

ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԵՎ ԴԵՌԱՀԱՍՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԲԱԺԻՆ I. ՆԱԽԱԲԱՆ

1. Երեխաների և դեռահասների առողջության պահպանումը կարևոր է յուրաքանչյուր ընտանիքի, ողջ հասարակության համար, քանի որ նրանց զարգացման և առողջության կարգավիճակը զգալի չափով կանխորոշում է հասարակության ապագա բարեկեցությունը, հանդիսանում տնտեսական և սոցիալական կայուն զարգացման գրավական, իսկ երեխայի առողջության ոլորտում կատարվող ներդրումները դիտարկվում են որպես բարեկեցիկ ապագային ուղղված արդյունավետ ներդրումներ:

2. Լինելով խոցելի տարիքային խումբ՝ թե՛ երեխաները, թե՛ դեռահասները պահանջում են առավել ուշադրություն և առանձնահատուկ մոտեցումներ: Վերջին տասնամյակների ընթացքում միջազգային հանրությունն ընդունել է մի շարք հիմնարար հոչակագրեր և ռազմավարություններ, որոնք կոչված են բարձրացնելու կառավարությունների, հասարակության և մասնագետների իրազեկվածությունը առկա խնդիրների վերաբերյալ և մատնանշում են խնդիրների լուծման ուղիները:

3. 2014թ. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (այսուհետ՝ ԱՀԿ) կողմից ընդունվել է «Ներդրումներ երեխաների համար՝ երեխաների և դեռահասների առողջության 2016-2020թթ. եվրոպական ռազմավարությունը», 2015թ. Միավորված ազգերի կազմակերպությունը (այսուհետ՝ ՄԱԿ) հոչակել է «Փոխենք մեր աշխարհը. Օրակարգում Կայուն զարգացում մինչև 2030թ. գործողությունների պլանը», որի շրջանակներում ՄԱԿ անդամ երկրները, այդ թվում Հայաստանի Հանրապետությունն (այսուհետ՝ ՀՀ), ընդունել են Կայուն զարգացման 17 նպատակները, որոնցից 3-րդ նպատակը սահմանում է՝ «Ապահովել առողջ կյանք և խթանել բարեկեցությանը բոլոր տարիքների համար»: Այս նպատակի թիրախներից են՝ ամբողջ աշխարհում 2030 թվականին նորածնային մահացությունը չպետք է գերազանցի 12%, իսկ մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը՝ չպետք է գերազանցի 25%:

4. Անկախացումից ի վեր ՀՀ կառավարությունը մշտապես ձգտել է իր ուշադրության կենտրոնում պահել երեխաների առողջության խնդիրները և հնարավորության սահմաններում աջակցել դրանց լուծմանը: ՀՀ կառավարությունը 2009 թվականի սեպտեմբերի 10-ի N37 արձանագրային որոշմամբ հավանության արժանացրեց «Երեխաների և դեռահասների առողջության և զարգացման ռազմավարությունը» և 2010-2015թթ. գործողությունների պլանը, որի արդյունքում գրանցվել են երեխաների և

դեռահասների առողջության ցուցանիշների ակնհայտ դրական միտումներ, միևնույն ժամանակ որոշ խնդիրներ պահպանում են իրենց արդիականությունը:

5. Սույն ռազմավարությունը մշակվել է՝ նկատի ունենալով երեխաների և դեռահասների արդի հիմնախնդիրների լուծման անհրաժեշտությունը, հաշվի առնելով երեխաների և դեռահասների առողջության և զարգացման 2010–2015թթ. ռազմավարության իրականացման արդյունքները և քաղաժ դասերը, ինչպես նաև հիմք ընդունելով ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանային նոր ռազմավարության գաղափարախոսությունն ու մոտեցումները՝ միջազգային (ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանային և ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամի հայաստանյան գրասենյակների հետ համատեղ) և միջգերատեսչական համագործակցության պայմաններում:

6. Սույն ռազմավարության առաջնորդող սկզբունքներն են.

1) Մարդու կյանքի փուլերի հաջորդականություն և փոխկապակցվածությունը՝ ըստ որի մարդու կյանքի բոլոր փուլերը փոխկապակցված են: Երեխաների առողջությունը կախված է ծնողների առողջությունից, իր հերթին մեծահասակի առողջությունը կախված է մանկական և դեռահասային հասակում ձևավորված առողջական վիճակից և առողջության վարքագծից: Մյուս կողմից, որոշակիորեն առանձնանում են հենց մանկության հասակի փուլերը՝ նորածնային շրջան, վաղ մանկություն, դպրոցական տարիք և դեռահասություն, որոնք բնութագրվում են զարգացման, հիվանդացության յուրահատուկ առանձնահատկություններով:

2) Ապացուցահենությունը՝ մշակվող քաղաքականությունը և ծրագրերը հիմնվում են ապացուցողական տվյալների և մոտեցումների և ծախսարդյունավետության վերլուծության վրա:

3) Միջգերատեսչական համագործակցության և մասնակցային մոտեցումների խրախուսումը՝ ըստ որի երեխաների և դեռահասների առողջության վրա ներազդող գործոնները բազմազան են և պահանջում են բոլոր ներգրավված ոլորտների համագործակցություն՝ տարբեր մակարդակներում, սկսած՝ համայնքային: Մասնակցային մոտեցումները նախատեսում են մասնագետների, որոշում կայացնողների, խնամք իրականացնողների և երեխաների ներգրավվում ռազմավարության մշակման և ներդրման բոլոր փուլերում:

4) Իրավունքների վրա հիմնված մոտեցումների ամրագրումը՝ այն է, որ յուրաքանչյուր երեխա Հայաստանում լինի ցանկալի, ապրի առողջությունը և զարգացումը խրախուսող միջավայրում, ստանա կրճքով սնուցում կյանքի առաջին օրվանից և առողջ սնունդ մանկության և դեռահասության շրջաններում, ժամանակին ստանա պատվաստումները, ազատ լինի վնասակար սովորությունների ազդեցությունից, հնարավորություն ունենա դրսևորել տարիքին համապատասխան ֆիզիկական ակտիվություն, հնարավորություն ունենա ստանալ իր զարգացման մակարդակին համապատասխանող տեղեկատվություն առողջության վերաբերյալ, ունենա հնարավորություն օգտվել որակյալ բժշկական ծառայություններից՝ անկախ բնակության վայրից և սոցիալական կարգավիճակից:

7. Ռազմավարության առաջնահերթությունները/գերակայություններն են.

- 1) Նորածինների առողջություն,
- 2) Վաղ հասակի երեխաների առողջություն և զարգացում, ներառյալ սնուցում, և իմունականխարգելում ,
- 3) Երեխաների զարգացման խանգարումներ և մանկական հաշմանդամություն,
- 4) Դպրոցահասակ և դեռահաս երեխաների առողջություն և զարգացում,
- 5) Հոգեկան առողջություն,
- 6) Քրոնիկ հիվանդություններ և պալիատիվ խնամք,
- 7) Վնասվածքներ և բռնություն:

ԲԱԺԻՆ II. ԻՐԱՎԻՃԱԿԱՅԻՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ, ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐ

ԳԼՈՒԽ 1. ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ, ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄ

8. Վերջին տարիներին իրականացված աշխատանքների և ՀՀ կառավարության 2009 թվականի սեպտեմբերի 10-ի N37 արձանագրային որոշմամբ սահմանված գործողությունների իրականացման արդյունքում.

1) Բարելավվել է երեխաների առողջության պահպանման ոլորտը կարգավորող օրենսդրական դաշտը, ընդունվել են մի շարք ռազմավարական փաստաթղթեր և նորմատիվ իրավական ակտեր, այդ թվում՝ «Երեխաների կրծքով կերակրման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին» ՀՀ օրենքը (2014թ.), ՀՀ կառավարության 2012թ. հուլիսի 4-ի նիստի N27 արձանագրային որոշմամբ հավանության արժանացած «Երեխաների հիվանդանոցային բժշկական օգնության բարելավման 2013-2015 թվականների ռազմավարությանը և գործողությունների ծրագիրը», ՀՀ կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N1694-Ն որոշմամբ հաստատված «Հայաստանի Հանրապետությունում երեխայի իրավունքների պաշտպանության 2013-2016 թվականների ռազմավարական ծրագիրը և միջոցառումների ժամանակացույցը», ՀՀ կառավարության 2014 թ. սեպտեմբերի 25-ի նիստի N40 արձանագրային որոշմամբ հավանության արժանացած «Երեխաների սնուցման բարելավման հայեցակարգը և հայեցակարգի իրականացման 2015-2020 թվականների գործողությունների ծրագիրը», ՀՀ կառավարության 2016 թվականի մարտի 17-ի N 10 արձանագրային որոշմամբ հավանության արժանացած «2016-2020 թվականների Իմունականխարգելման ազգային ծրագիրը, Իմունականխարգելման ազգային ծրագրի առաջնահերթ միջոցառումների ցանկը»:

2) 2011թ. ապահովվեց մանկական հիվանդանոցային օգնության ծրագրերի ֆինանսավորման աճ, ինչը թույլ տվեց ներդնել «Երեխայի առողջության պետական հավաստագրի ծրագիրը», որի արդյունքում ոչ պաշտոնական վճարումների կրճատմանը զուգահեռ զգալի բարձրացավ մինչև 7 տարեկան երեխաների հիվանդանոցային

բուժօգնության ծառայությունների մատչելիությունը, ծառայությունների նկատմամբ բնակչության վստահությունը, ինչն իր հերթին բերեց հոսպիտալացման դեպքերի շարունակական աճի:

3) Երեխաներին անվճար հիվանդանոցային բուժօգնություն երաշխավորող «Երեխայի առողջության պետական հավաստագրի» ծրագրի ներդրման շնորհիվ գրանցվել է երեխաների առողջության առանցքային ցուցանիշների բարելավում, ներառյալ մանկական մահացության կրճատումը:

4) 2010-2015թթ. ընթացքում բարելավվել են մարզային 12 հիվանդանոցային բժշկական կազմակերպությունների ֆիզիկական պայմանները, սարքավորումներով հագեցվածությունը, բացվել են նոր ծառայություններ: Բացվել են «անհետաձգելի բուժօգնության ընդունարաններ» Երևանի մի քանի մանկական հիվանդանոցային բժշկական կազմակերպությունների կազմում, ինչը ստեղծել է պայմաններ հիվանդների կարճաժամկետ և ավելի քիչ ծախսատար հոսպիտալացումների համար:

5) Պետական քաղաքականության ներդրման և որակի ապահովման նպատակով յուրաքանչյուր տարի ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից հրատարակվում են բուժօգնության կազմակերպման չափորոշիչներ: Մշակվել և տպագրվել են ուղեցույցներ և գործելակարգեր կարևոր հիմնահարցերի շուրջ՝ իմունականխարգելում, սնուցում, առողջ երեխայի աճ և զարգացում, հաճախակի հանդիպող մանկական հիվանդություններ և այլն: ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամաններով հաստատվել են վիրաբուժական և սոմատիկ հիվանդ երեխաների ընդունման և վարման գործելակարգերը, ինչպես նաև մեթոդական ձեռնարկներ և ուղեցույցներ մի շարք արդիական մանկաբուժական խնդիրների շուրջ:

6) Մանկաբուժության և մանկաբուժական այլ նեղ մասնագիտություններով կլինիկական օրդինատուրայի ընդունելությունը ավելացվել է՝ 2015 թ. տվյալներով օրդինատուրայում բոլոր 3 կուրսերում ուսուցանվել են շուրջ 90 մանկաբույժ և մանկական այլ մասնագետ: Իրականացվել են հիվանդանոցային օղակում ներգրավված շուրջ 100 մասնագետների վերապատրաստումներ արտերկրում:

9. Սակայն հանրապետությունում երեխաների առողջության պահպանման ոլորտի ձեռքբերումներին զուգահեռ՝ իրավիճակը դեռևս բավարար չէ ժամանակակից հնարավորությունների և արդիական պահանջներին համապատասխանության տեսանկյունից և հետագա բարելավման կարիք ունի:

1) Բյուջետային հատկացումները դեռևս բավարար չեն երեխաների բուժօգնության աճող ծավալներն ամբողջությամբ ներառելու համար, հատկապես հոսպիտալացման դեպքերի շարունակական աճի և դեպի Երևանի հիվանդանոցային բժշկական կազմակերպություններ երեխաների գնալով աճող հոսքի պայմաններում:

2) Առկա է առողջապահական ծառայությունների ֆիզիկական հասանելիության և մատչելիության խնդիր: Թե՛ ամբուլատոր և թե՛ ստացիոնար մասնագիտացված բուժօգնության կառույցները հիմնականում կենտրոնացված են Երևանում և ոչ լրիվ

ծավալով՝ մի քանի տարածաշրջաններում: Մարզային մակարդակում մասնագիտացված ծառայությունները սահմանափակ են կամ ոչ հասանելի:

3) Հիվանդանոցային բժշկական կազմակերպությունների վերանորոգումների ընթացքում ոչ միշտ են հաշվի առնվել մանկական ծառայության առանձնահատկությունները՝ թե՛ տարածքային առումով, թե՛ մանկական սարքավորումների/պարագաների և անհրաժեշտ կահավորման առումով:

4) Արձանագրվում է հիվանդանոցային օղակի ծանրաբեռնվածության բարձրացում, առաջնային օղակի նկատմամբ վստահության և ԱԱՊ օղակում ներգրավված բուժանձնակազմի որակյալ աշխատանքի մոտիվացիայի իջեցում, ԱԱՊ օղակում երեխաների պատրոնաժ բուժօգնության համակարգի թուլացում:

5) Դեռևս թերի են որակի ապահովման գործող մեխանիզմները և առկա գործիքները, առկա է կարգավորող փաստաթղթերի, ապացուցահեն ուղեցույցների և գործելակարգերի պակաս՝ դրանից բխող բուժօգնության որակի խնդիրներով: Գործելակարգերի մեծ մասը տարանջատված չեն ըստ բուժօգնության մակարդակների, որոշ չափորոշիչների և ուղեցույցների վերանայման և վերահրատարակման կարիք ունեն: Ռեսուրսների պակասի հետևանքով դեպքից դեպք է իրականացվում աջակցող վերահսկողություն և մշտադիտարկում տեղերում:

6) Լուրջ խնդիր է շարունակում մնալ մանկական մասնագետների թվի շարունակական կրճատումը՝ մանկաբուժական կադրերի ծերացման և երիտասարդ մասնագետների պակասի պատճառով, իսկ մարզային առանձին բժշկական կազմակերպություններում նեոնատոլոգների, մանկական ռեանիմատոլոգ-անեսթեզիոլոգների, մանկական վիրաբույժների բացակայության խնդիրը:

7) Դեռևս լիարժեք լուծում չի ստացել կարճատև «աշխատանքային վայրում» ձևաչափով վերապատրաստումների խնդիրը, որոնք հարկ ունեն ինստիտուցիոնալացման և պետք է կրեն շարունակական բնույթ, հատկապես հաշվի առնելով մարզերում անձնակազմի պակասը և աշխատատեղից բացակայելու սահմանափակումները:

10. Երեխաների և դեռահասների առողջապահական ոլորտի վերը ներկայացված իրավիճակային վերլուծության հիման վրա վերհանված համակարգային խնդիրներն են .

1) ոլորտի իրավական և նորմատիվ դաշտի միջազգային չափանիշներին համապատասխանեցման և բարելավման անհրաժեշտություն,

2) պետական պատվերի շրջանակներում երեխաներին և դեռահասներին տրամադրվող ծառայությունների կազմակերպման համար անհրաժեշտ ֆինանսական հատկացումների շարունակական աճի անհրաժեշտություն ,

3) երեխաներին և դեռահասներին ուղղված առողջապահական ծառայությունների որակի և մատչելիության շարունակական բարելավման անհրաժեշտություն, բուժօգնության որակի ապահովման մեխանիզմների, վերահսկման և մոնիտորինգի, աջակցող վերահսկման համակարգի կատարելագործման անհրաժեշտություն

4) մարդկային ռեսուրսների անընդմեջ աճող հիմնախնդրի լուծման, հատկապես մարզերում մանկաբուժական ոլորտի մասնագետներով ապահովվածության բարձրացման անհրաժեշտություն,

5) առողջ և հիվանդ երեխաների վարմանն առնչվող ապացուցահեն գործելակարգերի և մասնագիտական ուղեցույցների ստեղծման, վերանայման և ներդրման անհրաժեշտություն,

6) ըստ մակարդակների տարբերակված բուժօգնության տարանջատման և ուղեգրման համակարգի կատարելագործման անհրաժեշտություն,

7) առողջության առաջնային պահպանման բժշկական կազմակերպություններում բուժաշխատողների մոտիվացիայի խթանման, պատրոնաժ աշխատանքների ուժեղացման անհրաժեշտություն,

8) առանձին բժշկական կազմակերպությունների ֆիզիկական պայմանների բարելավման և սարքավորումների արդիականացման անհրաժեշտություն,

9) բուժաշխատողների մասնագիտական և կառավարչական հմտությունների, շարունակական մասնագիտական զարգացման հնարավորությունների ընդլայնման անհրաժեշտություն,

10) միջգերատեսչական/միջսեկտորալ համագործակցության, միջազգային կազմակերպությունների, մասնագիտական ասոցիացիաների հետ համագործակցության արդյունավետության բարելավման և համակարգման անհրաժեշտություն:

ԳԼՈՒԽ 2.ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ

11. ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից իրականացված ծրագրերը որոշակիորեն անդրադարձել են նորածնային առողջության ցուցանիշների վրա: Ըստ Ազգային վիճակագրական ծառայության (այսուհետ՝ ԱՎԾ) կողմից հրապարակված վերջին տվյալների, նորածնային մահացության հանրապետական ցուցանիշը 2014թ. եղել է 6.7‰, ինչը, սակայն, բավարար չէր Հազարամյակի նպատակների հասանելիության համատեքստում: Անբավարար էր նաև պերինատալ մահացության ցուցանիշի անկման միտումները (2010թ.՝ 24.1‰, 2014 թ.՝ 22.1‰. նվազեցում ընդամենը 2‰-ով):

12. 2014թ. նորածինների 6,95% ծնվել են անհաս, վերջին 10 տարիներին այս ցուցանիշը մնում է հարաբերականորեն կայուն: Յածր քաշով նորածինները (2500 գ պակաս) կազմում են 8%, իսկ 500-1000 գ. քաշով ծնված նորածինները 0,2%: Հասուն նորածինների ընդհանուր հիվանդացությունը 2014թ. կազմել է 8,5‰ և գործնականորեն չի նվազել վերջին 20 տարիների ընթացքում (1990 թ.՝ 8,3‰): Առաջատար պատճառներն են՝ բնածին արատները, ծննդաբերական վնասվածքները, ներարգանդային հիպոքսիան և ասֆիքսիան: Բնածին արատների հաճախականությունը (1000 նորածնի հաշվով), մի փոքր նվազել է (2000 թ.- 18.4, 2014 թ.-16.9):

13. Ինչպես և այլ ոլորտներում, նեոնատալ ծառայությունում ամենաբարձր խնդիրներն են նեոնատոլոգների պակասը, առանձին մարզային ծննդատներում նույնիսկ բացակայությունը, առկա բուժանձնակազմի գիտելիքների և հմտությունների ոչ բավարար մակարդակը, հատկապես մարզերում: Լիարժեք չէ նորածնային պաթոլոգիաների ներարգանդային ախտորոշումը:

14. Որոշ մարզային ծննդատներում նեոնատալ ծառայությունների ամբողջ ծավալը հասու չէ շուրջօրյա պայմաններում: Որոշ հաստատություններում առկա է առաջին անհրաժեշտության սարքավորումներով և պարագաներով ոչ լիարժեք հագեցվածություն: Ծննդատների մակարդակում բացակայում են որակի վերահսկողության գործուն մեխանիզմները:

15. Նորածինների ուղեգրման համակարգը դեռևս կարիք ունի հետազոտ բարելավման: Առանձնահատուկ խնդիր է նորածինների առաջնային վերակենդանացումը և վիճակի հետազոտ կայունացումը, որի արդյունավետությունը անմիջապես կապված է վերոհիշյալ խնդիրների հետ:

16. Անբավարար է նորածինների կրծքով կերակրման վաղ նախաձեռնման ցուցանիշը, դեռևս կան կաթնախառնուրդների անհիմն կիրառման դեպքեր: Առկա են խնդիրներ տան պայմաններում նորածինների պատշաճ խնամքը ապահովելու գործում:

17. Նորածինների առողջության հետ կապված հիմնախնդիրներն են.

1) նորածնային մահացության և հիվանդացության ցուցանիշների նվազեցման անհրաժեշտություն, հատկապես՝ անհաս և ցածր քաշով ծնված երեխաների շրջանում,

2) ախտաբանությունների ներարգանդային ախտորոշման գործընթացի, նորածնային հիվանդությունների վաղ ախտորոշման և ռացիոնալ բուժման գործելակարգերի բարելավման անհրաժեշտություն,

3) ծննդատներում կրծքով կերակրման, տնային պայմաններում նորածինների հետազոտ վարման գործելակերպի բարելավման անհրաժեշտություն:

ԳԼՈՒԽ 3.ՎԱՂ ՀԱՍԱԿԻ ԵՐԵՆԱՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ

18. Մանկան կենսապահովման հարցում առավել խոցելի են կյանքի առաջին հինգ տարիները, որը սահմանվում է որպես վաղ մանկության շրջան: Այս շրջանը համարվում է առանցքային մանկան ֆիզիկական և հոգեշարժական զարգացման, մտավոր կարողությունների ձևավորման և հմտությունների ձեռք բերման տեսանկյունից:

19. Հազարամյակի զարգացման 4-րդ նպատակը սահմանում է 1990-2015թթ. ժամանակահատվածում կրճատել մինչև հինգ տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը երկու երրորդով: Ըստ ՀՀ ԱՎԾ պաշտոնական տվյալների՝ մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը 2015թ. կազմել է 10,4%՝ կրճատվելով շուրջ 56%, նպատակային՝ 66%-ի փոխարեն, ինչը վկայում է, որ բավականին մոտ լինելով Հազարամյակի թիրախային ցուցանիշին, այնուամենայնիվ այն հաղթահարված չէ:

20. Սակայն ըստ ԱՀԿ-ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամի գնահատականի՝ մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության հաշվարկային ցուցանիշը այլ է (2015թ.՝ 14,2‰) և կրճատվել է 71%-ով, նպատակային՝ 66%-ի փոխարեն, ինչը փաստում է, որ Հայաստանը հաղթահարել է Հազարամյակի զարգացման 4-րդ նպատակը:

21. Նույն միտումն է արձանագրվել մանկական մահացության (0-1 տարեկան) ցուցանիշի առումով, որը, ըստ ՀՀ ԱՎԾ պաշտոնական տվյալների, 1990-2015թթ. ժամանակահատվածում կրճատվել է շուրջ 53%՝ 2015թ. կազմելով 8,8‰, իսկ ըստ ԱՀԿ եվրոպական գրասենյակի 2015թ. զեկույցում ներկայացված հաշվարկային ցուցանիշի, կրճատվել է 3 և ավելի անգամ, 2015թ. կազմելով՝ 12,7‰:

22. Ըստ ԱՎԾ տվյալների, մանկական մահացության (այսուհետ՝ ՄՄ) կառուցվածքում առաջին տեղում պերինատալ պատճառներն են (41%), երկրորդ տեղում՝ բնածին արատները (28%), այնուհետ՝ շնչառական օրգանների(13%) և փորլուծային(6%) հիվանդությունները: Այս վերջին 2 պատճառներով պայմանավորված մանկական մահացության դեպքերի կրճատումը շուրջ 70%-ով առավելագույն ազդեցությունն է ունեցել ՄՄ ցուցանիշի անկման միտումների վրա:

23. Վաղ հասակի երեխաների մահացության ցուցանիշների վրա ակնհայտ ազդեցություն են թողել նաև վերջին տարիների բարեփոխումները: Երեխայի առողջության պետական հավաստագրի ներդրմանը հաջորդող 2-3 տարիների ընթացքում մինչև մեկ տարեկան երեխաների հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշը նվազեց 30%-ով, տնային մահերի դեպքերը՝ 37%-ով, իսկ մինչշուրջօրյա մահաբերության ցուցանիշը կրճատվեց ավելի քան 4 անգամ՝ 2012թ. հասնելով 3,6%:

24. Վաղ հասակի երեխաների սնուցման խնդիրները և իրավիճակի բարելավման հետագա ռազմավարությունները ներկայացվել են ՀՀ կառավարության 2014թ. սեպտեմբերի 25-ի նիստի N40 արձանագրային որոշմամբ հավանության արժանացած «Երեխաների սնուցման բարելավման հայեցակարգը և հայեցակարգի իրականացման 2015-2020 թվականների գործողությունների ծրագրում»: ՀՀ կառավարության 2015 թվականի նոյեմբերի 19-ի թիվ 1353-Ն որոշմամբ հաստատվել է «Մանուկներին և վաղ տարիքի երեխաներին անվտանգ և համապատասխան (համարժեք) սնուցում ապահովելու նպատակով կրճքով կերակրման խրախուսման ազգային ծրագիրը և ծրագրի իրականացման 2016-2020 թվականների գործողությունների ժամանակացույցը»:

25. Իմունականիսարգելման ոլորտում ռազմավարությունն ուղղված է ՀՀ կառավարության 2016 թվականի մարտի 17-ի N10 արձանագրային որոշմամբ հավանության արժանացած «2016-2020 թվականների իմունականիսարգելման ազգային ծրագրի» շարունակական իրագործմանը և հետագա զարգացումների ապահովմանը:

26. Չնայած այդ ձեռքբերումներին, ոլորտում դեռևս մտահոգիչ են, եվրոպական երկրների համեմատ, մանկական և 0-5 տարեկան երեխաների մահացության հարաբերականորեն բարձր մակարդակը, «գյուղ-քաղաք» կտրվածքով, ըստ աղքատության մակարդակի և մայրերի կրթական ցենզի ՄՄ ցուցանիշների զգալի անհավասարությունների պահպանումը, մանկական մահացության կառուցվածքում

նորաձևային մահացության և պերինատալ պատճառներից երեխաների մահացության բարձր տեսակարար կշիռը, հետնորաձևային մահացության աճի միտումը:

27. Վաղ հասակի երեխաների առողջության հետ կապված հիմնախնդիրներն են.

1) մանկական և 0-5 տարեկան երեխաների մահացության հետագա իջեցման անհրաժեշտություն, այդ թվում փորլուծային և հատկապես շնչառական հիվանդություններով պայմանավորված

2) վաղ մանկությանն ուղղված բուժօգնության որակի շարունակական բարձրացման, «գյուղ-քաղաք» կտրվածքով անհավասարությունների հետագա կրճատման անհրաժեշտությունը,

3) մարզերից ծանր հիվանդ երեխաների հայտնաբերման, հիմնավոր ուղեգրման և տեղափոխումների համակարգի հետագա բարելավման անհրաժեշտությունը:

ԳԼՈՒԽ 4. ԵՐԵՒԱՅԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ, ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ

28. Ըստ ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության բժշկասոցիալական փորձաքննության գործակալության առ 01.01.2015թ. տվյալների՝ ՀՀ-ում գրանցված է մինչև 18 տարեկան 8006 հաշմանդամ երեխա, որից՝ 2511 աղջիկ (31,4%) և 5495 տղա (68,6%), քաղաքաբնակ՝ 5029 երեխա (62,8%), գյուղաբնակ՝ 2977 երեխա (37,2%): Մանկական հաշմանդամության տարածվածության պաշտոնական ցուցանիշը կազմում է 1.5%: Ըստ հաշմանդամության պատճառների, ամենահաճախ հանդիպող 4 խմբերն են. նյարդային համակարգի հիվանդություններ՝ 29%, հոգեկան և վարքային խանգարումներ՝ 17%, բնածին արատներ և ձևախախտումներ՝ 17%, աչքի հիվանդություններ՝ 8%:

29. Այս ոլորտում ունեցած վերջին ձեռքբերումներից են՝ զարգացման խանգարումներով և հաշմանդամ երեխաներին սպասարկող ծառայությունների ցանցի ընդլայնումը, համայնքային ինտեգրացված ծառայությունների մոդելի ներդրումը, նորաձևային սկրինինգ ծրագրերի ընդլայնումը թե՛ աշխարհագրական ընդգրկվածության, թե՛ ֆինանսական ծավալների մեծացման առումով:

30. Երեխաների զարգացման խանգարումների և մանկական հաշմանդամության ոլորտում դեռևս առկա են զարգացման խանգարումների և դրանցով պայմանավորված հաշմանդամության աճի միտում, հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման և համապարփակ ախտորոշման դեռևս ոչ բավարար մակարդակ, զարգացման գնահատման և վերականգնողական մարզային և համայնքային ծառայությունների մատչելիության պակաս, երեխաների իրավունքների և սպասարկման վերաբերյալ իրազեկության, գիտելիքների և հմտությունների պակաս ոչ բավարար մակարդակ, առողջապահական, կրթական և սոցիալական ոլորտների գործունեության որոշակի տարանջատվածություն:

31. Երեխաների զարգացման խանգարումների և մանկական հաշմանդամության ոլորտի հիմնախնդիրներ են՝

1) մանկական հաշմանդամության և երեխայի զարգացման խանգարումների առաջնային և երկրորդային կանխարգելման համակարգի շարունակական բարելավման անհրաժեշտություն,

2) ռիսկի խմբի երեխաների նկատմամբ մոնիտորինգի գործուն համակարգի ստեղծման, գնահատման և վերականգնման ծառայությունների մատչելիության բարձրացման անհրաժեշտություն,

3) հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման և ախտորոշման բարելավման, նեոնատալ սկրինինգներում նորածինների ընդգրկվածության մեծացման անհրաժեշտություն:

ԳԼՈՒԽ 5. ԴՊՐՈՑԱՀԱՍԱԿ ԵՐԵՒԱՆՆԵՐԻ ԵՎ ԴԵՌԱՀԱՍՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ

32. Ըստ 2013-2014թթ. իրականացված Հայաստանի դպրոցահասակ երեխաների առողջության վարքագծի (այսուհետ՝ ԴԵԱՎ) ազգային հետազոտության արդյունքների՝ դեռահասների 33% մոտ առկա են բազմակի գանգատներ առողջության վերաբերյալ, դեռահասների շրջանում տարածված են անառողջ սննդային սովորույթներ և նստակյած վարքագիծ, առկա են հոգեկան առողջության խնդիրներ, ցածր է դիմելիությունը բժշկական կազմակերպություններ:

33. Դեռահասների առողջության պաշպանության և բարելավման նպատակով 2012 թվականից իրականացվում է փորձնական ծրագիր «Դեռահասների/ դպրոցահասակների բարյացակամ առողջապահական, հոգեբանա-սոցիալական ինտեգրացված ծառայությունների մոդել» 3 դպրոցներում՝ 2 Երևանում, 1՝ Արմավիր մարզում: Ամենամյա սկրինինգների իրականացման օպտիմալացման, դպրոցական թիմի (ուսուցիչներ, հոգեբաններ, բուժաշխատողներ) ակտիվ համագործակցության և համատեղ աշխատանքի շնորհիվ երեխաների շրջանում բացահայտվել են առողջության և զարգացման խնդիրներ, տրամադրվել է համապատասխան օգնություն:

34. 2010թ. ՀՀ առողջապահության և կրթության և գիտության նախարարների համատեղ հրամանով հաստատվել է «Առողջ դպրոց» ծրագիրը, որում 2015 թվականի դրությամբ ընդգրկվել են հանրակրթական 13 դպրոց:

35. Արդիական են մնում դպրոցական սննդակարգի բարելավման հարցերը: Չնայած այն փաստին, որ ՀՀ առողջապահության նախարարի 2014 հունիսի 6-ի թիվ 32-Ն հրամանով հաստատվել են «Հանրակրթական ուսումնական հաստատություններում սովորողների սննդի կազմակերպմանը ներկայացվող հիգիենիկ պահանջներ» N2.3.1-02-2014 սանիտարական նորմերը և կանոնները, այնուամենայնիվ դպրոցները շարունակում են վաճառել «արագ սնունդ», որը մեծ քանակով ճարպեր և շաքար է պարունակում, ունի ցածր սննդային արժեք և նույնիսկ վնասակար է դպրոցականների

համար: Թերի են մեխանիզմները, որոնք կարգելին նման սննդի վաճառքը դպրոցներում:

36. ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով հաստատվել է նախադպրոցական և հանրակրթական ուսումնական հաստատություններում երեխաների բուժպասարկման կարգը: Այնուամենայնիվ, դպրոցական բուժքույրերի համար համապատասխան վերապատրաստումներ չեն իրականացվել:

37. Դիտարկումներ վկայում են, որ դպրոցականների շրջանում տարածված է առամանրի կարիեսը, թեև երեխաների շրջանում ստոմատոլոգիական հիվանդությունների տարածվածության վերաբերյալ համապարփակ գնահատում չի իրականացվել: Ըստ ԴԵԱՎ տվյալների, անբավարար են բերանի խոռոչի հիգիենայի հետ կապված սովորույթները (դպրոցականների ընդամենը 52% է մաքրում առամներն օրը մեկ անգամից հաճախ), ցածր է ստոմատոլոգին այցելելու հաճախականությունը:

38. Դպրոցահասակ երեխաների և դեռահասների առողջապահական հիմնախնդիրներն են.

