

## ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳ

### ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՄՆՈՒՑՄԱՆ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ

#### I. Նախաբան

1. Երեխաների կենսապահովման խնդիրների շարքում առողջության պահպանման և սնուցման հարցերը առաջնահերթ են և այդ տարիներին մանկան օրգանիզմի կառուցողական պահանջների, ինչպես նաև աճի ու զարգացման տեսանկյունից կորցրածը հնարավոր չէ հետագայում վերականգնել անգամ լավագույն սնուցման և խնամքի կազմակերպման պարագայում: Այս շրջանում լավագույն առողջապահական խնամքի, համապատասխան սնուցման ապահովումը ենթադրում է մանկան կյանքի լավագույն սկզբի երաշխավորում:

2. Չնայած միջազգային հանրության ջանքերին և երեխաների կենսապահովման ոլորտում աշխարհում արձանագրված որոշակի առաջընթացին, դեռևս մնում են բազմաթիվ չլուծված խնդիրներ: 2011թ. աշխարհում մահացել է մինչև 5 տարեկան 6,9 միլիոն երեխա: Հաշվարկները ցույց են տվել, որ 35% դեպքերում թերսնուցումը հանդիսանում է դրանց հիմնական պատճառը: 2011 թվականին աշխարհի մինչև 5 տարեկան 165 մլն երեխաներ թերաճ էին, 52 միլիոն երեխա տառապում էին սուր թերսնվածությամբ, իսկ 43 մլն երեխա ունէին քաշի ավելցուք կամ ճարպակալում<sup>1</sup>: Թերսնուցման արդյունքում աշխարհի զարգացող երկրներում յուրաքանչյուր օր մահանում է մինչև 5 տարեկան 7500 երեխա:

3. Աշխարհի բնակչության շուրջ 20 տոկոսը շարունակում է ենթակա մնալ սնուցողական միկրոտարրերի և վիտամինների մասնավորապես՝ վիտամին Ա-ի, յոդի և երկաթի դեֆիցիտի, որի հետևանքն են հանդիսանում մի շարք ծանր և

---

<sup>1</sup> 1. Global nutrition policy review: What does it take to scale up nutrition action? WHO, 2013

անդարձելի ախտաբանական վիճակներ, որոնք հաճախ ավարտվում են հաշմանդամությամբ կամ հանգեցնում մահվան: 2012թ. աշխարհում մահացել է շուրջ 8 մլն երեխա, 48% դեպքերում մահվան պատճառները զուգակցվել են թերսնուցման խնդիրներով:

4. Այս ամենը մեծ ռիսկեր են երեխաների կենսապահովման համար: Ասվածի համատեքստում հատկապես կարևորվում են մանկան կյանքի առաջին 1000 օրերը (հղիություն և հետծննդյան երկու տարիները), որի ընթացքում մոր և երեխայի ճիշտ սնուցումը և ադեքվատ սնունդը կանխորոշիչ են հետագա ողջ կյանքի համար: Սպիտակուցի, վիտամինների, սնուցողական միկրոտարրերով պայմանավորված անբավարարությունը արտահայտվում է մանկան մտավոր և ֆիզիկական զարգացման հապաղմամբ, մանկական հիվանդացության և հաշմանդամության աճով: Երեխաների սնուցման հետ կապված խնդիրները, ներառյալ գերքաշությունը իրենց մոտակա և հեռակա դրսևորումներով նպաստում են հիվանդությունների տարածվածության աճին ավելի մեծ տարիքում: Ապացուցված է նաև հակառակ ազդեցությունը՝ մայրերի գերքաշությունը հղիության ընթացքում մեծացնում է պտղի զարգացման արատների ռիսկը:

5. Այդ առումով երեխաների սնուցման առավել հրատապ խնդիրների վերհանումը և իրականացվող ծրագրերի արդյունավետության գնահատումը, իրավիճակի բարելավմանն ուղղված ռազմավարությունների մշակումը երկրի առողջապահական գերակա ոլորտներից մեկի՝ մոր և մանկան առողջության պահպանման առաջնահերթ խնդիրներից մեկն է:

## **II. Երեխաների սնուցման հիմնախնդրի շուրջ առկա միջազգային քաղաքականությունը և ազգային ռազմավարությունները, երեխաների սնուցման բարելավմանն ուղղված գործող ծրագրերը**

6. Երեխաների և մայրերի առողջությանն ու սնուցմանն ուղղված խնդիրների գերակայությունը բազմիցս հաստատվել է աշխարհի հանրության կողմից և ամրագրվել միջազգային փաստաթղթերում: Մասնավորապես, դրանցից են Հռոմում ընդունված Սնուցման համաշխարհային հռչակագիրը, Առողջապահության համաշխարհային ասամբլեայի և Միավորված ազգերի կազմակերպության

(այսուհետ՝ ՄԱԿ) ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամի գործադիր կոմիտեի կողմից ընդունված «Մանկան և վաղ տարիքի երեխաների սնուցման» գլոբալ ռազմավարությունը, ՄԱԿ-ի Գլխավոր ասամբլեայի հատուկ նստաշրջանների կողմից ընդունված «Հազարամյակի» և «Բարենպաստ աշխարհ երեխաների համար» հռչակագրերը, որոնք միջազգային հանրությանը կոչ են անում համախմբել ռեսուրսները և իրականացնել ծրագրեր՝ ուղղված երեխաների և մայրերի առողջության և սնուցման բարելավմանը, մայրական և մանկական մահացության իջեցման, թե՛ ազգային և թե՛ գլոբալ մակարդակով:

7. Միաժամանակ, ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամը և Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (այսուհետ՝ ԱՀԿ) հանդես են եկել համատեղ նախաձեռնություններով ուղղված երեխաների սնուցման հարցերի բարելավմանը: Այսպես,

1) 1981 թվականին առողջապահության համաշխարհային ասամբլեայի կողմից հաստատվել է «Կրծքի կաթի փոխարինիչների վաճառահանման միջազգային օրենսգիրքը», որը պաշտպանում է լավագույն սնուցում ստանալու երեխայի իրավունքը և իր մանկան սնուցման եղանակը ընտրելու կնոջ իրավունքը: Օրենսգիրքը ձգտում է դադարեցնել մանկական կաթնախառնուրդների օգտագործելու համար մարդկանց համոզելու կամ նրանց ընտրության վրա ազդելու նպատակով նախատեսված գովազդման կամ խրախուսման գործողությունները՝ դրանով իսկ կանխելով վերջիններիս տարածումը և նվազագույնի հասցնելով վնասը կրծքով սնուցման գործելակերպին:

2) 1991 թվականից սկիզբ դրվեց «Մանկանը բարեկամ ծննդատներ» նախաձեռնությանը, որն ուղղված էր կրծքով կերակրմանն աջակցող միջավայրի ստեղծմանը բուժհաստատություններում, որպես մանկան կյանքի բարենպաստ սկզբի նախապայման:

3) 2002 թվականից Առողջապահության համաշխարհային վեհաժողովի 55-րդ նստաշրջանի կողմից ընդունվել է Կրծքի և վաղ հասակի երեխաների սնուցման գլոբալ ռազմավարությունը:

8. Հայաստանի Հանրապետությունը անկախության հռչակումից հետո, որպես Միավորված ազգերի կազմակերպության անդամ-երկիր, միացել է կանանց և երեխաներին նվիրված միջազգային կոնվենցիաներին և հռչակագրերին՝ ստանձնելով դրանցից բխող պարտավորություններ, որոնց կատարման շրջանակներում մոր և մանկան առողջության պահպանման հարցերին տրվել է ազգային նշանակություն՝ արտացոլելով այն Հայաստանի Հանրապետության կառավարության, Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության ռազմավարական փաստաթղթերում:

9. Մասնավորապես, երեխաների սնուցման, առողջության և բարեկեցության խնդիրները կարևորված են ազգային մակարդակով ընդունված մի շարք փաստաթղթերում: Այն է՝

- 1) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 8-ի «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ. ռազմավարությունը հաստատելու մասին» թիվ 1000-Ն որոշում,
- 2) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2009 թվականի սեպտեմբերի 10-ի նիստի N37 արձանագրության 1-ին կետով հավանության արձանացած «Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման ազգային ռազմավարությանը և դրա ներդրման գործողությունների ծրագրին հավանություն տալու մասին» արձանագրային որոշում,
- 3) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2011 թվականի հոկտեմբերի 13-ի «Հայաստանի Հանրապետության պարենային անվտանգության ապահովման հայեցակարգից բխող միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին» թիվ 1522-Ն որոշում,
- 4) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի «Հայաստանի Հանրապետությունում երեխայի իրավունքների պաշտպանության 2013-2016 թվականների ռազմավարական ծրագիրը եվ երեխայի իրավունքների պաշտպանության 2013-2016 թվականների ռազմավարական ծրագրի միջոցառումների ժամանակացույցը հաստատելու և Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2003 թվականի դեկտեմբերի 18-ի թիվ 1745-Ն որոշումն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» թիվ 1694-Ն որոշում,

5) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2011 թվականի փետրվարի 17-ի նիստի N1 արձանագրությամբ հավանության արժանացած «Հայաստանի Հանրապետությունում միկրոտարրերով և վիտամիններով ցորենի ալյուրի հարստացման հայեցակարգին և հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին» արձանագրային որոշում,

6) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի «Հայաստանի Հանրապետության 2014-2025 թվականների հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիրը հաստատելու և Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2008 թվականի հոկտեմբերի 30-ի թիվ 1207-Ն որոշումն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» թիվ 442-Ն որոշում:

10. 1995-2010թթ. ընթացքում ՀՀ առողջապահության նախարարություն, ԱՀԿ, ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ համագործակցության շրջանակներում մշակվել և շարունակաբար իրականացվել են առանձին ծրագրեր, ուղղված վաղ մանկության շրջանում երեխաների սնուցման և առողջության բարելավմանը: Այն է՝

1) յոդի անբավարարությամբ պայմանավորված հիվանդությունների դեմ պայքարի և կանխարգելման ազգային ծրագիր, ինչով ապահովվել է հանրապետությունում կերակրի աղի համընդհանուր յոդացման և սննդում յոդացված աղի օգտագործման միջոցով յոդի անբավարարության հետևանքների կանխարգելման իրավական հիմքը: Ազգային ծրագրի իրագործման շրջանակներում առողջապահության նախարարության կողմից 1997 թվականից իրականացվում է յոդացված կերակրի աղում յոդի պարունակության շարունակական մոնիթորինգ:

2) Կրծքով սնուցման խրախուսման և աջակցության ծրագիր, որի շրջանակներում իրականացվում է կրծքով սնուցման խրախուսման և աջակցման գործելակերպի խթանում բուժաշխատողների ու ծնողների շրջանում և հիմնարար կազմակերպակառուցվածքային փոփոխությունների իրականացում ծննդօգնության հաստատությունների մակարդակով: Մասնավորապես, բարեփոխումների արդյունքում ներդրվել են կրծքով սնուցման կայացման կարևոր նախապայման հանդիսացող մի շարք փոփոխություններ՝ մոր և մանկան շփումը ծնվելուց անմիջապես հետո, կրծքով կերակրման վաղ նախաձեռնում (հետծննդյան առաջին

30-60 րոպեների ընթացքում), մոր և մանկան համատեղ տեղակայում, ըստ պահանջի կերակրում և մանկանն աջակից այլ միջոցառումներ:

3) Ծննդատների և մանկական պոլիկլինիկաների մակարդակով «Մանկանը բարեկամ» ԱՀԿ, ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ նախաձեռնության ծրագիր, որի ներդրման արդյունքում ներկայումս միջազգային այդ կոչմանն են արժանացել Հայաստանի Հանրապետության ծննդօգնության 50 հաստատություններից 22-ը, որտեղ ծնվում են հանրապետության երեխաների շուրջ 60%-ը: Հայաստանը հանդես է եկել նաև նոր՝ «Մանկանը բարեկամ պոլիկլինիկա» նախաձեռնությամբ, որի ներդրման արդյունքում հանրապետության 88 պոլիկլինիկական հաստատություններից 10-ը արժանացել է այդ պատվաբեր կոչմանը:

4) Միկրոտարրերով և վիտամիններով ցորենի այլորի հարստացման հայեցակարգ, որի շրջանակներում սկսվել են իրականացվել սնուցողական միկրոտարրերով պայմանավորված անբավարարության վերացմանը և հանրության մակարդակով սակավարյունությունների կրճատմանը ուղղված միջոցառումներ (մշակվել է այս հայեցակարգի ներդրմանն ու խնդրի կարգավորմանն ուղղված նորմատիվիրավական ակտերի նախագծեր, ձեռք են բերվել համապատասխան հարստացուցիչ սարքավորումներ, որոնք տրամադրվելու են խոշոր այլաղացներին):

5) Երեխայի առողջության առաջնային պահպանման ոլորտում «Վաղ հասակի երեխաների աճի ու զարգացման» գնահատման և մոնիտորինգի ծրագիր, որի շրջանակներում հավաքագրվում են առողջության առաջնային պահպանման հաստատությունների կողմից մինչև 5 տարեկան երեխաների աճի և զարգացման գնահատման արդյունքները:

6) Առողջ սնուցման հանրային իրազեկման ծրագիր, որի շրջանակներում մշակվել և Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի հրամանով հաստատվել են «Կրծքի և վաղ հասակի երեխաների սնուցման գործելակարգի վերաբերյալ» ձեռնարկները՝ ծննդօգնության ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպությունների և առողջության առաջնային պահպանման ոլորտի բուժաշխատողների համար, ինչպես նաև հղիներին և մայրերին ուղղված հանրային իրազեկման նյութերը: Հայաստանի 6 մարզերում կազմակերպվել են դասախոսություններ՝ սնուցման ճիշտ սննդակարգի կազմակերպման վերաբերյալ, տպագրվել են բազմաթիվ նյութեր՝ առողջ սննդի վերաբերյալ, իրականացվել են

հանրային իրազեկման միջոցառումներ, համայնքներում ներմուծվել է սնուցման լավագույն պրակտիկայի օրինակը:

11. Ծրագրային ներկայացված արդյունքները անդրադարձել են իրավիճակի վրա և արտացոլվել հիմնական ցուցանիշների միտումներում (ներկայացվում են ստորև), սակայն միջգերատեսչական խնդիրների ներառումով երեխաների սնուցման հարցերի վերաբերյալ համապարփակ հայեցակարգային փաստաթուղթ ազգային մակարդակով բացակայում է:

### **III. Իրավիճակային վերլուծություն. երեխաների սնուցման կարգավիճակի նկարագիրը և հիմնական ցուցանիշների միտումները Հայաստանի Հանրապետությունում**

12. Այս վերլուծությունը առավելապես հենվում է 9-րդ կետում նշված իրավական ակտերի շրջանակներում ներկայացված իրավիճակային առկա նկարագրերի և հիմնական ընթացիկ արդյունքների համեմատականի, ինչպես նաև իրավիճակի նոր տվյալների համատեքստում իրականացված գնահատականի հիման վրա, ինչը հիմք է հանդիսացել սույն արձանագրային որոշման՝ Հայաստանի Հանրապետությունում երեխաների սնուցման բարելավմանն ուղղված հայեցակարգի մշակման համար:

13. Վաղ մանկության շրջանում առողջ աճի և զարգացման ապահովման, մանկական մահացության կանխարգելման կարևորագույն նախապայման է նաև մայրերի և մանուկների սնուցման և առողջության բարելավումը: Ըստ էության մայրը և մանուկը հանդիսանում են կենսաբանական և սոցիալական մեկ ամբողջություն՝ մեկի առողջությունը և սնուցումը անբաժանելի է մյուսի առողջությունից և սնուցումից: Ասվածի լավագույն օրինակը կրծքով կերակրման գործելակերպն է, իր առավելություններով՝ թե մոր և թե մանկան առողջության համար: Ապացուցված է, որ մինչև 1տ. կրծքով սնվող երեխաների մահացության ռիսկը շնչառական և փորլուծային հիվանդություններից 7-10 անգամ ցածր է արհեստական սնվողների համեմատությամբ: Միայն ի հաշիվ այս գործոնի մանկական մահացությունը կարելի է կրճատել 10 %-ով:

14. Վաղ մանկության շրջանում երեխաների կերակրման ճիշտ գործելակերպը և մինչև 6 ամիս բացառապես կրծքով սնուցումը, ժամանակին հավելյալ սնուցման

կազմակերպումը, հնարավորինս երկար (2 տարի և ավելի) կրճքով շարունակական կերակրումը վաղ մանկության զարգացման, մանկական հիվանդացության և մահացության իջեցման կարևորագույն նախադրյալներն են և ամրագրված են ազգային ռազմավարական փաստաթղթերում:

15. Ըստ պաշտոնական վիճակագրության, կրճքով կերակրման ցուցանիշը (հաշվետու տարվա ընթացքում մեկ տարին լրացած երեխաների մեջ մինչև 4 ամիս լրիվ կրճքով սնված երեխաների տոկոսը) 1990 թ. կազմել է 57%, այնուհետև 1990-1994թթ. կտրուկ անկում է ապրել 1994 թ.` կազմելով ընդամենը 20% :

16. Հաջորդող տարիների ընթացքում շնորհիվ «Կրճքով սնուցման խրախուսման ծրագրի» իրականացման, այդ ցուցանիշը բարձրացել է ավելի քան 4 անգամ (2012թ.-83%) ընդ որում, 2012թ. հաշվետու տարվա ընթացքում մեկ տարին լրացած երեխաների 66% սնվել է բացառապես կրճքով մինչև 6 ամսականը, իսկ 45 %-ը շարունակել է կրճքով սնուցումը 1 տարի և ավելի:

17. Պատկերը մի փոքր այլ է Հայաստանի Ժողովրդական առողջապահական հարցերի հետազոտությունների (այսուհետ՝ ՀԺԱՀՀ) տվյալներով, որոնք իրականացվում են Հայաստանում յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ անգամ: Մասնավորապես, ըստ վերջին՝ 2010թ. իրականացված ՀԺԱՀՀ-ի տվյալների, հարցմանը նախորդող 3 տարիների ընթացքում ծնված երեխաների 97%-ը երբևէ կերակրվել է կրճքի կաթով, սակայն կրճքին վաղ (հետծննդյան 1 ժամվա ընթացքում) մոտեցվել է նորածինների ընդամենը 36%-ը, ինչը թեև փաստում է, որ 2005թ. համեմատությամբ (28%) ցուցանիշը որոշակիորեն բարելավվել է, սակայն հեռու է ցանկալի մակարդակից: Ըստ էության երեխաների գրեթե 2/3-ը կրճքին են մոտեցվել ուշացումով՝ հետծննդյան 24 ժամերի ընթացքում և հետո: Բնական է, որ այս երեխաների զգալի մասը մինչև կրճքով առաջին կերակրումը ստացել են արհեստական կաթնախառնուրդ կամ որևէ այլ սննդարար հեղուկ:

18. Ըստ նույն հետազոտության տվյալների, 0-6 ամսական երեխաների 89% կերակրվել է կրճքով: Բացառապես կրճքով կերակրվել է մանկիկների 35%-ը, ինչը փաստում է, որ բացառապես կրճքով սնուցման ցուցանիշը աննշան է բարելավվել ինչպես 0-4 ամսական տարիքային խմբում (ՀԺԱՀՀ-2000՝ 45%, ՀԺԱՀՀ -2005՝



37%, ՀԺԱՀՀ-2010՝ 48%), այնպես էլ 0-6ամսական տարիքային խմբում (ՀԺԱՀՀ-2000՝ 30%, ՀԺԱՀՀ-2005՝ 33%, ՀԺԱՀՀ-2010՝ 35%):

19. Ըստ ՀԺԱՀՀ-2010թ.-ի տվյալների՝ կրծքով կերակրման «մեդիանա» ցուցանիշը բացառապես կրծքով սնուցման պարագայում կազմել է 1.8 ամիս, իսկ ընդհանրապես կրծքով սնուցման դեպքում՝ 10.9 ամիս: Թեև այս ցուցանիշների առումով ՀԺԱՀՀ-2005թ.-ի համեմատությամբ արձանագրվել է որոշակի առաջընթաց, այնուամենայնիվ, իրավիճակը դեռևս հեռու է բավարար լինելուց, քանզի բացառապես կրծքով կերակրումը առաջարկվում է շարունակել մանկան կյանքի 6 ամիսների ընթացքում և շարունակել կրծքով կերակրելը 2 տարի ու ավելի:

20. Ըստ ՀԺԱՀՀ-2010թ.-ի տվյալների՝ շշերի, ծծակների օգտագործման ցուցանիշը բավականին բարձր է: 2-3 ամսական տարիքային խմբում այն կազմում է 37%, 9-11 ամսականների մոտ՝ 76%, իսկ 20-24 ամսական երեխաների գրեթե կեսը շարունակում է ծծակի օգտագործումը: Միջինում մինչև 6 ամսական երեխաների շրջանում ծծակով շշերի օգտագործումը կազմել է 51%: Ակնհայտ է այս ուղղությամբ մայրերի գործելակերպի բարելավման անհրաժեշտությունը:

21. Մանկական մահացության մակարդակի վրա կրծքով կերակրման բարերար ազդեցությունը ապացուցված է բազմաթիվ հետազոտություններով: Հայաստանի ՀԺԱՀՀ 2005-ի արդյունքների շրջանակներում ուսումնասիրվել է խնդիրը այս համատեքստում և վերլուծվել է մանկական մահացության և կրծքով սնուցման կապը, ըստ որի մահացած երեխաների համեմատությամբ, կենդանի մնացած երեխաների խմբում կրծքով կերակրված երեխաների տեսակարար կշիռը գրեթե 3 անգամ ավելին է, իսկ կրծքով կերակրման միջին տևողությունը շուրջ 5 անգամ ավելի երկար է եղել: Ակնհայտ է կրծքով կերակրման իրավիճակի շարունակական բարելավման անհրաժեշտությունը, որպես մանկական մահացության իջեցման լավագույն ռեզերվ:

22. Համաձայն ԱՀԿ-ի չափորոշիչների՝ 6-23 ամսական տարիքային խմբում անհրաժեշտ բոլոր միկրոսնդարար նյութերը ստանալու նպատակով, կրծքով կերակրվող երեխաները պետք է ամեն օր ընդունեն հավելյալ սնունդ երեք և ավելի

անգամ տարբեր սննդատեսակների խմբերից, մինչդեռ ՀԺԱՀՀ-2010թ.-ի տվյալներով 6-23 ամսական կուրծք ուտող երեխաների ընդամենը 52 տոկոսն է ստացել բավարար հաճախականությամբ և միայն 34 տոկոսը՝ համարժեք (ըստ սննդակարգի անհրաժեշտ տեսականու և քանակի) հավելյալ սնունդ: Ըստ էության, ՀԺԱՀՀ-2010թ. տվյալները ցույց են տալիս, որ Հայաստանում վաղ տարիքի երեխաների կերակրման սննդակարգը էապես տարբերվում է ԱՀԿ-ի կողմից սահմանված չափորոշիչներից:

23. ՀԺԱՀՀ-ի ժամանակ երեխաների սնուցման կարգավիճակը որոշվել է երեք գումարային ցուցանիշների հիման վրա՝ հասակն ըստ տարիքի, քաշն ըստ հասակի և քաշն ըստ տարիքի:

24. Ըստ ՀԺԱՀՀ-2010թ. տվյալների, մինչև 5 տարեկան երեխաների 19 տոկոսը թերաճ է՝ կարճահասակ, իսկ 8 տոկոսը՝ խիստ թերաճ է՝ շատ կարճահասակ: Կարճահասակությունը ավելի տարածված է գյուղաբնակ(գյուղ՝ 22%, քաղաք՝ 17%), կրթական ցածր մակարդակ ունեցող կանանց(22%) և առավել աղքատ տնային տնտեսությունների (26%) երեխաների մոտ: Թերաճ երեխաների տեսակարար կշիռների էական տարբերություններ կան ըստ մարզերի՝ տատանվելով Երևանի 11 տոկոսից, մինչև 37% Սյունիքի մարզում: Մինչև 5 տարեկան երեխաների շրջանում թերաճության մասնաբաժինը, թեև ցածր տոկոսով, սակայն տարեց տարի աճել է 2000թ.-ին կազմելով 17, 2005թ.-ին՝ 18, իսկ 2010թ.-ին՝ 19%:

25. Նույն հետազոտության ժամանակ մինչև 5 տարեկան երեխաների **4 տոկոսի մոտ գրանցվել է թերսնվածություն և 2 տոկոսից պակասի շրջանում խիստ թերսնվածություն:** Թեպետ, ընդհանուր առմամբ թերսնվածության ցուցանիշի տարածվածությունը ցածր է, սակայն այն բավականին բարձր է ցածր կրթական մակարդակ ունեցող մայրերի (14%), մինչև վեց ամսական (12.3%), և առավել աղքատ ընտանիքների (7.8%) երեխաների մոտ: Մարզերից այն ամենաբարձրն է Արարատի մարզի երեխաների շրջանում (12%): Վերջին 10 տարիների ընթացքում թերսնվածության ցուցանիշը ևս աճի ակնհայտ միտում է արձանագրել՝ 2000թ.-ի 2% փոխարեն 2010թ.-ին այն կազմել է 4%:

26. Հակադիր խնդիր է **գերքաշությունը 15% երեխաների մոտ:** Գեր երեխաների տեսակարար կշիռը գերակշռում է 12-17 և 48-59 ամսական տարիքային խմբերում,

որոնցում ընդգրկված յուրաքանչյուր հինգերորդ երեխան ըստ հասակի քաշի ավելցուկ ունի: Գերքաշության ցուցանիշը տատանվում է ըստ մարզերի՝ 9%-ից մինչև 35%: Բարձրագույն կրթություն ունեցող կանանց երեխաները կրկնակի անգամ առավել են հակված գերքաշ լինելու, քան հիմնական կրթություն ունեցող կանանց երեխաները (17 և 8%՝ համապատասխանաբար): Վերջին հինգ տարիների ընթացքում գերքաշ երեխաների տեսակարար կշիռը 11 % (2005թ.) աճել է մինչև 15% (2010թ.): Գերքաշությունը ըստ առանձին մարզերի զուգակցվում է թերաճության հետ: Երկու դեպքում էլ պատճառը սպիտակուցների պակասով և/կամ ածխաջրերի ավելցուկով չբալանսավորված սննդակարգն է, ինչը կարող է լինել ինչպես աղքատության և սննդի պակասի, այնպես էլ ճիշտ սնուցման վերաբերյալ մայրերի անբավարար գիտելիքների հետևանք:

27. Հետազոտությամբ փաստվել է նաև, որ երեխաների 5% թերքաշ է, ինչը մատնանշում է, որ Հայաստանի երեխաներն կրկնակի թերքաշ են միջազգային ստանդարտ բնակչության համեմատությամբ (2.3%): Թերքաշ երեխաների տեսակարար կշիռը ևս նշանակալիորեն աճել է վերջին 10 տարիների ընթացքում 2000թ.-ի 2% ցուցանիշն այժմ կազմում է 5 %:

28. Ընդհանուր առմամբ, վերջին 10 տարիների ընթացքում երեխաների սնուցման կարգավիճակը չի բարելավվել: Ավելին, թերաճության և թերքաշության ցուցանիշները վատացման կայուն միտում են դրսևորել: Սա վկայում է, մինչև 5 տարեկան երեխաների մոտ ինչպես խրոնիկ, այնպես էլ սուր սնուցման հետ կապված հնարավոր խանգարումների մասին:

29. Անհանգստացնող է նաև գերքաշության գնալով մեծացող խնդիրը, հատկապես վաղ տարիքային խմբի երեխաների պարագայում: ԱՀԿ-ի Եվրոպական տարածաշրջանի երկրներում ամեն հինգերորդ երեխան ունեն ավելորդ քաշ, իսկ նրանց մեկ երրորդը տառապում են ճարպակալմամբ, այս ամենի հետ մեկտեղ նման մարդկանց թիվն աճում է արագ տեմպերով: Ըստ 2010թ. Դպրոցահասակ երեխաների առողջության վարքագծի հետազոտության (այսուհետ, ԴԵԱՎ), Հայաստանի 15 տարեկան երեխաների 9,5% գեր է կամ ունի ավելորդ քաշ, ինչը խոսում է աճող միտումների մասին:

30. Ակնհայտ է, որ ավելցուկային քաշով երեխաների 60 տոկոսը այդ խնդիրը ունենում է նաև չափահաս տարիքում, ինչը ավելացնում է առողջապահական

ծառայությունների բեռը այդ մարդկանց երկարատև բուժօգնություն ցույց տալու գործընթացում: Ավելորդ քաշը ունի թե անմիջական, թե հեռահար ազդեցություն երեխաների և դեռահասաների առողջության վրա: Գիրությունը հանդիսանում է մի շարք քրոնիկ ոչ տարափոխիկ հիվանդությունների զարգացման ռիսկի գործոն, օրինակ, 2-րդ տիպի դիաբետի, սրտի և այլ քրոնիկ հիվանդությունների, հոդերի և ոսկրերի հիվանդությունների, քնի ժամանակ շնչառության խանգարումների, հոգեբանական խնդիրների, ցածր ինքնագնահատականի և այլն: Հետևաբար, առողջ սնունդը՝ քրոնիկ ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և հսկման կարևորագույն միջոցն է, իսկ գիրության վաղ հայտնաբերումը և կանխարգելումը կարևոր է սկսել վաղ մանկությունից:

31. Երեխաների շրջանում սակավարյունության տարածվածության վերաբերյալ պաշտոնական տվյալները հաշվարկվում են հիմնականում ըստ դիմելիության արձանագրված դեպքերի հիման վրա, դրանք մի քանի անգամ պակաս են այլընտրանքային հետազոտությամբ արձանագրված տվյալներից, որոնք փաստում են սակավարյունությունների բարձր տարածվածության և ցուցանիշների աճի մասին:

32. 2010թ. ՀԺԱՀՀ հետազոտության ժամանակ չի իրականացվել այս խնդրի ուսումնասիրություն, հետևաբար իրավիճակի սույն գնահատականը հենվում է ՀԺԱՀՀ-2005 տվյալների վրա, ըստ որի մինչև 5 տարեկան երեխաների մոտ սակավարյունության տարածվածությունը կազմել է 37%, ընդ որում 19% մոտ արձանագրվել են սակավարյունության միջին, իսկ 1 տոկոսի մոտ ծանր ձևեր: Հատկանշական է, որ 2000թ.-ի համեմատությամբ սակավարյունության տարածվածությունը երեխաների մոտ բարձրացել է շուրջ 50%-ով: Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության՝ երեխաների սակավարյունության պատճառը շուրջ 90% դեպքերում պայմանավորված է երկաթի անբավարարությամբ:

33. Այդ առումով ՀՀ կառավարության 2011 թվականի փետրվարի 17-ի թիվ 6 արձանագրային որոշմամբ հավանության արժանացած Հայաստանի Հանրապետությունում միկրոտարրերով և վիտամիններով ցորենի ալյուրի հարստացման հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների իրականացումը խնդրի հաղթահարման արդյունավետ միջոց կարող է լինել:

34. Սակավարյունությունների պատճառական գործոններում կարևոր դերակատարում կարող են ունենալ ճիճվային ինվազիները: Հայաստանում ճիճվակրության վերաբերյալ առկա պաշտոնական տվյալները չեն արտացոլում խնդրի իրական պատկերը, քանզի հիվանդացության այդ ցուցանիշները հենվում են հիմնականում դիմելիության դեպքերի վրա, ուստի սակավարյունությունների կանխարգելմանն ուղղված համարժեք միջոցառումների մշակման համար շատ կարևոր է ճիճվակրության տարածվածության համալիր գնահատման իրականացումը, անձնական հիգիենայի կանոնների վերաբերյալ պատշաճ գիտելիքների տրամադրումը, ճիճվաթափության ծրագրերի իրականացումը և հսկումը: Կովի կաթի օգտագործման բավական տարածված գործելակերպը, հատկապես վաղ մանկական հասակում և գյուղական վայրերում, ևս պետք է դիտվի որպես կարևոր պատճառական գործոն՝ սակավարյունության զարգացման պարագայում:

35. Հայաստանը լինելով լեռնային և օվկիանոսից տարանջատված երկիր, հանդիսանում է յոդի անբավարարության էնդեմիկ օջախ: Հայտնի է, որ յոդի անբավարարության նկատմամբ առավել զգայուն են վաղ հասակի երեխաները, հղի կանայք և պտուղը՝ ներարգանդային կյանքում: Հղիության շրջանում այն բարձրացնում է պտղի ներարգանդային զարգացման հապաղման և արատների ձևավորման ռիսկը:

36. Յոդի անբավարարության խնդրի հաղթահարումը հնարավոր է յոդացված կերակրի աղի օգտագործման ճանապարհով: 1997թ.-ին ՄԱԿ-ի Մանկական հիմնադրամի աջակցությամբ վերանորոգվեց և վերագործակցվեց երկրում միակ աղի գործարանը, որը, արտադրելով որակյալ յոդացված աղ, ապահովեց ողջ հանրապետության պահանջարկը: Արդյունքում 2000թ.-ին յոդացված աղի օգտագործումը տնային տնտեսություններում կազմեց գրեթե 84 %, իսկ ՀԺԱՀՀ-2005 տվյալներով՝ 97%:

37. Ծնորհիվ արձանագրված հաջողությունների, Հայաստանը միջազգայնորեն ճանաչվել է որպես յոդի անբավարարությունը հանրային մակարդակով

հաղթահարած երկիր արժանացել է «Աղի ունիվերսալ յողացման երկրի» միջազգային ճանաչման:

38. Ներկայումս համաձայն ՀՀ կառավարության 2011 թվականի հոկտեմբերի 13-ի N 1522-Ն որոշման՝ Հայաստանում իրականացվում է կերակրի աղում յողի պարունակության շարունակական մոնիթորինգ:

39. **Վիտամին Ա-ի** անբավարարության խնդրի առընչությամբ հավաստի վիճակագրական կամ իրավիճակը ներկայացնող պաշտոնական տվյալներ չկան հանրապետությունում: Ըստ 1998թ.-ի Սնուցման ազգային հետազոտության տվյալների՝ 0-5տ. երեխաների շրջանում վիտամին Ա-ի դեֆիցիտ գրանցվել է 1%-ից ոչ ավելի դեպքերում: Ըստ ՀԺԱՀ-2010թ. այդ հետազոտության 6-23 ամսական երեխաների 75%-ի սննդի ռացիոնում մայրերը նշել են վիտամին Ա-ով հարուստ սննդատեսակի գործածություն:

40. Ելնելով վերոհիշյալից, վիտամին-Ա-ի անբավարարությունը Հայաստանի համար գերխնդիր չէ, սակայն վերջին տարիներին մանկական աղքատության մակարդակի աճը, ուղեկցվելով սննդի որակի և վիտամիններով հագեցվածության վատացմամբ, կարող է անդրադառնալ երեխայի առողջական վիճակի վրա և հետագայում բերել տեսողության ախտաբանական շեղումների: Խնդրի տարածվածության իրական ծավալների մասին հնարավոր է պատկերացում կազմել ներկայացուցչական ընտրանքով համապատասխան հետազոտության իրականացումից հետո, առավել ևս, որ 1998թ.-ից հետո երկրում նման գնահատում չի կատարվել:

41. **Վիտամին Դ-ի** անբավարարության վերաբերյալ ՀՀ Առողջապահության նախարարության 1999թ.-ի հաշվետվության տվյալները (մինչ այդ նման վիճակագրություն չի հավաքագրվել) վկայում էին, որ մինչև 1 տարեկան 1000 երեխայից ընդամենը 23-ի մոտ գրանցվել է ռախիտի ծանր ձև (2.3%), մինչդեռ 1998թ.-ի սնուցման ազգային հետազոտության տվյալներով այն արձանագրվել է մինչև 2 տարեկան երեխաների շուրջ 6%-ի մոտ: Հաջորդող ժամանակահատվածում խնդրի տարածվածության գնահատում չի կատարվել, սակայն մանկական հիվանդանոցներում վերջին տարիներին սկսել են ավելի հաճախ արձանագրվել ռախիտի ծանր ձևեր: Մասնավորապես, 2005-2010թթ. ընթացքում Արաբկիր ԲԿ է

ընդունվել 130 երեխա, հիմնականում 1-3 տարեկան, ոսկրային համակարգի ծանր ախտահարումով և ռախիտի կլինիկական այլ դրսևորումներով: Ըստ պաշտոնական վիճակագրության 2007թ.-ին այս ցուցանիշը կազմել 1%: Ըստ նույն աղբյուրի 2010թ. ցուցանիշը ավելի է նվազել, կազմելով ընդամենը 0.8 %:

42. Այսպիսով, թեև Հայաստանի բնակլիմայական գործոնները բարենպաստ են, ռախիտի կանխարգելման խնդիրը, այնուամենայնիվ, Հայաստանում առկա է: Վերջինս ավելի շատ պայմանավորված է երեխաների խնամքի և ռախիտի կանխարգելման գործելակերպի ոչ պատշաճ դրվածքով: Այսպիսով, ռախիտի տարածվածության վերաբերյալ գնահատման անհրաժեշտությունը նույնպես առկա է: Միաժամանակ ակնհայտ է բուժաշխատողների շրջանում ռախիտի կանխարգելման գործելակերպի բարելավման կարիքը Հայաստանում:

43. Ցածր քաշով ծնված և անհաս երեխաների հիմնախնդիրը ուղղակիորեն կապված է նախածննդյան խնամքի և հղիության ընթացքում մայրերի սնուցման և սակավարյունության գործոնի հետ: Ցածր քաշով ծնված և անհաս նորածինների թվի աճի միտումը առողջապահական լուրջ խնդիր է վաղ մանկության հիմնախնդիրների շարքում: Հայաստանում ցածր քաշով ծնվածների ցուցանիշը վերջին 10 տարիներին տատանվել է 8.4-ից-7.6%-ի սահմաններում:

44. Ինքնին այս ցուցանիշները թեև շատ բարձր չեն և համապատասխանում են մանկական մահացության միջին մակարդակ ունեցող երկրների նույն ցուցանիշին և չեն գերազանցում նպատակային 10% սահմանագիծը, այնուամենայնիվ 2007-2010թթ. դրսևորած աճի միտումը անհանգստացնող է: Վերջինս կարող է պայմանավորված լինել ինչպես հղիության ընթացքում մայրերի վատ սնուցմամբ, այնպես էլ հղիության ախտաբանությունների և սակավարյունության բարձր տարածվածությամբ:

45. Մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման ազգային ռազմավարության/ծրագրի շրջանակներում հստակեցված է ՄԻԱՎ վարակակիր մայրերից ծնված նորածինների սնուցման կազմակերպման գործելակերպը, այն է՝ «պետությունը պարտավորվում է այս երեխաներին ապահովել արհեստական կաթնախառնուրդներով»: Հաշվի առնելով ՄԻԱՎ-ի ցածր տարածվածությունը և այդ

կարգավիճակով երեխաների ոչ մեծ թիվը խնդրի նման լուծումը լիովին իրատեսական է Հայաստանի համար:

46. Պետության կողմից լուծված է նաև ֆենիլկետոնուրիայով հիվանդ երեխաներին հատուկ բուժական կաթնախառնուրդով ապահովման հարցը, որի միջոցով կանխարգելվում է նրանց մոտ հիվանդության ծանր դրսևորումների զարգացումը:

47. Քրոնիկ հիվանդություններով, սնուցողական հատուկ պահանջներ ունեցող երեխաների սնուցումը ճիշտ կազմակերպելու համար անհրաժեշտ են համապատասխան կրթություն ունեցող մասնագետներ՝ մանկական բժիշկ-նուտրիցիոլոգներ, դիետոլոգներ, ինչպես նաև նրանց պատրաստման համար համապատասխան կրթական ծրագրեր և մասնագետներ:

48. Երեխայի սնուցման վերաբերյալ ծնողների բավարար տեղեկացվածությունը և պատշաճ գործելակերպը երեխայի նորմալ աճի ու զարգացման կարևորագույն նախապայմաններից է:

49. Մայրերի իրազեկության մակարդակը սնուցման գործելակերպի և այնպիսի տարածված հիվանդությունների դեպքում, ինչպիսին են փորլուծությունը և շնչառական վարակները, գնահատվել է այլընտրանային հետազոտությունների ժամանակ:

50. Ըստ Հայաստանի ՀԺԱՀՀ-2005թ. հետազոտության տվյալների՝ կրծքով կերակրման տևողությունը ուղիղ համեմատական կարգով կապված է մոր կրթական մակարդակից՝ որքան բարձր է կրթական ցենզը, այնքան ավելի երկար է մայրը կրծքով կերակրում մանկիկին (բարձրագույն կրթությամբ կանայք միջինում կրծքով կերակրում են 10 ամիս, իսկ միջնակարգ և տարրական կրթությամբ կանայք՝ 6 ամիս): Ակնհայտ է մայրերի գիտելիքների և իմացության դերը կրծքով կերակրման գործելակերպի բարելավման տեսանկյունից:

51. Գեղարքունիքում 2002թ. իրականացված հետազոտությունը փաստել է ծնողների բացառապես կրծքով սնուցման վերաբերյալ և փորլուծային հիվանդությունների ժամանակ երեխայի սնուցմանն ու խնամքին առնչվող գիտելիքների անբավարարության մասին, ինչը կարևոր դեր ունի հիվանդության ծանր ընթացքի կանխարգելման համար:



52. Դպրոցահասակ և դեռահասային տարիքը կարևորագույն դեր է խաղում մարդու առողջության կենսական ցիկլում: Այդ տարիքում է ձևավորվում այն վարքագիծը, որին մարդը հետևում է ամբողջ կյանքում: Ըստ ԱՀԿ տվյալների, չափահասների շրջանում վաղաժամ մահացության դեպքերի 70%-ը պայմանավորված է դեռահասության տարիքում ձեռք բերված վարքագծով: Երիտասարդների կողմից անառողջ սննդային սովորությունները՝ ֆիզիկական ակտիվության բացակայության և նստակյաց վարքագծի տարածվածության հետ մեկտեղ, հանդիսանում են մեծահասակ տարիքում քրոնիկ ոչ տարափոխիկ հիվանդությունների զարգացման ռիսկի գործոն:

53. Առողջ և բալանսավորված սննդակարգը մանկության և պատանեկության ընթացքում ազդում է երեխաների մտավոր, ֆիզիկական, հոգեբանական զարգացմանը, նրանց ակադեմիական առաջադիմությանը, նպաստում է այնպիսի քրոնիկ ոչ տարափոխիկ հիվանդությունների կանխարգելմանը, ինչպիսիք են ճարպակալումը, սիրտ-անոթային հիվանդությունները, քաղցքեղը, 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետը, օստեոպորոզը: Համաձայն 2010 թվականի ԴԵԱՎ հետազոտության՝ դեռահասների շրջանում բավական տարածված են անառողջ սննդային սովորույթներ. չնախաճաշելը, քաղցր գազավորված ըմպելիքների և քաղցրավենիքի օգտագործումը և այլն: Օրինակ, առավոտյան չնախաճաշելու սովորությունը արձանագրվել է հարցված դեռահասների 46% մոտ, ինչը նպաստում է վաղ հոգնածության առաջացմանը, ազդում է ուսման ընթացքի և առաջադիմության վրա:

54. Տանը չնախաճաշող երեխաները սնվում են դպրոցում: Սակայն դպրոցներում սննդի կազմակերպումը կանոնակարգված չէ, աշակերտներին սովորաբար տրամադրվում է ճարպերի, հատկապես տրանսճարպերի, աղի և շաքարի բարձր պարունակությամբ արագ ուտեսներ, ինչպես նաև գազավորված ըմպելիքներ և քաղցրավենիք: Պարունակելով չափազանց շատ դատարկ կալորիաներ՝ դրանք նպաստում են ինչպես կալցիումով, բջջանքով և սպիտակուցով հարուստ սննդի քիչ օգտագործման, այնպես էլ ատամների կարիեսի, շաքարային դիաբեթի, ճարպակալման և այլ խնդիրների առաջացմանը: Ըստ հարցման տվյալների, հայ երեխաների շուրջ 60%-ը քաղցրավենիքը բավականին հաճախ է օգտագործում:

55.Սննդակարգը հաճախ արտացոլում է ընտանիքի սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակը և բարեկեցության մակարդակը: Այս կապն ավելի խիստ արտահայտված է տնտեսապես աղքատ ընտանիքներում: Տանը սննդի անբավարարության պատճառով քաղցած լինելու մասին նշել է հարցված երեխաների մոտ 20%, ընդ որում 4% քաղցած է մնում ամեն օր:

56.Անառողջ սննդային սովորությունների հիմք են հանդիսանում առողջ ապրելակերպի և առողջ սննդի քարոզչության անբավարարությունը, ըմպելիքների հարաբերական մատչելիությունը, այդ թվում ուսումնական հաստատություններում և երեխաների ժամանցի վայրերում, գայթակղությունը, որը պայմանավորված է չափազանց հաճախակի հեռարձակվող գովազդով:

57. Առողջ սնուցման և ֆիզիկական ակտիվության առավելությունների վերաբերյալ գիտելիքները հասանելի դարձնելու, սնուցման ճիշտ վարքագիծ ձևավորելու և առողջ սննդի օգտին գիտակցված ընտրություն կատարելու հնարավորություն ապահովելու առումով դպրոցը պետք է դիտարկվի որպես լավագույն միջավայր:

58. Անհանգստացնող է նիհարելու նպատակով հայ դեռահասների կողմից կիրառվող քաշի վերահսկման անառողջ, իսկ երբեմն վտանգավոր եղանակները. սննդից հրաժարումը կամ սննդի խիստ սահմանափակումը: Ծանր դեպքերում սննդային խանգարումներից մահացությունը առանց պատշաճ բուժմանը հասնում է 6%<sup>2</sup>:

59.Ներկայումս ամբողջ աշխարհում նկատվում է գիրության աճ երեխաների և դեռահասների շրջանում: Համաձայն ԱՀԿ եվրոպական գրասենյակի վերջին հաշվետվությանը, եվրոպական երկրներում 11 տարեկան երեխաների մինչև 33%, իսկ 13 տարեկան երեխաների մինչև 37% ունեն քաշի ավելցուք: Հայաստանում, համաձայն ԴԵԱՎ հետազոտությանը, 15 տարեկան տղաների 14% և աղջիկների 5% ունեն քաշի ավելցուկ: Գիրությունը հոգեբանական բեռ է դեռահասի համար: Գիրությունը դեռահասային տարիքում նպաստում է բարձր մահացությանը

---

<sup>2</sup> <http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/>  
American National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders

մեծահասակ տարիքում, հատկապես սիրտ-անոթային հիվանդություններից, աղիների քաղցկեղից և այլն:

60. Վերոհիշյալ գործոնների հետ մեկտեղ գիրության և ճարպակալման զարգացման ռիսկի այլ կարևոր գործոններից է ֆիզիկական ակտիվության պակասը և նստակյաց կենսակերպը, ինչը, համաձայն ԴԵԱՎ հետազոտության արդյունքների, խնդիր է հանդիսանում նաև հայ դեռահասների շրջանում: Հայաստանում նկատվում է հեռուստացույցի և համակարգչի առջև անցկացվող ժամանակի աճի միտում, ինչը, բնականաբար, դուրս է մղում ֆիզիկական ակտիվ ժամանցը և դառնում է լուրջ հանրային առողջապահական խնդիր:

61. **Այսպիսով**, վստահաբար կարելի է ասել, որ երեխաների սնուցման հետ կապված խնդիրները առկա են ոչ միայն վաղ մանուկության շրջանում, այլ նաև դպրոցահասակ և դեռահաս տարիքի երեխաների մոտ: Ընդ որում, այս խնդիրները պայմանավորված են ինչպես դեռահասների անառողջ սննդային վարքագծով և սովորույթներով, այնպես էլ գլոբալ համակարգային հարցերով՝ կապված իրազեկվածության անբավարարության, առողջ սննդի տրամադրման և վարքագծի ձևավորման համար համապատասխան օրենսդրական դաշտի և գործելակերպային միջավայրի բացակայությամբ: Մինչդեռ դպրոցը պետք է դիտարկվի որպես լավագույն միջավայր՝ երեխայի սնուցման ճիշտ վարքագծի ձևավորման և առողջ սննդի օգտին ընտրություն կատարելու հնարավորության ապահովման առումով:

#### **IV. Երեխաների սնուցման հետ կապված առողջապահական հիմնախնդիրները**

62. Ամփոփելով, երեխաների սնուցման իրավիճակի վերը ներկայացված վերլուծական բնութագիրը, կարելի է եզրակացնել, որ 90-ականներին հաջորդող տարիներին Հայաստանում վաղ տարիքի երեխաների սնուցման գործելակերպի բարելավման տեսանկյունից գրանցվել է որոշակի առաջնթաց: Չնայած այդ դրական զարգացումներին, բազմաթիվ են վաղ հասակի և դպրոցահասակ տարիքի երեխաների սնուցման կարգավիճակի հետ կապված և նրանց սնուցման կազմակերպման գործելակերպում առկա հիմնախնդիրները:

63. Վաղ հասակի (0-5տ.) երեխաների սնուցման կազմակերպման հետ կապված խնդիրներ՝

- 1) կրծքով կերակրման ոչ պատշաճ գործելակերպի առկայություն,
- 2) կրծքով կերակրման «ոչ բավարար» վաղ նախաձեռնումը և բացառապես կրծքով կերակրման տևողության «մեդիանա» ցածր ցուցանիշը,
- 3) բացառապես կրծքով կերակրման դեռևս անբավարար մակարդակը,
- 4) հեղուկների, հյութերի վաղ ներմուծման սխալ գործելակերպ,
- 5) արհեստական կաթնախառնուրդների, կովի կաթի լայն կիրառումը, շշերի և ծծակների օգտագործումը,
- 6) կրծքով սնուցման խրախուսման ծրագրերում համայնքային/ընտանիքի բաղադրիչի ցածր ընդգրկվածությունը, ծնողների համար անհրաժեշտ կրթական նյութերի ոչ բավարար քանակությունը,
- 7) մայրերի ոչ բավարար գիտելիքները՝ կրծքով կերակրման առավելությունների վերաբերյալ և սխալ գործելակերպը այդ ոլորտում, հատկապես գյուղական բնակության և ցածր կրթական ցենզով կանանց շրջանում:
- 8) Հավելյալ սնուցման կազմակերպման սխալ գործելակերպը և գիտելիքների անբավարար մակարդակը ոչ միայն ծնողների, այլ նաև բուժաշխատողների մոտ է: Այն է՝ հավելյալ սնուցման ոչ օպտիմալ ժամկետները, հաճախականությունը, տեսականին և այլն:
- 9) Արհեստական կաթնախառնուրդների մարկետինգի մասին միջազգային օրենսգրքի խախտման և ազգային օրենսդրության անկատարության խնդիրներ.
  - ա. կաթնախառնուրդների խրախուսման ապակողմնորոշիչ ձևեր և գովազդ՝ արտադրող և/կամ բաշխող կազմակերպությունների կողմից,
  - բ. «Գովազդի մասին» ՀՀ օրենքի խախտման դեպքերում օրենսդրորեն ամրագրված պատասխանատվության միջոցների բացակայություն,
  - գ. արհեստական կաթնախառնուրդներ արտադրող և/կամ բաշխող կազմակերպությունների հետ համագործակցող հաստատությունների և բուժաշխատողների գործելակերպի վրա ազդեցության գործուն մեխանիզմների բացակայություն,
- 10) հատուկ սնուցողական պահանջներ ունեցող երեխաների համար նախատեսված սննդի, այդ թվում կաթնախառնուրդների, հիվանդ երեխաների սնուցման կազմակերպման վերաբերյալ, բուժաշխատողների գիտելիքների պակաս, տեղեկատվության բացակայություն:

64. Երեխաների սնուցման կարգավիճակի հետ կապված և սնուցողական միկրոտարրերի անբավարարությամբ պայմանավորված առողջական խնդիրներ.

- 1) երեխաների սնուցման վիճակի շարունակական վատացում, խրոնիկական թերսնուցման/թերաճի ցուցանիշների աճի միտում,
- 2) երեխաների և դեռահասների գերքաշության բարձր ցուցանիշ,
- 3) սակավարյունությունների դեմ պայքարի միջոցառումների ցածր արդյունավետություն, արդյունքում սակավարյունությունների բարձր տարածվածություն, ինչպես վաղ տարիքի երեխաների, այնպես էլ պտղաբեր տարիքի կանանց մոտ,
- 4) ցածր քաշով ծնված երեխաների թվի աճի ակնհայտ միտում:

65. Երեխաների սնուցման վիճակի գնահատման և շարունակական հսկողության անկատարության խնդիրներ.

- 1) երեխաների սնուցման իրավիճակի գնահատման, աճի և զարգացման գնահատման և մոնիտորինգի ազգային համակարգի բացակայություն՝ ազգային մակարդակում,
- 2) սնուցողական միկրոտարրերով պայմանավորված անբավարարության վերաբերյալ հավաստի և նոր տվյալների բացակայություն, երեխաների սնուցման վիճակի ազգային հետազոտության անցկացման անհրաժեշտություն,
- 3) յոդի-անբավարարության դեմ պայքարի ծրագրի շրջանակներում ձեռք բերված հաջողության կայունության ապահովման դժվարություններ և կենսաբանական մոնիտորինգի համակարգի բացակայություն:

66. Երեխաների սնուցման հարցերի կազմակերպման ոչ պատշաճ բժշկական գործելակերպ.

- 1) երեխաների և դեռահասների սնուցման կազմակերպման ժամանակակից սկզբունքների վերաբերյալ բուժաշխատողների գիտելիքների ոչ բավարար մակարդակ և անհրաժեշտ գրականության անբավարարություն,
- 2) ծննդօգնության և մանկական բուժկանխարգելիչ հաստատություններում վաղ հասակի երեխաների սնուցման կազմակերպման բժշկական գործելակերպի գնահատման համակարգի բացակայություն,
- 3) երեխաների սնուցման, այդ ուղղությամբ մասնագիտական խորհրդատվության, մասնավորապես առողջ սնուցման հարցերի կազմակերպման ոչ պատշաճ մակարդակ: Համապատասխան կադրերի՝ մանկական նուտրիցիոլոգների, դիետոլոգների բացակայություն:
- 4) Երեխաների սնուցման կազմակերպման վերաբերյալ ժամանակակից՝ ապացուցողական բժշկության վրա հենված մոտեցումների ներդրման

անհրաժեշտություն նախա- և հետդիպլոմային կրթական հաստատություններում:

67. Դպրոցահասակ երեխաների սնուցման կարգավիճակի, սննդային վատ սովորույթների հետ կապված և սնուցման կազմակերպման հիմնախնդիրներ.

- 1) դպրոցահասակ երեխաների սնուցման կարգավիճակի վերաբերյալ պաշտոնական տվյալների և գնահատման գործուն համակարգի բացակայություն,
- 2) դպրոցահասակ երեխաների սննդային անառողջ սովորությունների բարձր տարածվածություն, սննդային առողջ վարքագծի և ֆիզիկական ակտիվության ցածր մակարդակ,
- 3) դպրոցահասակ երեխաների սնուցման վերաբերյալ ուղեցույցների բացակայություն,
- 4) նախադպրոցական տարիքի և դպրոցահասակ երեխաների, հատկապես առողջական խնդիրներ և հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների և դեռահասների ֆիզիկական ակտիվության վերաբերյալ ուղեցույցների, ինչպես նաև ֆիզիկական կուլտուրայի ուսուցիչների մասնագիտական գիտելիքների անբավարարություն,
- 5) սնուցման առողջ վարքագծի ձևավորման հարցում դպրոցների ցածր ներգրավվածություն, դպրոցներում առողջ սնուցման համար ոչ բարենպաստ պայմանների առկայություն,
- 6) Հագեցած ճարպերի, տրանսճարպերի, ազատ շաքարների և աղի բարձր պարունակությամբ ոչ առողջ սննդի վաճառք՝ երեխաների ուսման և ժամանցի համար նախատեսված վայրերում,
- 7) Զանգվածային լրատվամիջոցներով առողջ ապրելակերպի, այդ թվում առողջ սնուցման խթանող ծրագրերի բացակայություն,
- 8) Դեռահասներին բարյացակամ ծառայությունների շրջանակներում բուժաշխատողների կողմից երեխաներին համապատասխան տեղեկատվության ոչ բավարար տրամադրում:

68. Համայնքային կառույցների/ընտանիքի ծնողների անբավարար ներգրավվածություն երեխաների առողջության պահպանման, մասնավորապես սնուցման բարելավմանն ուղղված ծրագրերում, ինչպես նրանց գիտելիքների մակարդակի, այնպես էլ մասնակցության առումով:

69. Երեխաների առողջության պահպանմանն ու սնուցման բարելավմանն ուղղված ծրագրերի իրականացման գործընթացում միջգերատեսչական և միջազգային համագործակցության արդյունավետության բարձրացման անհրաժեշտություն:

70. Հաշվի առնելով վերը ներկայացվածը, կարելի է վստահաբար ասել, որ երեխաների սնուցման ճիշտ կազմակերպումը պետք է հանդիսանա ոչ միայն առողջապահական համակարգի, այլ նաև հանրային իրազեկման և միջգերատեսչական/միջսեկտորալ համագործակցության խնդիր, և որ իրավիճակի բարելավման համար անհրաժեշտ են շատ ավելի մեծ ջանքեր ու ռեսուրսներ:

## **V. Երեխաների սնուցման բարելավմանն ուղղված ազգային ռազմավարության նպատակները և իրականացման հիմնական ուղղությունները**

71. Սույն ռազմավարության հիմնարար նպատակը երեխաների սնուցման կազմակերպման պատշաճ գործելակերպի ներդրումն է, ուղղված նրանց առողջ աճի և զարգացման ապահովմանը, հիվանդացության և մահացության կրճատմանը, այդ թվում՝ վաղ հասակի երեխաների սնուցման գործելակերպի բարելավման, կրճքով կերակրման աջակցության և խրախուսման ճանապարհով:

72. Ռազմավարության հիմնարար նպատակի հասանելիությունը հնարավոր է ապահովել ստորև ներկայացված կոնկրետ թիրախային խմբերին ուղղված նպատակների հաղթահարման պարագայում(2020թ. սահմանային ժամկետում): Այն է.

### **1) Վաղ տարիքի երեխաների համար.**

ա. մինչև 6 ամսական երեխաների շրջանում բացառապես կրճքով սնուցման ցուցանիշի աճ 1/4-ով: 2020թ. կապահովվի ցուցանիշի 45 % և ավելի մակարդակ՝ 2010թ.-ի 35%-ի փոխարեն:

բ. Կրճքով կերակրման վաղ նախաձեռնման ցուցանիշի բարելավում 30%-ով: : 2020թ այս ցուցանիշը կկազմի 47 %՝ 2010թ.-ի 36%-ի փոխարեն:

գ. Բացառապես կրճքով կերակրման «մեդիան» ցուցանիշի բարելավում 1/2-ով: 2020թ. այն կկազմի նվազագույնը 3 ամիս՝ 2010թ.-ի մեկ ամսվա փոխարեն:

դ. Մինչև մեկ տարեկան երեխաների ընդհանուր թվի մեջ ժամանակին և համարժեք հավելյալ սնուցում ստացած երեխաների թվի բարելավվում նվազագույնը 20 %-ով: 2020թ այս ցուցանիշը կկազմի 40% և ավելի՝ 2010թ.-ի 34%-ի փոխարեն:

ե. Մինչև 6 ամսական երեխաների մոտ շշերի և ծծակների գործածության կրճատում 1/3-ով: 2020թ. այս ցուցանիշը չի գերազանցի 36 %՝ 2010թ.-ի 51%-ի փոխարեն:

զ. Վաղ հասակի երեխաների թերաճի/քրոնիկական թերսնուցման տարածվածության նվազեցում 1/4-ով, խորքային պատճառների ուսումնասիրում: 2020թ. մինչև 5 տարեկան երեխաների շրջանում տարիք-հասակային հարաբերակցության գործակցի ստանդարտ շեղումը՝ թերաճի ցուցանիշը, չի գերազանցի 15%-ը՝ 2010թ.-ի 19%-ի փոխարեն:

է. «Մանկանը բարեկամ» նախաձեռնության ծավալների և այդ կոչումն ունեցող բուժհաստատությունների թվի ավելացում 25%-ով:

ը. Մինչև 5 տ. երեխաների շրջանում սակավարյունության տարածվածության կրճատում նվազագույնը 1/4-ով: 2020թ. այն չպետք է գերազանցի 25%-ը: 2005թ.-ի 37 % համեմատ:

թ. Ցածր քաշով նորածինների ցուցանիշի կրճատում նվազագույնը 1/3-ով: 2020թ. այն չպետք է գերազանցի 6%-ը՝ 2010թ.-ի 7.6%-ի համեմատ:

ժ. Հիվանդ երեխաների սնուցման վերաբերյալ մայրերի գիտելիքները բարելավում 15%-ով: 2020թ. ճիշտ գործելակերպ ցուցաբերած մայրերի ցուցանիշը կկազմի՝ 90%՝ 2010թ.-ի 77 %-ի փոխարեն:

ժա. 0-5տ. երեխաներ ունեցող տնային տնտեսություններում համարժեք յոդացված աղի օգտագործման 95% և ավելի ցուցանիշի շարունակական ապահովում:

## **2) Դպրոցահասակ երեխաների համար**

ա. Դպրոցներում առողջ սնուցմանը և ապրելակերպին նպաստող պայմանների բարելավում «Առողջ դպրոցներ» ծրագրի ներդրման ճանապարհով: Արդյունքում առողջ սնուցման կազմակերպման սկզբունքների ներառմամբ առողջության դպրոցական քաղաքականություն ունեցող դպրոցների թիվը 2020թ. կլինի ոչ պակաս 30-ից:



բ. Երեխաների և դեռահասաների համար առողջ սնուցման 12 քայլերի և ֆիզիկական ակտիվության առավելությունների վերաբերյալ գիտելիքների հասանելիության ապահովում, որի արդյունքում դպրոցահասակ երեխաների մոտ կարձանագրվի սննդային վարքագիծը և ֆիզիկական ակտիվությունը բնորոշող՝ բացասական միտում ունեցող առանձին ցուցանիշների աճի կանգ, իսկ որպես առավելագույն ակնկալվող արդյունք՝ դպրոցահասակ երեխաների շրջանում սննդային անառողջ սովորությունների տարածվածության կրճատում 5 տոկոսով և ֆիզիկական ակտիվության ավելացում նվազագույնը 10 տոկոսով:

գ. Երեխաներին ծառայություններ մատուցող մասնագետների սնուցման ճիշտ կազմակերպման և առողջ սննդակարգի վերաբերյալ գիտելիքների բարելավում, այդ թվում բուժաշխատողների 20%-ը և ուսուցիչների 10%-ը կունենան համապատասխան գիտելիքներ և հմտություններ:

73. Երեխաների սնուցման բարելավման սույն ռազմավարության շրջանակներում հետագա զարգացումները կապահովվեն հետևյալ հիմնական ուղղություններով.

1) Երեխաների սնուցման բարելավմանն ուղղված քաղաքականությունների զարգացում և օրենսդրության բարելավում. Այն է.՝

ա. Երեխաների սնուցման բարելավման սույն հայեցակարգի սահմանված կարգով հաստատում և դրանից բխող միջոցառումների իրականացման գործընթացի ապահովում:

բ. «Արհեստական կաթնախառնուրդների վաճառահանման» միջազգային օրենսգրքի լիարժեք ներդրմանն ուղղված «Երեխաներին կրծքով կերակրման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին» ՀՀ օրենքի նախագծի ընդունում և դրանից բխող իրավական ակտերի մշակում և ներդրում:

գ. Հանրակրթական ուսումնական հաստատություններում և երեխաների զվարճանքի և ժամանցի վայրերում երեխաների ու դեռահասաների սննդային վնասակար վարքագծին նպաստող սննդատեսակների վաճառքի սահմանափակման /արգելքի վերաբերյալ օրենսդրության մշակում,

դ. «Մանկանը Բարեկամ» նախաձեռնության ընդլայնում ծննդօգնության հաստատություններում և երեխաների ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպություններում:

ե. «Առողջ դպրոցներ» նախաձեռնության ներդրում և ընդլայնում, դպրոցներում երեխաների առողջ սնուցմանը և ֆիզիկական ակտիվությանը նպաստող սկզբունքների ներառմամբ առողջությունը խթանող քաղաքականության զարգացում,

2) Երեխաների սնուցման կարգավիճակի բարելավմանն ուղղված ծրագրային պլանավորված միջոցառումների խթանում.

ա. Յորենի այլուրի հարստացման հայեցակարգից և ազգային ծրագրից բխող միջոցառումների ներդրման արդյունավետության բարձրացում:

բ. Կրճքով կերակրման խրախուսմանն ու պաշտպանությանն ուղղված ազգային ծրագրի մշակում, սահմանված կարգով հաստատում և իրականացման ապահովում:

գ. Սնուցման, ֆիզիկական ակտիվության և ճարպակալման խնդիրներն ու դրանց դեմ պայքարի և կանխարգելման ծրագրի մշակում և իրագործում:

դ. Դեռահասներին/դպրոցահասակներին բարյացակամ ծառայությունների ուժեղացման շնորհիվ՝ ծնողների, աշակերտների հետ կանխարգելիչ բաղադրիչի ուժեղացում:

3) Երեխաներին ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպությունների և կրթական հաստատությունների կարողությունների հզորացում և երեխաների սնուցման կարգավիճակին ու գործելակերպին նպաստող միջավայրի ստեղծում.

ա. Երեխաներին բժշկական ծառայություններ մատուցող ինստիտուցիոնալ կառույցների ուժեղացում, երեխաների սնուցման կազմակերպման առկա գործելակերպի, այդ ոլորտում ներգրավված մասնագետների, այդ թվում բժշկական և դպրոցական անձնակազմի գիտելիքների և խորհրդատվական հմտությունների բարելավում, հատկապես կարևորելով բուժանձնակազմի դերը:

բ. Արհեստական կաթնախառնուրդների վաճառահանման միջազգային օրենսգրքի պահանջներին համապատասխան, կաթնախառնուրդներ արտադրող և/կամ

բաշխող կազմակերպությունների հետ համագործակցող բժշկական հաստատությունների և բուժաշխատողների գործելակերպի վրա ազդեցության գործուն մեխանիզմների մշակում:

գ. Երեխաների բուժօգնություն իրականացնող հաստատություններում (առողջության առաջնային պահպանման բժշկական կազմակերպություններ, հիվանդանոցային բժշկական կազմակերպությունների ինտենսիվ խնամքի և վերակենդանացման բաժանմունքներ) մանկան կրծքով կերակրման համար համապատասխան պայմանների և բարենպաստ միջավայրի ստեղծում:

դ. Կրծքով սնուցման և վաղ հասակի երեխաների սնուցման կազմակերպման վերաբերյալ առկա ուղեցույցների և ապացուցողական հենքով գործելակարգերի ներդրում:

ե. Երեխաների առողջ սնուցման վարքագծի ձևավորման հարցում դպրոցի դերի բարձրացում, դպրոցներում երեխաների առողջ սնուցման կազմակերպման համար նպաստավոր պայմանների ստեղծում:

զ. Առողջ սնուցման դպրոցական քաղաքականության ուղեցույցի/գործիքի մշակում, երեխաների առողջ սնուցման և ֆիզիկական ակտիվության սկզբունքների և գործելակերպի վերաբերյալ ուսուցիչների մասնագիտական հմտությունների բարելավում,

է. Դպրոցահասակ երեխաների և դեռահասների սնուցման և ֆիզիկական ակտիվության վերաբերյալ ուղեցույցների մշակում, մանկավարժական և բժշկական անձնակազմի կրթում

ը. «Առողջ դպրոցներ» ծրագրի ներդրման միջոցառումների իրականացում միջգերատեսչական արդյունավետ համագործակցության պայմաններում:

թ. ՄԻ. Հերացու անվան Երևանի պետական բժշկական համալսարանում առողջ սնուցման/նուտրիցիոլոգիայի, դիետոլոգիայի կուրսի բացում, համապատասխան մասնագետների պատրաստում, նախա-և հետդիպլոմային կրթության համակարգում սնուցման հարցերի ժամանակակից սկզբունքների դասավանդում:

4) Համայնքին, ընտանիքին ուղղված հանրային իրազեկման աշխատանքներ, քարոզչություն.

ա. Հաղորդակցության ծրագրերի և տեղեկատվության տարածման, սոցիալական մոբիլիզացիայի միջոցառումների իրականացում մայրերի/խնամողների և ընտանիքի գիտելիքների ու իրազեկության բարձրացում, ուղղված երեխաների խնամքի և սնուցման, աճի ու զարգացման, հաշվեկշռված սնուցման, սնուցողական միկրոտարրերի անբավարարությամբ պայմանավորված վիճակների և հիվանդությունների կանխարգելման և հիվանդ երեխայի սնուցման հարցերին: Այս միջոցառումների իրականացման ժամանակ լայնորեն օգտագործվելու են տեղեկատվության հաղորդման ժամանակակից միջոցները (ինտերնետ, հաղորդագրությունների տարածում բջջային հեռախոսակապի ցանցով և այլն):

բ. Կրճքով սնուցման հետ կապված անհրաժեշտ հոգեբանական-գործնական աջակցության և մասնագիտական խորհրդատվության ապահովում դժվար իրավիճակներում գտնվող մայրերին/խնամողներին:

գ. Երեխաների և դեռահասների առողջ սնուցման և ֆիզիկական ակտիվության քարոզչություն՝ ուղղված ինչպես շահառուներին, այնպես էլ ծառայություն մատուցողներին ու որոշում կայացնողներին:

դ. Համայնքի և տեղական հասարակական կազմակերպությունների ներգրավում առողջ սնուցմանը և ֆիզիկական ակտիվության խթանմանն ուղղված դպրոցական ծրագրերին և միջացառումներին:

5) Իրավիճակի գնահատման, տեղեկատվության հավաքագրման և վերլուծության և երեխաների սնուցման կարգավիճակի մոնիտորինգի համակարգի բարելավում

ա. Վաղ հասակի երեխաների աճի ու զարգացման մոնիտորինգի փորձնական ծրագրի գնահատում և շարունակական զարգացում: Պաշտոնական վիճակագրական համակարգում այն ներառելու հնարավորության դիտարկում:

բ. Վաղ հասակի երեխաների սնուցման կարգավիճակի և սնուցողական միկրոտարրերի անբավարարությամբ պայմանավորված հիվանդությունների բեռի գնահատմանն ուղղված և/կամ մոնիտորինգի ազգային համակարգի մշակում:

գ. Դպրոցահասակ երեխաների սնուցման կարգավիճակի, վերաբերյալ գնահատման գործուն համակարգի ստեղծում:

դ. Երեխաների սննդային վարքագծի վրա բացասական ազդեցություն ունեցող գործոնների ու միջավայրի ուսումնասիրություն և գնահատում:

74. Ակնհայտ է, որ երեխաների սնուցման բարելավմանն ուղղված ռազմավարությունների և ծրագրերի արդյունավետ իրականացումը ներկայումս պահանջում է պետական մարմինների և միջազգային գործընկեր կազմակերպությունների ջանքերի համախմբում և այդ ջանքերի կրկնապատկում, և այս համատեքստում ակնկալվում է մոր և մանկան ոլորտում առաջատար համարվող միջազգային կազմակերպությունների կողմից ցուցաբերվող տեխնիկական և ֆինանսական աջակցության որոշակի ավելացում:

#### **Գլուխ VI . Երեխաների սնուցման բարելավման հայեցակարգի ակնկալվող արդյունքները**

75. Ակնկալվող արդյունքների առավել հեռավոր դրսևորում կարող է լինել երեխաների սնուցման և առողջության վիճակի բարելավումը, մասնավորապես

1) վաղ հասակի երեխաների կրճքով սնուցման գործելակերպի բարելավում,

2) երեխաների սնուցման կարգավիճակի և սնուցողական միկրոտարրերի անբավարարությամբ պայմանավորված հիմնախնդիրների մեղմացում, առողջական վիճակի բարելավում,

3) դպրոցահասակ երեխաների սննդային առողջ վարքագծի դրսևորման համար նպաստավոր պայմանների ստեղծում, առողջ սնուցման և ֆիզիկական ակտիվության վերաբերյալ իրազեկության բարձրացում, սննդային ճիշտ վարքագծի ձևավորում:

76. Հայեցակարգի իրագործման արդյունավետության բարձրացման լավագույն միջոցը ծրագրային գործընթացների նկատմամբ հետագա շարունակական հսկողության միջոցառումների իրականացումն է, որի միջոցով հնարավոր է գնահատել ձեռք բերված գիտելիքների և հմտությունների առաջընթացը՝ հաստատություններում, համայնքում և ընտանիքում:

77. Երեխաների սնուցման բարելավման հայեցակարգի գնահատումը պետք է հիմնվի մի քանի աղբյուրների, այն է՝ վերահսկողության, մոնիտորինգի,

նպատակային հետազոտությունների տվյալների վրա, որոնց դրական արդյունքները և քաղված դասերը կարող են օգտագործվել թե տվյալ հայեցակարգի շրջանակներում իրականացված ծրագրերի արդյունավետությունը գնահատելու և թե երեխաների սնուցման ոլորտում ծրագրային միջոցառումների մշակման և ներդրման նպատակով:

ԵՐԵՎԱՆԵՐԻ ՄՆՈՒՑՄԱՆ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳՈՒՄ ԵՎ ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԻ  
2015-2020 ԹՎԱԿԱՆՆԵՐԻ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳՐՈՒՄ ԿԻՐԱՌՎԱԾ  
ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՍԱՀՄԱՆՈՒՄՆԵՐ

1. Հիվանդությունների բեռ- Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության կողմից առաջարկվող եզրույթ, որը չափվում է հաշմանդամության հետևանքով կորցրած կյանքի տարիներով: Այդ ժամանակային ցուցանիշը զուգակցում է ինչպես վաղաժամ մահացության, այնպես էլ լիակատար առողջության չափանիշներին չհամապատասխանող առողջական վիճակի հետևանքով կորցրած տարիները:
2. Մեդիանա (միջնագիծ) - մաթեմատիկական ցուցանիշ է, բաժանում է կարգավորված փոփոխականության շարքը երկու մասի այնպես, որ նշանակումների մի մասը ստացվում է մեդիանայից շատ, մյուսը՝ քիչ:
3. Բարյացակամ ծառայություններ - այնպիսի ծառայություններն են, որոնք ուղղված են երեխաների առողջության պաշտպանությանն ու բարելավմանը, հիվանդությունների կանխարգելմանը, համապատասխան ախտորոշմանն ու արդյունավետ բուժմանը, զուգակցված տեղեկատվության տրամադրմանը:
4. Առողջապահության համաշխարհային վեհաժողով - Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության բարձրագույն ղեկավար մարմին, որն իր գործունեությունն իրականացնում է ամենամյա նստաշրջանների միջոցով: Վեհաժողովն ընդունում է որոշումներ կոնվենցիաների և համաձայնագրերի տեսքով Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության անդամ-երկրների երկու երրորդ կողմ ձայների թվով:
5. «Արիեստական կաթնախառնուրդների վաճառահանման» միջազգային օրենսգիրք - կրճքով սնուցման խրախուսման առողջապահական քաղաքականությունն

ապահովող կանոնների շրջանակ, որն ընդունվել է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության Առողջապահության համաշխարհային վեհաժողովին 1981 թվականին: Օրենսգիրքը մշակվել է որպես հանրային առողջապահության գլոբալ ռազմավարություն և առաջարկում է կիրառել կրճքի կաթի փոխարինիչների վաճառահանման սահմանափակումներ՝ մայրերին չապակողմնորոշելու, իսկ փոխարինիչների օգտագործման անհրաժեշտության դեպքում դրանց անվտանգությունը ապահովելու համար: Օրենսգիրքը ընդգրկում է նաև կերակրման շշերի և ծծակների իրացման բարոյական նկատառումներ եւ կանոններ: 1981 թվականից ի վեր 84 երկրներում ընդունվել է միջազգային օրենսգրքի բոլոր կամ շատ դրույթների ներդրումն ապահովող ազգային օրենսդրություն: