

**Կենսաբանական և վարքագծային
հսկողության հետազոտություն («ԿՎՀՀ-
լայթ») Հայաստանում արական սեռի
սեզոնային աշխատանքային
միգրանտների շրջանում**

2025-2026

Բովանդակություն

ԵՐԱԽՏԻՔԻ ԽՈՍՔ.....	4
ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ.....	6
1. ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ.....	7
2. ՆԱԽԱԴԻՅԱԼՆԵՐ.....	8
2.1 ՄԻԱՎ-ը և միգրացիան ՀՀ-ում.....	8
2.2 Նախորդ հսկողություններն ու տվյալների բացերը.....	10
2.3 «ԿՎՀՀ-լայթ» մոտեցումը.....	10
2.4 Հետազոտության հիմնավորումը.....	11
3. ՆՊԱՏԱԿՆԵՐ.....	11
4. ԸՆՏՐԱՆՔԻ ՁԵՎԱՎՈՐՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ.....	12
4.1 Բնակչության և մասնակիցների մասնակցության իրավասությունը հետազոտությանը.....	12
4.2 Հետազոտության իրականացման տեղամասերը.....	12
4.3 Ընտրանքի ձևավորման ռազմավարությունը.....	13
4.4 Ընտրանքի չափը.....	15
5. ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ՀԱՎԱՔԱԳՐՄԱՆ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳԵՐ.....	16
6. ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ ԵՎ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ.....	18
6.1. Տվյալների կառավարում.....	18
6.2 Տվյալների մաքրում.....	19
6.3 Տվյալների վերլուծություն.....	21
7. ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳԵՐ.....	22
8. ԷԹԻԿԱԿԱՆ ՆԿԱՏԱՌՈՒՄՆԵՐ.....	22
9. ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ.....	23
9.1 Սոցիալ-ժողովրդագրական և աշխատանքային ընդհանուր բնութագրիչները.....	30
9.2 Սեռական կյանքի ընդհանուր պատմություն.....	33
9.3 Մշտական զուգընկերների հետ սեռական վարքագիծը.....	35
9.4 Պատահական ոչ մշտական զուգընկերների հետ սեռական վարքագիծը.....	38
9.5 Վճարովի զուգընկերների հետ սեռական վարքագիծը.....	42
9.6 Տղամարդ զուգընկերների հետ սեռական վարքագիծը.....	45

9.7. Թմրամիջոցների օգտագործում	48
9.8 ՄԻԱՎ / ՍՃՓՎ թեստավորում.....	49
9.9 ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ գիտելիքներ և ընկալումներ.....	53
9.10 ՄԻԱՎ-ի, ՀՅՎ-ի, ՀԲՎ-ի և սիֆիլիսի տարածվածությունը.....	56
9.11 Բնակչության չափի հասշվարկ.....	57
10. ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ	58
11. ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿՈՒՄՆԵՐ	65
12. ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	72
13. ԵԶՐԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ	73
14. ՀԱՎԵԼՎԱԾ Ա - Մասնակցության իրավասության հարցաշար	74
15. ՀԱՎԵԼՎԱԾ Բ - Վարքագծային հարցաշար.....	76

ԵՐԱՆՏԻՔԻ ԽՈՍՔ

Հայաստանում արական սեռի սեզոնային աշխատանքային միգրանտների շրջանում կատարված Կենսաբանական և վարքագծային հսկողության պարզեցված հետազոտությունը («ԿՎՀՀ-լայթ») իրականացվել է ՀՀ առողջապահության նախարարության «Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ազգային կենտրոն» ՓԲԸ-ի (ԻՀԱԿ) կողմից:

Հետազոտությունը ղեկավարել է Արագ Չիլոյանը, ով վերահսկել է հետազոտության պլանավորումը, իրականացումը և ընդհանուր համակարգումը: Հետազոտությունն իրականացնող հիմնական թիմում ընդգրկված էին ԻՀԱԿ Որակի կառավարման բաժնի ղեկավար Աննա Մերգելյանը, ինչպես նաև նույն բաժնի աշխատակիցներ Մարինե Ասրյանը, Արուսիկ Պետրոսյանը, Արեգնազ Մուրադյանը և Պարույր Մուշեղյանը: Նրանց ներդրումը կենսական նշանակություն է ունեցել հետազոտության պլանավորման, համակարգման, որակի ապահովման և իրականացման աշխատանքներում:

Հետազոտության թիմն իր երախտագիտությունն է հայտնում այն բժշկական հաստատություններին, որոնց ցուցաբերած համագործակցությունն ու աջակցությունը կարևոր դերակատարություն են ունեցել դաշտային աշխատանքների կազմակերպման, մասնակիցների ներգրավման, թեստավորման ընթացակարգերի իրականացման, ինչպես նաև տեղական մակարդակով աշխատանքների համակարգման գործում:

Հետազոտությանը մասնակցած բժշկական կենտրոններն են՝ «Գյումրու բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ, «Ախուրյանի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ, «Արթիկի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ, «Գյումրու Էներիկո Մատտեյի անվան պոլիկլինիկա» ՓԲԸ, «Վանաձորի թիվ 3 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ, «Վանաձորի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ, «Տաշիրի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ, «Սպիտակի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ, «Գավառի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ, «Մարտունու բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ, «Սարուխանի բժշկական ամբուլատորիա» ՊՈԱԿ, «Սևանի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ:

Մեր խորին երախտագիտությունն ենք հայտնում նաև մարզային թիմերին և բուժաշխատողներին, որոնց մասնագիտական նվիրումն ու ջանքերը հնարավոր դարձրեցին հետազոտության հաջող իրականացումը: Այդ անձանց թվում են Վաղինակ Հովհաննիսյանը, Կարինե Մովսիսյանը, Քրիստինե Սարգսյանը, Սեդրակ Պետրոսյանը, Ազնիվ Հակոբյանը, Աննա Հովհաննիսյանը, Արմենուհի Ղազոյանը, Աստղիկ Սարգսյանը, Անյուտա Լալայանը, Արման Թիթոյանը, Մարիամ Գյուլեսյանը, Նաիրա Բիչաղջյանը, Դավիթ Ղարազյոզյանը, Լուսինե Սարգսյանը, Արփինե Պողոսյանը, Նունե Էվինյանը, Արմինե Պողոսյանը, Արմինե Ղաբուլյանը, Դարինա Զիլավյանը, Սեդա Մարգարյանը, Սոնա Ղևոնդյանը, Մարինե Սիմոնյանը, Սոֆյա Մաթոսյանը, Սյուզանա Օփյանը, Վարսենիկ Սաֆարյանը, Մարգարիտ Շուքուրյանը, Նելլի Պեպոյանը, Կարինե Բաղդասարյանը, Լիա Մանուկյանը, Անուշ Հարությունյանը, Նազիկ Գևորգյանը, Վարդուհի Բադալյանը, Ուրարտուհի Նազեյանը, Լիլիթ Պողոսյանը, Գայանե Սարգսյանը և Սուսանա Ժամհարյանը:

Հետազոտության թիմն իր անկեղծ երախտագիտությունն է հայտնում նաև հետազոտության բոլոր մասնակիցներին, ովքեր սիրահոգ տրամադրեցին իրենց ժամանակն ու կիսվեցին իրենց փորձառությամբ՝ հնարավոր դարձնելով սույն հետազոտության իրականացումը:

Հետազոտության ֆինանսական աջակցությունը տրամադրել է ՄԱԿ-ի ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի ծրագիրը (UNAIDS), որի ներդրումը հնարավոր դարձրեց սույն հետազոտության իրականացումը: Հետազոտության թիմը շնորհակալություն է հայտնում Սոնյա Արիաս Գարսիային՝ հետազոտության ամբողջ ընթացքում ուղղորդման և շարունակական աջակցության համար: Հեղինակները խորին շնորհակալություն են հայտնում նաև Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) և ԱՀԿ Հայաստանի գրասենյակի տեխնիկական փորձագետներին՝ հետազոտության հարցաթերթը և զեկույցի նախնական տարբերակը վերանայելու, ինչպես նաև արժեքավոր մասնագիտական կարծիք տրամադրելու համար: Միաժամանակ երախտագիտությամբ ենք նշում ՄԻԱՎ-ի համաճարակաբանության և կանխարգելման մասնագետ Քառլի Քոմինգի և ծրագրավորող Յան Ֆելոուզի արժեքավոր տեխնիկական ներդրումը: Նրանց մասնագիտական ունակությունները նպաստեցին հետազոտության տեխնիկական բաղադրիչների արդյունավետ իրականացմանը:

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԿՎՀ	Կենսաբանական և վարքագծային հետազոտություն
ԿՎՀՀ-լայթ	Կենսաբանական և վարքագծային պարզեցված հետազոտություն
ԿՎՀՀ	Կենսաբանական և վարքագծային համալիր հետազոտություն
ՀԲ	Հիմնական բնակչություն
ԻՀԱԿ	Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ազգային կենտրոն
ԽԶԳ	Խմբի չափիի գնահատում
ՄՄՁԸ	Մասնակիցների միջոցով ձևավորվող ընտրանք
ՍՃՓՎ	Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ
ՄԱԿ-ի ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի ծրագիր (UNAIDS)	ՄԱԿ-ի ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի միացյալ ծրագիրը
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ՀՅՎ	Հեպատիտ Յ վիրուս
ՀԲՎ	Հեպատիտ Բ վիրուս

1. ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

Հայաստանում աշխատանքային միգրացիան շարունակում է մնալ կարևոր սոցիալական և տնտեսական երևույթ և վաղուց ճանաչվել է որպես ՄԻԱՎ վարակով վարակվելու խոցելիության վրա ազդող գործոն: Շիրակի, Լոռու և Գեղարքունիքի մարզերն ունեն աշխատանքային միգրացիայի բարձր մակարդակ, ինչպես նաև երկրում ՄԻԱՎ-ի տարածվածության ամենաբարձր ցուցանիշները: ՄԻԱՎ-ի տարածվածության, ռիսկային վարքագծերի, ծառայությունների հասանելիության, ինչպես նաև հսկողության պարզեցված մոտեցումների կիրառելիության վերաբերյալ արդիական փաստագրումներ հավաքագրելու նպատակով Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ազգային կենտրոնը (ԻՀԱԿ) ՄԱԿ-ի ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի ծրագրի աջակցությամբ 2025-2026 թթ. Հայաստանում արական սեռի սեզոնային աշխատանքային միգրանտների շրջանում իրականացրել է «ԿՎՀՀ-լայթ» հետազոտություն:

Հետազոտությունն իրականացվել է Շիրակի, Լոռու և Գեղարքունիքի մարզերի 12 բժշկական կենտրոններում: Հետազոտությանը մասնակցելու նպատակով հավաքագրվել են 18-49 տարեկան արական սեռի 900 աշխատանքային միգրանտներ, որոնք նախորդ տարվա ընթացքում առնվազն երեք ամիս աշխատել են արտերկրում: Մասնակիցների հավաքագրման համար կիրառվել է մասնակիցներից միջոցով ձևավոպվող ընտրանքի (ՄՄՁԸ) հիման վրա մշակված շղթայական (ձնագնդի) ուղեգրմամբ ձևավորված ընտրանքի մոտեցում: Մասնակիցները լրացրել են վարքագծային էլեկտրոնային հարցաթերթ և անցել են ՄԻԱՎ-ի, Հեպատիտ Բ վիրուսի (ՀԲՎ), Հեպատիտ Ց վիրուսի (ՀՑՎ) և սիֆիլիսի արագ թեստավորում: Կշռված գնահատումները հաշվարկվել են՝ հիմնվելով մասնակիցների կողմից ներկայացված շրջապատների չափի վրա և ներկայացված են որպես ճշգրտված նկարագրական գնահատումներ:

Հետազոտության արդյունքները բացահայտեցին, որ մասնակիցների աշխատանքային միգրացիայի հոսքերը հիմնականում կենտրոնացած են Ռուսաստանի Դաշնությունում, որտեղ, ըստ մասնակիցների զեկույցների, գրեթե բոլոր մասնակիցներն աշխատել էին նախորդ տարվա ընթացքում: Մասնակիցների մեծամասնությունը 25 և բարձր տարիքի էր, ամուսնացած և աշխատում էր շինարարության ոլորտում: Մասնակիցների մոտավորապես կեսը հայտնել է, որ հարցմանը նախորդող 30 օրվա ընթացքում ունեցել է սեռական հարաբերություն: Պահպանակի օգտագործումը տարբեր զուգընկերների և տարբեր իրավիճակներում եղել է ոչ հետևողական, ընդ որում պահպանակի օգտագործման դեպքերն արտերկրում ավելի շատ են եղել, քան Հայաստանում: Որպես պահպանակ չօգտագործելու պատճառ հիմնականում նշվել է սեռական զուգընկերոջ նկատմամբ վստահությունը: Մասնակիցների փոքրամասնությունն է միայն նշել պատահական, կոմերցիոն և / կամ տղամարդ զուգընկերների հետ սեռական հարաբերություն ունենալու մասին: Հենց այդ մասնակիցների մոտ էլ ավելի հաճախ նկատվել է պահպանակի ոչ հետևողական օգտագործումը:

ՄԻԱՎ-ի փոխանցման և կանխարգելման վերաբերյալ գիտելիքների մակարդակն ընդհանուր առմամբ բարձր էր, թեև որոշ ցուցիչների վերաբերյալ թյուրընկալումներ կային: ՄԻԱՎ-ի թեստավորման ընդգրկվածությունը բարձր էր, ընդ որում մասնակիցների

մեծամասնությունը հայտնել է նախկինում ՄԻԱՎ-ի թեստավորում անցնելու մասին, իսկ շատերը թեստավորում անցել են նաև վերջին 12 ամիսների ընթացքում: Հետազոտության մասնակիցների շրջանում ՄԻԱՎ-ի տարածվածությունը ցածր էր. հետազոտության ընթացքում հաստատվել է ՄԻԱՎ-ով վարակակիր մեկ մասնակից: ՀԲՎ-ով, ՀՅՎ-ով և սիֆիլիսով վարակվածության աստիճանը նույնպես ցածր էր:

Հետազոտության մարզերում մասնակիցների սոցիալական շրջապատների տվյալների վրա հիմնված բնակչության չափի գնահատմամբ ստացվել է 8 543 աշխատանքային միգրանտների միջնարժեքային գնահատական, որը զգալիորեն ցածր է 2018 թ. գնահատականից (38 258 աշխատանքային միգրանտներ): Այս տարբերությունը պետք է մեկնաբանել զգուշությամբ՝ հաշվի առնելով մեթոդաբանությունների տարբերությունները, միգրացիոն ընթացքների փոփոխությունները, մասնակիցների հավաքագրման դինամիկաները, ինչպես նաև սոցիալական շրջապատների վրա հիմնված գնահատման մեթոդների զգայունությունը մասնակիցների կողմից ներկայացված սոցիալական շրջապատների չափերի նկատմամբ: Հաշվի առնելով մասնակիցների սոցիալական շրջապատների չափերի և մասնակիցների հավաքագրման դինամիկաների նկատմամբ սույն մեթոդի զգայունությունը՝ 2025-2026 թթ. հետազոտության բնակչության չափի գնահատումը պետք է ավելի շատ դիտարկել որպես ծրագրային պլանավորման նպատակով ստացված ցուցական (ինդիկատիվ), սոցիալական շրջապատների վրա հիմնված գնահատում, որը պետք է մեկնաբանվի՝ համադրելով ազգային միգրացիոն վիճակագրության, ծրագրային տվյալների, նախորդ կենսաբանական և վարքագծային համալիր հետազոտությունների (ԿՎՀՀ) գնահատումների հետ, և ոչ թե կիրառվի որպես բնակչության պաշտոնական գնահատումների ուրույն փոխարինող:

Ընդհանուր առմամբ, հետազոտության արդյունքները ենթադրում են, որ հավաքագրված մասնակիցների մոտ ՄԻԱՎ-ի տարածվածությունը ցածր էր, բայց պահպանվում են կարևոր վարքագծային խոցելիություններ, մասնավորապես միգրանտների որոշ ենթախմբի շրջանում պահպանակի ոչ հետևողական օգտագործման և բարձր ռիսկային սեռական վարքագծերի տևական առկայությամբ: Հետազոտությունը նաև ցույց տվեց, որ «ԿՎՀՀ-լայթ» մոտեցումը գործառնական առումով կիրառելի է Հայաստանի առողջապահական համակարգի առօրյա գործունեության շրջանակում և կարող է ժամանակին տրամադրվող հսկողության տվյալներ ստանալ միգրանտ բնակչության շրջանում ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման, թեստավորման, ինչպես նաև ծառայությունների պլանավորման վերաբերյալ:

2. ՆԱԽԱԴԻՅԱԼՆԵՐ

2.1 ՄԻԱՎ-ը և միգրացիան ՀՀ-ում

Հայաստանում առկա է ՄԻԱՎ-ի կենտրոնացված համաճարակ, որտեղ ՄԻԱՎ-ի տարածվածության ցուցանիշը 15-49 տարեկան բնակչության շրջանում կազմում է 0.4%: Ըստ ազգային գնահատումների՝ 2024 թ. Հայաստանում ապրում էր 15 և բարձր տարիքի շուրջ 7 300 ՄԻԱՎ-ով վարակակիր մարդ: Վերջին հինգ տարիների ընթացքում վարակի հետերոսեքսուալ փոխանցումը շարունակում է մնալ երկրում ՄԻԱՎ-ի փոխանցման

գերակշռող եղանակը՝ հանդիսանալով ՄԻԱՎ-ի նոր գրանցված դեպքերի մեծամասնության սկզբնապատճառը: Նոր ախտորոշված դեպքերի ավելի փոքր մասի փոխանցման ուղիներն են հոմոսեքսուալ հարաբերությունները և ներարկային թմրանյութերի օգտագործումը:

Ուշագրավ են ՄԻԱՎ-ի տարածվածության մարզային տարբերությունները: Ըստ ազգային հսկողության տվյալների՝ ՄԻԱՎ-ի տարածվածության ցուցանիշը 100 000 բնակչի հաշվով ամենաբարձրն է Շիրակի մարզում (305 ՄԻԱՎ վարակակիր յուրաքանչյուր 100 000 բնակչի հաշվով), որին հետևում են Լոռու մարզը (279 ՄԻԱՎ վարակակիր յուրաքանչյուր 100 000 բնակչի հաշվով) և Գեղարքունիքի մարզը (254 ՄԻԱՎ վարակակիր յուրաքանչյուր 100 000 բնակչի հաշվով) այն դեպքում, երբ ՄԻԱՎ-ի տարածվածության հանրապետական միջին ցուցանիշն ավելի ցածր է: Այս մարզերը ներկայացնում են այն տարածքները, որտեղ երկրի ՄԻԱՎ-ի բեռն ամենաշատն է:

Աշխատանքային միգրացիան Հայաստանում սոցիալական և տնտեսական կարևոր երևույթ է և վաղուց ճանաչվել է որպես ՄԻԱՎ-ով վարակման խոցելիության վրա ազդող գործոն: Արտաքին միգրացիան շարունակում է մնալ երկրում բնակչության տեղաշարժի գերակշիռ ուղղությունը: 2021-2023 թթ. ընթացքում միգրացիոն գործընթացներում ներգրավված է եղել տնային տնտեսությունների 261.8 հազար անդամ: Նրանցից 100.8 հազարը (38.5%) 2023 թ. դրությամբ դեռևս բացակայել է երկրից, 64.6 հազարը (24.7%) վերադարձել է Հայաստան, իսկ 96.4 հազարը (36.8%) առաջին անգամ է ժամանել տվյալ բնակավայր¹: Ընդհանուր առմամբ, 2022-2023 թթ. ընթացքում բոլոր միգրացիոն տեղաշարժերի 55.3%-ը (մոտավորապես 144.8 հազար մարդ) եղել է միջպետական: Արտաքին միգրացիոն տեղաշարժերի 88.2%-ի (շուրջ 127.8 հազար մարդ) համար Ռուսաստանի Դաշնությունը շարունակում է մնալ աշխատանքային միգրանտների հիմնական ուղղությունը: 2023 թ. դրությամբ դեռևս բացակայողների 58.8%-ը (շուրջ 59.3 հազար մարդ) գտնվել է Ռուսաստանում, իսկ վերադարձածների 66.9%-ը (շուրջ 43.2 հազար մարդ) վերադարձել է Ռուսաստանից, ինչը վկայում է երկու երկրների միջև առկա կայուն և երկարատև աշխատանքային միգրացիոն կապերի մասին²: Միգրացիոն հոսքերը դրսևորվում են նաև արտահայտված մարզային կենտրոնացվածությամբ: Աշխատանքային միգրացիայի բարձր մակարդակ ունեցող մարզերը (ներառյալ Շիրակի, Լոռու և Գեղարքունիքի մարզերը) միաժամանակ հանդիսանում են ՄԻԱՎ-ի ամենաբարձր տարածվածության ցուցանիշ ունեցող մարզերը: Այս համընկնումը ենթադրում է, որ միգրացիոն դինամիկաները կարող են նպաստել այս տարածքներում ՄԻԱՎ-ով վարակվելու խոցելիության բարձրացմանը:

Աշխատանքային միգրանտները կարող են բախվել մի շարք գործոնների, որոնք բարձրացնում են ՄԻԱՎ-ով վարակման իրենց խոցելիությունը: Աշխատանքային միգրացիան հաճախ ուղեկցվում է ընտանիքներից երկարաժամկետ բաժանմամբ, սոցիալական մեկուսացմամբ, ինչպես նաև արտերկրում գտնվելու ընթացքում առողջապահական ծառայությունների սահմանափակ հասանելիությամբ: Այս պայմանները կարող են նպաստել բարձր ռիսկային վարքագծերի դրսևորմանը, ինչպես, օրինակ, անպաշտպան սեռական հարաբերությունները, ներառյալ կոմերցիոն սեռական ծառայություններ մատուցող անձանց և / կամ պատահական սեռական զուգընկերների հետ

¹ https://armstat.am/file/article/demog_2024_7.pdf

² https://armstat.am/file/article/poverty_2024_en_2.pdf

սեռական հարաբերություններ, և / կամ որոշ դեպքերում թմրանյութերի, այդ թվում՝ ներարկային թմրամիջոցների օգտագործումը: Արդյունքում աշխատանքային միգրանտներն արտերկրում գտնվելու ընթացքում կարող են ՄԻԱՎ-ով վարակվելու ռիսկ ունենալ և Հայաստան վերադառնալուց հետո վարակը փոխանցել այլոց: Նոր ախտորոշված ՄԻԱՎ-ով վարակակիր դեպքերի նշանակալի մասն այնպիսի անհատներ են, որոնք կա՛մ աշխատել են արտերկրում, կա՛մ աշխատանքային միգրանտների սեռական զուգընկերներ են:

2.2 Նախորդ հսկողություններն ու տվյալների բացերը

ԿՎՀ հետազոտությունները ՄԻԱՎ-ով վարակվելու բարձր ռիսկայնություն ունեցող բնակչության շրջանում ՄԻԱՎ-ի տարածվածության և ռիսկային վարքագծերի, ինչպես նաև կանխարգելման և բուժական ծառայությունների հասանելիության մասին կրիտիկական տեղեկատվություն են տրամադրում: Հայաստանում աշխատանքային միգրանտների շրջանում վերջին լայնածավալ ԿՎՀ հետազոտությունն իրականացվել էր 2018 թ.: Հետազոտությունը բացահայտել է աշխատանքային միգրանտների շրջանում ՄԻԱՎ-ի տարածվածությունը, ինչպես նաև այլ վարակների, այդ թվում՝ ՀԲՎ-ի, ՀՑՎ-ի և սիֆիլիսի առկայությունը:

Թեև լայնածավալ կենսաբանական և վարքագծային հսկողության հետազոտությունները համաճարակաբանական արժեքավոր տեղեկատվություն են տրամադրում, սակայն դրանց իրականացումը պահանջում է զգալի ֆինանսական և տեխնիկական ռեսուրսներ, ինչի պատճառով էլ դրանք իրականացվում են ոչ հաճախակի: Արդյունքում ծրագրերի ղեկավարներին հասանելի չեն լինում ժամանակին տրամադրվող տվյալներ, որոնք անհրաժեշտ են միգրանտ բնակչության շրջանում ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման, թեստավորման և բուժման ծրագրերի ուղղորդման համար:

ՄԻԱՎ-ի բուժական ծառայությունների տրամադրման համակարգի միջոցով ընթացիկ ծրագրային տվյալների հավաքագրումը նույնպես ունի իր սահմանափակումները, քանի որ դրանք հիմնականում վերաբերում են այն անհատներին, ովքեր արդեն իսկ օգտվում են առողջապահական ծառայություններից, և չեն արտացոլում աշխատանքային միգրանտների ավելի լայն հատվածին, այդ թվում՝ նրանց, ովքեր առողջապահական ծառայությունների սահմանափակ հասանելիություն ունեն:

2.3 «ԿՎՀՀ-լայթ» մոտեցումը

«ԿՎՀՀ-լայթ» մեթոդաբանությունը մշակվել է որպես հսկողության պարզեցված մոտեցում, որը նախագծված է բարձր ռիսկայնությամբ բնակչության շրջանում ՄԻԱՎ-ի, վիրուսային հեպատիտների և այլ սեռավարակների վերաբերյալ ժամանակին տրամադրվող տվյալներ ստանալու նպատակով: Ի տարբերություն դասական լայնածավալ կենսաբանական և վարքագծային համալիր հետազոտությունների՝ «ԿՎՀՀ-լայթ» հետազոտություններն ավելի համառոտ հարցաթերթեր և պարզեցված ընտրանքային մոտեցումներ են կիրառում՝ հնարավորություն տալով հետազոտություններն իրականացնել ավելի հաճախ և ավելի քիչ ծախսով: Այս մոտեցումն առողջապահական ծրագրերին հնարավորություն է տալիս հավաքագրել հսկողության տվյալներ, որոնք կարող են ապահովել առավել իրազեկված ծրագրերի պլանավորում, ծառայությունների մատուցում և ՄԻԱՎ-ի կանխարգելմանն

ուղղված միջամտությունների գնահատում: Կարևոր է նաև այն, որ «ԿՎՀՀ-լայթ» հետազոտությունները նախատեսված են ոչ թե լայնածավալ կենսաբանական և վարքագծային համալիր հետազոտություններին փոխարինելու, այլ լայնածավալ հսկողությունների միջև ընկած ժամանակահատվածում ավելի հաճախակի ծրագրային տեղեկատվություն տրամադրելու միջոցով այդ բացը լրացնելու համար:

2.4 Հետազոտության հիմնավորումը

Հաշվի առնելով աշխատանքային միգրացիայի՝ որպես Հայաստանում ՄԻԱՎ-ով վարակվելու խոցելիության վրա ազդող գործոնի տևական կարևորությունը՝ անհրաժեշտ են թարմացվող տվյալներ՝ աշխատանքային միգրանտների շրջանում ՄԻԱՎ-ի տարածվածությունը, ռիսկային վարքագծերը, ինչպես նաև կանխարգելման և հետազոտման ծառայությունների հասանելիությունն ավելի լավ հասկանալու համար: Աշխատանքային միգրանտների շրջանում «ԿՎՀՀ-լայթ»-ի իրականացումը հնարավորություն է տալիս ժամանակին տրամադրվող տեղեկատվություն հավաքագրել ՄԻԱՎ-ի, հեպատիտներ Բ-ի, Ց-ի, սիֆիլիսի տարածվածության, ինչպես նաև վարակման ռիսկերի հետ կապված վարքագծային և կառուցվածքային գործոնների վերաբերյալ: Սույն հետազոտության բացահայտումները կնպաստեն Հայաստանում աշխատանքային միգրանտ բնակչության շրջանում ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման, հետազոտման և բուժման ծառայությունների բարելավմանը, ինչպես նաև կհարստացնեն ազգային մակարդակով ՄԻԱՎ-ի ռազմավարական պլանավորման համար անհրաժեշտ ապացույցների բազան:

3. ՆՊԱՏԱԿՆԵՐ

Ուսումնասիրության հիմնական նպատակն է բացահայտել և գնահատել աշխատանքային միգրանտների շրջանում ՄԻԱՎ-ի, հեպատիտներ Բ-ի, Ց-ի, սիֆիլիսի տարածվածությանն առնչվող ռիսկային վարքագծերը, ինչպես նաև կանխարգելման ծառայությունների հասանելիությունը:

- Գնահատել ՄԻԱՎ-ի մասին մասնակիցների գիտելիքները
- Ուսումնասիրել հասարակական և ժողովրդագրական բնութագրիչները (տարիք, ամուսնական կարգավիճակ և այլն)
- Գնահատել մասնակիցների սեռական և թմրամիջոցների ներարկային օգտագործման ռիսկային վարքագծերը
- Չափել աշխատանքային միգրանտների կողմից Հայաստանի առաջնային առողջապահության համակարգի տրամադրած՝ ՄԻԱՎ-ի կանխարգելիչ և թեստավորման ծառայություններից օգտվելը:

4. ԸՆՏՐԱՆՔԻ ՁԵՎԱՎՈՐՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

4.1 Բնակչության և մասնակիցների մասնակցության իրավասությունը հետազոտությանը

Մասնակիցներն ունենում էին մասնակցության իրավասություն, եթե նրանք պատկանում էին արական սեռին, 18-49 տարեկան էին, ՀՀ քաղաքացիներ էին և բնակվում էին հետազոտությանը մասնակցող բժշկական կենտրոնների սպասարկման ծածկույթներում: Գյումրու և Վանաձորի նման խոշոր քաղաքներում, որտեղ հետազոտությանը մասնակցում էին երկու բժշկական կենտրոններ, մասնակիցներն ազատ էին դիմելու իրենց համար ավելի հարմար բժշկական կենտրոն: Մյուս կողմից, ուղեգրման կտրոնները կապված էին կոնկրետ բժշկական կենտրոնի հետ և կարող էին օգտագործվել միայն տվյալ բժշկական կենտրոնում, որն ի սկզբանե տրամադրվել էր ուղեգրման կտրոնը ստացող մասնակցին:

Հետազոտության մեջ ներգրավված մեկ այլ տեղամաս ուղեգրման կտրոն ներկայացրած մասնակիցը չէր կարող ընդգրկվել տվյալ տեղամասում տեղի ունեցող հետազոտության գործընթացներում: Հետազոտության ընթացքում մասնակիցների կողմից ուղեգրման կտրոնները սխալ բժշկական կենտրոն ներկայացնելու փորձեր չեն գրանցվել:

Մասնակիցները պետք է վերջին մեկ տարվա ընթացքում առնվազն երեք ամիս, սակայն ոչ ավելի քան մեկ տարի ժամկետով, աշխատանքային նպատակով մեկնած լինեին արտերկիր, կարողանային հասկանալ և հաղորդակցվել հայերենով, ինչպես նաև ունենային տեղեկացված համաձայնություն տրամադրելու կարողություն և պատրաստակամություն:

Մասնակցող բժշկական կենտրոնները մասնակից անհատներին ներգրավում էին հիմնականում իրենց ծառայությունների սովորական ծածկույթի տարածքներից, որոնք սովորաբար ներառում էին այն քաղաքները, որտեղ տեղակայված էր տվյալ բժշկական կենտրոնը, ինչպես նաև հարակից գյուղերն ու համայնքները: Ավելի խոշոր քաղաքներում, որտեղ հետազոտությանը մասնակցում էր երկու բժշկական կենտրոն (Վանաձորի բժշկական կենտրոն և Վանաձորի թիվ 3 պոլիկլինիկա, Գյումրի բժշկական կենտրոն և Գյումրու Էնրիկո Մատտեյի անվան պոլիկլինիկա), ծառայությունների ծածկույթի տարածքները կարող էին համընկնել: Նման դեպքերում մասնակիցների հավաքագրումը համակարգվում էր տվյալ տեղամասի հետազոտության աշխատակցի, մարզային համակարգողների և նախագծի ղեկավարի կողմից՝ գրանցման ընթացքը վերահսկելու և մասնակիցների կրկնակի գրանցման ռիսկը նվազեցնելու նպատակով: Մասնակիցները մասնակցության իրավասության գնահատման և հետազոտությանն արդեն իսկ մասնակցած լինելու սքրինինգ էին անցնում ուղեգրման կտրոնների հաշվառման և գրանցման ընթացակարգերի միջոցով:

4.2 Հետազոտության իրականացման տեղամասերը

Հետազոտությունն իրականացվել է Հայաստանի Հանրապետության երեք մարզերի՝ Շիրակի, Լոռու և Գեղարքունիքի տասը քաղաքներում գործող 12 բժշկական կենտրոններում: Մասնակիցների հավաքագրումը տեղի է ունեցել ՄԻԱՎ-ի ծառայությունների՝ արդեն իսկ գործող ծրագրերի միջոցով, որոնք ֆինանսավորվում են Գլոբալ հիմնադրամի կողմից, և որոնք ծառայություններ են մատուցում ինչպես աշխատանքային միգրանտներին, այնպես էլ ընդհանուր բնակչությանը:

Հետազոտությանը մասնակցող բժշկական հաստատություններն ընտրվել են՝ հիմք ընդունելով մարզային միգրացիոն օրինաչափությունները, ՄԻԱՎ-ի հարաբերական տարածվածության ցուցանիշները և սպասարկվող բնակչության չափը: Հետազոտությանը մասնակցելու նպատակով ընտրված վայրերն են Գյումրի բժշկական կենտրոնը, Ախուրյանի բժշկական կենտրոնը, Արթիկի բժշկական կենտրոնը, Գյումրու Էնրիկո Մատտեյի անվան պոլիկլինիկան, Վանաձորի թիվ 3 պոլիկլինիկան, Վանաձորի բժշկական կենտրոնը, Տաշիրի բժշկական կենտրոնը, Սպիտակի բժշկական կենտրոնը, Գավառի բժշկական կենտրոնը, Մարտունու բժշկական կենտրոնը, Սարուխանի բժշկական ամբուլատորիան և Սևանի բժշկական կենտրոնը:

4.3 Ընտրանքի ձևավորման ռազմավարությունը

Հետազոտության ընթացքում կիրառվել է ՄՄՁԸ մեթոդին հարմարեցված ընտրանքի ձևավորման շղթայական ուղեգրման ռազմավարություն, որպեսզի հավաքագրվեն արական սեռի աշխատանքային միգրանտներ, որոնք ընտրանքի ձևավորման դասական մոտեցումների կիրառման դեպքում համարվում են դժվարհասանելի բնակչություն՝ հաշվի առնելով նրանց շարժունակությունը, զբաղվածության ոչ ֆորմալ եղանակները և առողջապահական ծառայությունների հետ ոչ կանոնավոր կապը: ՄՄՁԸ ձևավորումը հավասարակիցների (peer) հավաքագրման կառուցակարգված մեթոդ է, որի կիրառման դեպքում նպատակային կերպով նախապես ընտրվում են փոքրաթիվ սկզբնական մասնակիցներ, որոնք անվանվում են սկզբնաղբյուրներ կամ «սերմեր», և որոնց ընտրության ժամանակ հաշվի են առնվում նրանց սոցիալական կապերն ու թիրախ բնակչության տարբեր հատվածներին հասնելու կարողությունը:

Հետազոտության համար ընտրվել է ընդհանուր 36 սերմ: Հետազոտության մեջ ներգրավված 12 բժշկական կանտրոններից յուրաքանչյուրն ընդգրկել է երեք սերմի: Սակայն բժշկական կանտրոններից մեկում երկու սերմի ոչ ակտիվ մասնակցության պատճառով ընդգրկվել են ևս երկու լրացուցիչ սերմեր: Այսպիսով՝ ընտրված սերմերի ընդհանուր քանակը 38 է: Սերմերի ընտրությունը կատարվել է բժշկական կենտրոնների անձնակազմի, հետազոտության մարզային տեղային համակարգողների, յուրաքանչյուր տեղամասում հետազոտության աշխատակցի և հետազոտության թիմի կողմից: Բժշկական կենտրոնների անձնակազմերը, ովքեր ծանոթ էին տեղական համայնքներին և աշխատանքային միգրանտների՝ վերադարձող բնակչությանը, առաջարկել են հնարավոր թեկնածուների, իսկ մարզային տեղային համակարգողները, հետազոտությունն իրականացնող աշխատակիցներն ու հետազոտության ղեկավարն ուսումնասիրել են ընտրված թեկնածուներին՝ համոզվելու համար, որ սերմերը համապատասխանում են հետազոտությունում ընդգրկվելու չափանիշներին և կկարողանան ապահովել արդյունավետ հավաքագրման շղթաների իրականացումը:

Սերմերի ընտրության համար հաշվի են առնվել մի շարք չափանիշներ: Նախապատվություն է տրվել այն անձանց, ովքեր թիրախ բնակչության շրջանում լայն սոցիալական կապեր են ունեցել, և ովքեր ենթադրաբար լայն սոցիալական շրջապատ ունեն նաև վերադարձած արական սեռի այլ աշխատանքային միգրանտների շրջանում: Ընտրված սերմերից շատերն արտերկրում աշխատելու փորձ ունեցել են ոչ թե անհատապես, այլ աշխատանքային մեծ

խմբերով, ինչի արդյունքում նրանք սոցիալական և պրոֆեսիոնալ ակտիվ կապեր են պահպանել այլ աշխատանքային միգրանտների հետ: Բացի այդ, արտերկրում աշխատելու ժամանակ որոշ սերմեր ղեկավարի և / կամ վերահսկիչի պաշտոն են զբաղեցրել, ինչպես, օրինակ՝ ղեկավարել են շինարարական խմբեր կամ աշխատանքային բրիգադներ, որտեղ մեծ թվով հայ աշխատանքային միգրանտների աշխատանքի են ընդունել և / կամ համակարգել նրանց աշխատանքը: Արտերկրում գտնվող և արդեն իսկ Հայաստան վերադարձած աշխատանքային միգրանտների հետ իրենց հաճախակի հաղորդակցության շնորհիվ այս անձինք համարվել են առավելապես լավ կապեր ունեցող:

Միաժամանակ ջանքեր են գործադրվել յուրաքանչյուր մարզում ապահովելու սերմերի բազմազանությունը ըստ տարիքի, զբաղվածության տեսակի և բնակության վայրի, որպեսզի հնարավոր լինի մասնակիցներ հավաքագրել հետազոտվող բնակչության հնարավորինս տարբեր սոցիալական շրջապատներից և ենթախմբերից: Նախապատվություն է տրվել այն անձանց, ովքեր վայելում են շրջապատի հարգանքը, հաղորդակցման հմտություններ ունեն և պատրաստակամ են մասնակցելու հավասարակիցների հավաքագրման գործընթացին, քանի որ այս հատկանիշները կնպաստեն վստահության ձևավորմանը և շարունակական հավաքագրման գործընթացներին:

Յուրաքանչյուր սերմ ստացել է 3-5 առանձին կողավորված ուղեգրման կտրոն՝ իրենց սոցիալական շրջապատներում բաշխելու նպատակով: Հետազոտության ընթացքում կատարվել են բաշխված ուղեգրման կտրոնների թվաքանակի հետ կապված շտկումներ՝ կախված յուրաքանչյուր տեղամասում հավաքագրման իրականացման ընթացքից և գրանցման տեմպերից: Եթե սերմի կողմից սկսված հավաքագրման շղթան ընդհատվել է, կամ նա չի կարողացել նոր մասնակիցներ ներգրավել, ապա համապատասխան բժշկական կենտրոնի համար ընտրվել և հավաքագրվել են լրացուցիչ սերմեր՝ մասնակիցների հավաքագրման գործընթացի թափը պահպանելու նպատակով: Նման դեպքերում հետազոտության տվյալ տեղամասում հետազոտության աշխատակիցը, համագործակցելով հետազոտության ղեկավարի և մարզային համակարգողների հետ, փորձել է գտնել մեկ այլ վերադարձած աշխատանքային միգրանտի, որն ունի մասնակցության իրավասություն և որը ճանաչված է տեղական համայնքում և / կամ տվյալ բժշկական կենտրոնի հետ նախապես կապ է ունեցել, և նրան հրավիրել՝ որպես նոր սերմ մասնակցելու հետազոտությանը: Լրացուցիչ ուղեգրման կտրոնների բաշխման վերաբերյալ որոշումներն ընդունվել են հետազոտության ղեկավարի, մարզային համակարգողների և հետազոտության յուրաքանչյուր տեղամասում հետազոտության աշխատակցի կողմից՝ տվյալ տեղամասում մասնակիցների հավաքագրման գործընթացն ուսումնասիրելուց և մասնակից բժշկական կենտրոններում հավաքագրման շղթաների զարգացումը մշտադիտարկելուց հետո:

Հավաքագրված այն հավասարակիցները, ովքեր հաջողությամբ ներգրավվել են հետազոտության մեջ, իրենց հերթին նույնպես ուղեգրման կտրոններ էին ստանում և հավաքագրում այլ մասնակիցների՝ այսպիսով առաջացնելով հավաքագրման իրարահաջորդ ալիքներ: Այս գործընթացը շարունակվել է հավաքագրման ամբողջ ընթացքում՝ մինչև թիրախային ընտրանքի չափի ամբողջացումը:

Սույն հետազոտության շրջանակում դասական ՄՄՁԸ մեթոդաբանությունը գործնական նպատակներով այնպես է հարմարեցվել, որ հնարավոր լինի առողջապահական ծառայությունների մատուցման առօրյա պայմաններում դրա իրականացումը: Մասնակից բժշկական կենտրոններում մասնակիցների հավաքագրումն իրականացվել է 2025 թ. դեկտեմբերի 12-ից մինչև 2026 թ. փետրվարի 16-ն ընկած ժամանակահատվածում՝ ընթացիկ ծառայությունների մատուցման հետ մեկտեղ հետազոտության իրականացման աշխատանքներին ինտեգրմանը նպաստելու, ինչպես նաև դրանց գործառույթային իրագործելիությունն ապահովելու համար: Ուղեգրման կտրոնները ներառում էին հետազոտության մասին հիմնական տեղեկատվություն և մասնակցելու մասին ուղեցույց: Ուղեգրման կտրոններ ստացած անձինք սահմանված աշխատանքային ժամերին կարող էին մոտենալ հավաքագրման համար նախատեսված վայրեր՝ նախնական սքրինինգ անցնելու և հետազոտության մեջ ընդգրկվելու համար: Առանձին կողավորված ուղեգրման կտրոնների կիրառումը հնարավոր դարձրեց հավաքագրման շղթաների մշտադիտարկումը և հավաքագրող մասնակից—հավաքագրված մասնակից հարաբերությունը՝ պահպանելով հանդերձ մասնակիցների անանունությունն ու գաղտնիությունը, քանի որ անձը նույնականացնող տեղեկություններ, ինչպիսիք են՝ անուն և հասցե, չի պահանջվել:

Թեև հետազոտության նախագծումը հիմնված էր ՄՄՁԸ մեթոդաբանության հիմնական սկզբունքների վրա, դրա առաջնային նպատակն էր ավելի շատ գնահատել հայաստանյան իրականության մեջ աշխատանքային միգրանտների հավաքագրման շղթայական ուղեգրման մոդելի իրագործելիությունը և արդյունավետությունը, ոչ թե պաշտոնական ՄՄՁԸ նախադրյալների հիման վրա ստանալ հետազոտվող բնակչության՝ ամբողջությամբ կշռված գնահատումներ: Հաշվի առնելով շրջապատների չափերի և հավաքագրման կապերի վերաբերյալ տեղեկատվության առկայությունը՝ կիրառվել են ՄՄՁԸ կշռված գնահատումներ՝ մասնակիցների շրջապատների չափերի և հավաքագրման եղանակների միջև տարբերությունները համապատասխանեցնելու նպատակով: Այնուամենայնիվ, քանի որ հետազոտությունը չի նախագծվել որպես դասական ՄՄՁԸ հետազոտություն և նպատակ չի ունեցել բավարարել բոլոր պաշտոնական ՄՄՁԸ նախադրյալները, կշռված գնահատումները ներկայացվել են ընդամենը նկարագրական նպատակների համար: Հետևաբար, այդ նախադրյալները պետք է մեկնաբանվեն որպես հետազոտության ընտրանքի ճշգրտված նկարագրություններ, և ոչ թե դիտարկվեն որպես Հայաստանում բոլոր աշխատանքային միգրանտ բնակչության մակարդակով ներկայացուցչական գնահատումներ:

4.4 Ընտրանքի չափը

Քանի որ «ԿՎՀՀ-լայթ»-ը կիրառում է հավանականության վրա չհիմնված ընտրանքային մեթոդներ, այդ պատճառով էլ հնարավոր չէ հաշվարկել վիճակագրորեն բավարար հզորություն ապահովող ընտրանքի պահանջվող չափը: Սույն հետազոտության նպատակային ընտրանքի չափը սահմանվել է 900 աշխատանքային միգրանտներով, որոնց հավաքագրումն իրականացվել է հաջորդական և «ձնագնդի» սկզբունքով (շղթայական ուղեգրումների) մոդելների համադրությամբ:

Մասնակիցների պատշաճ հավաքագրումն ապահովելու և մարզային համեմատություններ իրականացնելու հնարավորություն ստեղծելու նպատակով հետազոտության յուրաքանչյուր

տեղամասից ներգրավվել են մոտավորապես հավասար թվով մասնակիցներ՝ փոխանակ ընտրանքը համամասնորեն բաշխելու ըստ յուրաքանչյուր մարզում աշխատանքային միգրանտ բնակչության գնահատված թվաքանակի: Արդյունքում ընդհանուր ընտրանքը պետք է համարել գործառնական նկատառումներով հավասարակշռված և ոչ թե որպես բնակչության թվաքանակի համամասնական ընտրանք:

5. ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ՀԱՎԱՔԱԳՐՄԱՆ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳԵՐ

Տվյալների հավաքագրումն իրականացվել է տվյալների հավաքագրման SALT էլեկտրոնային հարթակի միջոցով, որն անվտանգ թվային համակարգ է և իրականացնում է մասնակիցների գրանցումը, ուղեգրման կտրոնների հաշվառումը, մասնակցելու իրավասության սքրինինգն ու վավերացումը, հարցաթերթերի անցկացումը և հետազոտության մշտադիտարկումը: Հետազոտությանը մասնակցող բժշկական կենտրոններում հետազոտության անձնակազմը տվյալները մուտքագրում են անմիջապես պլանշետի մեջ, ինչը հնարավորություն է տալիս հետազոտության բոլոր տեղամասերում իրականացնել տվյալների ստանդարտացված հավաքագրում և տվյալների կենտրոնացված կառավարում:

Քանի որ տվյալների հավաքագրման ծրագրային ապահովումը հատուկ մշակվել է տվյալ հետազոտության համար, մասնակիցների հավաքագրումն իրականացվել է փուլային եղանակով՝ օրական մեկ կամ երկու բժշկական կենտրոնի ներգրավման մեկնարկումով՝ գործիքի աշխատանքի մշտադիտարկումն ու հնարավոր տեխնիկական խնդիրների շտկումն ապահովելու համար: Ծրագրում յուրաքանչյուր հետազոտության տեղամասում աշխատանքների մեկնարկման ժամանակ ներկա է գտնվել տվյալ տեղամասի համակարգողը, իսկ բժշկական կենտրոնը կազմակերպել է ընտրված սերմերի ներկայությունը՝ ապահովելու համար, որ մինչև մասնակիցների ամբողջական հավաքագրման մեկնարկը հետազոտության ընթացակարգերը արդեն իսկ հաջողությամբ իրականացված լինեն:

Հետազոտության ընթացակարգերը ներառել են մասնակիցների մասնակցության իրավասության սքրինինգը, տեղեկացված համաձայնության տրամադրումը, վարքագծային հարցաթերթի լրացումը, կենսաբանական ընտրանքի հավաքագրումը, արագ թեստավորման իրականացումը, ուղեգրման կտրոնների բաշխումը և մասնակիցների փոխհատուցումը: Բոլոր ընթացակարգերն իրականացվել են մասնակից բժշկական կենտրոններում՝ առանձնացված տարածքներում: Մասնակիցները հարցաթերթերը լրացրել են ինքնուրույն՝ պլանշետի վրա, հայերենով: Հարցերը մանրամասն չեն ընթերցվել, և մասնակիցներն իրենց պատասխանները չեն քննարկել հետազոտությունն իրականացնող աշխատակցի հետ: Անհրաժեշտության դեպքում հետազոտությունն իրականացնող աշխատակիցները տրամադրել են տեխնիկական աջակցություն և պարզաբանումներ, ինչպես նաև վերահսկել են հետազոտության ընթացակարգերի իրականացումը:

Հետազոտությանը մասնակից բժշկական կենտրոն ժամանելուն պես մասնակիցները հետազոտությունն իրականացնող աշխատակցի կողմից ենթարկվել են սքրինինգի՝ մասնակցության իրավասության գնահատումը կատարելու նպատակով (Հավելված Ա):

Նախքան այդ ստուգվել են նաև մասնակիցների անձնագրերը՝ մասնավորապես երկրից ելքի և մուտքի կնիքները: Անձը հաստատող ոչ մի փաստաթղթից որևէ տեղեկություն չի գրանցվել կամ պատճենվել: Հավասարակիցների կողմից ուղղորդման միջոցով հավաքագրված մասնակիցները ներկայացրել են հետազոտության ուղեգրման կտրոնը և նրանց մասնակցության իրավասությունը հաստատվելուց հետո պլանշետի վրա տեղադրված համակարգի միջոցով տրամադրել են էլեկտրոնային տեղեկացված համաձայնություն: Այնուհետև մասնակիցները լրացրել են վարքագծային հարցաթերթ, որն ընդգրկել է ժողովրդագրական բնութագրիչները, միգրացիոն պատմությունը, ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ գիտելիքները, ռիսկային վարքագծերը և առողջապահական ծառայություններից օգտվելը (Հավելված Բ): Հարցաթերթի լրացումը տևել է մոտավորապես 20-25 րոպե:

Անձնական սոցիալական շրջապատի չափի գնահատումը կատարվել է հարցերի միջոցով, որոնք նախագծված են եղել յուրաքանչյուր մասնակցի՝ այլ աշխատանքային միգրանտների հետ անձամբ ծանոթությունը գնահատելու համար: Կշռման նպատակով վերլուծելու ժամանակ օգտագործվել է մասնակցի՝ այլ աշխատանքային միգրանտների հետ անձամբ ծանոթության հենց սեփական գնահատումը: Այս ցուցանիշն ընտրվել է որպես յուրաքանչյուր մասնակցի՝ աշխատանքային միգրանտների համայնքում ունեցած սոցիալական շրջապատի առավել համապատասխան պատկեր: ՄՄՁԸ-ի կշռման ընթացակարգերում ներառվել են սոցիալական շրջապատների չափերի սեփական գնահատումները, որտեղ այն մասնակիցներին, ովքեր զեկուցել են ավելի մեծ շրջապատների մասին, վերագրվել են ավելի փոքր կշիռներ և այն մասնակիցներին, ովքեր զեկուցել են ավելի նեղ շրջապատների մասին, վերագրվել են ավելի մեծ կշիռներ՝ ստանդարտ ՄՄՁԸ մեթոդաբանությանը համապատասխան:

Այն դեպքերում, երբ մասնակիցներն արագ թեստավորման դրական պատասխան են ստացել, կլինիկական անձնակազմը վերցրել է տվյալ մասնակցի արյան նմուշը և նույնականացման սահմանափակ տվյալները՝ բացառապես ուղղորդումների և հաստատող հետազոտությունների իրականացման նպատակով: Այնուհետև մասնակիցներին տրամադրվել են ուղեգրման կտրոններ՝ իրենց շրջապատի հավասարակիցներին բաշխելու նպատակով: Յուրաքանչյուր մասնակից ստացել է երեքից հինգ ուղեգրման կտրոն՝ հետազոտությանը համապատասխանող լրացուցիչ աշխատանքային միգրանտներ հավաքագրելու նպատակով: Ուղեգրման կտրոնները ստեղծվել են ավտոմատ կերպով՝ հետազոտության ծրագրային ապահովման միջոցով, որը հնարավորություն էր տալիս հետևել հավաքագրման շղթաներին՝ պահպանելով հանդերձ մասնակիցների գաղտնիությունը:

Մասնակիցների հավաքագրման պաշտոնական գործընթացից դուրս թեստավորման պահանջարկն ավելի լավ հասկանալու նպատակով մասնակից բժշկական կենտրոններին հանձնարարվել է գրանցել այն դեպքերը, երբ անհատները ներկայացել են ժամկետանց ուղեգրման կտրոններով և պահանջել են իրականացնել թեստավորում՝ բացառապես անձնական շահերից կամ հետաքրքրությունից ելնելով: Սկզբում ուղեգրման կտրոնները տրամադրվել են տասը աշխատանքային օրվա վավերականության ժամկետով: Հետազոտության իրականացման ընթացքում և՛ հավաքագրման ժամանակատատվածը, և՛

ուղեգրման կտրոնների վավերականացման ժամկետը հավասարապես երկարաձգվել են բոլոր մասնակից բժշկական կենտրոններում՝ հեշտացնելու համար մասնակիցների հավաքագրումը: Բացի այդ, որոշ բժշկական կենտրոններ մասնակիցներին ընդունել են նաև շաբաթ օրերին՝ մասնակցության գործընթացն առավել հասանելի դարձնելու նպատակով: Մասնակիցների ընդունման ժամանակացույցը, ներառյալ աշխատանքային օրերն ու ժամերը, որոշվել են յուրաքանչյուր մասնակից բժշկական կենտրոնի կողմից՝ հիմնվելով տվյալ վայրի համար այդ ժամանակացույցի իրագործելիության վրա: Ժամանակացույցի մասին տեղեկատվությունը նշվել է ուղեգրման կտրոնների վրա:

6. ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ ԵՎ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ

6.1. Տվյալների կառավարում

Սքրինինգի և հարցաթերթի բոլոր տվյալները հավաքվել են էլեկտրոնային եղանակով՝ գատնաբառով պաշտպանված պլանշետի միջոցով: Հետազոտության ծրագրային ապահովումը նախագծվել է այնպես, որ հնարավոր լինի և՛ առցանց, և՛ անցանց ռեժիմներով աշխատանքը՝ հետազոտության իրականացման բոլոր տեղամասերում տվյալների հավաքագրման անխափան աշխատանքն ապահովելու նպատակով: Տվյալները վերբեռնվել են անվտանգ, վեբ-հիմքի վրա կառուցված տվյալների կառավարման համակարգ՝ կա՛մ իրական ժամանակում և կա՛մ յուրաքանչյուր օրվա վերջում՝ կախված հետազոտության իրականացման տեղամասում ինտերնետ կապի հասանելիությունից: Այն տեղամասերում, որտեղ կապը սահմանափակ է եղել, լրացված հարցաթերթերը ժամանակավոր կերպով պահուստավորվել են սարքում և վերբեռնվել են անվտանգ ինտերնետ կապի հասանելի դառնալուց հետո (սովորաբար օրվա ավարտին), ինչը հնարավորություն է տվել ծրագրի թիմին ամեն օր ստուգել լրացված հարցաթերթերի թիվը և ժամանակին բացահայտել ծրագրային ապահովման կամ տվյալների հավաքագրման հետ կապված հնարավոր խնդիրները:

Հետազոտության տվյալներն ամեն օր վերանայվել են հետազոտության տվյալների կառավարչի կողմից: Հետազոտության իրականացման բոլոր տեղամասերից ստացված տվյալներն ամեն օր դուրս են բերվել և ստուգվել են ամբողջականության, ճշգրտության և տրամաբանական հետևողականության տեսանկյունից: Կանոնավոր կերպով վերանայվել է նաև հարցաթերթի հարցերի հաջորդականության տրամաբանությունը՝ հաստատելու համար, որ հետազոտության նախատեսված մեթոդները ճիշտ են գործում: Անհամապատասխանությունների, սխալների կամ տեխնիկական խնդիրների բացահայտման դեպքում տվյալների կառավարիչն անմիջապես կապ է հաստատել հետազոտության իրականացման տեղամասերի պատասխանատուների հետ, ովքեր իրենց հերթին կապ են հաստատել տվյալ բժշկական կենտրոնի աշխատակցի հետ՝ խնդիրը պարզաբանելու և տվյալների հավաքագրման համար նախատեսված ժամանակահատվածում իսկ այն շտկելու նպատակով: Ծրագրային ապահովումը հետազոտության պատասխանատուին և տվյալների կառավարչին հնարավորություն է տվել բոլոր տեղամասերում տվյալների հավաքագրման գործընթացին հետևել իրական ժամանակում և աջակցել որակի ապահովմանը:

Հետազոտության տվյալների բազայում պահուստավորվել են միայն անանուն դարձված տվյալները: Տվյալների բազան պաշտպանված է եղել գաղտնաբառով կառավարվող մուտքով, իսկ տվյալները կանոնավոր կերպով պահուստային պատճեններով պահուստավորվել են առանձին անվտանգ սերվերի վրա: Դեպի տվյալների բազա մուտքը սահմանափակված է եղել հետազոտության լիազորված անձնակազմի՝ ներառյալ գլխավոր քննիչի, հետազոտության աշխատակիցների և տվյալների կառավարչի համար: Վարքագծային հետազոտության շրջանակում չեն հավաքվել անձը նույնականացնող տեղեկություններ, սակայն այն դեպքերում, երբ մասնակիցների արագ թեստավորման պատասխանները դրական են եղել, կլինիկական անձնակազմի կողմից հավաքվել է անձը նույնականացնող սահմանափակ տեղեկություն՝ բացառապես ուղղորդումների և հաստատող հետազոտությունների իրականացման նպատակով: Թեստերի արդյունքների տրամադրման համար պատասխանատու լաբորատոր անձնակազմը հասանելիություն է ունեցել միայն կլինիկական հետազոտության համար անհրաժեշտ անձը նույնականացնող տեղեկության: Թեստերի արդյունքները տվյալների բազային կապակցվել են յուրաքանչյուր մասնակցի եզակի նույնականացման համարի միջոցով: Կլինիկական անձնակազմը և հետազոտությունն իրականացնող աշխատակիցները հասանելիություն չեն ունեցել վարքագծային հետազոտության տվյալների բազային, իսկ լաբորատոր անձնակազմը հասանելիություն չի ունեցել մասնակիցների կողմից լրացված հարցերի պատասխաններին:

Հարցաթերթում չլրացված կետեր չկային, քանի որ բոլոր հարցերը պարտադիր պատասխան էին պահանջում: Սակայն մասնակիցները կարող էին որպես պատասխան ընտրել «Չի պատասխանել» կամ «չգիտեմ» տարբերակները: Այս պատասխանները պահուստավորվել են տվյալների շտեմարանում և, ըստ կիրառելիության, ներկայացվել են հետազոտության վերլուծության մեջ: Հետևաբար, թեև անպատասխան հարցերի հետևանքով բացակայող տվյալներ չեն եղել, «Չի պատասխանել» տարբերակը գրանցվել է պատասխանների դասակարգումների միջոցով, և արդյունքների մեկնաբանման ժամանակ պետք է դա հաշվի առնել:

6.2 Տվյալների մաքրում

Վերլուծությունից առաջ տվյալների բազան ենթարկվել է ծավալուն մաքրման, վերակոդավորման և ՄՄՁԸ Անալիստ ծրագրում օգտագործման նախապատրաստական գործընթացներին: Վերլուծությունից առաջ իրականացվել են տվյալների կառավարման մի շարք գործողություններ: Ստանդարտացվել է փոփոխականի կոդավորումը՝ վերլուծության ընթացքում մեկնաբանելիությունն ու հետևողականությունն ապահովելու նպատակով (օրինակ՝ երկուական պատասխանի դասակարգումները վերակոդավորվել են միանման այո / ոչ ձևաչափով): Բացի այդ, բազմակի պատասխաններ թույլ տվող հարցերը («ընտրել բոլոր համապատասխան տարբերակները») վերափոխվել են առանձին երկուական փոփոխականների, որտեղ յուրաքանչյուր պատասխանի տարբերակը կոդավորվել է առանձին՝ որպես այո / ոչ: Այս փոփոխությունները վերաբերել են բացառապես փոփոխականի կառուցվածքին և կոդավորմանը, դրանք չեն փոփոխել մասնակիցների սկզբնական պատասխանները: Տրամաբանական անհամապատասխանություններով սահմանափակ թվով պատասխաններ, ինչպես, օրինակ՝ երբ մասնակիցն ընտրել է «Չի

պատասխանել» տարբերակը, սակայն միաժամանակ հետագա փոխկապակցված հարցերին վավեր պատասխաններ է տվել, վերանայվել են և վերակողմորվել՝ ըստ տվյալների մաքրման նախապես սահմանված կանոնների, որոնք և նկարագրված են այս հաշվետվության մեջ: Զգայունության վերլուծություններ չեն իրականացվել ինչպես վերակողմորված տվյալներով, այդպես էլ առանց դրանց: Այս ընթացակարգերի նպատակն էր բարելավել տվյալների օգտագործելիությունը և վերլուծական հետևողականությունը, ոչ թե փոփոխել հետազոտության հիմնական, բովանդակային արդյունքները:

Քանի որ սկզբնական հետազոտության գործիքը հարցման պատասխանները գրանցում էր հայերենով, վերլուծության ծրագրային ապահովման հետ համապատասխանելիությունը ապահովելու նպատակով համապատասխան փոփոխականները և պատասխանների դասակարգումները թարգմանվում և վերակողմորվում էին անգլերենով: Անհրաժեշտ էր իրականացնել տվյալների լրացուցիչ մաքրում՝ կարգավորելու համար հարցաթերթի տրամաբանությունից և պատասխանների օրինաչափություններից բխող անհամապատասխանությունների հետ կապված խնդիրները: Որոշ դեպքերում հարցաթերթի սկզբնական հատվածում «Չի պատասխանել» տարբերակի առկայությունը, հարցերով առաջ անցնելու տրամաբանության սահմանափակումների պատճառով, չի արգելակել մասնակիցներին անցնել առաջ և պատասխանել իրարահաջորդ փոխկապակցված հարցերին: Այս դեպքերում պատասխանները վերանայվել են և հարմարեցվել այնպես, որ կարողանան առավել լավ արտացոլել մասնակցի ակնհայտ մտադրությունը, հատկապես, երբ իրարահաջորդ պատասխանները ցույց են տվել հարցերի շարքին մասնակցի պատասխանած լինելը: Նույն կերպ «Ընտրել բոլոր համապատասխան տարբերակները» պատասխանի հուշումով հարցերի այն դեպքերում, որտեղ մասնակիցները «Չի պատասխանել» տարբերակի հետ միասին ընտրել են իրարահաջորդ այլ պատասխանների տարբերակներ, մաքրվել են հակասող «Չի պատասխանել» տարբերակի նշումները՝ միաժամանակ պահպանելով տրամադրված պատասխանների բովանդակային տարբերակները:

Հայաստանին և արտերկրին վերաբերող վերլուծության համար մասնակիցները դասակարգվել են՝ հիմք ընդունելով այն, որ նրանք հայտնել են Հայաստանում, արտերկրում կամ երկու վայրերում տվյալ վարքագծի կամ զուգընկերային հարաբերության առկայության մասին: Այն մասնակիցները, ովքեր նույն վարքագծի կամ հարաբերության տեսակի մասին հայտնել են և՛ Հայաստանում, և՛ արտերկրում, ընդգրկվել են երկու ենթախմբերի վերլուծություններում: Արդյունքում Հայաստանի և արտերկրի ենթախմբերը փոխադարձաբար բացառող չեն, և երկու ենթախմբերում ներառված մասնակիցների ընդհանուր թվաքանակը կարող է գերազանցել տվյալ վարքագծի մասին հայտնած մասնակիցների ընդհանուր թվաքանակը: Վարքագծային հետագա հարցերի, ինչպիսին են պահպանակի օգտագործումը և դրա հաճախականությունը, պատասխանները վերանայելու ժամանակ լրացուցիչ զգուշավորություն է պահանջվել: Որոշ դեպքերում մասնակիցներն ընտրել են «Չի պատասխանել» տարբերակը այն հարցին, թե իրենց հայտնած տվյալ զուգընկերային հարաբերությունը եղել է Հայաստանում թե արտերկրում, բայց հաջորդիվ տրամադրել են վավեր պատասխաններ պահպանակի օգտագործմանը վերաբերող հարցերին: Ի տարբերություն հարցաթերթի այլ բաժինների՝ տվյալների մաքրման ժամանակ

այս պատասխանները չեն վերակողմորվել, քանի որ հնարավոր չի եղել որոշարկել, թե նշված սեռական ակտիվությունը տեղի է ունեցել Հայաստանում, թե՞ արտերկրում: Այս նշումների վերակողմորումը կպահանջեր ենթադրություններ անել սեռական հարաբերություն ունենալու վայրի վերաբերյալ: Հետևաբար, տվյալների ամբողջականությունը պահպանելու և հնարավոր սխալ դասակարգումներից խուսափելու համար պահվել են սկզբնական պատասխանները: Այս քայլերը որդեգրվել են հետագա ՄՄՁԸ վերլուծության ներքին հետևողականությունը և տվյալների ճշգրտությունը բարելավելու նպատակով:

6.3 Տվյալների վերլուծություն

Բոլոր վերլուծություններն իրականացվել են ՄՄՁԸ Անալիստ ծրագրի (www.hpmrg.org) իրարահաջորդ ընտրանքի գնահատիչ գործիքի կիրառմամբ: ՄՄՁԸ Անալիստ ծրագիրը մասնագիտացված ծրագրային ապահովում է՝ նախագծված հատուկ ՄՄՁԸ նախագծեր, ինչպես նաև մասնակիցների սեփական սոցիալական շրջապատների վրա հիմնված վերլուծություններ իրականացնելու նպատակով: Հավաքագրման ավտորոշիչները նույնպես ստացվել են ՄՄՁԸ Անալիստ ծրագրի միջոցով: Հետազոտության յուրաքանչյուր տեղամասի համար գնահատումները հաշվարկվել են՝ օգտագործելով տվյալ տեղամասի բնորոշ հետազոտվող բնակչության չափի մասին մուտքային տվյալները և կշռվել են համապատասխանաբար՝ հետազոտության իրականացման բոլոր տեղամասերի համակցված գնահատումներ ստանալու նպատակով:

Քանի որ կշռված գնահատումները հիմնված են մասնակիցների՝ սեփական սոցիալական շրջապատների իրենց իսկ հայտնած չափերի վրա, դրանք պետք է մեկնաբանել զգուշությամբ: Շրջապատների չափին վերաբերող հարցի պատասխանները զգալիորեն տարբերվել են. որոշ մասնակիցներ հայտնել են սոցիալական շրջապատների շատ մեծ չափերի մասին, ինչը կարող է էական ազդեցություն ունենալ կշռման գործընթացների և ստացվող գնահատումների վրա: Սա մասնավորապես կարևոր է խիստ զգայուն ցուցիչների մեկնաբանման ժամանակ, երբ պատասխանները կարող են ազդված լինել կարծրատիպային պիտակավորումից, սոցիալապես նախընտրելի լինելու կողմնակալությունից կամ չպատասխանելու ցանկությունից: Հետևաբար, թեև կշռված գնահատումները ներկայացված են՝ հաշվի առնելով մասնակիցների հավաքագրման հավանականությունների տարբերությունները, դրանք պետք է դիտարկել որպես նկարագրական բնույթի գնահատումներ և մեկնաբանել չկշռված արդյունքների հետ համատեղ: Կիրառվել են ՄՄՁԸ-ի վրա հիմնված գնահատիչներ, քանի որ ուղեգրման կտրոնների գործընթացի շնորհիվ հասանելի են եղել հավաքագրման կապակցումների և մասնակիցների շրջապատի չափի մասին տվյալները: Այնուամենայնիվ, հաշվի առնելով, որ հետազոտության շրջանակում հետազոտության ավանդական ՄՄՁԸ նախագծում չի կիրառվել, ինչպես նաև զարգացման զուգամիտության ավտորոշիչներ չեն իրականացվել, արդյունքում ստացված գնահատումները պետք է մեկնաբանել որպես ճշգրտված նկարագրական բնույթի ցուցումներ և ոչ թե ՄՄՁԸ մեթոդաբանությամբ ստացված՝ բնակչության պաշտոնական գնահատումներ:

7. ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳԵՐ

ՄԻԱՎ-ի, ՀԲՎ-ի, ՀՅՎ-ի և սիֆիլիսի կենսաբանական թեստավորումներն իրականացվել են հետազոտությանը մասնակից բժշկական կենտրոնների բուժաշխատողների կողմից՝ թեստավորման ազգային ուղեցույցներին համապատասխան: Տեղեկացված համաձայնություն տրամադրելուց և վարքագծային հարցաթերթը լրացնելուց հետո մասնակիցները վերապատրաստված աշխատակիցներից ստացել են նախաթեստային խորհրդատվություն: Մատից վերցվել է արյան նմուշ և տեղում հետազոտվել արագ ախտորոշիչ թեստերի միջոցով:

ՄԻԱՎ-ի (զգայունություն՝ 99.2%, բնորոշելիություն՝ 99.7%), ՀԲՎ-ի (զգայունություն՝ 99.9%, բնորոշելիություն՝ 99.9%), ՀՅՎ-ի (զգայունություն՝ >99.3%, բնորոշելիություն՝ 98.1-100%) և սիֆիլիսի (զգայունություն՝ 99.7%, բնորոշելիություն՝ 99.7%) արագ թեստավորումներն իրականացվել են հետազոտության իրականացման տեղամասերում՝ թեստավորման ազգային ուղեցույցներին համապատասխան: Այն դեպքում, երբ ՄԻԱՎ-ի կամ ՀՅՎ-ի արագ թեստի արդյունքը դրական է եղել, մասնակցից երակային արյան նմուշ (3-5 մլ) - վերցվել և ուղարկվել ԻՀԱԿ՝ հաստատող հետազոտության համար: ՀԲՎ-ի դրական արդյունք ունեցող մասնակիցներն ուղղորդվել են իրենց բնակության վայրի պոլիկլինիկա՝ հավելյալ գնահատման և բժշկական խնամքի համար, իսկ սիֆիլիսի դրական արդյունք ունեցող մասնակիցներն ուղղորդվել են ՀՀ առողջապահության նախարարության այրվածքաբանության և մաշկաբանության ազգային կենտրոն:

Հաստատող հետազոտության ենթակա կենսաբանական նմուշները պահուստավորվել և տեղափոխվել են՝ ՀՀ Առողջապահության նախարարության ուղեցույցներին համապատասխան: Թեստերի արդյունքները կապակցվել են հետազոտության տվյալներին՝ յուրաքանչյուր մասնակցի եզակի նույնականացման համարի և լաբորատոր կոդերի միջոցով: Մասնակիցներն իրենց արագ թեստավորման արդյունքները ստացել են հետազոտության հարցման անցկացման օրը՝ վերապատրաստված խորհրդատուների միջոցով և վերաուղղորդվել են համապատասխան խնամքի և բուժօգնության ծառայություններ՝ ազգային կլինիկական ուղեցույցներին համապատասխան:

8. ԷԹԻԿԱԿԱՆ ՆԿԱՏԱՌՈՒՄՆԵՐ

Մասնակիցները պլանշետի վրա կարդացել են համաձայնության ձևը և թվային ստորագրություն տրամադրելով հաստատել են իրենց մասնակցությունը: Ստորագրված համաձայնության ձևերն անվտանգ կերպով պահուստավորվել են համակարգում և արձանագրվել են: Համաձայնություն հայտնելու գործընթացի ժամանակ մասնակիցներին ներկայացվել են հետազոտության նպատակը, ընթացակարգերը, հնարավոր ռիսկերը և օգուտները, ինչպես նաև տրամադրվել են մտահոգություններ կամ բողոքներ ունենալու դեպքում կապվելու համար կոնտակտային տվյալներ: Մասնակիցները տեղեկացվել են նաև, որ մասնակցությունը կամավոր է և գաղտնի, և որ իրենք ցանկացած պահի կարող են հրաժարվել հետազոտությանը մասնակցելուց՝ առանց պատճառ ներկայացնելու: Հետազոտության հնարավոր մասնակիցները տեղեկացվել են, որ մասնակցության համար

գումարային հատուցում ստանալու համար նրանք պետք է մասնակցեն վարքագծային հարցազրույցի, ինչպես նաև մասնակցեն կենսաբանական թեստավորմանը: Միաժամանակ նրանց նաև հայտնել են, որ համախմբված և անանուն դարձած տվյալները կարող են օգտագործվել հետագա հրապարակումներում:

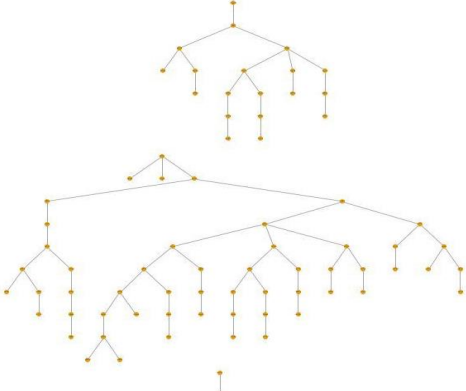
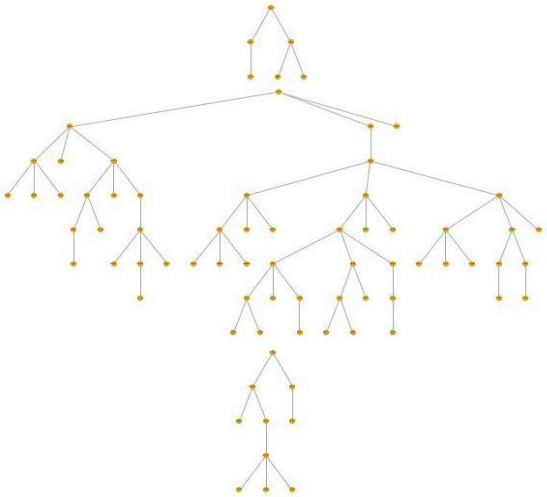
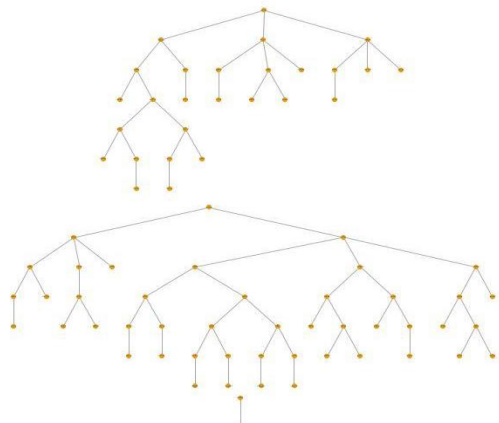
Հետազոտության արձանագրությունը, մասնակցության իրավասության հարցաթերթը, հիմնական հարցաթերթը և այլ նյութեր (ուղեգրման կտրոններ, ուղղորդման փաստաթղթեր և այլն) էթիկական վերանայման և հաստատման նպատակով ներկայացվել են ԻՀԱԿ-ի էթիկայի հանձնաժողովին և ստացել համապատասխան հաստատում: Հետազոտության իրականացման ամբողջ ընթացքում անբարենպաստ դեպքերի մասին զեկույցներ չեն եղել:

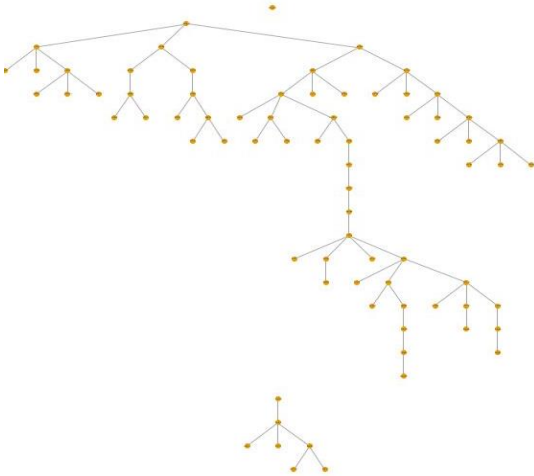
9. ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ

Ընդհանուր ընտրանքը կազմել է 900 մասնակից, այդ թվում՝ 36 սկզբնաղբյուր կամ սերմ: Սկզբնական շրջանում հավաքագրվել էր 36 սերմ (երեքական սերմ յուրաքանչյուր բժշկական կենտրոնի համար): Սակայն հետազոտության իրականացման տեղամասերից մեկում հավաքագրվել են երկու հավելյալ սերմեր՝ փոխարինելու համար այն ոչ ակտիվ սերմերին, ովքեր ուղեգրման կտրոնները չէին բաժանել և / կամ շղթայական հավաքագրումը չէին նախաձեռնել: Հետազոտության ընթացքում ընդհանուր առմամբ բաժանվել է 1 841 ուղեգրման կտրոն: Հավաքագրման գործընթացում ներգրավվել են մասնակից 12 բժշկական կենտրոնները: Բժշկական կենտրոնների մեծ մասը հավաքագրումը մեկնարկել է երեք սերմով (ընդհանուր՝ 36), իսկ Վանաձորի թիվ 3 պոլիկլինիկական օգտագործել է հինգ սերմ՝ հավաքագրման շղթաների առավել դանդաղ ձևավորման և մասնակիցների հոսքն ամեն դեպքում ապահովելու անհրաժեշտության պատճառով: Հետազոտության իրականացման բոլոր տեղամասերում յուրաքանչյուր բժշկական կենտրոն կարողացել է հաջողությամբ հասնել 75 մասնակից հավաքագրելու թիրախին, թեև տեղամասից տեղամաս զգալիորեն տարբերվել են բաժանված ուղեգրման կտրոնների թիվը, ինչպես նաև առանձին սկզբնաղբյուրների աշխատանքի արդյունավետությունը:

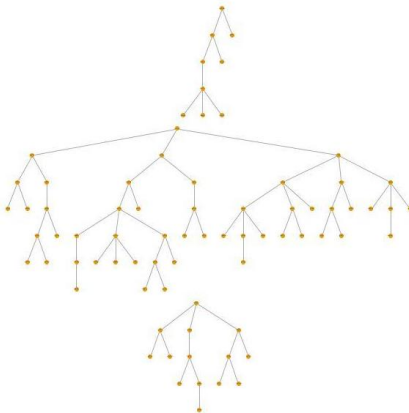
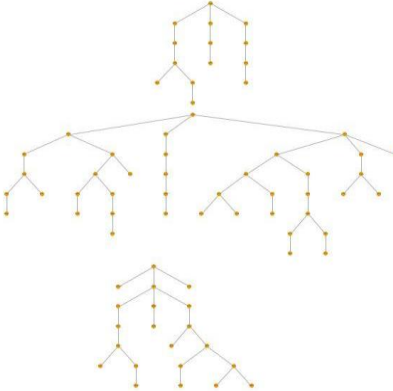
Հավաքագրման շղթաների խորությունը (առավելագույն ճյուղավորումը) նույնպես տարբերվել է տեղամասից տեղամաս: Ամենախորը հավաքագրման շղթան դիտարկվել է Գյումրու բժշկական կենտրոնի կողմից, որտեղ մեկ սկզբնաղբյուրի կողմից իրագործված ճյուղավորման խորությունը հասել է 15 ալիքի, ինչը խոսում է հավասարակիցների ուժեղ հավաքագրման և դեպի շրջապատ ներթափանցման կայուն աշխատանքի մասին: Մյուս տեղամասերը դրսևորել են հավաքագրման միջին խորություն՝ ընդհանուր առմամբ տատանվելով 3-10 ալիքի սահմանում: Որոշ սկզբնաղբյուրներ ձևավորել են շատ սահմանափակ հավաքագրման շղթաներ կամ ոչ մի շղթա չեն ձևավորել, ինչն ընդգծում է տվյալների հավաքագրման գործընթացի ամբողջ ընթացքում սկզբնաղբյուրների շարունակական մշտադիտարկման և փոխարինման կարևորության մասին (**Աղյուսակ 1, Աղյուսակ 2, Աղյուսակ 3**):

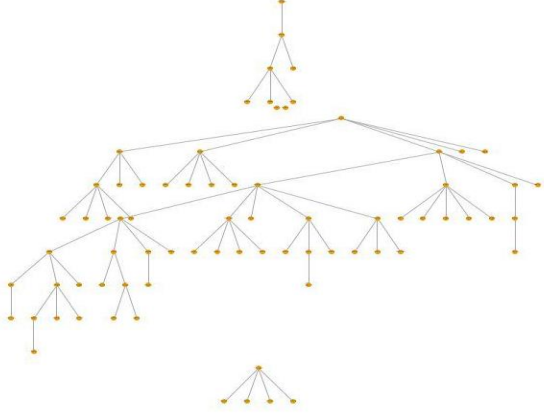
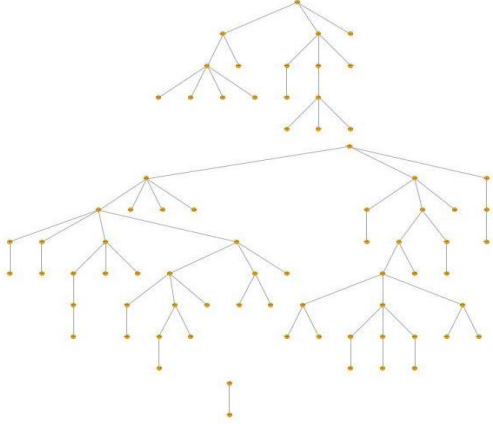
Աղյուսակ 1. Շիրակի մարզի միգրանտների հավաքագրման գրաֆիկական պատկերը

«Ախտության բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ	
«Արթիկի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ	
«Գյումրու Էնրիկո Մատտեյի անվան պոլիկլինիկա» ՓԲԸ	

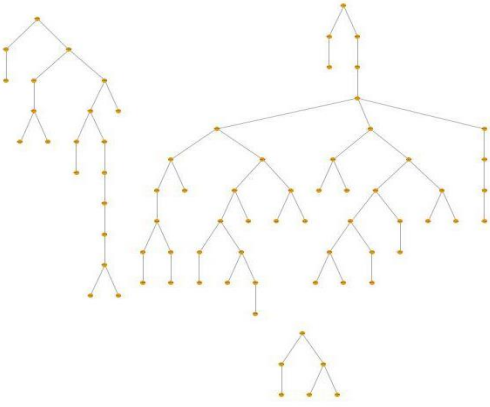
«Գյումրու բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ	
--	--

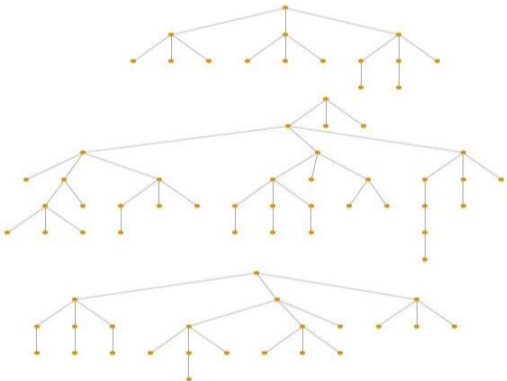
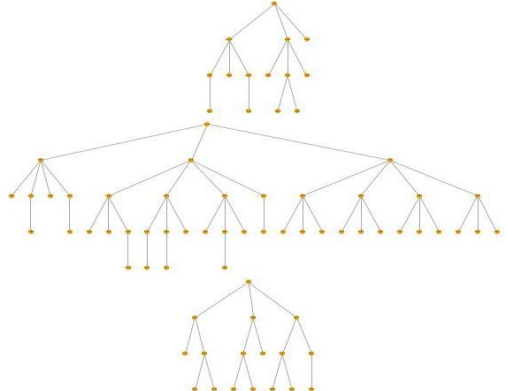
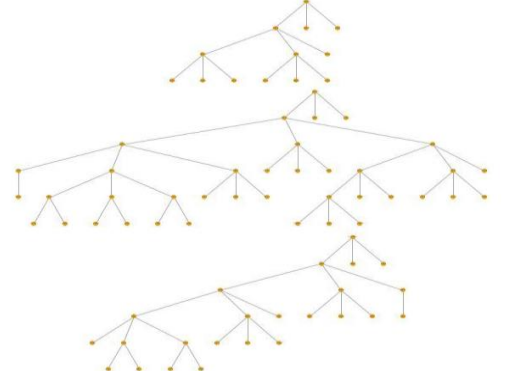
Աղյուսակ 2. Լոռու մարզի միգրանտների հավաքագրման գրաֆիկական պատկերը

«Սպիտակի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ	
«Տաշիրի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ	

«Վանաձորի թիվ 3 պոլիկլինիկա» ՓԲԸ	
«Վանաձորի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ	

Աղյուսակ 3. Գեղարքունիքի մարզի միգրանտների հավաքագրման գրաֆիկական պատկերը

«Գավառի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ	
--------------------------------------	--

«Մարտունու բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ	
«Սարուխանի բժշկական ամբուլատորիա» ՊՈԱԿ	
«Սևանի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ	

Բաժանված ուղեգրման կտրոնների թիվը տատանվել է Սարուխանի բժշկական ամբուլատորիայում բաժանված 100-ից մինչև Վանաձորի թիվ 3 պոլիկլինիկայում բաժանված 259 ուղեգրերը, ինչը վկայում է տարբեր մարզերի միջև հավաքագրման ընթացքների արդյունավետության և շրջապատների կապակցվածության տարբերությունների մասին: Մի շարք տեղամասերում հավաքագրումը հիմնականում ապահովվել է շատ արդյունավետ աշխատող մեկ սկզբնաղբյուրի կողմից: Օրինակ՝ Գյումրու բժշկական կենտրոնում մեկ սերմ հավաքագրել է 66 մասնակցի, իսկ մեկ այլ սերմ ոչ մի մասնակցի չի հավաքագրել: Նույն կերպ Վանաձորի բժշկական կենտրոնում մեկ սերմ հավաքագրել է 54 մասնակցի, այնինչ մեկ այլ սերմ հավաքագրել է ընդամենը մեկ մասնակցի (**Աղյուսակ 4**):

Աղյուսակ 4. Սերմերի բաշխում (թվաքանակ՝ 38)

Բժշկական կենտրոն	Սերմեր	Բաժանված ուղեգրման կտրոններ	Հետազոտության մասնակիցներ	Սերմերի արդյունավետություն	Առավելագույն ճյուղավորում
Ախուրյանի բժշկական կենտրոն	3	186	75	Սերմ 1 = 18	Սերմ 1 = 6
				Սերմ 2 = 53	Սերմ 2 = 9
				Սերմ 3 = 1	Սերմ 3 = 1
Արթիկի բժշկական կենտրոն	3	146	75	Սերմ 1 = 58	Սերմ 1 = 7
				Սերմ 2 = 5	Սերմ 2 = 2
				Սերմ 3 = 9	Սերմ 3 = 4
Գավառի բժշկական կենտրոն	3	133	75	Սերմ 1 = 5	Սերմ 1 = 2
				Սերմ 2 = 48	Սերմ 2 = 10
				Սերմ 3 = 19	Սերմ 3 = 9
Գյումրու բժշկական կենտրոն	3	209	75	Սերմ 1 = 66	Սերմ 1 = 15
				Սերմ 2 = 6	Սերմ 2 = 3
				Սերմ 3 = 0	Սերմ 3 = 0
Գյումրու Էնրիկո Մատտեյի անվան պոլիկլինիկա	3	108	75	Սերմ 1 = 45	Սերմ 1 = 6
				Սերմ 2 = 26	Սերմ 2 = 6
				Սերմ 3 = 1	Սերմ 3 = 1
Մարտունու բժշկական կենտրոն	3	121	75	Սերմ 1 = 14	Սերմ 1 = 3
				Սերմ 2 = 22	Սերմ 2 = 4
				Սերմ 3 = 36	Սերմ 3 = 6
Սարուխանի բժշկական ամբուլատորիա	3	100	75	Սերմ 1 = 16	Սերմ 1 = 3
				Սերմ 2 = 43	Սերմ 2 = 4
				Սերմ 3 = 13	Սերմ 3 = 3
Սևանի բժշկական կենտրոն	3	162	75	Սերմ 1 = 12	Սերմ 1 = 3
				Սերմ 2 = 37	Սերմ 2 = 5
				Սերմ 3 = 23	Սերմ 3 = 5
Սպիտակի բժշկական կենտրոն	3	138	75	Սերմ 1 = 13	Սերմ 1 = 4
				Սերմ 2 = 8	Սերմ 2 = 4
				Սերմ 3 = 51	Սերմ 3 = 6
Վանաձորի բժշկական կենտրոն	3	170	75	Սերմ 1 = 1	Սերմ 1 = 1
				Սերմ 2 = 17	Սերմ 2 = 4
				Սերմ 3 = 54	Սերմ 3 = 7
Վանաձորի թիվ 3 պոլիկլինիկա	5	259	75	Սերմ 1 = 0*	Սերմ 1 = 0
				Սերմ 2 = 6	Սերմ 2 = 3
				Սերմ 3 = 0*	Սերմ 3 = 0
				Սերմ 4 = 4	Սերմ 4 = 1
				Սերմ 5 = 60	Սերմ 5 = 7
Տաշիրի բժշկական կենտրոն	3	109	75	Սերմ 1 = 39	Սերմ 1 = 7
				Սերմ 2 = 13	Սերմ 2 = 5
				Սերմ 3 = 20	Սերմ 3 = 6

*Այս տեղամասում հավաքագրվել են երկու հավելյալ սերմեր, քանի որ սկզբնական երեք սերմից երկուսն ակտիվորեն չեն հավաքագրել մասնակիցների:

Ընդհանուր 38 սկզբնական մասնակից է հավաքագրվել Գեղարքունիքի (թվով 12), Լոռու (թվով 14) (այս վայրում հավաքագրվել են երկու հավելյալ սերմեր, քանի որ սկզբնական երեք սերմերից երկուսն ակտիվորեն չեն հավաքագրել մասնակիցների) և Շիրակի (թվով 12) մարզերում: Նրանց մեծամասնությունը եղել է 25 և բարձր տարիքի (89.5%), մասնավորաբար 35-44 տարեկան (թվով 14) և 25-34 տարեկան (թվով 12), ինչը ներկայացնում է հասուն աշխատանքային տարիքի միգրանտ բնակչություն: Սերմերի մեծամասնությունը եղել է ամուսնացած (թվով 25), իսկ ավելի փոքր թվով մասնակիցներ՝ չամուսնացած (թվով 10), ինչը վկայում է, որ մասնակիցներից շատերն ունեցել են ձևավորված ընտանեկան պարտավորություններ: Կրթության մակարդակը հիմնականում եղել է միջնակարգ դպրոցի, որտեղ մեծ մասը նշել է, թե ավարտել է միջնակարգ դպրոցը (թվով 25), որոշ մասնակիցներ ունեցել են թերի միջնակարգ կրթություն, մինչդեռ ավելի փոքր մասն ունեցել է բարձրագույն կրթություն (թվով 8): Գրեթե բոլոր սերմերը հայտնել են, որ աշխատել են Ռուսաստանի Դաշնությունում (թվով 33), ինչը հաստատում է, որ հետազոտվող բնակչության համար Ռուսաստանը աշխատանքային միգրացիայի գերիշխող ուղղություն է: Մեծ մասն արտերկրում աշխատել է երկարատև ժամանակահատվածներով. 20 մասնակից նշել է, որ արտերկրում գտնվել է 3-6 ամիս, իսկ 18 մասնակից՝ 7-12 ամիս, ինչը ցույց է տալիս նախորդ տարվա ընթացքում միգրացիայի շարունակական ազդեցությունը: Մեծամասնությունը բնակվել է Հայաստանի քաղաքային բնակավայրերում (քաղաք և / կամ փոքր քաղաք՝ թվով 29), մեծ մասն արտերկրում աշխատել է մեծ քաղաքներում (թվով 27), իսկ ավելի փոքր թվով մասնակիցներ աշխատել են փոքր քաղաքներում (թվով 11): Զբաղվածության տեսանկյունից շինարարությունը եղել է ամենատարածված ոլորտը (թվով 24), որին հաջորդել են սպասարկման ոլորտում և այլ մասնագիտությունների ոլորտում ներգրավված ավելի փոքր թվով մասնակիցներ (**Աղյուսակ 5**):

Աղյուսակ 5. Հայաստանում սերմերի սոցիալ-ժողովրդագրական և աշխատանքային ընդհանուր բնութագրիչները (թվով 38)

	Հայաստան		Շիրակի մարզ		Լոռու մարզ		Գեղարքունիքի մարզ	
	N=38		N=12		N=14		N=12	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Տարիք՝ տարիներով (չորս մակարդակ)								
18-24	4	10.5	0	0.0	2	14.3	2	16.7
25-34	12	31.6	3	25.0	4	28.6	5	41.7
35-44	14	36.8	7	58.3	4	28.6	3	25.0
45+	8	21.1	2	16.7	4	28.6	2	16.7
Տարիք՝ տարիներով (երկու մակարդակ)								
≤24	4	10.5	0	0.0	2	14.3	2	16.7
≥25	34	89.5	12	100.0	12	85.7	10	83.3
Կրթություն								
Թերի միջնակարգ	3	7.9	1	8.3	1	7.1	1	8.3
Միջնակարգ	25	65.8	7	58.3	10	71.4	8	66.7
Միջին մասնագիտական	2	5.3	0	0.0	0	0.0	2	16.7

Թերի բարձրագույն	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Բարձրագույն	8	21.1	4	33.3	3	21.4	1	8.3
Ընտանեկան կարգավիճակ								
Ամուրի	10	26.3	3	25.0	3	21.4	4	33.3
Ամուսնացած	25	65.8	8	66.7	10	71.4	7	58.3
Քաղաքացիական ամուսնություն	2	5.3	1	8.3	0	0.0	1	8.3
Ամուսնալուծված	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Այրի	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Չի պատասխանել	1	2.6	0	0.0	1	7.1	0	0.0
Օտարերկրյա պետություն, որտեղ աշխատել է վերջին տարվա ընթացքում								
Ռուսաստան	33	86.8	11	91.7	12	85.7	10	83.3
Ուկրաինա	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Այլ	5	13.2	1	8.3	2	14.3	2	16.7
Արտերկրում աշխատանքի տևողություն								
3-6 ամիս	20	52.6	5	41.7	8	57.1	7	58.3
7-12 ամիս	18	47.4	7	58.3	6	42.9	5	41.7
Արտերկրում բնակության վայր								
Քաղաք/համայնք	29	76.3	9	75.0	12	85.7	8	66.7
Գյուղ	9	23.7	3	25.0	2	14.3	4	33.3
Բնակավայրի տեսակ, որտեղ աշխատել է վերջին տարվա ընթացքում								
Մեծ քաղաք	27	71.1	11	91.7	11	78.6	5	41.7
Քաղաք	11	28.9	1	8.3	3	21.4	7	58.3
Արվարձան	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Գյուղ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Վերջին 1 տարվա ընթացքում կատարած աշխատանքի տեսակ								
Շինարարություն	24	63.2	7	58.3	9	64.3	8	66.7
Գյուղատնտեսություն	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Առևտուր	2	5.3	1	8.3	1	7.1	0	0.0
Սպասարկման ոլորտ	4	10.5	1	8.3	2	14.3	1	8.3
Այլ	8	21.1	3	25.0	2	14.3	3	25.0

9.1 Սոցիալ-ժողովրդագրական և աշխատանքային ընդհանուր բնութագրիչները

Հիմնվելով կշռված գնահատումների վրա՝ միգրանտների մեծամասնությունը (79.8%) 25 տարեկան և բարձր տարիքի էր, 20.2%-ը 18-24 տարեկան էր, իսկ տարիքային ամենամեծ համամասնությունը կազմում էին 35-44 տարեկանները (32.9%) (**Աղյուսակ 6**): Մարզերի մեծ մասում խմբերը կազմված էին ավելի բարձր աշխատանքային տարիքի չափահասներից, բացառությամբ Գեղարքունիքի մարզից, որտեղ դիտարկվել է առավել երիտասարդ տարիքի խմբի կազմ (30.8%-ը եղել է 18-24 տարեկան): Միգրանտների մեծ մասն (53.9%) ունեցել է միջնակարգ կրթություն՝ ավարտել է միջնակարգ դպրոցը, ընդ որում՝ այս ցուցանիշը հատկապես բարձր է եղել Լոռու մարզում (84.9%), իսկ Գեղարքունիքում գրանցվել է բարձրագույն կրթություն ունեցողների ամենաբարձր համամասնությունը (28.3%): Ընդհանուր առմամբ, միգրանտների մեծ մասը (56.2%) եղել է ամուսնացած, թեև ցուցանիշը տարբերվում էր՝ ըստ մարզերի: Ամուսնացած մասնակիցները ամենաշատը եղել են Շիրակի

մարզից (62.2%), մինչդեռ Գեղարքունիքի մարզից մասնակիցներն ավելի շատ եղել են ամուրի (59.6%): Գրեթե բոլոր միգրանտները (96.4%) զեկուցել են վերջին տարվա ընթացքում Ռուսաստանում աշխատելու մասին, մասնակիցների ընդամենը փոքր մասն է հայտնել Ուկրաինայում կամ այլ երկրում աշխատելու մասին: Ռուսաստանից դուրս աշխատողների ամենաբարձր համամասնությունը գրանցվել է Գեղարքունիքի մարզում (8.4%): Միգրանտների մեծամասնությունը (74.8%) նշել է, որ վերջին մեկ տարվա ընթացքում 3-6 ամիս անցկացրել է արտերկրում, մինչդեռ մեկ չորրորդը (25.1%) արտերկրում անցկացրել է 7-12 ամիս: Ավելի կարճ ժամանակահատվածով արտերկրում գտնվողները հիմնականում եղել են Շիրակի մարզից (85.5%), այնինչ ավելի երկար ժամկետով կեցություններն ավելի տարածված են եղել Լոռու (39.8%) և Գեղարքունիքի մարզերում (39.0%): Միգրանտների մեծամասնությունը (82.2%) հայտնել է, որ արտերկրում բնակվել են քաղաքներում կամ փոքր քաղաքներում, և նրանց մեծ մասը (72.1%-ը) աշխատել է խոշոր քաղաքներում: Այս ցուցանիշը գրանցվել է հատկապես Գեղարքունիքի (79.8%) և Շիրակի մարզերից (75.7%) միգրանտների դեպքում, իսկ Լոռու մարզից միգրանտները (43.1%) ավելի շատ աշխատել են փոքր քաղաքներում: Արտերկրում իրականացվող աշխատանքի տեսակներից ամենատարածվածը շինարարությունն էր (80.5%), որին հաջորդել է սպասարկման ոլորտը (12.7%): Շինարարության ոլորտում զբաղվածությունն ամենաբարձրն էր Գեղարքունիքի մարզից միգրանտների շրջանում (87.6%), մինչդեռ սպասարկման ոլորտում զբաղվածությունն ամենաբարձրն էր Լոռու մարզի մասնակիցների շրջանում (19.4%): Առևտրի ոլորտում աշխատանքը նույնպես ավելի հաճախ է նշվել Լոռու մարզի մասնակիցների կողմից (9.1%):

Աղյուսակ 6. Հայաստանի աշխատանքային միգրանտների սոցիալ-ժողովրդագրական և աշխատանքային ընդհանուր բնութագրիչները (թվով 900)

	Հայաստան		Շիրակի մարզ		Լոռու մարզ		Գեղարքունիքի մարզ	
	N=900		N=300		N=300		N=300	
	n	% (95% ՎՄ)*	n	% (95% ՎՄ)*	n	% (95% ՎՄ)*	n	% (95% ՎՄ)*
Տարիք՝ տարիներով (չորս մակարդակ)								
18-24	152	20.2 (14.0-26.4)	40	15.4 (4.5-26.3)	50	23.0 (13.5-32.4)	62	30.8 (20.4-41.3)
25-34	269	30.8 (25.6-36.0)	78	30.3 (18.2-42.3)	88	31.0 (24.2-37.7)	103	32.0 (25.6-38.4)
35-44	325	32.9 (27.6-38.2)	121	36.0 (26.1-46.1)	110	30.3 (21.0-39.6)	94	26.9 (18.9-34.9)
45+	154	16.1 (9.8-22.4)	61	18.3 (5.6-31.0)	52	15.7 (6.8-24.7)	41	10.3 (1.9-18.6)
Տարիք՝ տարիներով (երկու մակարդակ)								
≤24	152	20.2 (15.7-24.7)	40	15.4 (4.3-26.6)	50	23.0 (17.1-28.9)	62	30.8 (23.3-38.3)
≥25	748	79.8 (75.3-84.3)	260	84.6 (73.5-95.7)	250	77.0 (71.1-82.9)	238	69.2 (61.7-76.7)
Կրթություն								
Թերի միջնակարգ	82	5.9 (0.0-13.5)	11	4.2 (0.0-8.7)	10	2.4 (0.0-9.5)	61	14.7 (6.6-22.8)

Միջնակարգ	58 8	53.9 (47.4-60.4)	185	48.9 (38.0-59.7)	248	84.9 (84.5-85.2)	155	33.2 (32.8-33.7)
Միջին մասնագիտական	93	21.6 (18.5-24.8)	50	29.6 (28.7-30.6)	11	2.6 (1.1-4.2)	32	20.0 (11.0-29.0)
Թերի բարձրագույն	27	3.5 (3.0-4.1)	21	4.8 (0.0-10.5)	2	0.0 (0.0-6.9)	4	3.8 (0.0-9.1)
Բարձրագույն	109	14.9 (13.1-16.7)	32	12.2 (2.6-21.7)	29	10.0 (8.9-11.2)	48	28.3 (21.3-35.3)
Չի պատասխանել	1	0.2 (-)	1	0.3 (0.0-2.4)	0	-	0	-
Ընտանեկան կարգավիճակ								
Ամուրի	341	37.0 (37.0-37.1)	90	27.5 (27.1-27.8)	104	41.3 (41.3-41.4)	147	59.6 (49.3-69.7)
Ամուսնացած	525	56.2 (56.0-56.4)	189	62.2 (58.9-65.6)	191	57.2 (49.8-64.6)	145	37.7 (34.8-40.7)
Քաղաքացիական ամուսնություն	2	0.0 (0.0-0.2)	1	0.0 (0.0-0.3)	1	0.0 (0.0-0.1)	0	-
Ամուսնալուծված	15	2.4 (0.0-4.9)	10	3.3 (3.2-3.4)	2	1.0 (0.9-1.1)	3	1.4 (0.0-11.5)
Այրի	4	1.0 (0.0-8.3)	3	1.6 (0.0-5.8)	1	0.1 (0.0-0.3)	0	-
Չի պատասխանել	13	3.4 (0.0-10.5)	7	5.4 (2.9-7.8)	1	0.3 (0.0-7.7)	5	1.3 (0.0-2.7)
Օտարերկրյա պետություն, որտեղ աշխատել է վերջին տարվա ընթացքում								
Ռուսաստան	85 8	96.4 (95.6-97.1)	291	98.0 (97.3-98.7)	293	96.3 (96.1-96.5)	274	91.6 (83.4-99.8)
Ուկրաինա	2	0.0 (0.0-0.2)	1	0.1 (0.0-0.2)	1	0.1 (0.0-0.1)	0	-
Այլ՝	40	3.6 (2.9-4.3)	8	1.9 (1.2-2.63)	6	3.6 (3.5-3.8)	26	8.4 (0.2-16.6)
Ընդհանուր քանի՞ տարի եք աշխատել արտերկրում տարեկան առնվազն 3 ամիս ժամանակահատվածով								
3-6 ամիս	581	74.8 (68.2-81.5)	214	85.5 (71.4-99.6)	159	60.2 (49.7-70.7)	208	60.6 (49.8-71.4)
7-12 ամիս	318	25.1 (18.4-31.8)	86	14.5 (0.4-28.6)	141	39.8 (29.3-50.3)	91	39.0 (28.3-49.8)
Չի պատասխանել	1	0.1 (0.0-1.3)	0	-	0	-	1	0.4 (0.2-0.5)
Արտերկրում բնակության վայր								
Քաղաք/Համայնք	66 3	82.2 (75.7-88.7)	222	81.0 (68.7-93.2)	227	83.4 (75.4-91.4)	214	84.4 (74.7-94.1)
Գյուղ	237	17.8 (11.3-24.3)	78	19.0 (6.8-31.3)	73	16.6 (8.6-24.6)	86	15.6 (5.9-25.3)
Բնակավայրի տեսակ, որտեղ աշխատել է անցնող տարվա ընթացքում								
Խոշոր քաղաք	557	72.1 (65.1-79.2)	177	75.7 (62.2-89.3)	177	56.2 (46.1-66.3)	203	79.8 (71.3-88.3)
Քաղաք	331	26.5 (19.5-33.5)	115	22.3 (9.1-35.6)	122	43.1 (33.0-53.3)	94	19.6 (11.3-28.0)
Արվարձաններ	5	0.7 (0.0-1.6)	4	1.0 (0.0-5.2)	1	0.7 (0.2-1.1)	0	-
Գյուղ	7	0.7 (0.0-2.4)	4	1.0 (0.0-3.2)	0	-	3	0.6 (0.0-3.8)

Վերջին տարվա ընթացքում կատարած աշխատանքի տեսակ								
Շինարարություն	729	80.5 (79.5-81.5)	249	82.0 (72.4-91.6)	218	70.3 (61.7-78.8)	262	87.6 (87.3-87.9)
Գյուղատնտեսություն	3	0.0 (0.0-5.2)	0	-	2	0.1 (0.0-5.3)	1	0.0 (0.0-0.0)
Առևտուր	35	4.6 (1.7-7.5)	12	3.9 (0.0-8.8)	20	9.1 (2.2-16.1)	3	1.3 (1.0-1.7)
Սպասարկման ոլորտ	107	12.7 (7.0-18.4)	30	12.1 (8.3-15.9)	54	19.4 (19.0-19.8)	23	6.9 (-)
Այլ ²	25	2.1 (-)	9	1.9 (0.0-10.4)	6	1.1 (0.0-3.4)	10	3.8 (3.6-3.9)
Զի պատասխանել	1	0.1 (0.0-1.9)	0	-	0	-	1	0.4 (0.3-0.4)

* Կշռված գնահատումներ

¹ Աշխատանքի ուղղություն հանդիսացող «Այլ» պետությունները ներառում էին Աբխազիան (թվով 1), Բելգիան (թվով 1), Գերմանիան (թվով 4), Վրաստանը (թվով 3), Իրաքը (թվով 1), Ղազախստանը (թվով 27), Մոնղոլիան (թվով 1), և ԱՄՆ-ն:

² «Այլ» զբաղվածություններն եղել են վարորդի (թվով 9) և խոհարարի (թվով 5) աշխատանքները, իսկ ավելի փոքր թվով մասնակիցներ աշխատել են օդորակիչների նորոգման, առողջապահության, առաքման ծառայությունների, մեքենաների փարբեր ծառայությունների, ճանապարհաշինության և այլ ոլորտներում:

9.2 Սեռական կյանքի ընդհանուր պատմություն

Հիմնվելով կշռված գնահատումների վրա՝ միգրանտների կեսից պակասն է հայտնել (49.5%) (Աղյուսակ 7), որ վերջին 30 օրերի ընթացքում ունեցել է սեռական հարաբերություն, թեև այս տվյալը զգալիորեն տարբերվել է՝ ըստ տարբեր մարզերի: Նշված ընթացքում սեռական ակտիվությունը ամենաբարձրն է եղել Լոռու մարզից միգրանտների շրջանում (78.7%) և ավելի ցածր՝ Շիրակի (41.2%) և Գեղարքունիքի (40.3%) մարզերից միգրանտների շրջանում: Վերջին 30 օրերի ընթացքում սեռական հարաբերություն ունենալու մասին հայտնած միգրանտներից շատ քչերն են վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակ օգտագործել: մասնակիցների միայն 36.7%-ն է հայտնել պահպանակի օգտագործման մասին: Պահպանակ չօգտագործելու ցուցանիշն ամենաբարձրն էր Շիրակի միգրանտների շրջանում (80.5%), որին հաջորդում են Գեղարքունիքի (53.9%) և Լոռու (30.7%) մարզերի ցուցանիշները: Պահպանակ չօգտագործած մասնակիցների ամենահաճախ նշված պատճառը սեռական զուգընկերոջ նկատմամբ վստահությունն էր (49.4%)՝ մասնավորաբար Գեղարքունիքի (71.8%) և Լոռու (55.5%) մարզերում: Սեռական հաճույքի նվազումը երկրորդ ամենատարածված պատճառն էր (22.0%), հատկապես Շիրակի մարզի միգրանտների շրջանում (32.0%): Պահպանակ գնելիս ամոթի զգացումը (14.6%) կամ զուգընկերոջը պահպանակ օգտագործելու խնդրանքով դիմելու ամոթը (8.4%) նույնպես նշվել էին որպես պատճառ, հատկապես Շիրակի մարզում: Լոռու մարզից մասնակիցների համեմատաբար բարձր համամասնություն (35.3%) չէր պատասխանել պահպանակ չօգտագործելու պատճառի վերաբերյալ հարցին: Հատկանշական է, որ Լոռու մարզից մասնակիցները սեռական վարքագծի մի շարք ցուցիչների վերաբերյալ հետևողականորեն ցուցաբերել են չպատասխանելու ամենաբարձր մակարդակը: Սա մասնավորապես նկատելի էր այն հարցերի դեպքում, որոնք վերաբերում էին վերջին 30 օրերի ընթացքում սեռական հարաբերություն ունենալուն (17 մասնակից հրաժարվել է պատասխանելուց), վերջին

սեռական հարաբերության ընթացքում պահպանակի օգտագործմանը (44 մասնակից հրաժարվել է պատասխանելուց) և պահպանակ չօգտագործելու պատճառներին (52 մասնակից հրաժարվել է պատասխանելուց):

Աղյուսակ 7. Հայաստանում աշխատանքային միգրանտների սեռական կյանքի ընդհանուր պատմություն (թվով 900)

	Հայաստան		Շիրակի մարզ		Լոռու մարզ		Գեղարքունիքի մարզ	
	N=900		N=300		N=300		N=300	
	n	% (95% ՎԼ)*	n	% (95% ՎԼ)*	n	% (95% ՎԼ)*	n	% (95% ՎԼ)*
Արտերկրում գտնվելու ընթացքում կինն ուղեկցում է								
Այո	99	6.6 (2.6-10.5)	27	4.6 (0.0-15.7)	47	12.2 (8.4-16.0)	25	6.0 (1.8-10.2)
Ոչ	708	80.9 (75.0-86.8)	229	81.8 (69.0-94.6)	232	81.1 (74.6-87.5)	247	78.2 (72.1-84.2)
Ամուսնացած չեմ	86	12.1 (9.8-14.4)	43	13.6 (12.2-15.1)	19	5.9 (4.2-7.5)	24	14.8 (13.7-15.8)
Չի պատասխանել	7	0.4 (0.0-5.0)	1	0.0 (0.0-7.8)	2	0.9 (0.0-5.9)	4	1.1 (0.0-5.8)
Վերջին 30 օրերի ընթացքում զուգընկերոջ ցանկացած / բոլոր տեսակների հետ սեռական հարաբերություն								
Այո	475	49.5 (48.3-50.6)	155	41.2 (30.1-52.3)	219	78.7 (72.9-84.5)	101	40.3 (39.1-41.4)
Ոչ	399	49.2 (44.0-54.4)	143	58.7 (54.6-62.9)	64	17.2 (10.7-23.6)	192	57.9 (49.3-66.5)
Չի պատասխանել	26	1.4 (0.0-6.3)	2	0.1 (0.0-11.4)	17	4.4 (0.0-10.2)	7	1.8 (0.0-11.1)
	N=501		N=157		N=236		N=108	
Վերջին 30 օրերի ընթացքում ամենավերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործում (այն մասնակիցների շրջանում, ովքեր վերջին 30 օրերի ընթացքում ունեցել են սեռական հարաբերություն կամ այդ հարցին չեն պատասխանել)								
Այո	200	36.7 (31.0-42.4)	45	19.5 (0.0-41.0)	110	55.6 (44.2-67.0)	45	43.3 (17.5-69.1)
Ոչ	253	57.8 (47.3-68.3)	112	80.5 (59.0-100.0)	82	30.7 (18.7-42.8)	59	53.9 (29.4-78.3)
Չի պատասխանել	48	5.5 (0.0-15.7)	0	-	44	13.7 (4.7-22.7)	4	2.8 (0.0-9.5)
	N=301		N=112		N=126		N=63	
Վերջին 30 օրերի ընթացքում սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակ չօգտագործելու պատճառները (այն մասնակիցների շրջանում, ովքեր պահպանակ չեն օգտագործել կամ այդ հարցին չեն պատասխանել) (հնարավոր է մի քանի պատասխանել)								
Շատ թանկ է	3	0.3 (0.0-0.9)	1	0.1 (0.1-0.1)	0	-	2	1.6 (1.6-1.6)
Ամաչում եմ գնել	16	14.6 (14.4-14.9)	13	24.1 (6.4-41.9)	2	0.3 (0.0-5.1)	1	1.6 (1.6-1.6)

Դժվար է օգտագործել	11	9.7 (6.6-12.7)	9	15.9 (0.0-42.3)	1	0.9 (0.9-0.9)	1	0.1 (0.0-46.9)
Նվազեցնում է հաճույքը	45	22.0 (11.4-32.5)	22	32.0 (0.7-63.3)	16	8.8 (0.0-28.1)	7	4.9 (3.8-6.0)
Ամաչում եմ զուգընկերոջս խնդրել օգտագործել այն	13	8.4 (5.6-11.1)	7	13.6 (12.9-14.4)	1	0.0 (0.0-8.8)	5	1.8 (0.0-8.6)
Վստահում եմ զուգընկերոջս	161	49.4 (30.0-68.9)	74	41.2 (11.5-70.9)	58	55.5 (29.7-81.2)	29	71.8 (27.0-100.0)
Չեմ վստահում պահպանակի օգտագործման արդյունավետությանը	6	3.3 (2.7-3.9)	3	4.7 (-)	2	1.8 (-)	1	0.6 (-)
Այլ	6	1.8 (-)	1	1.3 (-)	2	1.5 (-)	3	4.2 (-)
Չի պատասխանել	67	11.5 (0.0-28.2)	1	0.7 (-)	52	35.3 (17.9-52.7)	14	13.6 (0.0-43.7)

* Կշռված գնահատումներ

9.3 Մշտական զուգընկերների հետ սեռական վարքագիծը

Հիմնվելով կշռված գնահատումների վրա՝ միգրանտների 44.1%-ը հայտնել է Հայաստանում մշտական զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերության մասին, մինչդեռ 10.5%-ը հայտնել է արտերկրում մշտական զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերության մասին, իսկ 44.6%-ը հայտնել է, որ մշտական զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն չի ունեցել (**Աղյուսակ 8**): Արտերկրում մշտական զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն ունենալու մասին ավելի հաճախ հայտնել են Լոռու մարզի միգրանտները (33.0%), մինչդեռ Գեղարքունիքի մարզի միգրանտները ամենաքիչն են հայտնել արտերկրում մշտական զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն ունենալու մասին (9.1%): Բոլոր մարզերում մշտական զուգընկերների հետ պահպանակի օգտագործման ցուցանիշը ցածր էր: Այն մասնակիցների շրջանում, ովքեր հայտնել են Հայաստանում մշտական զուգընկեր ունենալու մասին, 74.6%-ը ամենավերջին սեռական հարաբերության ընթացքում պահպանակ չի օգտագործել, և ընդամենը 21.7%-ն է հայտնել պահպանակի օգտագործման մասին: Նմանատիպ պատկեր է դիտարկվել արտերկրում, որտեղ մասնակիցների կեսից ավելին (51.5%) ամենավերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակ չի օգտագործել: Պահպանակ չօգտագործելու հիմնական պատճառը եղել է մշտական զուգընկերոջ նկատմամբ վստահությունը, ինչի մասին հայտնել են Հայաստանում մշտական զուգընկեր ունեցող մասնակիցների 65.6%-ը և արտերկրում մշտական զուգընկեր ունեցող մասնակիցների 49.7%-ը: Պահպանակի հետևողական օգտագործումը տարածված չի եղել մասնակիցների ընդամենը 9.6%-ն է հայտնել Հայաստանում մշտական զուգընկերների հետ ամեն անգամ

պահպանակ օգտագործելու մասին, իսկ 17.1%-ը հայտնել է արտերկրում մշտական զուգընկերների հետ ամեն անգամ պահպանակ օգտագործելու մասին: Մի շարք հիմնական ցուցիչների վերաբերյալ հարցերին պատասխանելուց հրաժարվածների ամենամեծ թիվը գրանցվել է Լոռիում, այդ թվում՝ մշտական զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն ունենալու (թվով 34), մշտական զուգընկերոջ հետ Հայաստանում (թվով 29) և արտերկրում (թվով 26) ամենավերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործման, Հայաստանում պահպանակ չօգտագործելու պատճառների (թվով 33) և Հայաստանում մշտական զուգընկերների հետ կյանքի ընթացքում պահպանակ օգտագործելու (թվով 30) վերաբերյալ հարցերին:

Աղյուսակ 8. Մշտական զուգընկերների հետ վերջին մեկ տարվա ընթացքում Հայաստանի աշխատանքային միգրանտների սեռական վարքագիծը (թվով 900)

	Հայաստան		Շիրակի մարզ		Լոռու մարզ		Գեղարքունիքի մարզ	
	N=900		N=300		N=300		N=300	
	n	% (95% ՎՆ)*	n	% (95% ՎՆ)*	n	% (95% ՎՆ)*	n	% (95% ՎՆ)*
Վերջին տարվա ընթացքում մշտական զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն (հնարավոր է մի քանի պատասխան)								
Հայաստան	391	44.1 (37.0-51.2)	169	48.8 (34.8-62.8)	163	46.2 (35.7-56.7)	59	28.0 (19.4-36.7)
Արտերկիր	181	10.5 (5.1-15.9)	24	2.1 (0.0-9.3)	95	33.0 (24.1-41.9)	62	9.1 (1.1-17.1)
Ոչ	326	44.6 (38.0-51.3)	108	47.5 (34.6-60.5)	56	24.5 (15.3-33.7)	162	59.0 (48.4-69.6)
Չի պատասխանել	60	3.8 (1.6-5.9)	8	2.0 (1.0-3.0)	34	7.7 (1.2-14.1)	18	4.5 (0.0-9.3)
Մշտական զուգընկերոջ հետ ամենավերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործում								
Հայաստան								
	N=391		N=169		N=163		N=59	
Այո	116	21.7 (14.6-28.7)	40	14.9 (1.0-30.5)	53	27.5 (17.3-37.6)	23	44.8 (0.5-89.2)
Ոչ	246	74.6 (62.6-86.6)	129	85.1 (69.5-100.0)	81	56.5 (41.5-71.6)	36	55.2 (10.8-99.5)
Չի պատասխանել	29	3.8 (0.0-14.9)	0	-	29	16.0 (0.0-32.1)	0	-
Արտերկիր								
	N=181		N=24		N=95		N=62	
Այո	59	32.5 (13.5-51.5)	15	34.2 (4.8-63.6)	34	36.0 (9.2-62.3)	10	17.0 (0.0-36.5)
Ոչ	91	51.5 (31.2-71.8)	8	64.6 (35.2-94.0)	35	43.4 (18.3-68.5)	48	75.9 (54.0-97.8)

Չի պատասխանել	31	16.0 (0.6-31.4)	1	1.2 (0.0-3.3)	26	20.6 (0.0-47.0)	4	7.1 (0.0-19.0)
Մշտական զուգընկերոջ հետ պահպանակ չօգտագործելու պատճառներ (հնարավոր է մի քանի պատասխան)								
Հայաստան								
		N=275		N=129		N=110		N=36
Շատ թանկ է	4	0.7 (0.0-3.7)	2	0.7 (0.0-15.8)	0	-	2	2.4 (0.0-24.9)
Ամաչում եմ գնել	12	8.7 (0.0-25.5)	10	12.5 (10.1-14.9)	2	0.4 (-)	4	5.7 (0.0-46.1)
Դժվար է օգտագործել	9	8.3 (0.0-18.6)	8	11.7 (0.0-28.0)	1	1.0 (-)	0	-
Նվազեցնում է հաճույքը	35	17.9 (8.0-27.8)	20	23.3 (5.3-41.3)	11	5.9 (0.0-28.3)	0	-
Ամաչում եմ զուգընկերոջս խնդրել օգտագործել այն	6	5.1 (3.1-7.1)	4	7.3 (7.1-7.5)	1	0.1 (-)	1	0.8 (-)
Վստահում եմ զուգընկերոջս Չեմ վստահում պահպանակի օգտագործման արդյունավետությանը	180	65.6 (48.4-82.9)	96	63.0 (44.9-81.0)	62	67.1 (42.6-91.6)	22	82.4 (31.3-100.0)
Այլ	2	0.1 (0.0-1.9)	0	-	0	-	2	0.5 (0.0-10.1)
Չի պատասխանել	38	6.6 (0.0-19.4)	1	1.0 (-)	33	23.7 (4.2-43.2)	4	7.2 (0.0-38.5)
Արտերկիր								
		N=122		N=9		N=61		N=52
Շատ թանկ է	0	-	0	-	0	-	0	-
Ամաչում եմ գնել	1	0.1 (0.0-2.0)	1	0.1 (-)	0	-	0	-
Դժվար է օգտագործել	3	1.9 (1.4-2.4)	1	1.6 (0.0-33.9)	0	-	2	3.8 (1.3-6.4)
Նվազեցնում է հաճույքը	33	14.3 (0.0-41.0)	7	4.4 (0.0-30.0)	3	35.7 (0.0-100.0)	23	34.2 (4.9-63.6)
Ամաչում եմ զուգընկերոջս խնդրել օգտագործել այն	15	8.0 (0.0-22.5)	1	0.1 (0.1-0.1)	1	31.2 (0.0-100.0)	13	20.9 (0.0-51.6)

Վստահում եմ զուգընկերոջս	41	49.7 (18.9-80.6)	30	64.3 (21.0-100.0)	3	12.6 (0.0-95.4)	8	23.3 (16.8-29.9)
Չեմ վստահում պահպանակի օգտագործման արդյունավետությանը	2	3.2 (-)	1	1.6 (0.0-36.1)	1	18.7 (-)	0	-
Այլ	2	2.0 (-)	0	-	0	-	2	9.2 (0.0-46.5)
Չի պատասխանել	31	23.7 (4.1-43.3)	26	32.2 (0.0-77.6)	1	1.9 (1.9-1.9)	4	8.5 (5.2-11.9)
Մշտական զուգընկերոջ հետ կյանքի ընթացքում պահպանակի օգտագործման հաճախականություն								
Հայաստան								
		N=391		N=169		N=163		N=59
Ամեն անգամ	67	9.6 (0.0-19.7)	26	9.4 (7.9-10.9)	32	11.0 (0.0-25.6)	9	8.1 (3.0-13.2)
Ոչ միշտ	189	59.2 (53.4-65.0)	87	55.3 (40.6-70.0)	60	55.4 (45.0-65.9)	42	85.4 (68.1-100.0)
Երբեք	101	26.9 (18.9-34.8)	53	35.0 (18.3-51.8)	41	16.5 (2.7-30.3)	7	5.2 (0.0-17.7)
Չի պատասխանել	34	4.4 (0.0-13.1)	3	0.3 (0.0-19.1)	30	17.1 (4.2-29.9)	1	1.3 (0.0-22.8)
Արտերկիր								
		N=181		N=24		N=95		N=62
Ամեն անգամ	32	17.1 (8.3-26.0)	10	15.4 (0.0-44.1)	18	18.5 (0.0-42.9)	4	12.7 (0.0-50.7)
Ոչ միշտ	99	54.3 (40.7-67.8)	10	36.5 (0.0-86.0)	37	51.3 (29.4-73.2)	52	78.2 (40.8-100.0)
Երբեք	21	13.6 (0.0-29.2)	4	48.1 (7.5-88.6)	16	11.1 (0.0-36.7)	1	0.7 (0.0-2.3)
Չի պատասխանել	29	15.0 (0.0-34.9)	0	-	24	19.1 (1.0-37.2)	5	8.5 (0.0-17.6)

* Կշռված գնահատումներ

9.4 Պատահական ոչ մշտական զուգընկերների հետ սեռական վարքագիծը

Հիմնվելով կշռված գնահատումների վրա՝ միգրանտների 11.9%-ը հայտնել է Հայաստանում պատահական զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերության մասին, 18.7%-ը հայտնել է արտերկրում պատահական զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերության մասին, իսկ միգրանտների մեծ մասը (68.4%) հայտնել է, որ պատահական զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն չի ունեցել (**Աղյուսակ 9**): Արտերկրում պատահական զուգընկերների հետ սեռական հարաբերության մասին ավելի հաճախ հայտնել են Լոռու մարզի միգրանտները (52.3%), որոնց հետևել են Շիրակի (9.7%) և Գեղարքունիքի (6.8%) մարզերի միգրանտները: Պատահական զուգընկերների հետ սեռական հարաբերության մասին հայտնած

մանակիցների մեծ մասը նշել է, որ ունեցել է մեկ զուգընկեր (51.9%), մինչդեռ 43.1%-ը նշել է երկուսից չորս զուգընկեր: Հայաստանում պատահական զուգընկերոջ հետ վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործման մասին հայտնել է մասնակիցների 57.2%-ը, իսկ արտերկրում՝ 74.9%-ը: Արտերկրում պատահական զուգընկերոջ հետ վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործման ցուցանիշը հատկապես բարձր է եղել Լոռու մարզի միգրանտների շրջանում (92.8%), իսկ Գեղարքունիքում՝ ամենացածրը (16.2%): Պատահական զուգընկերոջ հետ ինչպես Հայաստանում (37.4%), այնպես էլ արտերկրում (58.2%) պահպանակ չօգտագործած մասնակիցների կողմից ամենահաճախ նշված պատճառը եղել է սեռական հաճույքի նվազումը: Տարածված պատասխաններից են նաև Հայաստանում պատահական զուգընկերոջ նկատմամբ վստահությունը (36.6%), իսկ արտերկրում պատահական զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն ունեցած մասնակիցների 25.0%-ը որպես պատճառ նշել է զուգընկերոջից պահպանակ օգտագործելու խնդրանքի հետ կապված ամոթը: Պատահական զուգընկերոջ հետ կյանքի ընթացքում պահպանակի օգտագործման վերաբերյալ հարցին Հայաստանում պատահական զուգընկեր ունենալու մասին հայտնած մասնակիցների 45.8%-ը նշել է, որ ամեն անգամ օգտագործել է պահպանակ, իսկ արտերկրում պատահական զուգընկեր ունենալու մասին հայտնած մասնակիցների 63.6%-ն է նշել այդ մասին: Մոտավորապես մեկ քառորդից մինչև կեսը նշել է, որ պահպանակ օգտագործել է երբեմն, մինչդեռ 10%-ից քիչն է հայտնել, որ երբեք պահպանակ չի օգտագործել:

Աղյուսակ 9. Պատահական ոչ մշտական զուգընկերների հետ վերջին մեկ տարվա ընթացքում Հայաստանի աշխատանքային միգրանտների սեռական վարքագիծը (թվով 900)

	Հայաստան		Շիրակի մարզ		Լոռու մարզ		Գեղացքունիքի մարզ	
	N=900		N=300		N=300		N=300	
	n	% (95% վՆ)*	n	% (95% վՆ)*	n	% (95% վՆ)*	n	% (95% վՆ)*
Վերջին տարվա ընթացքում պատահական ոչ մշտական զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն (ինարավոր է մի քանի պատասխան)								
Հայաստան	141	11.9 (7.0-16.7)	50	11.0 (1.0-21.0)	67	15.3 (6.4-24.2)	24	10.5 (3.0-18.1)
Արտերկիր	249	18.7 (12.6-24.9)	51	9.7 (0.0-22.2)	143	52.3 (42.1-62.5)	55	6.8 (0.0-14.0)
Ոչ	487	68.4 (61.3-75.4)	196	78.8 (65.2-92.5)	88	34.0 (24.2-43.8)	203	77.2 (67.7-86.7)
Չի պատասխանել	53	2.5 (0.9-4.1)	10	0.8 (0.0-7.1)	25	4.2 (0.0-11.4)	18	5.5 (3.8-7.1)
Եթե այո, քանի՞ պատահական ոչ մշտական զուգընկեր եք ունեցել վերջին 12 ամիսների ընթացքում								
1	16	51.9 (38.4-65.3)	57	63.7 (30.8-96.7)	78	40.6 (27.4-53.8)	27	56.4 (30.6-82.1)
2-4	20	43.1 (30.1-56.2)	33	33.9 (0.5-67.3)	113	52.1 (37.8-66.4)	58	37.6 (9.2-66.0)
5+	47	5.0 (0.0-12.7)	14	2.4 (0.0-25.9)	21	6.8 (0.0-14.2)	12	6.0 (0.0-24.5)

Պատահական ոչ մշտական զուգընկերոջ հետ ամենավերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործում								
Հայաստան								
	N=141		N=50		N=67		N=24	
Այո	100	57.2 (32.7-81.7)	35	52.9 (18.1-87.8)	52	74.6 (64.1-85.0)	13	41.7 (0.0-100.0)
Ոչ	36	40.6 (36.8-44.5)	14	45.1 (10.3-80.0)	13	23.1 (17.0-29.3)	9	55.8 (0.0-100.0)
Չի պատասխանել	5	2.2 (0.0-26.7)	1	2.0 (1.5-2.4)	2	2.3 (0.0-14.5)	2	2.5 (0.0-44.7)
Արտերկիր								
	N=249		N=51		N=143		N=55	
Այո	179	74.9 (65.8-84.0)	41	51.3 (14.0-88.6)	130	92.8 (90.9-94.8)	8	16.2 (0.0-35.5)
Ոչ	63	23.1 (21.2-25.0)	9	48.4 (11.2-85.7)	8	4.5 (2.9-6.0)	46	81.1 (60.6-100.0)
Չի պատասխանել	7	2.0 (0.0-11.5)	1	0.3 (-)	5	2.7 (0.2-5.3)	1	2.7 (0.0-12.0)
Պատահական ոչ մշտական զուգընկերոջ հետ պահպանակ չօգտագործելու պատճառներ (հնարավոր է մի քանի պատասխան)								
Հայաստան								
	N=41		N=15		N=15		N=11	
Շատ թանկ է	3	7.6 (0.0-15.7)	2	12.5 (-)	0	-	1	1.0 (-)
Ամաչում եմ գնել	2	7.8 (0.0-16.6)	1	12.5 (-)	1	2.8 (0.0-38.6)	0	-
Դժվար է օգտագործել	4	19.0 (2.1-36.0)	3	31.3 (0.0-68.3)	1	4.2 (-)	0	-
Նվազեցնում է հաճույքը	11	37.4 (0.0-100.0)	6	53.4 (0.0-100.0)	4	21.8 (0.0-81.1)	1	10.1 (-)
Ամաչում եմ զուգընկերոջս խնդրել օգտագործել այն	2	5.4 (-)	1	8.3 (-)	1	2.8 (-)	0	-
Վստահում եմ զուգընկերոջս	13	36.6 (0.0-98.6)	4	19.2 (0.0-100.0)	4	42.4 (0.0-100.0)	5	74.6 (0.0-100.0)
Չեմ վստահում պահպանակի օգտագործման արդյունավետությանը	3	2.9 (-)	2	2.4 (0.0-28.5)	1	8.5 (-)	0	-
Այլ	2	2.5 (-)	0	-	0	-	2	10.1 (0.0-81.4)

Չի պատասխանել	8	8.0 (3.7-12.3)	2	5.8 (0.0-24.3)	4	20.3 (0.0-48.7)	2	4.2 (0.0-89.3)
Արտերկիր								
	N=70		N=10		N=13		N=47	
Շատ թանկ է	2	0.8 (-)	1	1.4 (-)	0	-	1	0.2 (0.0-11.0)
Ամաչում եմ գնել	1	5.3 (0.0-26.8)	1	9.1 (0.0-68.6)	0	-	0	-
Դժվար է օգտագործել	4	16.7 (15.0-18.4)	2	27.4 (0.0-90.4)	0	-	2	3.7 (1.6-5.7)
Նվազեցնում է հաճույքը	37	58.2 (16.7-99.7)	6	75.3 (0.0-100.0)	3	6.7 (-)	28	55.8 (21.4-90.3)
Ամաչում եմ զուգընկերոջս խնդրել օգտագործել այն	9	25.0 (0.0-61.2)	2	36.5 (-)	1	2.9 (-)	6	14.0 (0.0-36.1)
Վստահում եմ զուգընկերոջս ջանքերից	7	12.8 (10.2-15.4)	0	-	4	54.8 (-)	3	11.9 (9.4-14.4)
Չեմ վստահում պահպանակի օգտագործման արդյունավետությանը	1	7.9 (-)	1	13.7 (-)	0	-	0	-
Այլ	4	2.1 (1.0-3.1)	0	-	0	-	4	8.6 (0.0-35.3)
Չի պատասխանել	10	8.7 (0.0-40.2)	1	0.6 (-)	6	38.5 (-)	3	5.9 (0.0-12.1)
Պատահական ոչ մշտական զուգընկերոջ/զուգընկերների հետ կյանքի ընթացքում պահպանակի օգտագործման հաճախականություն								
Հայաստան								
	N=141		N=50		N=67		N=24	
Ամեն անգամ	78	45.8 (18.4-73.1)	29	45.4 (25.8-65.0)	39	63.0 (34.6-91.3)	10	18.9 (0.0-66.8)
Ոչ միշտ	48	43.8 (33.7-53.9)	13	40.5 (0.0-85.3)	22	28.1 (20.4-35.7)	13	79.3 (30.0-100.0)
Երբեք	8	7.5 (0.1-14.8)	5	11.5 (3.2-19.9)	3	4.7 (0.0-11.8)	0	-
Չի պատասխանել	7	2.9 (0.0-30.9)	3	2.6 (0.0-48.2)	3	4.3 (0.0-32.3)	1	1.8 (0.0-14.6)
Արտերկիր								
	N=249		N=51		N=143		N=55	
Ամեն անգամ	153	63.6 (47.2-80.0)	29	26.8 (0.0-71.7)	116	86.7 (71.8-100.0)	8	13.6 (7.9-19.3)

Ոչ միշտ	78	24.1 (8.3-39.9)	15	43.6 (0.0-89.9)	18	8.2 (3.8-12.5)	45	83.0 (71.0-95.0)
Երբեք	8	9.4 (5.5-13.3)	5	26.7 (1.2-52.2)	3	2.4 (0.0-8.1)	0	-
Չի պատասխանել	10	2.9 (0.0-7.4)	2	2.9 (0.0-21.7)	6	2.8 (0.0-15.7)	2	3.4 (0.0-16.5)

* Կշռված գնահատումներ

9.5 Վճարովի զուգընկերների հետ սեռական վարքագիծը

Հիմնվելով կշռված գնահատումների վրա՝ Հայաստանում կոմերցիոն զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն ունենալու մասին հայտնել է միգրանտների 6.5%-ը, իսկ արտասահմանում՝ 14.7%-ը, մինչդեռ միգրանտների մեծ մասը (75.3%-ը) նշել է, որ կոմերցիոն զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն չի ունեցել (**Աղյուսակ 10**): Արտերկրում կոմերցիոն զուգընկերների հետ սեռական հարաբերությունն ավելի տարածված է եղել Լոռու մարզի միգրանտների շրջանում (51.8%)՝ համեմատած Շիրակի (3.5%) և Գեղարքունիքի (4.9%) մարզերի հետ: Կոմերցիոն զուգընկերների հետ Հայաստանում վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործման ցուցանիշը եղել է 56.4%, իսկ արտերկրում՝ 87.8%: Արտերկրում վերջին կոմերցիոն սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործման ցուցանիշը հատկապես բարձր է եղել Լոռու մարզի մասնակիցների շրջանում (98.0%), մինչդեռ Գեղարքունիքի մարզի մասնակիցների կողմից գրանցվել է ամենացածր ցուցանիշը (16.7%): Կոմերցիոն սեռական զուգընկերոջ հետ պահպանակ չօգտագործած մասնակիցների կողմից ամենահաճախ նշված պատճառը եղել է սեռական հաճույքի նվազումը ինչպես Հայաստանում (48.8%), այնպես էլ արտերկրում (29.8%): Կոմերցիոն սեռական զուգընկերոջ նկատմամբ վստահությունը նույնպես որպես պատճառ նշվել է Հայաստանում նման հարաբերություն ունեցած մասնակիցների 24.7%-ի կողմից, իսկ ավելի հազվադեպ նշվել են նաև այլ պատճառներ:

Ինչ վերաբերում է կոմերցիոն սեռական զուգընկերների հետ կյանքի ընթացքում պահպանակի օգտագործմանը, Հայաստանում կոմերցիոն սեռական զուգընկերների մասին հայտնած մասնակիցների 41.2%-ը, իսկ արտերկրում նման զուգընկեր ունենալու մասին հայտնած մասնակիցների 84.2%-ը նշել են, որ ամեն անգամ օգտագործել են պահպանակ: Հայաստանում կոմերցիոն սեռական զուգընկեր ունենալու մասին հայտնած մասնակիցների մոտավորապես կեսը (50.8%) նշել է, որ ոչ միշտ է օգտագործել պահպանակ, մինչդեռ միայն փոքր համամասնությունն է հայտնել, որ երկու իրավիճակում էլ երբեք պահպանակ չի օգտագործել:

Աղյուսակ 10. Կոմերցիոն զուգընկերների հետ վերջին մեկ տարվա ընթացքում Հայաստանի աշխատանքային միգրանտների սեռական վարքագիծը (թվով՝ 900)

Հայաստան		Շիրակի մարզ		Լոռու մարզ		Գեղարքունիքի մարզ	
N=900		N=300		N=300		N=300	
n	% (95% ՎՆ)*	n	% (95% ՎՆ)*	n	% (95% ՎՆ)*	n	% (95% ՎՆ)*

Վերջին տարվա ընթացքում կոմերցիոն զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն (հնարավոր է մի քանի պատասխան)								
Հայաստան	92	6.5 (2.6-10.5)	33	5.7 (0.0-14.7)	46	10.3 (3.1-17.5)	13	4.6 (3.9-5.4)
Արտերկիր	162	14.7 (9.8-19.5)	25	3.5 (0.0-10.1)	99	51.8 (42.1-61.4)	38	4.9 (0.0-11.9)
Ոչ	585	75.3 (68.2-82.5)	231	88.7 (77.5-100.0)	140	36.1 (26.3-45.9)	214	81.2 (71.7-90.7)
Չի պատասխանել	82	4.8 (1.2-8.4)	17	2.4 (0.9-4.0)	29	6.8 (3.9-9.7)	36	9.3 (3.0-15.6)
Կոմերցիոն զուգընկերոջ հետ վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործումը								
Հայաստան								
	N=92		N=33		N=46		N=13	
Այո	64	56.4 (46.9-66.0)	23	45.4 (0.0-95.8)	36	80.2 (62.2-98.2)	5	35.8 (0.0-96.1)
Ոչ	27	43.0 (40.7-45.3)	10	54.6 (4.2-100.0)	10	19.8 (1.8-37.8)	1	4.0 (0.0-34.2)
Չի պատասխանել	1	0.6 (0.0-10.3)	0	-	0	-	1	4.0 (0.0-34.2)
Արտերկիր								
	N=162		N=25		N=99		N=38	
Այո	124	87.8 (75.2-100.0)	24	63.1 (62.7-63.5)	93	98.0 (88.1-100.0)	7	16.7 (0.0-51.7)
Ոչ	32	10.3 (7.4-13.2)	1	36.9 (36.5-37.3)	5	0.7 (0.0-5.5)	26	69.4 (28.6-100.0)
Չի պատասխանել	6	1.9 (0.0-14.8)	0	-	1	1.3 (0.0-11.9)	5	13.9 (0.0-43.9)
Կոմերցիոն սեռական զուգընկերոջ հետ պահպանակ չօգտագործելու պատճառներ (հնարավոր է մի քանի պատասխան)								
Հայաստան								
	N=28		N=10		N=10		N=8	
Շատ թանկ է	2	2.6 (0.0-57.7)	0	-	0	-	2	12.5 (0.0-61.9)
Ամաչում եմ գնել	1	8.7 (4.3-13.1)	1	13.8 (0.0-37.2)	0	-	0	-
Դժվար է օգտագործել	4	35.2 (0.0-100.0)	3	51.8 (0.0-100.0)	1	16.1 (-)	0	-
Նվազեցնում է հաճույքը	12	48.8 (0.0-100.0)	5	60.8 (0.0-100.0)	6	54.3 (0.0-100.0)	1	8.3 (0.0-45.9)
Ամաչում եմ զուգընկերոջս խնդրել	2	1.4 (0.0-36.0)	0	-	2	8.6 (-)	0	-

օգտագործել այն								
Վստահում եմ զուգընկերոջս	6	24.7 (-)	3	17.7 (0.0-97.5)	1	3.2 (-)	2	62.5 (13.2- 100.0)
Չեմ վստահում պահպանակի օգտագործմա ն արդյունավետ ությանը	3	4.0 (-)	1	0.7 (-)	1	16.1 (-)	1	4.2 (0.0-65.8)
Այլ	2	2.6 (0.0-49.3)	0	-	1	8.1 (-)	1	6.3 (0.0-46.6)
Չի պատասխան ել	1	1.3 (0.0-30.1)	0	-	0	-	1	6.3 (0.0-33.4)
Արտերկիր								
	N=38		N=1		N=6		N=31	
Շատ թանկ է	0	-	0	-	0	-	0	-
Ամաչում եմ գնել	1	41.5 (41.5-41.5)	1	100.0 (-)	0	-	0	-
Դժվար է օգտագործել	3	3.0 (0.0-35.7)	0	-	0	-	3	6.6 (0.0-54.4)
Նվազեցնում է հաճույքը	21	29.8 (0.0- 100.0)	0	-	4	33.6 (-)	17	56.0 (7.3-100.0)
Ամաչում եմ զուգընկերոջս խնդրել օգտագործել այն	3	4.3 (0.0-85.1)	0	-	1	6.3 (-)	2	7.6 (0.0-31.5)
Վստահում եմ զուգընկերոջս	1	0.8 (-)	0	-	1	6.3 (-)	0	-
Չեմ վստահում պահպանակի օգտագործմա ն արդյունավետ ությանը	1	2.1 (-)	0	-	0	-	1	4.6 (0.7-8.4)
Այլ	4	4.3 (-)	0	-	1	3.2 (-)	3	8.6 (0.0-21.9)
Չի պատասխան ել	6	15.9 (-)	0	-	1	63.3 (-)	5	16.7 (0.0-60.3)
Կոմերցիոն զուգընկերոջ հետ կյանքի ընթացքում պահպանակի օգտագործման հաճախականություն								
Հայաստան								

	N=92		N=33		N=46		N=13	
Ամեն անգամ	52	41.2 (11.4-71.0)	15	26.8 (1.5-52.2)	32	72.2 (32.8-100.0)	5	14.4 (0.0-72.4)
Ոչ միշտ	31	50.8 (34.3-67.3)	14	63.8 (18.4-100.0)	9	18.5 (0.0-50.4)	8	85.6 (27.6-100.0)
Երբեք	8	7.6 (6.0-9.3)	3	8.6 (0.9-16.2)	5	9.3 (0.0-39.5)	0	-
Չի պատասխանել	1	0.4 (0.0-31.1)	1	0.8 (0.0-46.3)	0	-	0	-
Արտերկիր								
	N=162		N=25		N=99		N=38	
Ամեն անգամ	111	84.2 (66.2-100.0)	18	50.6 (6.4-94.7)	89	96.3 (81.9-100.0)	4	9.1 (0.0-38.1)
Ոչ միշտ	30	11.0 (0.0-24.4)	6	48.7 (5.1-92.3)	3	0.5 (0.0-10.2)	21	58.3 (0.1-100.0)
Երբեք	4	0.6 (0.0-14.2)	0	-	3	0.6 (0.0-7.1)	1	2.2 (0.0-11.1)
Չի պատասխանել	17	4.2 (0.0-9.9)	1	0.7 (0.0-22.4)	4	2.6 (0.0-11.9)	12	30.4 (0.0-86.9)

*Կշռված գնահատումներ

9.6 Տղամարդ զուգընկերների հետ սեռական վարքագիծը

Հիմնվելով կշռված գնահատումների վրա՝ միգրանտների 4.0%-ը հայտնել է Հայաստանում տղամարդ զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն ունենալու մասին, իսկ 2.0%-ը նշել է արտերկրում նման հարաբերություն ունենալու մասին (**Աղյուսակ 11**): Միևնույն ժամանակ մասնակիցների մեծ մասը (92.4%-ը) նշել է, որ տղամարդ զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն չի ունեցել: Հայաստանում տղամարդ զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն ունենալու ցուցանիշն ամենաբարձրն է եղել Շիրակի մարզում (5.5%), իսկ արտերկրում նույն ցուցանիշն ամենաբարձրն է եղել Գեղարքունիքի մարզի միգրանտների շրջանում (4.9%): Մասնակիցների մեծ մասը (92.4%-ը) հայտնել է, որ վերջին մեկ տարվա ընթացքում տղամարդ զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն չի ունեցել: Տղամարդ զուգընկեր ունենալու մասին հայտնած մասնակիցների շրջանում վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործման ցուցանիշն ընդհանուր առմամբ ցածր է եղել: Հայաստանում նման հարաբերություն ունեցած մասնակիցների 13.0%-ը հայտնել է տղամարդ զուգընկերոջ հետ վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակ օգտագործելու մասին, մինչդեռ 81.6%-ը նշել է, որ պահպանակ չի օգտագործել: Արտերկրում նման հարաբերություն ունեցած մասնակիցների ընդամենը 10.9%-ն է նշել, որ օգտագործել է պահպանակ, իսկ նման հարաբերություն ունեցած մասնակիցների մոտավորապես կեսը (47.2%-ը) այս հարցին չի պատասխանել: Տղամարդ զուգընկերների հետ սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակ չօգտագործած մասնակիցների կողմից առավել հաճախ նշված պատճառներից եղել է սեռական հաճույքի նվազումը ինչպես Հայաստանում (34.9%), այնպես էլ արտերկրում (13.0%): Տղամարդ

սեռական զուգընկերների հետ կյանքի ընթացքում պահպանակի օգտագործմանը վերաբերող հարցի պատասխանները տարբերվել են: Հայաստանում նման հարաբերություն ունեցած մասնակիցների 23.2%-ը հայտնել է, որ ամեն անգամ օգտագործել է պահպանակ, 46.2%-ը հայտնել է, որ պահպանակ օգտագործել է ոչ միշտ, իսկ 23.5%-ը հայտնել է, որ երբեք պահպանակ չի օգտագործել: Արտերկրում նման հարաբերություն ունեցած մասնակիցների ընդամենը 12.7%-ն է հայտնել, որ ամեն անգամ պահպանակ է օգտագործել, իսկ 14.5%-ը՝ ոչ միշտ է օգտագործել:

Աղյուսակ 11. Տղամարդ զուգընկերների հետ վերջին մեկ տարվա ընթացքում Հայաստանի աշխատանքային միգրանտների սեռական վարքագիծը (թվով՝ 900)

	Հայաստան		Շիրակի մարզ		Լոռու մարզ		Գեղարքունիքի մարզ	
	N=900		N=300		N=300		N=300	
	n	% (95% ՎՆ)*	n	% (95% ՎՆ)*	n	% (95% ՎՆ)*	n	% (95% ՎՆ)*
Վերջին տարվա ընթացքում տղամարդ զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն (հնարավոր է մի քանի պարասխան)								
Հայաստան	47	4.0 (3.1-5.0)	24	5.5 (0.0-12.2)	17	2.5 (0.0-7.6)	6	1.7 (0.9-2.5)
Արտերկիր	50	2.0 (1.0-3.0)	11	0.9 (0.0-4.4)	9	2.2 (0.0-11.3)	30	4.9 (0.1-9.7)
Ոչ	761	92.4 (87.4-97.4)	27	93.8 (84.5-100.0)	258	93.0 (85.4-100.0)	233	87.8 (79.4-96.3)
Չի պատասխանել	50	1.9 (0.0-5.6)	3	0.4 (0.3-0.5)	16	2.4 (0.0-4.9)	31	5.6 (0.9-10.2)
Տղամարդ զուգընկերոջ հետ վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործումը								
Հայաստան								
	N=47		N=24		N=17		N=6	
Այո	11	13.0 (0.0-52.9)	2	0.9 (0.0-36.9)	4	29.5 (0.0-88.9)	5	95.7 (72.3-100.0)
Ոչ	27	81.6 (37.6-100.0)	17	96.1 (39.3-100.0)	9	47.8 (0.0-100.0)	1	4.3 (0.0-27.7)
Չի պատասխանել	9	5.5 (0.0-34.6)	5	3.0 (0.0-58.3)	4	22.8 (0.0-70.0)	0	-
Արտերկիր								
	N=50		N=11		N=9		N=30	
Այո	3	10.9 (0.0-38.3)	2	13.2 (0.0-60.4)	1	30.0 (0.0-86.7)	0	-
Ոչ	21	41.8 (0.0-83.9)	5	78.6 (20.4-100.0)	3	7.9 (0.0-84.3)	13	38.8 (0.0-86.2)
Չի պատասխանել	26	47.2 (3.8-90.6)	4	8.3 (0.0-62.7)	5	62.1 (0.0-100.0)	17	61.2 (13.8-100.0)
Տղամարդ զուգընկերոջ հետ պահպանակ չօգտագործելու պատճառներ (հնարավոր է մի քանի պարասխան)								

Հայաստան								
	N=36		N=22		N=13		N=1	
Շատ թանկ է	2	0.5 (0.0-49.6)	0	-	1	0.5 (0.0-39.2)	1	100.0 (-)
Ամաչում եմ գնել	3	29.4 (0.0-83.1)	3	33.3 (0.0-91.0)	0	-	0	-
Դժվար է օգտագործել	4	24.0 (0.0-58.6)	4	27.1 (0.0-27.2)	0	-	0	-
Նվազեցնում է հաճույքը	5	34.9 (0.0-100.0)	4	37.8 (0.0-100.0)	1	12.7 (-)	0	-
Ամաչում եմ զուգընկերոջս խնդրել օգտագործել այն	2	14.1 (13.7-14.5)	2	15.9 (14.1-17.8)	0	-	0	-
Վստահում եմ զուգընկերոջս	4	5.5 (0.0-15.0)	3	5.4 (0.0-42.2)	1	6.3 (-)	0	-
Չեմ վստահում պահպանակի օգտագործման արդյունավետությանը	5	11.9 (6.6-17.2)	4	11.0 (0.4-21.7)	1	19.0 (13.2-24.8)	0	-
Այլ	1	0.3 (0.0-24.9)	0	-	1	2.4 (0.0-35.7)	0	-
Չի պատասխանել	15	16.5 (0.0-66.5)	7	11.2 (0.0-59.4)	8	59.1 (0.0-100.0)	0	-
Արտերկիր								
	N=46		N=9		N=7		N=30	
Շատ թանկ է	2	1.7 (0.0-5.6)	0	-	1	1.8 (-)	1	2.5 (0.0-9.9)
Ամաչում եմ գնել	0	-	0	-	0	-	0	-
Դժվար է օգտագործել	0	-	0	-	0	-	0	-
Նվազեցնում է հաճույքը	9	13.0 (0.0-44.8)	1	4.0 (0.0-25.5)	1	9.8 (0.0-42.7)	7	18.2 (0.0-54.7)
Ամաչում եմ զուգընկերոջս խնդրել օգտագործել այն	2	8.1 (4.3-11.9)	1	26.5 (21.5-31.6)	0	-	1	1.5 (0.0-14.3)
Վստահում եմ զուգընկերոջս	2	0.9 (0.0-15.6)	1	1.6 (-)	1	2.7 (-)	0	-
Չեմ վստահում պահպանակի օգտագործման	1	7.2 (6.8-7.7)	1	26.5 (13.5-39.6)	0	-	0	-

արդյունավետությանը								
Այլ	1	7.2 (6.4-8.1)	1	26.5 (0.0-100.0)	0	-	0	-
Չի պատասխանել	30	69.1 (25.3-100.0)	5	41.3 (0.0-100.0)	4	85.7 (4.9-100.0)	21	77.7 (30.1-100.0)
Տղամարդ զուգընկերոջ հետ կյանքի ընթացքում պահպանակի օգտագործման հաճախականություն Հայաստան								
	N=47		N=24		N=17		N=6	
Ամեն անգամ	13	23.2 (0.0-62.5)	5	16.8 (0.0-67.2)	4	19.8 (0.0-60.1)	4	87.1 (47.5-100.0)
Ոչ միշտ	11	46.2 (4.1-88.3)	7	55.2 (12.4-97.9)	2	16.1 (0.0-73.4)	2	12.9 (0.0-52.5)
Երբեք	10	23.5 (0.0-52.8)	6	25.2 (0.0-73.1)	4	28.5 (0.0-79.8)	0	-
Չի պատասխանել	13	7.1 (0.0-47.5)	6	2.9 (0.0-45.8)	7	35.6 (0.0-85.9)	0	-
Արտերկիր								
	N=50		N=11		N=9		N=30	
Ամեն անգամ	5	12.7 (7.8-17.7)	3	15.3 (0.0-58.8)	1	30.0 (0.0-100.0)	1	2.5 (0.0-38.4)
Ոչ միշտ	10	14.5 (0.0-45.1)	1	23.0 (0.0-99.3)	3	4.0 (0.0-88.4)	6	15.2 (0.0-51.6)
Երբեք	2	7.1 (0.0-25.9)	2	26.5 (0.0-68.1)	0	-	0	-
Չի պատասխանել	33	65.6 (40.3-91.0)	5	35.2 (0.0-87.8)	5	66.0 (22.4-100.0)	23	82.3 (71.0-93.6)

* Կշռված գնահատումներ

9.7. Թմրամիջոցների օգտագործում

Հիմնվելով կշռված գնահատումների վրա՝ միգրանտների շրջանում կյանքի ընթացքում թմրամիջոցների օգտագործումը համեմատաբար հազվադեպ է եղել. թմրամիջոցների երբևէ օգտագործման մասին հայտնել է մասնակիցների 2.7%-ը (**Աղյուսակ 12**): Մասնակիցների կողմից հայտնված տարածվածության ցուցանիշները նմանատիպ են եղել Շիրակի (2.9%), Լոռու (2.5%) և Գեղարքունիքի (2.2%) մարզերում: Թմրամիջոցների օգտագործման մասին հայտնած մասնակիցների շրջանում օգտագործման առավել տարածված եղանակը եղել է ծխելու միջոցով օգտագործումը (59.6%), մինչդեռ ներարկման, բերանային և քթային եղանակներով օգտագործման մասին հայտնել են ավելի հազվադեպ: Թմրամիջոցների ներարկման եղանակով օգտագործումն ընդհանուր առմամբ եղել է հազվադեպ, ընդ որում՝ թմրամիջոց օգտագործող մասնակիցների շատ փոքր թիվն է հայտնել օգտագործման այս եղանակի մասին: Ոչ մի մասնակից չի հայտնել վերջին մեկ տարվա ընթացքում ներարկման պարագաների համատեղ օգտագործման մասին:

Աղյուսակ 12. Հայաստանի աշխատանքային միգրանտների շրջանում թմրամիջոցների օգտագործումը (թվով՝ 900)

	Հայաստան		Շիրակի մարզ		Լոռու մարզ		Գեղարքունիքի մարզ	
	N=900		N=300		N=300		N=300	
	n	% (95% ՎՆ)*	n	% (95% ՎՆ)*	n	% (95% ՎՆ)*	n	% (95% ՎՆ)*
Թմրամիջոցների երբևէ օգտագործում								
Այո	32	2.7 (0.4-5.0)	11	2.9 (0.0-8.2)	14	2.5 (0.0-6.7)	7	2.2 (0.0-4.8)
Ոչ	84	96.4 (92.8-100.0)	285	96.7 (90.6-100.0)	28	96.9 (91.8-100.0)	27	94.8 (90.0-99.6)
Զի պատասխանել	23	1.0 (0.0-3.7)	4	0.4 (0.0-2.4)	4	0.6 (0.0-3.7)	15	3.0 (0.0-6.9)
	N=55		N=15		N=18		N=22	
Վերջին տարվա ընթացքում թմրամիջոցների օգտագործման եղանակներ (այն մասնակիցների շրջանում, ովքեր թմրամիջոցներ երբևէ օգտագործել են կամ այդ հարցին չեն պատասխանել) (հնարավոր է մի քանի պատասխան)								
Ներերակային	3	3.5 (-)	1	4.0 (-)	0	-	2	5.0 (-)
Բերանային	2	1.7 (-)	0	-	1	3.6 (-)	1	3.6 (-)
Քթային	4	2.7 (-)	3	5.1 (-)	0	-	1	0.2 (-)
Ծխելով	16	59.6 (46.9-72.4)	7	85.4 (-)	8	68.0 (-)	1	7.2 (-)
Այլ	2	1.1 (-)	1	0.7 (-)	0	-	1	2.4 (-)
Զի պատասխանել	30	35.5 (0.0-100.0)	5	12.7 (-)	9	28.4 (-)	16	81.7 (0.0-100.0)
	N=3		N=1		N=0		N=2	
Վերջին մեկ տարվա ընթացքում ներարկման պարագաների համատեղ օգտագործում (այն մասնակիցների շրջանում, ովքեր հայտնել են ներարկման եղանակով թմրանյութ օգտագործելու մասին)								
Այո	0	-	0	-	0	-	0	-
Ոչ	3	100.0 (-)	1	100.0 (-)	0	-	2	100.0 (-)
Վերջին տարվա ընթացքում ներարկման եղանակով թմրամիջոցների օգտագործման ժամանակ նոր, անտահանված ասեղների օգտագործում								
Ամեն անգամ	1	29.4 (-)	0	-	0	-	1	71.4 (-)
Ոչ միշտ	1	58.8 (-)	1	100.0 (-)	0	-	0	-
Երբեք	1	11.8 (-)	0	-	0	-	1	28.6 (-)
Ներարկման եղանակով թմրամիջոցների վերջին օգտագործման ժամանակ անտահանված ասեղների օգտագործում								
Այո	2	88.2 (-)	1	100.0 (-)	0	-	1	71.4 (-)
Ոչ	1	11.8 (-)	0	-	0	-	1	28.6 (-)

*Կշռված գնահատումներ

9.8 ՄԻԱՎ / ՍՃՓՎ թեստավորում

Հիմնվելով կշռված գնահատումների վրա՝ վերջին տարվա ընթացքում սեռավարակների փխտանշանների մասին ինքնուրույն հայտնված տեղեկությունները եղել են համեմատաբար հազվադեպ (**Աղյուսակ 13**): Միգրանտների 3.2%-ն է հայտնել փխտանշանների մասին, իսկ

6.5%-ը նշել է, որ չգիտի դրա մասին: ՍՃՓՎ բուժման դիմելու վայրի ընտրության վերաբերյալ մասնակիցներն առավել հաճախ նշել են հիվանդանոցները և առաջնային բժշկական կենտրոնները: ՄԻԱՎ-ի թեստավորման պատմության վերաբերյալ միգրանտների 35.0%-ը հայտնել է, որ երբևէ թեստավորվել է ՁԻԱՀ-ի համար (4.4%՝ Հայաստանում, 30.6%՝ արտերկրում), իսկ 61.1%-ը հայտնել է, որ երբեք թեստավորում չի անցել: Կյանքի ընթացքում արտերկրում ՁԻԱՀ-ի թեստավորումն առավել տարածված է եղել Լոռու մարզի միգրանտների շրջանում (66.4%), մինչդեռ երբեք թեստավորում չանցածների ցուցանիշն առավել բարձր էր Գեղարքունիքի (73.6%) և Շիրակի (70.0%) մարզերի միգրանտների շրջանում: Երբևէ թեստավորում չանցած մասնակիցների շրջանում ամենահաճախ նշված պատճառը եղել է չվարակվելու վերաբերյալ վստահությունը (48.9%), որին հաջորդել են խտրականության նկատմամբ վախը, գաղտնիության վերաբերյալ մտահոգությունները և թեստավորվելու վայրի մասին չիմացությունը: Վերջին մեկ տարվա ընթացքում թեստավորում անցած լինելու մասին ընդհանուր առմամբ հայտնել է մասնակիցների 25.1%-ը (4.1%՝ Հայաստանում, 21.0%՝ արտերկրում), իսկ 71.8%-ը վերջին մեկ տարվա ընթացքում թեստավորում չի անցել: Վերջին մեկ տարվա ընթացքում թեստավորում անցած մասնակիցների շրջանում թեստավորման առավել հաճախ նշված վայրերը եղել են պոլիկլինիկաները (47.3%) և հիվանդանոցները (32.0%), իսկ հատկապես Լոռու մարզի միգրանտների շրջանում (56.2%) մասնավոր լաբորատորիաները նույնպես տարածված են եղել:

Աղյուսակ 13. Հայաստանում ՄԻԱՎ / ՍՃՓՎ թեստավորումը (թվով՝ 900)

	Հայաստան		Շիրակի մարզ		Լոռու մարզ		Գեղարքունիքի մարզ	
	N=900		N=300		N=300		N=300	
	n	% (95% վՆ)*	n	% (95% վՆ)*	n	% (95% վՆ)*	n	% (95% վՆ)*
Վերջին տարվա ընթացքում ՍՃՓՎ-ի ախտանիշներ								
Այո	36	3.2 (0.0-9.2)	15	3.8 (0.0-8.8)	17	4.1 (2.7-5.6)	4	0.5 (0.4-0.6)
Ոչ	833	89.9 (89.7-90.1)	265	85.6 (82.4-88.8)	277	93.6 (93.1-94.2)	291	98.0 (97.9-98.2)
Զգիտեմ	25	6.5 (3.4-9.6)	20	10.6 (6.2-14.9)	2	1.2 (0.0-2.4)	3	0.9 (0.7-1.0)
Զի պատասխանել	6	0.4 (0.0-6.7)	0	-	4	1.1 (1.0-1.2)	2	0.7 (0.6-0.8)
	N=42		N=15		N=21		N=6	
Որտեղ դիմել ՍՃՓՎ-ի բուժման համար (այն մասնակիցների դեպքում, ովքեր վերջին մեկ տարվա ընթացքում ՍՃՓՎ-ի ախտանիշներ են ունեցել կամ այդ հարցին չեն պատասխանել)								
Պոլիկլինիկա	14	31.0 (-)	9	39.8 (0.0-100.0)	3	13.4 (-)	2	13.0 (-)
Հիվանդանոց	15	56.0 (0.0-100.0)	11	87.8 (18.5-100.0)	2	3.8 (-)	2	9.8 (-)
ՀԿ	1	0.3 (-)	1	0.5 (-)	0	-	0	-
Դեղատուն	0	-	0	-	0	-	0	-

Առցանց հեռաքօշկությո ուն	0	-	0	-	0	-	0	-
Ինքնաբուժվո ւմ եմ՝ առանց մասնագետի դիմելու	3	3.6 (-)	1	2.8 (-)	2	4.7 (-)	0	-
Չեմ դիմում սեռավարակն երի բուժման համար	0	-	0	-	0	-	0	-
Չի պատասխան ել	16	27.8 (-)	0	-	14	59.9 (4.3-100.0)	2	34.8 (-)
Երբևէ ՄԻԱՎ-ի թեստավորում անցե՞լ եք (հնարավոր է մի քանի պատասխան)								
	N=900		N=300		N=300		N=300	
Այո, Հայաստանու մ	71	4.4 (1.0-7.8)	32	4.4 (0.0-12.0)	25	4.6 (0.0-10.2)	14	4.4 (0.5-8.2)
Այո, արտերկրում	320	30.6 (23.8- 37.4)	88	23.0 (10.1-35.8)	171	66.4 (57.1-75.7)	61	12.1 (5.4-18.7)
Ոչ	470	61.1 (54.0- 68.2)	179	70.0 (57.3-82.6)	96	27.4 (17.6-37.2)	195	73.6 (63.4- 83.8)
Չգիտեմ	41	3.6 (2.2-5.0)	12	2.8 (0.4-5.2)	6	1.3 (0.9-1.7)	23	8.5 (2.1-14.8)
Չի պատասխան ել	18	0.8 (0.6-1.0)	2	0.3 (0.0-0.6)	8	1.3 (1.0-1.7)	8	1.6 (1.4-1.9)
	N=470		N=179		N=96		N=195	
Երբևէ ՄԻԱՎ-ի թեստավորում չանցնելու պատճառը (այն մասնակիցների շրջանում, ովքեր երբևէ ՄԻԱՎ-ի համար չեն թեստավորվել) (հնարավոր է մի քանի պատասխան)								
Վախ խտրականութ յունից կամ անհարգալիր վերաբերմուն քից	23	13.5 (6.7- 20.4)	22	20.4 (11.9-29.0)	1	0.6 (0.0-52.6)	0	-
Գաղտնապահ ության հետ կապված մտահոգությու ններ	21	13.2 (7.9- 18.5)	16	19.7 (11.8-27.7)	5	2.3 (-)	0	-
Չգիտեմ որտեղ հետազոտվել	29	5.8 (0.0- 12.8)	14	7.1 (0.0-14.3)	8	4.1 (0.2-8.0)	7	3.1 (2.5-3.6)
Սեռական հարաբերությ ուն եմ	44	7.5 (0.0- 15.6)	11	6.2 (0.0-28.0)	15	19.7 (13.6-25.8)	18	6.0 (3.7-8.3)

ունենում միայն վստահելի զուգընկերներ ի հետ								
Ամեն անգամ օգտագործում եմ պահպանակ	31	4.3 (3.0-5.6)	6	1.3 (0.0-7.6)	15	25.0 (2.7-47.3)	10	3.9 (3.0-4.8)
Վստահ եմ, որ չեմ վարակվի	229	48.9 (36.0-61.8)	93	45.2 (29.0-61.4)	27	23.8 (0.0-55.4)	109	69.6 (55.1-84.0)
Չեմ խուսափել	42	11.2 (8.0-14.3)	23	15.0 (12.6-17.4)	9	6.6 (0.6-12.5)	10	2.7 (0.3-5.1)
Այլ	13	2.0 (1.1-2.9)	1	0.6 (-)	4	7.6 (6.9-8.4)	8	3.4 (0.0-19.1)
Չի պատասխանել	68	6.2 (0.0-15.5)	9	2.1 (0.0-20.3)	24	20.1 (0.0-46.6)	35	11.8 (3.2-20.4)
	N=900		N=300		N=300		N=300	
Վերջին մեկ տարվա ընթացքում ՄԻԱՎ-ի թեստավորում անցե՞լ եք (հնարավոր է մի քանի պատասխան)								
Այո, Հայաստանում	70	4.1 (1.1-7.0)	27	3.7 (0.0-12.0)	31	5.3 (0.0-11.2)	12	3.6 (2.6-4.6)
Այո, արտերկրում	261	21.0 (14.8-27.2)	81	21.1 (7.4-34.8)	113	27.2 (18.7-35.9)	67	13.6 (6.7-20.5)
Ոչ	528	71.8 (65.0-78.5)	189	73.3 (60.4-86.2)	152	66.3 (56.1-76.4)	187	73.7 (63.9-83.5)
Չգիտեմ	34	2.4 (0.6-4.2)	8	1.7 (0.8-2.6)	4	0.7 (0.0-1.4)	22	6.4 (0.0-14.6)
Չի պատասխանել	27	1.4 (0.4-2.4)	6	0.6 (0.0-2.2)	9	2.2 (1.8-2.6)	12	2.7 (2.2-3.3)
	N=372		N=111		N=148		N=113	
Վերջին տարվա ընթացքում ՄԻԱՎ-ի թեստավորում անցնելու վայրը (այն մասնակիցների շրջանում, ովքեր երբևէ ՄԻԱՎ-ի թեստավորում անցել են կամ պատասխանել են, որ չգիտեն, կամ այդ հարցին չեն պատասխանել) (հնարավոր է մի քանի պատասխան)								
Պոլիկլինիկայում	183	47.3 (32.0-62.5)	49	49.5 (8.2-90.9)	76	39.6 (21.2-58.0)	58	51.8 (28.5-75.2)
Հիվանդանոցում	122	32.0 (18.9-45.0)	54	35.4 (0.0-76.9)	44	26.8 (11.1-42.5)	24	29.5 (28.4-30.6)
Մասնավոր լաբորատորիայում	113	25.9 (12.6-39.1)	32	19.1 (0.0-54.6)	78	56.2 (37.1-75.2)	3	1.8 (-)
Շարժական կլինիկայում	15	3.3 (0.0-13.7)	5	2.8 (0.0-61.1)	10	6.7 (1.7-11.7)	0	-
ՀԿ-ում	3	0.3 (0.1-0.5)	3	0.5 (-)	0	-	0	-
Դեղատանը	1	0.1 (-)	0	-	0	-	1	0.5 (0.0-12.0)
Այլ	5	0.3 (0.0-0.7)	4	0.4 (0.0-27.1)	0	-	1	0.5 (-)

Չի պատասխանել	48	9.2 (0.0-22.1)	2	1.8 (0.0-12.5)	16	15.7 (2.6-28.9)	30	21.2 (0.0-47.2)
---------------	----	----------------	---	----------------	----	-----------------	----	-----------------

* Կշռված գնահատումներ

9.9 ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ գիտելիքներ և ընկալումներ

Հիմնվելով կշռված գնահատումների վրա՝ PrEP-ի (ՄԻԱՎ-ի նախակոնտակնային կանխարգելման մեթոդի) վերաբերյալ իրազեկվածությունն ընդհանուր առմամբ միջին մակարդակի էր (**Աղյուսակ 14**): Միգրանտների 58.2%-ը հայտնել է, որ տեղյակ է դրա մասին, թեև տեղեկացվածության մակարդակը տարբերվում էր՝ ըստ մարզերի. Լոռու մարզում այն 32.7% էր, իսկ Գեղարքունիքում՝ 74.1%: Միգրանտների կեսից ավելին (51.0%) կարծում էր, որ ենթակա չէ ՄԻԱՎ-ով վարակվելու ռիսկին, մինչդեռ 30.1%-ը վարակվելու ռիսկը համարում էր միջին, իսկ 12.8%-ը՝ բարձր: Մյուս մարզերի համեմատ Շիրակի մարզում առավել բարձր էր այն մասնակիցների թիվը, ովքեր կարծում էին, թե իրենք ՄԻԱՎ-ով վարակվելու ռիսկին ենթակա չեն (66.1%), մինչդեռ այս ցուցանիշը Գեղարքունիքում 45.3% էր, իսկ Լոռիում՝ 17.5%: Միևնույն ժամանակ Լոռիում գրանցվել է այս հարցին չպատասխանողների ամենաբարձր ցուցանիշը՝ 18.2%, մինչդեռ Շիրակում այն եղել է 3.1, իսկ Գեղարքունիքում՝ 1.1%: ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման հիմնական միջոցների վերաբերյալ գիտելիքների ցուցանիշները տարբեր էին. 70.6%-ն ընդունել է, որ պահպանակի օգտագործումը պաշտպանում է վարակվելուց, իսկ 61.1%-ը գիտակցել է, որ սեռական զուգընկերների թվի սահմանափակումը նվազեցնում է վարակվելու ռիսկը: Միևնույն ժամանակ 69.0%-ն իմացել է, որ առողջ տեսք ունեցող անձը կարող է ապրել ՄԻԱՎ-ով: Այնուամենայնիվ, սխալ պատկերացումները շարունակում էին տարածված լինել: Ընդամենը 39.6%-ն էր ասելների / ներարկիչների համատեղ օգտագործումը նշել որպես ՄԻԱՎ-ի փոխանցման ուղի, 17.5%-ը որպես փոխանցման ուղի նշել է չախտահանված բժշկական գործիքները, իսկ 13.9%-ը՝ մորից երեխային փոխանցումը: Մյուս երկու մարզերի համեմատ Գեղարքունիքի մարզի մասնակիցների զգալի մասը (56.7%-ը) նաև հայտնել է, որ չգիտի, թե ինչից է առաջանում ՄԻԱՎ-ը, և ընդամենը 21.8%-ն էր որպես փոխանցման ուղի ճիշտ նշել անպաշտպան սեռական հարաբերությունը՝ Շիրակի 77.2%-ի և Լոռու 62.4%-ի հետ համեմատ: Բացի այդ, որոշ մասնակիցներ սխալմամբ կարծել են, որ ՄԻԱՎ-ը կարող է փոխանցվել նաև համբույրի (22.6%), նույն սրբիչը (15.3%) և նույն զուգարանակոնքը (16.4%) օգտագործելու, սննդի համատեղ օգտագործման (4.7%) և ձեռքսեղմման (2.8%) միջոցով: Հատկապես Գեղարքունիքում մասնակիցների զգալի մասը նշել է, որ չգիտի ՄԻԱՎ-ի փոխանցման ուղիների մասին: Ընդամենը 6.2%-ն էր հայտնել հետազոտությանը մասնակից բժշկական կենտրոնում ՄԻԱՎ-ի հետ կապված բուժօժանդություններից օգտվելու մասին, ինչը վկայում է ՄԻԱՎ-ին վերաբերող մասնագիտացված ծառայությունների հետ անմիջական շփման սահմանափակ լինելու մասին: Չնայած դրան՝ միգրանտների մեծ մասը (84.6%-ը) հայտնել է, որ իրենց իսկ համայնքում ՄԻԱՎ / ԱՃՓՎ-ի ուղղված բուժօժանդություններից օգտվելու հարցում իրեն հարմարավետ է զգում, ընդ որում՝ հարմարավետության ամենաբարձր մակարդակը գրանցվել է Շիրակում (87.1%) և Գեղարքունիքում (86.6%):

Աղյուսակ 14. Հայաստանում աշխատանքային միգրանտների շրջանում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ գիտելիքներն ու ընկալումները (թվով՝ 900)

	Հայաստան		Շիրակի մարզ		Լոռու մարզ		Գեղարքունիքի մարզ	
	N=900		N=300		N=300		N=300	
	n	% (95% ՎՆ)*	n	% (95% ՎՆ)*	n	% (95% ՎՆ)*	n	% (95% ՎՆ)*
PrEP-ի վերաբերյալ իրազեկվածություն								
Այո	520	58.2 (56.2-60.2)	191	62.7 (51.2-74.1)	149	32.7 (26.6-38.8)	180	74.1 (64.0-84.2)
Ոչ	348	39.7 (33.2-46.2)	91	35.0 (25.9-44.2)	141	64.0 (54.2-73.8)	116	25.6 (24.5-26.8)
Չի պատասխանել	32	2.1 (0.0-8.7)	18	2.3 (0.0-15.5)	10	3.3 (0.0-13.0)	4	0.3 (0.0-10.4)
ՄԻԱՎ-ով վարակվելու հավանականությունը								
Բարձր	117	12.8 (6.5-19.1)	44	17.3 (8.7-25.9)	39	6.6 (0.0-16.3)	34	7.2 (0.0-17.5)
Միջին	282	30.1 (25.5-34.7)	43	13.6 (2.4-24.7)	125	57.6 (49.6-65.7)	114	46.4 (36.0-56.8)
Վտանգ չկա	409	51.0 (46.9-55.1)	194	66.1 (52.5-79.7)	74	17.5 (10.1-25.0)	141	45.3 (38.6-52.0)
Չի պատասխանել	92	6.1 (0.0-13.5)	19	3.1 (0.0-9.7)	62	18.2 (11.1-25.4)	11	1.1 (0.0-6.4)
Մեկ չվարակված և հավատարիմ զուգընկեր ունենալու դեպքում ՄԻԱՎ-ով վարակվելու ռիսկը նվազում է								
Այո	518	61.1 (55.7-66.4)	195	57.6 (47.5-67.7)	218	74.6 (68.3-81.0)	105	55.8 (48.7-62.8)
Ոչ	191	18.8 (12.2-25.4)	48	21.3 (16.0-26.6)	19	4.5 (3.0-5.9)	124	27.9 (19.8-36.0)
Չգիտեմ	126	15.7 (8.1-23.4)	47	20.1 (6.0-34.1)	27	9.1 (4.0-14.2)	52	10.7 (2.5-18.9)
Չի պատասխանել	65	4.4 (1.1-7.8)	10	1.1 (0.0-11.4)	36	11.8 (7.8-15.9)	19	5.6 (1.1-10.2)
Պահպանակի օգտագործումը նվազեցնում է ՄԻԱՎ-ով վարակվելու ռիսկը								
Այո	602	70.6 (66.7-74.5)	231	67.8 (62.4-73.3)	238	80.1 (74.3-85.9)	133	68.0 (60.6-75.3)
Ոչ	146	13.7 (8.1-19.3)	30	15.2 (11.1-19.2)	14	3.6 (1.4-5.8)	102	21.0 (12.8-29.1)
Չգիտեմ	106	13.0 (6.3-19.6)	30	16.0 (7.9-24.1)	23	8.2 (6.1-10.2)	53	9.6 (0.8-18.5)
Չի պատասխանել	46	2.7 (0.5-5.0)	9	1.0 (0.0-6.5)	25	8.2 (3.1-13.2)	12	1.4 (0.0-5.1)
Առողջ տեսք ունեցող անձ կարող է ՄԻԱՎ-ով վարակված լինել								

Այո	540	69.0 (66.7-71.3)	205	67.6 (55.2-80.0)	212	75.3 (69.7-80.9)	123	66.1 (58.2-73.9)
Ոչ	169	15.8 (11.4-20.1)	43	18.5 (3.8-33.1)	21	4.2 (0.8-7.6)	105	21.1 (11.8-30.4)
Չգիտեմ	146	12.9 (6.6-19.2)	43	13.2 (6.6-19.8)	45	13.8 (6.6-21.0)	58	11.1 (2.0-20.3)
Չի պատասխանել	45	2.3 (0.0-7.3)	9	0.8 (0.0-10.2)	22	6.7 (3.6-9.8)	14	1.7 (0.0-5.8)
Ինչն է պատճառ դառնում ՄԻԱՎ-ով վարակվելուն (հնարավոր է մի քանի պատասխան)								
Ներարկիչներ ի համատեղ օգտագործում ից՝ թմրանյութեր ի օգտագործման ն ժամանակ	354	39.6 (32.6-46.6)	102	32.1 (18.6-45.6)	197	73.9 (63.8-83.7)	55	22.6 (15.4-29.9)
Մոծակի խայթոցից	81	7.8 (4.2-11.5)	8	2.4 (0.0-10.2)	56	19.9 (10.3-29.5)	17	9.7 (4.3-15.1)
Չախտահանված բժշկական պարագաներ ի օգտագործում ից	184	17.5 (11.7-23.2)	32	10.5 (0.0-24.2)	128	44.7 (34.6-54.8)	24	6.7 (1.6-11.8)
Առօրյա շփումից	29	3.9 (2.9-4.9)	9	5.8 (5.7-5.8)	13	1.2 (0.0-2.9)	7	1.8 (0.0-6.6)
Անպաշտպան սեռական հարաբերությո ուն ունենալու ժամանակ	459	62.8 (55.2-70.3)	201	77.2 (63.5-90.8)	180	62.4 (52.2-72.6)	78	21.8 (13.9-29.7)
Մորից երեխային	173	13.9 (8.8-19.0)	49	15.1 (6.8-23.4)	71	12.0 (2.4-21.6)	53	12.6 (5.9-19.3)
Չգիտեմ	245	20.3 (14.8-26.0)	62	11.6 (1.4-21.9)	36	10.3 (6.1-14.5)	147	56.7 (46.8-66.7)
Չի պատասխանել	45	2.4 (0.0-5.2)	2	0.5 (0.4-0.6)	24	7.0 1.4-12.5)	19	2.5 (0.0-8.9)
Ընդհանուր շփման միջոցով ՄԻԱՎ-ով վարակվելու ռիսկը (հնարավոր է մի քանի պատասխան)								
Համատեղ սննդի ժամանակ	48	4.7 (2.8-6.5)	15	6.1 (0.0-14.1)	26	3.9 (0.0-9.5)	7	1.5 (1.2-1.8)
Ձեռքսեղմման ընթացքում	20	2.8 (2.4-3.3)	8	4.4 (4.3-4.5)	9	1.1 (0.3-1.9)	3	0.2 (0.0-1.1)

Համբույրի ժամանակ	251	22.6 (16.1-29.1)	54	15.6 (6.2-24.9)	108	36.5 (26.9-46.1)	89	27.1 (18.0-36.3)
Նույն սրբիչն օգտագործելու ժամանակ	113	15.3 (11.4-19.2)	25	9.7 (8.6-10.8)	74	39.6 (31.6-47.7)	14	3.9 (1.6-6.3)
Նույն զուգարանակ ոնքն օգտագործելու ժամանակ	129	16.4 (12.0-20.8)	38	14.2 (8.6-19.9)	57	25.6 (17.5-33.7)	34	12.2 (5.3-19.0)
Վերոնշյալներ ից ոչ մեկը	219	29.2 (23.3-35.2)	169	47.8 (34.8-60.9)	28	4.5 (0.0-9.1)	22	3.8 (1.3-6.3)
Զգիտեմ	287	26.4 (20.3-32.5)	31	13.8 (5.5-22.0)	101	27.6 (18.5-36.6)	155	61.4 (50.9-71.9)
Զի պատասխան ել	44	3.6 (.8-5.4)	6	2.6 (2.4-2.8)	21	7.0 (6.2-7.7)	17	2.5 (0.0-5.7)
Հետազոտությանը մասնակից բժշկական կենտրոնում ՄԻԱՎ-ի հետ կապված բուժօնաշարություններից օգտվելու հարմարավետություն								
Այո	99	6.2 (4.1-8.3)	44	6.4 (2.9-9.9)	38	8.2 (3.6-12.8)	17	3.3 (0.0-7.2)
Ոչ	771	91.1 (85.8-96.3)	246	90.8 (81.7-100.0)	249	87.7 (79.9-95.5)	276	95.5 (91.1-99.9)
Վստահ չեմ	12	1.7 (0.1-3.3)	7	2.6 (0.0-5.6)	2	0.3 (0.0-7.2)	3	0.8 (0.0-2.2)
Զի պատասխան ել	18	1.1 (0.0-5.7)	3	0.2 (0.0-8.2)	11	3.8 (3.0-4.7)	4	0.4 (0.0-2.1)
Համայնքում ՄԻԱՎ / ՍԾՓՎ-ի հետ կապված բուժօնաշարություններից օգտվելու հարմարավետություն								
Այո	707	84.6 (80.7-88.5)	254	87.1 (81.4-92.8)	214	76.5 (73.0-79.9)	239	86.6 (79.9-93.2)
Ոչ	94	9.8 (4.7-14.9)	30	11.9 (1.9-22.0)	18	4.0 (0.0-10.2)	46	10.0 (2.3-17.8)
Զի պատասխան ել	99	5.6 (1.9-9.4)	16	1.0 (0.0-9.8)	68	19.5 (13.5-25.5)	15	3.4 (0.0-8.0)

*Կշռված գնահատումներ

9.10 ՄԻԱՎ-ի, ՀՅՎ-ի, ՀԲՎ-ի և սիֆիլիսի տարածվածությունը

Արագ թեստավորման միջոցով մասնակիցների շրջանում բացահայտվել է ՄԻԱՎ-ի և սեռական կամ արյան ճանապարհով փոխանցվող այլ վարակների ընդհանուր առմամբ ցածր տարածվածություն: ՄԻԱՎ-ի տարածվածության ցուցանիշը շատ ցածր է եղել, ընդ որում՝ հայտնաբերվել է մեկ դրական դեպք: Դրա համապատասխան կշռված տարածվածությունը կազմել է 0.03% (95% CI 0.0-0.4): Արագ թեստավորման արդյունքում ՀՅՎ-ի տարածվածությունը եղել է ամենաբարձրը՝ 1.9%, որին հաջորդել են ՀԲՎ-ն՝ 0.7%, և սիֆիլիսը՝ 0.3% (**Աղյուսակ 15**): Հաստատող թեստավորումը հաստատել է ՄԻԱՎ-ի միակ

դեպքը և ՀՅՎ-ի վարակման վեց դեպք՝ ինչի արդյունքում ՀՅՎ-ի վերջնական տարածվածությունը կազմել է 1.1% (**Աղյուսակ 16**): Դրական դեպքերի, ընդհանուր առամբ՝ փոքր թվի պատճառով արդյունքները չեն բաշխվել ըստ մարզերի, քանի որ ենթախմբերի գնահատումները լինելու էին անկայուն և հուսալիորեն մեկնաբանելու համար դժվար:

Աղյուսակ 15. Արագ թեստավորման արդյունքում ՄԻԱՎ-ի և ՍՃՓՎ-ի տարածվածությունը

Վարակ	թիվ	Տարածվածություն (%)*	95% ՎՆ*
ՄԻԱՎ	1	0.03	0.0-0.4
ՀՅՎ	9	1.9	0.8-3.0
ՀԲՎ	5	0.7	0.0-2.1
Սիֆիլիս	3	0.3	0.0-1.1

*Կշռված գնահատումներ

Աղյուսակ 16. Հաստատող թեստավորման արդյունքում ՄԻԱՎ-ի և ՍՃՓՎ-ի տարածվածությունը

Վարակ	թիվ	Տարածվածություն (%)*	95% ՎՆ*
ՄԻԱՎ	1	0.03	0.0-0.4
ՀՅՎ	6	1.1	0.4-1.8

*Կշռված գնահատումներ

9.11 Բնակչության չափի հասշվարկ

2025–2026 թթ. «ԿՎՀՀ-լայթ» հետազոտության միջոցով ստացված աշխատանքային միգրանտների թիրախ բնակչության չափի միջնարժեքային հաշվարկը 8 543 անձ էր, ինչը զգալիորեն նվազ է 2018 թ. գնահատման արդյունքում զեկուցված 38 258 անձի միջնարժեքային հաշվարկից:

Մասնակիցները հայտնել են իրենց սոցիալական շրջապատի մեծ չափի մասին՝ արտացոլելով այլ աշխատանքային միգրանտների հետ նրանց կապերի նշանակալի փոփոխականությունը: Հիմնվելով հետազոտության չմշակված, չկշռված տվյալների վրա, մասնակիցների հայտնած սեփական սոցիալական շրջապատի միջին չափի արժեքը կազմել է 30.4 անձ՝ 1-1,000 տատանվող պատասխաններով, ինչը ցույց է տալիս մասնակիցների՝ սեփական սոցիալական շրջապատի չափերի զգալի տարատեսակությունը: Թեև մասնակիցներից շատեր հայտնել են սեփական սոցիալական շրջապատների համեմատաբար փոքր չափերի մասին, ավելի փոքր թվով մասնակիցներ նշել են շատ մեծ սոցիալական շրջապատներ: Տվյալների մաքրման և որակի ապահովման գործընթացների արդյունքում երկու չափազանց մեծ չափի շրջապատներ բնորոշվել են անհավանական, ինչը ամենայն հավանականությամբ տվյալների մուտքագրման ընթացքում կատարված կամ մասնակցի կողմից թույլ տրված սխալի հետևանք է: Վերանայման արդյունքում երկու արժեքներն էլ վերակողովորվել են որպես 1,000, ինչը համապատասխանում է հետազոտության բնակչության շրջանում իրատեսական համարված վերին սահմանին:

Հաշվի առնելով մասնակիցների կողմից նշված սոցիալական շրջապատի չափերի նկատմամբ հետազոտվող բնակչության չափի՝ սոցիալական շրջապատի վրա հիմնված հաշվարկման մեթոդի զգայունությունը և ծայրահեղ արժեքների առկայությունը՝ միջնարժեքային հաշվարկը համարվում է հետազոտվող բնակչության չափի գնահատման առավել նպատակահարմար ամփոփիչ չափում և հետևաբար ներկայացվում է որպես հիմնական հաշվարկ: 2018 թ. և 2025–2026 թթ. հաշվարկների միջև առկա էական տարբերությունը պետք է մեկնաբանել բավականին զգուշությամբ, և չպետք է համարել, որ այն արտացոլում է աշխատանքային միգրանտ բնակչության իրական հնգապատիկ նվազումը: Սոցիալական շրջապատի չափերի վերաբերյալ ներկայացված տվյալների, հետազոտության իրականացման ընթացակարգերի, հավաքագրման դինամիկաների, ծայրահեղ արժեքների մշակման և մեթոդաբանական մոտեցումների տարբերությունները կարող են ազդել ստացված հաշվարկների վրա: Երկու գնահատումները տարբերվել են իրենց մեթոդաբանությամբ, իրականացման մոտեցումներով, հավաքագրման դինամիկաներով և հետազոտվող բնակչության չափի հաշվարկի հիմքում ընկած ենթադրություններով: Բացի այդ, 2018 թ. գնահատումն իրականացվել էր երեք քաղաքային կենտրոններում (Երևան, Գյումրի, Վանաձոր), մինչդեռ 2025–2026 թթ. «ԿՎՀՀ-լայթ» հետազոտությունն իրականացվել է Շիրակի, Լոռու և Գեղարքունիքի մարզերի ավելի լայն հետազոտական վայրերում և չի ներառել Երևանը: Հետազոտվող բնակչության աշխարհագրական կազմի փոփոխությունները կարող էին ազդել սոցիալական շրջապատների բնութագրերի և հետազոտվող բնակչության չափի հաշվարկների վրա:

Ավելին՝ 2018 թ. հետազոտության չմշակված տվյալներին հասանելիության բացակայությունը սահմանափակել է հետազոտության տարբեր փուլերի ընթացքում կատարված վերլուծական որոշումների ու ենթադրությունների միջև ուղղակի համեմատական կատարելու հնարավորությունը: Հետևաբար, դիտարկված տարբերությունը, ամենայն հավանականությամբ, առնվազն մասամբ կարելի է վերագրել մեթոդաբանական և հետախուզության իրականացման գործոններին, և ոչ թե միայն հետազոտության բնակչության չափի իրական փոփոխությանը: Քանի որ սոցիալական շրջապատի չափը առանցքային մուտքանիշ է սոցիալական շրջապատի վրա հիմնված հետազոտության բնակչությանն ինչպես կշռման, այնպես էլ չափի հաշվարկման մեթոդների համար, այդ տվյալներից ստացված և՛ կշռված հաշվարկները, և՛ հետազոտության բնակչության չափի հաշվարկները մեկնաբանելիս պետք է նաև հաշվի առնել մասնակիցների պատասխանների խիստ փոփոխականությունը:

10. ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

Այս «ԿՎՀՀ-լայթ» հետազոտությունը թարմացված տվյալներ է տրամադրում Հայաստանի արական սեռի սեզոնային աշխատանքային միգրանտների շրջանում ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ խոցելիության, սեռական ռիսկային վարքագծերի, թեստավորման հասանելիության և արյան միջոցով փոխանցվող վարակների վերաբերյալ: Ընդհանուր առմամբ, արդյունքները ցույց են տալիս, որ թեև հետազոտության իրականացման ժամանակահատվածում ՄԻԱՎ-ի և այլ վարակների կենսաբանական տարածվածությունը ցածր է եղել, այնուամենայնիվ, պահպանվում են մի շարք կարևոր վարքագծային և կառուցվածքային ռիսկային գործոններ,

ինչը վկայում է թիրախային կանխարգելման և թեստավորման ծառայությունների շարունակական անհրաժեշտության մասին:

Ընթացիկ հետազոտության կարևոր արդյունքներից էր ՄԻԱՎ-ով վարակված մեկ մասնակցի հայտնաբերումը և հաստատումը, որին համապատասխան տարածվածության կշռված հաշվարկը կազմել է 0.03%: Սա զգալիորեն ավելի ցածր է 2018 թ. հետազոտության արդյունքից, որն աշխատանքային միգրանտների շրջանում հայտնաբերել էր ՄԻԱՎ-ի 1.2% տարածվածություն: Նույն կերպ ընթացիկ հետազոտության ժամանակ ՀՅՎ-ի հաստատված տարածվածությունը կազմել է 1.1%, ինչը ավելի ցածր է 2018 թ. 3.3%-ից, մինչդեռ ՀԲՎ-ի (0.7%՝ 0.6%-ի համեմատ) և սիֆիլիսի (0.3%՝ 0.5%-ի համեմատ) տարածվածությունը երկու հետազոտություններում էլ մնացել է ցածր: Այս տարբերությունները կարող են արտացոլել համաճարակաբանական առումով իրական բարելավում, ժամանակի ընթացքում թեստավորման և կանխարգելման ծառայությունների առավել ընդլայնում, միգրացիոն օրինաչափությունների փոփոխություններ կամ երկու հետազոտությունների ընտրանքների շրջանակների միջև առկա տարբերություններ: 2018 թ. հետազոտությունը կենտրոնացած էր երեք քաղաքային կենտրոնների վրա (Երևան, Գյումրի, Վանաձոր), մինչդեռ ընթացիկ «ԿՎՀՀ-լայթ» հետազոտությունն ընդգրկում էր Շիրակի, Լոռու, Գեղարքունիքի մարզերից տասներկու բժշկական կենտրոնների կողմից հավաքագրված միգրանտների: Հետևաբար միտումների ուղղակի համեմատումները պետք է մեկնաբանել զգուշությամբ:

Չնայած հետազոտության բնակչության շրջանում ՄԻԱՎ-ի ցածր տարածվածությանը՝ ռիսկային սեռական վարքագծերը շարունակում են կարևոր նշանակություն ունենալ: Տարբեր տեսակի զուգընկերների և տարբեր միջավայրերում պահպանակի օգտագործումը եղել է ոչ հետևողական: Պատահական զուգընկերների մասին հայտնած միգրանտների շրջանում վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործման ցուցանիշը Հայաստանում 57.2% էր, իսկ արտերկրում՝ 74.9%: Նույն կերպ՝ կոմերցիոն զուգընկերների մասին հայտնած միգրանտների շրջանում վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործման ցուցանիշը 56.4% էր Հայաստանում, իսկ արտերկրում՝ 87.8%: Ի տարբերություն դրա՝ մշտական զուգընկերների հետ պահպանակի օգտագործման ցուցանիշը եղել է զգալիորեն ցածր, ընդ որում՝ Հայաստանում մշտական զուգընկերոջ հետ վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործման մասին հայտնել է մասնակիցների միայն 21.7%-ը, իսկ արտերկրում՝ 32.5%-ը: Սեռական զուգընկերոջ նկատմամբ վստահությունը նշվել է որպես մշտական զուգընկերների հետ պահպանակ չօգտագործելու ամենատարածված պատճառը, ընդ որում այն նշել է Հայաստանում նման հարաբերություն ունեցած մասնակիցների 65.6%-ը, իսկ արտերկրում՝ 49.7%-ը: Թեև ընդհանուր առմամբ պատահական զուգընկերների (Հայաստանում՝ 11.9%, իսկ արտերկրում՝ 18.7%), կոմերցիոն զուգընկերների (Հայաստանում՝ 6.5%, արտերկրում՝ 14.7%) և տղամարդ զուգընկերների (Հայաստանում՝ 4.0%, իսկ արտերկրում՝ 2.0%) հետ սեռական հարաբերություն ունենալու մասին մասնակիցները հայտնել են համեմատաբար հազվադեպ, այս խմբերում պահպանակի օգտագործումը համընդհանուր չի եղել: Օրինակ՝ Հայաստանում պատահական զուգընկերների մասին հայտնած մասնակիցների 40.6%-ը, Հայաստանում կոմերցիոն զուգընկերների մասին հայտնած մասնակիցների 43.0%-ը և Հայաստանում տղամարդ զուգընկերների մասին հայտնած մասնակիցների 81.6%-ը վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ

պահպանակ չեն օգտագործել: Այս արդյունքները ցույց են տալիս, որ ՄԻԱՎ-ի և ՍՃՓՎ-ի փոխանցման հնարավորությունները շարունակում են առկա լինել՝ չնայած հետազոտության իրականացման ժամանակահատվածում դիտարկված կենսաբանական ցածր տարածվածությանը:

Հետազոտության մասնակիցների շրջանում նկատվել են մի շարք տարբերություններ ըստ մարզերի, հատկապես Լոռու մարզում: Շիրակի և Գեղարքունիքի մարզերի համեմատ՝ Լոռու մարզի միգրանտներն ավելի հաճախ են հայտնել վերջին 30 օրերի ընթացքում սեռական հարաբերություն ունենալու մասին (78.7%՝ համապատասխանաբար 41.2%-ի և 40.3%-ի փոխարեն), արտերկրում մշտական զուգընկերների հետ սեռական հարաբերություն ունենալու մասին (33.0%՝ համապատասխանաբար 2.1%-ի և 9.1%-ի փոխարեն), արտերկրում պատահական զուգընկերների հետ սեռական հարաբերություն ունենալու մասին (52.3%՝ համապատասխանաբար 9.7%-ի և 6.8%-ի փոխարեն), արտերկրում կոմերցիոն զուգընկերների հետ սեռական հարաբերություն ունենալու մասին (51.8%՝ համապատասխանաբար 3.5%-ի և 4.9%-ի փոխարեն): Մյուս մարզերի համեմատ Լոռու մարզի միգրանտները նաև հայտնել են ավելի երկար ժամանակով արտերկրում գտնվելու մասին և ավելի հաճախ են նշել, որ աշխատել են փոքր քաղաքներում: Միևնույն ժամանակ, այլ մարզերի միգրանտների համեմատ, արտերկրում պատահական և կոմերցիոն զուգընկերների հետ պահպանակի օգտագործման ցուցանիշն ընդհանրապես ավելի բարձր է եղել Լոռու մարզի միգրանտների շրջանում: Այս արդյունքները վկայում են, որ միգրացիոն փորձառությունները, սոցիալական շրջապատները և ռիսկային միջավայրերը զգալիորեն կարող են տարբերվել Հայաստանի տարբեր մարզերի դեպքում: Հետևաբար, կանխարգելման ռազմավարությունները կարող են բարելավվել, եթե միգրանտներին որպես միատարր բնակչություն վերաբերվելու փոխարեն ավելի մեծ չափով հաշվի առնվեն նրանց մարզային առանձնահատկությունները:

Տարբեր տեսակի զուգընկերների շրջանում հետևողականորեն գրանցված արդյունք էր այն, որ պահպանակ չօգտագործելու համար ամենահաճախ նշված պատճառը սեռական զուգընկերոջ նկատմամբ վստահությունն էր: Սա հատկապես ակնհայտ էր մշտական զուգընկերների հետ հարաբերությունների դեպքում, բայց որոշ մասնակիցների կողմից նշվել էր նաև պատահական և կոմերցիոն զուգընկերների դեպքում: Տարբեր տեսակի զուգընկերային հարաբերությունների դեպքում պահպանակ չօգտագործելու երկրորդ ամենաշատ նշված պատճառն էր սեռական հաճույքի նվազումը: Այս արդյունքները ենթադրում են, որ պահպանակ օգտագործելու վերաբերյալ որոշումները հիմնականում պայմանավորված են հարաբերության դինամիկայով և ռիսկի ընկալումներով, այլ ոչ թե ՄԻԱՎ-ի և ՍՃՓՎ-ի կանխարգելման վերաբերյալ մտահոգություններով: Հետևաբար, կանխարգելմանն ուղղված ուղերձները կարող են բարելավվել, եթե անդրադառնան վստահության և անվտանգ զուգընկերոջ հետ կապված սխալ ընկալումների խնդրին՝ միաժամանակ նաև խրախուսելով պահպանակի օգտագործումը որպես առօրյա պաշտպանիչ վարքագիծ՝ անկախ զուգընկերոջ տեսակից:

Հատկանշական արդյունք էր այն, որ մասնակիցների բարձր համամասնությունը չէր պատասխանել տղամարդ զուգընկերների և նրանց հետ պահպանակի օգտագործման մասին հարցերին, ընդ որում՝ պատասխանել չցանկացողների ցուցանիշները տատանվում

էին մոտավորապես 49-60%-ի միջև և որոշ ցուցիչների դեպքում նույնիսկ ավելի բարձր էին: Հետազոտության ընթացքում հիմնականում այս հարցերն են ունեցել պատասխանել չցանկացողների ամենաբարձր ցուցանիշները, և դրանք, ամենայն հավանականությամբ, արտացոլում են հետազոտության բնակչության շրջանում հոմոսեքսուալ վարքագծին վերաբերող հարցերի նկատմամբ զգայունությունը, ինչպես նաև խարանի ազդեցությունը, գաղտնիության մասին մտահոգությունները և սոցիալապես ընդունված լինելու կանխակալությունը: Հետևաբար, տղամարդ զուգընկերների հետ պահպանակի օգտագործման, ինչպես նաև չօգտագործելու պատճառների վերաբերյալ արդյունքներն անհրաժեշտ է մեկնաբանել զգուշությամբ, քանի որ պատասխանները կարող են ներկայացուցչական չլինել տղամարդ զուգընկերներ ունենալու մասին հայտնած բոլոր մասնակիցների համար: Բացակայող տվյալների նշանակալի մակարդակը սահմանափակում է այս ենթախմբում պահպանակի օգտագործման օրինաչափությունների և արգելքների մասին հիմնավոր եզրահանգումներ կատարելու հնարավորությունը:

Զգայուն սեռական վարքագծի վերաբերյալ հարցերին պատասխանների բացակայության բարձր մակարդակը հատկապես ակնհայտ էր Լոռու մարզի միգրանտների շրջանում: Մի շարք ցուցիչների դեպքում Լոռու մարզի մասնակիցների պատասխանները հետևողական կերպով դրսևորել են բացակայող տվյալների ամենաբարձր մակարդակը: Օրինակ՝ Լոռու մարզից 17 մասնակից չի պատասխանել վերջին 30 օրվա ընթացքում սեռական հարաբերություն ունենալու վերաբերյալ հարցերին, 44 մասնակից չի պատասխանել վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակ օգտագործելու մասին հարցերին, իսկ 52 մասնակից չի նշել պահպանակ չօգտագործելու պատճառը: Նույն կերպ, Լոռու մարզը պատասխանների բացակայության ամենաբարձր մակարդակն է դրսևորել մշտական զուգընկերների վերաբերյալ մի շարք հարցերի պատասխանելիս, այդ թվում՝ մշտական զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերություն ունենալու մասին հարցին (թվով 34 մասնակից), Հայաստանում (թվով 29 մասնակից) և արտերկրում (թվով 26 մասնակից) վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակ օգտագործելու մասին հարցին, Հայաստանում պահպանակ չօգտագործելու պատճառների մասին հարցին (թվով 33 մասնակից), ինչպես նաև Հայաստանում մշտական զուգընկերների հետ մշտապես պահպանակ օգտագործելու մասին հարցին (թվով 30 մասնակից): Թեև հստակ չէ՝ արդյոք սա արտացոլում է պատասխանները նշելու ժամանակ մասնակիցների՝ իրենց հարմար զգալու հետ կապված կամ հետազոտության հարցումների անցկացման եղանակի և / կամ այլ համատեքստային տարբերությունները, այս օրինաչափությունը վկայում է, որ մարզային որոշ արդյունքներ անհրաժեշտ է մեկնաբանել զգուշությամբ: Բացակայող տվյալների բարձր մակարդակը կարող է վկայել սեռական վարքագծի և պահպանակի օգտագործման վերաբերյալ քննարկումների անհարմարության մասին՝ նույնիսկ հետազոտության միջավայրի գաղտնիության պայմաններում:

Ընթացիկ հետազոտության արդյունքում դիտարկված միգրացիոն բնութագիրը նաև կարևոր համատեքստ է տրամադրում ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ խոցելիության վերաբերյալ: Գրեթե բոլոր մասնակիցները հայտնել են, որ աշխատել են Ռուսաստանի Դաշնությունում (96.4%), մեծ մասը զբաղված է եղել շինարարության ոլորտում (80.5%), և մոտավորապես մեկ չորրորդը վերջին տարվա ընթացքում 7-12 ամիս անցկացրել է արտերկրում: Տնից բացակայելու երկար ժամկետները կարող են բարձրացնել սեռական նոր զուգընկերներ ձեռք բերելու

հավանականությունը՝ միաժամանակ սահմանափակելով Հայաստանում գոյություն ունեցող և մասնակիցներին ծանոթ առողջապահական ծառայությունների, կանխարգելման ծրագրերի և թեստավորման հնարավորությունների հասանելիությունը: Թեև հետազոտվող բնակչության շրջանում գրանցել է ՄԻԱՎ-ի ցածր տարածվածություն՝ երկարատև միգրացիայի, պահպանակի ոչ կանոնավոր օգտագործման, ինչպես նաև պատահական ու կոմերցիոն զուգընկերների հետ սեռական հարաբերության համակցությունը հիմք է տալիս շարունակել աշխատանքային միգրանտներին դիտարկել որպես ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման և թեստավորման ծառայությունների համար առաջնահերթ թիրախ բնակչություն:

ՄԻԱՎ-ի թեստավորման ցուցիչները շարունակում են մնալ ծրագրային կարևոր խնդիր: Թեև ընթացիկ հետազոտությունը ցույց է տվել, որ մասնակիցներից շատերը տեղեկացված են ՄԻԱՎ-ի թեստավորման և PrEP-ի վերաբերյալ, նախկին՝ 2018 թ. արդյունքները ցույց են տվել վերջին շրջանում անցած ՄԻԱՎ-ի թեստավորման շատ ցածր ցուցանիշներ, չնայած ծառայությունների հասանելիությանը: Կարելի է ենթադրել, որ թեստավորում անցնելու վարքագիծ ձևավորելու համար միայն գիտելիքը բավարար չէ: Թեստավորման խոչընդոտները կարող են ներառել խարանդ, վարակվելու ռիսկի ցածր ընկալումը, անհարմարությունը, ախտորոշման արդյունքի վերաբերյալ վախը, ինչպես նաև սովորական առողջապահական ծառայությունների շրջանակում բաց թողնված հնարավորությունները: Հաշվի առնելով, որ ճանապարհորդության, աշխատանքի անցնելու և / կամ ընդհանուր առողջական կարիքների համար միգրանտները հաճախ են դիմում բժշկական կենտրոններ, գոյություն ունեցող ծառայությունների շրջանակում ՄԻԱՎ-ի թեստավորումից հրաժարվելու հնարավորությամբ կամ կանոնավոր տարբերակներով ներառումը կարող է բարելավել թեստավորման տարածվածությունը:

Ընթացիկ հետազոտության կարևոր համատեքստային արդյունքներից էր տվյալների պաշտոնական հավաքագրման ավարտից կարճ ժամանակ անց ՄԻԱՎ-ով վարակված միգրանտների մի քանի դեպքի բացահայտումը, այդ թվում՝ այնպիսի մասնակիցներ, ովքեր բավարարել էին հետազոտությանը մասնակցելու իրավասության պահանջները, սակայն ՄԻԱՎ-ով ախտորոշվել էին հավաքագրման փուլի ավարտից հետո՝ սովորական թեստավորման շրջանակում: Սա ընդգծում է, որ խաչաձև հետազոտության շրջանակում չափված ցածր տարածվածությունը պարտադիր չի ենթադրում փոխանցման ռիսկի բացակայություն: Ավելի շուտ ՄԻԱՎ-ը կարող է ներկա մնալ ցածր, սակայն շարունակվող մակարդակներով, ինչը շարունակական վերահսկողություն է պահանջում, ինչպես նաև կանոնավոր կերպով նոր դեպքեր բացահայտող համակարգեր: Այս արդյունքներն ընդգծում են թեստավորման հասանելի ծառայությունների պահպանման և շարունակական վերահսկողության կարևորությունը, նույնիսկ երբ չափված տարածվածությունը շարունակում է մնալ ցածր:

Մի շարք արդյունքներ, որոնք վերաբերում են հատկապես տղամարդ զուգընկերների հետ սեռական վարքագծին և որոշ մարզային ենթախմբերի վերլուծությանը, պետք է մեկնաբանել զգուշությամբ: Որոշ վարքագծերի մասին հայտնած մասնակիցների համեմատաբար փոքր թիվը հանգեցրել է վստահության լայն միջակայքի և մի շարք հաշվարկների ճշգրտության նվազման: Թեև հանրային առողջապահության տեսանկյունից այս արդյունքները մնում են կարևոր, դրանք պետք է դիտարկել որպես վարքագծային

հնարավոր օրինաչափությունների ցուցիչներ և ոչ թե հետազոտության բնակչության մակարդակով ճշգրիտ հաշվարկներ:

Ընթացիկ հետազոտությունը միաժամանակ ցույց է տալիս համեմատաբար քիչ ծախսատար «ԿՎՀՀ-լայթ» հետազոտության մոդելի գործառնական իրագործելիությունը՝ ապակենտրոնացված բժշկական կենտրոնների կողմից տվյալների հավաքագրմանը՝ թվային գործիքների օգտագործման և ինտեգրված կենսաբանական թեստավորման միջոցով: Հետազոտության մասնակից տասներկու բժշկական կենտրոնների շրջանում մասնակից անհատների հավաքագրումը հաջողությամբ ամբողջացվել է, ընդ որում մի շարք բժշկական կենտրոններ հավաքագրման շղթաների զգալի խորություն են գրանցել, ինչը վկայում է հավասարակիցների կողմից ուղղորդված հավաքագրում իրականացնելու համար միգրանտների սոցիալական շրջապատների կարևորության մասին: Այս արդյունքները վկայում են, որ Հայաստանի տարբեր մարզերում «ԿՎՀՀ-լայթ» մոտեցումները կարող են հաջողությամբ թափանցել սոցիալապես իրար կապակցված միգրանտների խմբեր՝ միաժամանակ պահանջելով նվազ ռեսուրսներ, քան ավանդական ԻԿՎՀ հետազոտություններ իրականացնելու հնարավորությունները բավարար չեն:

Ուշադրության արժանի ևս մեկ խնդիր է այն, որ հնարավոր է՝ աշխատանքային միգրանտների շրջանում ՄԻԱՎ/ՍՃՓՎ-ի թեստավորման ավելի մեծ պահանջարկ լինի, քան այն, որը պաշտոնապես բացահայտվել է ՄՈՒՀ ընտրանքի ձևավորման ժամանակ: Հետազոտության իրականացման ընթացքում քննարկում է ծավալվել այն մասին, որ հնարավոր է՝ մասնակիցները հետազայում՝ հավաքագրման ընթացքների պաշտոնապես ավարտից հետո, իրենց առողջական վիճակի նկատմամբ անձնական հետաքրքրվածությունից ելնելով, ժամկետանց ուղեգրման կտորներով դիմեն մասնակից բժշկական կենտրոններ: Սակայն մասնակից բժշկական կենտրոններից ոչ մեկը չի հայտնել հետազոտության տվյալների հավաքագրման փուլից հետո ժամկետանց ուղեգրման կտորն ներկայացնելու, ինչպես նաև հավաքագրման փուլի ավարտից հետո հավելյալ մասնակցի հավաքագրման կամ թեստավորման մասին: Թեև սա կարող է վկայել այն մասին, որ հավաքագրման շղթաները մեծ մասամբ կարողացել են հանել հարցման ժամանակահատվածում ներգրավված սոցիալապես կապակցված շրջապատներին, հնարավոր է նաև, որ թեստավորմամբ հետաքրքրված որոշ անձինք չեն կարողացել կամ չեն ցանկացել հավաքագրման ավարտից հետո ներկայանալ: Հետևաբար, հետազոտության ավարտից հետո պետք չէ մարդկանց չներկայանալն անպայման մեկնաբանել որպես միգրանտ բնակչության շրջանակում թեստավորման չբավարարված կարիքների բացակայություն, հատկապես հաշվի առնելով մասնակից մարզերում հետազոտության ավարտից հետո ՄԻԱՎ-ի դեպքերի շարունակական հայտնաբերման վերաբերյալ ավելի լայն համատեքստային տվյալները:

Ամփոփելով՝ 2018 թ. համեմատությամբ ներկա արդյունքները ցույց են տալիս Հայաստանի աշխատանքային միգրանտների շրջանում ՄԻԱՎ-ի և ՀՅՎ-ի չափված տարածվածության ավելի ցածր մակարդակ, բայց նաև շարունակվող վարքագծային ռիսկեր, մարզային զգալի տարբերություններ, պահպանակի ոչ հետևողական օգտագործում և ՄԻԱՎ-ի

թեստավորման ընդգրկվածության շարունակվող բացեր: Միգրանտները շարունակում են մնալ Հայաստանի ՄԻԱՎ-ի դեմ պայքարի հիմնական թիրախային խմբերից մեկը՝ իրենց շարունակական տեղաշարժվելու, արտերկրում գտնվելու երկարատև ժամանակահատվածների, մշտական սեռական զուգընկերներից բաժանման և ՄԻԱՎ-ի բարձր տարածվածություն ունեցող արտաքին աշխատաշուկաների հետ շարունակվող կապերի պատճառով: Կանխարգելման միջոցառումների նպատակային և շարունակական իրականացումը, ապակենտրոնացված թեստավորումը, ռիսկերի վերաբերյալ հաղորդակցությունը և պարբերական հսկողության իրականացումն անհրաժեշտ են այս ոլորտում ձեռքբերումների պահպանման և ի հայտ եկող միտումների վաղ հայտնաբերման համար, ինչպես նաև ապահովելու համար, որ ՄԻԱՎ-ի տարածվածության ցածր մակարդակը չհանգեցնի կանխարգելմանն ուղղված ջանքերի թուլացմանը:

Հետազոտության իրականացումից հետո ՄԻԱՎ-ի դեպքերի բացահայտում

Թեև հետազոտության ընթացքում բացահայտվել է ՄԻԱՎ-ի վարակակիր մեկ դեպք, տվյալների հավաքագրման փուլի ավարտից կարճ ժամանակ անց մասնակից մի շարք բժշկական կենտրոններում բացահայտվել են ՄԻԱՎ-ի դրական լրացուցիչ դեպքեր: Թեև այս դեպքերը չեն ընդգրկվել հետազոտության արդյունքների մեջ՝ ժամանակային կամ մասնակցության իրավասության հետ կապված պատճառներով, սակայն դրանք կարևոր համատեքստային տեղեկություն են տրամադրում աշխարհագրական նույն տարածքներում և բնակչության նույն խմբերում ՄԻԱՎ-ի փոխանցման շարունակվող օրինաչափությունների վերաբերյալ: Կարևոր է նշել, որ նրանք հետազոտության անձնակազմի կողմից տրամադրված ուղեգրման կտրոններ չեն ներկայացրել և հայտնաբերվել են ընթացիկ թեստավորման ծառայությունների, ոչ թե ՄՄՁԸ հավաքագրման շղթաների շրջանակում:

- **«Գյումրու Էներիկո Մատտեյի անվան պոլիկլինիկա» ՓԲԸ:** ՄԻԱՎ-ի ոչ մի դրական դեպք չէր հայտնաբերվել հետազոտության իրականացման ընթացքում, որն ավատվել է 2026 թ. հունվարի 21-ին: Սակայն փետրվարի 2-ին ընթացիկ թեստավորման արդյունքում 57 տարեկան մեկ աշխատանքային միգրանտի մոտ հայտնաբերվել է ՄԻԱՎ-ի դրական արդյունք: Տարիքի պատճառով այս անձը չի բավարարել հետազոտությանը մասնակցելու իրավասության պահանջները և բժշկական կենտրոն է ներկայացել հետազոտության ավարտից հետո:
- **«Սևանի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ:** Հետազոտության աշխատանքներն ավարտվել են հունվարի 30-ին՝ դրական դեպքերի բացակայությամբ: Կարճ ժամանակ անց՝ փետրվարի 2-ին, 30 տարեկան այցելուի մոտ հայտնաբերվել է ՄԻԱՎ-ով վարակման դրական արդյունք: Թեև տվյալ անձը նախկինում ունեցել է աշխատանքային միգրացիայի փորձ, սակայն դա չի եղել վերջին մեկ տարվա ընթացքում, հետևաբար նա չի համապատասխանել հետազոտությունում ընդգրկվելու իրավասության չափանիշներին: Դեպքը հայտնաբերվել է ընթացիկ թեստավորման միջոցով:
- **«Վանաձորի բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ:** Հետազոտության ընթացքում ՄԻԱՎ-ի դրական դեպքեր չեն հայտնաբերվել: Սակայն տվյալների հավաքագրման ավարտից մի քանի օր անց միևնույն բժշկական կենտրոնում սովորական թեստավորման

արդյունքում ՄԻԱՎ-ով վարակման երկու դրական դեպք է հայտնաբերվել: Կարևոր է նշել, որ երկու անձն էլ համապատասխանում էին հետազոտությանը մասնակցելու իրավասության չափանիշներին, այդ թվում՝ նրանք 18-49 տարեկան արական սեռի աշխատանքային միգրանտներ էին, ովքեր վերջին տարվա ընթացքում առնվազն երեք ամիս աշխատել են արտերկրում:

Այս արդյունքները ցույց են տալիս, որ չնայած հետազոտության ընթացքում հայտնաբերվել է ՄԻԱՎ-ի միայն մեկ դրական դեպք, թիրախ բնակչության շրջանում ՄԻԱՎ-ի փոխանցումը մնում է առկա և հետազոտության մասնակիցների հավաքագրման սահմանափակ ժամանակահատվածի և ընտրանքի սահմանափակ չափի պայմաններում հնարավոր է, որ պատկերն ամբողջությամբ արտացոլված չլինի: Մեկ այլ հնարավոր բացատրություն է այն, որ ընտրված սերմերը և դրանց հաջորդական հավաքագրման շղթաները կարող է թափանցած լինեն այնպիսի սոցիալական շրջապատներ, որոնք չէին ընդգրկում բարձր ռիսկայնություն ներկայացնող անձանց: Արդյունքում հետազոտության չափանիշներին համապատասխանող աշխատանքային այն միգրանտները, ովքեր ՄԻԱՎ վարակակիր են, կարող է հավասարակիցների ուղղորդման միջոցով ընդգրկված չլինել, հատկապես եթե նրանք սոցիալական կապեր չեն ունեցել հետազոտությանը՝ արդեն իսկ հավաքագրման շղթաներում ներգրավված մասնակիցների հետ:

Այս արդյունքներն առաջ են քաշում յուրաքանչյուր վայրում ընտրանքի չափի սահմանափակմամբ իրականացվող խաչաձև հետազոտությունների հիմնական սահմանափակումներից մեկը, այն է՝ հետազոտության իրականացման ժամանակահատվածում հայտնաբերվող դեպքերի բացակայությունը անպայմանորեն չի ենթադրում բնակչության շրջանում վարակի բացակայությունը: Տվյալների հավաքագրումից կարճ ժամանակ անց հայտնաբերված լրացուցիչ դեպքերը հուշում են, որ այս համայնքներում ՄԻԱՎ-ի փոխանցումը շարունակում է տեղի ունենալ ցածր, բայց նաև առկա մակարդակներով: Միևնույն ժամանակ կարևոր է ավելի լայն ծրագրային միտումների շրջանակում այս արդյունքները համատեքստավորել: Ընդհանուր առմամբ՝ Գլոբալ հիմնադրամի աջակցությամբ իրականացվող միգրանտների ծրագրի նախորդ տարվա արդյունքների համեմատ դիտարկվել է ՄԻԱՎ-ի դրական դեպքերի նվազում: Ավելի լայն առումով՝ ազգային բազայի տվյալները նույնպես վկայում են 2025 թ. ՄԻԱՎ-ի նոր ախտորոշված դեպքերի նվազման մասին:

11. ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿՈՒՄՆԵՐ

Այս հետազոտության արդյունքների մեկնաբանման ժամանակ պետք է հաշվի առնել մի շարք սահմանափակումներ: Մասնակիցները հավաքագրվել էին շղթայական ուղեգրման («ձնագնդի» սկզբունքով) մեթոդի կիրառմամբ, մասնակից բժշկական կենտրոնների միջոցով, ինչը Հայաստանի բոլոր աշխատանքային միգրանտների վիճակագրորեն ներկայացուցչական ընտրանքը չի ներկայացնում: Առավել հավանական է, որ մասնակցած լինեն այն անձինք, ովքեր սոցիալական ավելի լայն կապեր ունեն կամ արդեն իսկ առնչություն ունեն առողջապահական ծառայությունների հետ, իսկ մյուս կողմից այն միգրանտները, ովքեր առողջապահական ծառայություններին սահմանափակ

հասանելիություն ունեն կամ սոցիալապես ակտիվ չեն, կարող են թերներկայացված լինել: Բացի այդ, բժշկական կենտրոնների և ՄԻԱՎ-ի հետ կապված առողջապահական ծառայություններ մատուցող կառույցների միջոցով իրականացված հավաքագրումը կարող է կողմնակալ ընտրանքի իրականացում լինել՝ ներգրավելով այնպիսի միգրանտների, ովքեր առողջապահական ծառայությունների հետ ավելի սերտ կապ ունեն և օգտվում են դրանցից: Արդյունքում նրանք, ովքեր նվազ հետաքրքրված են եղել իրենց սեփական առողջությամբ, ավելի քիչ են օգտվել առողջապահական ծառայություններից կամ ընդհանրապես նրանք, ովքեր դժվար հասանելի են եղել, հետազոտության ընտրանքում թերներկայացված կարող են լինել: Հավաքագրման օրինաչափությունները նույնպես տարբերվել են ըստ սերմերի, ընդ որում՝ մի շարք սերմեր ձևավորել են հավաքագրման երկար շղթաներ, իսկ ուրիշներ հավաքագրել են քիչ մասնակիցների կամ ընդհանրապես ոչ մի մասնակցի: Արդյունքում հավաքագրումը կարող է կենտրոնացված լինել սահմանափակ թվով փոխկապակցված սոցիալական շրջապատներում՝ մեծացնելով հավանականությունը, որ սոցիալական առավել ակտիվ կապեր ունեցող միգրանտները կարող են գերներկայացված լինել, իսկ առավել մեկուսացած կամ սոցիալական քիչ կապեր ունեցող անհատները՝ թերներկայացված: Բացի այդ, ՄՄՁԸ-ի վերլուծական մոտեցումը հիմնվում է մի շարք ենթադրությունների վրա, որոնք անհրաժեշտ են բնակչության կշռված գնահատումները ստանալու համար՝ ներառյալ հավաքագրման բավարար թվով ալիքների, սոցիալական շրջապատների շրջանում պատահական հավաքագրումների և մասնակիցների փոխկապակցված շրջապատների վերաբերյալ ենթադրությունները: Հաշվի առնելով այս հետազոտության գործառույթային պայմաններն ու հավաքագրման դինամիկաները՝ հնարավոր է, որ ոչ բոլոր միջավայրերում են այս ենթադրություններն ամբողջությամբ իրականությանը համապատասխանել, հետևաբար կշռված գնահատումներն անհրաժեշտ է զգուշությամբ մեկնաբանել: Անհրաժեշտ է հաշվի անել նաև սերմերի ընտրության հետ կապված հնարավոր կողմնակալությունը, քանի որ սկզբնական սերմերի բնութագրիչներն ու սոցիալական շրջապատները կարող են ազդած լինել հավաքագրման շղթաների միջոցով միգրանտների բնակչության տվյալ հատվածներին հասնելուն:

Այս վերլուծության շրջանում ՄՄՁԸ-ի համընկնման ախտորոշում (convergence diagnostics) պաշտոնապես չի արվել: Հետևաբար, կշռված գնահատումներն անհրաժեշտ է մեկնաբանել հիմնականում նկարագրական նպատակներով, և պետք չէ դրանք դիտարկել որպես բնակչության մակարդակով հաստատուն գնահատումներ: Թեև ՄՄՁԸ-ի կշռումները կիրառվել են մասնակից շրջապատների ներկայացուցչությունը բարելավելու նպատակով, արդյունքները հարկավոր է դիտարկել որպես բնակչության հնարավոր միտումների ցուցիչներ և ոչ թե որպես Հայաստանի բոլոր աշխատանքային միգրանտների շրջանում ՄԻԱՎ-ի տարածվածության ճշգրիտ գնահատումներ:

Զգայուն թեմաների, օրինակ՝ սեռական վարքագծի և թմրամիջոցների օգտագործման մասին վարքագծային տեղեկությունները հավաքվել են ինքնալրացվող հարցաշարերի միջոցով: Ինչպես նմանօրինակ այլ հետազոտությունների դեպքում, այստեղ ևս, սոցիալապես ընդունված լինելու ցանկությամբ պայմանավորված, պատասխանները կարող են կանխակալ լինել, ինչպես նաև որոշ մասնակիցներ կարող են թերի պատասխաններ հայտնել խարանվող վարքագծերի վերաբերյալ: Այս սահմանափակումը վերաբերում է հատկապես տղամարդ գուգընկերների միջև սեռական հարաբերություն ունենալու,

ներարկման միջոցով թմրամիջոցների օգտագործման, կոմերցիոն սեռական հարաբերության և պատահական զուգընկերների հետ սեռական հարաբերության վերաբերող հարցերին, որոնք, հնարավոր է, խիստ խարանվող թեմաներ լինեն տեղական համատեքստում: Բժշկական կենտրոնների կողմից իրականացվող հավաքագրման միջավայրը նույնպես կարող է ազդած լինել մասնակցի՝ զգայուն տեղեկություն հայտնելու պատրաստակամության վրա՝ հաշվի առնելով, որ հարցաշարերն ամբողջացվել են մասնակից բժշկական կենտրոններում, և մասնակիցները հաճախ շփվում էին իրենց իսկ համայնքներից բուժաշխատողների հետ: Բացի այդ, որոշ հարցերի պատասխանելու ժամանակ մասնակիցը պետք է հիշեր վերջին տարվա ընթացքում իր վարքագիծը, ինչը կարող էր հանգեցնել հիշողության կողմնակալության: Որոշ հարցերի դեպքում մասնակիցների մի մասն ընտրել է «չի պատասխանել» տարբերակը: Թեև այս տարբերակը ներառվել էր զգայուն հարցերին պատասխանելու ժամանակ մասնակցի ինքնորոշումն ու հարմարավետությունը հարգելու նպատակով, որոշ փոփոխականների դեպքում չպատասխանածների բարձր մակարդակը կարող է նվազեցրած լինել տվյալների բազմության ամբողջականությունը, ինչը պետք է հաշվի առնել որոշակի արդյունքներ մեկնաբանելու ժամանակ: Որոշ դեպքերում հարցաշարի բաց թողնման տրամաբանությունը և մասնակցի չպատասխանելը ևս նվազեցրել են որոշակի վերլուծությունների համար հասանելի դիտարկումների թիվը՝ հատկապես վարքագծային առավել զգայուն հարցերի դեպքում:

Հարցաշարում չպատասխանած հարցերի ամենաբարձր մակարդակները վերաբերում էին տղամարդ զուգընկերների հետ սեռական հարաբերություն ունենալուն, տղամարդ զուգընկերների հետ պահպանակի օգտագործմանը, ինչպես նաև պահպանակ չօգտագործելու պատճառներին: Որոշ ցուցիչների դեպքում չպատասխանածների մակարդակը մոտեցել կամ գերազանցել է 50%-ը, ինչը վկայում է համասեռ սեռական վարքագծերի վերաբերյալ տեղեկատվություն տրամադրելու հետ կապված անհարմարության մասին: Պատասխան չունեցող հարցերի այս բարձր մակարդակները, մի շարք խարանվող վարքագծերի մասին հաղորդված շատ ցածր տարածվածության հետ համատեղ, վկայում են այդ հարցերի վերաբերյալ մասնակիցների թերի տեղեկություն փոխանցած լինելու մասին՝ չնայած տվյալների հավաքագրման ընթացքում գաղտնիությունն ապահովելու ուղղությամբ գործադրված ջանքերին: Արդյունքում տղամարդ զուգընկերների հետ սեռական հարաբերության վերաբերող գնահատումները կարող են ազդված լինել այս հարցերի մասին մասնակիցների թերի տեղեկություն փոխանցած լինելուց և պետք է զգուշությամբ մեկնաբանվեն: Այս վարքագծերի իրական տարածվածությունը կարող է տարբերվել հաղորդված արդյունքներից, հետևաբար տղամարդ զուգընկերների մասին հայտնած տղամարդկանց շրջանում պահպանակի օգտագործման օրինաչափությունների վերաբերյալ եզրահանգումները սահմանափակ են:

Տվյալների հավաքագրման ընթացքում արձանագրվել են նաև գործառնական խնդիրներ: Տարբեր տեղամասերում մասնակցության ցուցանիշները տարբեր են եղել, և որոշ բժշկական կենտրոնների համար մասնակիցների հավաքագրման համար ավելի երկար ժամանակ է պահանջվել՝ մասնակիցների դանդաղ ներգրավման պատճառով: Մասնակիցների հավաքագրման գործընթացի վրա ազդեցություն են ունեցել նաև տարեվերջյան տոները, քանի որ շատ մասնակից բժշկական կենտրոններ դեկտեմբերի 31-

ից մինչև հունվարի 4-ը փակ են եղել, ինչպես նաև լրացուցիչ արձակուրդ են ունեցել հունվարի 6-ին և 7-ին: Բացի այդ, 2026 թ. հունվարի 1-ից իրականացվող Առողջության համընդհանուր ապահովագրության ներդրումը գործառնական հավելյալ բեռ է առաջացրել, քանի որ բուժանձնակազմը միաժամանակ հարմարվում էր նոր համակարգի պահանջներին, ինչը ազդել է հետազոտության հետ կապված գործողությունների աշխատանքային ընթացքին և ժամանակավոր կերպով նվազեցրել է հետազոտության համար բուժանձնակազմի հասանելիությունը: Այս խափանումների ազդեցությունը մեղմելու նպատակով ուղեգրման կտրոնների վավերականության ժամկետը երկարաձգվել է՝ մասնակիցներին տրամադրելով բավարար ժամանակ՝ վերադառնալու և հարցաշարն ամբողջացնելու համար: Տոներից անմիջապես առաջ կամ հետո հավաքագրված մասնակիցները կարող են նաև ներկայացնել տարբեր ռիսկայնություն կամ առողջապահական ծառայություններից օգտվելու բնութագրում, քան այն մասնակիցները, ովքեր ընդգրկվել են հավաքագրման առավել ակտիվ ժամանակահատվածում, ինչը ևս կարող էր ժամանակային հավաքագրման կողմնակալության պատճառ լինել:

Չնայած հարցաշարն ամբողջացնելու և թեստավորումն իրականացնելու համար մասնակիցներին առանձնացված տարածք տրամադրելու առումով ջանքեր են գործադրվել, գաղտնիության հարցը մասնակիցների կողմից կարող էր այլ կերպ ընկալվել, քանի որ նրանց ներգրավումն ու տվյալների հավաքագրումն իրականացվել է տեղական առաջնային բժշկական կենտրոնների միջոցով: Ընդհանուր առմամբ, մասնակիցների հավաքագրումը, թեստավորումը և նրանց կողմից հարցաշարերի ամբողջացումը կատարվել է նրանց սեփական համայնքներում, և նրանց չի թույլատրվել հետազոտության ընթացակարգերն ամբողջացնել հետազոտությանը մասնակից այլ մարզերում կամ քաղաքներում: Հետևաբար, որոշ անձինք կարող էին մտահոգություններ ունենալ իրենց անանունության և գաղտնիության վերաբերյալ, հատկապես զգայուն վարքագծերին վերաբերող հարցերի դեպքում, ինչը կարող էր ազդել մասնակցության վերաբերյալ որոշումներին և պատասխանների միտումներին:

Բացի այդ, իրականացման ընթացքում առաջացել են հարցաթերթի ծրագրային ապահովման հետ կապված որոշ տեխնիկական խնդիրներ: Որոշ դեպքերում տեխնիկական խափանումների կամ մասնակցության իրավասության սքրինինգի փուլն արագ անցնելու պատճառով անհրաժեշտ է եղել մասնակիցներին գրանցել որպես սերմ մասնակիցներ, իսկ հետագայում անցանց եղանակով նրանց կապել իրենց հավաքագրման շղթաներին: Տվյալների հավաքագրման համար օգտագործվող պլանշետների մոդելների տարբերությունները նույնպես տարբեր սարքերի վրա ծրագրային ապահովման աշխատանքի որոշ տարբերությունների պատճառ են դարձել: Այս խնդիրները բացահայտվել են ընթացիկ մշտադիտարկման ընթացքում և արագ կարգավորվել են մասնակից բժշկական կենտրոնների հետ հաղորդակցության, ուղեգրման կտրոնների բաշխման և մասնակիցների հոսքի անցանց հաշվառման միջոցով, ինչպես նաև ծրագրային ապահովման մասնագետ ծրագրավորողի հետ տվյալների հավաքագրման հարթակն ըստ անհրաժեշտության հարմարեցնելու և բարելավելու աշխատանքի համակարգման միջոցով: Որոշ միջավայրերում հետազոտության իրականացման վրա նույնպես ազդել են բժշկական կենտրոնների աշխատակիցների թվային գրագիտության մակարդակների տարբերությունները, հատկապես տվյալների հավաքագրման սկզբնական փուլերում և

էլեկտրոնային հարթակի անսարքությունների վերացման ընթացքում: Բացի այդ, թեև հետազոտության մասնակիցների բնակչությունը սահմանափակված էր 18–49 տարեկան չափահասներով, որոշ մասնակիցներ տարբեր մակարդակի ծանոթություն և հարմարավետություն էին դրսևորում պլանշետի միջոցով ինքնուրույն լրացվող հարցաթերթերի նկատմամբ, ինչը կարող է ազդած լինել հարցման լրացման արագության վրա և երբեմն նաև հետազոտությունն իրականացնող աշխատակիցների կողմից լրացուցիչ աջակցություն պահանջել: Տվյալների որակն ապահովելու նպատակով տվյալների հավաքագրման հաջորդող փուլում կարիք եղավ տվյալների մաքրման և վավերացման լայնածավալ աշխատանքներ, այդ թվում՝ մասնակիցների պատասխանների մանրամասն ընտրանքային ստուգում, հավաքագրման կապակցումների վերանայում և առանցքային փոփոխականների վավերության ստուգում (հատկապես ինքնուրույն հաղորդված շրջապատի չափի ցուցանիշի դեպքում, որը կենտրոնական նշանակություն ունի ՄՄՁԸ կշռման համար)՝ համոզվելու համար, որ դրանք հավաստի և իմաստալից պատասխաններ են պարունակում և ոչ թե սխալ կամ հակասական տվյալներ:

Քանի որ կշռված գնահատումները ստացվել են՝ հիմք ընդունելով մասնակիցների կողմից ինքնուրույն հաղորդված շրջապատի չափի ցուցանիշները, շրջապատի չափի վերաբերյալ մասնակիցների ընկալման կամ հաղորդած տվյալների անճշտությունները կարող են ազդած լինել կշռման գործընթացների և բնակչության գնահատումների վրա: Հակասական պատասխանները բացահայտելու և տվյալների որակը բարելավելու նպատակով թեև իրականացվել են պատասխանների լայնածավալ ընտրանքային ստուգումներ, տվյալների մաքրում և վավերացման ընթացակարգեր, որոշ տարողությամբ չափման սխալի առկայությունը լիովին բացառել հնարավոր չէ: Այս սահմանափակումը հատկապես էական է՝ հաշվի առնելով ՄՄՁԸ գնահատման ընթացակարգերում մասնակիցների շրջապատի չափի կարևոր նշանակությունը:

Տվյալների հավաքագրումից հետո իրականացվող մշակման փուլում ի հայտ եկան նաև վերլուծության և տվյալների կառավարման հետ կապված լրացուցիչ սահմանափակումներ: Արտահանված տվյալները վերլուծումից առաջ պահանջում էին զգալի մաքրում և վերակազմավորում, այդ թվում՝ հարցաթերթի պատասխանների՝ հայերենից անգլերեն վերակոդավորում վերլուծական ծրագրային ապահովման հետ համատեղելիությունն ապահովելու նպատակով, քանի որ ՄՄՁԸ Անալիստ ծրագրային ապահովումը փոփոխականների հայերեն անվանումներին չի աջակցում: Բացի այդ, արտահանված տվյալների հետևողականորեն կոդավորված թվային ձևաչափով ներկայացված չլինելու պատճառով վերլուծությունից առաջ լրացուցիչ ձեռքով մաքրման և վերակոդավորման կարիք էր առաջացել: Դժվարություններ են առաջացել նաև արտահանված հավաքագրման տվյալների հետ կապված, այդ թվում՝ սերմերի համարակալման, հավաքագրման կոդերի և մասնակիցների միջև կապակցումների հետևման հետ, ինչի հետևանքով որոշ դեպքերում անհրաժեշտ էր ձեռքով ստուգում և վերակազմավորում: Չնայած որակի ապահովման մանրակրկիտ ընթացակարգերին՝ մշակման այս լրացուցիչ քայլերը մեծացնում էին մարդկային սխալի առաջացման հավանականությունը:

ՄՄՁԸ գնահատումների իրականացման համար օգտագործվող վերլուծական ծրագրային ապահովումը նույնպես կարևոր մեթոդաբանական սահմանափակումներ առաջացրեց:

ՄՄՁԸ Անալիստը, որը չափազանց հարմար է բնակչության կշռված գնահատումների ստացման համար, առավել բարդ հետազոտական կամ շերտավորված վերլուծությունների դեպքում ցուցաբերում է սահմանափակ ճկունություն՝ համեմատած ստանդարտ վիճակագրական ծրագրային ապահովման հետ: Որոշ ենթախմբերի վերլուծություններն իրականացնելու համար անհրաժեշտ էր տվյալների բազայի մասնատում և փոփոխականների վերակազմավորում, իսկ որոշ ցանկալի վերլուծություններ հնարավոր չէր իրականացնել տվյալ հարթակի շրջանակում: Այս սահմանափակումները պետք է հաշվի առնել ինչպես ներկայացված արդյունքների ընդգրկման շրջանակը, այնպես էլ ճշգրտությունը մեկնաբանելու ժամանակ:

Հետազոտության բնակչության շրջանակում բացահայտված մի շարք կարևոր ենթախմբեր, այդ թվում՝ տղամարդ զուգընկերների հետ սեռական հարաբերությունների մասին հայտնած տղամարդիկ, ինչպես նաև ներարկային թմրամիջոցներ օգտագործելու և կոմերցիոն սեռական զուգընկերների մասին հաղորդած մասնակիցները համեմատաբար փոքր ընտրանքային չափեր էին ներկայացնում: Հետևաբար, այս խմբերի վերաբերյալ գնահատումները պետք է մեկնաբանել զգուշությամբ, քանի որ դիտարկումների սահմանափակ թիվը նվազեցրել է ենթախմբերին առնչվող վերլուծությունների հուսալիությունն ու ճշգրտությունը, իսկ որոշ դեպքերում հանգեցրել է վստահության լայն միջակայքերի: Այս սահմանափակումը հատկապես կարևոր էր զուգընկերներին առնչվող վերլուծությունների համար, այդ թվում՝ տղամարդ և կոմերցիոն սեռական զուգընկերների վերաբերյալ վերլուծությունների, ինչպես նաև պահպանակի օգտագործման վարքագծերի, պահպանակ չօգտագործելու պատճառների և վարքագծային այլ մանրամասն ցուցիչների ուսումնասիրության դեպքում: Հետևաբար, այս արդյունքները պետք է մեկնաբանել որպես որոշ օրինաչափությունների ցուցիչներ, այլ ոչ թե բնակչության մակարդակով ճշգրիտ գնահատումներ: Բացի այդ, հետազոտությանը մասնակցած երեք մարզերի միջև դիտակվել է մարզային նշանակալի տարասեռություն, և Հայաստանի ամբողջ մակարդակով հաշվարկված համախառն գնահատումները կարող են քողարկել վարքագծի, ծառայությունների հասանելիության և դիսկային վարքագծի ձևերի էական տարբերություններն ըստ մարզերի: Ավելին՝ հետազոտության համար ընտրված մարզերը կարող են լիովին ներկայացուցչական չլինել Հայաստանի բոլոր աշխատանքային միգրանտների համար:

Ինչ վերաբերում է զուգընկերների մասին վերլուծություններին, որոշ մասնակիցներ հայտնել են ինչպես Հայաստանում, այնպես էլ արտերկրում ունեցած սեռական զուգընկերների մասին և, հետևաբար, ընդգրկվել են երկու ենթախմբային վերլուծություններում: Բացի այդ, վարքագծին վերաբերող մի շարք լրացուցիչ հարցեր (օրինակ՝ վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ պահպանակի օգտագործման, պահպանակ չօգտագործելու պատճառների և պահպանակի օգտագործման հաճախականության մասին հարցեր) կապված չէին վայրի հետ: Հետևաբար, Հայաստանի և արտերկրի միջև համեմատությունները պետք է զգուշությամբ մեկնաբանել, քանի որ դիտարկված տարբերությունները կարող են մասամբ պայմանավորված լինել մասնակիցների խմբերի համընկնմամբ և վարքագծային ընդհանուր պատասխաններով, այլ ոչ թե ամբողջությամբ իրարից անկախ խմբերով:

ՄԻԱՎ-ի թեստավորման պատմությանը վերաբերող հարցերի պատասխաններում արձանագրվել են որոշակի անհամապատասխանություններ: Մասնակիցների փոքր մասը նշել է, որ երբևէ չի անցել ՄԻԱՎ-ի թեստավորում և ներկայացրել է երբևէ չթեստավորվելու պատճառը, սակայն հետագայում նշել է, որ վերջին 12 ամիսների ընթացքում անցել է ՄԻԱՎ-ի թեստավորում՝ հաճախ նշելով արտերկրում գտնվող թեստավորման վայրը: Այս հակասական պատասխանները վկայում են, որ որոշ մասնակիցներ կարող էին սխալ հասկանալ երբևէ իրականացված ՄԻԱՎ-ի թեստավորման և վերջին մեկ տարվա ընթացքում իրականացված ՄԻԱՎ-ի թեստավորման տարբերությունը: Հարցաթերթի հարցերի բացթողնման տրամաբանության սահմանափակումների հետ համատեղ՝ այս անհամապատասխանությունները կարող էին ազդել ՄԻԱՎ-ի թեստավորման որոշ ցուցիչների ճշգրտության վրա և պետք է հաշվի առնվեն ՄԻԱՎ-ի թեստավորման պատմությանը և վերջին շրջանում թեստավորման գործելակերպին վերաբերող արդյունքները մեկնաբանելու ժամանակ:

Հարցաթերթի ծրագրավորման հետ կապ ունեցող մեկ սխալ ազդել է ՄԻԱՎ-ի թեստավորմանը վերաբերող բաժնի վրա: Այն մասնակիցները, ովքեր ՄԻԱՎ-ի թեստավորում երբևէ անցած լինելու վերաբերյալ հարցին ընտրել էին «Չի պատասխանել» կամ «Չգիտեմ» տարբերակները, չեն ուղղորդվել դրան հաջորդող երբևէ չթեստավորվելու պատճառների վերաբերյալ հարցին, իսկ վերջին 12 ամիսների ընթացքում ՄԻԱՎ-ի թեստավորում անցած լինելու վերաբերյալ հարցին նույն պատասխանների տարբերակներն ընտրած մասնակիցները սխալմամբ ուղղորդվել էին դեպի թեստավորման վայրի վերաբերյալ հաջորդ հարցը: Թեստավորման վայրի վերաբերյալ տվյալներում այս հանգամանքը կարող էր որոշակի անհամապատասխանություններ առաջացնել, ինչը պետք է հաշվի առնել այս արդյունքները մեկնաբանելու ժամանակ:

Մասնակիցների խրախուսման միջոցներին վերաբերող մի սահմանափակում ևս պետք է հաշվի առնել: Թեև մասնակցության և հավասարակիցների կողմից նոր մասնակիցների հավաքագրմանն աջակցելու նպատակով տրամադրվել է ֆինանսական փոխհատուցում, խրախուսման գումարի չափը կարող էր բավարար չլինել բոլոր իրավասու անձանց մասնակցությունը խթանելու համար: Հայաստանի տնտեսական իրավիճակի փոփոխությունները և կյանքի թանկացումը կարող էին նվազեցնել խրախուսման գումարի ընկալվող արժեքը՝ հատկապես հաշվի առնելով հարցաթերթը և թեստավորման ընթացակարգերն ավարտելու համար պահանջվող ժամանակը: Սա կարող էր նպաստել որոշ հետազոտական վայրերում հավաքագրման ավելի դանդաղ ընթացքին և այն աշխատանքային միգրանտների հնարավոր ներկայացմանը, ովքեր ավելի քիչ էին մոտիվացված կամ հետազոտությանը մասնակցելու նվազ հնարավորություն ունեին:

Մասնակիցների խրախուսման միջոցներին վերաբերող մի սահմանափակում ևս պետք է հաշվի առնել: Թեև մասնակցության և հավասարակիցների կողմից նոր մասնակիցների հավաքագրմանն աջակցելու նպատակով տրամադրվել է ֆինանսական փոխհատուցում, խրախուսման գումարի չափը կարող էր բավարար չլինել բոլոր իրավասու անձանց մասնակցությունը խթանելու համար: Հայաստանի տնտեսական իրավիճակի փոփոխությունները և կյանքի թանկացումը կարող էին նվազեցնել խրախուսման գումարի ընկալվող արժեքը՝ հատկապես հաշվի առնելով հարցաթերթը և թեստավորման

ընթացակարգերն ավարտելու համար պահանջվող ժամանակը: Սա կարող էր նպաստել որոշ հետազոտական վայրերում հավաքագրման ավելի դանդաղ ընթացքին և այն աշխատանքային միգրանտների հնարավոր ներկայացմանը, ովքեր ավելի քիչ էին մոտիվացված կամ հետազոտությանը մասնակցելու նվազ հնարավորություն ունեին:

Հետազոտության մասնակցության իրավասության չափանիշները նույնպես սահմանափակում էին մասնակցությունը 18–49 տարեկան տղամարդկանց շրջանում: Այնուամենայնիվ, հետազոտության իրականացման ավարտից հետո «Գյումրու էներկո Մատտեյի անվան պոլիկլինիկա» ՓԲԸ-ում ՄԻԱՎ-ի դեպքերի հայտնաբերման գործընթացում բացահայտվել է ՄԻԱՎ-ով վարակակիր 57 տարեկան միգրանտ անձ, ինչը վկայում է այն մասին, որ ՄԻԱՎ-ի հետ կապված ռիսկային վարքագծերը և խոցելիությունը կարող են պահպանվել նաև ավելի բարձր տարիքային խմբերի միգրանտների շրջանում, որոնք ընդգրկված չեն եղել հարցման ընտրանքում:

Վերջապես, «ԿՎՀՀ-լայթ» մեթոդաբանությունը, ավանդական լայնածավալ կենսաբանական-վարքագծային հսկողության հետազոտությունների համեմատ, ավելի կարճ հարցաթերթ և հավաքագրման պարզեցված մոտեցում է օգտագործում: Թեև այս մոտեցումը հնարավորություն է տալիս ավելի արագ և ծախսարդյունավետ տվյալների հավաքագրում իրականացնել, այն կարող է սահմանափակել որոշակի վարքագծային և կառուցվածքային գործոնների վերաբերյալ հավաքագրվող տեղեկատվության խորությունը:

12. ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

- Այն բուժհաստատությունները, որոնք մասնակցում են Գլոբալ հիմնադրամի աջակցությամբ իրականացվող աշխատանքային միգրանտների ծրագրին, պետք է շարունակեն ՄԻԱՎ-ի ընթացիկ թեստավորում տրամադրել այն աշխատանքային միգրանտներին, ովքեր վերադառնում են միգրացիայից, հատկապես Շիրակի, Լոռու և Գեղարքունիքի մարզերում: Այն բուժհաստատությունները, որոնք ունեն աշխատանքային միգրանտ այցելուների մեծ հոսք, պետք է առաջնահերթություն տան ՄԻԱՎ-ի արագ թեստավորմանը և կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների իրականացմանը:
- Վարքագծային և ծառայություններից օգտվելու վերաբերյալ մի շարք ցուցիչներում դիտարկվել են մարզային կարևոր տարբերություններ: ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման հետագա ծրագրերը պետք է առաջնահերթություն տան այն մարզերին, որտեղ հետազոտությանը մասնակիցների շրջանում դիտարկվել են առավել բարձր ռիսկայնությամբ վարքագծային բնութագրեր՝ ապահովելով, որ ռեսուրսները, կանխարգելմանն ուղղված ուղերձները, թեստավորման և իրազեկման աշխատանքները համապատասխանեն տեղական կարիքներին:
- Հետազոտությանը մասնակից բուժհաստատությունները պետք է կանոնավոր կերպով անվճար պահպանակներ տրամադրեն հատկապես այն աշխատանքային միգրանտներին, ովքեր հայտնել են արտասահման հաճախակի ճանապարհորդությունների մասին և երկար ժամանակով հեռու են գտնվում իրենց ընտանիքներից: Պահպանակների տրամադրումը պետք է ներառվի արդեն իսկ

առկա խորհրդատվական բուժժառայությունների շրջանակում և ոչ թե իրականացվի որպես առանձին գործողություն:

- Հետազոտությունը ցույց է տվել, որ աշխատանքային միգրանտները կարող են իրենց շրջապատի միջոցով հաջողությամբ ներգրավել իրենց հավասարակիցներին: Աշխատանքային միգրանտներին ուղղված առկա ծրագրերը պետք է հավասարակիցների կողմից ուղղորդման մոտեցումները դիտարկեն ՄԻԱՎ-ի թեստավորման քարոզարշավների իրականացման ժամանակ, հատկապես երբ դրանք իրականացվում են այնպիսի ժամանակահատվածներում, երբ մեծ թվով աշխատանքային միգրանտներ վերադառնում են արտերկրից:
- ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման, թեստավորման ծառայությունների և պահպանակների օգտագործման վերաբերյալ տեղեկատվությունը պետք է աշխատանքային միգրանտներին տրամադրվի մեկնելու և վերադարձի ժամանակահատվածներում: Տեղեկատվության տրամադրումը կարելի է ներառել հետազոտությանը մասնակից բուժհաստատությունների կողմից արդեն իսկ մատուցվող ծառայությունների և աշխատանքային միգրանտներին ուղղված ծրագրերի շրջանակում:
- Բարձր ռիսկայնության վարքագծային միտումներ, պահպանակի օգտագործման ցածր մակարդակ, ՄԻԱՎ-ի թեստավորում անցնելու ցածր ցուցանիշներ և ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ գիտելիքների ավելի ցածր մակարդակ դրսևորող մարզերում անհրաժեշտ է իրականացնել լրացուցիչ որակական հետազոտություն՝ այս տարբերությունների վրա ազդող գործոններն ավելի լավ հասկանալու և հետագա միջամտությունների իրականացումն ավելի լավ ուղղորդելու նպատակով:

13. ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

Սույն «ԿՎՀՀ-լայթ» հետազոտությունը տրամադրում է Հայաստանի Շիրակի, Լոռու և Գեղարքունիքի մարզերում արական սեռի սեզոնային աշխատանքային միգրանտների շրջանում ՄԻԱՎ-ի հետ կապված վարքագծերի, բուժժառայություններից օգտվելու և արյան միջոցով փոխանցվող վարակների տարածվածության վերաբերյալ թարմացված տվյալներ: Հետազոտության արդյունքները ցույց են տալիս, որ հետազոտությանը մասնակից միգրանտների շրջանում ՄԻԱՎ-ի տարածվածությունը մնում է ցածր. հետազոտության իրականացման ընթացքում ընդամենը մեկ ՄԻԱՎ վարակակիր է հայտնաբերվել: ՀԲՎ-ի, ՀՅՎ-ի և սիֆիլիսի տարածվածությունը նույնպես ցածր է եղել, ինչը ենթադրում է, որ հետազոտության բնակչության շրջանում այս վարակների տարածվածությունը սահմանափակ է:

Հետազոտության արդյունքները նաև ընդգծում են մի շարք ցուցանիշների, այդ թվում՝ սեռական վարքագծի, պահպանակների օգտագործման, ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ գիտելիքների և ծառայություններից օգտվելու մակարդակի միջև առկա էական տարբերություններն ըստ մարզերի: Այս տարբերությունները վկայում են, որ միգրանտ բնակչության շրջանում ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման կարիքները միատեսակ չեն, և որ հետագա ծրագրերը կարող են շահել առավել թիրախավորված մոտեցում կիրառելու դեպքում: Ավելի բարձր ռիսկայնությամբ վարքագծային դրսևորումներ կամ կանխարգելիչ ծառայություններից օգտվելու ավելի ցածր մակարդակ ունեցող մարզերը կարող են հարմարեցված միջամտություններ և

կանխարգելման առավել ինտենսիվ ջանքերի գործադրում պահանջել՝ համեմատած ավելի ցածր ռիսկայնության մակարդակ ունեցող մարզերի հետ:

Հետազոտությունը նաև ցույց է տվել «ԿՎՀՀ-լայթ» մոտեցման գործառնական իրագործելիությունը՝ սովորական բուժհաստատությունների միջոցով շրթայական ուղղորդմամբ հավաքագրման մեթոդի կիրառմամբ: 12 բժշկական կենտրոնների միջոցով 900 աշխատանքային միգրանտների հաջող հավաքագրումը ցույց է տալիս այս մոտեցման ներուժը՝ ժամանակին իրականացվող, գործնական և քիչ ծախսատար հսկողության տվյալներ ստանալու համար միգրանտ բնակչության խմբերում, որոնք այլապես, ավանդական հետազոտական մեթոդների կիրառման դեպքում կարող են դժվար հասանելի լինել:

Ընդհանուր առմամբ, թեև հետազոտված մարզերի աշխատանքային միգրանտների շրջանում հետազոտության արդյունքները ՄԻԱՎ-ի բարձր տարածվածություն ցույց չեն տալիս, կանխարգելման, թեստավորման և հսկողության շարունակական միջոցառումները դեռևս կարևոր նշանակություն ունեն՝ հաշվի առնելով Հայաստանում աշխատանքային միգրացիայի ծավալները և միգրացիայի ընթացքում ՄԻԱՎ-ով վարակվելու շարունակական հավանականությունը: Արդյունքները հիմնավորում են միգրանտներին ուղղված ՄԻԱՎ-ի ծառայությունների շարունակական տրամադրումը՝ միաժամանակ ընդգծելով մարզային հսկողության տվյալների օգտագործման կարևորությունը՝ ռեսուրսների հատկացումը, միջամտությունների թիրախավորումը և ժամանակի ընթացքում միտումների մշտադիտարկումն ուղղորդելու նպատակով: «ԿՎՀՀ-լայթ» հետազոտությունների պարբերական իրականացումը կարող է արժեքավոր տեղեկատվություն տրամադրել ծրագրերի պլանավորման համար և ապահովել, որ ՄԻԱՎ-ի կանխարգելմանն ուղղված ջանքերը շարունակեն արձագանքել Հայաստանում աշխատանքային միգրանտների փոփոխվող կարիքներին:

14. ՀԱՎԵԼՎԱԾ Ա - Մասնակցության իրավասության հարցաշար

Ցուցումներ: Հարցման համակարգողը պետք է լրացնի սույն սկրինինգային հարցաշարը առաջին այցի ժամանակ հարցման տեղամաս եկող յուրաքանչյուր մասնակցի համար:

Բարև Ձեզ: Շնորհակալություն եմ հայտնում, որ ժամանակ եք հատկացնում և համաձայնվել եք մասնակցել հետազոտությանը: Նախքան սկսելը, ես պետք է պարզեմ՝ արդյոք Դուք համապատասխանում եք ընդգրկման չափանիշներին, եթե այո, ապա ես կներկայացնեմ հետազոտության նպատակներն ու ընթացակարգը մանրամասնորեն: Կարող եք վստահ լինել, որ Ձեր անձնական տվյալների գաղտնիությունը լիովին ապահովված է, և հետազոտության արդյունքները կվերլուծվեն ընդհանրացված ձևով: Կարո՞ղ եմ սկսել:

No	Հարց / Ցուցում	Պատասխանի տարբերակներ	Բաց թողնել / Ընտրության ցուցումներ
1	ՍԿՐԻՆԵՐ: Ամսաթիվ		

2	ՍԿՐԻՆԵՐ: Կտրոնի համար		
3	ՍԿՐԻՆԵՐ: Տվյալ մասնակիցը սե՞րմ է:	☐ այո ☐ ոչ	Եթե «այո» → անցեք հարց 6-ին
4	ՍԿՐԻՆԵՐ: Մասնակիցն ունի՞ վավեր կտրոն	☐ այո ☐ ոչ	Եթե «ոչ», չի համապատասխանում մասնակցության չափանիշներին
5	Արդեն մասնակե՞լ եք այս հետազոտությանը:	☐ այո ☐ ոչ	Եթե «այո», չի համապատասխանում մասնակցության չափանիշներին
6	Քանի՞ տարեկան եք հիմա (լրացած տարիքը):	_____ (18– 49 տարեկան)	Եթե <18 կամ >49, չի համապատասխանում մասնակցության չափանիշներին
7	Արդյո՞ք ներկայումս ապրում եք այս քաղաքում:	☐ այո ☐ ոչ	Եթե «ոչ», չի համապատասխանում մասնակցության չափանիշներին
8	Վերջին 1 տարվա ընթացքում 3 և ավելի ամիս գտնվել ե՞ք արտերկրում:	☐ այո ☐ ոչ	Եթե «ոչ», չի համապատասխանում մասնակցության չափանիշներին
9	Հիշե՛ք, որ Ձեր պատասխանների գաղտնիությունն ապահովվում է, և այն մարդը, ով տվել է Ձեզ կտրոն, չի իմանա Ձեր պատասխանի մասին: Ինչ-որ մեկը Ձեզ ստիպե՞լ է մասնակցել այս հետազոտությանը հակառակ Ձեր կամքին:	☐ այո ☐ ոչ ☐ չի պատասխանել	Եթե «այո», չի համապատասխանում մասնակցության չափանիշներին
10	Ինչպե՞ս եք ստացել այս կտրոնը:	☐ ընկերոջից/ծանոթից ☐ անծանոթից ☐ գտա / գնեցի / փոխանակեցի	Եթե անծանոթից կամ գտա / գնեցի / փոխանակեցի, չի համապատասխանում մասնակցության չափանիշներին
11	ՍԿՐԻՆԵՐ: Վստա՞հ եք մասնակցի պատասխանների ճշգրտությանը	☐ վստահ եմ ☐ վստահ չեմ	Եթե վստահ եմ, անց՛եք հարց 15-ին
12	ՍԿՐԻՆԵՐ: Նշե՛ք, թե ինչու վստահ չեք	☐ 18 տարեկանից ցածր է ☐ միգրանտ չէ ☐ չի ապրում հետազոտության տեղամասում ☐ այլ _____	Լրացուցիչ նշումներ

13	ՍԿՐԻՆԵՐ: Արդյո՞ք մասնակիցը գտնվում է թմրամիջոցների կամ ալկոհոլի ազդեցության տակ, ինչը կարող է անդրադառնալ տեղեկացված համաձայնություն տալու կամ հարցաշարը լրացնելու վրա:	☐ այո ☐ ոչ	Եթե «այո», չի համապատասխանում մասնակցության չափանիշներին
14	ՍԿՐԻՆԵՐ: Արդյո՞ք մասնակիցը ունի հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրներ և չի կարող տալ տեղեկացված համաձայնություն կամ լրացնել հարցաշարը:	☐ այո ☐ ոչ	Եթե «այո», չի համապատասխանում մասնակցության չափանիշներին
15	ՍԿՐԻՆԵՐ: Արդյո՞ք մասնակիցը համապատասխանում է ընդգրկման չափանիշներին (ստուգել անձնագրի կնիքով)	☐ այո ☐ ոչ	

15. ՀԱՎԵԼՎԱԾ Բ - Վարքագծային հարցաշար

Մաս 1. Ժողովրդագրական բնութագրիչներ

Հ.	Հարց	Պատասխան
101	Տարիք	_____ 99 = չի պատասխանել
102	Բնակության վայր	☐ քաղաք/համայնք ☐ գյուղ ☐ չի պատասխանել
103	Կրթություն	☐ թերի միջնակարգ ☐ միջնակարգ ☐ միջին մասնագիտական ☐ թերի բարձրագույն ☐ բարձրագույն ☐ չի պատասխանել
104	Ընտանեկան կարգավիճակ	☐ ամուրի ☐ ամուսնացած ☐ ամուսնալուծված ☐ քաղաքացիական ամուսնություն ☐ այրի ☐ չի պատասխանել
105	Ընդհանուր քանի՞ տարի եք աշխատել արտերկրում տարեկան առնվազն 3	_____ 99 = չի պատասխանել

	ամիս ժամանակահատվածով:	
106	Վերջին անգամ արտերկրում աշխատած ընդհանուր ժամանակը:	☐ 3-6 ամիս ☐ 7-12 ամիս ☐ չի պատասխանել
107	Վերջին 12 ամսում հիմնականում ո՞ր երկրում եք աշխատել (≥ 3 ամիս):	☐ Ռուսաստան ☐ Ուկրաինա ☐ այլ ☐ չի պատասխանել
107ա	Եթե այլ, խնդրում ենք նշել:	_____ 99 = չի պատասխանել
108	Վերջին 1 տարվա ընթացքում ի՞նչ բնակավայրում եք աշխատել, արտերկրում գտնվելու ժամանակ 3 ամիս և ավելի ժամանակով:	☐ մեծ քաղաք ☐ քաղաք ☐ արվարձան ☐ գյուղ ☐ չի պատասխանել
109	Վերջին 1 տարվա ընթացքում ի՞նչ աշխատանք եք կատարել 3 ամիս և ավելի ժամանակով աշխատելիս:	☐ շինարարություն ☐ գյուղատնտեսություն ☐ առևտուր ☐ սպասարկման ոլորտ ☐ այլ ☐ չի պատասխանել
109ա	Եթե այլ, խնդրում ենք նշել:	_____ 99 = չի պատասխանել
110	Ձեր զուգընկերը (կինը) հիմնականում ուղեկցում է՞ ձեզ, երբ գնում եք արտերկիր՝ աշխատելու:	☐ Այո ☐ Ոչ ☐ չամուսնացած ☐ չի պատասխանել

Մաս 2. Խմբի չափերի գնահատում

Ցանկանում ենք Ձեզ մի քանի հարց տալ Ձեր քաղաքում գտնվող միգրանտների մասին խմբի չափերը գնահատելու համար: Դա շատ կարևոր է հետագա ծրագրերի մշակման և հզորացման համար:

201	Ըստ Ձեզ՝ մոտավորապես ինչպիսի՞ն է Ձեր քաղաքում ապրող արական սեռի 18-49 տարեկան միգրանտների թիվը, որոնք աշխատելու նպատակով 3 և ավելի ամիս (բայց ոչ ավելի, քան մեկ տարի վերջին 12 ամիսների ընթացքում) գտնվել են արտերկրում:	Առավելագույն թիվ_____ Նվազագույն թիվ_____ Միջին թիվ_____
202	Ցանկանում ենք Ձեզ մի քանի հարց տալ Ձեր քաղաքում գտնվող միգրանտների մասին խմբի չափերը գնահատելու համար: Դա շատ կարևոր է հետագա ծրագրերի մշակման և հզորացման համար:	_____ 99 = չի պատասխանել
203	Այդ միգրանտներից քանիսի՞ն էք տեսել վերջին 30 օրերի ընթացքում:	_____ 99 = չի պատասխանել
503	Այն միգրանտներից, որոնց տեսել եք վերջին 30 օրերի ընթացքում, քանիսին՞ կցանկանաք հրավիրել այս հետազոտությանը մասնակցելու:	_____ 99 = չի պատասխանել

Մաս 3. Սեռական կյանքին և պահպանակի օգտագործմանն առնչվող հարցեր

Ցանկանում ենք Ձեզ մի քանի հարց ուղղել Ձեր սեռական վարքագծի վերաբերյալ: Մենք հասկանում ենք որքան անձնական են այդ հարցերը, բայց միաժամանակ ցանկանում ենք մեկ անգամ ևս նշել, որ Ձեր անձի գաղտնիությունը լիովին պահպանված է, և որ նույն հարցերն ուղղվում են հետազոտության բոլոր մասնակիցներին: Երբ մենք խոսում ենք սեռական հարաբերությունների մասին, նկատի ունենք օրալ (բերանային), հեշտոցային և անալ սեռական հարաբերությունները:

Հ.	Հարց	Պատասխանի տարբերակներ
301	Ունեցե՞լ եք սեռական հարաբերություն վերջին 30 օրվա ընթացքում:	☐ այո ☐ ոչ ☐ չի պատասխանել

302	Դուք կամ ձեր զուգընկերը օգտագործել ե՞ք պահպանակ վերջին 30 օրվա ընթացքում ունեցած վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ:	☐ այո ☐ ոչ ☐ չի պատասխանել
302ա	Եթե ոչ, ինչու՞:	☐ շատ թանկ է ☐ ամաչում եմ գնել ☐ դժվար է օգտագործել ☐ նվազեցնում է հաճույքը ☐ ամաչում եմ զուգընկերոջս խնդրել օգտագործել այն ☐ վստահում եմ զուգընկերոջս ☐ չեմ վստահում պահպանակի օգտագործման արդյունավետությանը ☐ այլ ☐ չի պատասխանել
302բ	Եթե այլ, խնդրում ենք նշել:	_____ 99 = չի պատասխանել
303	Վերջին 12 ամիսների ընթացքում արդյո՞ք ունեցել եք որևէ անսովոր սեռական արտադրություն, միզելու ժամանակ այրոց, քոր, վերքեր կամ խոցեր:	☐ այո ☐ ոչ ☐ չգիտեմ ☐ չի պատասխանել
304	Որտե՞ղ եք սովորաբար դիմում սեռավարակների բուժման կամ խորհրդատվության համար:	☐ պոլիկլինիկա ☐ հիվանդանոց ☐ մասնավոր բուժհաստատություն ☐ մասնավոր լաբորատորիայա ☐ առցանց հեռաբժշկություն ☐ ինքաբուժվում եմ՝ առանց մասնագետի դիմելու ☐ ՀԿ ☐ դեղատուն ☐ չեմ դիմում սեռավարակների բուժման համար ☐ այլ _____ ☐ չի պատասխանել

Մշտական զուգընկեր Հայաստանում կամ արտերկրում. զուգընկեր, որը ձեր կինն է (անկախ նրանից՝ գրանցված, թե քաղաքացիական ամուսնության մեջ եք) կամ ընկերուհին (որի հետ Դուք ունեցել եք մշտական սեռական հարաբերություններ առնվազն երեք ամիս)		
305	Ունեցե՞լ եք սեռական հարաբերություն մշտական զուգընկերոջ հետ վերջին մեկ տարվա ընթացքում (հնարավոր է մի քանի պատասխան):	☐ այո Հայաստանում ☐ այո արտերկրում ☐ ոչ ☐ չի պատասխանել
306	Մշտական զուգընկերոջ հետ վերջին ունեցած սեռական հարաբերության ժամանակ օգտագործել ե՞ք պահպանակ:	☐ այո ☐ ոչ ☐ չի պատասխանել
307	Որքա՞ն հաճախ եք օգտագործել պահպանակներ մշտական զուգընկերոջ/զուգընկերների հետ սեռական հարաբերությունների ժամանակ:	☐ ամեն անգամ ☐ ոչ միշտ ☐ երբեք ☐ չի պատասխանել
Պատահական ոչ մշտական զուգըներներ Հայաստանում և արտերկրում. զուգընկեր, որը Ձեր կինը չէ (անկախ նրանից քաղաքացիական ամուսնություն է, թե գրանցված ամուսնություն) կամ ընկերուհին չէ		
308	Ունեցել ե՞ք սեռական հարաբերություն ոչ մշտական (պատահական) զուգընկերոջ հետ վերջին մեկ տարվա ընթացքում (հնարավոր է մի քանի պատասխան):	☐ այո Հայաստանում ☐ այո արտերկրում ☐ ոչ ☐ չի պատասխանել
308ա	Եթե «այո» քանի՞ ոչ մշտական (պատահական) զուգընկեր եք ունեցել վերջին 12 ամիսների ընթացքում:	_____ 99 = չի պատասխանել
309	Ոչ մշտական (պատահական) զուգընկերոջ հետ վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ օգտագործե՞լ եք պահպանակ:	☐ այո ☐ ոչ ☐ չի պատասխանել
310	Որքա՞ն հաճախ եք օգտագործում պահպանակ ոչ մշտական (պատահական) զուգընկերոջ/զուգընկերների հետ սեռական հարաբերությունների ժամանակ:	☐ ամեն անգամ ☐ ոչ միշտ ☐ երբեք ☐ չի պատասխանել
Կոմերցիոն զուգընկեր Հայաստանում և արտերկրում. զուգընկեր որի հետ ունեցել եք սեռական հարաբերություն գումարի այլ նյութական արժեքի դիմաց:		

311	Ունեցե՞լ եք սեռական հարաբերություն կոմերցիոն զուգընկերոջ հետ վերջին 12 ամսվա ընթացքում (հնարավոր է մի քանի պատասխան):	☐ այո Հայաստանում ☐ այո արտերկրում ☐ ոչ ☐ չի պատասխանել
312	Կոմերցիոն զուգընկերոջ հետ վերջին սեռական հարաբերության ժամանակ օգտագործել ե՞ք պահպանակ:	☐ այո ☐ ոչ ☐ չի պատասխանել
313	Որքա՞ն հաճախ եք օգտագործել պահպանակ կոմերցիոն զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերությունների ժամանակ:	☐ ամեն անգամ ☐ ոչ միշտ ☐ երբեք ☐ չի պատասխանել
314	Ունեցել ե՞ք սեռական հարաբերություն տղամարդու հետ վերջին 12 ամսվա ընթացքում (հնարավոր է մի քանի պատասխան):	☐ այո Հայաստանում ☐ այո արտերկրում ☐ ոչ ☐ չի պատասխանել
315	Տղամարդու հետ ունեցած սեռական հարաբերության ժամանակ օգտագործել ե՞ք պահպանակ:	☐ այո ☐ ոչ ☐ չի պատասխանել
316	Որքա՞ն հաճախ եք օգտագործում պահպանակ տղամարդ զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերությունների ժամանակ:	☐ ամեն անգամ ☐ ոչ միշտ ☐ երբեք ☐ չի պատասխանել

Մաս 4. Թմրամիջոցների օգտագործմանն առնչվող հարցեր

Կցանկանայինք որոշ հարցեր տալ թմրամիջոցների օգտագործման վերաբերյալ:

Հավաստիացնում ենք Ձեզ, որ գաղտնիությունը լիովին ապահովված է:

Հ.	Հարց	Պատասխանի տարբերակներ
301	Երբևէ օգտագործել ե՞ք թմրամիջոցներ	☐ այո ☐ ոչ ☐ չի պատասխանել
302	Վերջին 12 ամիսների ընթացքում օգտագործե՞լ եք թմրանյութեր ոչ բժշկական նպատակներով (հնարավոր է մի քանի պատասխան):	☐ ներերկային ☐ բերանային ☐ քթային ☐ ծխելով ☐ այլ ☐ չի պատասխանել

302 ա	Եթե այլ, խնդրում ենք նշել:	_____ 99 = չի պատասխանել
303	Վերջին 12 ամիսների ընթացքում թմրանյութի ներարկման պարագաները կիսե՞լ եք ուրիշների հետ:	☐ այո ☐ ոչ ☐ չի պատասխանել
304	Վերջին 12 ամիսների ընթացքում որքա՞ն հաճախ եք օգտագործել նոր, ստերիլ ներարկիչ թմրանյութ օգտագործելիս:	☐ ամեն անգամ ☐ ոչ միշտ ☐ երբեք ☐ չի պատասխանել
305	Վերջին անգամ թմրանյութ ներարկելիս օգտագործե՞լ եք նոր ստերիլ ներարկիչ	☐ այո ☐ ոչ ☐ չի պատասխանել

Մաս 5. Գիտելիք ՄԻԱՎ-ի մասին և թեստավորում

Հ.	Հարց	Պատասխանի տարբերակներ
501	Դուք երբևէ հետազոտվել ե՞ք ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ (հնարավոր է մի քանի պատասխան):	☐ այո Հայաստանում ☐ այո արտերկրում ☐ ոչ ☐ չգիտեմ ☐ չի պատասխանել
501ա	Եթե ոչ, ինչու՞ (հնարավոր է մի քանի պատասխան):	☐ վախ խտրականությունից կամ անհարգալից վերաբերմունքից ☐ գաղտնապահության հետ կապված մտահոգություններ ☐ չգիտեմ որտեղ հետազոտվել ☐ սեռական հարաբերություն եմ ունենում միայն վստահելի զուգընկերների հետ ☐ միշտ օգտագործում եմ պահպանակ ☐ վստահ եմ, որ չեմ վարակվի ☐ չեմ խուսափել ☐ այլ

		☐ չի պատասխանել
501բ	Եթե այլ, խնդրում ենք նշել:	_____
502	Վերջին 12 ամիսների ընթացքում ՄԻԱՎ-ի (ВНЧ/СПИД) վերաբերյալ հետազոտվել ե՞ք (հնարավոր է մի քանի պատասխան):	☐ այո Հայաստանում ☐ այո արտերկրում ☐ ոչ ☐ չգիտեմ ☐ չի պատասխանել
503	Գիտե՞ք որտեղ կարող եք հետազոտվել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ, եթե ունենաք հետազոտվելու ցանկություն (հնարավոր է մի քանի պատասխան):	☐ այո Հայաստանում ☐ այո արտերկրում ☐ ոչ ☐ չի պատասխանել
503ա	Եթե այո, որտե՞ղ կարող եք հետազոտվել (հնարավոր է մի քանի պատասխան):	☐ պոլիկլինիկայում ☐ հիվանդանոցում ☐ մասնավոր լաբորատորիայում ☐ շարժական կլինիկայում ☐ ՀԿ-ում ☐ դեղատանը ☐ այլ _____ ☐ չի պատասխանել
503բ	Եթե այլ, խնդրում ենք նշել:	_____
504	Արդյոք տեղյակ եք ՄԻԱՎ-ի նախակոնտակտային կանխարկելման մասին:	☐ այո ☐ ոչ ☐ չգիտեմ ☐ չի պատասխանել
505	Ինչպե՞ս կգնահատեիք Ձեր ՄԻԱՎ-ով վարակվելու հավանականությունը:	☐ բարձր ☐ միջին ☐ վտանգ չկա ☐ չի պատասխանել
506	Հնարավո՞ր է նվազեցնել ՄԻԱՎ-ով վարակման վտանգը՝ ունենալով միայն մեկ չվարակված հավատարիմ զուգընկեր:	☐ այո ☐ ոչ ☐ չգիտեմ ☐ չի պատասխանել
507	Հնարավո՞ր է նվազեցնել ՄԻԱՎ-ով վարակման վտանգը պահպանակ օգտագործելով:	☐ այո ☐ ոչ ☐ չգիտեմ ☐ չի պատասխանել

508	Կարո՞ղ է արդյոք առողջ տեսք ունեցող մարդը ՄԻԱՎ-ով վարակված լինել:	☐ այո ☐ ոչ ☐ չգիտեմ ☐ չի պատասխանել
509	Ինչպե՞ս կարելի է վարակվել ՄԻԱՎ-ով (հնարավոր է մի քանի պատասխան):	☐ ներակիչների համատեղ օգտագործումից՝ թմրանյութերի օգտագործման ժամանակ ☐ մոծակի խայթոցից ☐ չախտահանված բժշկական պարագաների օգտագործումից ☐ առօրյա շփումից ☐ անպաշտպան սեռական հարաբերություն ունենալու ժամանակ ☐ մորից երեխային ☐ չգիտեմ ☐ չի պատասխանել
510	Նշված տարբերակներից որի միջոցով է հնարավոր վարակվել ՄԻԱՎ-ով (հնարավոր է մի քանի պատասխան):	☐ համատեղ սնունդ ընդունելիս ☐ ձեռքսեղմման ժամանակ ☐ համբուրվելիս ☐ միևնույն սրբիչից օգտագործելիս ☐ միևնույն սանհանգույցից օգտվելիս ☐ նշվածներից ոչ մեկը ☐ չգիտեմ ☐ չի պատասխանել
511	Դուք երբևէ ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ հետազոտվե՞լ եք այս բժշկական կենտրոնում:	☐ այո ☐ ոչ ☐ վտահ չեմ ☐ չի պատասխանել
512	Հարմարավետ եք Ձեզ զգու՞մ Ձեր համայնքում ՄԻԱՎ թեստավորման ծառայություններից օգտվելիս:	☐ այո ☐ ոչ ☐ վտահ չեմ ☐ չի պատասխանել