1) դեռահասների առողջական վիճակի, ներառյալ ֆիզիկական, հոգեկան և վերարտադրողական առողջության, բարելավման անհրաժեշտությունը

2) դպրոցահասակ երեխաների շրջանում առողջ ապրելակերպի, ֆիզիկական ակտիվության, սնուցման, ռիսկային վարքագծի, սեռական և վերարտադրողական առողջության, ֆիզիկական և հոգեկան առողջությունը վերաբերվող գիտելիքների և վարքագծի բարելավման անհրաժեշտությունը,

3) աճի, զարգացման, առողջական վարքագծի, հիվանդացության վերաբերյալ տեղեկատվության, այդ թվում տարիքային և սեռային կտրվածքով առանձնացված և կանոնավոր գործող հավաքագրման համակարգի ստեղծման անհրաժեշտությունը,

4) Դպրոցներում առողջապահական ծառայությունների բարելավման և «Դեռահասներին բարյացակամ ծառայություններ» տրամադրող հաստատությունների հզորացման, գործող ծառայությունների թերությունների վերացման անհրաժեշտությունը,

5) դպրոցահասակ երեխաների շրջանում ստոմատոլոգիական հիվանդությունների տարածվածության ուսումնասիրության իրականացման, կանխարգելման և բուժօգնության բարելավմանն ուղղված հայեցակարգի և գործողությունների ծրագրի մշակման անհրաժեշտությունը:

ԳԼՈՒԽ 6. ՍՈՄԱՏԻԿ և ՔՐՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ, ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽՆԱՄՔ և ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ

39. Համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարության և ԱՎԾ տվյալների՝ վերջին տարիների ընթացքում էապես բարձրացել է երեխաների հիվանդացության ցուցանիշները կամ դրանց գրանցումը բժշկական հաստատությունների կողմից: Տագնապալի է ուռուցքային հիվանդություններով հիվանդացության աճը (2014 թ.՝ 66.3 100 000 0-14 տարեկան բնակչության հաշվով): Աճել են արյան և արյունաստեղծ

օրգանների, մաշկի, աղեստամոքսային, միզասեռական համակարգերի հիվանդացությունը: Նույն մակարդակի վրա է պահպանվել արյան շրջանառության համակարգի, ներզատական օրգանների, ականջի հիվանդությունների հաճախականությունը:

40. Մասնագիտացված դիսպանսեր կենտրոնների տվյալներով՝ 2015թ. տարեսկզբին պարբերական հիվանդությամբ դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվող երեխաների թիվը կազմել է 2696, բրոնխիալ ասթմայով՝ 648, ստամոքսաղիքային և լյարդի հիվանդություններով՝ 145, երիկամների հիվանդություններով՝ 1299, էպիլեպսիայով՝ 2565, ռևմատոլոգիական խնդիրներով՝ 253, լսողության խանգարումներով՝ 1041, մուկովիսցիդոզով՝ 42 երեխա (2014թ.):

41. 2009-2015թթ. մշակվել են մի շարք մեթոդական ձեռնարկներ, ուղղված քրոնիկ հիվանդությունների վարման գործելակարգերի բարելավմանը (Պարբերական հիվանդություն, Ռևմաթոիդ արթրիտ, Մուկովիսցիդոզ և այլն):

42. Մանկական բնակչության շրջանում մի շարք հիվանդություններով տառապող երեխաներ, ներառյալ ուռուցքային հիվանդությունները, նյարդամկանային ախտահարումները, մանկական ուղեղային կաթվածի ծանր ձևերը, ծանր գանգուղեղային և ողնուղեղային տրավմաների հետևանքները, զարգացման ծանր՝ անդառնալի բնույթ ունեցող խանգարումները, բնածին և ժառանգական հիվանդությունները (զարգացման բազմակի անոմալիաներ) և այլն, պալիատիվ խնամքի և բուժօգնության կարիք ունեն, մինչդեռ բացակայում է երեխաների պալիատիվ օգնության խնդրի շուրջ որևէ ծրագիր, թերի են տրամադրվող օգնության մեխանիզմները:

43. Ոլորտի հիմնախնդիրներն են՝

1) տարբեր մակարդակներում դեպքերի վաղ հայտնաբերման, ախտորոշման և վարման գործելակարգերի մշակման և ներդրման անհրաժեշտությունը,

2) ըստ մակարդակների գործառույթների հստակեցման, երեխաների շարունակական (դիսպանսեր) հսկողության, անհրաժեշտ հետազոտություններով և դեղերով ապահովման, համապարփակ վերականգնողական (ներառյալ առողջարանային) բուժման և հոգեբանասոցիալական աջակցության ծրագրերի իրականացման անհրաժեշտությունը,

3) մանկական պալիատիվ խնամքի ծավալների հստակեցման, մանկական պալիատիվ օգնության հայեցակարգի, մոդելների և ծրագրերի մշակման և ներդրման անհրաժեշտություն:

ԳԼՈՒԽ 7. ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ

42. Ինչպես և ամբողջ աշխարհում, Հայաստանում ևս տարբեր հասակային խմբերում նկատվում է հոգեկան առողջության գրանցված խանգարումների աճ: Ըստ ՀՀ առողջապահության նախարարության առողջապահության ազգային իստիտուտի

հրապարակած տվյալների՝ 2013 թ. 0-14 տարեկանների շրջանում գրանցվել է հոգեկան առողջության խանգարումների 623.7 (100 000 երեխայի) հաշվով ինտենսիվ ցուցանիշ, ինչը էապես գերազանցում է նախորդ տարիների ցուցանիշը: 15-17 տարեկանների շրջանում 2014թ. գրանցվել է 678 դեպք:

43. Համաձայն ԱՎԾ տվյալների՝ մինչև 17 տարեկան տարիքային խմբում 2014 թ. գրանցվել է 8 ինքնասպանություն և 21 ինքնասպանության փորձ: Տվյալ ցուցանիշը վերջին 3 տարիների ընթացքում դրսևորում է նվազման որոշակի միտում՝ 2012 թ. գրանցվել էր ինքնասպանության 10 դեպք և 32 ինքնասպանության փորձ, 2013թ.՝ համապատասխանաբար 7 և 29 դեպք: Հոգեկան առողջության խնդիրները առավել ակտուալ են դեռահասության տարիքում: Օրակարգային է նրանց հիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպման և տևական մասնագիտական խնամքի խնդիրը՝ գործնականում համապատասխան ծառայության և ենթակառուցվածքների բացակայության պատճառով:

44. Թեև ՀՀ կառավարության 2014 թվականի ապրիլի 17-ի N15 արձանագրային որոշմամբ հավանության է արժանացել «Հայաստանի Հանրապետությունում հոգեկան առողջության պահպանման և բարելավման 2014-2019 թվականների ռազմավարությունը և ռազմավարության կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկը», այնուամենայնիվ դրա մեջ մանկական հոգեբուժության հարցերին բավարար անդրադարձ չի կատարվել: Երեխաների առողջության և զարգացման նախորդ ռազմավարությամբ նախատեսված Հոգեկան առողջության ծրագրի մշակումը և իրագործումը չի իրականացվել համապատասխան ռեսուրսների բացակայության պատճառով:

45. Առկա հիմնախնդիրներն են.

1) երեխաների հոգեկան առողջության խնդիրներին ուղղված հայեցակարգային փաստաթղթի մշակման անհրաժեշտություն,

2) մանկական հոգեբույժների պատրաստման, ծառայությունների մատուցման համապատասխան ենթակառուցվածքների ստեղծման անհրաժեշտություն:

ԳԼՈՒԽ 8. ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

46. Ըստ ՄԱԿ-ի Մանկական հիմնադրամի 2008թ. զեկույցի, յուրաքանչյուր տարի աշխարհում մինչև 18 տարեկան ավելի քան 830 000 երեխա և դեռահաս մահանում է ոչ կանխամտածված տրավմատիզմի արդյունքում: Ավելի քան 1000 երեխա գլխուղեղի վնասվածքի հետևանքով յուրաքանչյուր օր հաշմանդամ է դառնում:

47. Հայաստանում դեռևս ներդրված չէ միջազգային պահանջներին համապատասխան տրավմատիզմի համաճարակաբանական հսկողության համակարգ: Այնուամենայնիվ, 2013թ. վնասվածքներից, թունավորումներից և արտաքին պատճառների ներգործության այլ հետևանքներից գրանցվել է 106 մահվան դեպք 0-19 տարիքային խմբում:

48. Մանկական մահացության կառուցվածքում դժբախտ պատահարներից, վնասվածքներից և թունավորումներից մահացածների ցուցանիշը կազմում է՝ 2.2՝ 10.000

կենդանաձինների հաշվով: Ըստ ՀՀ ԱՎԾ տվյալների, 0-14 տարեկան երեխաների շրջանում առաջին անգամ բացահայտված «Վնասվածքներ և թունավորումներ» ախտորոշումով գրանցվածների թիվը 2014թ. կազմել է 14 287 դեպք կամ 2492.5՝ 0-14 տարեկան 100 000 երեխայի հաշվով:

49. Տարածված խնդիրներից են դպրոցական ագրեսիան և միջանձնային բռնությունը: ԴԵԱՎ հետազոտության տվյալներով՝ դեռահասների 10%-ը հայտնել է, որ հարցմանը նախորդող ամսվա ընթացքում առնվազն մեկ անգամ չի հաճախել դպրոց՝ ցանկանալով խուսափել հնարավոր բռնությունից կամ հետապնդումից: Վերջին մեկ տարվա ընթացքում առնվազն մեկ անգամ ֆիզիկական կոիվներին մասնակցել է տղաների 50%-ը և աղջիկների՝ 6%-ը:

50. ՀՀ կառավարության 2015 թ. հունվարի 22-ի թիվ 2 արձանագրային որոշմամբ հավանության է արժանացել «Տրավմատիզմի կանխարգելմանն ուղղված ռազմավարությունը», որի 4-րդ ռազմավարական ուղղությունը վերաբերում է մանկական տրավմատիզմի կանխարգելմանը և նպատակաուղղված է մանկական տրավմատիզմի քաղաքականության մշակմանն ու ներդրմանը, համաճարակաբանական հսկողության համակարգի ձևավորմանը, տրամադրվող բժշկական ծառայությունների որակի կատարելագործմանը և վնասվածքների հետևանքների, բարդությունների կանխարգելմանը:

ԲԱԺԻՆ III. ՄԻՋԳԵՐԱՏԵՍՉԱԿԱՆ ՀԱՄԱԳՈՐԾԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐ

51. Առողջապահության, կրթության և սոցիալական պաշտպանության ոլորտներում առկա խնդիրների մի մասի լուծումը ներուլորտային է, և նույն համակարգի ներքո դրանք ստանում են իրենց արդյունավետ լուծումները: Սակայն ոլորտային բաժանումը պայմանական է, իսկ սոցիալական խնդիրների զգալի մասը՝ փոխկապակցված: Համագործակցությունը ոլորտների միջև պայմանավորված է ծառայությունների մատուցման ապակենտրոնացման մակարդակի աստիճանով, ինչի համար կիրառվում են համագործակցության համաձայնագրերը և միջգերատեսչական կանոնակարգերը:

ԳԼՈՒԽ 1. ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՈԼՈՐՏ

52. Սոցիալական բնույթի միջուկորտային խնդիրներից է երեխայի հանդեպ բռնությունը, որը տեղի է ունենում ընտանիքում, կրթական, խնամք և պաշտպանություն իրականացնող հաստատություններում, քրեակատարողական հիմնարկներում, փողոցում: Ըստ Երևանի երեխաների ընդունման և կողմնորոշման կենտրոնի տվյալների՝ ներկա դրությամբ կենտրոն տեղափոխված երեխաներից 75%-ը ընտանիքում ենթարկվել է անտեսման, 53%-ը՝ ֆիզիկական, 8%-ը սեռական, 61%-ը՝ հոգեբանական բռնության: Ըստ ՀՀ ԿԱ ՀՀ ոստիկանության տվյալների՝ 2013 թվականի

12 ամիսների ընթացքում գրանցվել է անչափահասների նկատմամբ բռնության 224 դեպք:

53. Վերջին տարիների ընթացքում աճել է նաև անչափահասների խոցելիությունը շահագործման (թրաֆիքինգի) ենթարկվելու վտանգի նկատմամբ: Ըստ պաշտոնական տվյալների՝ 2009-2013թթ. թրաֆիքինգի է ենթարկվել 14-ից մինչև 18 տարեկան 16 անչափահաս:

54. ՀՀ կառավարության 2014թ. դեկտեմբերի 4-ի նիստի N 51 արձանագրային որոշմամբ հավանության է արժանացել «Երեխայի հանդեպ բռնության երևույթի դեմ պայքարի հայեցակարգը»: Հայեցակարգի նպատակն է՝ սահմանել երեխայի հանդեպ բռնության երևույթի վերացմանը, կանխարգելմանը և բռնության ենթարկված երեխայի, ինչպես նաև բռնություն գործադրող անձի վերականգնմանն ուղղված պետական քաղաքականության հիմնական ուղղությունները:

ԳԼՈՒԽ 2. ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏ

55. ՀՀ կառավարության կողմից 2009թ. սեպտեմբերի 10-ի N37 արձանագրային որոշմամբ հավանության արժանացած «Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման 2010-2015թթ. ազգային ռազմավարության» ընդունումից հետո, երեխաների զարգացման ապահովման ոլորտում առաջընթաց է նկատվել կրթության առանձնահատուկ պայմանների կարիք ունեցող երեխաներին ընդհանուր դպրոցներում ներգրավելու գործընթացում:

56. Վերջերս հիմնված «Աուտիզմ ազգային հիմնադրամ»-ը իրականացնում է կրթական ծրագրեր աուտիզմով տառապող երեխաների համար: Պետական մանկավարժական համալսարանում և այլ ուսումնական հաստատություններում կատարելագործվել են ոլորտում ներգրավված համապատասխան մասնագետները (հատուկ մանկավարժ, լոգոպեդ)՝ ըստ հատուկ կրթական ծրագրերի:

57. Ֆիզիկական դաստիարակության իրականացման համար մանուկների ու պատանիների շրջանում կազմակերպվել են տարբեր ուսումնամարզական միջոցառումներ, ապահովվել է նրանց մասնակցությունը տեղական, հանրապետական և միջազգային մրցաշարերին: 2013-2014 թվականներին մարզական խաղերում ավելացել են ևս երեք նոր մարզաձև:

58. Առողջության պահպանման և առողջ ապրելակերպի ամրապնդման ուղղությամբ հետևողականորեն շարունակվել են Երևանի և մարզերի կրթական հաստատությունների ֆիզիկական պայմանների բարելավման աշխատանքները: Երեխաների և դեռահասների շրջանում առողջ ապրելակերպը սերմանելու և ամրապնդելու նպատակին է ծառայում «Առողջ ապրելակերպ» դասընթացը, որի 8-9 դասարանների ծրագիրը և ձեռնարկը ուսուցիչների համար վերանայվել է 2015թ.: Ի կատարումն 2010 թվականին ՀՀ առողջապահության և կրթության և գիտության նախարարների համատեղ հրամանով հաստատված «Առողջ դպրոցների» ծրագրի 13 դպրոցներ դարձան միջազգային այդ ցանցի անդամ:

59. Ի կատարումն ՀՀ կառավարության 2013 թ. սեպտեմբերի 28-ի «Հայաստանի Հանրապետությունում թմրամոլության և թմրամիջոցների ապօրինի շրջանառության դեմ պայքարի 2014 թվականի միջոցառումների ծրագիրը և ժամանակացույցը հաստատելու մասին» N1030-Ա որոշման, տարբեր մակարդակների ուսումնական հաստություններում 2013-2014թթ. թմրամիջոցների և վնասակար այլ նյութերի շրջանառության կանխարգելման և աշակերտների զգոնությունը բարձրացնելու նպատակով կազմակերպվել են զրույցներ, հանդիպումներ իրավապահ մարմինների աշխատակիցների հետ, կլոր սեղաններ:

60. Այդուհանդերձ, ոլորտում առկա են հետևյալ հիմնախնդիրները.

1) որոշ կրթական հաստատությունների դեռևս անբավարար ֆիզիկական պայմաններ, բարելավման անհրաժեշտություն,

2) հանրակրթական դպրոցների դեռևս սահմանափակ կարողություններ՝ կրթության առանձնահատուկ պայմանների կարիք ունեցող երեխաների կրթությունը ապահովելու համար, ներառյալ ֆիզիկական հասանելիության և մասնագետներով ապահովվածության խնդիրը,

3) «Առողջ ապրելակերպ» առարկայի դասավանդման հետագա կատարելագործման, աջակից վերահսկողության մեխանիզմների ներդրման անհրաժեշտություն,

4) Դպրոցներում աշակերտներին տրամադրվող հոգեբանասոցիալական աջակցության, առողջապահական ծառայությունների, ծնողների և աշակերտական խորհուրդների հետ համագործակցության մեխանիզմների ներդրման անհրաժեշտություն:

ԲԱԺԻՆ IV. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿԸ

61. Երեխաների և դեռահասների առողջության բարելավման 2016-2020 թվականների սույն ռազմավարությունը նպատակ է հետապնդում Հայաստանի երեխաների և դեռահասների զարգացման, առողջության և բարեկեցության ապահովումը, մահացության և հիվանդացության իջեցումը: Որպես նպատակին հասնելու կարևոր միջոցներ են դիտարկվում երեխայակենտրոն առողջապահական ծառայությունների տրամադրումը՝ վաղ մանկությունից սկսած մինչև հասունություն, մասնագետների, հասարակության, միջգերատեսչական համագործակցության խթանումը:

ԲԱԺԻՆ V . ԻՐԱՎԱՆԱՅՎԵԼԻՔ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

62. Երեխաների և դեռահասների առողջության բարելավման ռազմավարությունը նախատեսվում է իրականացնել հետևյալ ուղղությունով.

1) **Ռազմավարական ուղղություն 1.** Երեխաների և դեռահասների առողջության պահպանման ոլորտի նորմատիվային բազայի արդիականացում, միջազգային չափանիշներին համապատասխանեցում:

2) **Ռազմավարական ուղղություն 2.** Երեխաներին և դեռահասներին ցուցաբերվող բուժօգնության մատչելիության և որակի բարելավում, ապացույցների վրա հիմնված ժամանակակից մոտեցումների, գործելակարգերի ներդրում:

3) **Ռազմավարական ուղղություն 3.** Մարդկային ռեսուրսների զարգացում, մասնագետների շարունակական ուսուցման ապահովում:

4) **Ռազմավարական ուղղություն 4.** Երեխայի առողջության, սնուցման, զարգացման, խնամքի, անվտանգության, հիվանդությունների կանխարգելման և վարման հարցերի շուրջ բնակչության իրազեկվածության բարձրացում:

5) **Ռազմավարական ուղղություն 5.** Նորածինների առողջության բարելավում, նորածնային հիվանդացության և մահացության կրճատում:

6) **Ռազմավարական ուղղություն 6.** Վաղ մանկության շրջանում երեխաների առողջության բարելավման և զարգացման ապահովում:

7) **Ռազմավարական ուղղություն 7.** Երեխաների զարգացման խանգարումների և մանկական հաշմանդամության կանխարգելում, որակյալ բուժօգնության կազմակերպում:

8) **Ռազմավարական ուղղություն 8.** Դպրոցահասակ երեխաների առողջության ու զարգացմանն ուղղված ծրագրերի իրականացում:

9) **Ռազմավարական ուղղություն 9.** Երեխաների հոգեկան առողջության բարելավմանն ուղղված միջոցառումների իրականացում:

10) **Ռազմավարական ուղղություն 10.** Խրոնիկ հիվանդություններով երեխաներին տրամադրվող ծառայությունների արդիականացում, պալիատիվ օգնության ծառայության ներդրում:

ԲԱԺԻՆ VI. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԸ

63. Ռազմավարության շահառուներն են՝ Հայաստանի Հանրապետությանում բնակվող 0-18 տարեկան երեխաները, նրանց ծնողներն ու խնամողները, երեխաների առողջության պահպանման ոլորտի ծառայություններ մատուցող բուժանձնակազմը, բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունները, բարձրագույն և միջին մասնագիտական ուսումնական հաստատությունները, գիտահետազոտական ինստիտուտները:

ԲԱԺԻՆ VII. ՄՇՏԱԴԻՏԱՐԿՈՒՄ ԵՎ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

64. Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման ռազմավարությանն ուղղված գործողությունների արդյունավետության գնահատման համար անհրաժեշտ է

առանձին ծրագրերի և միջոցառումների գնահատում: Գնահատումը պետք է հենվի տվյալ խնդրին վերաբերվող ցուցանիշների վերլուծության վրա՝ տնային տնտեսությունների ուսումնասիրությունների (հարցումների) կամ բժշկական կազմակերպությունների հետազոտությունների միջոցով:

65. Գնահատումը պետք է ներառի երեխայի առողջության և զարգացման շուրջ հետևյալ հարցերի պարզաբանումը՝

- 1) ինստիտուցիոնալ կառույցների հնարավորությունները, բժշկական ծառայությունների որակը և մատչելիությունը
- 2) բուժաշխատողների գիտելիքների մակարդակը և հմտությունները
- 3) մայրերի/խնամողների գիտելիքների մակարդակը և գործելակերպը
- 4) ընտանիքում/համայնքում գոյություն ունեցող պատկերացումները երեխաների խնամքի և առողջության հարցերի շուրջ:

66. Ռազմավարության ներդրման ընթացքում առաջնահերթ ուշադրություն կդարձվի շարունակական մոնիտորինգի և աջակից վերահսկողության անցկացմանը, ուղղված սույն ռազմավարության ներդրման արդյունավետության գնահատմանը, ծագած խնդիրների հստակեցմանը և հնարավոր լուծումներին: Ռազմավարության լայնածավալ գնահատումը պետք է հիմնվի մի քանի աղբյուրների, այն է՝ մոնիտորինգի և գնահատման, այլընտրանքային հետազոտությունների, պաշտոնական վիճակագրական տվյալների վերլուծության վրա, որոնց դրական արդյունքները և քաղաժ դասերը կօգտագործվեն տվյալ ռազմավարության շրջանակներում իրականացված ծրագրային միջոցառումների արդյունավետության գնահատման և հետագա զարգացումների ապահովման նպատակով: Ռազմավարության ներդրման արդյունավետության միջանկյալ գնահատումը կկատարվի 2018 թվականին:

VIII. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԿԱՏԱՐՈՂԱԿԱՆԻ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ

67. Ռազմավարության ներդրման առաջընթացի և ակնկալվող արդյունքի գնահատման հիմնական մոնիտորինգային ցուցանիշները հետևյալն են.

- 1) պերինատալ մահացության (մեռելաճնություն+0-7օրական մահեր) ցուցանիշի մակարդակը (1000 ծնունդի հաշվով՝ ‰),
- 2) վաղ նորածնային (0-7 օրական) և նորածնային (0-28 օրական) մահացության ինտենսիվ ցուցանիշները՝ 1000 կենդանի ծնունդի հաշվով(‰,)
- 3) նորածնային մահացության էքստենսիվ ցուցանիշը՝ տեսակարար կշիռը ՄՄ կառուցվածքում (%),
- 4) ցածր քաշով և անհաս ծնված նորածինների ցուցանիշը՝ տեսակարար կշիռը ընդհանուր ծնունդների մեջ (%),
- 5) բնածին արատներով ծնված երեխաների տեսակարար կշիռը նորածինների ընդհանուր թվաքանակում(%),

- 6) մանկական (0-1 տարեկան) և մինչև 5տ. երեխաների մահացության մակարդակը (1000 կենդանածնության հաշվով՝ ‰),
- 7) մինչև մեկ տարեկան երեխաների մահացության տարիքային և պատճառական կառուցվածքը(‰-ներով),
- 8) մինչև մեկ տարեկան երեխաների մահացության մակարդակը փորլուծային և շնչառական հիվանդություններից (ինտենսիվ ցուցանիշ՝ ‰),
- 9) մինչև 1 տարեկան երեխաների հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշը՝ ‰, (հիվանդանոցում բուժված 0-1 տարեկան երեխաներից մահացածների %-ը),
- 10) 1-5 տարեկան երեխաների մահացությունը դժբախտ պատահարներից, էքստենսիվ ցուցանիշը՝ տեսակարար կշիռը մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության կառուցվածքում (%),
- 11) տնային մահացություն և մինչ շուրջօրյա մահաբերության դեպքերի տեսակարար կշիռը մանկական մահացության և հիվանդանոցային մահաբերության կառուցվածքում (%),
- 12) մինչև 14 տարեկան երեխաների հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշը (հիվանդանոցում բուժված 0-14 տարեկան երեխաներից մահացածների %-ը),
- 13) նորածնային սկրինինգների արդյունքում հայտնաբերված դեպքերի թիվը,
- 14) բնածին հիպոթիրեոզի, Ֆենիլկետոնուրիայի, Լսողության, Անհասության ռետինոպաթիայի և Ազդրի բնածին դիսպլազիայի սկրինինգներում նորածինների ընդգրկվածության %,
- 15) մանկական հաշմանդամություն ունեցող երեխաների թիվը, հաշմանդամության պատճառական կառուցվածքը (%),
- 16) զարգացման խանգարումներ և/կամ հաշմանդամություն ունեցող երեխաների ընդգրկվածությունը վերականգնողական ծառայություններում(%),
- 17) համայնքային մակարդակում գործող առողջապահական, կրթական և սոցիալական ծառայությունների ինտեգրացված մոդելով աշխատող հաստատությունների թիվը,
- 18) դպրոցականներին սպասարկող բժշկական, հոգեբանասոցիալական ինտեգրացված մոդելով գործող ծառայությունների թիվը,
- 19) «Առողջ դպրոցներ» նախագծում ընդգրկված դպրոցների թիվը,
- 20) անառողջ սննդային սովորույթներ դրսևորող դպրոցականների տոկոսը,
- 21) վնասակար սովորությունների՝ ծխելու, հոգեմետ միջոցների օգտագործման տարածվածությունը,
- 22) դպրոցականների շրջանում ստոմատոլոգիական հիվանդությունների տարածվածությունը (%),
- 23) հոգեկան առողջության խնդիրների տարածվածությունը, ինքնասպանությունների թիվը դեռահասների շրջանում,
- 24) գործող դեռահասներին բարյացակամ առողջապահական ծառայությունների թիվը,

25) պալիատիվ խնամք ստացող երեխաների և պալիատիվ խնամք տրամադրող հաստատությունների թիվը:

ԲԱԺԻՆ VIII. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՄԱԿԱՐԴԱԿՆԵՐԸ, ԻՐԱԿԱՆԱՑՆՈՂՆԵՐԻ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐԸ

68. Սույն ռազմավարության ներդրման գործընթացում ենթադրվում է ըստ մակարդակների պատասխանատվությունների հետևյալ տարանջատումը.

1) **Ազգային մակարդակ՝** ՀՀ կառավարություն, Երեխաների պաշտպանության միջգերատեսչական հանձնաժողով, իրավասու նախարարություններ և այլ գերատեսչություններ, ՀՀ առողջապահության նախարարության սույն ռազմավարության ներդրման համակարգող միջգերատեսչական մարմին, «Արաբկիր» բժշկական համալիր – Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտ, Մանկական բժիշկների հայկական ասոցիացիա, Նեոնատոլոգիական ասոցիացիա, և այլ մասնագիտական ասոցիացիաներ: Այս մակարդակում ապահովվում է.

ա. երեխաների և դեռահասների առողջության պահպանման ծրագրերի գերակայության ճանաչում, մայրության և մանկության առողջության հիմնախնդիրներին առնչվող օրենսդրական և այլ իրավական ակտերի մշակում և հաստատում,

բ. երեխաներին և դեռահասներին առնչվող առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի կայուն ֆինանսավորում,

գ. ազգային մակարդակում սույն ռազմավարության ներդրման ռազմավարական ուղղություններին համապատասխան իրականացվող գործողությունների համակարգում,

դ. ազգային ուղեցույցների և կրթական այլ նյութերի մշակման գործընթացի կազմակերպում և նյութերի հաստատում,

ե. ծնողների համար տեղեկատվական նյութերի մշակում և հրատարակման կազմակերպում,

զ. սույն ռազմավարության շրջանակներում իրականացվող ծրագրերի ներդրման և շարունակական հսկողության/մոնիտորինգի գործընթացի կառավարում:

2) **Մարզային մակարդակ՝** ՀՀ մարզպետարաններ, մարզային ենթակայության առողջապահական, կրթական և երեխաների պաշտպանության կազմակերպություններ: Ապահովվում է.

ա. մասնակցություն սույն ռազմավարության ներդրմանն ուղղված միջոցառումների կատարման գործընթացին,

բ. սույն ռազմավարության շրջանակներում իրականացվող ծրագրերի իրականացման համակարգում մարզային մակարդակով,

գ. սույն ռազմավարության շրջանակներում իրականացվող ծրագրերի ծրագրի իրականացման մոնիտորինգ՝ մարզային մակարդակում:

3) **Երեխաների և դեռահասների բուժօգնություն իրականացնող կազմակերպություններ՝** ղեկավար և կատարող անձնակազմ՝ սույն ռազմավարության

շրջանակներում իրականացվող ծրագրերի իրականացում տեղերում, ներառյալ բնակչության կրթման/իրազեկման աշխատանքները:

4) **Երեխաների և դեռահասների առողջության պահպանման ոլորտում գործող ոչ կառավարական կազմակերպություններ**՝ սույն ռազմավարության շրջանակներում իրականացվող հանրային առողջապահական ծրագրերի իրականացում, բնակչության իրազեկում և առողջապահական կրթում, առողջապահական կարևորագույն խնդիրների վերաբերյալ տեղեկատվության տարածում, մոնիտորինգ, հետազոտությունների կազմակերպում և այլն:

5) **Միջազգային կազմակերպություններ**՝ տեխնիկական աջակցություն մշակվող ծրագրային և իրավական փաստաթղթերին, միջազգային փորձաքննության ապահովում, բազմաձևավալ աջակցություն սույն ռազմավարության շրջանակներում իրականացվող ծրագրերի ներդրման գործընթացին:

6) **Մասնավոր սեկտոր**՝ սոցիալական գործընկերության ապահովում, աջակցություն:

ԲԱԺԻՆ IX. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՄԲ ԻՐԱԿԱՆԱՑՎՈՂ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐԻ ՓՈՒԼԵՐԻ ԺԱՄԿԵՏՆԵՐԸ, ԱԿՆԿԱԼՎՈՂ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ ԵՎ ԱՐԴՅՈՒՆՔԸ

69. Ռազմավարությամբ նախատեսված միջոցառումներն իրականացվելու են մեկ փուլով, որի ավարտը 2020թ. դեկտեմբերի 31-ը է: Ռազմավարության ներդրման արդյունքում 2020թ. թիրախային տարվա համար ակնկալվող (ելքային տարի 2014թ.) հիմնական առանցքային ցուցանիշներն են.

1) Պերինատալ մահացության (մեռելաձնություն 0-7օրական մահեր) ցուցանիշը (1000 ծնունդի հաշվով՝ ‰) կնվազի 15%-ով (ելակետ՝ 22,4‰, նպատակակետ՝ $\leq 18,8$ ‰):

2) Նորածնային (0-28 օրական) մահացության ցուցանիշը կկրճատվի նվազագույնը 15%-ով (ելակետ՝ 6.7 ‰, նպատակակետ՝ $\leq 5,5$ ‰):

3) Անհաս և ցածր քաշով ծնված նորածինների ցուցանիշը կնվազի 10%-ով: Դրանք չեն գերազանցի համապատասխանաբար՝ 6,3 և 7,2 տոկոսները:

4) Բնածին արատներով ծնված երեխաների տեսակարար կշիռը նորածինների ընդհանուր թվաքանակում կնվազի շուրջ 15 %-ով (ելակետ՝ 1.7 ‰, նպատակակետ՝ $\leq 1,5$ ‰):

5) Մանկական (0-1 տարեկան) մահացության ցուցանիշը կնվազի 20%-ով (ելակետ՝ 8,8 ‰, նպատակակետ՝ ≤ 7 ‰):

6) Մինչև 5տ. երեխաների մահացության ցուցանիշը կնվազի 20%-ով (ելակետ՝ 10,3 %, նպատակակետ՝ $\leq 8,5$ %):

7) Մինչև 1 տարեկան երեխաների հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշը կնվազի 10%-ով (ելքային ցուցանիշ՝ 1.7%, նպատակակետ՝ $\leq 1,5$ %):

8) Մինչև 14 տարեկան երեխաների հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշը կնվազի 20%-ով (ելքային ցուցանիշ՝ 0,5%, նպատակակետ՝ $\leq 0,4$ %):

9) Առանձին պատվաստումներով ընդգրկման ցուցանիշի 95% և ավելի բարձր մակարդակի պահպանում:

10) Բոլոր նպատակային տարիքային խմբերում պատվաստումներում ≥ 95 % ամբողջական ընդգրկվածության ընդգրկվածության ապահովում:

ԲԱԺԻՆ X. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՄԻՋՈՑՆԵՐԸ

70. Ռազմավարության ներդրումն ապահովող ֆինանսավորումն ակնկալվում է հետևյալ աղբյուրներից.

1) Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջե (ՀՀ պետական բյուջեից՝ առողջապահության նախարարությանը տրամադրվող միջոցների շրջանակներում),

2) Միջազգային կազմակերպությունների կողմից նպատակային ֆինանսավորում, սեփական ֆոնդեր,

3) Հայաստանի Հանրապետությունում գործող մասնավոր կազմակերպությունների միջոցներ,

4) Հասարակական կազմակերպությունների կողմից նպատակային ֆինանսավորում,

5) Հայաստանի Հանրապետության օրենքով չարգելված այլ ֆինանսական աղբյուրներ:

ԲԱԺԻՆ XI. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՌԻՍԿԵՐԸ

71. Ռազմավարության իրականացման ընթացքում ռիսկեր չեն կանխատեսվում:

ԲԱԺԻՆ XII. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐԸ

78. Ռազմավարությունը կներդրվի մեկ փուլով: Իրականացման 2016-2020 թվականների գործողությունների ծրագիրը ներկայացվում է առանձին՝ N2 հավելվածով:

**ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ՈԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ ԵՎ
ՈԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ 2015-2020 ԹՎԱԿԱՆՆԵՐԻ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԾՐԱԳՐՈՒՄ ԿԻՐԱՌՎԱԾ ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՍԱՀՄԱՆՈՒՄՆԵՐ**

1. Երեխա՝ Երեխա է համարվում 18 տարին չլրացած յուրաքանչյուր ոք, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ նա օրենքով սահմանված կարգով գործունակություն է ձեռք բերում կամ գործունակ է ճանաչվում ավելի վաղ: («Երեխայի իրավունքների մասին» ՀՀ օրենք, հոդված 1)
2. Դեռահասներ՝ բժշկակենսաբանական (ֆիզիոլոգիական) հասկացություն, որը ներառում է 10-18 տարեկան անձանց տարիքային խումբը և բնորոշում է մանկությունից լրիվ չափահասության անցումային շրջանը. («Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ Օրենք, հոդված 2)
3. Նորածնային շրջան՝ սկսվում է ծննդով և վերջանում է ծննդից 28 լրացած օր (4 շաբաթ) հետո: (ՀՀ կառավարության 2005թ. N949-ն որոշում)
4. Նորածին՝ ծննդից մինչև կյանքի 28-րդ օրը լրացած երեխա:
5. Վաղ հասակի երեխա՝ սույն ռազմավարության իմաստով ծննդից մինչև 5 տարեկան 11 ամսական 29 օրական երեխա
6. Դպրոցահասակ երեխա՝ 6 տարեկանից մինչև 18 տարեկան երեխա: