ են զիջում Կենտրոնական (Արարատյան) տնտեսական շրջանին: Այդ տարբերությունն առավել ցայտուն դրսևորվում է ծառայությունների ոլորտում, կենցաղային սպասարկման և առողջապահության մեջ: Ժողովրդագրական զարգացման տեսակետից վերոհիշյալ երկու ռեգիոններն ավելի մոտ են կանգնած Սյունիքի տնտեսական շրջանին: Մյուս կողմից Սյունիքը՝ ի տարբերություն Շիրակի և Լոռու, բնութագրվում է հատկապես քաղաքային բնակչության երիտասարդ կազմով: Սյդ շրջաններում թոշակառու տարիքի անձանց տեսակարար կշիռը մոտ է միջին հանրապետականին: Դրա հետ մեկտեղ գրանցում ցածր է բժշկական սպասարկման մակարդակը, փոքր՝ հղի և ծննդաբերող կանանց համար նա-

խատեսված հաստատությունների թիվը: Նշված ռեգիոնների առանձին վարչական միավորներ կտրված են կենտրոններից: Թվարկած գործոններով պայմանավորված, այդ տնտեսական շրջաններում մանկամահացությունը մինչև վերջերս շատ ավելի բարձր էր, քան հանրապետությունում և նրա առանձին տնտեսական շրջաններում: 1980 թ. սկսած Շիրակի, հատկապես Լոռու տնտեսական շրջանում մորը և մանկանը սպասարկող բժշկական հաստատությունների ցանցը որոշ չափով բարելավվել է և դրա շնորհիվ մինչև 1 տարեկան երեխաների մահացությունը կրճատվել է: Օրինաչափ է, որ այդ պրոցեսը բնորոշ է տնտեսական շրջանի վարչական գրեթե՝ բոլոր միավորներին: Ընդ որում, 1985 թ. ամբողջ ՀՍՍՀ-ում մանկամահացության ամենացածր մակարդակը գրանցվել է Ստեփանավանի վարչական շրջանում: Այստեղ ծնված 1000 երեխայից մինչև 1 տարեկան դառնալը մահացել է 10 երեխա: Մանկամահացությունը հատկապես բարձր է եղել Արագածի, Ամասիայի, Թալինի, Թումանյանի վարչական շրջաններում:

Նախորդ հնգամյակում մի շարք բնակավայրերում՝ Գուգարքի, Սպիտակի և Արթիկի վարչական շրջաններում մանկամահացությունը բարձրացել է: Մինչև 1 տարեկան երեխաների մահացության մակարդակի բարձրացումը ներկայումս բնորոշ է նաև ինդուստրիալ տեսակետից զարգացած մի շարք շրջանների. այդ թվում ՍՍՀՄ առանձին հանրապետությունների¹²: Սակայն այդ ռեգիոնները գտնվում են ժողովրդագրական զարգացման ավելի բարձր փուլում, հետևաբար այստեղ մանկամահացության աճը պայմանավորող գործոնները տարբեր են: Շիրակի և Լոռու տնտեսական շրջաններում այդ երեւույթը հիմնականում կապված է բժշկական սպասարկման ցածր մակարդակի, քաղաքային և գյուղական բնակչության հարաբերակցության և բնակչության ազգային կազմի առանձնահատկությունների հետ: Մինչդեռ տնտեսական զարգացած ռեգիոններում վերոհիշյալ պրոցեսը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ գրանցում մեծացել է տարբեր խանգարումներով ծնված երեխաների թիվը: Դա իր հերթին մոր վրա բացասական մի շարք գործոնների ազդեցության հետևանք է¹³:

Շիրակի տնտեսական շրջանի քաղաքային բնակավայրերում մահացությունն ավելի բարձր է, քան Սևանի, Սյունիքի և Լոռու շրջաններում, մինչդեռ գյուղական բնակավայրերում անհամեմատ ցածր է: Դա պայմանավորված է նրանով, որ Շիրակի վարչական երեք շրջաններում (Ամասիայի, Ախուրյանի և Դուկասյանի) քաղաքային բնակավայրերը բացակայում են և քաղաքի ֆունկցիաները կատարում են դեռևս գյուղեր հանդիսացող երեք շրջկենտրոնները: Ընդհակառակը, Լոռու տնտեսական շրջանն աչքի է ընկնում քաղաքային բնակչության ամենամեծ բաժնով և վերջինիս բավական երիտասարդ կազմով: Միաժամանակ, բնակչության մահացության ընդհանուր գործակցի վրա որոշակի ազդեցություն է թողնում բնակչության ազգային կազմը: Այս ռեգիոնում այլազգիները գերազանցապես բնակվում են գյուղերում, այդ պատճառով էլ մահացության ընդհանուր մակարդակն ամենացածրն է հենց Լոռու տնտեսական շրջանի քաղաքային բնակավայրերում:

ՀՍՍՀ ԳԱ տնտեսագիտության ինստիտուտի կանխատեսումներով 1990—2010 թթ. քաղաքատեղի պրոցեսներն առավել ինտենսիվ բնույթ կկրեն Շիրակում և Լոռուում: Ծնթաղովում է, որ հեռանկարում Շիրակի տնտեսական շրջանում քաղաքային բնակավայրի պետք է վերածվի և քաղաքի ստատուս ստանա 7, Լոռու տնտեսական շրջանում՝ 6 վարչական միավոր: Այդ երևույթն ավելի ցայտուն դրսևորում կունենա միայն Սևանի ռեգիոնում, ուր քաղաքատիպ ավանների կվերածվեն մոտ մեկ տասնյակ գյուղեր: Նշված միջոցառում-

¹² Народное хозяйство СССР за 70 лет..., с. 408.

¹³ Այդ մասին տե՛ս Օրինակ, Воспроизводство населения и демографическая политика в СССР, М., 1987, с. 89—90.

ները թույլ կտան կրճատել և կանխել բնակչության միջնադարապետական շարժը, որ հենց այս տնտեսական շրջաններում է հասնում իր բարձրագույն արժեքին: Բնակչության կազմի երիտասարդացումը, իր հերթին, կհակադրի բնակչության մահացության ընդհանուր և մասնակի գործակիցների բարձրացմանը, որն անխուսափելի է բնակչության ծերացման պայմաններում:

Աղստեղի (Հյուսիս-արևելյան) սոցիալ-տնտեսական շրջանը բնութագրվում է բնակչության միատարրությամբ: Դրա հետ մեկտեղ, ինչպես հանրապետության մյուս ռեգիոններում, այստեղ նույնպես գյուղական բնակչության կազմում մեծ է բարձր տարիքի անձանց բաժինը, որը մի շարք այլ գործոնների առկայության պայմաններում բարձրացնում է մահացության մակարդակը: Բնակչության մահացության պրոցեսում դրսևորվող մյուս օրինաչափությունն այն է, որ ռեգիոնի և՛ գյուղական, և՛ քաղաքային բնակավայրերում կանանց մահացությունն ավելի ցածր է, քան տղամարդկանցը: Սոցիալ-տնտեսական զարգացման բարձր մակարդակով ռեգիոններում կանանց մահացության գործակիցը ոչ միայն ցածր է, այլև կրճատվում է ավելի արագ տեմպերով: 1985 թ. Սյունիքի տնտեսական շրջանում կանանց և տղամարդկանց մահվան ընդհանուր գործակիցների տարբերությունը քաղաքներում կազմում էր 0,5, գյուղերում՝ 1,3, Սևանի տնտեսական շրջանում՝ 2,7 և 2,1, Շիրակի տնտեսական շրջանի գյուղական բնակավայրերում՝ 0,5, Երևան քաղաքում՝ 1,8 կետ և այլն:

Հայկական ՍՍՀ բնակչության մահացության ընդհանուր մակարդակի ձևավորման վրա ամենամեծ ազդեցությունը թողնում է Արարատյան (Կենտրոնական) տնտեսական շրջանը՝ Երևան քաղաքի հետ միասին, որ ապրում է հանրապետության ամբողջ բնակչության գրեթե 60,0 %-ը: Սոցիալ-տնտեսական զարգացման տեմպերով այդ ռեգիոնը ներկայումս էլ զգալիորեն գերազանցում է հանրապետության մյուս շրջաններին: Այդ պրոցեսի վրա էական ազդեցություն են թողնում Երևանի բնակչության աճի բարձր տեմպերը: Հայտնի է, որ ի հաշիվ օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ մի շարք պատճառների, այս շրջանը բնակչության ներհանրապետական շարժի հիմնական հանգրվանն է: Այդ պարագայի, ինչպես նաև ռեգիոնի ժողովրդագրական զարգացման մի շարք այլ առանձնահատկությունների և բժշկական սպասարկման բավական բարձր մակարդակի պայմաններում շրջանում մահացությունն ավելի ցածր է, քան հանրապետության միջինն է: Վերջինս արդյունք է նաև ինչպես շրջանի բուն, այնպես էլ միգրացիոն բնակչության չափազանց երիտասարդ կազմի:

Հեռանկարում Հայաստանի կոմունիստական կուսակցության և կառավարության կողմից կիրառվող քայլերը, որոնք ուղղված են հանրապետության կենտրոնական ռեգիոնում և Երևան քաղաքում բնակչության կենտրոնացման թուլացմանը, կնպաստեն ՀՍՍՀ ողջ տարածքով մեկ բնակչության ռացիոնալ տարաբնակեցմանը: Դա կհանգեցնի այդ տնտեսական շրջանի բնակչության մահացության որոշ բարձրացմանը, մի երևույթ, որ բնորոշ կլինի նաև հանրապետության ամբողջությամբ վերցրած: Այսպիսով, եթե մինչև 1970-ական թվականների վերջը ՀՍՍՀ-ում բնակչության մահացությունն աշխարհում ամենացածրն էր, ապա 1980-ական թվականների վերջից սկսած պատկերը փոքր ինչ կփոխվի, մահացության ընդհանուր գործակիցը հանրապետությունում կբարձրանա 1,5—2,0 կետով:

Հեռանկարում որոշակի փոփոխություններ կկրի ՀՍՍՀ բնակչության նաև մահացության կառուցվածքը: Ե՛վ քաղաքային, և՛ գյուղական բնակավայրերում կբարձրանա արդյունաբերության համակարգի հիմնադրությունների մահացության բաժինը և ներկայիս 42—45-ի դիմաց 1990-ական թվականներին հավանաբար կկազմի 48—50 %: Ընդհանրապես, որոշ չափով կկրճատվի դժբախտ դեպքերի, ինֆեկցիոն և պարագիտային հիվանդությունների մա-

հացության տոկոսը¹⁴։ Հանրապետության գյուղերում և քաղաքներում մահացության բաժինը կկայունանա շնչառական ուղիների հիվանդությունների և նորագոյացությունների գծով։ Դրա հետ մեկտեղ ՀՍՍՀ քաղաքներում և գյուղերում կպահպանվեն մահացության կառուցվածքի մի շարք առանձնահատկություններ։ Քաղաքներում միջին և բարձր տարիքի տղամարդկանց մահացությունն ավելի բարձր կլինի, քան գյուղական բնակավայրերում, այն դեպքում, երբ կանանց բնորոշ կլինի հակառակ հարաբերակցությունը։ Միաժամանակ, ինչպես ներկայումս, քաղաքների համեմատությամբ գյուղերում ավելի շատ կմահանան դժբախտ դեպքերից, ինֆեկցիոն և պարազիտային հիվանդություններից։ Քաղաքային բնակչության մահացության կառուցվածքում նորագոյացությունների բաժինը գրեթե 2 անգամ կգերազանցի գյուղերի համապատասխան ցուցանիշը։ Այնուամենայնիվ, գյուղի և քաղաքի բնակչության մահացության կառուցվածքում տեղ գտած էական տարբերություններն աստիճանաբար կվերանան։

ՀՍՍՀ բնակչության մահացության ընդհանուր միտումների ուսումնասիրությունը թույլ է տալիս պնդելու, որ հեռանկարում կանանց մահացությունը կկրճատվի արդյունաբերական տեսակետից համեմատաբար թույլ զարգացած ռեգիոններում՝ Աղստևում, մասամբ նաև Սյունիքում, մինչդեռ զարգացած ռեգիոններում՝ Արարատյան և Շիրակի տնտեսական շրջաններում, Սևանի ավազանի որոշ միավորներում կկայունանա։ Նույն շրջաններում տղամարդկանց մահացությունը կցուցաբերի աճի ոչ բարենպաստ միտում։

Հեռանկարում ՀՍՍՀ բնակչության մահացության մակարդակի փոփոխությունը պայմանավորված կլինի երկու խումբ գործոնների փոխազդեցությամբ. առաջին, ժառանգությունների ոլորտի, հատկապես բժշկական սպասարկման հետագա զարգացումով ինչպես քաղաքներում, այնպես էլ գյուղերում և, երկրորդ, բնակչության տարիքային կառուցվածքում տեղի ունեցող որոշակի փոփոխություններով։ Ընդամենը, եթե առաջինը կնպաստի մահացության կրճատմանը, ապա երկրորդը՝ նրա բարձրացմանը։ Հարկ է նշել, որ առողջապահության զարգացման հիմնական ցուցանիշներով ՀՍՍՀ-ն ներկայումս Միության մեջ գրավում է վերջին տեղերից մեկը։ 1985 թ. բնակչության 10000 շնչին բաժին ընկնող բժիշկների, կրտսեր բժշկական անձնակազմի և հիվանդանոցային մահճակալների թվով մեր հանրապետությունը ՍՍՀՄ-ում զբաղում էր համապատասխանաբար 7-րդ, 12-րդ և 15-րդ տեղերը¹⁵։ Միաժամանակ ՀՍՍՀ գյուղական վայրերում առողջապահության նյութատեխնիկական բազայի զարգացման և որակյալ մասնագետներով ապահովվածության աստիճանը մի քանի անգամ ավելի ցածր է հանրապետական միջինից։ Հետևաբար, թվարկված պրոբլեմները լուծելու տեսակետից առողջապահությանը հատկացվող միջոցների ավելացման հետ մեկտեղ կարևոր նշանակություն ունի արդեն պատրաստված որակյալ կադրերը հանրապետության ողջ տարածքով մեկ ռացիոնալ տեղաբաշխելը։

Առաջիկա տարիներին Հայկական ՍՍՀ-ում անհրաժեշտ է լայն միջոցառումներ իրականացնել բնակչության սպասվելիք կյանքի միջին տևողությունը երկարացնելու, փաստացի աշխատունակության տարիքային սահմաններն ընդլայնելու, հատկապես մայրերի ու մանուկների մահացությունը կրճատելու ուղղությամբ։ Վերահիշյալ հաստատություններով և համապատասխան կադրերով բնակչության պահանջմունքների բավարարման ելակետային ցածր մակարդակը պահանջում է 1990—2000 թթ. ՀՍՍՀ-ում կրկնապատկել առողջապահության նյութատեխնիկական բազայի զարգացման տեմպերը, այդ

¹⁴ Նկատենք, որ մահացության էկզոգեն (արտաին) և էնդոգեն (ներքին) պատճառների միջև վերջինիս օգտին փոխվող հարաբերակցությունը արդեն մի քանի տասնյակ տարի է, ինչ լինորոշ է աշխարհի դարդացած երկրներին։ Այդ մասին տե՛ս օրինակ, Гродемыш международные и мировое развитие, М., 1986, с. 19, 20.

¹⁵ Народное хозяйство СССР за 70 лет..., с. 586—588.

ճշուրդը հաճեցնել, ամենաառաջադրող տեխնիկայով, ժամանակակից բարձրարդյունավետ օարքավորումներով: Միաժամանակ անհրաժեշտ է կազմակերպել մասնագետների պատրաստումը բժշկական գիտության նորագույն ուղղությունների (կենսաբժշկական, բժշկատեխնիկական և այլն) գծով: Կարևոր նշանակություն ունի նաև հանրապետության ծայրամասային շրջաններում հանգստի և առողջարանային գոտիների հետագա զարգացումը:

Մահացությունը հեռանկարում կախված կլինի նաև բժշկական գիտության զարգացման աստիճանից: ՀՍՍՀ բնակչության մահացության առանձնահատկություններով պայմանավորված այդ ասպարեզի կարևորագույն խնդիրներից է սրտանոթային հիվանդությունների բուժման նորագույն մեթոդների հետազոտումը, բնակչությանը ցույց տրվող կարգի ուղղիական ծայրագույնությունների ընդլայնումը: Առաջնային խնդիրներ են նաև շարորակ նորագույնությունների ախտորոշման ու բուժման արդյունավետ միջոցների և մեթոդների ուղղությամբ կատարվող հիմնարար մշակումները: Վերահիշյալ պրոբլեմի լուծման ժամանակ անհրաժեշտ է նկատի ունենալ 30 և ավելի բարձր տարիքի ողջ բնակչության զանգվածային հետազոտությունների անցկացման անհրաժեշտությունը: Հանրապետության բնակչության առանձնահատկությունների, ուրբանացման բարձր մակարդակի, շրջակա միջավայրի վրա բացասական ազդեցություն ունեցող արդյունաբերական ձեռնարկությունների մեծ թվի հետ կապված հրատապ է նաև թոքերի խրոնիկական ու յուրահատուկ հիվանդությունների ծագման ու ընթացքի հետազոտումը և բուժումը:

Բժշկական սպասարկման բարելավումը, հատկապես կանխարգելիչ միջոցառումների ընդլայնումը թույլ կտան հեռանկարում նկատելիորեն թուլացնել բնակչության ծերացման պրոցեսսով պայմանավորված ՀՍՍՀ բնակչության մահացության բարձրացման ընդհանուր միտումը:

СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ АРМЯНСКОЙ ССР И ЕЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

В.Е. ХОДЖАБЕКЯН, член-корр. АН АрмССР,

В. Ш. ТОВМАСЯН

Резюме

В настоящее время Армянская ССР характеризуется самым низким уровнем смертности населения во всем мире. Сокращение смертности населения за предыдущие годы являлось одним из важнейших источников роста населения и увеличения средней продолжительности жизни. Однако за последние годы смертность в республике проявляет некоторую тенденцию к увеличению. Данное обстоятельство обусловлено процессом постепенного старения населения, неблагоприятным воздействием на его здоровье ряда отрицательных факторов, в том числе повышением степени загрязненности окружающей среды, уровня радиации и т. д.

В отдельных регионах Армянской ССР смертность населения имеет свою специфику. Региональные различия смертности обусловлены уровнем детской смертности, особенностями возрастного состава населения, его образовательным уровнем, структурой городского и сельского населения. Детская смертность относительно высока в сельских районах республики, тогда как в городах больше умирают люди пожилого возраста. Поэтому по сравнению с сельскими местностями в составе городского населения высока доля пожилых. Указанное явление объясняется также низким уровнем рождаемости городского населения и его увеличением за счет сельского.

В Армянской ССР смертность мужчин выше соответствующих показателей женщин. Причем, если 10—20 лет тому назад в структуре смертности мужчин преобладали экзогенные факторы, то в настоящее время в связи с увеличением нервнопсихологических нагрузок преобладают генеративные болезни. Эта тенденция сохранится и еще более усилится в перспективе. В последующие годы смертность женщин сократится в регионах, отличающихся низким уровнем индустриального развития, тогда как в развитых регионах она стабилизируется. В этих же районах смертность мужчин проявит негативную тенденцию роста.

В перспективе уровень смертности населения республики будет зависеть от взаимодействия следующих факторов: изменения возрастной структуры населения, ее постепенного «старения», совершенствования материально-технической базы здравоохранения, дальнейшего развития приоритетных отраслей медицинской науки, увеличения численности соответствующих высококвалифицированных специалистов и т. д.