



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



ASU THE MELIKIAN CENTER:
Rusian, Eurasian & East European Studies
ARIZONA STATE UNIVERSITY



*Տարեց կանանց սոցիալական և առողջական հիմնախնդիրները և
դրանց լուծմանն ուղղված սոցիալական և առողջապահական
ծառայությունները ՀՀ գյուղական համայնքներում*

Եվգինե Վարդանյան

✉ *Yevgine Vardanyan*
✉ *Center for Gender and Leadership Studies*

Սույն հրատարակությունը ստեղծվել է Ամերիկայի ժողովրդի աջակցությամբ՝ ԱՄՆ Միջազգային զարգացման գործակալության միջոցով: Այստեղ արտահայտված տեսակետները /կամ նյութի բովանդակությունը/ միմիայն հեղինակներին են և պարտադիր չէ, որ արտահայտեն ԱՄՆ ՄԶԳ կամ ԱՄՆ կառավարության տեսակետները:

Անկախության 24 տարիների ընթացքում Հայաստանի Հանրապետության ժողովրդագրական ցուցանիշները զգալի փոփոխությունների են ենթարկվել: Ծնելիության ցածր մակարդակը, մահացության ցուցանիշների աճը, ամուսնալուծությունների թվի ավելացումը, միգրացիոն բացասական սալդոն դարձել են օրհասական հիմնախնդիրներ հայաստանյան հասարակության համար: Խոսքը վերաբերվում է նաև տարեց անձանց տեսակարար կշռի ավելացմանը բնակչության ընդհանուր թվաքանակում, ինչպես նաև հասարակության ծերացման խնդիրներին: 2014 թվականի վիճակագրական տվյալների համաձայն Հայաստանում տարեցների թիվը կազմում է բնակչության 11.7%-ը: Այդ ցուցանիշով Հայաստանը դասվում է ծերացող հասարակությունների շարքը, որը, ըստ ժողովրդագրական կանխատեսումների, արդեն 2050 թվականին կունենա 30% տարեց բնակչություն: ՀՀ տարեց բնակչության շուրջ 60%-ը կանայք են¹: Տարեց կանանց թվի գերակշռումը տարիքային նույն խմբի տղամարդկանց թվի նկատմամբ պայմանավորված է կանանց և տղամարդկանց կյանքի միջին տևողության ցուցանիշների տարբերությամբ: Մասնավորապես, եթե տղամարդանց կյանքի միջին տևողությունը կազմում է 70.6 տարի, ապա կանանց համար այն 77 տարին է: Դա այն դեպքում, երբ Հանրապետությունում կյանքի միջին տևողությունը, անկախ սեռային պատկանելիությունից, կազմում է 73.9 տարի: Տարեցների և հատկապես տարեց կանանց տեսակարար կշռի ավելացումը բնակչության ընդհանուր թվակազմում առավել ցայտուն և ակնհայտ է դարձնում տարեցների սոցիալական պաշտպանության ապահովման, նրանց կյանքի որակի բարձրացման և արժանավայելել ծերություն ունենալու համար անհրաժեշտ ու բավարար նախադրյալների ստեղծման անհրաժեշտությունը: Խնդիրներ, որոնք ի սկզբանե լուծվել են ոչ ֆորմալ աջակցության այնպիսի հիմնական ինստիտուտների միջոցով, ինչպիսիք են ընտանիքը, եկեղեցին, համայնքը: Սակայն վերջին 20 տարիների ընթացքում մեր հասարակությունում և միջազգային ասպարեզում տեղի ունեցող բազմաբովանդակ և տարաբնույթ գործընթացները, սոցիալ-տնտեսական լուրջ փոփոխությունները, պատճառ դարձան սոցիալական աջակցության ոչ ֆորմալ ցանցի թուլացման և վերջինիս ռեսուրսների սահմանափակման համար, ինչի արդյունքում բնակչության տարբեր խմբերի, այդ թվում տարեցների կարիքները բավարարելու, նրանց անհրաժեշտ խնամք, հոգածություն տրամադրելու առաջնային պատասխանատվությունը դրվեց պետության ուսերին: Տարեցներին սպասարկող պետական ծառայությունները, որոնց շարքում հիմնականները սոցիալական և առողջապահական ծառայություններն են, այսօր հանդիսանում են տարեց կանանց և տղամարդկանց սոցիալական և առողջական հիմնախնդիրների լուծման, կարիքների բավարարման կարևորագույն կառույցները:

¹ Տե՛ս 2014 թվականի տարեգիրք, էջ 3: <http://armstat.am/file/doc/99489458.pdf>

Այսօր Հայաստանի բնակչության 64%-ը քաղաքաբնակ է, իսկ 36 %-ը՝ գյուղաբնակ: Չնչին շեղումով պատկերը նույնն է նաև տարեց բնակչության շրջանում²: Դա նշանակում է, որ տարեց անձանց զգալի մասը բնակվում է գյուղական համայնքներում. համայնքներ, որտեղ բնակչության սպասարկման ենթակառուցվածքները շատ ավելի նոսր են, սուղ, քայքայված և սահմանափակ ռեսուրսներով, քան քաղաքային համայնքներում: Ստացվում է, որ տարեցների, իսկ մեր հետազոտության կիզակետից ելնելով՝ հատկապես տարեց կանանց գերակշռող մասը, գյուղաբնակ է և օգտվում է գյուղական համայնքներում գործող սոցիալական և առողջապահական ծառայություններից: Իսկ որքանով են այդ ծառայությունները մատչելի և հասանելի գյուղաբնակ տարեց կանանց համար, որքանով են դրանք համարժեք նրանց կարիքներին, որքանով են դրանք արդյունավետ գործում և ապահովում տարեց կանանց հիմնախնդիրների լուծումը և բազմաբնույթ հարցերի կարգավորումը: Ահա այս և մի շարք այլ հարցերի պատասխանները գտնելու և գյուղաբնակ տարեց կանանց ներառվածությունը սոցիալական ու առողջապահական ծառայություններում հասկանալու նպատակով 2015 թվականի մարտ-ապրիլ ամիսներին անցկացվեց սոցիոլոգիական հետազոտություն գյուղաբնակ տարեց կանանց համար սոցիալական և առողջապահական ծառայությունների արդյունավետությունը հասկանալու և համակարգում առկա հիմնախնդիրները վերհանելու գերակա նպատակներով: Հետազոտության խնդիրների շարքը, ի թիվս վերոգրյալների, ներառում է նաև սոցիալական և առողջապահական ծառայություններից օգտվելու ընթացքում գյուղաբնակ տարեց կանանց առջև ծառայող հիմնախնդիրների ուսումնասիրությունը, տարեցների սոցիալական աջակցության և բուժսպասարկման համակարգում հասարակական կազմակերպությունների դերի, բնակարանային ու կենցաղային պայմանների և գյուղաբնակ տարեց կանանց կարիքներին այդ պայմանների համապատասխանության ուսումնասիրությունը, համայնքային կյանքում տարեց կանանց ներառվածության, գյուղական համայնքներում տարեց կանանց նկատմամբ ընտանեկան բռնության հիմնախնդրի տարածվածության և վերջինիս արձագանքելու համար առկա մեխանիզմների ու ծառայությունների ուսումնասիրությունը: Հետազոտությունն անցկացվել է ՀՀ երեք մարզում՝ Արմավիրում, Տավուշում, Շիրակում: Մարզերի ընտրությունը պատահական չի եղել: Այն պայմանավորված է եղել մարզերի սոցիալ-տնտեսական, աշխարհագրական, ժողովրդագրական առանձնահատկություններով: Մասնավորապես, Արմավիրի մարզն ընդգրկվել է որպես մայրաքաղաքին ամենամոտ տեղակայված և գյուղատնտեսական առավել «հագեցած» ռեսուրսներ ունեցող մարզերից մեկը, Տավուշի ընտրությունը պայմանավորված է եղել վերջինիս աշխարհագրական դիրքով, ինչպես նաև ամենամեծ թվով սահմանամերձ ու սահմանապահ համայնքներ ունենալու հանգամանքով: Իսկ ահա Շիրակի մարզի ընտրության հիմնական պատճառը մարզում աղքատության բարձր ցուցանիշներն են և «աղետի գոտու» առկայությունը: Բացի մարզերից, ընտրանքն իրականացվել է նաև համայնքային մակարդակում: Մասնավորապես, հետազոտության մեջ ընդգրկվել են համապատասխան մարզերի՝ նախապես ընտրված փոքր, մեծ, մարզկենտրոնին մոտ և հեռավոր, լեռնային կամ բարձր լեռնային, ինչպես նաև սահմանամերձ համայնքները: Ընդհանուր առմամբ,

² Տե՛ս Բնակչության ձեռագրման հետևանքներից բխող հիմնախնդիրների լուծման և տարեցների սոցիալական պաշտպանության ռազմավարություն, էջ 3:

հետազոտությունն իրականացվել է Հանրապետության 13 համայնքներում: Հետազոտության ընտրանքն իրականացվել է նաև ըստ ռեսպոնդենտների տարիքային բնութագրիչների և ընտանեկան կարգավիճակի: Մասնավորապես, հետազոտության մեջ որպես ռեսպոնդենտներ ներառվել են 63-70 ու 71 և բարձր տարիքի կանայք, ինչպես նաև միայնակ կամ միայն ամուսնու հետ բնակվող և զավակների կամ այլ խնամողների հետ համատեղ բնակվող կանայք: Նրանց բոլորի հետ անցկացվել են խորին հարցազրույցներ (*թվով 72 հարցազրույց*): Հետազոտության շրջանակներում իրականացվել են նաև փորձագիտական հարցումներ: Որպես փորձագետներ հետազոտության մեջ ներառվել են ՀՀ Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության հաշմանդամների և տարեցների հիմնահարցերի վարչության աշխատակիցները, ՀՀ Առողջապահության հիվանդանոցային բժշկական օգնության քաղաքականության և արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության քաղաքականության բաժինների աշխատակիցները: Փորձագիտական հարցումներ իրականացվել են նաև գյուղական համայնքներում գործող բուժսպասարկման հաստատությունների աշխատակիցների (առողջության առաջնային պահպանման կենտրոնների բժիշկներ, համայնքային բուժքույրեր), մարզպետարանների ընտանիքի, կանանց և երեխաների իրավունքների պաշտպանության բաժինների, ինչպես նաև սոցիալական ու առողջապահական հարցերով զբաղվող վարչությունների աշխատակիցների հետ: Հետազոտության կիզակետում են հայտնվել ոչ միայն պետական կառույցների կողմից տրամադրվող ծառայությունները, այլև գյուղաբնակ տարեց կանանց հիմնախնդիրներին առնչվող հասարակական կազմակերպությունների գործունեությունը: Նրանց անդամները որպես փորձագետներ, նույնպես ընդգրկվել են հետազոտության մեջ:

Նորանկախ Հայաստանի Հանրապետության բնակչության սոցիալական պաշտպանության ժամանակակից համակարգը սկսել է ձևավորվել 1996 թվականից, երբ ստեղծվեցին պետական սոցիալական ծառայությունները: Այդ համակարգի անբաժանելի մասն է կազմում տարեցների սոցիալական ծառայությունների ինստիտուցիոնալ համակարգը, որի շրջանակներում այսօր գործում և տարեցներին սոցիալական ծառայություններ են տրամադրում հետևյալ կազմակերպությունները.

1. բնակչության սոցիալական պաշտպանության շուրջօրյա ընդհանուր և հատուկ տիպի հաստատությունները (տուն-ինտերնատներ).
2. սոցիալ-վերականգնողական ցերեկային կենտրոնները.
3. տնային պայմաններում սոցիալական սպասարկման ու խնամքի ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունները.
4. անօթևան մարդկանց ժամանակավոր կացարանները.
5. սոցիալական տները:

Այսօր Հայաստանում գործում է 8 տուն-ինտերնատ: Դրանցից 4-ը պետական տուն-ինտերնատներն են, որոնք գործում են ՀՀ Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության ենթակայության ներքո: Ներկա դրությամբ այդ տուն-ինտերնատներում գտնվում է 1090 կենսաթոշակառու: Հանրապետությունում գործող տուն-ինտերնատներից 4-ն էլ ոչ պետական տուն-ինտերնատներն են, որոնք սկսել են կազմակերպվել 1999 թվականից սկսած: Ընդհանուր առմամբ, այսօր բնակչության սոցիալական պաշտպանության հաստատություններում խնամք է ստանում 1200

տարեց³: Ըստ ՀՀ Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի կողմից ընդունված կարգի՝ տուն-ինտերնատներում կարող են տեղավորվել միայնակ, 65 տարին լրացած տարեցները:

Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրության համաատասխան՝ խնամքի կարիք ունեցող անձի խնամքը կարող է տրամադրվել նաև սոցիալ-վերականգնողական կենտրոններում և տնային պայմաններում:

Տարեցներին ցերեկային կենտրոններում խնամք տրամադրելու նպատակով 2004 թվականից Վարդենիսի տուն-ինտերնատին կից ստեղծվել է հոգեկան առողջության ցերեկային խնամքի կենտրոնը, որն այլընտրանքային, արտահիվանդանոցային պայմաններում սոցիալ-հոգեբանական օգնության ծառայություններ է մատուցում մոտ 50 մտավոր և հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց և նրանց ընտանիքներին: Դա պետական միակ սոցիալական վերականգնողական ցերեկային կենտրոնն է, որը սպասարկում է Հանրապետության բնակչությանը: Ցերեկային կենտրոններ ստեղծելու և այդ կենտրոններում տարեցներին համապատասխան աջակցություն և խնամք տրամադրելու գործում ակտիվ են հատկապես հասարակական կազմակերպությունները, որոնց ռեսուրսներով այսօր Հանրապետության քաղաքային տարբեր համայնքներում ստեղծվել և գործում են մի շարք կենտրոններ՝ անհրաժեշտ խնամք և հոգածություն տրամադրելով անապահով և միայնակ տարեցներին: Մասնավորապես, «Առաքելություն Հայաստան» ԲՀԿ-ն Հանրապետության 7 մարզում և Երևան քաղաքում ստեղծել է 17 ցերեկային կենտրոն, որտեղ խնամքի ծառայություններ են ստանում շուրջ 1800 կենսաթոշակաու, «Հայկական Կարիտաս» ԲՀԿ-ն իր հիմնական գործունեությունը ծավալում է Շիրակի, Լոռու և Գեղարքունիքի մարզերում և, ընդհանուր առմամբ, սպասարկում է ավելի քան 500 միայնակ տարեց ու հաշմանդամ քաղաքացու: «Արաքս» և «Մեղվիկ» հասարակական կազմակերպությունները գործում են Գյումրի քաղաքում և իրենց ցերեկային կենտրոններում սպասարկում են շուրջ 300 տարեցի:

Տարեցներին տնային պայմաններում խնամք տրամադրելու նպատակով գործում է «Տնային պայմաններում միայնակ տարեցների և հաշմանդամների սոցիալական սպասարկման պետական կենտրոնը: Այն տեղակայված է Երևանում և սպասարկում է 1500 միայնակ տարեց և հաշմանդամ քաղաքացու՝ վերջիններիս խնամքի և սոցիալական, այդ թվում կենցաղային սպասարկման, առաջնային բժշկական, սոցիալ-հոգեբանական և մի շարք այլ սոցիալական ծառայություններ տրամադրելով տանը:

Սոցիալական բնակարանային ապահովության մոդելը Հայաստանի Հանրապետությունում նոր է ձևավորվում: Այն ներդրվել է 2008 թվականին Շվեյցարիայի կառավարության աջակցությամբ: Սոցիալական տներ արդեն իսկ կառուցվել և հատկացվել են անօթևանի կարգավիճակ ունեցող անձանց և ընտանիքներին: Ծրագրից օգտվել են նաև միայնակ և անօթևան ճանաչված տարեցները: Սոցիալական բնակարանները համարվում են «աջակից պայմաններով» հատկացված բնակարաններ, ինչը նշանակում է, որ խնամքի կարիք ունեցող տարեցները և հաշմանդամները բնակեցվել են այն ընտանիքների կողքին, որոնց

³ Տե՛ս Բնակչության ծերացման հետևանքներից բխող հիմնախնդիրների լուծման և տարեցների սոցիալական պաշտպանության ռազմավարություն, 2012, էջ 5:

անդամները կարող են աջակցել տարեցների և հաշմանդամների առօրյա կարիքների բավարարմանը, կենցաղային խնդիրների լուծմանը:

Ինչպես կարող ենք տեսնել, տարեցներին տրամադրվող սոցիալական ծառայությունները հիմնականում տեղակայված են քաղաքային համայնքներում և սպասարկում են բավականին քիչ թվով տարեցների: Հետևաբար, անգամ պարզ վիճակագրությունը վկայում է, որ տարեցների սոցիալական պաշտպանության ոլորտում գործող սոցիալական ծառայությունների ներկայիս համակարգը չի կարող ծածկել տարեցների սոցիալ-հոգեբանական, իրավական, առողջապահական, բնակարանային ապահովության կարիքների ամբողջական ծավալը և չի կարող ապահովել բոլոր այն տարեցների ներառումն այդ ծառայություններում, ովքեր իրականում ունեն դրանց կարիքը:

Իսկ որքանով են բնակչության սոցիալական աջակցության ծառայություններում ներառված գյուղաբնակ տարեց կանայք և որքանով են այդ ծառայությունները հասանելի և մատչելի նրանց համար: Հարցի պատասխանը կարելի է ստանալ միայն թեկուզ ծառայությունների աշխարհագրական տեղակայվածությունը ուսումնասիրելով: Սոցիալական բոլոր ծառայությունները, այդ թվում նրանք, որոնք նախատեսված են տարեցներին սպասարկելու և աջակցելու համար, գտնվում են Հանրապետության քաղաքային համայնքներում՝ սպասարկելով հենց այդ համայնքների, լավագույն դեպքում նաև հարակից գյուղական համայնքների բնակչությանը (*խոսքը չի վերաբերվում համընդհանուր պետական ծրագրերին*): Այդպիսով, ստացվում է, որ գյուղական համայնքների տարեց բնակչությունը չի օգտվում պետական և հասարակական կազմակերպությունների կողմից մատուցվող հիմնական ծառայություններից, այդ ծառայությունների՝ միայն քաղաքային համայնքներում տեղակայված լինելու և ծառայությունների՝ բավարար ռեսուրսներ չունենալու հետևանքով, քանի որ, ինչպես հետազոտության ընթացքում նշվեց հասարակական սեկտորի ծառայությունները ներկայացնող փորձագետներից մեկի կողմից. **«Հիմնական սպասարկումն ուղղվում է քաղաքային համայնքների բնակչությանը, ինչը պայմանավորված է կազմակերպությունների ֆինանսական միջոցների աղությանբ»:** Արդյունքում գյուղական համայնքների տարեց բնակիչները, ունենալով նմանատիպ ծառայություններից օգտվելու պահանջարկ, որն առավել ցայտուն է արտահայտվում հենց գյուղական համայնքներում՝ կապված այդ համայնքների թույլ զարգացած կամ քայքայված ենթակառուցվածքների, գործազրկության և աղքատության բարձր ցուցանիշների, միգրացիայի բարձր տեմպերի հետ, այդ ծառայություններից օգտվելու հնարավորություն չունեն: Բացառություն կարելի է համարել միայն միայնակ տարեցների խնամքի կազմակերպման համար գործող բնակչության սոցիալական պաշտպանության հաստատությունները կամ տուն-ինտերնատները և դրանցում տրամադրվող սոցիալական ծառայությունները, որոնք տեղակայված լինելով քաղաքային համայնքներում, որևէ տարբերակում չեն դնում թիրախային բնակչության համար և կարող են կազմակերպել նաև գյուղաբնակ տարեցների շուրջօրյա խնամքը, սակայն, ինչպես պարզ դարձավ հետազոտության արդյունքներից, գյուղական համայնքներից շուրջօրյա խնամքի հաստատություններում տեղավորման տենդենցը շատ թույլ է դրսևորվում՝ պայմանավորված գյուղերում դեռևս պահպանվող ընտանեկան և համայնքային ամուր կապերի, որոնց շնորհիվ գյուղական բնակչությունը, անկախ բազմաթիվ սոցիալական, ֆինանսական, հոգեբանական հիմնախնդիրների, դեռևս

կարողանում է կազմակերպել խնամքի կարիք ունեցող անապահով կամ միայնակ տարեցների խնամքը իր ուժերով: Այդ մասին փաստեցին թե՛ հետազոտության փորձագետները և թե՛ հարցվողները: Նույն պատկերն է նաև սոցիալական բնակարանների կամ տների հատկացման ծառայություններում: Քանի որ անօթևանների թիվը հատկապես մեծ է քաղաքային համայնքներում, ապա ստացվում է, որ այդ ծառայություններից օգվտում են մեծամասամբ քաղաքային տարեցները: Սակայն անհրաժեշտ է արձանագրել մեկ այլ միտում: Գյուղական համայնքների մեջ նույնպես տարբերակվածություն կա: Չնայած բազմաթիվ ընդհանուր խնդիրներին՝ ենթակառուցվածքների բացակայությանը, մաշվածությանը, գյուղական համայնքներում ծառայությունների բացակայությանը և այլն, կան գյուղական համայնքներ, որոնց բնակչությունը համեմատաբար առավել բարեկեցիկ կյանքով է կարողանում ապրել և համայնքներ, որտեղ աղքատության ցուցանիշներն առավել բարձր են: Այն համայնքները, որոնց բնակչությունը կարողանում է զբաղվել գյուղատնտեսությամբ և ստանալ որոշակի եկամուտ անանասապահության կամ բերքի ստացման և իրացման միջոցով, շատ ավելի բարվոք պայմաններ ունեն: Այդ համայնքներում ընտանիքը կարողանում է իրականացնել անհրաժեշտ խնամք տարեց անդամների նկատմամբ և որոշակիորեն հոգալ նրանց կարիքները (չնայած ոչ ամբողջական ծավալով): Իսկ այն համայնքները, որտեղ եկամտի աղբյուրները սուղ են, կապված համայնքի աշխարհագրական դիրքի, անբարենպաստ կլիմայական պայմանների, երիտասարդության և «աշխատող ձեռքերի» մասսայական արտահոսքի, աղետի գոտու առկայության հանգամանքի, տարեցների հիմնախնդիրները շատ ավելի սուր են, հրատապ և առավել ցայտուն են դրսևորվում, քանի որ համայնքի և ընտանիքի միջոցները հոգալու նրանց կարիքները կամ աջակցելու հիմնախնդիրների լուծմանը, շատ ավելի սուղ են լինում: Այս հանգամանքը հատկապես ակնառու կերպով դրսևորվեց հետազոտության մեջ ընդգրկված սահմանամերձ, բարձր լեռնային, հեռավոր և աղետի գոտու համայնքներում: Այդ համայնքներն առավել խոցելի են սոցիալ-տնտեսական ռիսկերի և ոչ բարվոք իրավիճակների հանդեպ:

Գյուղական համայնքներում հատկապես խոցելի են միայնակ տարեցները, ովքեր ժառանգ չունեն կամ նրանց ժառանգները բնակվում են արտերկրում, ինչը փաստում է այն մասին, որ տարեցը հարկադրված է լինում ինքնուրույն հոգալ սեփական կարիքները, լուծել կենցաղային, ֆինանսական, առողջապահական, սոցիալական հիմնախնդիրները սեփական ուժերով: Այդ մասին են վկայում մեկ այլ՝ 2013 թվականին գյուղական համայնքներում սոցիալական ինքնության դրսևորման, պահպանման և վերարտադրության հիմնախնդիրների ուսումնասիրությանը նվիրված հետազոտության արդյունքները, որոնց համաձայն միայնակ ապրող ծերերը, ի թիվս բնակչության մի շարք այլ խմբերի (բազմանդամ ընտանիքներ, աղքատներ, հաշմանդամներ), հանդիսանում են գյուղական համայնքի առավել խոցելի անհատներն ու ընտանիքները⁴: Եվ չնայած դրան, գյուղական համայնքների բնակիչը հանդիսացող տարեց անձինք սովորաբար միայնակ չեն թողնվում: Նրանք գտնվում են համայնքի բնակիչների, հատկապես մոտ բնակվող հարևանների, երբեմն գյուղական համայնքի տեղական ինքնակառավարման մարմինների ու շաղկերի

⁴ Տե՛ս Մկրտիչյան Ա.Ե., Շահնագարյան Գ.Ն., Մահակյան Ա.Կ., Վարտիկյան Ա.Ռ., Վերմիշյան Հ.Ռ.: Սոցիալական ինքնության պահպանման հիմնախնդիրները ՀՀ գյուղական համայնքներում: Երևան, ԵՊՀ հրատարակչություն, 2014, էջ 67:

կենտրոնում: Այնպիսի իրավիճակներում, երբ համագյուղացիները դժվարանում են իրականացնել միայնակ տարեցների խնամքը, նրանք ժամանակավորապես տեղափոխվում են իրենց հարազատներից կամ բարեկամներից մեկի խնամքին, ով կարող է և բնակվել մեկ այլ համայնքում՝ թեկուզ շատ հեռավոր և ով կարող է լինել հարազատական կամ բարեկամական ոչ շատ մոտ կապեր ունեցող անձ: Ինչպես նշվեցին հարցումների ընթացքում. **«Գյուղում տարեցը միայնակ ապրել չի կարող, դա հավասար է ինքնասպանության: Գյուղական կյանքն այնպիսին է, որ տարեցին մշտապես աջակցություն է պետք լինում, անգամ տարրական կարիքները հոգալու և կամ գոյությունը պաշտպանելու համար»:** Սա փաստում է այն մասին, որ գյուղական համայնքներում անձի կենսագործությունը կազմակերպվում է այնպես, որ տեղաշարժման, շփման, աշխատելու սահմանափակ կարողություններ ունեցող անձինք, ունենում են, եթե ոչ մշտական, ապա պարբերաբար իրականացվող աջակցության և հոգածության կարիք, ինչն էլ բերում է գյուղական համայնքներում տարեցների ինքնուրույնության կտրուկ սահմանափակմանը և միայնակ տարեցների՝ առանց որևէ հոգածության կամ աջակցության գոյատևելու անհնարիությանը: Այդուհանդերձ, այսօր գյուղական համայնքների պարծանքի եզակի առարկաներից մեկն է հանդիսանում այն հանգամանքը, որ տվյալ գյուղից ոչ մի տարեց երբևէ չի հանձնվել տուն-ինտերնատ:

Տարեցներին սոցիալական ծառայություններ տրամադրող պետական կազմակերպությունների շարքում անհրաժեշտ է առանձնացնել նաև սոցիալական ծառայությունների տարածքային գործակալությունները կամ բաժինները, սոցիալական ապահովության տարածքային ծառայությունները, բժշկասոցիալական փորձաքննության հանձնաժողովները: Սոցիալական ծառայությունների տարածքային գործակալությունները թվով 56-ն են, տեղակայված են Հանրապետության քաղաքային խոշոր կամ միջին թվաքանակով բնակչություն ունեցող համայնքներում: Դրանց գործունեության հիմնական նպատակն է անապահով ընտանիքների հայտնաբերումը, նրանց հաշվառումը ընտանիքների անապահովության գնահատման համակարգում, նպաստների և դրամական օգնության այլ ձևերի նշանակումը, վճարման կազմակերպումը և այլն: Նույն համայնքներում, որտեղ տեղակայված են սոցիալական ծառայությունների տարածքային գործակալությունները, գտնվում են նաև սոցիալական ապահովության պետական ծառայությունները, որոնց գործունեությունը կապված է պետական կենսաթոշակների նշանակման, հաշվարկման, վերահաշվարկման, վճարման կազմակերպման հետ: Բժշկասոցիալական փորձաքննության հանձնաժողովների գործունեության հիմնական խնդիրներն են անձին հաշմանդամ ճանաչելը, հաշմանդամության խմբի որոշումը, հաշմանդամության պատճառական կապի, տևողության և վաղեմության ժամկետների սահմանումը, հաշմանդամի անհատական վերականգնողական ծրագրի մշակումը և այլն: Հետազոտության ընթացքում ստացված տեղեկատվությունը փաստում է, որ այդ ծառայություններից օգտվելու ընթացքում գյուղաբնակ տարեց կանայք բախվում են այնպիսի հիմնախնդիրների հետ, ինչպիսիք են.

1. Ծառայությունների տարածքային հեռավորությունը իրենց բնակության համայնքներից

Քանի որ պետական սոցիալական ծառայություններ տրամադրող կազմակերպությունները տեղակայված են քաղաքային համայնքներում, գյուղաբնակ

տարեց կանանց համար այդ կառույցներ հասնելը դառնում է լուրջ խնդիր: Տարեց կանանց առողջական պրոբլեմներով պայմանավորված, ինչպես նաև գյուղական համայնքներում տրանսպորտային և ճանապարհային ենթակառուցվածքների ոչ բարվոք վիճակի հետևանքով, նրանց համար սոցիալական պետական ծառայությունները դառնում են դժվարամատչելի: Դա հատկապես ակնհայտ է այն համայնքներում, որտեղ մոտակա քաղաքային համայնքին կապող հանրային տրանսպորտային միջոցներ առհասարակ չկան և չեն գործում: Այդպիսի դեպքերում տվյալ համայնքի բնակչությունը փորձում է կարգավորել տվյալ ծառայությանը հասնելու գործընթացը սեփական ուժերով, սեփական միջոցներով: Այն ընտանիքները, որոնք ունեն սեփական փոխադրամիջոց, ստիպված են լինում հոգավ միայն վառելանյութի ծախսը, իսկ այն ընտանիքները, որոնք այդ փոխադրամիջոցն էլ չունեն, հարկադրված օգտվում են տաքսի ծառայություններից կամ խնդրում են իրենց հարևաններին-բարեկամներին աջակցել այդ հարցում:

«Եթե անհրաժեշտություն լինում է, տաքսիով ենք գնում կամ էլ հարևանին ենք գումարը տալիս, ինքն է տանում: Վերջին անգամ Փարոսին (ներկայումս՝ սոցիալական ծառայությունների տարածքային գործակալություն) դիմել եմ անցած տարի: Սկզբում ասել են, որ հաստատ նպաստ կհասնի, հետո ասել են՝ ոչ: Կունկրետ պատասխան այդպես էլ չեն տվել, բայց փորձել են օգնել՝ ասեցին, թե ինչ փաստաթղթեր են պակասում: Հիմա փաստաթղթերը կարգավորել եմ, բայց էս պահին էլ գումար չունեմ, որ գնամ հասնեմ էդտեղ, ստիպված պիտի մեկին խնդրեմ կամ սպասեմ, թե երբ փող կլինի տաքսու համար»:

Կամ

Դուրս ենք գալիս, ստիպված կանգնում ենք փողոցում, պատահական ավտոներով գնում-գալիս ենք:

Այդպիսով, գյուղական համայնքներից սոցիալական աջակցության պետական ծառայությունների հեռավորությունը լուրջ խնդիրներ է առաջացնում գյուղաբնակ տարեցների՝ այդ ծառայություններ այցելելու և նրանց հասանելիք ու անհրաժեշտ ծառայություններից օգտվելու համար: Միջինում նրանք բավականին շատ ժամանակ են ծախսում սոցիալական ծառայությունների տարածքային գործակալություն (ՄՕՏԳ) հասնելու համար: 2006 թվականին քաղաքացիների գնահատականը կրթության, առողջապահության և սոցիալական ապահովության ոլորտներում մատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ ուսումնասիրելու նպատակով անցկացված հետազոտության արդյունքները փաստում են, որ հարցվողների մեծամասնությունը ծախսում է հիմնականում 30 րոպեից մինչև 1 ժամ պետական սոցիալական ծառայությունների տարածքային գործակալություն հասնելու համար⁵: Ընդ որում, գյուղաբնակ տնային տնտեսությունները ՄՕՏԳ հասնելու համար ծախսում են շատ ավելի ժամանակ, քան քաղաքաբնակները: Մասնավորապես, 0.5-1

⁵ Տե՛ս Քաղաքացիների գնահատականը կրթության, առողջապահության և սոցիալական ապահովության ոլորտներում մատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ. Հանրային կարծիքի ուսումնասիրություն: Հանրային ոլորտի բարեփոխումների ծրագիր: Երևան, «Գասպրինտ» ՄՊԸ, 2007, էջ 43:

ժամ ծախսում են գյուղաբնակ տնտեսությունների 56.9 %-ը, իսկ քաղաքաբնակների՝ 32.2 %-ը, մինչդեռ մինչև 0,5 ժամ է անհրաժեշտ ՄՕՏԳ հասնելու համար քաղաքաբնակների 65,3 %-ին, իսկ գյուղաբնակների ընդամենը 23.6 %-ին: 2006 թվականին իրականացված հարցման մասնակիցները վերջին 12 ամիսների ընթացքում իրենց խնդիրների հետ կապված ՄՕՏԳ գրասենյակ են այցելել միջին հաշվով երկու անգամ: Ընդ որում, նրանց 40 %-ը ՄՕՏԳ այցելել է միայն մեկ անգամ, 36%-ից պահանջվել է երկու անգամ գնալ ՄՕՏԳ, իսկ 13%-ը 3 անգամ և 5.4 %-ը նշել է, որ ստիպված էր ՄՕՏԳ այցելել համարյա 4 անգամ: 24.3 %-ը ՄՕՏԳ-ի կողմից տրամադրվող ծառայություններից օգտվելու հետ կապված դժվարությունների շարքում նշել է նաև այն, որ *դժվար է հասնել ՄՕՏԳ*⁶:

2. Փաստաթղթային հարցերի կարգավորման հետ կապված խնդիրներ

Սոցիալական աջակցության ոլորտի պետական ծառայություններից օգտվելու համար գյուղաբնակ տարեց կանանց կողմից որպես մեկ այլ էական խոչընդոտ նշվել է փաստաթղթային խնդիրները, որոնց կարգավորումը նույնպես շատ ժամանակ և նյութական ռեսուրս է պահանջում: Ըստ նախապես սահմանված կարգի՝ պետական կենսաթոշակ կամ նպաստ ստանալու համար անհրաժեշտ է համապատասխան ծառայություններ ներկայացնել անհրաժեշտ փաստաթղթերը՝ տեղեկանքներ, դիմումներ և այլն: Դրանց հավաքագրման համար ծախսվում է բավականին երկար ժամանակ, իսկ որոշ համայնքներում՝ պահանջվում է նաև ֆինանսական ներդրում, ինչի արդյունքում գյուղաբնակ տարեց կանանցից շատերը պարզապես հրաժարվում են ծառայությունից օգտվելու մտադրությունից, եթե անգամ առկա են դրա համար անհրաժեշտ բոլոր հիմքերը: Ինչպես իր խոսքում ներկայացրեց հարցվողներից մեկը.

«Թղթերը մինչև հանեցինք՝ այստեղից այնտեղ, այնտեղից այստեղ, փողն էլ ծախսեցի թղթերի վրա, օգուտ չտեսանք» (Շիրակ, 68 տ.):

3. Համակարգային խնդիրներ

Ընտանեկան նպաստների ծրագիրը, պետական բյուջեից հատկացվող ֆինանսական միջոցներով և ծրագրում ընդգրկված բնակչության թվաքանակով համարվում է պետական նպաստների ամենամեծ ծրագիրը: Այն հիմնադրվել է 1999 թվականին և կոչված է աջակցելու անապահով ընտանիքներին՝ նրանց անապահովության միավորի հաշվարկման, սահմանային միավորից բարձր անապահովության միավոր ունենալու և «անապահով ընտանիք» կարգավիճակը ձեռք բերելու դեպքում՝ ընտանիքների անապահովության գնահատման համակարգում ներառելու և պետական նպաստ վճարելու միջոցով: Այն դրամական աջակցություն է տրամադրում առավել աղքատ և տնտեսապես ոչ ակտիվ ընտանիքներին և անհատ քաղաքացիներին: Կենսաթոշակային համակարգի հետ մեկտող ծրագիրն ապահովում է պետական սոցիալական տրանսֆերտների

⁶ Քաղաքացիների գնահատականը կրթության, առողջապահության և սոցիալական ապահովության ոլորտներում մատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ. Հանրային կարծիքի ուսումնասիրություն: Հանրային ոլորտի բարեփոխումների ծրագիր: Երևան, «Գասպրինտ» ՍՊԸ, 2007, էջ 48:

գերակշիռ մասը և էական նշանակություն ունի հատկապես ծայրահեղ աղքատության կրճատման գործում⁷:

Ծրագիրն իր գործառնական տարիների ընթացքում ենթարկվել է որոշակի փոփոխությունների, ինչպես ընտանիքների անապահովության գնահատման, ընտանեկան նպաստի չափի որոշման բանաձևերի փոփոխությունների առումով, այնպես էլ մեծ ուշադրություն է դարձվել ծրագրի վարչարարության բարելավմանը: Սակայն ընտանեկան նպաստների համակարգում դեռևս առկա են լուրջ խնդիրներ, որոնցով էլ պայմանավորված ծրագիրը դառնում է դժվարամատչելի կամ նույնիսկ անհասանելի տարեց անձանց համար՝ անկախ նրանց բնակության վայրից:

Տարիներ շարունակ կենսաթոշակ ստացող նպաստառուների համար լուրջ խնդիր էր կենսաթոշակի բարձրացման արդյունքում պետական նպաստ ստանալու իրավունքից զրկվելը: Պետությունը փորձեց արձագանքել այդ խնդրին՝ ՀՀ կառավարության որոշումներով ընտանեկան նպաստ ստանալու իրավունք տվող սահմանային միավորը իջեցնելու միջոցով: Հաշվի առնելով կենսաթոշակի չափի բարձրացման տեմպերը 2004, 2005, 2006 թվականներին՝ ընտանեկան նպաստ ստանալու իրավունք տվող սահմանային միավորը 36.00-ից, համապատասխանաբար, իջեցվեց 35.00-ի, 34.00-ի և 33.00-ի⁸: Այսօր ընտանիքի անապահովության սահմանային միավորը 30.00-ն է: Օրենսդրական դաշտում կատարված փոփոխությունները՝ հնարավորություն ընձեռեցին տարեցներին՝ պահպանելու իրեց ընտանիքների՝ ընտանեկան նպաստ ստանալու իրավունքը՝ չնայած կենսաթոշակի չափի բարձրացմանը: Թերևս դրանով հիմնախնդիրները չլուծվեցին: Բազմաթիվ տարեցներ, փաստացիորեն բնակվելով միայնակ, չեն կարողանում ձեռք բերել միայնակ կենսաթոշակառուի իրավական կարգավիճակ, քանի որ նրանց ընտանիքի անդամներից մեկը կամ շատերը շարունակում են հաշվառված մնալ բնակելի այն տարածքում, որտեղ տվյալ պահին բնակվում է տարեցը, ով, արդյունքում, մեխանիկորեն կորցնում է միայնակի իրավական կարգավիճակ ձեռք բերելու և այդ կարգավիճակի հիման վրա պետական նպաստ ստանալու հնարավորությունը: Ինչպես նշեց հարցվող տարեց կանանցից մեկը.

«Դիմել եմ մի անգամ փարոս՝ նպաստի (ընտանեկան նպաստ) համար: Ասացին, որ ինձ հետ ապրող կա: Աղջիկս էր գրանցված: Նա ամուսնացել գնացել է Ռուսաստան, բայց գրանցումը մնացել է: Վերջին անգամ դիմել եմ նախանցած տարի, բայց դրանից առաջ էլ եմ դիմել: Ես ներկա պահին էլ գիտեմ, որ ինձ հասնում է նպաստ, բայց ասում են որ չի հասնում: Երևանում ես պատահական հանդիպեցի սոցալի մի ծանոթ աշխատողի, նա ասաց որ ինձ հասնում է: Դրանից հետո եկա, նորից դիմեցի, բայց ասացին որ չի հասնում»:

Կամ

«3 ամիս առաջ եմ դիմել նպաստի համար, չեմ ստացել: Պատասխանը եղել է, որ ճիշտ է տղաներս բաժան են, բայց գրքով, օրինավոր դուրս գրված չեն: Այս դեպքում տղաներիս եկամուտը հաշվի են առնում, դառնում եմ ապահով, չնայած որ իրենք ինձ հետ չեն ապրում»:

⁷ Տե՛ս Հայաստանի Հանրապետության 2014-2025 թվականների հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիր, <http://www.gov.am/files/docs/1322.pdf>, 27.05.2015, ժամը՝ 15:35:

⁸ Տե՛ս ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական նախարարության պաշտոնական կայք,

http://www.mlsa.am/home/index.php?menu_id=110&child_id=122&code_id=173 27.05.2015, ժամը՝ 15:31:

Պետական նպաստների համակարգային խնդիրներից մյուսն էլ, որի մասին բարձրաձայնեցին հարցմանը մասնակցած տարեց կանայք, կապված են ընտանիքի անապահովության գնահատման ժամանակ ուշարդության արժանացող բնութագրիչների հետ, որոնց ընդունված է կոչել «ընտանիքի անապահովության միավորը գրոյացնող ցուցանիշներ»: Որպես այդպիսի ցուցանիշներ են համարվում, օրինակ, անձնական օգտագործման ավտոմեքենայի առկայությունը և տեխնիկական զննում անցնելու հանգամանքը, ձեռնարկատիրական գործունեությամբ զբաղվելը, անշարժ գույքի հետ կապված գործարքներ կատարելը, ամառային ամիսների ընթացքում սպառած էլեկտրաէներգիայի քանակը, հեռախոսակապի համար ընտանիքի միջին ամսական վճարումները և այլն: Հարցման ընթացքում պարզվեց, որ գյուղաբնակ տարեց կանանց պետական սոցիալական աջակցություն չի հասնում նաև պայմանավորված այդ ցուցանիշներով, որոնց առկայությունը, իրականում, որևէ էական փոփոխություն ընտանիքի բարեկեցության առումով չի ապահովում: Այսպես.

«Վերջին անգամ դիմել ենք 2014թ.-ին: Ամուսինս դիմեց սոցիալական պետական ծառայությանը, բայց մենք մեքենա էինք նվեր ստացել մեր բարեկամից դեռ 90-ականներին, ամուսնուս լավության դիմաց, և դրա համար մեզ մերժեցին, ասելով որ մեքենա ունենք, մեզ չի հասնում: Փաստորեն երեխաներին նպաստ չեն տալիս, նրա համար, որ մեքենա ունենք:

Նմանատիպ և մի շարք այլ իրավիճակներ, որոնք բխում են համակարգում առկա խնդիրներից, պայմանավորում են պետական սոցիալական աջակցության ծրագրերի դժվարամատչելիությունը բնակչության տարեց խմբերի համար, ինչն իր բացասական ազդեցությունն է ունենում թե՛ գյուղական և թե՛ քաղաքային համայնքների բնակչության կենսամակարդակի վրա:

Այդ խնդիրներն առաջացնում են նաև «նպաստավոր պայմաններ» սոցիալական պետական ծառայությունների աշխատակիցների համար կամայական գործողություններ իրականացնելու և կամընտրական որոշումներ կայացնելու հարցում: Այդ մասին են փաստում հարցումների ընթացքում ստացված այս և նմանատիպ այլ տեղեկությունները.

«Գյուղապետարանից ասացին, որ երբ երեխան ծնվի, թուղթ ներկայացնենք, ասենք, որ երկու անչափահասներ ունենք, աշխատող չունենք, կձևակերպեն: Բայց սկզբում չէին տալիս, ասում էին որ երեխաները ջահել են, թող գնան աշխատեն: Հետո մի օր 2 երիտասարդներ էին եկել կոմիսիայից, դրսում կանգնած էին, մոտեցա նրանց, դիմեցի, թղթերս վերցրեցին և արդեն մեկ շաբաթից զանգահարեցին ասացին, որ գնամ նպաստ ստանամ»:

«Պետական նպաստների մասին» ՀՀ օրենքի համաձայն, ընտանեկան նպաստ ստանալու իրավունք ունեն երեխա (մինչև 18 տարեկան անձ) ունեցող այն ընտանիքները, որոնք հաշվառված են ընտանիքների անապահովության գնահատման համակարգում և որոնց անապահովության միավորը բարձր է անապահովության սահմանային միավորից: Ստացվում է, որ պետական սոցիալական աջակցության «ընտանեկան նպաստ» ծրագրից կարող են օգտվել միայն այն տարեցները, ովքեր բնակվում են իրենց հարազատների հետ և եթե հարազատներն ունեն անչափահաս երեխաներ: Իսկ այն տարեցները, ովքեր բնակվում են միայնակ կամ այն ընտանիքում, որտեղ չկան մինչև 18 տարեկան

անձինք, կարող են հավակնել միայն սոցիալական նպաստ ստանալու, որը, Կառավարության որոշման համաձայն, կազմում է ընտանեկան նպաստների նվազագույն չափը⁹: Ընտանեկան նպաստի չափը ձևավորվում է տվյալ ընտանիքի՝ երեխաների համար նախատեսված հավելավճարի և ընտանեկան նպաստի՝ յուրաքանչյուր տարի կառավարության կողմից հաստատվող բազային չափի գումարի արդյունքում: Փաստացիորեն ստացվում է, որ այն ընտանիքները, որտեղ մինչև 18 տարեկան անձինք չկան, անապահովության բարձր ցուցանիշներ ունենալու դեպքում անգամ կարող են հավակնել ստանալ միայն նվազագույն չափի նպաստ: Այս մոտեցումն, իհարկե, բխում է բնակչության սոցիալական պաշտպանության ոլորտում ՀՀ կառավարության որդեգրած այն քաղաքականությունից, համաձայն որի պետական սոցիալական աջակցության հատկացման ընթացքում պետք է առաջնորդվել առաջնայնությունը երեխաներին տրամադրելու սկզբունքով:

Բացի սոցիալական նպաստից, տարեց անձինք կարող են օգտվել նաև եռամսյակային հրատապ աջակցությունից, որը նախատեսված է տրամադրել ընտանեկան կամ սոցիալական նպաստի իրավունք չունեցող, սակայն անապահովության 0-ից բարձր միավոր ունեցող ընտանիքներին անհետաձգելի լուծում պահանջող կյանքի դժվարին իրավիճակում հայտնվելու (արտակարգ իրավիճակների և կարճատև ֆինանսական խնդիրներ ունենալու) դեպքում: ՀՀ օրենսդրության համաձայն՝ եռամսյակային հրատապ օգնության տրամադրման վերաբերյալ որոշում կայացնելիս՝ նախապատվության իրավունք ունեն այդ թվում կենսաթոշակատուներից, ծերության կամ հաշմանդամության նպաստ ստացող անձանցից բաղկացած ընտանիքները: Սա այն եզակի արտոնություններից է, որ տրվում է տարեցներին պետական սոցիալական աջակցության ոլորտում: Սակայն քանի որ եռամսյակային հրատապ օգնությունը նշանակվում է սոցիալական նպաստի չափով (ընտանեկան նպաստի նվազագույն չափով) և տրվում է միայն երեք ամիս ժամկետով, անկախ տարեցի սոցիալական կարիքների բնույթից և անապահովության մակարդակից, ապա ստացվում է, որ այդ ծրագիրը համարժեք չէ տարեցների, այդ թվում գյուղաբնակ տարեցների սոցիալական կարիքներին և չի կրում շարունակական բնույթ: Այդ մասին են վկայում նաև հետազոտության ընթացքում ստացված տեղեկատվությունը, ինչպես օրինակ.

«Գյուղապետին էլ եմ դիմել, նա միջամտեց, երեք ամսով նպաստ ստացա (եռամսյակային հրատապ օգնություն), ասեցին, որ հունվարի մեկից արդեն մշտական կտան, բայց եղպես էլ մնաց, չտվեցին: Էլ ոչ էլ գնում եմ, միևնույն է, գիտեմ, որ մերժելու են: Ամսեկան 4000 դրամ եմ¹⁰ ստացել եռամսյակը: Շատ քիչ էր, ի՞նչ ասեմ:

Պետական սոցիալական ծառայությունների շարքում, որոնք սպասարկում են գյուղաբնակ տարեց կանանց, ներառված են նաև բժշկասոցիալական փորձաքննության հանձնաժողովները: «Սոցիալական աջակցության մասին» ՀՀ օրենքի համաձայն՝ բժշկասոցիալական փորձաքննության ոլորտում բնակչությանը մատուցվող ծառայությունները համարվում են հիմնական սոցիալական

⁹ 2015 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ ընտանեկան նպաստի բազային չափը և սոցիալական նպաստի չափը նույնն են և կազմում են 17.000 ՀՀ դրամ:

¹⁰ 2015 հունվարի 1-ի դրությամբ եռամսյակային հրատապ օգնության չափը կազմում է 17.000 ՀՀ դրամ:

ծառայություններ, որոնք մատուցվում են այդ ոլորտում գործող համապատասխան հանձնաժողովների՝ բժշկասոցիալական փորձաքննության հանձնաժողովների կողմից: Այդ հանձնաժողովները գործում են անձի կենսագործունեության սահմանափակման աստիճանի որոշման, անձին հաշմանդամ ճանաչելու, հաշմանդամության ժամկետը սահմանելու, մասնագիտական աշխատունակության կորստի աստիճանը որոշելու, հաշմանդամի անհատական վերականգնողական ծրագիրը մշակելու և հաստատելու համար: ՀՀ-ում գործող օրենսդրության համաձայն՝ ըստ աշխատունակության կորստի չափանիշի առանձնացվում են հաշմանդամության հետևյալ ձևերը.

1. Առաջին կարգի հաշմանդամություն
2. Երկրորդ կարգի հաշմանդամություն
3. Երրորդ կարգի հաշմանդամություն:

Ինչպես արդեն նշվեց, անձի հաշմանդամության կարգը և դրանից բխող որոշակի արտոնություններից և ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունները որոշվում են բժշկասոցիալական փորձաքննության հանձնաժողովի կողմից: Ինչպես նշեցին հարցվողները, հենց այդ ընթացքում է, որ տարեցների համար առաջանում են լուրջ խնդիրներ: Մասնավորապես, հարցումներից մեկի ընթացքում հնչեց հետևյալ տեղեկատվությունը.

«Ես 6 տարի է արդեն թոշակ եմ ստանում (խոսքն աշխատանքային կենսաթոշակի մասին է): Սկզբում հիվանդության թոշակ եմ ստացել (հաշմանդամության կենսաթոշակ): Դա էլ ամեն կոմիսիայի (բժշկասոցիալական փորձաքննության) ժամանակ գումար էին ուզում, 60-70 հազար ծախսում էի, որ թոշակ տային: Աչքի բժիշկը ուզում է, սրտի կարդիոգրաման ուզում է, ներոպաթոլոգը ուզում է, թերապևտն ուզում է, կոմիսիայի բժիշկն ուզում է, գալիս-դառնում է այդքան (հաշմանդամության կենսաթոշակի չափ): Երբ տեսա, որ հաշմանդամության թոշակն էլ է նույնը, աշխատանքայինն էլ, փոխեցի աշխատանքային, քանի որ այլևս ելք չկար, պարտք էի ան ում, տալիս կոմիսիաներին և ամբողջ տարին սոված նստում էի:

2007 թվականին «Հայկական Կարիտաս» բարեսիրական հասարակական կազմակերպությունը «Արժանավայել և բարեկեցիկ կյանք ծերերի համար» ծրագրի շրջանակներում իրականացրել է լայնածավալ հետազոտական ծրագիր, որի նպատակն էր բացահայտել տարեց մարդկանց հիմնախնդիրները ՀՀ երեք մարզերում՝ Շիրակում, Լոռիում և Գեղարքունիքում: Հետազոտության նշանակակետում ընդգրկվել են տարեցների կենսագործունեության տարբեր ոլորտներ, ադ թվում նրանց համար գործող բժշկակասոցիալական ծառայություններից օգտվելու ընթացքում առաջացած հիմնախնդիրները, տարեցների բավարարվածությունն այդ ծառայություններով, դրանց հասանելիությունն ու մատչելիությունը տարեցների համար¹¹: Հետազոտության շրջանակներում ստացված տեղեկատվության համաձայն՝ հարցվողների 17.2%-ը հաշմանդամության

¹¹ Հետազոտությունն անկացվել է քանակական մեթոդների կիրառմամբ, հետևաբար, հանդիսացել է քանակական հետազոտություն, որի միջոցով ստացված տվյալները փայլուն կերպով լրացնում են սույն հետազոտության շրջանակներում ստացված տվյալներն ու համալրում են ձեռքբերված արդյունքները:

կարգավիճակ ստանալու համար ծախսել է որոշակի գումար, որի նվազագույն չափն է 1000 ՀՀ դրամ, իսկ առավելագույնը՝ 200 ԱՄՆ դոլար¹²:

Բացի վերոնշյալ խնդիրներից բժշկասոցիալական փորձաքննությունների իրականացումը կապված է այլ շատ լուրջ խնդիրների հետ, ինչպիսիք են, օրինակ, հանձնաժողովների շենքային (*սպասարահների բացակայությունը, առանձին աշխատասենյակների բացակայությունը, դժվարամատչելիությունը տեղաշարժման խնդիրներ ունեցող անձանց համար*), տեխնիկական պայմանների անբավարար լինելը¹³:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ պետական սոցիալական ծառայությունները, մասնավորապես սոցիալական ծառայությունների տարածքային գործակալությունները, սոցիալական ապահովության պետական ծառայությունները, գործում են բնակչության խոցելի անդամներին աջակցելու նպատակով, ապա կարող ենք փաստել, որ այդ ծառայությունները իրականում դժվարամատչելի են բնակչության հենց այդ խմբերի համար: Փաստորեն, իրավիճակը զգալի փոփոխություն չի կրել դեռևս 2001 թվականից ի վերուստ, երբ տնային տնտեսությունները և մասնավոր ձեռնարկությունները սպասարկող հանրային ծառայությունների վերաբերյալ հասարակական կարծիքի ուսումնասիրության նպատակով «Հայ ժողովրդավարական ֆորում» հասարակական կազմակերպությունն անցկացրեց հետազոտություն և եզրակացրեց, որ հանրային ծառայությունների մատուցման արդյունավետության տեսանկյունից դեռևս ցածր են դրանց մատուցման որակը և մատչելիությունը բնակչության, հատկապես խոցելի խավերի ներկայացուցիչների համար: Ըստ նույն հետազոտության արդյունքների՝ դրանք ավելի մատչելի են ոչ աղքատ և ապահով տնային տնտեսություններին, մինչդեռ անապահով բնակչության համար ընդհանրապես մատչելի չեն: Այսպես, հանրային ծառայությունների մի զգալի հատված, այդ թվում նաև սոցիալական աջակցության ծառայությունները, շարունակում են ունենալ հասցեականության ցածր մակարդակ: Այս կարծիքին հավելել կարող ենք միայն հարցվողներից մեկի տեսակետը. «**Այնքան ենք դիմել, որ հիասթափվել ենք, միշտ մերժել են: Բայց այնպիսի մարդիկ են նպաստ ստանում, զարմանում ես**» (Արմավիրի մարզ, 67 տ.):

Բացի պետական ծառայություններից, գյուղաբնակ տարեցների սոցիալական աջակցության համակարգում ներառված են նաև հասարակական, բարեգործական կազմակերպությունները¹⁴, տեղական ինքնակառավարման մարմինները¹⁵ և տարածքային կառավարումն իրականացնող մարզային կառույցները՝

¹² Տե՛ս http://www.caritasarm.am/images/stories/downloads/sociological_research_2007.pdf 25.05.2015, 16:55:

¹³ Տե՛ս ՀՀ բնակչության սոցիալական պաշտպանության ոլորտում տրամադրվող սոցիալական ծառայությունների միասնական փաթեթի և համալիր (ինտեգրված) սոցիալական ծառայությունների տրամադրման համակարգի կառուցվածքագործառնության մոդելի մշակման նպատակով խորհրդատվական ծառայությունների տրամադրման տեխնիկական հանձնարարականի իրականացման առաջին միջանկյալ հաշվետվություն/ «Ներդաշնակ հասարակություն» սոցիալական աշխատողների ազգային ասոցիացիա», 2010, էջ 109:

¹⁴ Հասարակական, բարեգործական կազմակերպությունների կողմից գյուղաբնակ տարեց կանանց համար մատուցվող ծառայությունները ներկայացված են նյութի հաջորդ բաժնում:

¹⁵ Տեղական ինքնակառավարման մարմինների կողմից գյուղաբնակ տարեց կանանց տրամադրվող ծառայությունները նկարագրված են նյութի հաջորդ բաժնում:

մարզպետարանները: ՀՀ բոլոր մարզպետարաններն ունեն սոցիալական աջակցության և առողջապահության խնդիրներով զբաղվող վարչություններ կամ բաժիններ: Այդ ստորաբաժանումների խնդիրն է արձագանքել բնակչության առողջական խնդիրներին, լուծում տալ սոցիալական դժվարություններին, մարզային մակարդակում վարել սոցիալական և առողջապահական ոլորտի պետական քաղաքականությունը: Համապատասխան մարզերում այդ ստորաբաժանումների աշխատակիցների հետ անցկացված փորձագիտական հարցման ընթացքում պարզ դարձավ, որ գյուղաբնակ տարեց կանայք նույնպես դիմում են մարզային իշխանության կառույցներին իրենց սոցիալական հիմնախնդիրներով: Մասնավորապես, առավել հաճախ տարեց կանայք դիմում են պետական նպաստ ստանալու, նպաստից զրկվելու հարցը պարզաբանելու, կենսաթոշակի հետ կապված հարցերը կարգավորելու, ԽՍՀՄ խնայքանկում ներդրված ավանդները ստանալու հարցերով: Այդ հարցերին մարզային կառույցի համապատասխան ստորաբաժանումները փորձում են լուծում տալ վարվող քաղաքականության, գործող ծրագրերի, առկա ծառայությունների միջոցով: Որպես մարզպետարանների կողմից իրականացվող սոցիալական աջակցության երկարաժամկետ ծրագիր հանդես է գալիս դրամական օգնության տրամադրումը: Այդ ծրագրում ընդգրկվելու և դրամական օգնությունից օգտվելու համար գյուղաբնակ տարեց կանայք նույնպես հաճախակի դիմում են: Դրամական օգնություն ստանալու համար նախատեսված է հատակ ընթացակարգ, որը գործում է բոլոր մարզերում: Համաձայն այդ ընթացակարգի՝ մարզպետի կողմից դրամական աջակցություն ստանալու համար անձը դիմում է ներկայացնում մարզպետի անունով, որից հետո դիմումն ուսումնասիրվում է մարզպետարանի համապատասխան վարչության աշխատակազմը, որն էլ իրականացնում է ընտանիքի կամ քաղաքացու հիմնախնդիրների ուսումնասիրության, անապահովության մակարդակի ճշգրտման աշխատանքներ՝ դիմելով տվյալ համայնքը սպասարկող սոցիալական ծառայությունների տարածքային գործակալությանը, համայնքի ղեկավարին: Անհրաժեշտության դեպքում աշխատակիցները նաև տնայց են կատարում, ինչը չնայած բավականին հազվադեպ է իրականացվում: Իրավիճակը հստակեցնելուց և ընտանիքի կամ քաղաքացու հիմնախնդիրները պարզաբանելուց հետո մարզային խորհուրդը կոլեգիալ կերպով որոշում է կայացնում դիմողին աջակցություն տրամարդելու և այդ աջակցության ձևի ու չափի վերաբերյալ: Դրամական աջակցության չափը կախված է դիմող անձի կամ ընտանիքի սոցիալական վիճակից, նրանց ունեցած խնդիրներից: Միջինում որպես դրամական աջակցություն ընտանիքին կարող է տրամադրվել 30.000-50.000 ՀՀ դրամ: Առավելագույն գումարի չափը չի գերազանցում 100.000 ՀՀ դրամը: Հաճախ են լինում նաև այնպիսի իրավիճակներ, երբ մարզպետի որոշմամբ դրամական աջակցություն հատկացնելու փոխարեն միջնորդություն է իրականացվում՝ տվյալ ընտանիքի կամ քաղաքացուն մարզում գործող ծառայություններից անվճար հիմունքներով օգտվելու հնարավորություն տրամադրելու նպատակով: Նմանատիպ միջոցառումներ կազմակերպվում են հատկապես այնպիսի դեպքերում, երբ տվյալ անձը դիմել է առողջական խնդիրներով: Հետազոտության ընթացքում պարզ դարձավ, որ նմանատիպ աջակցությունից օգտվում են գյուղաբնակ տարեց կանայք, ովքեր, ինչպես փաստեցին փորձագետները, անձամբ կամ իրենց ընտանիքի անդամների միջոցով ավելի հաճախ են դիմում աջակցություն ստանալու համար, քան

քաղաքաբնակ տարեցները: Դա պայմանավորված է, նախ, գյուղական համայնքներում գործազրկության բարձր ցուցանիշներով և կայուն զբաղվածության բացակայությամբ, գյուղատնտեսական գործունեության ցածր եկամտաբերությամբ, ապրանքափոխանակության և գյուղատնտեսական արտադրանքների սպառման պայմանների բացակայությամբ, ինչպես նաև գյուղական համայնքներից երիտասարդների արտահոսքի բարձր ցուցանիշներով: Բոլոր այս գործոնների ազդեցությամբ գյուղական համայնքներում բնակվող տարեցների սոցիալական պայմանները զգալի վատթարացում են ունենում և պայմանավորում նրանց՝ մարզային կառույցներին սոցիալական աջակցություն ստանալու նպատակով դիմելուն: Այդ ծրագրերին դիմելիության առավել բարձր տոկոս է նկատվում հատկապես գյուղաբնակ միայնակ տարեցների կողմից: Չնայած դրան, մարզային կառույցների կողմից հատկացվող դրամական աջակցությունը սովորաբար համարժեք չի լինում տարեցների սոցիալական հիմնախնդիրների ծավալին և բովանդակությանը և միայն կարողանում է նպաստել այդ հիմնախնդիրների որոշակի հետևանքների հաղթահարմանը կամ մեղմմանը: Օրինակ՝ հատկացված աջակցությամբ տարեցները կարողանում են միայն կոմունալ վճարներ վճարել կամ սննդի դիմաց կուտակված պարտքերը մարել:

Այսպիսով, հետազոտության արդյունքների վրա հիմնվելով՝ կարող ենք փաստել, որ.

- 1. պետական սոցիալական աջակցության ոլորտում գյուղաբնակ տարեց կանանց տրամադրվող սոցիալական ծառայությունները դժվարամատչելի են նրանց համար, քիչ հասանելի, ինչպես նաև համարժեք չեն տարեց կանանց կարիքներին: Այդ ծառայությունները չեն ենթադրում նաև տարբերակված մոտեցում՝ ըստ տվյալ անձի հիմնական կարիքների և նրա ունեցած հիմնախնդիրների՝ առաջարկելով ընդհանրացված մոտեցում բոլոր տարեցներին՝ անկախ բնակության վայրից և սեռից:*
- 2. Տարեցներին տրամադրվող սոցիալական ծառայություններն ուղղված են միայն տարեցների որոշ խմբերին, օրինակ՝ հաշմանդամություն ունեցող տարեցներին, միայնակ, անապահով տարեցներին և այլն: Այսինքն, դրանց տրամադրման հիմքում սոցիալական որևէ խմբին պատկանելն է: Դա վկայում է տարեցների հանդեպ ընտրողական սկզբունքի հիման վրա մշակվող և իրականացվող սոցիալական քաղաքականության մասին, որը կրում է մնացորդային բնույթ, այսինքն՝ միտված է աջակցելու միայն խիստ ծայրահեղ դեպքերում, երբ տարեց անձի հնարավորությունները ինքնուրույն բավարարելու սեփական կարիքները և կամ լուծելու հիմնախնդիրները, սահմանափակված են:*
- 3. Այսօր տարեցների համար նախատեսված սոցիալական ծառայությունները չունեն սոցիալական հիմնախնդիրների կանխարգելմանը միտված ուղղվածություն և չեն ենթադրում կանխարգելիչ գործունեության որևէ ասպեկտ:*
- 4. Ներկայումս մեր երկրում տարեցների սոցիալական պաշտպանության ոլորտում իրականացվող քաղաքականության մեջ դեռևս հստակեցված չէ այն հանգամանքը, թե տարիքային որ խմբին պատկանող անձը կարող է համարվել տարեց: Այսպես, օրինակ, «Սոցիալական աջակցության մասին»*

նախկին օրենքը (2005 թվական) կիրառում էր «ծեր» եզրույթը և այն մեկնաբանում որպես անձ, ով հասել է ծերության սոցիալական կենսաթոշակի տարիքին: Այնուհետև, «Սոցիալական աջակցության մասին» նոր օրենքի ընդունմամբ (2014-ի դեկտեմբեր) սոցիալական քաղաքականության մեջ ներմուծվեց «տարեց» իրավական կարգավիճակը և որպես տարեց սկսեց համարվել 65 տարեկան և բարձր տարիք ունեցող անձը: Կենսաթոշակային ոլորտում իրականացվող քաղաքականության շրջանակներում տարիքային աշխատանքային կենսաթոշակի անցնելու տարիքը սահմանված է 63-ը: Այդ տարիքից հետո անձը համարվում է կենսաթոշակառու կամ տարեց, ինչպես որ նույնացվում է «Ծերացման հետևանքների հաղթահարման և տարեցների սոցիալական պաշտպանության ռազմավարական ծրագրում»: Այդպիսով, ներկայումս իրականացվող սոցիալական քաղաքականության շրջանակներում լուրջ հակասություն կա «տարեց» հասկացության սահմանման շուրջ: Այդ հակասությունն այդքան մտահոգիչ չէր լինի, եթե դրա արդյունքում չստացվեր այնպես, որ 63-65 տարեկան անձինք դուրս մնային սոցիալական աջակցության ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունից. Հանգամանք, որ այսօր տեղ է գտնում տարեցների սոցիալական պաշտպանության ոլորտում: Մանրամասնելով նշենք, որ պետական սոցիալական աջակցության այնպիսի ծրագրերից, ինչպիսիք են խնամքի տրամադրումը տնային պայմաններում, տուն-ինտերնատներում անձի խնամքի կազմակերպումը, վերականգնողական աջակցությունը, դրամական աջակցությունը տրամադրվում են 65 տարին լրացած անձանց, չնայած, որ կենսաթոշակային տարիքը սահմանված է 63-ը: Արդյունքում 63-65 տարեկան անձինք, կենսաթոշակի անցնելուց հետո, իսկ ՀՀ աշխատանքային օրենսդրության համաձայն դա կարող է իրականացվել հարկադրաբար, իրավասու չէ օգտվելու սոցիալական աջակցության պետական ծառայություններից: Այս հանգամանքը հանդիսանում է լուրջ և խիստ մտահոգիչ:

Առողջապահական ծառայություններ. Ոլորտում իրականացվող քաղաքականությունը

Առողջապահական ծառայությունների որակի բարելավումը և դրանց հասանելիության և մատչելիության ապահովումը բնակչության բոլոր խմբերի համար շարունակում է մնալ ՀՀ Կառավարության միջամտության հիմնական առաջնահերթություններից: Այդ մասին է փաստում 2014 թվականին ՀՀ Կառավարության կողմից ընդունված «Հայաստանի Հանրապետության 2014-2025 թթ. Հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիրը»¹⁶: Ծրագրում նաև նշվում է այն մասին, որ առողջապահության ոլորտում վարվող քաղաքականության շրջանակներում, հատկապես՝ հիվանդանոցային բուժօգնության պարագայում հատուկ շեշտադրվելու են առանցքային ծառայությունների մատչելիությունը, ծառայությունների որակին վերաբերող հարցերը: Բուժօգնության արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային ծառայությունների փոխկապակցված զարգացումը դիտվելու է որպես բուժօգնության շարունակականության պատշաճ ապահովման գրավական¹⁷:

Իսկ ներկայումս գյուղական համայնքների բնակչությանը սպասարկող առողջապահական ինչպիսի՞ ծառայություններ են գործում:

Պետության կողմից ներկայումս երաշխավորվում է անվճար առաջնային (ամբուլատոր-պոլիկլինիկական) բժշկական օգնությունը և սպասարկումը, որոնք գյուղական համայնքների բնակիչների համար իրականացվում են *առողջության կենտրոններում, գյուղական բժշկական ամբուլատորիաներում, առողջության պահպանման կենտրոններում (ներառյալ նրանց կազմում գործող բուժակմանկաբարձական կետերում) և ընտանեկան բժիշկների անհատական կամ խմբային անկախ պրակտիկաներում*: Այդպիսով գյուղական համայնքների բնակչության

¹⁶ Տե՛ս Հայաստանի Հանրապետության 2014-2025 թթ. Հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիր, էջ 132, <http://www.gov.am/files/docs/1322.pdf> 25.05.2015, ժամը՝ 17:40:

¹⁷ Տե՛ս նույն տեղում, էջ 131:

սպասարկման համար ներկայումս ՀՀ-ում գործում են առողջապահական հետևյալ ծառայությունները, որոնք տեղակայված են համակարգի տարբեր մակարդակներում: Այդ ծառայություններն են.

- ✓ Գյուղական բժշկական ամբուլատորիաները և առողջության առաջնային պահպանման կենտրոնները, որոնք տեղակայված են գյուղական համայնքներում և սպասարկում են մի քանի համայնքների բնակչությանը: Նմանատիպ ծառայություններ ստեղծված են գյուղական այն համայնքներում, որոնց պաշտոնապես հաշվառված բնակչության թվաքանակը գերազանցում է 800: Այս կենտրոնների միջոցով իրականացվում է ամբուլատոր-պոլիկլինիկական սպասարկում և մատուցվում են ընտանեկան բժշկի, տեղամասային թերապևտի ծառայություններ:
- ✓ Բուժակ-մանկաբարձական կետեր, որոնք գտնվում են այն համայնքներում, որտեղ չկան առողջության առաջնային պահպանման կենտրոններ: Դրանք հենց այդ կենտրոնների «մասնաճյուղերն են տեղերում»: ԲՄԿ-ներում սովորաբար գործում է մեկ բուժքույր կամ ֆելժեր: ԲՄԿ-ների գործունեության հիմնական նպատակն է առողջապահական ծառայությունները հնարավորինս մոտ դարձնելը համայնքի բնակչությանը և հրատապ իրավիճակներին արագ արձագանքելը:
- ✓ Առողջության կենտրոններ, որոնք գործում են ինտեգրված տարբերակով, այսինքն՝ իրականացնում են և ստացիոնար (հիվանդանոցային) և պոլիկլինիկական ծառայություններ:

Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական կազմակերպություններում, որոնք հանդիսանում են բնակչության առողջության առաջնային պահպանման օղակները, բժշկական օգնությունն իրականացվում է ըստ փաստացի բնակչության վայրի՝ սահմանված կարգով բնակչի կողմից ընտրված բժշկի (տեղամասային թերապևտ, տեղամասային մանկաբույժ, ընտանեկան բժիշկ, մանկաբույժ-գինեկոլոգի) կողմից: Այդ ծառայությունները ներառում են.

- ✓ Տեղամասային թերապևտի, տեղամասային մանկաբույժի, ընտանեկան բժշկի ծառայությունները,
- ✓ Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական դիսպանսերային և նեղ մասնագետների կողմից իրականացվող բժշկական օգնությունը՝ առողջության առաջնային պահպանման գործառույթ իրականացնող **բժշկի ուղեգրմամբ**,
- ✓ Մինևոյն բժշկական կազմակերպության ներսում, նեղ մասնագիտական խորհրդատվության ուղեգրումը, որը կարող է իրականացվել նաև ամբուլատոր բժշկական քարտով՝ վերջինում կատարելով համապատասխան գրանցում (նշանակում), որը հիմք է հանդիսանում պետական պատվերի շրջանակներում նեղ մասնագիտական խորհրդատվության և բուժման համար,
- ✓ Տնային կանչերի իրականացումը՝ համաձայն ՀՀ Կառավարության կողմից սահմանված չափորոշիչի,
- ✓ Անհետաձգելի ամբուլատոր բժշկական օգնությունն ամբողջ բնակչության համար՝ տեղամասային թերապևտի, տեղամասային մանկաբույժի, ընտանեկան բժշկի և նեղ մասնագետների կողմից, բժշկական ցուցումների առկայության դեպքում,

- ✓ Տեղամասային թերապևտի, տեղամասային մանկաբույժի, ընտանեկան բժշկի, իսկ առանձին հիվանդությունների գծով՝ համապատասխան մասնագետի նշանակմամբ, անվճար կամ արտոնյալ պայմաններում դեղամիջոցներ ստանալու իրավունք ունեցող անձանց դեղերով ապահովումը և այլն:

Այս ծառայությունները գործում են Հայաստանի Հանրապետության ամբողջ տարածքում և նպատակաուղղված են սպասարկելու ողջ բնակչությանն ու բնակչության համապատասխան խմբերին: ***Օրենքի համաձայն՝ վերը թվարկված ծառայություններն անվճար են:***

Այդպիսով, ստացվում է, որ արտահիվանդանոցային ծառայությունների ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հատվածն օրենսդրորեն գործում է անվճար և աշխարհագրորեն հնարավորինս մոտեցված է համայնքների բնակիչներին՝ նրանց հենց իրենց բնակության վայրում կանխարգելիչ, վերահսկողական, արագ արձագանքման և առաջին անհետաձգելի բուժօգնության ցուցաբերման նպատակով:

Բուժակ-մանկաբարձական կետերը գործում են բժշկական անհրաժեշտ և նվազագույն ծառայությունների փաթեթը գյուղական բնակչությանն առավել մոտ և հասանելի դարձնելու նպատակով: Այդ ծառայություններում գործում է գյուղական համայնքի բուժքույրը (մեկ կամ երկու բուժքույր) կամ ֆելժերը: Համայնքի բուժքրոջ պարտականությունների մեջ է մտնում արձագանքել համայնքի բնակչության առողջական խնդիրներին, իրականացնել անհետաձգելի, հրատապ արձագանքում պահանջող բժշկական միջամտություններ, կատարել կանխարգելիչ և հսկողական աշխատանքներ: Համայնքի բուժքրոջ պարտականություններում ախտորոշում կամ բուժում նշանակելը և իրականացնելը ներառված չեն: Այդ գործառույթների համար պատասխանատու է գյուղական տվյալ համայնքը սպասարկող բժշկական ամբուլատորիայի բժիշկը, ով առողջապահության նախարարի N.... որոշման համաձայն, ամսեկան մեկ ամսվա ընթացքում երկու անգամ պարտավորված է այցելել գյուղական տվյալ համայնք՝ բնակիչների առողջադական խնդիրներին արձագանքելու, անհրաժեշտ բուժում նշանակելու, բուժման գործընթացը վերահսկելու և պաշտոնեական մի շարք այլ գործառույթներ իրականացնելու նպատակով: Գյուղական համայնքների բժիշկների այցելությունն իր կողմից սպասարկվող կոնկրետ համայնք իրականացնելու նպատակով բժիշկներին տրամադրվել են փոխադրամիջոցներ:

Բուժակ-մանկաբարձական կետերում դեղորայք չի տրամադրվում: Այդ կետերի բուժանձնակազմի ներկայացուցիչներն ունեն միայն «անհետաձգելի բժշկական պահարան», որում ներառված դեղերի միջոցով նրանք կարող են և իրավասու են դեղորայք տրամադրել կամ դեղորայքային բուժում իրականացնել միայն խիստ հրատապ և անհետաձգելի դեպքերում, ինչպես նաև քրոնիկ հիվանդություն ունեցող անձանց աջակցելու նպատակով: Մյուս այլ դեպքերում գյուղական համայնքների բնակիչները դեղորայքը ձեռք են բերում սեփական միջոցներով: Տարեց անձանց համար՝ անկախ նրանց բնակության վայրից, դեղորայք ձեռք բերելու համար օրենսդրորեն որևէ արտոնություն նախատեսված չէ: Համաձայն 2006 թվականին ՀՀ Կառավարության կողմից ընդունված N 1717 որոշման՝ անվճար կամ արտոնյալ պայմաններում ամբուլատոր-

պոլիկլինիկական բժշկական հաստատությունների միջոցով դեղեր ձեռք բերելու իրավունք ունեն միայն բնակչության հետևյալ խմբերի ներկայացուցիչները.

1. 1-ին և 2-րդ խմբերի հաշմանդամներ,
2. Հաշմանդամ երեխաներ (մինչև 18 տարեկան),
3. Հայրենական մեծ պատերազմի մասնակիցներ և նրանց հավասարեցված անձինք,
4. Առանց ծնողական խնամքի մնացած երեխաները, ինչպես նաև միակողմանի ծնողազուրկ երեխաներ,
5. Բազմազավակ (մինչև 18 տարեկան չորս և ավելի անչափահաս երեխաներ ունեցող) ընտանիքների երեխաներ
6. Հայաստանի Հանրապետության պաշտպանության ժամանակ, ինչպես նաև ծառայողական պարտականությունները կատարելիս զոհված (մահացած) զինծառայողների ընտանիքների անդամներ
7. Հաշմանդամներից բաղկացած ընտանիքների երեխաներ
8. Մինչև 7 տարեկան երեխաներ:

Համաձայն նույն այդ որոշման դեղորայքն անվճար է տրամադրվում նաև որոշ հիվանդությունների դեպքում, ինչպիսիք են, օրինակ, շաքարային դիաբետը, տուբերկուլյոզը, ՄԻԱՎ-ՁԻԱՀ-ը և այլն: Մնացած այլ դեպքերում դեղորայքային սպասարկման ոլորտում օրենսդրորեն արտոնություններ նախատեսված չեն:

Գյուղական համայնքների բնակչությանը, այդ թվում տարեցներին, բժշկական օգնություն և առողջապահական ծառայություններ տրամադրելու նպատակով գործում են նաև առողջության կենտրոնները, որոնք տեղակայված են խոշոր գյուղական և քաղաքային համայնքներում: Դրանց կողմից մատուցվող ծառայություններն ընդգրկում են անվճար և վճարովի ծառայությունների շարք: Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկմանը վերաբերող ՀՀ առողջապահության նախարարի որոշման համաձայն, առողջապահության ոլորտի կազմակերպություններում պետության կողմից երաշխավորված ամենամյա առողջապահակա պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում նվճար բժշկական օգնություն ու սպասարկում ստանալու իրավունք ունեն միայն բնակչության որոշակի կատեգորիայի ներկայացուցիչներ, բնակչության մյուս խմբերի համար այդ ծառայությունները վճարովի են (նախապես սահմանված դրույքաչափերով): Մասնավորապես, համաձայն այդ որոշման, պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեն.

1. Անապահով ընտանիքներ (ընտանեկան նպաստի համակարգում ընդգրկված և 36.00 և ավելի բարձր անապահովության միավոր ունեցող)
2. Առաջին խմբի հաշմանդամներ
3. Երկրորդ խմբի հաշմանդամներ
4. Երրորդ խմբի հաշմանդամներ
5. Հաշմանդամ երեխաներ
6. Հայրենական մեծ պատերազմի մասնակիցներ և նրանց հավասարեցված անձինք
7. Միաձնող երեխաներ

8. Առանց ծնողական խնամքի մնացած երեխաներ և նրանց թվին պատկանող անձինք
9. Բազմազավակ ընտանիքներ
10. Հայաստանի Հանրապետության պաշտպանության ժամանակ, ինչպես նաև ծառայողական պարտականությունները կատարելիս զոհված (մահացած) զինծառայողների ընտանիքների անդամներ
11. Չեռնոբիլի վթարի վերացման աշխատանքների մասնակիցներ
12. Բռնադատվածներ
13. Բժշկասոցիալական փորձաքննության իրավասու պետական մարմնի ուղեգրով լրացուցիչ բժշկական հետազոտության ենթարկվողներ
14. Հաշմանդամներից բաղկացած ընտանիքների երեխաներ (մինչև 18 տարեկան) մինչև 7 տարեկան երեխաներ
15. Նախագորակոչային և գորակոչային տարիքի անձինք (հիվանդանոցային բժշկական օգնություն, իսկ գորակոչային տարիքի անձանց՝ նաև հիվանդանոցային փորձաքննություն), ինչպես նաև խաղաղ ժամանակ վարժական հավաքների ու գորախաղերի կանչված զինապարտները՝ ամբուլատոր և հիվանդանոցային փորձաքննության մասով
16. Զինծառայողներ և նրանց ընտանիքների անդամներ
17. Ձերբակալվածներ, կալանավորված անձինք և ազատագրկման դատապարտվածներ
18. Մանկատներում և ծերանոցներում խնամվողներ
19. Մինչև 18 տարեկան՝ դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվող երեխաներ.
20. Մինչև 8 տարեկան, ինչպես նաև 12 տարեկան երեխաներ ու 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի անձինք (մասնագիտացված ստոմատոլոգիական բուժօգնության գծով).
21. Վերարտադրության տարիքի կանայք՝ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում (Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից սահմանված կարգով)
22. Մարդկանց շահագործման (թրաֆիքինգի) ենթարկված անձինք:

Ինչպես տեսնում ենք, տարեցներն այդ խմբերում ներառված չեն: Ստացվում է, որ հիվանդանոցային բուժման հարցում տարեցների համար՝ անկախ նրանց բնակության վայրից, որևէ առավելություն նախատեսված չէ:

Բնակչության առողջական խնդիրների արդյունավետ լուծման և բժշկական ծառայություններից օգտվելու՝ մարդու և քաղաքացու սահմանադրական իրավունքի իրագործումն ապահովելու նպատակով, բժշկական անհրաժեշտ ծառայությունների անվճար տրամադրման վերաբերյալ որոշում կայացնելու իրավասություն է տրամադրված նաև մարզպետներին և առողջապահության նախարարին: Նրանցից յուրաքանչյուրը իրեն հատկացված քվոտայի սահմաններում կարող է որոշում կայացնել մարզի տվյալ բնակչի կամ քաղաքացու բուժումն անվճար կազմակերպելու վերաբերյալ՝ ինչպես տվյալ մարզի տարածքում, այնպես էլ դրանից դուրս:

Քվոտաները բաշխվում են ըստ մարզային բնակչության թվաքանակի¹⁸: Այդ ծառայություններից օգվտելու առաջնահերթությունը սովորաբար տրվում է բնակչության սոցիալապես անապահով անդամներին, ինչպես նաև առողջական անհետաձգելի և կյանքին վտանգ սպառնացող խնդիրներ ունեցող անձանց: Մշակված կարգի համաձայն՝ նմանատիպ իրավիճակում հայտնված անձինք, նախ, դիմում են մարզպետարան՝ ներկայացնելով անհրաժեշտ փաստաթղթերը (անապահովությունը հաստատող փաստաթուղթ, ընդ որում, տվյալ պարագայում անապահով կարող է համարվել ոչ միայն ընտանիքների անապահովության գնահատման համակարգում հաշվառված և ընտանեկան նպաստ ստացող անձը, այլ նաև այն անձը, ում անապահով լինելու վերաբերյալ դրական կարծիք է տվել տվյալ համայնքի ղեկավարը կամ սոցիալական աջակցության խորհուրդը, բժշկական հետազոտության արդյունքները, էպիկրիզ, տեղեկանք առողջության վերաբերյալ): Մարզպետարանի համապատասխան բաժնի աշխատակիցները, ներկայացված փաստաթղթերն ուսումնասիրելուց, ճշգրտման աշխատանքներ իրականացնելուց և իրավիճակը պարզելուց հետո անձի փաստաթղթերը մարզպետի որոշման հետ միասին ուղարկում են բժշկական համապատասխան հաստատություն, որն էլ կազմակերպում է տվյալ անձի բուժման գործընթացը: Իսկ եթե բուժումն անհրաժեշտ է կազմակերպել մեկ այլ մարզում կամ մայրաքաղաքում գործող բուժհաստատություններից մեկում, ապա անհրաժեշտ փաստաթղթերը մարզպետարանն ուղարկում է ՀՀ Առողջապահության նախարարություն: Այդ դեպքում բժշկական օգնության տրամադրման վերաբերյալ վերջնական որոշումը կայացվում է նախարարության կողմից: Ինչպես փաստեցին փորձագիտական հարցման մեջ ներառված մասնագետները, այդ գործընթացը, չնայած թվում է բավականին երկար, բյուրոկրատացված, էլեկտրոնային համակարգի միջոցով հնարավոր է լինում իրականացնել կարճ ժամանակահատվածում՝ միջինում 2-3 օրվա ընթացքում:

Առողջապահության ոլորտում գործող և բնակչության բուժսպասարկման նպատակով ստեղծված պետական ծրագրերից բացի, տարբեր համայնքներում ոչ հաճախ, բայց կազմակերպվում են նաև մասնավոր կամ բարեգործական միջոցառումներ գյուղական համայնքների բնակչության առողջական խնդիրներին արձագանքելու նպատակով: Օրինակ՝ լինում են շրջիկ պոլիկլինիկաների այցելություններ մարզեր՝ հատկապես գյուղական համայնքներ, բարեգործական ծրագրեր բժշկական կոնկրետ ծառայություններից (օրինակ՝ ակնաբուժական կամ զինեկոլոգիական) օգտվելու համար: Առողջապահական բաղադրիչ ունեն նաև ՀՀ մազրերում գործառնող հասարակական մի շարք կազմակերպություններ (օրինակ՝ ՀՕՖ, Վորլդ Վիժն և այլն): Առողջապահության ոլորտում իրականացվող քաղաքականության վերլուծության արդյունքում կարող ենք փաստել, որ այդ ոլորտում իրականացվում են բավականին շատ և բազմաբնույթ ծրագրեր, նախաձեռնվում են որոշակի միջոցառումներ: Ի տարբերություն պետական սոցիալական ծառայությունների, որոնք տեղակայված են միայն քաղաքային համայնքներում, առողջապահական ծառայությունները հնարավորինս մոտեցված են գյուղական համայնքների բնակիչներին և ներդրված են անհրաժեշտ մեխանիզմները

¹⁸ Քվոտան այսօր կազմում է տվյալ մարզում մատուցված բժշկական ծառայությունների միջինում 5%-ը:

ցանկացած անձի՝ անկախ բնակության վայրից, տարիքից, ապահովության աստիճանից և այլն, բուժօգնություն տրամադրելու համար: Սակայն հարկ է արձանագրել, որ, միննույն ժամանակ, բժշկական ծառայություններին բնակչության դիմելիության աստիճանը մնում է բավականին ցածր: 2007 թվականին «Հայկական կարիտաս» հասարակական կազմակերպության կողմից իրականացված քանակական հետազոտության արդյունքները փաստում են, որ հարցված տարեցների 50.4%-ն ընդհանրապես չի օգտվում բուժօգնման ծառայություններից: Տարեցների միայն 3.7%-ն է պարբերաբար անցնում բուժօգնում, իսկ 32.2%-ը բուժօգնման ծառայություններից օգտվում է միայն դեպքից դեպք՝¹⁹: Նույն այդ հետազոտության արդյունքները փաստում են, որ բժշկական խորհրդատվությունից պարբերաբար օգտվում են տարեցների միայն 3.2%-ը, իսկ հաճախ՝ 12.8%-ը: 56.8%-ն ընդհանրապես չի օգտվում: Պարբերաբար ստացինորա բուժում են ստանում տարեցների ընդամենը 1.2%-ը, հաճախակի 3%-ը: Ստացինորա բուժումից չեն օգտվել հարցման մասնակիցների գերակշռող մեծամասնությունը՝ 83.6%-ը: Հարցվող տարեցների մեծամասնության համար (87%) մատչելի չէ նաև պորֆելակտիկ բուժումը: Այս ցուցանիշները փաստում են տարեցների կողմից բժշկական տարաբնույթ ծառայություններից օգտվելու և բուժօգնություն ստանալու բավականին ցածր ցուցանիշների մասին. հանգամանք, որ կարևորվում է նաև ՀՀ պետական և պաշտոնատար անձանց կողմից ռազմավարական համապատասխան փաստաթղթերում²⁰: Եթե վերանշյալ հետազոտությունը հիմնականում ներկայացնում է բժշկական ծառայություններում տարեց անձանց ընդգրկվածության ցուցանիշները, դրանցից տարեցների օգտվելու հաճախականությունը (*հետազոտության շրջանակներում ըստ բնակչության վայրի և սեռային պատկանելիության հատկանիշների որևէ տարբերակում չի իրականացվել, հետևաբար, այն վերաբերվում է մարզաբնակ տարեցներին առհասարակ*), ապա մեր հետազոտության հիմնական նպատակն էր որակական մեթոդների կիրառման միջոցով ներկայացնել «ինչու» հարցի պատասխանները: Հետազոտության հիմնական խնդիրներն էին հասկանալ առողջապահական ծառայությունների տարբեր օղակների կողմից գյուղաբնակ տարեցներին մատուցվող ծառայությունների մատչելիությունն ու հասանելիությունը, ինչպես նաև պարզել այդ ծառայություններից օգտվելու ընթացքում առաջացող խնդիրները, դրանց հաղթահարման ուղիներն ու հնարավորությունները: Ինչպես պարզ դարձավ հետազոտության ընթացքում, գյուղաբնակ տարեց կանայք խուսափողական մոտեցում են դրսևորում բժշկական ծառայություններից օգտվելու հարցում, անգամ եթե դրանք տեղակայված են հենց իրենց համայնքում և բուժապասարկումն իրականացնում են անվճար հիմունքներով: Տարեց կանանց մեծ մասն արտահայտել է այն կարծիքը, որ բժշկական ծառայություններին, տրամադրվող բուժօգնությանը որոշակի վերապահումով է վերաբերվում և այդ ծառայություններին դիմում է միայն ծայրահեղ անհրաժեշտության դեպքում: Ասպես.

Շատ ծայրահեղ դեպքերում եմ դիմում բժիկին: Որ ճնշում չունենամ բժիշկի դիմելու ոչ մի կարիք էլ չեմ ունենա:

¹⁹ Տե՛ս http://www.caritasarm.am/images/stories/downloads/sociological_research_2007.pdf էջ 22, 04.06.2015, 14:47:

²⁰ Տե՛ս «2015 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը» ՀՀ կառավարության արձանագրային որոշում, 2014, էջ 5: 5:

Կամ

Առողջապահական ծառայություններից բուժկետ ունենք այստեղ: Ես երբեք չեմ օգտվել այդ ծառայությունից: Որքան էլ որ վատ եմ ինձ զգացել, երբեք չեմ դիմել, փորձել եմ տնային միջոցներով հաղթահարել:

Առողջապահական ծառայություններին դիմելու ընթացքում առաջացող հիմնախնդիրները և այդ ծառայություններին գյուղաբնակ տարեց կանանց դիմելիության ցածր մակարդակը կարելի է մեկնաբանել հետևյալ գործոնների միջոցով.

1. Վստահության ցածր մակարդակ առողջապահական ծառայությունների արդյունավետության հանդեպ

Հետազոտության ընթացքում պարզ դարձավ, որ գյուղաբնակ տարեց կանայք առողջապահական ծառայություններից խուսափում են օգտվել, քանի որ հավատացած են, որ այդ ծառայությունների տրամադրումն իրենց առողջական խնդիրների լուծման առումով շոշափելի փոփոխություն չէ կարող ապահովել: Տարեց կանանցից շատերը նշեցին, որ նախընտրում են խորհրդակցել ընտանիքի կամ համայնքի իրազեկ անդամների հետ, քննարկել իրենց խնդիրները և իրականացնել տնային բուժում: Նրանք առողջապահական ծառայություններին գերադասում են դիմել միայն այն դեպքում, երբ այդ մեխանիզմները չեն գործում և կմ հասու միջոցները որևէ օգուտ չեն տալիս: Այսպես, օրինակ,

Երբևէ իրենց օգնության կարիքը չեմ զգացել, քանի որ տանը ունենք բուժքույր՝ թոռնիկս չափում է ճնշումս, սրսկումներ անում:

Կամ

Օրը երկու անգամ ինսուլին եմ ստանում ու այդքան անգամ զգում եմ բուժքրոջ կարիքը, բայց անհնար է, որ բուժքույրն այդքան հաճախ այցելի, այդ իսկ պատճառով ես ինքս ինձ ենթամաշկային ներարկում եմ կատարում՝ որովայնային կամ միջմկանային: Իսկ երբ բուժքրոջ ծառայության կարիք եմ զգում, աղջկաս եմ դիմում:

կամ

Ես երկրորդ կարգ ունեմ, դիմում եմ այն դեպքում, երբ որ շատ վատ եմ զգում, գլխապտույտ եմ ունենում՝ պառկած տեղից չեմ կարողանում վեր կենալ: Դիմում եմ ծայրահեղ դեպքում, երբ վատ եմ զգում գլխացավիս ու սրտիս համար դեղեր եմ ընդունում, թեյեր խմում, շատ պառկում, փորձում եմ ինքս կարգավորել, իսկ երբ չեմ կարողանում կարգավորել, դիմում եմ մեր բուժքրոջը (*Տավուշ, 66 տարեկան*)

Շատ հաճախ գյուղաբնակ տարեց կանայք նախընտրում են սահմանափակվել միայն դեղորայքային բուժմամբ: Կատարելով մեկ կամ մի քանի այցելություն գյուղական համայնքի ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բաժանմունք և բուժզննումից հետո ստանալով ընտանեկան բժշկի կողմից նշանակված դեղորայքի դեղատոմսը՝ դրանով շարունակաբար ձեռք են բերում տվյալ դեղը և փորձում հետագայում առանց բժշկի միջամտության կարգավորել իրենց խնդիրները: Այսպես,

Հին դեղատոմսով դեղն առնում ենք և խմում: Մի անգամ բժշկի որ գնում ենք, ռեցեպտը պահում ենք, հետո դրանով հա դեղ ենք առնում: Բա ի՞նչ անենք, թոշակառու կին եմ, ես կարող եմ ամեն անգամ բժշկի դիմել:

Կամ

Չեմ դիմում բժշկի, չեմ դիմում, վիճակս վատ է, բայց չեմ դիմում: Չեմ վստահում, արդյունավետ չի: Ամեն մեկն իր ցավը գիտի, թոռանս ասում եմ, դեղն առնում բերում է, ես խմում եմ:

2. Ֆինանսական խնդիրները, ֆինանսական միջոցների աղությունը

Ինչպես արդեն նշվեց, տարեցների համար բժշկական որոշ ծառայություններից (հիմնականում հիվանդանոցային և նեղ մասնագիտական) անվճար օգտվելու արտոնություններ սահմանված չեն: Նրանք ներառված չեն բնակչության՝ այդպիսի արտոնություններ ունեցող կատեգորիաների ցանկում: Այդ հանգամանքը լուրջ խոչընդոտ է դառնում առողջապահական ծառայություններից օգտվելու և անհրաժեշտության դեպքում բուժօգնություն ստանալու հարցում:

Այս հանգամանքով պայմանավորված գյուղաբնակ տարեց կանանց մեծամասնությունը նախընտրում է դիմել իրենց համայնքի բուժքրոջը և ստանալ նրա աջակցությունն ու խորհրդատվությունը: Այդպիսով, գյուղաբնակ տարեց կանանց շրջանում բուժակ-մանկաբարձական կետերին դիմելիության ցուցանիշն ավելի բարձր է պայմանավորված դրանց՝ գյուղական համայնքներում տեղակայված լինելու և բնակչության համար անվճար բուժսպասարկում իրականացնելու հետ:

Այսպես.

Եթե պետք է լինում, դիմում ենք: Դե ես սրտի պրոբլեմ ունեմ, ինձ ինչ պետք լինի առաջին օգնությունը բուժքույրը ցույց է տալիս, ու շաքար ունեմ: Օրինակ այս մի 2 օրը էլի վատ եմ եղել, որ ժամանակ վատ եմ զգում, դիմում եմ:

Կամ

Մենք ունենք պոլիկլինիկա, ու քանի որ ես շաքարախտով հիվանդ եմ, այդ իսկ պատճառով հաճախ եմ դիմում իրենց՝ անվճար թեստեր հանձնելու (անալիզ եմ տալիս) կամ ինսուլինս ստանալու նպատակով: Ամիսը մեկ անգամ կամ 40 օրը մեկ անգամ դիմում եմ իրենց (*Շիրակի մարզ, 72 տարեկան, միայնակ*):

Կամ

Ճնշման համար հաճախ եմ գնում բժշկի մոտ, կամ հարևանությամբ է բուժքույրը ապրում, իրեն եմ դիմում գալիս չափում է ճնշումս:

Առողջապահական ծառայությունները և հասանելի են, և արյունավետ, քանի որ ինձնից գումար չեն վերցնում, ընդհանրապես թոշակառուներից գումար չեն վերցնում, միգուցե երիտասարդներից վերցնում են, տեղյակ չեմ, որ չեմ տեսել չեմ կարող ասել, բայց թոշակառուներից չեն վերցնում (*Տավուշի մարզ, 80 տարեկան միայնակ*):

Հետազոտության արդյունքները փաստում են, որ գյուղաբնակ տարեց կանայք հիմնականում սահմանափակվում են համայնքային բուժքրոջ կամ իրենց սպասարկող ընտանեկան բժշկի ցուցաբերած աջակցությամբ՝ գերադասելով հատկապես օգտվել համայնքի բուժքրոջ օգնությունից և խորհուրդներից: Համայնքային բուժակ-կետերի մասնագետը կամ համայնքի բուժքույրը հիմնականում իրականացնում է հրատապ միջամտության, առողջական ոչ լուրջ խնդիրների արագ կարգավորման, վերահսկողական աշխատանքներ: Օրինակ.

Գյուղի ծառայությանը դիմում ենք այն դեպքում երբ վատանում ենք, անմիջապես զանգում ենք, գալիս են: Հիմնականում վիճակից ելնելով սրսկումներ են անում, ու ասում են որ համապատասխան մասնագետներ կանչենք: Դա կարող է պատահել տարին մի քանի անգամ (Արմավիրի մարզ, 75 տ.):

Մարզային առողջապահական ծառայությունները, որոնք տեղակայված են մարզկենտրոններում և հաշմանդամության կարգ չունեցող տարեցների բուժապասարկումն իրականացնում են վճարովի հիմունքներով, գյուղաբնակ տարեցների համար շարունակում են մնալ դժվարամատչելի, իսկ տարեցի նյութական վիճակով պայմանավորված՝ նաև անմատչելի: Այդ մասին փաստում են հարցվողների հետևյալ տեսակետերը.

Ֆինանսն է խնդիրը, շատ մարդիկ անվճարունակ են, դրա համար բժշկի չեն դիմում: Ֆինանսական առումով հասանելի չէ: Ես, օրինակ, անասուն եմ ծախել, որ գնացել եմ հիվանդանոց եմ պառկել ():

Կամ

Շատ ժամանակ, եթե չենք այցելում, դա արդեն ֆինանսի բացակայությունից է: Շատ ժամանակ ֆինանսի պատճառով չենք էլ դիմում: Հայաստանի կարգավիճակն է այդպես՝ գրպանդ փող կա, կղիմես, ինչքան էլ որ հեռուստացույցով ասեն, որ այս ցավը բուժելի է, բայց չէ՞ որ գումար է պետք: Եթե գումար լինի, ինչի՞ չենք դիմի, կղիմենք: Վերջը մեծն էլ է ուզում ապրի: Որտեղ էլ դիմես, գումար է պետք (Տավուշի մարզ, 69 տ., միայնակ):

Կամ

Անցած տարի ամուսինս հիվանդացավ, մենք ուղիղ 700 հազար դրամ ծախսեցինք, Դիլիջանում հազար ծախս արեցինք. ասացին տարեք Երևան, գնացինք Երևան միամիտ թոշակառու մարդիկ էինք, ասացին որ 250 հազար մուծում պիտի անենք, եթե ոչ ապա կարող ենք գնալ: Երեխաներս որ չլինեին չէինք կարող դուրս գալ այդ վիճակից: Դրանից հետո այնքան գումարներ պետք եկավ, որ մինչև 700 հազար ծախս արեցինք: Դե դրանից հետո թոշակառուն ինչպե՞ս ապրի: Հիմա պոռթեզս կոտրվել է վաղը պետք է գնամ ատամնաբույժի մոտ, ես թոշակով ի՞նչ կարող եմ անել (Տավուշ, 78 տ., միայնակ):

Հաշմանդամության կարգ կամ այնպիսի հիվանդություններ ունեցող տարեցները, որոնց հիվանդությունը ներառված է անվճար բուժապասարկում ենթադրող Կառավարության կողմից հաստատված ցուցակում, գյուղական համայնքի ամբուլատո-պոլիկլինիկական կազմակերպության բժշկից (դա հիմնականում ընտանեկան բժիշկն է) ստանում են անվճար բուժապասարկման

ուղեգիր, որով կարող են անվճար հիմունքներով օգտվել մեկ այլ համայնքի մասնագիտացված բուժհաստատության ծառայություններից: Սակայն հետազոտության ընթացքում պարզ դաձավ, որ անգամ ուղեգրով հիվանդները բախվում են բազմաթիվ խնդիրների հետ, ինչպես, օրինակ,

Այստեղ մանկաբույժ է և ամեն ինչ չէ, որ նա կարող է ասել: Լինում է որ ուղեգիր են տալիս, ես կարող եմ անվճար գնամ իմ ընտրած մասնագետի մոտ: Բայց տարվա կեսից ասում են որ վերջացել է անվճար ուղեգրերի քանակը, և ես ստիպված մասնավորի մոտ եմ գնում, վճարովի: Տարվա ընթացքում ինձ թվում է, որ քանակ գոյություն ունի, թե քանի հոգու իրենք կարող են ուղարկել պոլիկլինիկա: Մենք շատ քիչ ենք օգտվել: Ես ուղեղի լուրջ խնդիր ունեմ, արյան շրջանառությունը լավ չի կատարվում, ես հաճախակի Երևան եմ գնում: Եթե տղաս չգա Մոսկվայից ինձ չտանի բժիշկի Երևան, ես չգիտեմ թե ինչպես կլինեմ այստեղ:

Կամ

Եթե ուղեգրով ենք գնում հասանելի է, քանի որ ուղեգրի առկայության դեպքում անվճար է հետազոտությունները իրականացվում, բայց երբ շտապ դեպք է պատահել ու շտապ պետք է հիվանդանոց հասցնել, բժիշկը ապրում է ներքնի գուղերից մեկում ու հնարավոր չէ բժշկին ահագանգել, այսպիսով ծառայությունները դառնում են վճարովի, հետևաբար՝ անհասանելի: Մեզ համար հասանելի է միայն մեր բժիշկը, ում ծառայությունները բացարձակ անվճար են: Ճանապահի առումով էլ նույնպես, եթե գումար լինի հասանելի է, եթե ոչ, ապա ոչ:

Մեկ այլ օրինակ.

Քանի որ ես կարգայինով հիվանդ եմ, այսինքն և կարգայինով, և տարիքային, ինձ համար անվճար են ծառայությունները, այդ պատճառով տեղյակ չեմ բուժման գներից: Բայց, օրինակ, անալիզներն արդեն վճարովի են:

3. Պետական բժշկական ծառայությունների հեռավորությունը գյուղական համայնքներից

Գյուղական համայնքների ամբուլատոր-պոլիկլինիկական կենտրոնները, ինչպես նաև նեղ մասնագիտացված բուժսպասարկում տրամադրող հաստատությունները տեղակայված են գյուղական խոշոր համայնքներում, քաղաքներում և մարզկենտրոններում: Դրանց հեռավորությունը գյուղական համայնքներից լուրջ խոչընդոտ է դառնում գյուղաբնակ տարեց կանանց համար ծառայություններից օգտվելու և դրանց հասանելիության ապահովման տեսանկյունից: Հետազոտության արդյունքները փաստում են, որ տարեցները հարկադրված են լինում սեփական միջոցներով հասնել մարզկենտրոնում կամ մոտակա քաղաքային համայնքում տեղակայված բուժհաստատությանը, իսկ ծայրահեղ ծանր և հրատապ դեպքերում դիմում են շտապ օգնության համակարգին: Այդ դեպքում շտապ օգնության բժշկի ցուցումներով նրանց տեղափոխում է շտապ օգնության ավտոմեքենան: Այսպես.

Եղելա, երբ բացարձակ չեմ կարողացել քայլել ծնկիս պատճառով, մեքենա ենք վարձել մեր գրպանից, մեր միջոցով, տեղափոխել են ինձ հիվանդանոց:

Կամ

Սկզբում դիմում եմ բուժկետ, ուղարկում եմ Գյումրի կամ Աշոցք՝ կախված խնդրից: Անհրաժեշտության դեպքում հասնում եմ հարևանների օգնությանը, տաքսիով կամ շտապ օգնության մեքենայով:

Կամ

Եթե վատ եմ զգում, զանգում եմ հիվանդանոց՝ շտապ օգնությանը: Գալիս եմ, տեղում կա՛մ սպասարկում եմ, կա՛մ տանում եմ հիվանդանոց: Իսկ եթե էդքան վատ չեմ, չեն գա, դու պիտի հասնես իրենց: Մենք կա՛մ տաքսի ենք բռնում, կա՛մ մեր մեքենայով գնում: Գյուղում տրանսպորտ չկա:

2007 թվականին կրթության, առողջապահության և սոցիալական ապահովության ոլորտում մատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ հանրային կարծիքի ուսումնասիրության նպատակով անցկացված հետազոտության արդյունքները փաստում են, որ գյուղական համայնքներում ավելի շատ տնային տնտեսություններ չեն դիմում բուժհաստատություններ իրենց բնակության վայրից վերջիններիս հեռու գտնվելու պատճառով, քան քաղաքային համայնքներում²¹:

Չնայած ոլորտի քաղաքականության մշակման համար պատասխանատուների հավաստումներին, որ առողջապահության բնագավառում իրականացված այնպիսի բարեփոխումներ, ինչպիսիք են ընտանեկան բժիշկների այցելությունը գյուղական համայնքներ կարգավորող պետական չափորոշիչի ընդունումը, շտապ օգնության ավտոմեքենաների GPS համակարգով զինումը, այնուամենայնիվ, հետազոտության արդյունքները վկայում են, որ առողջության առաջնային պահպանման և առողջության կենտրոնների հեռավորությունը գյուղական համայնքներից շարունակում է մնալ լուրջ խնդիր գյուղաբնակ տարեց կանանց համար այդ ծառայություններից օգտվելու ճանապարհին:

Անփոփելիվ նշենք հետևյալը.

- 1. Չնայած աշխարհագրական տեղակայվածության առումով առողջապահական ծառայությունները հնարավորինս ավելի մոտ են գտնվում գյուղական համայնքների բնակչությանը, սակայն դրանք նույնպես մնում են դժվարամատչելի գյուղական համայնքում բնակվող տարեցների համար:*
- 2. Այն դեպքերում, երբ առաջանում է բժշկական լուրջ միջամտության, ստուգման, հետևողական բուժման անհրաժեշտություն, գյուղաբնակ տարեց կանայք խուսափում են , նախ, այդ ծառայությունների վճարովի բնույթով պայմանավորված, ապա նաև իրենց բնակության վայրից այդ ծառայությունների հեռավորության պատճառով: Իրավիճակը սրվում է հատկապես այն համայնքներում, որտեղ բացակայում է մոտակա*

²¹ Տե՛ս Քաղաքացիների գնահատականը կրթության, առողջապահության և սոցիալական ապահովության ոլորտներում մատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ. Հանրային կարծիքի ուսումնասիրություն: Հանրային ոլորտի բարեփոխումների ծրագիր: Երևան, «Գասպրինտ» ՄՊԸ, 2007, էջ 29:

համայնքների կամ մարզկենտրոնի հետ կապող տրանսպորտը, այն տարեցների համար, ովքեր անապահով են և միայնակ:

Ավտոբուսով եմ գնում, քաղաքային ավտոբուս կա: Դժվարանում եմ, բայց տաքսի նստելու հնարավորություն էլ չունեմ: Եթե ուրիշ մեքենա վերցնեմ 2000 դրամ ետք է ծախսեմ, իսկ ավտոբուսին 100 տալիս եմ գնում, 100 տալիս եմ՝ գալիս: Դե մարդիկ գիտեն արդեն ինչ վիճակի ես, օգնում են ավտոբուս բարձրանալիս, իջնելիս:

Կամ

Աչքի բժիշկի մոտ գնացի: Ստուգեց, ասաց որ Երևան պետք է գնամ, լուրջ ստուգում է պետք, բայց մինչ օրս չեմ գնացել: Կրկին գումարի հետ է կապված:

3. *Բուժակ-մանկաբարձական կետերի կամ համայնքային բուժքրոջ ծառայությունների դեպքում ոչ այնքան հասանելիության, որքան ծառայությունների որակի հարցն է: Մասնավորապես, բազմաթիվ տարեցներ գտնում են, որ գյուղական համայնքների բուժկետերի գործունեությունը չի լուծում իրենց առողջական խնդիրները, այլ միայն մեղմում է կամ փորձում կարգավորել՝ ուղղորդման և խորհրդատվության միջոցով:*

Առողջապահական ոչ մի ծառայություն չունենք: Մի քույր է, նա էլ ոչ մի դեղ ոչ ստանում է, ոչ էլ: Պետք է դու դեղը գնես, շարիցը գնես, որ նա գա քեզ սրսկի: Միայն սրսկումներ է անում, թե չէ նրանց ոչ մի բան չեն տալիս: Բժիշկ չկա գյուղում:

Ներկայումս ՀՀ գյուղական համայնքներում բուժակ-մանկաբարձական կետերում անհրաժեշտ դեղորայքի բացակայության, տեխնիկական նվազագույն զինվածության բացակայության արդյունքում դրանց կողմից մատուցվող ծառայությունների որակը տարեցների կողմից գնահատվում է որպես ոչ այնքան բավարար: Ընդ որում, հետաքրքրական է նաև այն հանգամանքը, որ առողջապահական տվյալ կառույցի կողմից մատուցվող ծառայությունների որակը կախված է նաև այդ կենտրոնի միակ և հիմնական աշխատակիցը հանդիսացող բուժքրոջ անձնային և մասնագիտական հատկանիշներից: Մասնավորապես, տարբեր համայնքներում տարեց կանայք արտահայտեցին այն կարծիքը, որ իրենց համայնքի բուժքույրը շատ ուշադիր է, արձագանքող, «գրագետ և իրազեկ» տարեցների առողջական խնդիրների հաղթահարման առումով: Ընդհանուր առմամբ, անհրաժեշտ է փաստել, որ գյուղաբնակ տարեց կանանց բավարարվածության մակարդակը գյուղական համայնքներում գործող բուժակ-մանկաբարձական կետերի և դրանց մասնագետների գործունեության հանդեպ զգալի բարձր է, ի համեմատություն առողջապահական մարզային կառույցների հետ:

Մակայն մեկ այլ լուրջ խնդիր բացահայտվեց Արմավիր մարզում, որի Բաղրամյանի տարածաշրջանի գյուղական մի շարք համայնքներում բուժակ-

մանկաբարձական կետերի և նրանց կողմից տրամադրվող մասնագիտական ծառայությունների օպտիմալացման արդյունքում մի շարք համայնքների բուժքույրերի հաստիքները կրճատվել են, բնակչությունը կարողանում է համայնքային բուժքրոջ ծառայություններից օգտվել ոչ թե իրենց բնակության վայրում, այլ հարակից համայնքում, որը բավականին հեռու է տեղակայված և, բացի դրանից, բացակայում է հանրային տրանսպորտային կապը այդ համայնքների միջև: Չնայած այս միտումն ուսումնասիրված մարզերից միայն Արմավիրի մարզի Բաղրամյանի տարածաշրջանի գյուղական համայնքներում է սոկա, բայց անգամ մեկ համայնքի դեպքում առողջապահական ծառայությունների անհասանելիությունը դառնում է լուրջ խնդիր և բերում այդ համայնքի բնակիչների՝ առողջապահական ծառայություններից օգտվելու սահմանադրական իրավունքի ոտնահարմանը:

4. Առողջապահական ծառայություններից չօգտվելու խնդիրները կապված են նաև գյուղաբնակ տարեց կանանց՝ գործող ծառայությունների, այդ ծառայություններից օգտվելու կարգերի վերաբերյալ իրազեկվածության ցածր մակարդակի հետ: Տարեց կանայք իրազեկված չեն, թե ինչպիսի դեպքերում կարող են ստանալ անվճար բուժօգնություն, որ ծառայությունների համար նրանք պետք է վճարեն և որքան է կազմում այդ վճարի չափը, ուրիշ ինչ կազմակերպություններ կան, որ կարող են իրենց աջակցել առողջական խնդիրների հաղթահարման գործում:

Այնտեղ մտածում եմ արել, որպես այց՝ 2000 դրամ: Բժիշկին եմ վճարել առաջին անգամ, բայց երկրորդ անգամ այլևս չվճարեցի:

5. Պետպատվերի շրջանակներում անվճար դեղեր ստանալու արտոնության բացակայությունը նույնպես դառնում է դժվարին խնդիր գյուղաբնակ տարեցների համար: Հատկապես միայն իրենց կենսաթոշակով գոյատևող տարեցները կանգնում են լուրջ երկրնտրանքի առջև՝ գնել սնունդ, վճարել կոմունալ վարձավճարները թե գնել դեղեր: Սովորաբար ընտրությունը ի օգուտ առողջության պահպանման կամ վերականգնման կատարվում է միայն ծայրահեղ ծանր առողջական վիճակում գտնվելու և այլևս դիմակայման չենթակա խնդիրներ ունենալու դեպքում: Դեղատների բացակայությունը գյուղական բազմաթիվ համայնքներում նույնպես դառնում է լուրջ խոչընդոտ տարեցների համար անհրաժեշտ դեղորայքը ժամանակին ձեռք բերելու և դեղորայքային արդյունավետ բուժում իրականացնելու տեսանկյունից:

Բժիշկից գոհ չեմ: Գոհ այն ժամանակ կլինեմ, որ պետությունը գոնե հիվանդ մարդկանց դեղը անվճար տա, որ անվճար չեն տալիս ուզում է բժիշկը լինի, ով ուզում է լինի, ինչից պետք է գոհ մնամ: Միակ խնդիրը գումարն է:

6. Գյուղաբնակ տարեց կանանց շրջանակում ցայտուն կերպով դրսևորվում է նաև ինքնաբուժմամբ զբաղվելու հակվածությունը: Դա, իր հերթին, և՛ առողջապահական ծառայությունների դժվարամատչելիության մասին է

վկայում, և նաև փաստում է բուժօգնության համակարգի հանդեպ բնակչության վստահության ցածր մակարդակի վերաբերյալ:

Առողջապահական ծառայություններից բուժկետ ունենք այստեղ: Ես երբեք չեմ օգտվել այդ ծառայությունից: Որքան էլ որ վատ եմ ինձ զգացել, երբեք չեմ դիմել, փորձել եմ տնային միջոցներով հաղթահարել (Շիրակ, 77 տարեկան):

7. Տարեցների ընդհանուր թվում կանայք կազմում են. 1) 63 + տարիքային խմբում՝ 60.6 %, 2) 65+ տարիքային խմբում՝ 61.1 %, 3) 75+ տարիքային խմբում՝ 63.5%: Այսինքն, ինչքան բարձր է տարիքային խումբն, այնքան ավելանում է կանանց տեսակարար կշիռը, ինչը հետևանք է կանանց կյանքի միջին տևողության համեմատաբար ավելի բարձր ցուցանիշի: Այսպես, հանրապետությունում կյանքի միջին տևողությունը կազմում է 73,9 տարի ըստ որում տղամարդկանց համար 70,6, իսկ կանանց համար՝ 77,0 տարի: Սակայն հետաքրքրական է այն հանգամանքը, որ տարիքի աճման հետ, գյուղաբնակ տարեց կանանց ներառվածությունը առողջապահական և սոցիալական ծառայություններում չի աճում: Դրա պատճառը կայանում է նրանում, որ տարեցները նախընտրում են դիմել առողջապահական և սոցիալական ծառայություններին, երբ նրանք ունեն դրա խիստ, իսկ ավելի ստույգ ծայրահեղ անհրաժեշտությունը, օրինակ՝ որոշակի ծանր հիվանդություն, հաշմանդամություն, աղքատություն, հարազատի մահ և այլն: Դա խոսում է գյուղական համայնքներում ոլորտային կանխարգելիչ ծառայությունների բացակայության, ինչպես նաև սոցիալական ընտրողական քաղաքականության մասին:

8. 2007 թվականին անցկացված հանրային կարծիքի ուսումնասիրության հետազոտության արդյունքները փաստում են. այն տնային տնտեսությունների տեսակարար կշիռը, որոնք ունեցել են առողջական խնդիր, սակայն չեն դիմել որևէ մասնագիտական աջակցության, կազմել է 27,3%: Առողջական խնդիր ունեցած, սակայն որևէ մասնագիտական աջակցության չդիմած տնային տնտեսությունների տեսակարար կշիռն ավելի բարձր է գյուղական համայնքներում 33 %, համեմատությամբ քաղաքային համայնքների՝ 25%²²:

Փաստացիորեն, այս իրավիճակը շարունակում է իրողություն մնալ նաև ներկայումս:

Կենսաթոշակ, կենսաթոշակային ապահովություն

²² Տե՛ս Քաղաքացիների գնահատականը կրթության, առողջապահական և սոցիալական ապահովության ոլորտներում մատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ. Հանրային կարծիքի ուսումնասիրություն: Հայաստան-հանրային լրտի բարեփոխումների ծրագիր, Երևան, 2007, էջ 27:

<<Պետական կենսաթոշակների մասին>> ՀՀ օրենքն ընդունվել է 2010 թվականին՝ հիմք դնելով մեր երկրում կենսաթոշակային համակարգի լուրջ բարեփոխումների: Այդ օրենքի ընդունմամբ ՀՀ կենսաթոշակային համակարգը բաշխողական բնույթից անցավ կուտակային բնույթի: Մինչ այդ պահը ՀՀ-ում գործել է կենսաթոշակային եռաստիճան համակարգ, որն ընդգրկել է *պետական (պարտադիր) կենսաթոշակային ապահովագրությունը*, որը երաշխավորում էր բավականաչափ ապահովագրական ստաժ ունեցող քաղաքացիների կենսաթոշակի վճարումը օրենքով սահմանված դեպքերում, *պետական կենսաթոշակային ապահովությունը*, որը պետական բյուջեի միջոցների հաշվին երաշխավորում էր պետական կենսաթոշակային ապահովագրության համակարգում չընդգրկված, այսինքն՝ բավականաչափ ստաժ չունեցող քաղաքացիների կենսաթոշակի վճարումը և *կամավոր կենսաթոշակային ապահովագրությունը*, որը գործատուների ու քաղաքացիների կամավոր վճարների և դրանց ներդրումներից ստացված եկամուտների հաշվին ձևավորվող կենսաթոշակային համակարգն էր: Այս համակարգի փոփոխման անհրաժեշտությունը պայմանավորված էր այն հանգամանքով, որ վերջինիս առջև ծառայել էին մի շարք խնդիրներ, որոնցից կարող ենք նշել հետևյալները.

1. Աշխատողի կողմից պետական բյուջե կատարված վճարումների չափի և նրա ապագա կենսաթոշակի չափի միջև ուղղակի կապի բացակայությունը,
2. Բաշխողական կենսաթոշակային համակարգի կառավարչի մենաշնորհը. դա հենց պետությունն է, ի դեմս կառավարության, որը հավաքագրում և վերաբաշխում է պետական բյուջեի միջոցները՝ սրամադրելով պետական կենսաթոշակները:
3. Կենսաթոշակի չափի կախվածությունը պետական բյուջե հավաքագրվող միջոցների չափից: Այս առումով ստացվում է մի իրավիճակ, որ որքան քիչ են աշխատողները և նրանց կողմից կատարված վճարումները և որքան շատ են կենսաթոշակառուները, այնքան ցածր է կենսաթոշակի չափը:

Գիտակցելով ՀՀ կենսաթոշակային համակարգի առջև ծառայած այս խնդիրների ծանրությունը, ինչպես նաև այն, որ հայաստանյան հասարակությունը դառնում է ծերացող հասարակություն և արդեն իսկ այսօր դրսևորվում են սերունդների համերաշխության սկզբունքով կազմակերպվող և իրականացվող քաղաքականության խնդիրներն ու բացթողումները, անհրաժեշտություն առաջացավ վերափոխելու կենսաթոշակային համակարգի գործառնման սկզբունքները, հիմնական գաղափարները և կազմակերպման առանձնահատկությունները: 2010 թվականից ՀՀ կենսաթոշակային համակարգն անցավ կուտակային համակարգին՝ պահպանելով նաև բաշխողական ենթահամակարգը: Այսպիսով, մենք այսօր ունենք բազմաստիճան կենսաթոշակային համակարգ, որը կազմված է բաշխողական և կուտակային ենթահամակարգերից:

Ներկայումս տարեցները ներառված են կենսաթոշակային բաշխողական համակարգի մեջ, որը գործում է սերունդների համերաշխության սկզբունքի հիման վրա, և ստանում են իրենց կենսաթոշակները կամ կենսաթոշակային ապահովագրական համակարգից, որում ընդգրկվում են աշխատանքային

բավականաչափ ստաժ ունեցող տարեցները, կա՛մ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին գործող կենսաթոշակային ապահովության համակարգից, որում ընդգրկվում են աշխատանքային բավականին ստաժ չունեցող տարեցները: Տարեցի կենսաթոշակը ձևավորվում է ստաժ համարվող աշխատանքային տարիների հաշվին: Անձի տարիքային կենսաթոշակի չափը կախված չէ ո՛չ նրա բնակության վայրից և չ էլ առավել ևս սեռից: Այն ձևավորվում է յուրաքանչյուր տարի Կառավարության կողմից սահմանվող բազային կենսաթոշակի, անձի աշխատանքային ստաժի, ինչպես նաև աշխատանքային յուրաքանչյուր օրացույցային տարվա համար Կառավարության կողմից սահմանված դրույքաչափի արդյունքում²³: 2015 թվականի հունվարի մեկի դրությամբ բազային կենսաթոշակը նախորդ տարվա 14.000 ՀՀ դրամի փոխարեն սահմանվել է 16.000 ՀՀ դրամ, իսկ աշխատանքային մեկ տարվա համար սահմանված արժեքն առաջին 10 տարվ դեպքում յուրաքանչյուր տարվա համար սահմանված է 800 դրամ, իսկ 10-ից ավելի տարիների դեպքում՝ 500 դրամ²⁴: Արդյունքում այս տարվա դրությամբ ՀՀ-ում միջին կենսաթոշակը կազմում է 41.000 ՀՀ դրամ կամ 85 ԱՄՆ դոլար: Յուրաքանչյուր տարվա համար հաշվարկվում է նաև նվազագույն սպառողական զամբյուղ, որն իրենից ներկայացնում է պարենային և ոչ պարենային ապրանքների և ծառայությունների նվազագույն հավաքածուն, որն անհրաժեշտ է մարդու առողջության և կյանիք մինիմալ պահանջներն ապահովելու համար: Հետաքրքրական է այն հանգամանքը, որ այսօր նվազագույն սպառողական զամբյուղը կազմում է 56.200 ՀՀ դրամ կամ 116 ԱՄՆ դոլար: Մտացվում է, որ բոլոր այն տարեցներն, ում եկամուտի միակ և հիմնական աղբյուրը իրենց կենսաթոշակն է, մեխանիկորեն հայտվում են աղքատության գծից ներքև: Հետազոտության արդյունքները ևս մեկ անգամ հիմնավորեցին. Այն կենսաթոշակը, որը ներկայումս ստանում են տարեցները, չի ապահովում բարեկեցության անհրաժեշտ նվազագույն մակարդակ նրանց համար: Տարեցներին տրվող կենսաթոշակը բավարար չէ տարեցի՝ անգամ նվազագույն պահանջմունքները բավարարելու և գոյատևելու համար, հատկապես եթե տվյալ տարեցը եկամտի այլ աղբյուր կամ աջակցող չունի և միայնակ է:

Հետազոտության ընթացքում պարզ դարձավ, որ քանի որ կենսաթոշակի և տարեցի նվազագույն ծախսերի միջև առկա է զգալի անհամապատասխանություն, ապա միայն կենսաթոշակով գյուղաբնակ տարեց կանայք կարողանում են ձեռք բերել լրկ առաջնային անհրաժեշտության ապրանքներ: Դա հիմնականում սնունդն է, հատկապես ալյուր, շաքարավազ, բուսական յուղ, վերմիշել, հաց, սուրճ: Ինչպես տեսնում ենք, առավել հաճախ հնչած պատասխանները կենսաթոշակի սպառման հիմնական ծախսերի վերաբերյալ փաստում է այն, որ գյուղաբնակ տարեց կանայք իրենց կենսաթոշակով կարողանում են ձեռք բերել միայն առաջնային անհրաժեշտության սննդամթերք, որը մատչելի է և հասու իրենց «գրպանին»: Սույն հետազոտության արդյունքները համալրվում են 2007 թվականին ՀՀ մարզերում բնակվող տարեցների շրջանում անցկացված հետազոտության արդյունքներով, որոնք վկայում են, որ վերջին 5 տարիների ընթացքում տարեցների 34,8%-ի սնվելու որակն

²³ Աշխատանքային կենսաթոշակի չափը որոշվում է հաշվարկային համապատասխան բանաձևի միջոցով:

²⁴ Տե՛ս <http://www.lragir.am/index/arm/0/country/view/108798>

ու բազմազանությունը վատացել է²⁵: Իսկ այն հարցին, թե կարողանում են արդյոք տարեցները լիարժեքորեն հոգալ իրենց բավարար սնունդ ընդունելու կարիքը, դրական պատասխան է տվել հարցման մասնակիցների միայն 9.5%-ը:²⁶ Կենսաթոշակ ստացող տարեցների ծախսերի մյուս ուղղությունը հանդիսանում են կոմունալ վճարները: Դժվարությամբ, բայց գյուղաբնակ տարեցները փորձում են իրենց կենսաթոշակից վճարել կոմունալ ծառայությունների դիմաց գոյացած վարձավճարները: Հիմնական կոմունալ ծառայությունը, որից օգտվում են գյուղաբնակ տարեցները, էլեկտրաէներգիան է, որի սակագնի շարունակական բարձրացումն, առաջին հերթին, անդրադառնում է հենց տարեցների սոցիալ-տնտեսական իրավիճակի վրա՝ վատթարացնելով առանց այն էլ դժվարին կացությունը: Գազամատակարարումից և ջրամատակարարումից գյուղաբնակ տարեց կանայք, հատկապես նրանք, ովքեր միայնակ են բնակվում կամ միայն իրենց ամուսնու հետ, և չունեն խնամող կամ ֆինանսական աջակցություն ցուցաբերող, աշխատում են խուսափել: Գազամատակարարումը գյուղական համայնքներում շարունակում է համարվել շոյլություն, հատկապես տարեցների շրջանում: Այս հանգամանքը հիմնավորվում է նաև 2007 թվականին իրականացված հետազոտության արդյունքների միջոցով, որոնք վկայում են, որ հարցված տարեցների 32.3 %-ի համար գազամատակարարումը չլուծված լուրջ խնդիր է, քանի որ մինչ օրս նրանք բնակարաններում գազամատակարարում չունեն, եթե անգամ գազամատակարարման համակարգը գործում է իրենց համայնքում:

Եկամտի ուրիշ աղբյուր չունեցող տարեցները ամսվա մեծ մասը կարողանում են գոյատևել խանութից պարտքով ձեռք բերվող սննդի միջոցով: Պարտքը մարվում է հաջորդ ամսվա կենսաթոշակի հաշվին:

Դուք պիտի տեսնեք, թե ինչ հերթեր են գոյանում մեր գյուղի խանութների մոտ թոշակի և նպաստի վճարման օրերին: Խանութպանները կանգնում են խանութի դռան դիմաց ու բոլոր անցնող-դառնողներից, ովքեր գնացել էին թոշակ ստանալու, վերցնում են իրենց պարտքերը: Այ էդպես էլ աշխատում են խանութները: Դե խեղճ թոշակատուն էլ էլի ձեռքը դատարկ տուն է հասնում (Փորձագետ, Տավուշ):

Գյուղաբնակ տարեց կանանց կողմից միայն կենսաթոշակով իրականացվող ծախսերի հաջորդ ուղղությունը դեղորայքն է և առողջապահական ծախսերը: Եթե նախորդ ծախսերը կատարվում են աներկբա, ապա դեղորայքի համար հատկացվող ծախսերը իրավիճակային են, կախված տարեցի՝ սուղ բյուջեով նախատեսված մյուս ծախսերից, ինչպես նաև առողջական խնդիրների հրատապությունից: Սովորաբար ոչ հրատապ իրավիճակներում առողջության վերականգնման կամ պահպանման ծախսերը մղվում են երկրորդային, շատ դեպքերում նույնիսկ երրորդային և չորրորդային պլան՝ կենսաթոշակի անբավարարության, առողջապահական ծառայություններից օտվելու ընթացքում նախատեսված և անկանխատեսելի ծախսեր իրականացնելու անհրաժեշտության հետ:

²⁵ Տե՛ս Արժանավայել և բարեկեցիկ կյանք ծերերի համար, http://www.caritasarm.am/images/stories/downloads/sociological_research_2007.pdf, 2007, էջ 14:
²⁶ Տե՛ս՝ նույն տեղում, էջ 9:

Եթե միայնակ տարեցների պարագայում կենսաթոշակից և սոցիալական մյուս տրանսֆերտներից գոյացած եկամտի միջոցներով իրականացվող ծախսերի հիմնական ուղղությունները սպառվում են, ապա ընդարձակ ընտանիք ունեցող տարեցների պարագայում իրավիճակը մի փոքր այլ է: Առքատության բարձր ցուցանիշների ընդհանուր պայմաններում ընտանիքի համար այսօր եմակտի կարևոր աղբյուր են հանդիսանում սոցիալական տրանսֆերտները: Այդ մասին են փաստում ՀՀ Ազգային վիճակագրական ծառայության ցուցանիշները, որոնց համաձայն սոցիալական տրանսֆերտների տեսակարար կշիռը ընտանիքի ընդհանուր բյուջեում կազմում է 17%-ը: Սոցիալական տրանսֆերտները տնային տնտեսության դրամական եկամուտների շարքում երկրորդ տեղում են՝ աշխատանքային եկամուտներից հետո: Ներկայումս այդ համակարգում էական տեղ և դեր ունեն հենց կենսաթոշակները: Հետևաբար, որքան էլ դրանք ցածր լինեն, ընտանեկան բյուջեում զգալի տեղ են զբաղեցնում եկամտի մյուս աղբյուրների՝ բացակայության կամ սակավության պայմաններում: Դրանով պայմանավորված՝ տարեցների կենսաթոշակն ընտանիքի համար դիտվում է ոչ միայն որպես կայուն եկամուտ, այլև ներառվում է ընտանիքի առաջնային կարիքների բավարարման և ծախսերի կազմակերպման գործընթացում որպես ֆինանսական հիմնական միջոց:

Մեր գյուղում ջահելներն աղոթում են, որ իրենց թոշակատուները երկար ապրեն, որ գոնե թոշակը՝ որպես փող, տուն մտնի (փորձագետ, Արմավիրի մարզ):

Այսօր գյուղական համայնքներում տարեցների կողմից ստացվող կենսաթոշակն ուղղվում է *հողի հարկի վճարմանը, ընտանիքի վարկային պարտավորությունների մարմանը, անկանխիկ իրականացված գնումների համար գոյացող տոկոսադրույքների վճարմանը:*

Այդպիսով, չնայած տարեցների կենսաթոշակի՝ իրենց նվազագույն կարիքները հոգալու տեսանկյունից անբավարար մակարդակի, գյուղական համայնքներում տարեցները կարողանում են այդ կենսաթոշակով համալրել ընտանիքի բյուջեն կայուն եկամուտով և ապահովել որոշակի ծախսերի իրականացումը հենց իրենց կենսաթոշակի միջոցով: Ցավոք, բայց որոշ դեպքերում այդ հանգամանքն իրականացվում է ոչ տարեցի ցանկությամբ և հիմք է դառնում տարեցների նկատմամբ տնտեսական բռնության կիրառման:

Հատկանշական է այն հանգամանքը, որ որքան էլ հագուստը համարվում է առաջնային անհրաժեշտություն, գյուղաբնակ տարեցների կողմից իրենց կենսաթոշակի միջոցներից այդ ուղղությամբ որևէ ծախս չի իրականացվում: Այդ հանգամանքը հիմնավորվում է նաև այն տվյալներով, համաձայն որոնց տարեցների 68.5%-ը ներկայումս չի կարողանում հոգալ հագուստ ձեռքբերելու կարիքը²⁷:

²⁷ Տե՛ս Արժանավայել և բարեկեցիկ կյանք ծերերի համար, http://www.caritasarm.am/images/stories/downloads/sociological_research_2007.pdf, 2007, էջ 11:

Գյուղաբնակ տարեցների կողմից որպես կենսաթոշակների համակարգի հետ կապված միակ դրական հանգամանք և իրական ձեռքբերում առանձնացվում է դրանց՝ առանց խնդիրների և դժվարությունների իրականացվող վճարումը: Հարցվողների հավաստմամբ՝ կենսաթոշակի վճարումն իրականացվում է ժամանակին, առանց ուշացումների: Ներկայումս բնակչության սոցիալական տրանսֆերտների վճարումը կազմակերպվում է փոստային ծառայության միջոցով: Գյուղական բոլոր համայնքները, որոնք վարչատարածքային միավորներ են, ունեն իրենց փոստային բաժանմունքները, որտեղից էլ տարեցները յուրաքանչյուր ամսվա սկզբին կարողանում են ստանալ իրենց կենսաթոշակները: Այն տարեցների համար, ովքեր տեղաշարժման հետ կապված դժվարություններ ունեն և ի վիճակի չեն հասնելու փոստային բաժանմունք, կենսաթոշակի վճարումն իրականացվում է տնային պայմաններում փոստատարի այցելության միջոցով: Ի տարբերություն քաղաքաբնակ տարեցների, գյուղաբնակ տարեցները չեն օգտվում կենսաթոշակների վճարման անկանխիկ կամ քարտային տարբերակից՝ գերդասելով կանխիկ վճարումները: Դա պայմանավորված է, նախ, գյուղական համայնքներում անկանխիկ վճարումներ կատարելու համակարգի բացակայությամբ, ինչպես նաև այդ համակարգից օգտվելու գիտելիքների, հմտությունների և առհասարակ իրազեկվածության բացակայությամբ: Արդյունքում կենսաթոշակների վճարման ներկայիս համակարգի հիմնական թերությունը կայանում է գոյացող հերթերի և այդ հերթերում սպասելու համար ժամանակի կորստի մեջ: Սա հատկապես խնդիր է դառնում առողջական խնդիրներ ունեցող տարեցների համար:

Անհրաժեշտ է սակայն նշել, որ դեռևս մեր երկրում շարունակում են մնալ համայնքներ, որտեղ կենսաթոշակի վճարումը դառնում է լրջագույն հիմնախնդիր տարեցների համար համայնքում փոստային բաժանմունքի բացակայության պատճառով: Այդ համայնքները սակավաթիվ են, սակայն, սակավաթիվ լինելով հանդերձ, համայնքի տարեցների համար նմանատիպ խնդիրներն առաջացնում են ակնհայտ խոչընդոտներ իրենց հասանելիք կենսաթոշակը ժամանակին և առանց դժվարությունների ստանալու համար:

Չեն բերում այստեղ թոշակը, քանի տարի ես այստեղ թոշակառու եղել եմ, քթիցս է եկել: Ավտո չունենք, ուրիշին բենզին պիտի լցնեմ, հասնեմ մոտակա գյուղ, ստանամ թոշակը: Զանգում եմ տեղում չի, բերում են այստեղ մի 2 անգամ տալիս են, նորից գնում են, կորում են: Նորից ես եմ ընկնում իրենց ետևից (Արմավիրի, մարզ, գյուղ Տավորիկ):

Գյուղաբնակ տարեց կանանց հիմնախնդիրները խիստ բազմազան են և տարբեր: Հարց է առաջանում: Արդյոք դրանք տարբերվում են քաղաքաբնակ տարեց կանանց հիմնախնդիրներից: Այս հարցին միանշանակ պատասխան չկա, քանի որ տարեցների հիմնախնդիրների, հատկապես առողջական և սոցիալական, կրում են ընդհանուր միտումներ, առաջացման և դրսևորման համանման բնութագրիչներ, անկախ այն հանգամանքից, թե որտեղ են նրանք բնակվում: Սակայն հետազոտության ընթացքում ստացված տեղեկատվությունը, այնուամենայնիվ, տարեցների սոցիալական և առողջական խնդիրների տեսանկյունից թույլ է տալիս վերհանել որոշակի տարբերություններ և դրանցով պայմանավորված առանձնահատկություններ: Մասնավորապես, անդրադառնալով գյուղաբնակ և

քաղաքաբնակ տարեց կանանց առողջական խնդիրների միջև տարբերություններին, պիտի նշենք, որ տարեցներին, առհասարակ, բնորոշ են տարիքային հիվանդություններ կամ օրգանիզմի ծերացմամբ պայմանավորված առողջական վիճակի վատացում: Մակայն գյուղաբնակ կանանց դեպքում այդ խնդիրներն առավել վաղ և ցայտուն դրսևորվելու միտում են ունենում՝ պայմանավորված հասուն կյանքի յուրաքանչյուր փուլում գյուղաբնակ կնոջ աշխատանքային ծանրաբեռնվածության ավելի մեծ ծավալով և գյուղական համայնքներում տիրող կենսակերպով:

Գյուղի կանայք տանջված են, տեսքն ուրիշ է, ավելի մեծ են երևում, անխնամ են լինում: Քաղաքաբնակների տեսքը տարբերվում է, նրանք ավելի խնամված են, կոկիկ: Ես միանգամից տարբերում եմ, թե եկածը գյուղից է թե քաղաքից (Փորձագետ, Արմավիրի մարզ):

Փորձագիտական հարցման արդյունքները փաստում են նաև, որ գյուղաբնակ կանայք հետևողական չեն իրենց առողջությանը. հանգամանք, որն անտարակուսելիորեն իր արտացոլումն է գտնում տարեց հասակում: Ինչպես փաստեցին գյուղաբնակ տարեցներին սպասարկող բուժանձնակազմի ներկայացուցիչները, գյուղական համայնքներում բնակվող տարեցների շրջանում, այդ թվում նրանց կենսակերպով և գյուղատնտեսական ոլորտում ունեցած հիմնական զբաղվածությամբ պայմանավորված, առողջական խնդիրներից տարածված է օսթիոպորոզը և հենաշարժական խնդիրները: Դժվար է ասել, որ քաղաքային համայնքներում բնակվողներն այդ խնդրի հետ չեն բախվում և անհրաժեշտ է փաստել, որ գյուղաբնակ կանանց կենսակերպի և այդ հիվանդության տարածվածության միջև կապը հստակ չէ և, նամանվանդ հետազոտված էլ չէ, սակայն փորձագետները գտնում են, որ ոչ անմիջական, բայց այդ երկու հանգամանքների միջև կապն առկա է:

Դժվար է որևէ տարբերություն գտնել նաև գյուղական համայնքներում բնակվող տարեց կանանց և տղամարդկանց առողջական խնդիրների միջև: Այնուամենայնիվ, լոկ չնչին տարբերությունների մակարդակում որոշակի առանձնահատկություններ հնարավոր է վերհանել: Մասնավորապես, կանայք ավելի հաճախ դիմում են համայնքային բուժքրոջ ծառայություններին տախիկարդիայի, հիպերտոնիայի խնդիրներով, որոնք պայմանավորված են և՛ կանանց տարիքային առանձնահատկություններով, և՛ կլիմաքսային խնդիրներով: Մեկ այլ կարևոր առանձնահատկություն հանդիսանում է այն, որ գյուղական համայնքների տարեց կանայք առավել հաճախ դիմում են բուժքրոջ ծառայություններին ոչ թե իրենց, այլ ամուսնու առողջական խնդիրներով պայմանավորված: Դա միայն փաստում է այն մասին, որ կանայք շարունակում են մնալ ընտանիքի անդամների մասին մշտապես հոգացողները, անգամ այն տարիքում և իրավիճակում, երբ իրենք նույնպես ունեն աջակցության և հոգածության կարիք:

Գյուղաբնակ տարեց կանանց կողմից սոցիալական ծառայություններին դիմելու հաճախականությունը նույնպես ավելի բարձր է, քան տղամարդկանց դիմելիության ցուցանիշները: Հիմնականում սոցիալական աջակցության տարբեր ծառայությունների օգնությանը (պետական ծառայություններ, հասարակական կազմակերպություններ, մարզպետարան, համայնքի ղեկավար) դիմողները

հանդիսանում են կանայք, ովքեր ներկայացնում են իրենց ընտանիքի հիմնախնդիրները և ակնկալում աջակցություն: Այդ իրողությունը կարելի է մեկնաբանել մեր հասարակության՝ հայրիշխանական լինելու հանգամանքով, որտեղ տղամարդու դերը հիմնականում կայանում է ընտանիքի համար եկամտի ապահովման մեջ: Սոցիալական ծառայություններին դիմելը դառնում է տղամարդու կողմից՝ հասարակական արժեքների տեսանկյունից այդքան կարևոր գործառույթի իրականացման հարցում ձախողման կամ անկարողունակության դրսևորումը, ինչը շարունակում է անընդունելի մնալ հատկապես գյուղական համայնքներում, որտեղ ավանդական արժեքների ազդեցությունը համայնքի անդամների կենսագործունեության և հարաբերությունների վրա դեռ զգալի է, նույնիսկ տարեց հասակում, երբ տղամարդու աշխատունակությունը, տարիքային և առողջական խնդիրներով պայմանավորված, կտրուկ ընկնում է: Գյուղաբնակ և քաղաքաբնակ տարեց կանանց շրջանում սոցիալական հիմնախնդիրների միջև առկա տարբերությունների վերաբերյալ նույնպես դժվար է որոշակի դատողություններ անել: Նախ, վիճակագրությունը փաստում է, որ ծայրահեղ աղքատության ցուցանիշներն առավել բարձր են հենց քաղաքային համայնքներում, որտեղ եկամտի միակ աղբյուրը աշխատանքն է, իսկ զբաղվածության լրջագույն խնդրի առկայության դեպքում, ստացվում է, որ այդ աղբյուրը բազմաթիվ ընտանիքների համար բացակայում է: Գյուղական համայնքների բնակչության համար եկամտի աղբյուրը շարունակում է մնալ գյուղատնտեսությունը և չնայած այն համարվում է եկամտաբերության ցածր մակարդակ ապահովող գործունեություն, այնուամենայնիվ, գոյատևման համար անհրաժեշտ միջոցներ գտնել ապահովում է: Այդ տեսանկյունից գյուղաբնակ տարեցների համար գոյատևման աղբյուրը դառնում է գյուղատնտեսությունը կամ, ավելի ճիշտ, տնամերձ փոքր հողակտորի մշակման արդյունքում ստացված որոշակի բերքը: Սակայն իրավիճակը կտրուկ փոխվում է միայնակ տարեցների դեպքում: Առանց «աջակցող ձեռքերի» գյուղական համայնքներում բնակվող տարեցների համար անհնար է դառնում գյուղատնտեսական ցանկացած աշխատանքի կատարումը, այդ թվում տնամերձ հողակտորի մշակումը, քանի որ այդ աշխատանքը պահանջում է ֆիզիկական ուժ և ֆինանսական միջոցներ. ռեսուրսներ, որոնք տարեցները չունեն և չեն կարող ներդնել գյուղատնտեսական թեկուզ փոքր ծավալի գործունեությամբ, զբաղվելու համար: Այդ դեպքում ծայրահեղ աղքատության հավանականությունը բարձր է լինում նաև գյուղաբնակ տարեցներ համար: Գյուղական համայնքներում բնակվող տարեցների խնդիրներին ավելանում են նաև այդ համայնքներում ենթակառուցվածքների բացակայությունը, առկա ենթակառուցվածքների մաշվածությունը, սոցիալական ծառայությունների հեռավորությունը գյուղական համայնքներից և այլն: Խնդիրները խորանում են նաև միգրացիայի՝ գնալով ահագնացող տեմպերով պայմանավորված, որոնց արդյունքում բազմաթիվ գյուղական համայնքներ ամայանում են և դառնում են ծերաբնակ, քանի որ երիտասարդ ընտանիքները լքում են հայրենի բնակավայրերը արտերկրում կամ քաղաքային համայնքներում մշտական կամ ժամանակավոր բնակություն հաստատելու նպատակով: Տարեցները մնում են միայնակ, իսկ հետագոտության արդյունքները ևս մեկ անգամ փաստում են. միայնակ տարեցը գյուղական համայնքում ի գորու չէ գոյատևելու: Ընդ որում, հետաքրքրական է նաև այն հանգամանքը, որ տարեց կանանց սոցիալական, առողջական հիմնախնդիրները, ինչպես նաև գործող ծառայությունների հասանելիությունն ու մատչելիությունը

նրանց համար էական կախվածություն չունեն տարեցի տարիքային կամ կրթական մակարդակից: Հիմնական տարբերությունները դրևստրվեցին տարեցների առողջական, սոցիալական վիճակի և ընտանեկան դրության միջև: Միայնակ, անապահով և առողջական խնդիրներ ունեցող տարեցներն ավելի խոցելի են բարեկեցության ապահովման տեսանկյունից:

Գյուղաբնակ տարեցների խնդիրների զգալի մասը պայմանավորված են նաև կենցաղային ոչ բարվոք պայմաններով կամ դրանց ի սսպառ բացակայությամբ: Ինչպես գիտենք, գյուղական համայնքներում բնակարանային շենքերը հիմնականում բացակայում են: Բացառություն են կազմում միայն գյուղական խոշոր համայնքները, որտեղ Սովետական Միության ժամանակ բնակարանաշինության ծրագրեր են իրականացվել: Գյուղական մյուս համայնքներում գերակշռում են կամ առկա են միայն սեփական հողատարածքի վրա կառուցված տներ, որտեղ մինչ օրս բացակայում է ջրամատակարարման ներքին համակարգը և կոյուղին, ինչի հետևանքով սանհանգույցները շարունակում են տեղակայված մնալ բնակելի տարածքից դուրս, երբեմն՝ բավականին հեռու: Սա լուրջ խնդիրներ է ստեղծում գյուղաբնակ տարեցների համար՝ պայմանավորելով կենցաղային պայմանների չհարմարեցված լինելը տարեցների կարիքներին և հնարավորություններին, հատկապես երբ տարեցն ունի առողջական լուրջ խնդիրներ, հենաշարժողական դժվարություններ կամ ապրում է միայնակ: Այդ մասին են վկայում նաև 2007 թվականին Հայկական Կարիտաս բարեգործական կազմակերպության կողմից անցկացված հետազոտության արդյունքները, որոնց համաձայն մարզաբնակ տարեցների 38%-ը իր կենցաղային և կոմունալ պայմանները գնահատում է անբավարար: Վերոնշյալ պայմաններից դժգոհող տարեցների թիվը գերազանցում է 90%-ը սույն հետազոտության շրջանակներում, քանի որ ի տարբերություն վերը հիշատակված հետազոտության, սույն հարցմանը մասնակցել են միայն գյուղաբնակ տարեցները: Այս հիմնախնդրի դրսևորման և հրատապության առումով ցայտուն տարբերակում նկատվեց, հատկապես, մարզային կտրվածքով, քանի որ կենցաղային խիստ անբավարար պայմաններ առկա էին, մասնավորապես, Շիրակի մարզում, որտեղ աղետի գոտու առկայությամբ պայմանավորված, բազմաթիվ տարեցներ շարունակում են ապրել վազոն-տնակներում, որտեղ կենցաղային պայմանները ոչ թե անբավարար են, այլ աղետալի: Կենցաղային պայմանների հետ կապված դժվարությունները հատկապես հրատապ լուծում են պահանջում նաև սահմանամերձ և հեռավոր, բարձրադիր լեռնային համայնքներում բնակվող տարեցների համար: Խնդիրներ, որոնց լուծման համար գյուղաբնակ տարեց կանայք չունեն որևէ ռեսուրս՝ անկախ այն հանգամանքից՝ ապրում են նրանք միայնակ թե ընտանիքի հետ կամ ունեն աջակցող թե ոչ:

Գյուղական համայնքներում տարեցների կենսագործունեության ապահովման հարցում շարունակում է կարևոր դեր կատարել աջակցության սոցիալական ցանցը: Սոցիալական աշխատանքի մասնագետ Լուրենս Շուլմանը աջակցության սոցիալական ցանցը բնորոշում է որպես սոցիալական փոխհարաբերությունների, փոխազդեցությունների, շփումների համակարգ, որը տրամադրում է.

1. Անձնական, էմոցիոնալ աջակցություն,
2. Տեղեկատվական աջակցություն,

3. Ռեսուրսների համախմբվածություն տարաբնույթ հիմնախնդիրների հաղթահարման համար,
4. Սոցիալական խնամք,
5. Տեխնիկական աջակցություն²⁸:

Հայաստանյան գյուղական համայնքներում սոցիալական համախմբվածությունը և փոխադարձ աջակցությունը մշտապես հանդիսացել են կարևոր արժեք: Չնայած այն հանգամանքին, որ համայնքային կապերը զգալիորեն թուլացել են, այնուամենայնիվ, փոխադարձ աջակցության սկզբունքները և գաղափարները շարունակում են կարևորվել հատկապես գյուղական համայնքներում:

Այն հարցին, թե ում կամ որ կառույցներին են դիմում գյուղաբնակ տարեց կանայք, երբ ունենում են աջակցության կարիք, մեծամասնությունը պատասխանել է, որ առաջին հերթին դիմում և ակնկալում է ընտանիքի անդամների կամ հարազատների օգնությունը, այնուհետև հարևանների: Պաշտոնական այնպիսի կառույցները կամ կազմակերպությունները, ինչպիսիք են գյուղապետարանը, մարզպետարանը կամ պետական, հասարակական սոցիալական ծառայությունները, գյուղաբնակ տարեց կանանց կողմից չեն դիտվում որպես սոցիալական աջակցության առաջնային օղակներ կամ ատյաններ: Սույն արդյունքները հիմնավորվում են նաև 2014 թվականին ԵՊՀ մասնագիտական խմբի կողմից գյուղական համայնքներում անցկացված հետազոտության արդյունքներով, որոնք փաստում են, որ հայաստանյան արդի գյուղերում հարցվողների 99%-ը վստահում է իր ընտանիքի անդամներին, իսկ 88.5%-ը բարեկամներին: Հարևանների նկատմամբ վստահությունը գյուղական համայնքներում շարունակում է դեռևս բարձր մնալ՝ ընդհանուր առմամբ 55.5%²⁹:

Քաղաքացու իրավունքներն ու ազատություններն իրագործվում են, առաջին հերթին, այնտեղ, ուր նա բնակվում է՝ իրականացնելով աշխատանքային, քաղաքական և այլ գործունեություն: Այդ պատճառով դրանց իրագործումը մեծապես կախված է տեղական ինքնակառավարման մարմինների գործունեությունից:

ՀՀ-ում 1996 թվականին գործում է տեղական ինքնակառավարման համակարգ, ինչը նշանակում է, որ հայաստանյան համայնքներն ինքնուրույն են և ինքնավար: Տեղական ինքնակառավարումը բնակչության կողմից տեղական նշանակության հարցերի ինքնուրույն լուծման իրավունք է: Հետևաբար, ճանաչելով բնակչության տեղական ինքնակառավարում իրականացնելու իրավունքը՝ պետությունը ճանաչում և երաշխավորում է տեղական ինքնակառավարման ինքնուրույնությունը նրա լիազորությունների սահմաններում և պարտականություն է ստանձնում անհրաժեշտ

²⁸ Տե՛ս Lawrence Shulman. *The Skills of Helping Individuals, Families, Groups, and Communities*. Itasca, Illinois, F.E. Peacock Publishers, 1999, էջ 764:

²⁹ Տե՛ս Մկրտիչյան Ա.Ե., Շահնագարյան Գ.Ն., Սահակյան Ա.Կ., Վարտիկյան Ա.Ռ., Վերմիշյան Հ.Ռ.: Սոցիալական ինքնության պահպանման հիմնախնդիրները ՀՀ գյուղական համայնքներում: Երևան, ԵՊՀ հրատարակչություն, 2014, էջ 139:

պայմաններ ստեղծել տվյալ իրավունքի իրացման համար: Այսօր, սակայն, հայաստանյան տեղական ինքնակառավարման մարմինները՝ ի դեմս համայնքի ղեկավարի և համայնքի ավագանու, չունեն ֆինանսական, կադրային, վարչական բավարար ռեսուրսներ համայնքի բնակիչների սոցիալական կարիքները հոգալու, անհրաժեշտ ծառայություններ կազմակերպելու և տրամադրելու համար: Հետազոտության արդյունքները փաստում են, որ այսօր համայնքային մակարդակում տարեց կանանց համար շատ քիչ միջոցառումներ են կազմակերպում: Փոքր, հեռավոր, սահմանամերձ և աղետի գոտու համայնքները հիմնականում ի գորու չեն լինում որևէ աջակցություն ցուցաբերելու համայնքի տարեց անդամներին, բացի որոշակի պարբերությամբ (հիմնականում տարին մեկ անգամ) դրամական օգնություն տրամադրելուց: Դրամական օգնությունը տրամադրվում է համայնքի կարիքավոր անդամների կողմից համայնքի ղեկավարի անունով ներկայացված դիմումի հիման վրա, չափը տատանվում է 5000-30.000 դրամի միջև և հիմնականում տրամադրվում է տարվա մեջ մեկ, առավելագույնը՝ երկու անգամ: Տարեցները, հատկապես միայնակները սովորաբար ոչ ֆորմալ կարգով, բայց բնակչության խոցելի մյուս խմբերի հետ ունենում են առավելություն օգտվելու տեղական ինքնակառավարման մարմինների կողմից տրամադրվող օգնությունից: Որոշ համայնքներում, հիմնականում՝ խոշոր և ֆինանսական որոշակի ռեսուրսներ ունեցող համայնքներում, երբեմն կազմակերպվում են մեծարման (հատկապես զոհված ազատամարտիկների մայրերի համար), ժամանցային (տարեց կանանց համար մեկօրյա այցելություն հանգստյան վայրեր) և տոնական միջոցառումներ ամանորի, կանանց միջազգային տոնի կապակցությամբ: Բայց այդ համայնքները հիմնականում բացառություն են այն համայնքների շարքում, որտեղ տարեց կանանց համար որևէ միջոցառում չի կազմակերպվում:

1990 թվից այս գյուղում եմ ապրում: Գյուղում ոչ մի միջոցառում չի կազմակերպվում:

Ազատ ժամանակ հողով եմ զբաղվում: Տոն օրերն էլ տանը, ընտանիքի հետ եմ անցկացնում (Արմավիրի մարզ, 68 տ.):

Կամ

1984 թվից այս գյուղում եմ ապրում: Ոչ մի միջոցառում չի կազմակերպվում:

Տոն օրերին էլ ոչ մի բան չենք անում: Գոնե մարտի 8 էր, ասեին մեծ կին է, բերեին մի ծաղիկ նվիրեին: Բայց առաջ, որ ես դաշտում էի աշխատում, կանչում էին, ծաղիկ էին նվիրում, կոֆե էին տալիս (Տավուշի մարզ, 75 տ.):

Հայաստանյան գյուղական համայնքներում բացակայում են նաև տարեցների ազատ ժամանակի կազմակերպման տարբերակները: Մասնավորապես, գյուղական համայնքներից մեծ մասում չկան ժամանակի վայրեր կամ համայնքային կենտրոններ: Իսկ այն համայնքներում, որտեղ կան համայնքային կենտրոններ կամ գոնե որոշակի հավաքատեղի բնակչության համար, այցելում են հիմնականում տղամարդիկ: Կանայք, հատկապես տարեց կանայք, խուսափում են նման վայրեր այցելելուց կամ իրենց ժամանակը նման վայրերում համատեղ կազմակերպելուց:

Պապիկների համար կա, գյուղապետարանի առաջին հարկում գնում նարդի են խաղում, շաշկի են խաղում, զբաղվում են, բայց տատիկների համար չկա (Արմավիր, 64 տ.):

Գյուղաբնակ տարեց կանայք իրենց առօրյայի և ազատ ժամանակի մեծ մասն անցկացնում են տանը, տնային հոգսերը հոգալով, գյուղատնտեսական աշխատանքներ կատարելով, եթե, իհարկե, առողջական վիճակը թույլ է տալիս կամ հեռուստացույց դիտելով: Տարեց կանայք խուսափում են մասնակցել նաև համայնքում կազմակերպվող ընդհանուր միջոցառումներին՝ գտնելով, որ դա «իրենց տեղը չի և որ իրենց ժամանակն այդպիսի բաների համար վաղուց արդեն անցել է»:

Հետաքրքրական է այն հանգամանքը, որ կենսաթոշակի անցնելու փաստը՝ որպես այդպիսին, չի ազդել կամ փոխել գյուղաբնակ տարեց կնոջ առօրյան: Քանի որ աշխատանքային զբաղվածությունը գյուղական համայնքներում հիմնականում գյուղատնտեսությունն է, ապա կենսաթոշակի անցնելուց հետո գյուղական համայնքի տարեց կանայք շարունակում են վարել նույն կենսակերպը՝ իրենց զբաղվածությունն ապահովելով տնային տնտեսության կազմակերպման, անասնապահության և հողագործության ոլորտներում: պարզապես, ի տարբերություն, աշխատանքային տարիքի ժամանակահատվծի, երբ նրանք հիմնականում գյուղատնտեսական աշխատանքներով զբաղվում էին որպես վարձու աշխատողներ, կենսաթոշակից հետո նույն գործունեությունը, հիմնականում, իհարկե, ավելի փոքր ծավալով, իրականացնում են իրենց իսկ կամ ընտանիքի համար: Սակայն անհրաժեշտ է նշել այն հանգամանքը, որ կենսաթոշակից հետո կենսակերպն ու առօրյան փոխվում է հիմնականում գյուղական համայնքի այն բնակիչների համար, ովքեր զբաղվել են ոչ գյուղատնտեսական գործունեությամբ, ինչպիսիք են, օրինակ, մանկավարժությունը, գյուղապետարանի աշխատանքը, վարչական, կազմակերպական աշխատանքները և այլն: Այդ կանանց համար կենսաթոշակի անցնելուց հետո կենսակերպը ոչ միայն կտրուկ փոխվել է, այլ նաև դարձել է դժվար հարմարելի, իսկ որոշների համար՝ անիմաստ:

Զգիտեմ, չեմ հաշտվում այս կյանքի հետ, անընդհատ ուզում եմ աշխատեմ, դրսի աշխատանքն ինձ ուժ էր տալիս, ավելի աշխույժ էի լինում, դե որ տանն ես, արդեն քեզ ծեր ես զգում կարծես թե: Մարդ ֆիզիկապես է ծերանում, հոգեպես չի ծերանում (Տավուշ, միայնակ, 66 տ.):

Այդպիսով, կենսաթոշակի անցնելուց հետո սոցիալական հարմարման հետ կապված դժվարություններ ունենում են հատկապես բարձրագույն կրթություն և մասնագիտական զբաղվածություն ունեցած կանայք:

Հատկանշական է նաև այն, որ կենսաթոշակային տարիքը լրանալուց հետ սովորաբար կենսաթոշակի են ուղարկվում գյուղաբնակ բոլոր կանայք՝ առանց հաշվի առնելու նրանց տեսակետն ու ցանկությունը կենսաթոշակի գնալու կամ աշխատանքը շարունակելու մասին: Սա հանդիսանում է ՀՀ աշխատանքային օրենսգրքի խնդիրներից մեկը: Հարցվողներն այդ հանգամանքը մեկնաբանեցին

գյուղական համայնքներում աշխատատեղերի սակավությամբ, ինչն էլ պայմանավորում է գործատուի մոտիվացիան աշխատանքի ընդունելու երիտասարդի, այլ ոչ թե տարեցի:

Ինչ ասեմ, շատ լավ կլիներ, որ աշխատեի, բայց որ տարիքս արդեն չէր համապատասխանում, գյուղում կան շատ երիտասարդներ, որ աշխատանք չունեն, ցանկանում են աշխատել, մի տեղ էլ նրանց համար բացվեց: Բայց ընդհանրապես կցանկանայի աշխատել՝ շրջապատի մեջ էի, կոլեկտիվի մեջ էի, հարգանք կար, պատիվ կար, ասել, խոսել, ամեն ինչ, շատ լավ է, որ մարդ աշխատում է, հասցնում է ամեն ինչ՝ և՛ տան գործը, և՛ դրսի (Օտղկավան, միայնակ 66 տարեկան):

Ընտանեկան բնությունները տարեց կանանց նկատմամբ մեկ այլ խնդիր է, որն ուսումնասիրվել է հետազոտության շրջանակներում:

Փորձագետները փաստեցին, որ ընտանեկան բնությունների խնդիրը դարձել է առավել տարածված, այդ թվում գյուղական համայնքներում: Սակայն դա պայմանավորված է ոչ թե բուն խնդրի տարածմամբ, այլ համապատասխան ատյաններին կանանց դիմելիության մակարդակի բարձրացմամբ: Այսօր գյուղական համայնքներում տարեց կանանց նկատմամբ հիմնականում տարածված է հոգեբանական բնության կիրառումը, որը դրսևորվում է ճնշումների, սահմանափակումների, շարունակական կոնֆլիկտների ընթացքում արտահայտվող վիրավորանքների, անտաբերության և արհամարհանքի տեսքով: Այս հիմնախնդիրը, ինչպես փաստում են փորձագետները, բավականին զգալի է գյուղական համայնքներում, սակայն այդ խնդիրը հիմնականում չի բարձրաձայնվում՝ պայմանավորված գյուղական համայնքների «փակ» և ավանդապահ լինելու հանգամանքով: Իրենք՝ տարեցները նույնպես այդ մասին չեն բարձրաձայնում, քանի որ.

1. Իրազեկված չեն, որ նմանատիպ արարքները և վարքաձևերը բռնարարքներ են, իսկ երևույթը բնություն,
2. Իրազեկված չեն իրենց իրավունքների և դրանց պաշտպանության կամ իրագործման մեխանիզմների վերաբերյալ,
3. Նախընտրում են լռել և չբարձրաձայնել խնդրի վերաբերյալ՝ ընտանեկան խնդիրները ինքնուրույն և ներքին միջավայրում թողնելու ձգտմամբ:

Փորձագետները գտնում են, որ քաղաքային համայնքի տարեց կանայք առավել հաճախ են դիմում պետական և հասարակական համապատասխան կառույցներին ընտանեկան բնության խնդրով:

Հայաստանյան գյուղական համայնքներում տարածված մեկ այլ լրջագույն խնդիր է դառնում տնտեսական բնությունը: Այսօր բազմաթիվ ընտանիքներում տարեց կանանց կենսաթոշակը ստանում և յուրացնում են ընտանիքի անդամներն՝ առանց այդ մասին տարեցին տեղյակ պահելու կամ նրա կարծիքն ու թույլտվությունը ստանալու: Հետազոտության ընթացքում բազմաթիվ հարցվողներ նշեցին, որ իրենք ինքնակամ են հանձնում իրենց թոշակն ընտանիքի անդամներին, քանի որ առանց

դրա ընտանիքը չի կարողանա հոգալ հիմնական ծախսերի մեծ մասը: Սակայն կենսաթոշակի հարկադրված հանձնումն ընտանիքի անդամներին նույնպես տեղ է գտնում:

Ուսումնասիրելով, թե ինչպիսի մեխանիզմներ են գործում գյուղական համայնքներում տարեց կանանց նկատմամբ բռնությունների կանխարգելման կամ այդ հիմնախնդրի հաղթահարման համար, պարզ դարձավ, որ այդ խնդրին արձագանքող հիմնական կառույցը մարզային մակարդակում գործող Ընտանիքի, կանանց և երեխաների իրավունքների պաշտպանության բաժիններն են, որոնք գործում են որպես մարզպետարանի կառուցվածքայի ստորաբաժանումներ, որոնց գործառույթների մեջ է մտնում.

1. Մարզային մակարդակում ընտանիքի կանանց և երեխաների պաշտպանությանն ուղղված քաղաքականության իրագործումը,
2. Մարզում գենդերային հիմնահարցերի ուսումնասիրությունը, դրանց լուծմանն ուղղված ծրագրերի իրականացումը և այլն:

Սույն բաժինների գործունեությունը հիմնականում կենտրոնացած է երեխաների իրավունքների պաշտպանության և իրագործման հիմնահարցերի վրա: Սակայն կանանց խնդիրներով բաժնի աշխատակիցները նույնպես լիազորված են զբաղվելու: Այնպիսի դեպքերում, երբ գյուղական համայնքների բնակիչ տարեց կանայք դիմում են բաժնի աշխատակիցներին (աշխատակիցները դժվարացան մտաբերել, թե վերջին անգամ երբ է այդպիսի դեպք տեղի ունեցել), ապա նրանք լիազորված են արձանագրելու դեպքը, որոշակի խորհրդատվություն տրամադրելու այն մասին, թե ինչ իրավիճակում է հայտնվել կինը, ինչ քայլեր կարելի է նախաձեռնել բռնություն գործադրողին պատժելու ուղղությամբ, ինչպիսի ծառայություններ կարող են աջակցել տարեց կնոջը: Շիրակի մարզում, օրինակ, մարզպետարանը համագործակցում է մի քանի հասարակական կազմակերպությունների հետ, որոնք զբաղվում են տարեցների կամ կանանց հիմնախնդիրներով: Երկարատև աշխատանք իրականացնելու անհրաժեշտության դեպքում տարեց կնոջը կարող են ուղղորդել այդ կազմակերպություններ: Ժամանակավոր ապաստարան բռնության ենթարկված կանանց համար տրամադրում են հիմնականում հասարակական կազմակերպությունները, սակայն դրանց գործունեության չնայած ոչ այնքան երկար ընթացքում, գյուղաբնակ տարեց կանայք երբևէ չեն տեղավորվել: Փորձագետների կարծիքով, գյուղական համայնքների տարեց կանայք կարող են դիմել մարզային մակարդակում գործող ծառայություններին միայն հազվադեպ դեպքերում, այն էլ ծայրահեղ իրավիճակներում: Սակայն լուրջ տարբերություն կա քաղաքաբնակ տարեց կանանց և գյուղաբնակների դիմելիության ցուցանիշների հարցում: Ըստ փորձագետների գյուղաբնակ տարեց կանայք, եթե ստեղծվում է ծայրահեղ իրավիճակ, նախընտրում են դիմել համայնքի ղեկավարին և ստանալ նրա աջակցությունը: Միննույն ժամանակ, համայնքի ղեկավարը չունի որևէ լիազորություն կամ, առավել ևս, ռեսուրս արձագանքելու ընտանեկան բռնության հիմնախնդրին: Համայնքի ղեկավարները հիմնականում սահմանափակվում են բռնարարքներ կատարած անձի հետ խրատական զրույցներ ունենալով և տարեց կանանց «համբերություն քարոզելով»:

Գյուղաբնակ տարեց կանանց սոցիալական աջակցության համակարգում ներառված են նաև հասարակական կազմակերպությունները: Որոշ բարեգործական հասարակական կազմակերպությունների կողմից գյուղական համայնքների տարեցների համար կազմակերպվում են բժշկական անվճար խորհրդատվություններ, շրջիկ պոլիկլինիկաների այցեր, բարեգործական ճաշարաններ, ցերեկային կենտրոններ, կոմունալ ծախսերի փոխհատուցման ծրագրեր և այլն: Հասարակական կազմակերպությունները, հիրավի, ունեն էական և նշանակալի դեր գյուղաբնակ տարեց կանանց սոցիալական աջակցության համակարգում, քանի որ կարողանում են մեղմել այն բացթողումները կամ թերությունները, որ ունեն պետական ծառայությունները: Սակայն, միևնույն ժամանակ, այդ ծառայությունները հիմնականում կարողանում են սպասարկել քաղաքային համայնքների բնակիչներին կամ մասնագիտացված չեն տարեցներին սպասարկելու հարցում: Բացի դրանից, հասարակական կազմակերպությունների գործունեությունը այսօր հատվածային է՝ ծածկելով բնակչության միայն որոշ խմբերի կարիքները, որոնց մեջ տարեցները, հատկապես գյուղաբնակ տարեցները, շատ քիչ են ներառվում: Դրանց կողմից մատուցվող ծառայությունները հաճախակի դադարեցվում կամ ծավալները կրճատվում են ֆինանսավորման դադարեցման արդյունքում կամ տվյալ ծրագրի իրականացման ժամկետների ավարտի հետևանքով: Հասարակական կազմակերպությունների ռեսուրսները նաև չեն բավարարում արդյունավետորեն արձագանքելու տարեցների բոլոր կարիքներին և հիմնախնդիրներին, որոնք բազմաթիվ են և բազմազան:

Եզրակացություններ

1. Սոցիալական և առողջապահական ծառայությունները գյուղաբնակ տարեց կանանց համար դժվարամատչելի են, առաջին հերթին, ֆինանսական ներդրումներ ենթադրելու և գյուղաբնակ տարեցի բնակության վայրից հեռու գտնվելու պատճառով:
2. Առողջապահական և սոցիալական ծառայություններին գյուղաբնակ տարեց կանայք դիմում են *ծայրահեղ իրավիճակներում*:
3. Գյուղաբնակ տարեց կանայք նախընտրում են իրենց կարիքները բավարարել և խնդիրները հոգալ սոցիալական աջակցության ոչ ֆորմալ ցանցի միջոցով:
4. Կենսաթոշակը՝ որպես գյուղաբնակ տարեցի եկամտի միակ աղբուր, չի բավականացնում անգամ նրա հիմնարար կարիքների բավարարման համար: Կենսաթոշակով հնարավոր է լինում ձեռք բերել միայն առաջին

անհրաժեշտության ապրանքներ՝ սնունդ, դժվարությամբ նաև դեղորայք: Այն մեծապես ծախսվում է կոմունալ վարձավճարների վրա:

5. Գյուղաբնակ տարեց կանայք մեկուսացած են համայնքային կյանքից և չեն մասնակցում համայնքում նախաձեռնվող ակտիվություններին:
6. Գյուղական համայնքներում բացակայում են տարեց կանանց ժամանցի կազմակերպման տարբերակները: Տարեց կանայք իրենց ազատ ժամանակը, հանգստյան և տոն օրերը անկացնում են /գերադասում են անցկացնել/ ընտանիքի անդամների և հարազատների հետ:
7. Գյուղական համայնքներում տարեց կանանց բնակարանային և կենցաղային պայմանները հարմարեցված չեն նրանց կարիքներին ու հնարավորություններին: Դա առավել ցայտուն է դրսևորվում տեղաշարժման դժվարություններ ունեցող տարեցների համար: Խնդիրը առավել սուր է արտահայտված աղետի գոտու համայնքներում, որտեղ բազմաթիվ տարեցներ բնակվում են վազոն-տնակներում:
8. Գյուղական համայնքն իր կենցաղով և բնակելի շինությունների պայմաններով ընդհանրապես ադապտացված չէ տարեցների կարիքներին:
9. Միայնակ տարեց կանայք գյուղական համայնքներում այսօր պարզապես չեն կարողանում բնակվել առանց հարազատների կամ հարևանների՝ գոնե պարբերաբար իրականացվող խնամքի և հոգածության:
10. ՀՀ պետական քաղաքականությունը որևէ տարբերակում կամ առանձնահատկություն չի ենթադրում թե՛ գյուղաբնակ և քաղաքաբնակ տարեցների համար, և թե՛ գյուղաբնակ տարեց կանանց և տղամարդկանց համար:
11. Տարեցներին ուղղված պետական սոցիալական քաղաքականությանը բնորոշ են.
 - ✓ ուղղվածությունը ամենակարիքավորներին,
 - ✓ միատարրությունը և տարբերակված չլինելը՝ ըստ տարեցների խնդիրների, կարիքների և հնարավորությունների,
 - ✓ Սոցիալական և առողջապահական ծառայությունների կանխարգելիչ ասպեկտի բացակայությունը,
 - ✓ «Տարեց» հասկացության սահմանման շուրջ առկա անորոշությունները և այդ հասկացության չհստակեցվածությունը:
12. Այսօր ՀՀ-ում կան և գործում են որոշ հասարակական կազմակերպություններ, որոնք սոցիալական և առողջապահական ծառայություններ են տրամադրում գյուղաբնակ տարեց կանանց, սակայն վերջիններիս գործունեությունը չի ընդգրկում Հանրապետության ամբողջ տարածքը, ինչպես նաև տարեց կանանց կարիքների ամբողջական ծավալը:

13. Ընտանեկան բնությունների խնդիրը դարձել է առավել տարածված, այդ թվում գյուղական համայնքներում: Սակայն դա պայմանավորված է ոչ թե բուն խնդրի տարածմամբ, այլ համապատասխան ատյաններին կանանց դիմելիության մակարդակի բարձրացմամբ:
14. Այսօր գյուղական համայնքներում տարեց կանանց նկատմամբ հիմնականում տարածված է հոգեբանական բռնությունը, որը դրսևորվում է ճնշումների, սահմանափակումների, շարունակական կոնֆլիկտների ընթացքում արտահայտվող վիրավորանքների, անտաբերության և արհամարհանքի տեսքով:
15. Գյուղական համայնքներում մեկ այլ տարածված խնդիր է դառնում տարեցների նկատմամբ կիրառվող տնտեսական բռնությունը, որն ունենում է այնպիսի դրսևորումներ, ինչպիսիք են տարեց կնոջ փոխարեն կենսաթոշակը ստանալը, և յուրացնելն առանց տարեցին այդ մասին տեղյակ պահելու կամ նրա կարծիքն ու թույլտվությունը ստանալու:
16. Եթե ՀՀ առողջապահության ոլորտում որևէ լուրջ և ծավալուն բարեփոխում չի նախատեսվում, ապա բնակչության սոցիալական պաշտպանության համակարգում տեղի են ունենում կարևորագույն բարեփոխումներ, որոնց շարքում էական նշանակություն ունի ինտեգրված սոցիալական ծառայությունների համակարգի ստեղծումը: ՀՀ Կառավարությունը 2012 թվականի հուլիսի 26-ին ընդունեց «Ինտեգրված սոցիալական ծառայությունների համակարգի ներդրման ծրագիրը հաստատելու մասին» N952 որոշումը, համաձայն որի 2013 թվականից մեր երկրում սկսեցին իրականացվել պետական սոցիալական ծառայությունների ինտեգրումն ու համալիր սոցիալական ծառայությունների տարածքային կենտրոնների ստեղծումը: Այդ նույն որոշման համաձայն որպես ինտեգրված սոցիալական ծառայությունների հիմնական նպատակներ սահմանվեցին.
 - ✓ բարձրացնել սոցիալական ծառայությունների մատչելիությունը, որակը, վարել բնակչության սոցիալական կարիքների բավարարմանն ուղղված արդյունավետ քաղաքականություն,
 - ✓ ապահովել սոցիալական ծառայությունների գնահատումն ու մշտադիտարկումը, նվազեցնել խոցելի խմբերի սոցիալական մեկուսացվածությունը,
 - ✓ ամրապնդել սոցիալական համախմբվածությունը:

Համալիր սոցիալական ծառայությունների տարածքային կենտրոնների ստեղծումը, որոնք դառնալու են ինտեգրված սոցիալական ծառայությունների տրամադրման հիմնական սուբյեկտը, իրապես կարող է ազդել բնակչությանը տրամադվող ծառայությունների որակի և արդյունավետության վրա, սակայն դրա համար անհրաժեշտ է կենտրոններում ապահովել գործող մեթոդաբանության և գործեալուճի կտրուկ փոփոխություն, կադրային ռեսուրսների որակի բարձրացում, տեխնիկական անհրաժեշտ ռեսուրսների համալրում: Գյուղական բնակչության համար համալիր սոցիալական ծառայությունների տարածքային կենտրոնների

տեղակայվածությունը շարունակելու մնալ լրջագույն խնդիր, քանի որ դրանք տեղակայվելու են այն նույն քաղաքային համայնքներում, որտեղ գործառնել կամ գործառնում են պետական սոցիալական ծառայությունները: Սոցիալական ծառայությունների՝ բնակչությանն ավելի մոտ դարձնելու նպատակով Կառավարության որոշման համաձայն յուրաքանչյուր համայնքում գործառնող խնամակալության և հոգաբարձության հանձնաժողովներում ներառվում է սոցիալական աշխատողի վճարովի հաստիք: Այդ հանգամանքը խիստ կարևոր է ՀՀ համայնքներում սոցիալական հիմնախնդիրների վաղ հայտնաբերման և վաղ միջամտության ցուցաբերման համար: Սակայն ամբողջ խնդիրը կայանում է նրանում, որ այդ հանձնաժողովները ձևավորվել և գործում են տվյալ համայնքի երեխաների և նրանց ընտանիքների իրավունքների պաշտպանության նպատակով: Խնամակալության և հոգաբարձության հանձնաժողովները ՀՀ-ում երեխաների պաշտպանության համակարգի համայնքային մակարդակն են ներկայացնում, և առավելապես կենտրոնացած են համայնքի երեխաների և ընտանիքների դժվարությունների հաղթահարման գործում աջակցություն ցուցաբերելու վրա: Այսինքն, այդ հանձնաժողովներում սոցիալական աշխատողների ներգրավումը տարեցների սոցիալական աջակցության գործընթացի վրա էական ազդեցություն չի ունենա: Հետևաբար, անհրաժեշտ է ՀՀ-ում զարգացնել համայնքային սոցիալական աշխատողների ինստիտուտը, որի շնորհիվ համապատասխան մասնագետները կկարողանան արձագանքել բնակչության տարբեր խմբերի, այդ թվում տարեց կանանց հիմնախնդիրներին և նպաստել համայնքային մակարդակում տարեցներին անհատական, իրենց կարիքից բխող սոցիալական ծառայությունների տրամադրմանը:

Առաջարկություններ

- Տարեցների համար սահմանել արտոնություններ առողջապահության ոլորտի կազմակերպություններում պետության կողմից երաշխավորված ամենամյա առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում անվճար բժշկական օգնություն ու սպասարկում ստանալու համար,
- Ապահովել տարեցների ատամնաբուժական անվճար ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունը,
- Կազմակերպել գյուղաբնակ տարեց կանանց գինեկոլոգիական ծառայությունների անվճար տրամադրումը՝ գյուղական համայնքներում պարբերական այցելություններ և բուժզննում կազմակերպելու միջոցով,
- Աղետի գոտում, հակառակորդի գնդակներից տուժած և անապահով տարեցների բնակարանային պայմանների բարելավման նպատակով զարգացնել սոցիալական բնակարանների ծրագրերը:
- Գյուղաբնակ տարեցների կենցաղային պայմանների բարելավման նպատակով համապատասխան ծրագրերի իրականացումը լիազորել համայնքների տեղական ինքնակառավարման մարմիններին:
- Գյուղական համայնքներում միայնակ տարեցների ինքնուրույն կեցությունն ապահովելու նպատակով ստեղծել տարեցների սոցիալական հոգածության ցերեկային կենտրոններ:
- Գյուղաբնակ տարեցների սոցիալական հիմնախնդիրներին արդյունավետորեն արձագանքելու նպատակով ներդնել համայնքային սոցիալական աշխատանքի ինստիտուտը:

Gender Aspects of Aging in Rural Armenia: Health and Well-being of Elderly Women in Rural Communities of Armenia

Author: Yevgine Vardanyan, Yerevan State University

1. The Description of the Research

In March and April of 2015 within the collaboration with Center of Gender and Leadership Studies at Yerevan State University and with the support of Arizona State University the research on “Gender Aspects of Aging in Rural Armenia: Health and Well-being of Elderly Women in Rural Communities of Armenia” has been conducted. The aim of research was to study.

1. The social and health problems of elderly women of rural communities
2. The accessibility and effectiveness (equivalence) of the social and health services to the needs of elderly women who live in rural areas of Armenia.

The objectives of the research were to study:

1. *The provision of health and social services, especially:*
 - ✓ What kind of problems elderly women of rural Armenia face while applying to and receiving the state social and health care services?
 - ✓ What they manage in order to overcome those problems?
 - ✓ How effective the state services are in meeting the needs and solving the problems of elderly women?
2. *The retirement and pension:*
 - ✓ What have changed in everyday life of elder women of rural communities after their retirement?
 - ✓ What the elderly women spend on their pension?
 - ✓ What kinds of goods they can effort themselves only on their pension?
 - ✓ How sufficient elderly women consider their financial situation for having wealthy life?
3. *Housing conditions and physical environment:*
 - ✓ How convenient housing conditions are to the needs and health situation of elderly women who live in rural areas?
 - ✓ How much the physical environment in rural areas is convenient for independent life of elderly women?
4. *Social support network:*
 - ✓ What role the social support network has in the processes of meeting and preventing social and health needs of elderly women in rural communities?
 - ✓ What role the family (especially extended family) has in those processes?

- ✓ What role the community has in meeting the social and health problems of elderly women of rural communities?
5. What kind of services the *non-governmental organizations* provide to the elderly women of rural communities and how they are involved in meeting the social and health needs of them?
 6. *Domestic violence against elderly women in rural communities:*
 - ✓ What ways of expression the domestic violence has against elderly women in rural communities?
 - ✓ What are the reasons for domestic violence against elderly women in rural communities?
 - ✓ What is the frequency of the occurrence of that problem?
 - ✓ What are the mechanisms for responding to the domestic violence against elderly women in rural communities?
 - ✓ What role the state and non-governmental organizations have in those processes and how they collaborate in that purpose?
 7. *Social and health policy in Armenia:*
 - ✓ What are the main purposes, directions and principles of social and health policy towards elderly women in rural communities?
 - ✓ What kind of gaps there are in those policies?
 - ✓ What reforms are planned in those spheres and what kind of changes we can expect?

For realization of the aims of the research and finding answers to the above mentioned questions the qualitative research has been conducted. The main methods which have been used in the frames of the research were in-depth interviews, expert interviews and document analyses.

In-depth interviews have been done with the elderly women. The sample for them was based on:

- ✓ The age of women (from 63-70, 71 and above),
- ✓ The conditions of their living (lonely persons and persons who live with their families and accept assistance from them).

In the frames of research *72 interviews in 13 different communities* have been conducted.

Expert interviews have been done with:

- ✓ the specialists of social support and health services in community and regional levels,
- ✓ community leaders,
- ✓ NGO members,
- ✓ Policy makers.

The total number of *expert interviews* was 18.

The content analyzes has been conducted for analyzing the laws, strategic plans, governmental decisions, reports and statistic dates, which refer to the subject of the research.

The research has been done in 3 regions of Armenia. The main characteristics of sample creation for regions, communities, experts and respondents of in-depth interviews have been applied appropriately.

The Results of the Research and the Main Conclusions

Social Support System and Social Services

For providing social assistance to the population of Armenia 55 state social services have been created in the whole administrative territory of the country. They are obligated to provide to the families and persons in difficult life situations social services like: *consultation, rehabilitation, organization of social care services, financial assistance, legal consultation* etc. Except those services for provision of social support to population (*there are no differences or limits for getting social assistance from state for citizens of RA and non-citizens*), there also function state pension services and medical-social expertise committees, which provides services to people with disabilities.

The main purposes all of those state social services and social support system of Armenia are:

- ✓ Helping the families and persons in meeting their basic needs and overcoming difficult life situations
- ✓ Preventing the occurrence of that kind of situations
- ✓ Developing the skills and abilities of population in solving their social and financial problems on their own.

All those aims, principles, methods and types of social support are presented *in RA law "On Social Support" which was adopted recently (at the end of 2014)*.

The services mentioned above have a duty to provide the necessary services also to the elder people, including those who live in rural communities.

But according to the results of research elderly women who live in those communities face many problems while applying and receiving state social support services. The problems which the elderly women have are conditioned by:

- 1. Long distance of state social services from rural communities,**
- 2. Issues related with documentations and difficulties in getting the necessary documents for involving in state social services,**
- 3. Problems within the system of State Benefits.**

The distance of state social services has a real impact on why elderly women of rural communities don't apply to those services even than they need them or are in those

conditions which are legally considered as sufficient bases for receiving state support. The reason for that is the location of state social services only in urban communities of Armenia. This fact makes a lot of difficulties for elderly people who live in rural communities for reaching the state social services. The social services themselves are not able to “reach” elder people in their communities as well, because those services are not equipped with the necessary vehicles and the specialists serve simultaneously the inhabitants of several (minimum 3-4) communities. This means that their heavy graphic makes essential obstacles for providing necessary services to all those inhabitants who really need assistance. The specialists spend the main part of their working day mostly on paper work and solving bureaucratic issues and often are not able even to do the home visit. The professional background of majority of specialists who work in state social services which are mostly in different spheres and for a less only in social work makes another essential part of obstacles in providing to the elder people effective services and assistance.

Many respondents mentioned that the processes of *gathering the necessary documentation and papers* for applying to the state social service or for continuing to receive those services creates a lot of difficulties for them. Just because elderly people have to get the documents the service needs from very different organizations which are mostly not located in their place of residents, they do not apply to state social services or cancel those processes until the period they will be able to get assistance from their relatives or neighbors.

“State benefits” system is the biggest system of benefits in Armenia and one of the most important social support programs state implements. But the whole system is created and functions in the way that it gives priorities in providing social support to the families with children. This means that those *elderly people* who live alone or whose families have no children or they are already adults *are at the risk of not getting the necessary state support or getting it but in minimal scale*. These are problems which makes the social services provided by state organizations not effective or equivalent to the needs and problems of elderly women especially for those who live in rural communities where the necessary infrastructures are deteriorated or not developed at all.

Another problem of state social policy which is implemented towards elderly people in Armenia is misunderstanding of the term “elderly”. Different laws of Armenia give different definitions on who can be legally considered as elder person. Some laws the age of elders define 63+, other laws 65+. This won’t be so problematic and worrisome, if in the consequences of those disputes people from 63 to 65 are excluded from the system of state social support. So according to the legal bases of social support system of Armenia people from 63-65 have no legal right in receiving state social support or necessary social services except state pension.

Health Provision and Health Care Services

Health services are much more accessible for elderly women of rural communities because they are located in their communities. Now each community of Armenia has at least one medical obstetric union. For serving the inhabitants of rural communities there are also

primary health care centers, which are located in big rural or urban communities, outpatient departments and health care centers which function in integrated manner and provide both hospital and outpatient services.

The results of the research shows that elderly women of rural communities mostly apply to the medical obstetric unions of their communities. All those unions have a nurse which serves the whole population of the community without any payment. Even in the case that those unions have no resources and right to provide medical intervention, necessary medicine and have no medical equipment except the one that is used in emergency situation, elderly women try to avoid any situation of applying to other medical services. They mainly visit the nurse of their communities, get some advice from her, which can be general one because the nurses have no narrow specialization or are specialized in only one direction but have to serve the whole population of the community with many and different problems.

Elderly women of rural areas prefer not to apply to the regional medical or health care services for getting specialized health assistance, because:

1. those services are located far from the places of residents,
2. those services are paid services
3. elderly women do not trust to the medical system of Armenia
4. elderly women prefer to practice self-healing or only having medications.

So now elderly women of rural communities of Armenia consider regional medical centers as hard accessible for them mostly because they provide paid services and because they are in a long distance from rural communities. The last fact makes more difficulties especially for those communities which have no public transportation in and outside of those communities.

The other part of issues and problems related to the health care services for elderly people in rural areas is conditioned by the fact that now the legal system of health provision do not provide any eligibility for elderly people to get free medical assistance. The privilege in that is given to other categories of population in which the elder people are not involved. Elderly people have to pay also for the medicine they need, they have no privilege also in it. The absence of pharmacies and high qualified specialist in rural communities of Armenia is also a big problem the elderly women face in state health care system.

Retirement and Pension System

The main part of respondents considers their everyday life to be the same before and after retirement. The reason for that is that inhabitants of rural communities are mostly involved in agricultural activities which they continue to conduct even after retirement though this time only for their families and in their farms. After the retirement life situation and occupation change only for persons who before their retirement used to have in non-agricultural employment. They consider that their life radically changed after retirement and even became useless.

The amount of monthly pension is considered as non-sufficient for meeting even the basic needs of elderly people. All the respondents think that the pension is not enough for living and that they won't be able to survive only with their pension. This situation is expressed also in simple numbers. As we can see, the average amount of pension in Armenia is 41.000 AMD which is 85 USD, but the amount of minimum consumer basket for 2015 is 56.200 AMD or 116 USD. This obviously means that those elder people whose only income is their pension occurs below the poverty level. This fact has been mentioned also by experts who declared that lonely elder people are more vulnerable for social and health problems and in terms of low level accessibility of social and health services. Some exerts even noted that elderly people won't survive in rural communities if they live all alone or do not get any assistance from the state or social network. Elderly women can effort themselves to buy only primary essential goods on their pension: These are mostly food and medicine. They manage even paying for the bills from the pension and to support their families in covering some taxes or debts. But many respondents, especially those who live alone cover their expenditures for the half part of the month (first half of the month they live on their pension) borrowing money or food from the community shops or their neighbors and relatives.

Social Support Network

Fortunately social support network is still strong in rural communities of Armenia. Many elderly women especially those who live alone or with their husbands receive assistance from their neighbors or relatives who take care of them or help in housekeeping.

Rural communities of Armenia have very bad infrastructures. This refers also to water supply system, communications, roads, public transports and other provisions. That's why home conditions and physical environment is not convenient to the needs and opportunities of elderly women of rural areas, especially if they have health problems or live alone. This problem is strongly expressed especially in the communities which are located in Spitak destructive earthquake area, in which in 1988 a lot of communities have been destroyed or affected. Till now the destructive consequences of that disaster have their influence on the lives and well-being of inhabitants of those communities. The situation is very hard also in border communities especially in those which are close to the board with Azerbaijan Republic. The forced conflict in that area affected to the health and social situation of inhabitants of those communities as well. Elderly women are not the exception in it.

Community life and activities

The results of the research shows that elderly women are not involved in community life and activities. They are isolated from community. This is conditioned by the situation that.

1. There are not any activates or events organized in the rural communities for elderly women, so they mostly get no attention from community administration or get only a little financial support when they are in need,

2. There are no places in rural communities for organizing leisure time of elderly women, so they are mainly “locked” in their houses and prefer to spend their time helping families in housekeeping, child bearing or agricultural activities, spending their free time in front of TV-set.

Domestic Violence against Elderly Women in Rural Communities

Domestic violence is another problem that elderly women of rural communities face and unfortunately they do that more often. As the experts of the research noted, the main type of domestic violence which is conducted towards elderly women is psychological violence, which is expressed during the permanent conflicts with family members, mostly with daughters-in law and in limitations of freedom and independence of elderly women.

The other type of violence against elderly women in rural communities is economic violence which is something new for our society. Economic violence is mostly expressed in receiving the pension of elderly women instead of them and spending it without taking into account the opinion of elderly women on how to spend that money. It should be also noted, that because of hard social economic situation in the country which is widely expressed also in rural communities, pension and other social benefits are considered as the source of sustainable income for many families. In many cases elderly women give their pension to the family members *on their own will* and then start to ask the family members to give or buy for them what they need for that moment.

Physical violence, though is not so wide spread as above mentioned types of violence, but they also take place in rural communities of Armenia, though there are a very few mechanisms and ways for responding to that issue. For example, community and especially its administration or local authorities have no right and resources for conducting any intervention in cases of domestic violence against elderly women. What they do is just to have some instructive conversation with the family members trying to pursue them to stop the violent relationships and changing their behavior. There are some state services which are obligated to respond to the issues of families, women and children. Those services are called units of family, women and children rights protection and they are located in regional administrative level. But in some regions those units have focused attention only on children, in many regions the units do not have enough resources for providing effective social, psychological and some other services to elderly women who are abused or to their families. The specialists of those services can only do some consultation on existing services and legal mechanisms for stopping violence or punishing the perpetrator. Mostly the specialists of those organizations refer the women to the NGO sector which is more active in dealing with issues related to domestic violence. In the regions where the study has been conducted, only 1 NGO was providing social services to elderly women who are appeared in domestic violence situations. They had shelters, but as the expert noted elderly women have never been accommodated in shelters. They usually refuse to leave their families and houses,

mostly because are ashamed by the situation that is created in their families ad feel guilty for that.

But what was really very interesting the community leaders in all communities where the research has been conducted has mentioned in a very proud way that no elderly person from their community has been “send” to nursing home, which means that “well or no but family members and neighbors take care of elderly people, especially when they are alone and have no resources to live”. But as the results of interviews show in some instances the problem of ignorance and indifference to the problems of elderly people also takes place.

NGO's Role in Social Support System of Elderly Women in Rural Communities of Armenia

NGO sector is getting more and more active in social support system of Armenia. This is especially obvious in child protection system where the NGO's even have their coalition. There is a coalition of NGO's also in the sphere of women rights protection. But they are located in the capital and mostly serve women of urban areas. The NGO's also don't have specialized projects or activities for elder women. There are also few NGO's which provide services to elder people, mostly to those who are poor, disabled, alone or refugee. But the activities of those organizations do not reach the rural communities of Armenia and their inhabitants, though the need for that is really very high and obvious. So we can assume that currently no services are provided by NGO sector directly and mostly to elderly women of rural communities and that their role in social support system of elderly people is not so essential or permanent from the point of solving the problems of elderly women and not only dealing with their consequences.

Conclusions

1. Health care services and state social support are *hard assessable* for elderly women of rural communities, because they are located far from the places of residents of those women and they have to do financial expenditures in order to get to the organization that provide those services.
2. State social and health services are not equivalent to the needs of elderly women of rural communities because they do not consider continues or multidimensional support.
3. Elderly women of rural communities prefer to avoid any occasions or necessity of applying to the state social or health care services especially to those which are located out of their communities.
4. Elderly women in rural communities prefer to solve their social and health problems mostly with the assistance of non-formal social support network, which is still stronger in rural than in urban communities of Armenia.
5. Rural communities with their style of life and functioning are not convenient to the needs and opportunities of elderly people. This problem is much more severe for those elder women who live alone. Lonely elderly people won't be able to live in rural communities if they don't get support from their relatives or neighbors.
6. State social and health policy consider no differences or privileges for elderly women of rural communities comparing to women who live in urban communities or to the elderly men of rural communities. It doesn't consider any differentiation on gender bases or residence. But what the real problem is that the existing services do not consider individual approach to the needs and opportunities of elderly people. They are general services with general approach.
7. Domestic violence is a serious issue in rural communities of Armenia though it doesn't expressed so often as in urban communities. But it doesn't mean that there are no such kind of problems or situations. It only proofs that elderly women of rural communities are:
 - ✓ not so aware of their rights and the mechanisms of their protection
 - ✓ are more inclinable to cover or hide their family problems.
8. NGO's have important role in social support system of elderly women of rural communities because they try to cover the gap and omissions which state social and health services have, but NGO sector has no specialized services for elderly women of rural communities or at least for elder people from rural areas. They mostly direct their activities to the urban communities or to the elderly people in a whole.
9. Social and health policy in Armenia is based on the selective principles which means that it is directed towards the most vulnerable groups of population or to the people or families in risky situations. Those services are planned in the way of responding to already existing problems or extreme situations. Though this regards mostly to social services than health care system which has a part of early discovering of health problems and early treatment due to medical obstetric unions, primary health care

centers, and outpatient departments. Social and health care services are mainly directed to the intervention or treatment than to the prevention and forecasting.

Suggestions

1. For promoting high level of accessibility of medical and health care services the legal right of elderly people should be identified in getting free medical and health care services in every level of their provision.
2. Define the right of elderly people to get free medicine from the primary health care services. And do not limit that right of elder people with only those occasions when they have certain diseases which are defined in particular decision of Government.
3. Develop the community social work services in rural communities of Armenia. Social workers will help a lot in early identification of social problem and treatment and in dealing with the issues of domestic violence.
4. For improvement of housing conditions of elderly people social housing projects should be implemented. According to the primary need the housing conditions improvement projects should start from border, far and small communities and from the communities of disaster zone, which was affected by the Spitak earthquake in 1988.
5. For meeting the needs of lonely elder people and enhancing their capacities in overcoming social and financial difficulties day care services can be established which will serve the elder inhabitants of rural communities of Armenia and will also organize their free time and communications.