

Վաղ տարիքի երեխաների սնուցման կարգավիճակը Հայաստանի սոցիալ-տնտեսական զարգացման շրջանում

Կ. Ս. Սարիբեկյան

ՀՀ Առողջապահության նախարարություն
ՀՀ ԱԾ Առողջապահության ազգային ինստիտուտ
375010 Երևան, Կառավարության 3

Բանալի բառեր. վաղ տարիքի երեխաներ, սնուցում, անբրտպունություն, քերսնուցում, քերածություն, քերքաշություն, սակավարյունություն

Համընդհանուր ճանաչում գտած ճշմարտություն է այն փաստը, որ զուտ բժշկական գործոնները առողջության պահպանման գործում չեն կարող վճռորոշ լինել, հատկապես եթե հանրությունը գտնվում է անբարենպաստ սոցիալ-տնտեսական պայմաններում: Նման իրավիճակներում անխուսափելիորեն ընկնում է բնակչության կենսամակարդակը, ինչն արտահայտվում է բնակչության առավել խոցելի խմբերի՝ երեխաների և կանաց սնուցման վիճակի վատացմամբ: Վերջինս ավելի քան ցայտուն է դրսևորվում վաղ տարիքի երեխաների առողջության ցուցանիշներում [1, 7-9]:

Ասվածի համատեքստում առավել կարևորվում են վաղ տարիքի երեխաների առողջապահական հիմնախնդիրները: Մանկան կյանքի առաջին 5 տարիները՝ հատկապես՝ վճռորոշ են նրա հետագա առողջության և կյանքի որակի համար և, ցավոք, այս տարիներին կորցրածը անհնար է փոխհատուցել ապագայում՝ անգամ լավագույն խնամքի կամ սնուցման պարագայում: Խիստ կարևոր է մանկան ռացիոնալ հիմնական սննդային բաղադրամասերի՝ սպիտակուցների, ճարպերի, ածխաջրատների ճիշտ հարաբերակցության պահպանումը [13]: Անհնար է ապահովել մանկան օրգանիզմի ներդաշնակ զարգացումը առանց բալանսավորված և ռացիոնալ սնուցման կազմակերպման [3, 4, 6]: Եվ չնայած այս հայտնի ճշմարտությանը, ամեն տարի աշխարհում մահանում է մինչև 5 տարեկան շուրջ 11 մլն. երեխա: Այդ դեպքերի ավելի քան 60 %-ի ուղղակի կամ անուղղակի պատճառը քերսնուցումն է: Աշխար-

հում ավելի քան 40 մլն. նախադպրոցական հասակի երեխաներ տառապում են սուր և ավելի քան 120 մլն.՝ խրոնիկական քերսնուցումով: Աշխարհի բնակչության 20 %-ը ենթակա է միկրոսնուցող նյութերի, մասնավորապես՝ վիտամին A-ի, յոդի, երկաթի դեֆիցիտի, որի հետևանքով զարգանում են մի շարք ծանր և անդարձելի ախտաբանական վիճակներ, որոնք հաճախ ուղեկցվում են հաշմանդամությամբ, երբեմն էլ ավարտվում մահվամբ [4, 9, 13]:

Հայաստանի Հանրապետությունում նկատվող սոցիալ-տնտեսական անկումը 90-ականների կեսերին բերեց սննդամթերքների բազմաթիվ տեսակների դժվարամատչելիության և սնուցման միօրինակության: Ըստ էության հիմնականում ածխաջրատներից կազմված ռացիոնը բավարարում էր օրգանիզմի էներգետիկ, բայց ոչ կառուցողական պահանջները, իսկ վերջիններս առաջնային են պտղի և մանկան ինտենսիվ աճող եւ զարգացող հյուսվածքների համար [1-3, 11]: Չբալանսավորված սնուցումը և ոչ լիարժեք, անհամամասն սննդատեսակների օգտագործումը վաղ հասակի երեխաների մոտ նպաստում են սնուցման խրոնիկական խանգարումների, սակավարյունության, վիտամինային դիսբալանսի, սննդային ալերգոզների, ստամոքսաղիքային տրակտի հիվանդությունների դեպքերի աճին: Գաղտնի և բացահայտ քերսնվածությունը, սակավարյունությունը ուղեկցվում է մանկան օրգանիզմի դիմադրողականության անկմամբ և ինֆեկցիոն հիվանդությունների նկատմամբ ընկալունակության բարձրացմամբ [2, 7, 13]: Թերսնուցման դերը,

որպես մանկական մահացության ռիսկի գործոն, բազմիցս ապացուցված է: Նորմալ սնված երեխաների համեմատությամբ, մահվան ռիսկը 2 անգամ ավելի բարձր է միջին թերսնվածությամբ և 5-8 անգամ ավելի բարձր՝ ծանր թերսնվածությամբ երեխաների մոտ [14,15]:

Վերոհիշյալի համատեքստում շատ կարևոր էր բացահայտել խնդրո առարկա հարցի շուրջ իրավիճակը Հայաստանում՝ երկրի սոցիալ-տնտեսական անցումային շրջանի ազդեցության գնահատման տեսանկյունից: Հարկ է նշել, որ վաղ տարիքի երեխաների սնուցման և սակավարյունությունների վերաբերյալ ամկա պաշտոնական տվյալները շատ աղքատիկ են, առավելապես կենտրոնացած են 0-1 տ երեխաների վրա և ոչ միշտ են արտացոլում իրավիճակի իրական պատկերը [1,4]:

Մեր և մանկան առողջապահական ցուցանիշների, մասնավորապես երեխաների սնուցման կարգավիճակի այլընտրանքային գնահատման մի քանի փորձ է կատարվել 1990-2005թթ. ժամանակահատվածում: Բոլոր այս հետազոտություններում երեխաների սնուցման գնահատման համար կիրառվել է մեկ ընդհանուր մեթոդաբանություն՝ անթրոպոմետրիա (քաշի և հասակի չափումներ) և/կամ հեմոգլոբինի որոշում: Հասակի և քաշի վերաբերյալ տվյալներն օգտագործվել են սնուցման կարգավիճակի երեք գումարային ցուցանիշների հաշվարկման համար՝ հասակն ըստ տարիքի, քաշն ըստ հասակի և քաշն ըստ տարիքի: Ընդհանուր առմամբ այս երեք ցուցանիշների հիման վրա որոշվում է երեխաների թերսնվածությունը, նրանց հանվածությունը հիվանդությունների նկատմամբ և գոյատևման հնարավորությունը:

Սնուցման գնահատումը ըստ նշված երեք ցուցանիշների վերլուծվել են ստանդարտ պոպուլյացիայի ցուցանիշների համեմատությամբ (որպես ստանդարտ վերցված է ԱՄՆ Հիվանդությունների հսկողության կենտրոնի (CDC) կողմից առաջարկվող միջազգային բազային բնակչության համար հաշվարկված միջին վիճակագրական ցուցանիշները (Z-Score), ընդունված Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից): Համաձայն օգտագործված ծրագրի, նշված երեք ցուցանիշները համարվում են միջին ստանդարտից ցածր, եթե հիմնական ցուցիչը (Z-Score) փոքր է միջինից 2

և ավելի ստանդարտ շեղումով և շատ ցածր, եթե այն փոքր է 3 և ավելի ստանդարտ շեղումով:

Հասակ-տարիքային ցածր գործակիցը (Z-Score < -2) վկայում է երեխայի աճի դանդաղման մասին, որն ինքնին հավաստում է տևական/խրոնիկական թերսնուցման և սպիտակուցի դեֆիցիտի փաստը: Ողջ պոպուլյացիայի մակարդակով այն համարվում է խնդիր, եթե այդ ցուցանիշը գերազանցում է հետազոտված երեխաների 10 %-ը:

Քաշ-հասակային ցածր գործակիցը կապված է ոչ վաղ անցյալում տարած հիվանդության հետ, իսկ զարգացող երկրներում այն կարող է վկայել սուր թերսնուցման մասին՝ կապված ինչպես հիվանդության, այնպես էլ սննդի անբավարարության հետ: Նշված ցուցանիշը, եթե գերազանցում է երեխաների 5%-ը, ապա դա հավաստում է տվյալ պոպուլյացիայում առողջական և սնուցման հետ կապված լուրջ վտանգը:

Քաշ-տարիքային գործակիցը կարող է ցածր լինել ախտաբանական տարբեր վիճակներով (էնդոկրին կամ ժառանգական), փոքր մարմնակազմությամբ երեխաների մոտ: Այս ցուցանիշը տալիս է գրեթե մույն սոցիալական ինֆորմացիան, ինչ որ հասակ-տարիքային գործակիցը և ավելի քիչ կիրառելի է սնուցման վիճակը նկարագրելու համար [1,3,4,7,11]:

Երևանում 1993 – 1995թթ.-ի ընթացքում ՀՀ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի և ԱՄՆ-ի Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոնի (CDC) կողմից կատարվել են հետազոտություններ 3-ից 59 ամսական երեխաների սնուցման վիճակի պարզաբանման ուղղությամբ: Քաշի, հասակի և տարիքի վերաբերյալ տվյալները հավաքագրվել են 3 տարիների ընթացքում, տարբեր երեխաներից՝ վերջիններիս պոլիկլինիկա կատարած ամենօրյա այցելությունների ժամանակ:

Ըստ երեք տարիների հետազոտությունների արդյունքների, հետազոտված խմբերում քաշի անկում և ակնհայտ սուր թերսնուցման երևույթներ գործնականում չեն գրանցվել: Սակայն նկատվել է աճի տեմպերի արտահայտված դանդաղում միջին վիճակագրական ստանդարտ պոպուլյացիայի համեմատությամբ, ինչը հավանաբար պայմանավորված է չքայնասավորված սնուցմամբ, սպիտակուցների և վիտամինների պակասով [11]: Իհարկե այդ արդյունքները

վերջնական չէին, իսկ հետևությունները՝ ոչ միանշանակ: Միակողմանի՝ հիմնականում ածխաջրատներով հագեցած սնունդը կարող էր ժամանակավորապես նպաստել երեխաների քաշի ավելացմանը, սակայն սպիտակուցների պակասը, դեռևս չարտահայտվելով այս տարիքային խմբի մանուկների աճի տեմպերի վրա, կարող է բացասաբար անդրադառնալ նրանց առողջական վիճակի և օրգանիզմի հարմարողական հնարավորությունների վրա ավելի հեռավոր դրսևորման ձևերով:

1998թ.-ին ՀՀ առողջապահության միասնաբարության և ՄԱԿ-ի Մանկական Հիմնադրամի հետ համագործակցության շրջանակներում Հա-

յաստանի բոլոր մարզերում (300 տնտեսություններում) անցկացվեցին հետազոտություններ կանանց և երեխաների սնուցման վիճակի գնահատման նպատակով [16]: Ըստ այդ հետազոտությունների տվյալների երեխաների 4%-ի մոտ գրանցվել է սուր թերսնուցում (1995թ. - 1%), երեխաների շուրջ 12,5%-ի մոտ նկարագրվել է հասակ-տարիքային գործակցի շեղում թույլատրելի սահմանայինից (1995թ. - 8,3%), ինչը վկայում է խրոնիկական թերսնուցման և սպիտակուցի դեֆիցիտի մասին, ընդ որում քաղաքներում այդ ցուցանիշը եղել է 9,1%, իսկ գյուղերում՝ 15,5% (Աղյուսակ):

Աղյուսակ

Երեխաների սնուցման բնութագրիչների դինամիկան Հայաստանում*

Ցուցանիշ	Ստանդարտ-շեղումային արժեքից ցածր ցուցանիշով (Z-Score < 2) երեխաների տոկոսը		
	քաշ / հասակ, %	հասակ / տարիք, %	քաշ / տարիք, %
1995թ. / ք.երևան	1	8,3	2,9
1998	4	12,5	4

*Աղբյուր՝ Առողջապահության միասնաբարություն և UNICEF («Սնուցման ազգային հետազոտություն»)

Նյութը և մեթոդները

2000 և 2005թթ. ՀՀ ԱՆ, ՀՀ Ազգային վիճակագրական ծառայության և Ամերիկյան "Macrointernational inc" կազմակերպության (MEASURE DHS+ ծրագիր) հետ համագործակցության շրջանակներում իրականացվեցին երկու այլ ընտրանքային հետազոտություններ տնային տնտեսությունների մակարդակով, որոնց ընթացքում անցկացվեցին 0-5տ. երեխաների անբրտպմանտրիկ չափումներ, որոշվեց հեռգլորինի մակարդակը՝ նույն երեխաների և վերաբառադրողական տարիքի կանանց մոտ, ինչը հնարավորություն տվեց այլընտրանքային գնահատման միջոցով երեխաների սնուցման իրավիճակային վերլուծությունը կատարել համակողմանի՝ տարածաշրջանային և սոցիալ-կենսաբանական գործոնների համատեքստում [5]:

2000թ.-ի հետազոտության շրջանակներում հասակի և քաշի չափումները կատարվել են ընտրանքում ընդգրկված տնային տնտեսություններում առկա 0-5 ամսական 1463 երեխաների մոտ (օգտագործվել են հատուկ շարժական Short Boards հասակաչափեր և Seca էլեկտրոնային կշիռներ): 2005թ.-ի ընտրանքը կազմել է՝ 1265 երեխա: Ստացված տվյալները վերլուծվել են ըստ հիմնական ժողովրդագրական բնութագրիչների:

Արդյունքները և դրանց քննարկումը

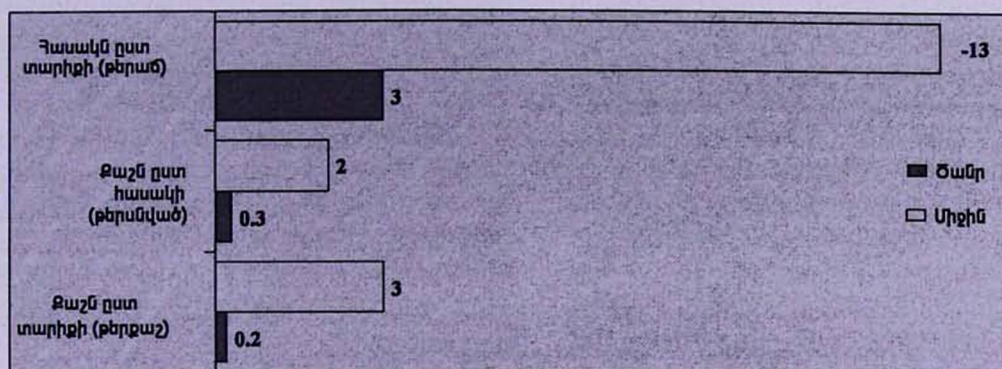
Արդյունքների գնահատումը կատարվել է ԱՀԿ-ի կողմից առաջարկված չափորոշիչների համապատասխան: Այն է՝ եթե հասակ-տարիքային գործակիցը 2 ստանդարտ շեղումով ցածր է եղել միջին վիճակագրական ստանդարտից, ապա երեխան գնահատվել է թերան կամ կար-

ճահասակ: Այն երեխաները, որոնց քաշ-հասակային գործակիցը ստանդարտ բնակչության մեդիանից երկու ստանդարտ շեղումով ցածր է եղել, համարվել են թերսնված կամ միհար, իսկ այն դեպքում, երբ քաշ-տարիքային ցուցանիշն է ցուցաբերել - 2 ստանդարտ շեղում մեդիանից, երեխաները համարվել են թերքաշ: Այս վերջին ցուցանիշը չի առանձնացնում խրոնիկական (տևական) թերսնվածությունը (թերած) և սուր թերսնվածությունը (թերսնված): Այն կարող է պայմանավորված լինել և կարճաժամանակությամբ, և թերսնվածությամբ, ինչպես նաև երկու պատճառներով միաժամանակ: Այն ավելի ին-

տեգրալ ցուցանիշ է և արտացոլում է պոպուլյացիայի ընդհանուր առողջական վիճակը:

Թերսնությունը վաղ տարիքի երեխաների մոտ, ռիսկի գործոնները

2000թ.-ի հետազոտությամբ ստացված տվյալները վկայել են, որ մինչև 5 տարեկան երեխաների 13 %-ը կարճահասակ է (Z-Score՝ - 2), իսկ 3 % շատ կարճահասակ (Z-Score՝ - 3): Ընդ որում, ընտանիքի կրտսեր և բարձր քվային կարգի ծնունդով, ինչպես նաև գյուղական բնակավայրի և ցածր կրթական մակարդակով մայրերի երեխաներն ավելի են հակված կարճահասակության:



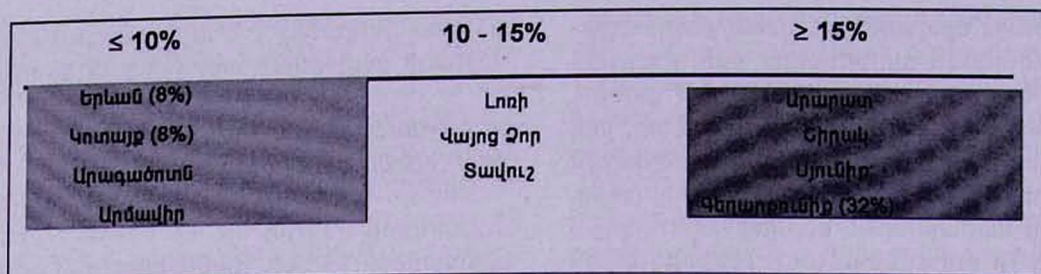
Նկ. 1. Երեխաների թերսնություն կարգավիճակը՝ ըստ միջազգային չափորոշիչների

Օրինակ, եթե հիմնական ընդհանուր կրթությամբ մայրերի երեխաների 21%-ի մոտ է արձանագրվել թերաճություն, ապա բարձրագույն կրթությամբ մայրերի դեպքում երեխաների թիվը գրեթե երեք անգամ պակաս է (7.9%): Այս տարբերությունը վիճակագրորեն հավաստի է և չի կրում պատահական բնույթ ($P < 0.001$): Չորրորդ և ավելի ծննդաբերությունից ծնված թերած երեխաների թիվը (22.6%) երկու և ավելի անգամ մեծ է առաջին ծնունդից ծնված երեխաների նույն ցուցանիշից (9.6%, $P < 0.05$): Գյուղաբնակ երեխաները 1/3-ով ավելի կարճահասակ են քան քաղաքաբնակները (16%՝ 10.1%-ի դիմաց): Ընդ որում, վիճակագրորեն հավաստի տարբերություններ են արձանագրվել ըստ մարզերի՝ ամենաբարձր՝ Գեղարքունիքի (32%) և ամենացածր՝ Կոտայքի մարզում (8%, $P < 0.001$):

Թերաճության տարածվածության միջին

հանրապետական ցուցանիշը (13%) փաստում է, որ պոպուլյացիայի մակարդակով մենք ունենք լուրջ խնդիրներ (ավելի է սահմանային 10 %-ից), ինչն անխոս բացատրվում է երկրի սոցիալական վիճակի տևական վատթարացմամբ և երեխաների չբավարարված սնուցման և սննդի որակական հատկանիշների վատացմամբ, հիմնական բաղադրիչների, մասնավորապես սպիտակուցի դեֆիցիտով: Սպիտակուցի դեֆիցիտը, անմիջականորեն չանդրադառնալով երեխայի քաշի վրա, առավել հեռավոր դրսևորումներով արտահայտվում է մանկան աճի տեմպերի վրա, արտահայտվելով թերաճությամբ:

Ավաճի ապացույցն է մեր կողմից ստացված տվյալները՝ -2SD-շեղումով քաշ-հասակային և քաշ-տարիքային գործակիցները, որոնց միջին հանրապետական ցուցանիշները չեն գերազանցում 3 %-ը (նկ. 1):



Նկ. 2. Թերաճության տարածվածությունն ըստ մարզերի, 20002.

Վերջինս նաև նշանակում է, որ այս ցուցանիշի առումով, Հայաստանի երեխաները պոպուլյացիայի մակարդակով ավելի վատ վիճակում չեն միջազգային ստանդարտ պոպուլյացիայի համեմատությամբ (սահմանային ցուցանիշը՝ 5 %): Ինչպես և թերաճության դեպքում, թերաճության ցուցանիշներն առավել բարձր են բարձր կարգային թվով ծնունդի և առավել ցածր կրթական ցենզով մայրերի երեխաների մոտ: Այսպիսով, երեխաների սնուցման կարգավիճակը սերտորեն կապված է մոր կրթական մակարդակի և մանկան ծննդյան կարգի հետ: Պատկերը ավելի վատ է գյուղական, քան քաղաքային բնակության երեխաների մոտ:

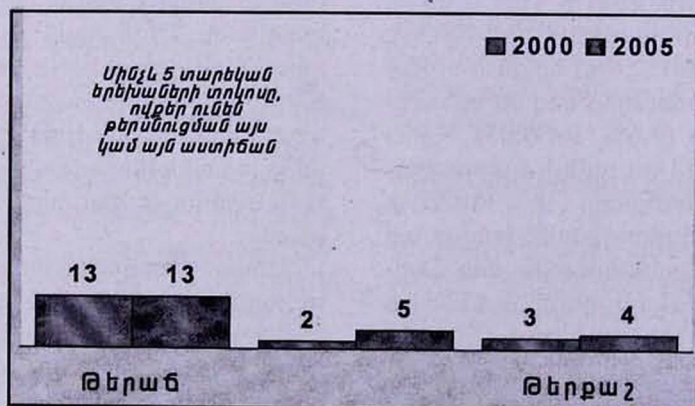
2005թ.-ի հետազոտությամբ ստացված պատկերը էականորեն չի տարբերվել 2000թ.-ին ունեցածից: ՀԺԱՀ-2005-ի արդյունքում ստացված տվյալների համաձայն մինչև 5 տարեկան երեխաների 13 %-ը կարճահասակ է, իսկ 3%-ը՝ շատ կարճահասակ, ինչը վկայում է այն մասին, որ 2000թ.-ից ի վեր չի նկատվել այս ցուցանիշների որևէ բարելավում:

Ցուցանիշի ուսումնասիրությունն ըստ տար-

բեր տարիքային խմբերի ցույց է տալիս, որ առաջին տարվա ընթացքում շեղումն աճում է տարիքին զուգընթաց 7 %-ից՝ 0-6 ամսականների համար, մինչև 12 %՝ 9-11 ամսականների շրջանում, և հասնում է իր գագաթնակետին 12-17 %՝ 18-23 ամսականների մոտ (հինգից մեկ երեխան կարճահասակ է), ապա նվազում է ավելի բարձր տարիքային խմբերում՝ միջինում կազմելով մոտ 12 %:

Ընդհանուր առմամբ, կրթական ցածր մակարդակ ունեցող մայրերի երեխաների շրջանում ավելի տարածված է կարճահասակությունը: Ըստ մարզերի կարճահասակությունը տատանվում է ամենացածրը՝ 5 %-ից Արմավիրում, մինչև ամենաբարձրը՝ 19 % Արագածոտնում (նկ. 2):

Նկար 3-ը ցույց է տալիս ՀԺԱՀ-2000 և ՀԺԱՀ-2005-ի արդյունքների համեմատականը: Ստացված արդյունքների համաձայն մինչև հինգ տարեկան երեխաների շրջանում հասակն ըստ տարիքի ցուցանիշը չի փոխվել, մինչդեռ քաշն ըստ հասակի և քաշն ըստ տարիքի ցուցանիշները փոքր-ինչ վատթարացել են:



Նկ. 3. Երեխաների սնուցման կարգավիճակի միտումներ

Սակավարյունության տարածվածությունը վաղ տարիքի երեխաների մոտ

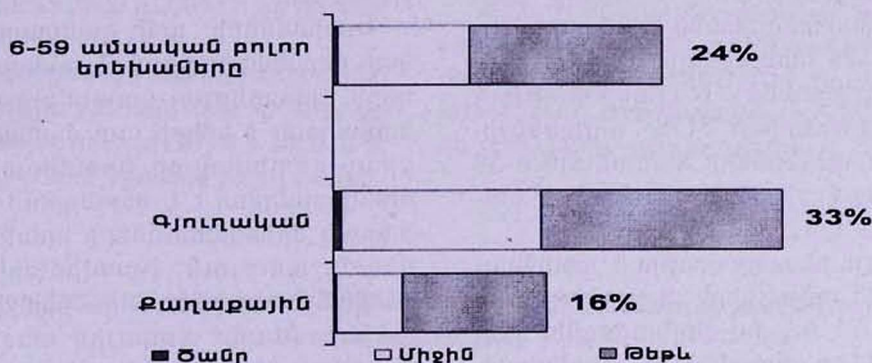
Սակավարյունությունը պայմանավորված է արյան մեջ հեմոգլոբինի նվազող խտությամբ: Սակավարյունության հետևանքով առաջանում է ընդհանուր թուլություն, հաճախակի հոգնածություն և հիվանդությունների նկատմամբ ցածր դիմադրողականություն [7,10,12]: Սակավարյունությունը հատկապես մտահոգիչ է վաղ տարիքի երեխաների պարագայում, քանզի այն ուղեկցվում է մտավոր և ֆիզիկական թերզարգացվածությամբ, հիվանդացության և մահացության բարձր ռիսկով [13]:

2000 և 2005թթ.-ին իրականացված ժողովրդագրական-առողջապահական հարցերի հետազոտությունների շրջանակներում դրված խնդիրներից մեկը մինչև 5 տարեկան երեխաների շրջանում սակավարյունության տարածվածության բացահայտումն էր:

Սակավարյունության մակարդակի որոշման նպատակով չափվել է արյան մեջ հեմոգլոբինի մակարդակը: Հեմոգլոբինը որոշվել է ընտրանքում ընդգրկված 6-59 ամսական երեխաների մոտ, «Հեմո-Քյու» սարքի միջոցով (2000թ.-ին 1334 և 2005թ.-ին՝ 1106 երեխա):

Համաձայն ԱՀՀ դասակարգման, սակավարյունության մակարդակները (ըստ հեմոգլոբինի) դասակարգվել են որպես ծանր՝ HB մինչև 7 g/dl, միջին՝ HB 7.0-ից 9.9 g/dl) և թեթև՝ HB-10.0-10.9 g/dl [12]: Հաշվի առնելով, որ հեմոգլոբինի մակարդակը փոխվում է ըստ ծովի մակերևույթի նկատմամբ բարձրության, իսկ Հայաստանը բարձր լեռնային երկիր է, ստացված տվյալները ճշտվել են յուրաքանչյուր ընտրանքային միավորի համար՝ ըստ բնակավայրի բարձրության:

Ըստ 2000թ.-ի հետազոտության տվյալների, մինչև 5 տարեկան երեխաների մոտ սակավարյունության տարածվածությունը կազմել է 24 %, որից 10 %-ի մոտ միջին, իսկ 0.4 %-ի մոտ ծանր: Կեսից ավելի դեպքերում (14%) սակավարյունությունը եղել է թեթև արտահայտված: Ըստ էության վաղ հասակի յուրաքանչյուր չորրորդ երեխան տառապել է որևէ աստիճանի սակավարյունությամբ: Հատկանշական և խիստ անհանգստացնող է այն փաստը, որ 1998թ.-ի մամոռինակ հետազոտության տվյալների համեմատությամբ սակավարյունության այս ցուցանիշը երկու տարվա ընթացքում կրկնապատկվել է [16]: Եթե այն 1998թ.-ին կազմել է 12%, ապա 2000թ.-ին՝ 24% (նկ. 4):



Նկ. 4. Սակավարյունության տարածվածությունը երեխաների մոտ 2000թ.

Սակավարյունության ցուցանիշը զգալի տարբերվել է ըստ մարզերի՝ ամենաբարձրը՝ Տավուշի մարզում (39%) և ամենացածրը՝ Վայոց ձորի ու Կոտայքի մարզերում (11%): Գուցանիշների այս տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են ($P < 0.001$) (նկ. 5):

Ընդ որում գյուղական բնակության վայրում

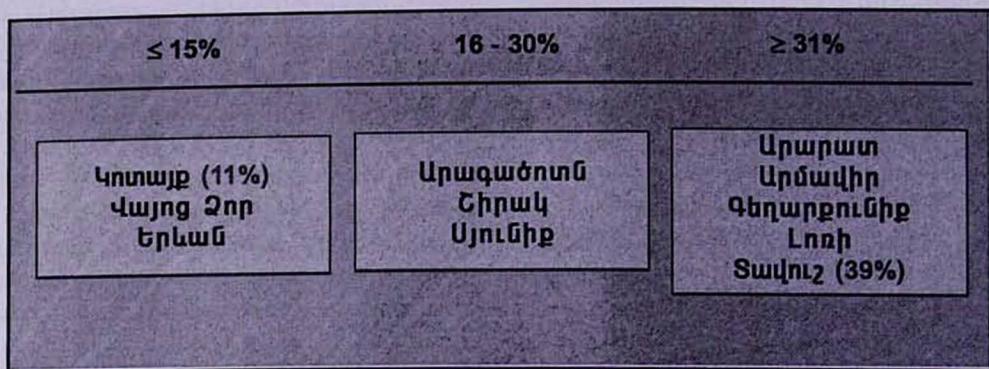
երեխաների սակավարյունությունը երկու անգամ (33%) գերազանցում է նույն ցուցանիշը քաղաքի համեմատությամբ (10%, $P < 0.001$):

Մայրերի կրթական մակարդակը հետադարձ կորելացիոն կապ ունի երեխաների անեմիայի ցուցանիշների հետ: Եթե բարձրագույն կրթությամբ մայրերի երեխաների մոտ այն կազմում

է 16.7%, ապա հիմնական ընդհանուր կրթությամբ մայրերի երեխաների մոտ այն 2 անգամ ավելի է՝ 38.3% ($P < 0.05$):

Հատկանշական է, որ անեմիայի ամենաբարձր ցուցանիշները գրանցվել են 6-11 ամսական և 12-23 ամսական երեխաների մոտ՝

48.2 և 39.5% համապատասխանաբար: Ըստ էության 6 ամսականից մինչև երկու տարեկան երեխաների շրջանում անեմիայի տարածվածության միջին ցուցանիշը գերազանցում է 40 %-ը:



Նկ. 5. Սակավարյունության տարածվածությունը երեխաների մոտ ըստ մարզերի, 2000թ.

Սակավարյունությունների վերաբերյալ 2005թ.-ի հետազոտության տվյալները ավելի հուսադրող չեն: ՀԺԱՀ 2000 և 2005թթ.-ի հետազոտությունների համեմատության արդյունքում արձանագրվել է, որ երեխաների շրջանում սակավարյունության ցուցանիշը վերջին հինգ տարիների ընթացքում աճել է ավելի քան 50 %-ով (հիմնականում ցուցանիշի աճը պայմանավորված է միջին սակավարյունության մակարդակի բարձրացմամբ): Ի տարբերություն ՀԺԱՀ-2000-ին գրանցված 24 % ցուցանիշի, ՀԺԱՀ-2005-ի արդյունքների համաձայն 6-59 ամսական երեխաների 37 %-ն ունեցել է սակավարյունության որևէ մակարդակ:

Այսպիսով, սույն հետազոտության շրջանակներում ստացված տվյալների վերլուծությունը հնարավորություն է տալիս ներկայացնել վաղ հասակի երեխաների սնուցման կարգավիճակի հետևյալ գնահատականը՝

♦ Մինչև 5 տարեկան երեխաների 13 %-ը ետ է մնում իր աճի տեմպերով, ընդ որում 2000-2005թթ. ժամանակահատվածում այս ցուցանիշի բարելավում չի արձանագրվել:

♦ Հայաստանի համար վաղ տարիքի երեխաների շրջանում սակավարյունությունների տարածվածությունը գերխնդիր է: Եթե 2000թ.-ին 6-59 ամսական երեխաների 24 %-ն էր տառապում սակավարյունությամբ, ապա 2005թ.-ին՝ 37%-ը:

♦ Առկա է հետադարձ կորելյացիոն կապ մայրերի կրթական մակարդակի և սնուցման կարգավիճակի միջև:

♦ Վաղ տարիքի երեխաների սնուցման կարգավիճակի առումով իրավիճակը ավելի վատ է գյուղական բնակության վայրերի երեխաների շրջանում:

Երեխաների աճի դանդաղման/խրոնիկական թերսնվածության և սակավարյունությունների վերաբերյալ ստացված այս պատկերը համահունչ է երկրի այդ ժամանաշրջանի սոցիալ-տնտեսական իրավիճակին: Այն անհանգստացնող է և ենթադրում է խնդրի շուրջ հստակ միջոցառումների իրականացման անհրաժեշտություն: Իրավիճակի այս գնահատականը «Վաղ հասակի երեխաների սնուցման բարելավման» ազգային ռազմավարության մշակման հիմք հանդիսացավ, որի հիմնական դրույթները ներառվեցին ինչպես պետական, այնպես էլ միջազգային համագործակցությամբ իրականացվող տարբեր ներդրումային ծրագրերում:

Հաշվի առնելով սակավարյունությունների բարձր տարածվածությունը հատկապես կրճքի տարիքի երեխաների մոտ «Վաղ հասակի երեխաների սնուցման բարելավման» ազգային ռազմավարությունը առաջարկում է սակավարյունությունների կանխարգելման նպատակով հանրապետությունում ներդնել այլընտրանքա-

յին երկու հանրային առողջապահական ծրագրերից մեկը (և/կամ հաջորդել դրանք):

Քանի որ սակավարյունությունները հիմնականում պայմանավորված են երկաթի դեֆիցիտով, ԱՀԿ հանձնարարականներին համապատասխան [17] առաջարկվում է այլուրի համընդհանուր հարստացում (fortification) երկաթով և վիտամիններով, կամ վաղ տարիքի երեխաների և հղիների զանգվածային ապահովում երկաթի և ֆոլաթթվի հավելումներով: Հաշվի առնելով, որ այլուրի հարստացման ծրագիրը միջգերատեսչական է և հնարավոր լուծումները մեծ ջանքեր և ժամանակ կապահանջեն, որպես

այլընտրանք և/կամ ժամանակավոր տարրերակ կարող է կիրառվել երկաթի պրեպարատների հավելումներով ապահովման ծրագիրը, սոցիալապես անապահով ընտանիքների երեխաների և հղիների կարիքների առաջնահերթ ապահովմամբ:

Թերսուցման և աղքատության խնդիրների սերտ փոխկապակցվածությունը հաշվի առնելով, ռազմավարությունը առաջարկում է մեկ հղիների, վաղ տարիքի երեխաների, կրծքով կերակրող մայրերի սննդապահովման ծրագրերի իրականացում սոցիալական ապահովություն համակարգի միջոցով:

Поступила 28.04.07

Статус питания детей раннего возраста в период социально-экономического развития Армении

К.С.Сарибекян

Значение статуса питания неоспоримо для здорового роста и развития детей раннего возраста. В рамках данного исследования дана оценка статуса питания детей до 5 лет путем проведения антропометрии и определения гемоглобина. Исследования проводились в 2000 и 2005 гг. на уровне домашних хозяйств.

Данные, представленные в статье, указывают на достаточно высокий уровень низкорослости среди детей раннего возраста (13% и в 2000, и в 2005 гг.), а также высокий уровень распростра-

ненности анемии в той же возрастной группе (1998г.-12%, 2000г.-24%, 2005г.-37%). Полученная картина свидетельствует об ухудшении состояния питания детей на период социально-экономического кризиса республики.

Для улучшения ситуации рекомендуется обогащение муки железом и витаминами или обеспечение детей раннего возраста пищевыми добавками, содержащими железо, с акцентом на социально-необеспеченные семьи.

Nutrition status of children of early age in the social-economic development period in Armenia

K.S. Saribekyan

The significance of the nutrition status is irrefutable for healthy growth and development of children of early childhood. In the framework of the present research the assessment of nutrition status of children under 5 years of age has been conducted, based on the data of anthropometry and haemoglobin determination. The research was carried out in 2000 and 2005 in communities.

The data obtained demonstrate rather high percent-

age of undersized children (13 % both in 2000 and 2005) as well as high incidence of anemia among the children of the above mentioned age group.

For improvement of this situation it is recommended to fortify flour with iron and vitamins or to provide children of early age with iron containing food supplementations, paying special attention to socially unprotected families.

Գրականություն

1. Պրոքրիններ, առաջացած արտակարգ իրավիճակների պայմաններում և իրավիճակից դուրս, ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ, ՀՀ ԱՆ, Երևան, 1994թ.
2. Մինչև 5 տարեկան երեխաների, հղի կանանց և կերակրող մայրերի սնուցման բարելավման ազգային ծրագիր, հաստատված ՀՀ Առողջապահության նախարարության Կոլեգիայի կողմից, Երևան, 1995թ.:
3. Հայաստանում երեխաների և կանանց իրադրության վերլուծություն, 1998թ., Հայաստանի Հանրապետության կառավարություն. Փրկեր երեխաներին ԱՄՆ
4. Երեխաների և կանանց առողջության իրավիճակի վերլուծություն, ՀՀ ԱՆ Մոր և մանկան առողջության պահպանման վարչություն, Երևան, 2000թ
5. Հայաստանի ժողովրդագրական-առողջապահական հարցերի հետազոտություն 2000, 2005թթ. ՀՀ ԱՎԾ, ՀՀ ԱՆ, Macro int. USA, Երևան, 2001 և 2006թթ.:
6. Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ. ազգային ռազմավարություն, ՀՀ կառավարություն, Երևան, 2003թ. (ՀՀ կառավարության 01.08.2003թ., N 1000 որոշում):
7. Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста, ВОЗ, Женева, 2002г.
8. Карсыбаева Н.М. Создание информационной базы по репродуктивному здоровью и статусу питания женщин и детей раннего возраста в разработке национальной политики питания Республики Казахстан, Дис.... докт. мед. наук, Алматы, 1997.
9. ООН, Генеральная ассамблея, 27-я специальная сессия "Мы, дети: десятилетний обзор деятельности по итогам Всемирной встречи на высшем уровне в интересах детей". Доклад генерального секретаря ООН Кофи Аннана, Нью-Йорк, май, 2001.
10. Алмаз Шарман, Анемия. Алматы, 2002.
11. Давидян В.А., Оганесян Л.М. Опыт мониторинга за состоянием питания детей младше 5 лет в условиях социального экстремума. НИЗ МЗ РА, Научные труды и сообщения, Ереван, 2004.
12. De Maeyer E.M., Dallman P., Gurney G.M. et al. Preventing and Controlling Iron Deficiency Anemia Through Primary Health Care: A Guide for Health Administrators and Programme Managers, WHO Geneva, Switzerland, 1989.
13. Kim Fleisher, Michaelson, Lawrence Weaver, Francesca Branca, Aileen Robertson Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза. Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия № 87, с. 369, Копенгаген, 2001.
14. Pelletier D.L., Vrongillo E.A., Habrcht I.P. Epidemiologic evidence for a potentrafring effect of malnutrition on child mortality, Am. J. Public Health, 1993, 83; 1130-33.
15. Scrimshaw N.S., SanGiovanni J.P. Synergism of nutrition, infection, and immunity: an overview, Am. J. Clin. Nutr., 1997; 66 (suppl.): 464-77.
16. Branka, F. et al. The health and nutrition status of children and women in Armenia, Rome, National Institute of Nutrition, 1999.
17. Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia. Rebeca J. Stiltzrus, Michele L. Dreyfuss International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG), WHO, UNICEF, Washington, 1998.