



**ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՃԱՐՊԱԿԱԼՄԱՆ
ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ
ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՁԵՌՆՈՒԹՅՈՒՆ**

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ 2019Թ.
ԱԶԳԱՅԻՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ**

ՀՏԴ 613.955:616-056
ԳՄԴ 51.28+54.15
Մ 260

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՃԱՐՊԱԿԱԼՄԱՆ ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ
ՆԱԽԱԶԵՌՆՈՒԹՅՈՒՆ. ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ 2019Թ. ԱԶԳԱՅԻՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ
ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

Հետազոտությունն իրականացվել է «Արաբկիր» բժշկական համալիր - Երեխաների և
դեռահասների առողջության ինստիտուտի կողմից («Արաբկիր» ԲՀ-ԵԴԱԻ)

Աջակցություն՝
Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության, Կրթության, գիտության, մշակույթի և
սպորտի նախարարություններ, Երևանի քաղաքապետարան,
COSI հետազոտության եվրոպական ցանց,
Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) հայաստանյան
գրասենյակ, ԱՀԿ Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և վերահսկման
եվրոպական գրասենյակ,
Պարենի համաշխարհային ծրագրի հայաստանյան գրասենյակ

Մանկական ճարպակալման համաճարակաբանական հսկողության
Մ 260 նախաձեռնություն. Հայաստանի 2019թ. ազգային հետազոտության արդյունքները /
Կազմ.՝ Մ. Վ. Մելքումովա, Ե. Ա. Մովսեսյան.- Եր.: «Արաբկիր» բժշկական համալիր;
Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտ, 2021.- 55 էջ:

Մանկական ճարպակալման համաճարակաբանական հսկողության նախաձեռնության
Հայաստանի 2019թ. ազգային հետազոտությունն ամփոփում է «Արաբկիր» ԲՀ-ԵԴԱԻ կողմից
ՀՀ դպրոցներում իրականացված ուսումնասիրության տվյալները: Սույն հետազոտությունն
անցկացվել է տարրական դպրոցի երեխաների շրջանում ավելցուկային քաշի և
ճարպակալման իրավիճակը գնահատելու, երեխաների սննդային սովորությունները և
առողջության վարքագիծը ուսումնասիրելու, ընտանիքների սննդային վարքագծի
օրինաչափությունները բացահայտելու նպատակով: Ստացված տվյալները թույլ կտան
մշտադիտարկել մանկական ճարպակալման միտումները և իրականացնել հասցեագրված
միջամտություններ առողջապահական, կրթական և սոցիալական ոլորտներում:

Սույն հրատարակությունն իրականացվել է Պարենի համաշխարհային ծրագրի և
Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության ֆինանսական աջակցությամբ:

Հրատարակության մեջ արտահայտված կարծիքները հեղինակային են և կարող են
չհամընկնել Պարենի համաշխարհային ծրագրի հայաստանյան գրասենյակի տեսակետների
հետ:

ՀՏԴ 613.955:616-056
ԳՄԴ 51.28+54.15

ISBN 978-99941-60-08-2

© «Արաբկիր» բժշկական համալիր – Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտ, 2021



**ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՃԱՐՊԱԿԱԼՄԱՆ ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ
ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՁԵՌՆՈՒԹՅՈՒՆ**

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ 2019թ. ԱԶԳԱՅԻՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ
ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ**

ԵՐԵՎԱՆ

ԱՐԱԲԿԻՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼԻՐ –

ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԵՎ ԴԵՌԱՀԱՍՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

2021

ԵՐԱԽՏԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ԽՈՍՔ

Հեղինակներն իրենց երախտագիտությունն են հայտնում բոլոր նրանց, ովքեր աջակցել և մասնակցել են հետազոտության իրականացմանը.

- ՀՀ առողջապահության նախարարություն,
- ՀՀ կրթության, գիտության, մշակույթի և սպորտի նախարարություն,
- Երևանի քաղաքապետարան,
- COSI հետազոտության եվրոպական ցանց և միջազգային գործընկերներ, մասնավորապես՝ Իվետա Պուդուլե և Անա Ռիտո,
- Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) հայաստանյան գրասենյակ, մասնավորապես՝ Եգոր Զայցև և Հենրիկ Խաչատրյան,
- ԱՀԿ Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և վերահսկման եվրոպական գրասենյակ, մասնավորապես՝ Ջոաո Բրեդա, Ջուլիանա Ուիլյամս, Կրեմլին Վիկրամասինգե, Մարթա Բուռնքրիստիանո, Գերբեն Ռիենկ Վիսսեր, Միրյամ Հայնեն,
- Պարենի համաշխարհային ծրագրի հայաստանյան գրասենյակ, մասնավորապես՝ Էլմիրա Բախշինյան, Վարդանուշ Պետրոսյան, Սառա Զաքարյան և Զարուհի Օհանջանյան,
- COSI հայկական թիմի անդամներ՝ Արա Բաբլոյան, Սերգեյ Սարգսյան, Նունե Փաշայան, Դիանա Անդրեասյան, Արմեն Մկրտչյան, Լուսինե Նավասարդյան,
- Տնօրեններ և ուսուցիչներ:

Դաշտային աշխատանքների իրականացման և տվյալների մուտքագրման համար խորին շնորհակալություն ենք հայտնում ներքոհիշյալ անձանց՝

Աննա Ավետիսյան, Նունե Ալեքսանյան, Մարինե Հովհաննիսյան, Հովհաննես Հովհաննիսյան, Լուսինե Ղալումյան, Գրիգոր Նազինյան, Մարիամ Սարգսյան, Արմեն Մկրտչյան, Աննա Զաքարյան, Ադավնի Դիլանյան, Կարինե Ղազարյան, Մարինե Նազարյան, Անի Պետրոսյան, Մարինե Լավյան, Շուշանիկ Դանիելյան, Նաիրա Ջուլֆակյան, Նարինե Մելիքսեթյան, Գոհար Դավթյան, Ռուզաննա Պողոսյան, Լիանա Սարգսյան, Անահիտ Սարուխանյան, Ռոզա Ղարիբյան, Գոհարիկ Վարդանյան, Ոսկինե Գևորգյան, Լուսինե Նավասարդյան, Լուսինե Սահակյան, Լարիսա Վարդապետյան

....և, իհարկե, **բոլոր 3645 դպրոցականներին**, որոնք մասնակցություն են ունեցել հետազոտությանը:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԱՂՅՈՒՍԱԿՆԵՐԻ ՑԱՆԿ	4
ՀԱՄԱՌՈՏԱԳԻՐ	5
ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ.....	13
ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ.....	19
ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱԳԻԾ.....	19
ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ՀԱՎԱՔԱԳՐՈՒՄ.....	20
ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԴՊՐՈՑԻ ՄԱՍԻՆ.....	22
ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ.....	27
ԱՆՏՐՈՊՈՄԵՏՐԻԿ ՏՎՅԱԼՆԵՐ	27
ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ԿԵՆՍԱԿԵՐՊ.....	36
ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԱԿՏԻՎՈՒԹՅՈՒՆ.....	36
ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՍՆՆԴԱՅԻՆ ՍՈՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ.....	43
ՆԱԽԱՃԱՇ.....	43
ՆՎԱԶԱԳՈՒՅՆ ՍՆՆԴԱՅԻՆ ԲԱԶՄԱԶԱՆՈՒԹՅՈՒՆ.....	49
ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԸՆՏԱՆԻՔՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ	50
ԺՈՂՈՎՐԴԱԳՐԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ, ՏՆԱՅԻՆ	
ՏՆՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐ ԵՎ ԾՆՈՂՆԵՐԻ	
ՍՆՈՒՑՄԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ.....	52
ԿՐԾՔՈՎ ԿԵՐԱԿՐՄԱՆ ՊՐԱԿՏԻԿԱ.....	54
ԸՆՏԱՆԻՔՆԵՐԻ ԲԱՐԵԿԵՅՈՒԹՅԱՆ ԻՆԴԵՔՍ.....	54
ԵԶՐԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ.....	58
ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ.....	59
ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ.....	61
ՀԱՎԵԼՎԱԾ.....	63

ԱՂՅՈՒՍԱԿՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

Աղյուսակ 1. Մանկամթերքի և ընկելիքների առկայությունը դպրոցներում

Աղյուսակ 2. Աշակերտների բաշխումն ըստ տարիքի և սեռի

Աղյուսակ 3. Աշակերտների բաշխումն ըստ մարզերի և սեռի, %

Աղյուսակ 4. Աշակերտների ատրոպոմետրիկ տվյալները և քաշի դասակարգումն ըստ տարիքի և սեռի, %

Աղյուսակ 5. Անտրոպոմետրիկ տվյալների բաշխումը և քաշի դասակարգումն ըստ մարզերի, %

Աղյուսակ 6. Անտրոպոմետրիկ տվյալների բաշխումը և քաշի դասակարգումն ըստ բնակավայրի, %

Աղյուսակ 7. Աշակերտների անտրոպոմետրիկ տվյալների բաշխումը և քաշի դասակարգումն ըստ մոր քաշի կարգավիճակի, %

Աղյուսակ 8. Չափավոր և ծանր թերսնուցման դեպքերի բաշխումն ըստ տարիքի և սեռի

Աղյուսակ 9. Երեխաների ֆիզիկական ակտիվության մակարդակը աշխատանքային և հանգստյան օրերին ըստ սեռի և գյուղ-քաղաք դասակարգման

Աղյուսակ 10. Երեխաների նստակյաց սովորությունները՝ հեռուստացույց դիտելը և էլեկտրոնային միջոցների օգտագործումը

Աղյուսակ 11. Երեխաների քնի տևողությունն ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման

Աղյուսակ 12. Նախորդող շաբաթվա ընթացքում նախաճաշին տարբեր տեսակի սննդամթերքի օգտագործման հաճախականությունը

Աղյուսակ 13. Շաբաթվա ընթացքում տարբեր տեսակի սննդամթերքի օգտագործման հաճախականությունը

Աղյուսակ 14. Ծնողների նախաճաշելն ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման

Աղյուսակ 15. Նվազագույն սննդային բազմազանության զուգորդումը բարեկեցության քվինտիլների հետ

Աղյուսակ 16. Տնային տնտեսության չափերի զուգորդումը բարեկեցության քվինտիլների հետ

Աղյուսակ 17. Երեխայի քաշը (կգ)

Աղյուսակ 18. Երեխայի հասակը (սմ)

Աղյուսակ 19. Մարմնի զանգվածի ցուցանիշ (կգ / մ²)

Աղյուսակ 20. Տնային տնտեսության չափը

Աղյուսակ 21. Հետազոտության մասնակիցների կրթական մակարդակը

Աղյուսակ 22. Հետազոտության մասնակիցների տարիքը

Աղյուսակ 23. Երեխայի քաշը ծնվելիս (գր)

Աղյուսակ 24. Կրծքով կերակրում

ՀԱՄԱՌՈՏԱԳԻՐ

ԱՀԿ մանկական ճարպակալման համաճարակաբանական հսկողության եվրոպական նախաձեռնության (COSI) հետազոտությունը նպատակ ունի գնահատել ավելցուկային քաշի և ճարպակալման միտումները տարրական դպրոցի տարիքի երեխաների շրջանում, կատարել միջազգային համեմատություններ և մշտադիտարկել համապատասխան ռազմավարության արձագանքը՝ ի պատասխան ճարպակալման համաճարակի:

Հայաստանը միացել է COSI հինգերորդ շրջանի հետազոտությանը 2018թ.-ին: Սա շատ կարևոր հետազոտություն է տարրական դպրոցի երեխաների սնուցման կարգավիճակը հասկանալու համար: Անդրադարձ է կատարվում քաշին, հասակին, մարմնի զանգվածի ցուցանիշին, թերսնուցմանը, նորմալ քաշին, ավելցուկային քաշին և ճարպակալման տարածվածությանը, ինչպես նաև ընտանիքի սննդային սովորություններին՝ քաղաքականության և նպատակային ծրագրերի վերաբերյալ առաջարկություններ ներկայացնելու նպատակով:

Երեխաների և ընտանիքների հարցման արդյունքները

Երեխաների սնուցման կարգավիճակը

Ինչպես վկայում են արդյունքները, ավելցուկային քաշը և ճարպակալումը հայ երեխաների համար դարձել են հանրային առողջության կարևորագույն հիմնախնդիր: Համեմատելով համաշխարհային միջին ցուցանիշների հետ՝ մեր երկրում ավելցուկային քաշի և ճարպակալման բարձր տոկոսը բավականին մտահոգիչ է: 2015/2016 թվականներին եվրոպական երկրների COSI հետազոտությունը ցույց տվեց, որ ավելցուկային քաշի և ճարպակալման տարածվածությունը տատանվում է 17,6 - 41,9% տղաների և 20,1 - 38,5%՝ աղջիկների շրջանում: Գրեթե նույն պատկերը Հայաստանում է:

COSI հայաստանյան հետազոտությունը ցույց է տալիս, որ երեխաների 27.7%-ն ունի քաշի ավելցուկ, իսկ 12.6%-ը տառապում է

ճարպակալմամբ: Ըստ սեռի տարանջատման վերլուծությունը ցույց է տվել, որ քաշի ավելցուկ ունի տղաների 30%-ը և աղջիկների՝ 25.4%-ը: Միևնույն օրինաչափությունը նկատվում է նաև ճարպակալման պարագայում, երբ տղաներն ավելի գեր են, քան աղջիկները (համապատասխանաբար 15 և 10%):

Հայաստանում իրականացված 2015/2016 թվականների Ժողովրդագրական և առողջապահական հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ մինչև 5 տարեկան երեխաների 14%-ն ունի քաշի ավելցուկ: COSI Հայաստանի 2019 թվականի հետազոտությունը ցույց է տալիս, որ 7-8 տարեկան երեխաների շրջանում ավելցուկային քաշը կազմում է 27,7%, այսինքն՝ երեք տարի անց իրականացված հետազոտությամբ բացահայտված ցուցանիշը գրեթե երկու անգամ ավելի բարձր է: Այս միտումները դադարեցնելու համար անհրաժեշտ է վաղ տարիքից կանխարգելել երեխաների ավելցուկային քաշն ու ճարպակալումը:

Պարզվում է, որ ավելցուկային քաշի և ճարպակալման մակարդակն ավելի բարձր է մեծ և փոքր քաղաքներում: Նույնը չի կարելի ասել թերաճության և թերքաշության մասին, որոնք ավելի շատ հանդիպում են գյուղական բնակավայրերում: Սուր թերսնուցումը նշանակալիորեն ավելի տարածված է գյուղական բնակավայրերում, քան քաղաքներում: Ավելցուկային քաշի ամենաբարձր ցուցանիշը հայտնաբերվել է Տավուշի մարզում (37,2%), մինչդեռ Երևանում գրանցվել է ճարպակալման ամենաբարձր ցուցանիշը (16,1%):

Թերաճն ու թերքաշությունը առավելապես դիտվում են անապահով ընտանիքներում՝ հիմնվելով տնային տնտեսությունների բարեկեցության ցուցանիշի վրա: Բացի այդ, բարեկեցիկ ընտանիքի երեխաներն սպառում են ավելի բազմազան սնունդ, քան անապահով ընտանիքների երեխաները, ուստի նվազագույն սննդային բազմազանության մակարդակը սովորաբար չի բավարարվում անապահով ընտանիքներում:

Ծնողների կրթության մակարդակը, ինչպես նաև ընտանիքների սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակը անմիջականորեն կապ չունեն

երեխաների առողջ սննդային սովորությունների և սննդարար մթերքների ընդունման հետ: Իրազեկության բարձրացման և վարքագծի փոփոխության գործողություններն անհրաժեշտ են հասարակության բոլոր մակարդակներում երկրում փոփոխություն կատարելու և երեխաների սննդային բազմազանությունն ու սնուցման կարգավիճակը բարելավելու համար:

Հետազոտությունը բացահայտել է երեխայի սնուցման կարգավիճակի և մոր քաշի ու կրթական մակարդակի միջև կապը: Հետաքրքրական է, որ մայրիկի բարձր կրթական մակարդակը գուցե ավելի է երեխայի ավելցուկային քաշի և ճարպակալման հետ, մինչդեռ ցածր և միջինը՝ թերաճության և թերքաշության հետ:

Ֆիզիկական ակտիվություն

Երեխաների ֆիզիկական ակտիվությունը և կենսակերպը շատ կարևոր են ավելցուկային քաշը և մանկական ճարպակալումը կանխելու համար: Ընդհանուր առմամբ, երեխաների ավելի քան 90%-ը ֆիզիկապես ակտիվ է օրական առնվազն մեկ ժամ: Երեխաների ավելի քան 50%-ը մասնակցում է կազմակերպված ֆիզիկական ակտիվությանը դպրոցի դասերից դուրս: Աշակերտների շուրջ 80%-ը հանգստյան օրերին ակտիվ խաղում է օրական 3 ժամ կամ ավել: Նրանց մեծամասնությունը քայլում է դեպի դպրոց և վերադառնում տուն կրկին ոտքով, չնայած 3 երեխայից 1-ը դպրոց է գնում որևէ փոխադրամիջոցով: Գյուղական տարածքներում բնակվող երեխաները ընդհանուր առմամբ ավելի ակտիվ են, քան քաղաքային բնակավայրերում ապրողները:

Չնայած երեխաները ֆիզիկապես ակտիվ են և՛ հանգստյան, և՛ աշխատանքային օրերին, նրանք նաև զգալի ժամանակ են տրամադրում հեռուստացույցին կամ էլեկտրոնային միջոցներին, օրական միջինը առնվազն 1,5 - 2,5 ժամ: Այս երևույթն ավելի շատ նկատվում է գյուղական բնակավայրերում:

Քունը կարևոր գործոն է երեխաների սնուցման կարգավիճակի համար: Աշակերտների շուրջ 95%-ը (և՛ աղջիկներ, և՛ տղաներ) գիշերը քնում է առնվազն 9 ժամ:

Չնայած երեխաների ակտիվությունը համապատասխանում են նվազագույն պահանջվող ֆիզիկական ակտիվության մակարդակին, օրվա ընթացքում ֆիզիկապես ակտիվ լինելու ժամանակը տարիքի հետ նվազում է: Անատող սննդային սովորություններին անդրադառնալը, սննդարար մթերքի ընդունման հետ կապված սոցիալական վարքի փոփոխությունը հետազայում կպակասեցնեն դեռահասների քաշի հետ կապված առողջական խնդիրները:

Երեխաների սննդային սովորությունները

Նախաճաշելը կենսական նշանակություն ունի: Այն առավոտյան տալիս է երեխաներին անհրաժեշտ էներգիա և սննդային պաշար, որը նրանք կարող են օգտագործվել իրենց առօրյա գործունեության մեջ: Հայաստանում նախաճաշում են բավականին փոքր թվով երեխաներ, և ցուցանիշը անբավարար է (53.6%՝ ըստ երեխաների և 44%՝ ըստ ծնողների պատասխանի): Սա տագնապալի ցուցանիշ է Հայաստանի համար: Իրավիճակը բարելավելու և նախաճաշը բաց թողնելու և անատող սնվելու տարածված սովորությունները կանխելու համար հարկավոր է ձեռնարկել մի շարք գործողություններ:

Երեխաների միայն 44%-ն է ամեն օր նախաճաշում, մինչդեռ երեխաների 11%-ը, ըստ ծնողների, երբեք չի նախաճաշում: Երեխաների շուրջ 45%-ը նախաճաշում է շաբաթական 1-3 օր կամ 4-6 օր: Նախաճաշի սովորությունները տարբեր են նաև՝ ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման: Գյուղական բնակավայրերում երեխաները ավելի հազվադեպ են նախաճաշում, քան քաղաքային բնակավայրերում ապրող երեխաները (համապատասխանաբար 39,4 և 48%): Չնախաճաշելու պատճառներից շատ ծնողներ նշում են երեխայի հրաժարվելը (47%) կամ ժամանակ չունենալը (12%): Երեխաների մի մասը տանը չի նախաճաշում, քանի որ նախաճաշում է դպրոցում (40%):

Երեխաների մեծ մասն ամեն օր, կանոնավոր նախաճեղիս, ուտում են քաղցրավենիք (35%), մրգեր (39,8%) և հացահատիկներ (32,5%) և թեյ են խմում (24,3%): Աշակերտների ավելի փոքր տոկոսն ամեն օր նախաճաշին օգտագործում է կարագ (20%), կաթնամթերք (25,4%) և բանջարեղեն (19,2%): Նախաճաշին ձու օգտագործվում է շաբաթական 2-3 (42,4%) կամ 4-6 օր (22,4%): Կաթնամթերքի շարքում առաջին տեղում պանիրն է (48%):

Երեխաների սննդային սովորությունները ուսումնասիրելու ժամանակ պարզ է դարձել, որ շաբաթական միջինը 4 կամ ավել անգամ երեխաները օգտագործում են հացահատիկներ (56,4%), ճարպեր (70%), պանիր (65%) և մրգեր (61%): Երեխաների մոտ 42%-ն օգտագործում է միս և թռչնամիս շաբաթական 1-3 օր, մինչդեռ 16.2%-ը բացարձակ միս չի ուտում կամ ուտում է առավելագույնը շաբաթական մեկ անգամ: Կերակրացանկում շատ քիչ տեղ է հատկացված լոբազգիներին և ձկնեղենին, որոնք երեխաների 43.8 և 50.8%-ը համապատասխանաբար օգտագործում են առավելագույնը շաբաթական մեկ անգամ կամ երբեք:

Երեխաների 43.4%-ը քաղցրավենիք է ուտում շաբաթական առնվազն 4 օր, իսկ 22%-ը օգտագործում է քաղցր զազավորված ըմպելիքներ միննույն հաճախականությամբ: Քաղցր զազավորված ըմպելիքների և հացահատիկների սպառումն ավելի բարձր է այն գյուղական վայրերում, որտեղ երեխաները նաև զգալիորեն քիչ միրգ և միս են օգտագործում: Մրգի և բանջարեղենի համար սահմանված հանձնարարականները ևս չեն պահպանվում: Միայն 22%-ն է օգտագործում վիտամին A-ով հարուստ բանջարեղեն, իսկ 41%-ը միրգ է ուտում օրական կտրվածքով:

Հետազոտությունը ցույց է տալիս, որ առավոտյան նախաճաշող երեխաների շրջանում սպիտակուցով և երկաթով հարուստ սննդի ընդունումը բավականաչափ չէ: Շատերը նախընտրում են քաղցր և աղի նախուտեստներ, նույնիսկ նախաճաշին: Ինչպես երեխաների, այնպես էլ ծնողների՝ ուսելու անառողջ սովորությունները կանխարգելելու, սննդաբար, առողջ և բազմազան սնունդ ընդունելը կարևորե-

լու համար անհրաժեշտ են իրազեկության մակարդակի բարձրացման ու սոցիալական վարքագծի փոփոխությանն ուղղված քարոզարշավներ և միջոցառումներ:

Ծնողների սննդային սովորությունները

Ծնողների սնվելու սովորությունները մեծ ազդեցություն են ունենում և անդրադառնում երեխաների սննդակարգի վրա: Ծնողների միայն 31%-ն է ամեն օր նախաճաշում, մինչդեռ 12.3%-ն ընդհանրապես չի նախաճաշում: Ընտանիքի անդամների հետ համատեղ սնվելը շատ լավ տարբերակ է՝ բարձրարժեք սննդակարգ ապահովելու համար: Մինչդեռ, բարձրագույն կրթություն ունեցող ընտանիքների միայն 44%-ն է սովորաբար միասին ճաշում, ցածր և միջին կրթական մակարդակ ունեցող ընտանիքներում ցուցանիշը 57.5% է:

Առողջ սնուցման վերաբերյալ տեղեկատվության հիմնական աղբյուրը բուժաշխատողներն են (84.6%), դպրոցների ուսուցիչները, ընկերները, հարազատները (մոտ 70%), և ծնողների մեծ մասը վստահում է այդ աղբյուրների:

Ըստ ծնողների՝ մասնակից երեխաների ավելի քան 86%-ը կերակրվել է մայրական կաթով: Երեխաների մոտ 39%-ը կերակրվել է կրծքով 12-23 ամիս: Մեծ և փոքր քաղաքներում երեխաները կրծքով կերակրվել են հիմնականում 6-11 ամիս և 12-23 ամիս տևողությամբ:

Դպրոցում կատարված ուսումնասիրության արդյունքները

Բոլոր դպրոցներում անց են կացվում ֆիզկուլտուրայի դասեր՝ ըստ ուսումնական ծրագրի: Մասնակիցների շուրջ 92%-ը նշել է, որ բոլոր երեխաների համար ֆիզկուլտուրայի դասաժամերը շաբաթական երկու անգամ են, համաձայն 7%-ի՝ շաբաթական երեք անգամ: Բացօթյա սպորտհրապարակներ առկա են դպրոցների 91%-ում, իսկ փակ մարզադահլիճներ՝ 89%-ում:

Հարցմանը մասնակցած դպրոցներից 65%-ում ուսուցանվում է առողջ ապրելակերպ, մասնավորապես՝ սննդի և ֆիզիկական ակտի-

վության մասին: Հիմնականում քաղաքներում չկան առողջ ապրելակերպին նվիրված դասեր:

Մասնակից դպրոցների կեսից ավելին (54.5%) զերծ է մնում բարձր կալորիականություն ունեցող սննդի և քաղցր գազավորված ըմպելիքների գովազդից, մինչդեռ քաղաքային և գյուղական դպրոցների 45.5%-ում եղել է վերոնշյալի գովազդը:

Բուֆետներ կան դպրոցների 66%-ում, և դրանք հատկապես առկա են մեծ և փոքր քաղաքների դպրոցներում: Ի հակադրություն դրան, ճաշարաններ կան դպրոցների 50%-ում, հիմնականում փոքր քաղաքներում և գյուղական բնակավայրերում: Մեծ թվով դպրոցներում հասանելի է խմելու ջուր (71.8%): Դպրոցների կեսից ավելին շաքար պարունակող մրգահյութերն ապահովում է ինչպես անվճար, այնպես էլ վճարովի հիմունքներով:

Անվճար քաղցրավենիք տրամադրող դպրոցների 65.4%-ում առկա է միայն ճաշարան, իսկ 26.9%-ում կա և՛ ճաշարան, և՛ բուֆետ: Ճիշտ նույն պատկերն է նաև շաքար պարունակող մրգահյութերի պարագայում:

Դպրոցների շուրջ 42%-ն առաջարկում է քաղցրավենիքի տեսականի, իսկ 19%-՝ աղի նախուտեստներ վճարովի հիմունքներով: Քաղցր գազավորված ըմպելիքները հայտնաբերվել են դպրոցների միայն 6%-ում: Դպրոցների 22%-ում առկա են շաքարով տաք ըմպելիքներ, 29%-ում՝ թեյ առանց շաքարի վճարովի հիմունքներով:

Հետազոտության արդյունքները կարևոր են բոլոր շահագրգիռ կողմերի համար, այդ թվում՝ կառավարության, առողջապահական հաստատությունների և միջազգային կազմակերպությունների համար: Ըստ COSI արդյունքների՝ Հայաստանում ավելցուկային քաշի և ճարպակալման տարածվածությունը տագնապալի է:

Երկրում ճարպակալման հետ կապված խնդիրներից խուսափելու համար անհրաժեշտ են ռազմավարական գործողություններ և հստակ քաղաքականություն երեխաների ճարպակալումը և ավելցուկային քաշը նվազեցնելու համար: Ֆիզիկական ակտիվության, ինչպես նաև առողջ կենսակերպի մասին դասաժամերը դպրոցներում պետք է

ակտիվացվեն՝ դառնալով ուսուցման պարտադիր մաս: Քաղցրավենիքի և անառողջ սննդի գովազդը դպրոցներում պետք է արգելվի, իսկ դպրոցում վաճառվող սննդացանկը պետք է վերանայվի՝ ելնելով առողջարարության և սննդարարության չափանիշներից:

Վերջինիս համար անհրաժեշտ է վերլուծել և հայկական դպրոցների համատեքստում կիրառել միջազգային լավագույն փորձն՝ ուղղված մանկական ճարպակալման համաճարակի դեմ: Հնարավոր գործողությունների շարքում են հանրային առողջապահական միջոցառումները, ներառյալ առողջ կենսակերպի մասին իրազեկելը, ավանդական և առողջ սննդակարգի խթանելը և անառողջ սնունդը դպրոցներում արգելելը:

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Ճարպակալումը հանրային առողջության կարևոր առաջնահերթություններից է ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանում՝ վերջին տասնամյակների ընթացքում հասնելով համաճարակի և նույնիսկ՝ համավարակի մակարդակին: Ներկայումս զարգացած և զարգացող երկրներում այն զգալի հիմնախնդիր է ինչպես մեծահասակ, այնպես էլ մանկական բնակչության համար: Մասնավորապես, մանկական ճարպակալումը կապված է առողջության և սոցիալական լուրջ հետևանքների հետ, ներառյալ՝ երեխաների մոտ ոչ վարակիչ հիվանդությունների ավելի մեծ ռիսկը և հասուն տարիքում վաղաժամ մահացությունը և հաշմանդամությունը:

Շրջակա միջավայրի գործոնները և կենսակերպը նշանակալից դեր են խաղում օրեցօր ավելացող ճարպակալման հարցում: Կան հիմնավոր ապացույցներ այն մասին, որ քաղցր գազավորված ըմպելիքից ստացած շաքարի ավելցուկը, չափաբաժինների ավելացումը, ֆիզիկական ակտիվության մշտական անկումը հսկայական դեր են խաղացել ամբողջ աշխարհում ճարպակալման աճի միտումներում: Վաղ տարիքի ճարպակալումը կարող է ազդել երեխաների ֆիզիկական առողջության, սոցիալական և հոգեհուզական ինքնազգացողության վրա: Այն նաև զուգորդվում է ցածր ակադեմիական առաջադիմության, ցածր ինքնագնահատականի և կյանքի որակի հետ: Շատ զուգակցված հիվանդություններ, ինչպիսիք են նյութափոխանակության, սրտանոթային, օրթոպեդիկ, նյարդաբանական, լյարդի, թոքային և երիկամային խանգարումները, նույնպես նկատվում են մանկական ճարպակալման ժամանակ:

Մանկական ճարպակալման և ավելցուկային քաշի առողջական հետևանքները

- **Սրտանոթային փոփոխություններ**, որոնք կապված են հասուն տարիքում սրտանոթային ռիսկի ավելացման հետ: Սրտանոթային ռիսկի երկու գործոնները՝ հիպերտոնիան և դիսլիպիդեմիան, մետաբոլիկ համախտանիշի բաղադրիչներ են:
- Երեխաների և դեռահասների ճարպակալման **էնդոկրին խնդիրները** ներառում են գլյուկոզի նկատմամբ տուլերանտության խանգարում, շաքարախտ, կանանց մոտ հիպերանդրոգենիզմ, աճի և սեռական հասունության խանգարումներ:
- **Գաստրոէնտերոլոգիական**. Ճարպակալումը կապված է լյարդի շեղումների կլինիկական սպեկտրի հետ, որոնք միասին հայտնի են որպես լյարդի ոչ ալկոհոլային ճարպային հիվանդություն: Սա երեխաների մոտ լյարդի հիվանդության ամենատարածված պատճառն է: Ճարպակալումը երեխաների մոտ լեղաքարերի ամենատարածված պատճառն է՝ առանց նախատրամադրող պայմանների (օրինակ՝ հեմոլիտիկ անեմիա, պարենտերալ սնուցման պատմություն)
- **Նյարդային**. Իդիոպաթիկ ներգանգային հիպերտոնիան հազվադեպ է հանդիպում երեխաների և դեռահասների մոտ, սակայն դառնում է ավելի հաճախ ճարպակալման դեպքում:
- Ճարպակալման **օրթոպեդիկ խնդիրները** ներառում են ազդրային գլխիկի էպիֆիզի սահում և Բլունտի հիվանդություն: Բացի այդ, ճարպակալմամբ տառապող երեխաներն ավելի հաճախ են ունենում կոտրվածքներ, ծնկի վալգուսային դեֆորմացիա, մկանային-կմախքային ցավեր (մեջք, ոտք, ծունկ, կոճ և թաթ), շարժունակության խանգարում և ստորին վերջույթների հետ կապված խնդիրներ:
- Մանկական ճարպակալման **հոգեբանական-սոցիալական հետևանքները** շատ տարածված են: Դրանք ներառում են սոցիալական մեկուսացումը, հասակակիցների հետ հարաբերու-

թյունների դժվարությունները, ցածր ինքնագնահատականը, մարմնի ընկալման խանգարումը, անհանգստությունը և ընկճախտը: Հոգեբանական հիվանդացության ռիսկը մեծանում է տարիքին զուգընթաց և ավելի տարածված է աղջիկների շրջանում:

- Երեխաների և դեռահասների ճարպակալման **թոքային** ուղեկցող հիվանդությունները ներառում են քնի օբստրուկտիվ ապնոէն և ճարպակալման հիպովենտիլացիոն համախտանիշը:

(William J Klish, MD, Joseph A Skelton, MD, MS. Երեխաների և դեռահասների ճարպակալման մասին առողջության հետևանքների ակնարկ, UpToDate, 12 մարտի, 2021թ.)

ԱՀԿ Եվրոպայի մանկական ճարպակալման համաճարակաբանական հսկողության նախաձեռնությունը (COSI) ավելի քան 40 երկրների ընտրված հաստատությունների և գլխավոր հետազոտողների համագործակցային հետազոտություն է, որոնք օգտագործում են ընդհանուր եվրոպական արձանագրություն և համակարգված ձևով որոշում են հետազոտության բովանդակությունը, մեթոդաբանությունը և ժամանակացույցը: Սա համաճարակաբանական հսկողության հատուկ համակարգ է, որը 2008 թվականից գնահատում է տարրական դպրոցի երեխաների (6,0 - 9,9 տարեկան) շրջանում ավելցուկային քաշի և ճարպակալման մակարդակը՝ միտումների մշտադիտարկման և քաղաքականության մշակման համար: Այս տարիքային խումբն ընտրված է միտումնավոր. «ճարպակալման վերադարձ» մարմնի ճարպի արագ ավելացման երկրորդ շրջանի սկիզբը տեղի է ունենում միջինում 6 տարեկան հասակում, և հայտնի է, որ վաղ տարիքում «ճարպակալման վերադարձը» ռիսկի գործոն է հետագա կյանքում ճարպակալման համար: Ճարպակալման ռիսկը նվազեցնելու և խնդիրներից խուսափելու համար առաջարկվում է նպատակային միջոցառումներն իրականացնել նախքան երեխաների սեռական հասունացումը:

COSI հետազոտությունը հատկապես կարևոր է Հայաստանի համար, քանի որ ազգային մակարդակով երկիրը չունի համապատասխան տեղեկատվություն մանկական ճարպակալման վերաբերյալ: Հայաստանում ազգային մակարդակում առկա են միայն ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտության տվյալներ 0-5 տարեկան երեխաների և Դպրոցահասակ երեխաների առողջության վարքագծի (ԴԵԱՎ) հետազոտության տվյալներ 11-17 տարեկան դեռահասների քաշի և հասակի վերաբերյալ: 2017-2018թթ. Իրականացրած ԴԵԱՎ ուսումնասիրության համաձայն՝ 15 տարեկան աջիկների 9% և տղաների 23%-ն ունեն ավելցուկային քաշ: Միննույն ժամանակ, չափահասների մոտ ավելցուկային քաշի և ճարպակալման մակարդակը տաճնապալի է: 2016-2017թթ. իրականացված ոչ վարակիչ հիվանդության ռիսկի գործոնների STEPS հետազոտությունը պարզել է, որ չափահասների 47.7%-ն ունի ավելցուկային քաշ, իսկ 25%-ը տառապում է ճարպակալմամբ: Մեծահասակների շրջանում շաքարախտի տարածվածությունը 12.3% է, իսկ ոչ վարակիչ հիվանդության 3 կամ ավել ռիսկի գործոն ունեն 18-69 տարեկանների 35.7%:

2018թ. Հայաստանը միացավ COSI հինգերորդ փուլի հետազոտությանը և «Արաբկիր» բժշկական համալիր-Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտը Առողջապահության նախարարության կողմից երաշխավորվեց 2018/2019 թթ.-ին ուսումնասիրություն իրականացնելու համար:

ԱՀԿ հայաստանյան գրասենյակը և Պարենի համաշխարհային ծրագրի (ՊՀԾ) հայաստանյան գրասենյակը պայմանավորվել են համագործակցել COSI հետազոտության շրջանակներում և միավորել ջանքերը՝ հասկանալու ավելցուկային քաշի և ճարպակալման տարածվածությունը 7-8 տարեկան երեխաների շրջանում, ինչպես նաև ավելցուկային քաշի և ճարպակալման վրա ազդող գործոնների տարածվածությունը երկրում: Համաձայն ՊՀԾ հայաստանյան գրասենյակի, ԱՀԿ եվրոպական գրասենյակի, ԱՀԿ հայաստանյան գրասենյակի և Հայաստանում COSI հետազոտության համակարգողի միջև ձեռք բերված պայմանավորվածության՝ հետազոտության իրականաց-

ման 5-րդ փուլի ընթացքում ԱՀԿ աջակցել է անտրոպոմետրիկ չափումների անցկացմանը և դպրոցական սննդի և միջավայրի վերաբերյալ տեղեկատվության հավաքագրմանը՝ օգտագործելով երեխայի և դպրոցական հարցման ձևերը, մինչդեռ ՊՀԾ պատասխանատու է եղել ճարպակալման վրա ազդող գործոնների համար՝ օգտագործելով ընտանեկան հարցման ձևը:

Որոշ հարցեր են ավելացվել Ընտանեկան հարցման ձևում ՊՀԾ հայաստանյան գրասենյակի և «Արաբկիր» ԲՀ-ԵԴԱԻ մասնագետների կողմից: Ընտանեկան հարցաշարը ներառել է հարցեր ընտանիքում սննդային սովորությունների, ֆիզիկական ակտիվության, ծնողների հասակի և քաշի, երեխաների և ծնողների նախաճաշելու և էկրանների առջև անցակացրած ժամանակի մասին:

Սննդային սովորությունները երեխաների ավելցուկային քաշի և ճարպակալման առանցքային գործոններից են: Կանոնավոր նախաճաշելը, օրական 5 բաժին մրգի և բանջարեղենի օգտագործումը և բարձր կալորիականություն ունեցող սննդի՝ աղի նախուտեստներ, արագ սնունդ, վերամշակված մսամթերք և քաղցր զազավորված ըմպելիքների սահմանափակումը նվազեցնում են ճարպակալման ռիսկը: Ֆիզիկական ակտիվության մակարդակը սերտորեն կապված է էներգետիկ դիսբալանսի հետ, որի արդյունքում երեխաները ձեռք են բերում ավելցուկային քաշ և ճարպակալում: Ֆիզիկական ակտիվության տարբեր տեսակներ՝ ակտիվ խաղը, քայլը, հեծանվավազը և սպորտն ունեն բազմաթիվ առավելություններ երեխաների ֆիզիկական և մտավոր առողջության համար, իսկ կանոնավոր ֆիզիկական ակտիվությունը սերտորեն կապված է երեխաների ավելցուկային քաշի ցածր մակարդակի հետ: Կան մտահոգություններ այն մասին, որ հեռուստացույցի կամ էլեկտրոնային միջոցների օգտագործումը փոխարինում է երեխաների՝ տարբեր ակտիվությունների վրա ծախսվող ժամանակը, ձևավորվում է նստակյաց կենսակերպ և նպաստում է ցածր ֆիզիկական ակտիվությանը:

Հայաստանում COSI-ի հիմնական նպատակն է գնահատել տարրական դպրոցի երեխաների մարմնի քաշի կարգավիճակը՝ քաշ,

հասակ, մարմնի զանգվածի ցուցանիշ, նկարագրել անբավարար քաշի, նորմալ քաշի, ավելցուկային քաշի և ճարպակալման տարածվածությունը: Այն նաև թույլ է տալիս գնահատել ընտանիքի և երեխաների սննդային սովորությունները, ինչպես նաև ներկայացնել առաջարկություններ ռազմավարության բարելավման և նպատակային ծրագրերի վերաբերյալ: Արդյունավետ և կայուն համաճարակաբանական հսկողության համակարգի ներդրումը կարևոր է ազգային մակարդակում տեղեկատվության տրամադրման, երեխաների ճարպակալման համաճարակի մշտադիտարկման և պայքարի, ռիսկային խմբերի հայտնաբերման և գիրություն կանխող միջամտությունների ազդեցությունը գնահատելու հարցում:

ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱԳԻԾ ԵՎ ԸՆՏՐԱՆՔ

COSI արձանագրությունը և ընթացակարգերի ձեռնարկը յուրաքանչյուր մասնակից երկրի հնարավորությունն են ընձեռում զարգացնելու այնպիսի համակարգ, որը համապատասխանում է տվյալ երկրի իրավիճակին: Յուրաքանչյուր երկիր պատասխանատու է տվյալների ազգային հավաքագրման և վերլուծության համար, և յուրաքանչյուր երկրի հետազոտող ինստիտուտ ազգային մակարդակում համակարգում և կառավարում է աշխատանքները: Մեթոդաբանությունը ստանդարտ է և թույլ է տալիս ժամանակի ընթացքում համեմատականներ անցկացնել երկրների միջև: Տվյալները վերլուծվում են ինչպես ազգային մակարդակում, այնպես էլ ԱՀԿ եվրոպական գրասենյակի հետազոտության նախաձեռնող թիմի կողմից, որն իրականացնում է համախմբված տվյալների ընդհանուր վերլուծություն և համեմատություններ երկրների միջև: Տվյալների կառավարման գործընթացն ավարտվում է ազգային թիմերի հետ համատեղ, և տեղեկատվությունը տարածվում է զեկույցների և գիտական հրապարակումների միջոցով: Հայաստանի մոտեցումը համապատասխանել է այս արձանագրությանը և, այդպիսով, ներառվել է COSI համակարգի մեջ:

Իր մեթոդաբանությամբ COSI-ին տարրական դպրոցի 6.0–9.9 տարեկան երեխաների ազգային ներկայացուցչական ընտրանքի խաչաձև հետազոտություն է: Կիրառվում է խմբային ընտրանք, որի արդյունքում կլաստերը կամ հետազոտվող ընտրանքի հիմնական միավորը տարրական դպրոցն է կամ դասարանը: Յուրաքանչյուր դպրոցում պատահականության սկզբունքով ընտրվել է մեկ դասարան, որտեղ աշակերտները նպատակային տարիքային խմբում են: Ընտրվել են նաև փոխարինման համար դպրոցներ՝ ընտրանքի սխալը փոքրացնելու նպատակով:

Ըստ գնահատված ընտրանքի չափի՝ տվյալների հավաքագրման համար ընտրվել է 156 դպրոց բոլոր 10 մարզերից և մայրաքաղաք Երևանից և 7-8 տարեկան (երկրորդ դասարան) 3845 երեխա: Յուրա-

քանչյուր մասնակից դպրոցի համար պատահականության սկզբունքով ընտրվել է մեկ դասարան: Աշխատանքներն իրականացվել են 2019թ. ապրիլ-մայիս ամիսներին: Ընդհանուր առմամբ, վերլուծվել են 3642 հարցվածների տվյալներ, 3610 հարցվածների վերաբերյալ տեղեկություններ ներառվել են զեկույցում, քանի որ 6, 9 և 10 տարեկան երեխաները քանակապես քիչ էին երկրորդ դասարանում: Օգտագործվել է տվյալների հավաքագրման երեք ձև՝ պարտադիր «Երեխայի տվյալների ձև», պարտադիր «Դպրոցական տվյալների ձև» և կամավոր «Ընտանեկան տվյալների ձև»: Երեխաների և դպրոցական մակարդակի տվյալները մուտքագրվել են ՀՀ-ում՝ «Բաց կլինիկա» տվյալների էլեկտրոնային համակարգում: «Ընտանեկան ձևի տվյալների» հավաքագրումն իրականացվել է 2019թ. մայիս-հունիս ամիսներին, այնուհետև՝ Հայաստանի մի շարք մարզերում սեպտեմբեր-նոյեմբեր ամիսներին:

Հետազոտությունը երաշխավորվել է Երևանի Մ.Հերացու անվ. Պետական բժշկական համալսարանի էթիկական հանձնաժողովի կողմից:

ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ՀԱՎԱՔԱԳՐՈՒՄ

2019թ. մարտին ԱՀԿ-ի հայաստանյան գրասենյակի հետ համագործակցությամբ անցկացվեց եռօրյա կողմնորոշիչ հանդիպում ազգային թիմի համար: Լատվիայից, Իտալիայից և ԱՀԿ Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և վերահսկման եվրոպական գրասենյակի դասընթացավարները ներկայացրեցին հետազոտության մեթոդաբանությունը: Վերապատրաստվեց 35 մասնակից (դպրոցների բուժքույրեր և ուսուցիչներ)՝ տեղեկատվություն հավաքելու, երեխաների հասակն ու քաշը չափելու և դպրոցների տնօրեններից հարցում կատարելու վերաբերյալ: Երեխաների և տնօրենների հարցաթերթերը թարգմանվել էին հայերեն, տեղայնացվել և տպագրվել: Երրորդ օրը բոլոր մասնակիցներն այցելեցին փորձնական դպրոց և չափեցին համապատասխան տարիքային խմբի երեխաներին:

Հետազոտության անցկացման համար կշեռքներն ու հասակաչափերը տրամադրել է ԱՀԿ Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կան-

խարգելման և վերահսկման եվրոպական գրասենյակը: Հասակը և քաշը չափելու համար օգտագործվել են SECA կշեռքներ և հասակաչափեր:

Բոլոր դաշտային աշխատակիցները (առավելապես՝ դպրոցի բուժքույրեր և ուսուցիչներ) մինչև աշխատանքների սկիզբը ապրիլ ամսին մասնակցել են կողմնորոշիչ հանդիպմանը և ստացել են ճշգրիտ ցուցումներ: Դասընթացը ներառում էր մարդաչափական տվյալների հավաքագրում և ստանդարտ ձևերի միջոցով հարցումների անցկացում՝ արձանագրությանը համապատասխան, ինչպես նաև աջակցություն անհանգստություն ունեցող երեխաներին: Նախքան ուսումնասիրության մեկնարկը համապատասխան երաշխավորություն էր ստացվել ՀՀ Կրթության, գիտության, մշակույթի և սպորտի նախարարությունից և Երևանի քաղաքապետարանից:

Քաշը չափվել է կիլոգրամներով մոտակա 100 գրամի ճշգրտությամբ: Հասակաչափը տեղադրվել է հարթ հատակին, մակերևույթին (պատին կամ սյունին) ուղղահայաց: Երեխաների հասակը չափվում էր սանտիմետրերով՝ արդյունքը կլորացված մինչև վերջին ամբողջական միլիմետրին (մմ):

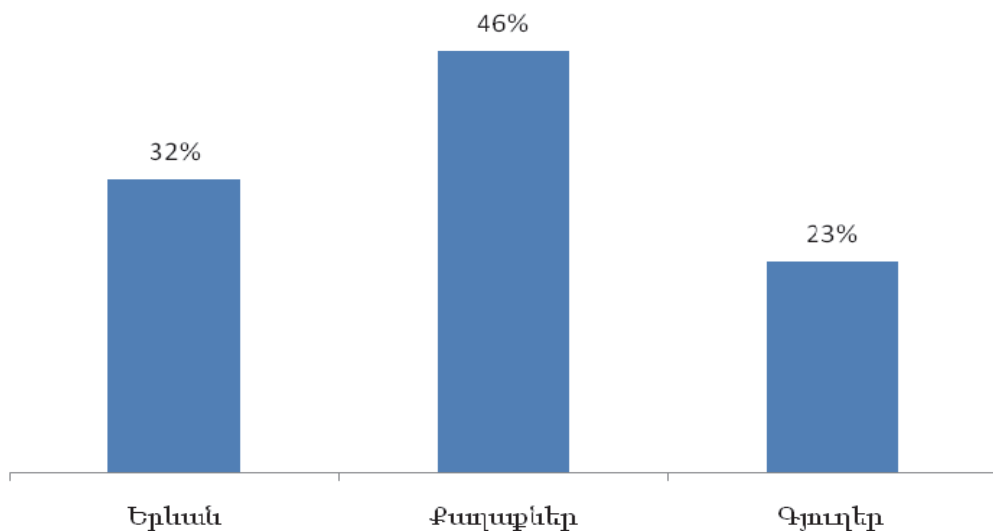
Հավաքագրված տվյալները անանուն են և զերծ են որևէ անձնական նույնականացման տեղեկատվությունից: Տվյալների հավաքագրումից առաջ յուրաքանչյուր մասնակից դպրոցի և աշակերտի հատկացվել է գաղտնագիր, որով ապահովվում է հավաքագրված տվյալների անանունությունը: Երկրների տվյալների շտեմարանները ստուգվել են ԱՀԿ տարածաշրջանային գրասենյակի կողմից՝ առկա անհամապատասխանությունների և ամբողջականության համար:

Ընտանեկան տվյալների հավաքագրման ձևերը փորձարկվել են ՀՀ շրջաններից մեկում մինչև դաշտային աշխատանքների սկիզբը: ՊՀԾ հայաստանյան գրասենյակն աջակցել է ընտրված դպրոցներում ընտանեկան ձևերի լրացման նպատակով տնօրենների և ծնողների հետ հանդիպումների անցկացմանը:

ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԴՊՐՈՑԻ ՄԱՍԻՆ

Ուսումնասիրությանը մասնակցել է 156 դպրոց Հայաստանի բոլոր մարզերից: Միայն 3 դպրոց է հրաժարվել մասնակցությունից և փոխարինվել այլ դպրոցներով (փոխարինման ընտրանքից): Ընդհանուր առմամբ, ընտրվել է 122 քաղաքային (50 դպրոց Երևանից, 72 դպրոց այլ քաղաքներից) և 34 գյուղական դպրոց: Երեխաների մասնակցության մակարդակը գրանցվել է շատ բարձր՝ մինչև 100%:

Գծապատկեր 1. Դպրոցների բաշխումն ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման



Դպրոցը կարևորագույն դեր է խաղում երեխաների և դեռահասների առողջության խթանման գործում: Դպրոցը կարող է ամրապնդել առողջ ապրելակերպը ինչպես ուսումնական ծրագրի, այնպես էլ դպրոցական միջավայրի միջոցով:

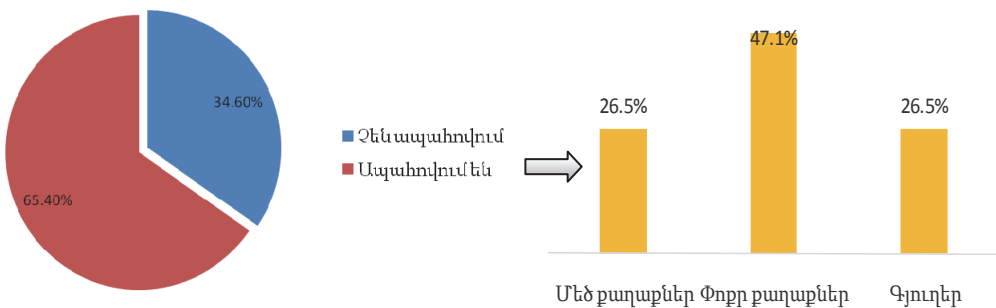
COSI տվյալների հավաքագրումը պարունակում է պարտադիր ձև՝ դպրոցական միջավայրի վերաբերյալ տեղեկատվության հավաքագրման համար: Դպրոցական ձևը լրացվել է դպրոցի տնօրենի կողմից: Հարցաշարում ընդգրկվել են դպրոցի վերաբերյալ մի քանի հարցադրումներ՝ ֆիզկուլտուրայի դասերի հաճախականությունը, սպորտհրապարակի և մարզադահլիճի առկայությունը, մի շարք սննդամթերքի և ըմպելիքների առկայությունը դպրոցի տարածքում և

առողջ ապրելակերպի (առողջ սնունդ, ֆիզիկական ակտիվություն) խթանմանն ուղղված ներկայիս նախաձեռնությունները: Այս հարցերը հնարավոր է փոփոխության ենթարկել տեղական ինքնակառավարման մարմինների կամ հենց դպրոցների նախաձեռնությամբ, ուստի կան երեխաների սննդակարգը և ֆիզիկական ակտիվության օրինաչափությունները բարելավելու հնարավորություններ:

Դպրոցական ուսումնասիրության արդյունքում ի հայտ են եկել որոշ դրական արդյունքներ: Բոլոր դպրոցները անցկացնում են ֆիզիկական կուլտուրայի դասեր՝ համաձայն պետական ուսումնական ծրագրի: Մասնակիցների շուրջ 92% նշել է, որ ֆիզկուլտուրայի դասերը բոլոր երեխաների համար անց են կացվում շաբաթական երկու անգամ, իսկ 7%՝ շաբաթական երեք անգամ:

Մասնակցած դպրոցների 65%-ում անցկացվել են առողջ սնուցման և առողջ ապրելակերպի մասին դասաժամեր:

Գծապատկեր 2. Սնուցման հարցերին նվիրված դասերի առկայությունը դպրոցներում, դասակարգումն ըստ բնակավայրի

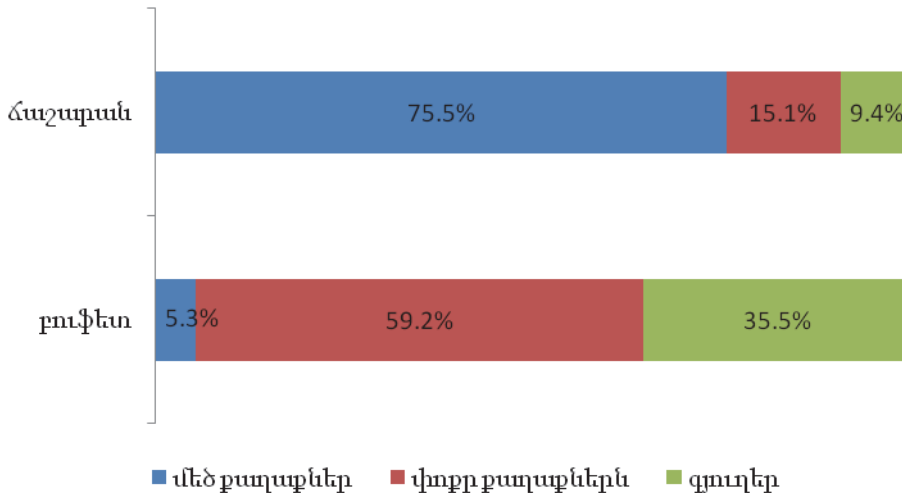


Բացօթյա սպորտհրապարակների առկայությունը նշվել է դպրոցների 91%-ի կողմից, փակ մարզադահլիճներ առկա են դպրոցների 89%-ում:

Բոլոր դպրոցներում, բացի գյուղական համայնքի մի դպրոցի, առկա չէին վաճառքի ավտոմատ սարքեր: Մասնակից դպրոցների կեսից ավելին (54.5%) չեն գովազդել բարձր կալորիականություն ունեցող սնունդ և ընպելիքներ: Նշված սննդամթերքների գովազդը հավասարաչափ է եղել մեծ քաղաքներում, փոքր քաղաքներում և գյուղերում: Ճաշարաններ կան դպրոցների 66%-ում, հիմնականում՝ փոքր

քաղաքներում և գյուղական բնակավայրերում: Դպրոցների միայն 50%-ն ունի բուֆետ, մեծամասամբ՝ քաղաքներում:

Գծապատկեր 3. Ճաշարանների և բուֆետների բացակայությունը դպրոցներում, դասակարգումն ըստ բնակավայրի



Դպրոցում սննդային միջավայրը ներառում է առողջ սնունդ՝ կաթնամթերք, թարմ մրգեր և բանջարեղեն և անառողջ սնունդ, օրինակ՝ քաղցր և աղի նախուտեստներ:

Հարցված դպրոցների 71,8%-ում առկա է անվճար խմելու ջուր: Մրգերը հասանելի էին դպրոցների 29,5%-ում և բանջարեղեն 34%-ում, որոնք տրամադրվում էին անվճար: Շատ դպրոցներում շաքար պարունակող մրգահյութերը հասանելի են և՛ անվճար, և՛ վճարովի հիմունքներով: Կաթնամթերք չի եղել դպրոցների մեծ մասում (78%): Թարմ մրգերն ու բանջարեղենը հասանելի չէին դպրոցների ավելի քան 60%-ի համար: Դպրոցների շուրջ 42%-ում առաջարկվում է քաղցրավենիք, 19%-ում՝ աղի նախուտեստներ, ինչպիսիք են չիպսեր և ընկուզեղեն՝ վճարովի հիմունքներով: Քաղցր գազավորված ըմպելիքներ եղել են դպրոցների միայն 6%-ում: Շաքարով տաք ըմպելիքները և առանց շաքարի թեյը վճարովի հիմունքներով առաջարկվում էին համապատասխանաբար դպրոցների 22 և 29%-ում:

Վերլուծությունը ցույց է տվել, որ ավելի խիստ կանոնակարգեր են անհրաժեշտ դպրոցներում մաքուր խմելու ջրի, առողջ սննդի և

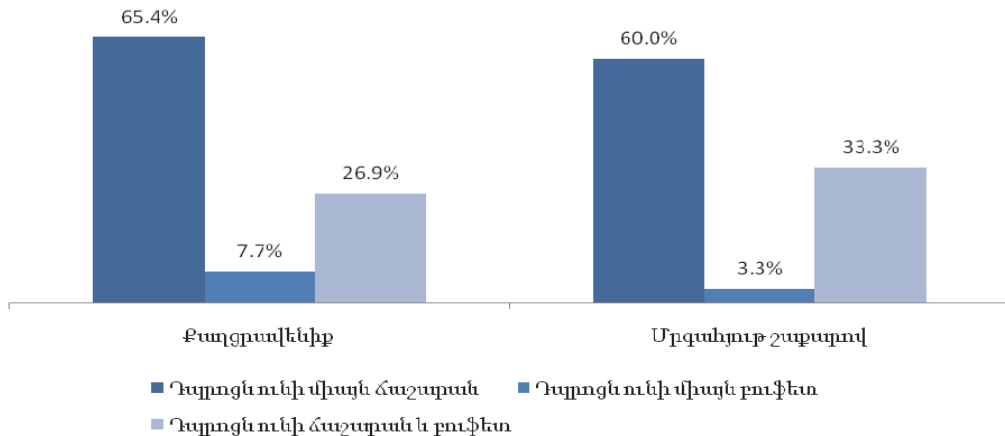
նախուտեստների առկայությունը բարելավելու, ինչպես նաև դպրոցական տարածքներում անառողջ սնունդն արգելելու համար:

Աղյուսակ 1. Սննդամթերքի և ըմպելիքների առկայությունը դպրոցներում

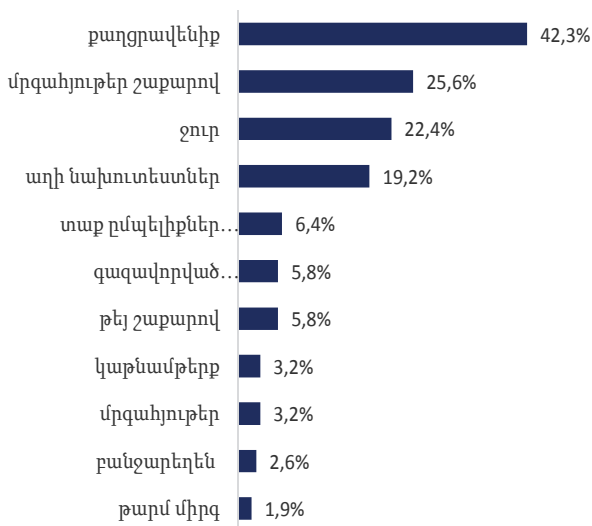
	Անվճար (%)	Վճարովի (%)	Հասանելի չեն (%)	Բացակայում են (%)
Ջուր	71.8	22.4	4.5	1.3
Թեյ առանց շաքարի	28.8	5.8	61.5	3.8
Բնական մրգահյութեր	5.1	3.2	87.2	4.5
Մրգահյութեր շաքարով	19.2	25.6	53.2	1.9
Քաղցր գազավորված ըմպելիքներ	-	5.8	91	3.2
Տաք ըմպելիքներ շաքարով	22.4	6.4	70.5	0.6
Կաթնամթերք	16.7	3.2	78.2	1.9
Թարմ մրգեր	29.5	1.9	66.7	1.9
Բանջարեղեն	34	2.6	61	2.6
Քաղցրավենիք	16.7	42.3	37.2	3.8
Աղի նախուտեստներ	0.6	19.2	78.8	1.3

Միջինում 62.7% դեպքերում քաղցր նախուտեստներ և շաքարով մրգահյութեր ավելի հաճախ առաջարկվում էին այն դպրոցներում, որտեղ առկա էին միայն ճաշարաններ: Աղի նախուտեստները սովորաբար հասանելի էին միայն վճարովի հիմունքներով և միայն բուֆետներ ունեցող դպրոցներում (72,5%):

Գծապատկեր 4. Դպրոցներում անվճար հիմունքով տրամադրվող նախուտեստները և շաքար պարունակող մրգահյութերը՝ ըստ ենթակառուցվածքների բնութագրերի



Գծապատկեր 5. Դպրոցներում վճարովի հիմունքներով սննդի և ըմպելիքների առկայություն



Ըստ ուսումնասիրության՝ դպրոցներում վճարովի հիմունքներով հասանելի ամենատարածված մթերքներն են քաղցր նախուտեստները և շաքարով մրգահյութերը:

ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

ԱՏՐՈՂՈՄԵՏՐԻԿ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

Անտրոպոմետրիկ ցուցանիշների հաշվարկման, ինչպես նաև նիհարության, անբավարար քաշի, թերաճության, ավելցուկային քաշի և ճարպակալման տարածվածությունը գնահատելու համար հիմք են ծառայել 2007թ.-ին ԱՀԿ կողմից դպրոցական երեխաների և դեռահասների համար առաջարկված շեմային մակարդակները: Մարմնի զանգվածի ցուցանիշը (ՄՁՑ) հաշվարկվել է հետևյալ բանաձևով. քաշը (կգ) բաժանած հասակի քառակուսու (m^2): Ըստ ԱՀԿ սահմանումների՝ ավելցուկային քաշ ունեցող երեխաների թիվը ներառում է նաև ճարպակալումով տառապող երեխաների:

Երեխայի տարիքը հաշվարկելու համար օգտագործվել է հետևյալ բանաձևը. *(Չափման ամսաթիվ - ծննդյան տարեթիվ) / 365.25*:

Իրականացվել են նկարագրական վիճակագրական վերլուծություն և χ^2 թեստեր՝ օգտագործելով MS Excel և SPSS: 0.05-ից պակաս p -արժեքը համարվել է նշանակալի՝ 95% վստահության միջակայքով:

Մարդաչափական տվյալների մեկնաբանությունը և տարիքին բնորոշ մարմնի զանգվածի ցուցանիշի հաշվարկը (կգ/ m^2) արված էր ԱՀԿ աճի ստանդարտների հիման վրա՝ ըստ տարիքի և սեռի (ԱՀԿ 2007թ.), որի համաձայն՝ մարմնի զանգվածի ցուցանիշի շեմային մակարդակները պետք է մեկնաբանվեն հետևյալ կերպ.

<i>Թերաճություն</i>	<i>հասակը ըստ տարիքի 2 Z- ից ցածր</i>
<i>Թերքաշություն</i>	<i>քաշը ըստ տարիքի 2 Z- ից ցածր</i>
<i>Նիհարություն</i>	<i>ՄՁՑ ըստ տարիքի 2 Z- ից ցածր</i>
<i>Ավելցուկային քաշ</i>	<i>ՄՁՑ +1 Z- ից բարձր</i>
<i>Ճարպակալում</i>	<i>ՄՁՑ +2 Z- ից բարձր</i>
<i>Նորմալ/առողջ քաշ</i>	<i>ՄՁՑ -2 Z և +1 Z- ի միջակայքում</i>

Մարդաչափական ցուցանիշներն են՝ ՄՁՑ ըստ տարիքի Z-միավորներ, հասակը ըստ տարիքի Z-միավորներ, քաշը ըստ տարիքի Z-միավորներ:

Վերլուծությունից բացառվել են այն երեխաները, որոնք ունեն ՄՁՑ ծայրահեղ արժեքներ: Ծայրահեղ արժեքներն են՝ ՄՁՑ ըստ տարիքի -

5-ից ցածր կամ +5 Z- ից բարձր ցուցանիշներ, հասակը ըստ տարիքի - 6-ից ցածր կամ +6 Z-ից ավելի բարձր ցուցանիշներ, քաշը ըստ տարիքի -6-ից ցածր կամ +5 Z-ից բարձր ցուցանիշներ, ըստ ԱՀԿ 2007թ. աճի ստանդարտների:

Ընդհանուր առմամբ, ուսումնասիրվել են 3610 երեխաների տվյալներ: Քանի որ 6, 9 և 10 տարեկան երեխաների թիվը շատ փոքր էր, ընթացիկ զեկույցում ներկայացված են միայն 7-8 տարեկան երեխաների տվյալները:

Աղյուսակ 2. Աշակերտների բաշխումն ըստ տարիքի և սեռի

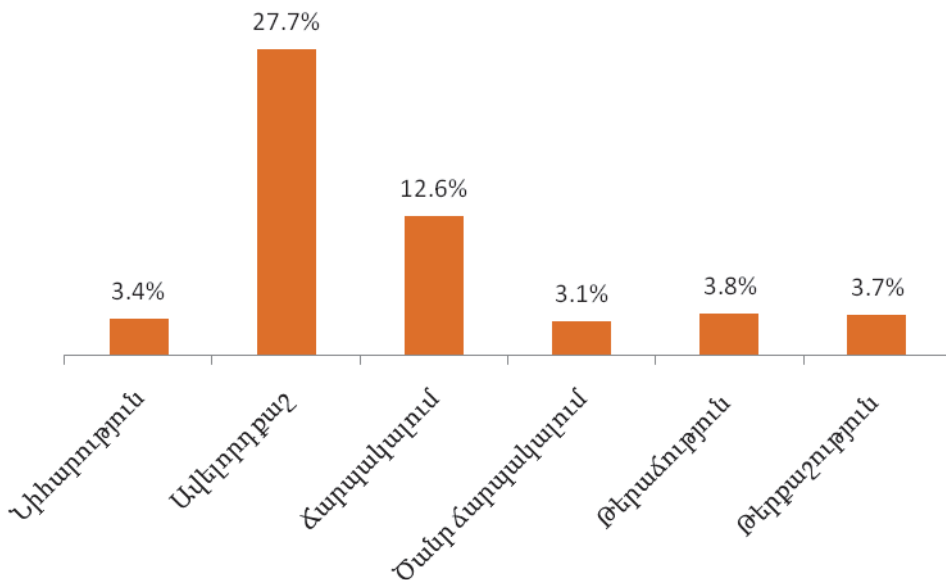
Տարիք (տարեկան)	Տղաներ	Աղջիկներ	Ընդամենը
6	1		1
7	1257	1121	2378
8	598	583	1181
9	19	30	49
10	1		1
Ընդհանուր	1876	1734	3610

Աղյուսակ 3. Աշակերտների բաշխումն ըստ մարզերի և սեռի, %

Մարզ	Տղաներ (%)	Աղջիկներ (%)	Ընդամենը (%)
Արագածոտն	4.7	4.6	4.6
Արարատ	9.6	9.1	9.4
Արմավիր	10.4	8.6	9.5
Գեղարքունիք	8.2	6.8	7.5
Կոտայք	9.9	9.9	9.9
Լոռի	7.5	8.8	8.1
Շիրակ	7.1	8.8	7.9
Սյունիք	3.6	5.0	4.3
Տավուշ	4.0	3.9	4.0
Վայոց ձոր	1.8	1.7	1.7
Երևան	33.3	32.8	33.0
Ընդհանուր	100	100	100

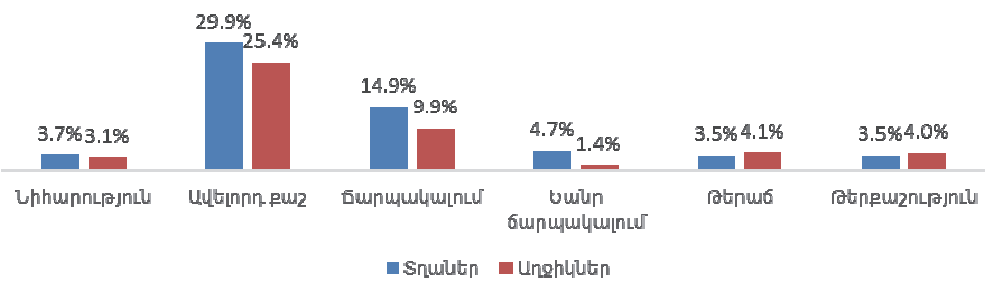
Անտրոպոմետրիկ չափումների արդյունքում պարզ է դարձել, որ Հայաստանում ավելցուկային քաշ ունեցող երեխաները կազմում են 27,7%, ինչը խիստ մտահոգիչ ցուցանիշ է: Հարցմանը մասնակցած աշակերտների 3.4%-ը նիհար է, 27.7%-ն ունի ավելցուկային քաշ, 12.6%-ն ունի ճարպակալում, իսկ 3.1%՝ ծանր աստիճանի ճարպակալում: Աշակերտների 3.8%-ի մոտ հայտնաբերվել է թերաճություն, իսկ աշակերտների 3.7%-ի մոտ՝ թերքաշություն:

Գծապատկեր 6. Աշակերտների անտրոպոմետրիկ ցուցանիշները և քաշի դասակարգումը, %



Ընդհանուր առմամբ, ավելցուկային քաշը, ճարպակալումը և ծանր ճարպակալումը տղաների մոտ ավելի հաճախ են հանդիպում, քան աղջիկների: Տղաների մոտ 30% և աղջիկների 25%-ն ունեն քաշի ավելցուկ, իսկ տղաների 15% և աղջիկների 10%-ն ունեն ճարպակալում: Ծանր աստիճանի ճարպակալման տարածվածությունը տղաների շրջանում ավելի քան 3 անգամ գերակշռում է աղջիկներին:

Գծապատկեր 7. Աշակերտների անտրոպոմետրիկ ցուցանիշները և քաշի դասակարգումը, %



Տարիքային խմբերի միջև նկատվել է որոշակի տարբերություն. 8 տարեկան աղջիկների մոտ ճարպակալումը և ծանր ճարպակալումը մի փոքր ավելի բարձր են: Նիհարության մակարդակը տղաների և աղջիկների մոտ մոտավորապես նույնն է, համապատասխանաբար՝ 3,7 և 3,1%:

Աղյուսակ 4. Աշակերտների անտրոպոմետրիկ տվյալները և քաշի դասակարգումն ըստ տարիքի և սեռի, %

ՏԱՐԻՔ (ՏԱՐԵԿԱՆ)	ՏՂԱՆԵՐ (%)	ԱՂԶԻԿՆԵՐ (%)	ԸՆԴԱՄԵՆԸ (%)	
7	Նիհարություն	3.4	2.7	3.1
	Ավելցուկային քաշ	29.8	24.7	27.5
	Ճարպակալում	15.2	9.5	12.6
	Ծանր ճարպակալում	4.9	0.9	3.0
	Թերաճություն	3.3	3.4	3.3
	Թերքաշություն	3.3	3.5	3.4
	Թերսնուցում/ հյուծվածություն	2.0	2.1	2
8	Նիհարություն	4.4	3.8	4.1
	Ավելցուկային քաշ	29.9	26.2	28.1
	Ճարպակալում	14.3	11	12.7
	Ծանր ճարպակալում	4.4	2.5	3.5
	Թերաճություն	3.7	5.1	4.4
	Թերքաշություն	3.8	4.9	4.4
	Թերսնուցում/ հյուծվածություն	4.0	2.8	3.4

ՀՀ մարզերի միջև զգալի տարբերություն է նկատվել ճարպակալում և ավելցուկային քաշ ունեցող երեխաների թվով: Գեղարքունիքի մարզում դիտվել է ավելցուկային քաշ և ճարպակալում ունեցող երեխաների ամենացածր ցուցանիշ՝ համապատասխանաբար 12,6 և 6,3%: Ավելցուկային քաշի ամենաբարձր ցուցանիշը (37,2%) նկատվել է Տավուշի մարզում: Երևանում ավելցուկային քաշ ունեցող երեխաները կազմել են 31,9%:

Աղյուսակ 5. Անտրոպոմետրիկ տվյալների բաշխումը և քաշի դասակարգումն ըստ մարզերի, %

	Ավելցուկային քաշ (%)	Ճարպակալում (%)	Ծանր ճարպակալում (%)
Արագածոտն	30.8	13.8	5.3
Արարատ	31.2	14.9	3.4
Արմավիր	26.8	13.4	3.5
Գեղարքունիք	12.6	6.3	2.6
Կոտայք	27.5	8.6	1.8
Լոռի	22.2	9.7	1.9
Շիրակ	24.7	12.2	2.6
Սյունիք	22.3	6.3	1.8
Տավուշ	37.2	12.1	3.2
Վայոց Ձոր	24.6	5.3	-
Երևան	31.9	16.1	3.9

Ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման՝ ավելցուկային քաշը և ճարպակալումը ավելի հաճախ են հանդիպում մեծ և փոքր քաղաքներում: Գյուղական շրջաններում ավելի հաճախ են հանդիպում անբավարար

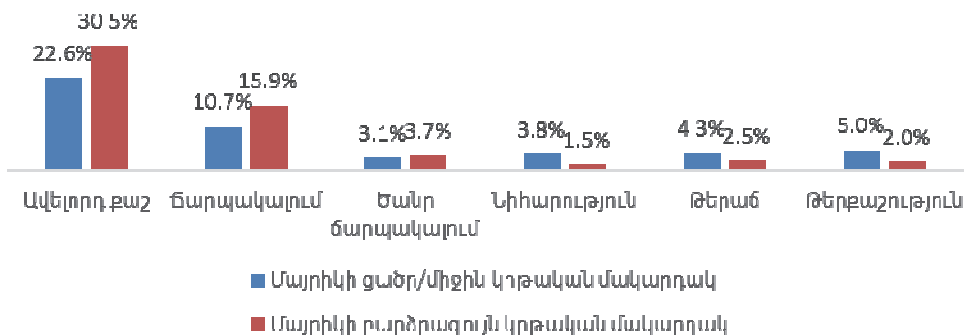
քաշը և թերաճությունը: Տարբերությունը ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման և ըստ մարզերի նշանակալի է:

Աղյուսակ 6. Անտրոպոմետրիկ տվյալների բաշխումը և քաշի դասակարգումն ըստ բնակավայրի, %

	Ավելցուկային քաշ (%)	Ճարպակալում (%)	Ծանր ճարպակալում (%)	Թերքաշություն (%)	Թերաճություն (%)	Նիհարություն (%)
Մեծ քաղաքներ	31.9	16	3.9	2.3	3.5	1.7
Փոքր քաղաքներ	29.4	12	2.7	2.6	3.4	1.9
Գյուղեր	22.0	9.7	2.9	6.2	4.4	6.7

Մարմնի զանգվածի ցուցանիշը նաև կապված է մոր կրթական մակարդակի հետ: Բարձրագույն կրթություն ունեցող մայրերն ավելի շատ երեխաներ են ունեցել ավելցուկային քաշով և ճարպակալմամբ: Նիհար, թերաճություն և թերսնվածություն ունեցող երեխաներն ավելի հաճախ ցածր կամ միջին կրթական մակարդակ ունեցող մայրերի զավակներ են: Ծանր ճարպակալման և մոր կրթական մակարդակի միջև որևէ կապ չկար:

Գծապատկեր 8. Անտրոպոմետրիկ տվյալների բաշխումը և քաշի դասակարգումն ըստ մոր կրթական մակարդակի, %



Բացահայտվել է ուժեղ կապ մոր քաշի և երեխաների մարմնի զանգվածի ցուցանիշի միջև: Ավելցուկային քաշ, ճարպակալում և ծանր ճարպակալում ունեցող երեխաների գերիշխող մասը հավաստիորեն ավելի հաճախ ծնվել է ճարպակալում կամ նախաճարպակալում ունեցող մորից: Նիհար երեխաներն առավելապես նորմալ կամ անբավարար քաշ ունեցող մայրերի զավակներ են:

Աղյուսակ 7. Աշակերտների անտրոպոմետրիկ տվյալների բաշխումը և քաշի դասակարգումն ըստ մոր քաշի կարգավիճակի, %:

	Մոր ցածր/ նորմալ քաշ	Մոր նախաճարպակալում	Մոր ճարպակալում
Նիհարություն	3.2	2.3	1.6
Թերքաշություն	4.0	4.5	0.4
Թերաճություն	4.0	3.1	0.7
Ավելցուկային քաշ	21.2	31.1	46.8
Ճարպակալում	8.5	18.9	26.4
Ծանր ճարպակալում	1.6	6.4	9.4

Երեխայի թերաճություն, անբավարար քաշ և սուր թերսնուցում (հյուծվածություն)

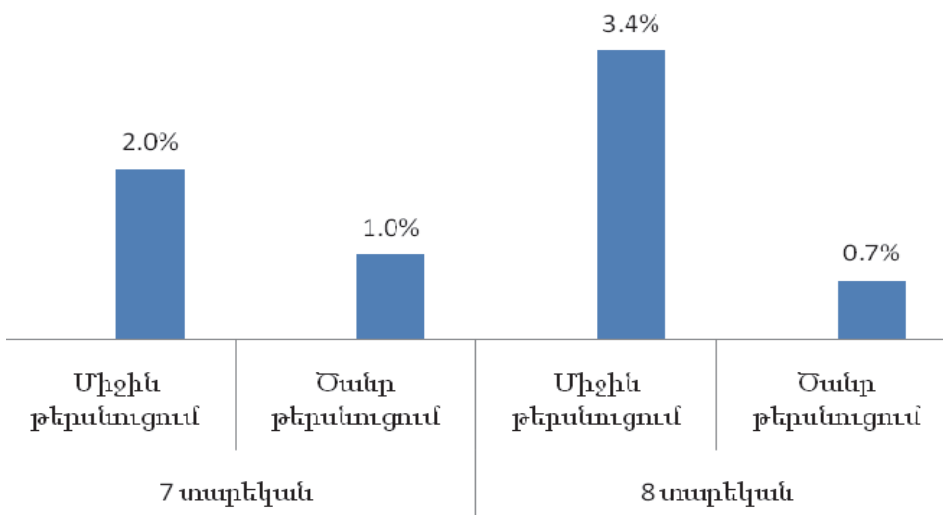
Տղաների 3,5%-ի և աղջիկների 4,1%-ի մոտ հայտնաբերվել է թերաճություն: 7 տարեկան տղաների և աղջիկների շրջանում նկատվել է թերաճության նույն տարածվածությունը (3,4%): 8 տարեկանների խմբում տղաների և աղջիկների թերաճի պատկերում կան տարբերություններ. թերաճ է տղաների 3,7%-ը և աղջիկների 5,1%-ը: Ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման՝ գյուղաբնակ երեխաների 4,4% և քաղաքաբնակ երեխաների 3,5%-ն ունեցել է թերաճություն: Թերաճության վրա իր ազդեցությունն է ունեցել նաև մոր կրթական մակարդակը: Ցածր կամ միջին կրթական մակարդակ ունեցող մայրերի երեխաներն ավելի հաճախ են ունենում թերաճություն (4,3%):

Անբավարար քաշ է հայտնաբերվել տղաների 3,5 և աղջիկների 4%-ի մոտ: 8 տարեկան աղջիկների մոտ թերքաշությունը կազմում է մոտ 5%: Թերքաշությունն առավելապես տարածված է գյուղաբնակ երեխաների շրջանում:

ԱՀԿ կողմից սուր թերսնուցման ախտորոշման համար առաջարկվում է երկու ցուցանիշ. քաշը ըստ հասակի (սուր թերսնուցումը սահմանելու համար օգտագործվում է -2 Z-ից ցածր ցուցանիշ) և բազկի վերին երրորդականի շրջագիծը (<12.5սմ): Սույն հետազոտության շրջանակներում չափավոր թերսնուցման համար օգտագործվել է քաշը ըստ հասակի -3 և -2 Z միավորների միջև ցուցանիշը, իսկ ծանր թերսնուցումը սահմանվել է որպես -3 Z-ից ցածր ցուցանիշ:

Ընդհանուր առմամբ, չափավոր թերսնուցման տարածվածությունը 2.5% է, տղաների գերակշռմամբ (CI 95%՝ 1.9-3.4): Հայտնաբերվել է ծանր թերսնուցման 25 դեպք (0,9%):

Գծապատկեր 9. Միջին և ծանր թերսնուցումն ըստ տարիքի, %



Չափավոր և ծանր թերսնուցման դեպքում նկատվել են տարիքային և սեռային խմբերի միջև տարբերություններ: Ծանր թերսնուցման դեպքում 7 տարեկան տղաների մասնաբաժինը գրեթե երկու անգամ

ավել է, քան նույն տարիքի աղջիկների: Չափավոր թերսնուցումը 8 տարեկան տղաների մոտ 1.5 անգամ ավելի շատ է, քան նույն տարիքի աղջիկների մոտ:

Աղյուսակ 8. Չափավոր և ծանր թերսնուցման դեպքերի բաշխումն ըստ տարիքի և սեռի

		Տղաներ (%)	Աղջիկներ (%)
Մինչև 7 տ. երեխաներ	Չափավոր թերսնուցում	2.0	2.1
	Ծանր թերսնուցում	1.3	0.6
Մինչև 8 տ. երեխաներ	Չափավոր թերսնուցում	4.0	2.8
	Ծանր թերսնուցում	0.4	1.0

Գյուղ-քաղաք դասակարգման վերլուծությունը ցույց է տվել, որ թերսնուցումը զգալիորեն ավելի տարածված է գյուղական բնակավայրերում (համապատասխանաբար՝ 4.8 և 1.2%): Թերսնուցման դեպքերի մեծամասնությունը հայտնաբերվել է Գեղարքունիքի և Կոտայքի մարզերում (համապատասխանաբար՝ 6,8 և 5,6%):

Թերսնուցումը խիստ կապված է մոր և հոր կրթական մակարդակի հետ: Բարձրագույն կրթություն ունեցող ծնողների երեխաները ավելի քիչ են հակված թերսնուցման (բարձրագույն և միջին-ցածր կրթական մակարդակ ունեցող մայրերի պարագայում համապատասխանաբար՝ 0.9% և 2.9%): Հետաքրքիր է, որ թերսնուցման տարածվածությունը կապված չի եղել տնային տնտեսությունների բարեկեցության մակարդակի հետ:

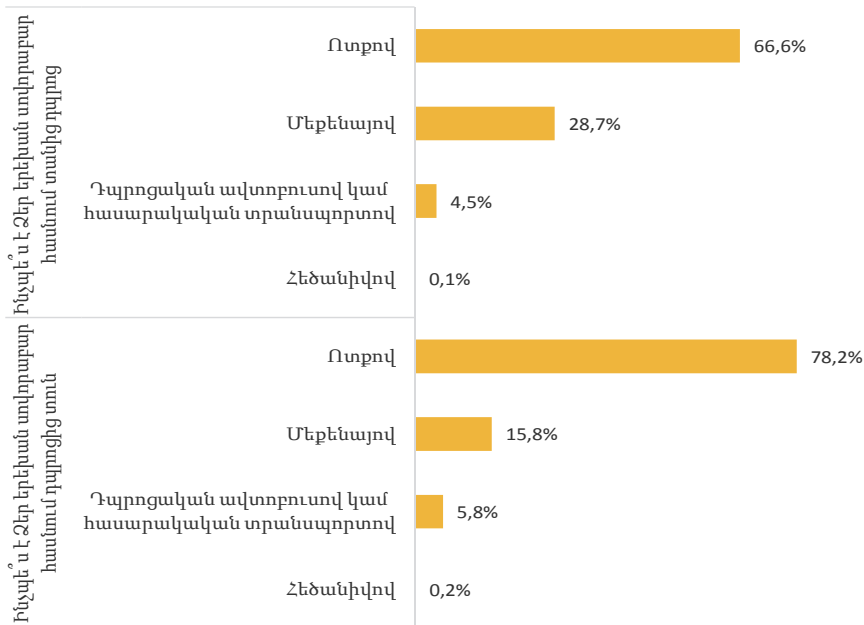
ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԿԵՆՍԱԿԵՐՊ

ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԱԿՏԻՎՈՒԹՅՈՒՆ

Գիտական փաստերը վկայում են, որ կանոնավոր ֆիզիկական ակտիվությունը չափազանց կարևոր է երեխաների և երիտասարդների առողջության համար: Համաձայն ԱՀԿ ֆիզիկական ակտիվության գլոբալ հանձնարարականների՝ 5-17 տարեկան երեխաներին խորհուրդ է տրվում ապահովել չափավորից մինչև ինտենսիվ ամենօրյա ֆիզիկական ակտիվություն առնվազն 60 րոպե տևողությամբ: Ցանկալի է ապահովել նաև բարձր ինտենսիվությամբ ֆիզիկական ակտիվություն շաբաթական առնվազն երեք անգամ:

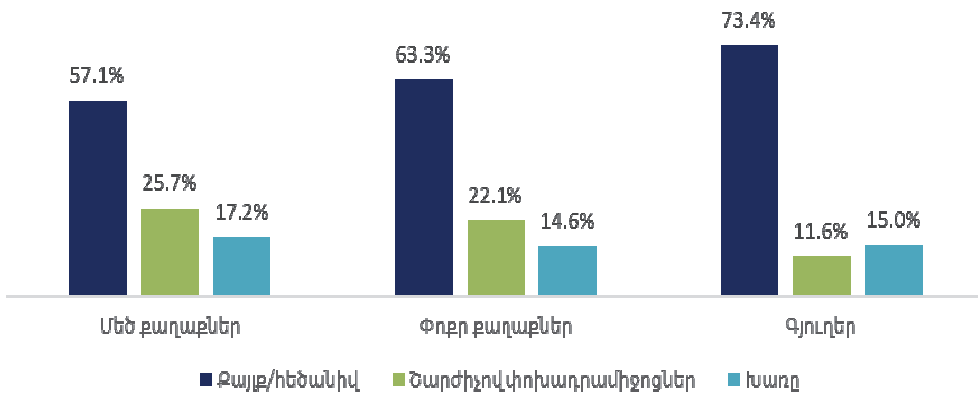
Հետազոտության շրջանակներում հավաքվել են տեղեկություններ այն մասին, թե ինչպես են երեխաները դպրոց գնում և վերադառնում դպրոցից տուն և թե ինչ փոխադրամիջոցից են օգտվում: Աշակերտների մեծամասնությունը դպրոց է գնում և վերադառնում ոտքով (համապատասխանաբար 66,6% և 78,2%), այնուամենայնիվ, շատ երեխաներ դպրոց հասնելու համար օգտվում են հասարակական տրանսպորտից կամ սեփական մեքենայից (33,3%): Ըստ սեռի դիտարկելիս՝ փոխադրման եղանակի ընտրության հարցում որևէ տարբերություն չի նկատվել:

Գծապատկեր 10. Փոխադրման եղանակը դեպի դպրոց և դպրոցից տուն, %



Նշանակալից տարբերություններ են գրանցվել ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման. գյուղական վայրերում ավելի շատ աշակերտներ են դպրոց գնում ութքով կամ հեծանիվով, մինչդեռ քաղաքում տվյալ եղանակը համեմատաբար քիչ է հանդիպում (համապատասխանաբար՝ 73,4 և 57,1%): Այս տարբերությունը մասամբ բացատրվում է նրանով, որ շատ գյուղական բնակավայրեր փոքր են, դպրոցները՝ թվով սահմանափակ, և դրանք սովորաբար տեղակայված են ոչ շատ հեռու աշակերտների տներից:

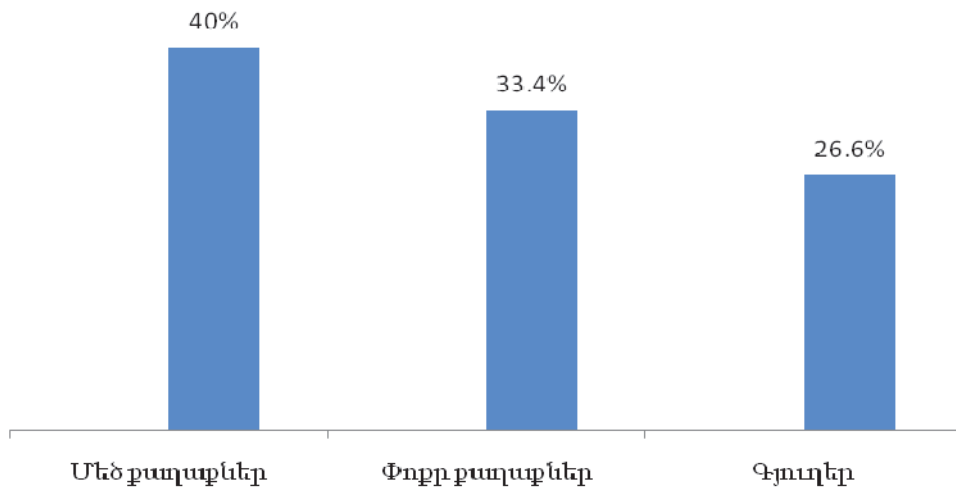
Գծապատկեր 11. Փոխադրման եղանակը դեպի դպրոց և դպրոցից տուն՝ ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման, %



Պատկերը, սակայն, նույնը չէ ՀՀ բոլոր մարզերում: Քայլելով կամ հեծանվով դպրոց հասնելու ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Կոտայքի մարզում (78,3%), իսկ ամենացածր ցուցանիշով աչքի է ընկնում Տավուշի մարզը (50,4%):

Ծնողների զեկուցել են երեխաների՝ դպրոցից դուրս կազմակերպված ֆիզիկական ակտիվությունների մասին (սպորտային կամ պարի խմբակներ): Աշակերտների կեսից ավելին ընդգրկված է նման խմբակներում: Երկու սեռերի միջև առկա է չնչին տոկոսային տարբերություն (տղաները՝ 53,8%, աղջիկները՝ 55,5%): Տարբերությունը, սակայն, զգալի է գյուղական և քաղաքային բնակավայրերում ապրող աշակերտների դեպքում: Գյուղական վայրերի հետ համեմատած՝ քաղաքային բնակավայրերում դպրոցի դասերից դուրս ավելի շատ երեխաներ են մասնակցում սպորտի կամ պարի խմբակների, համապատասխանաբար՝ 65.3% և 43.5%:

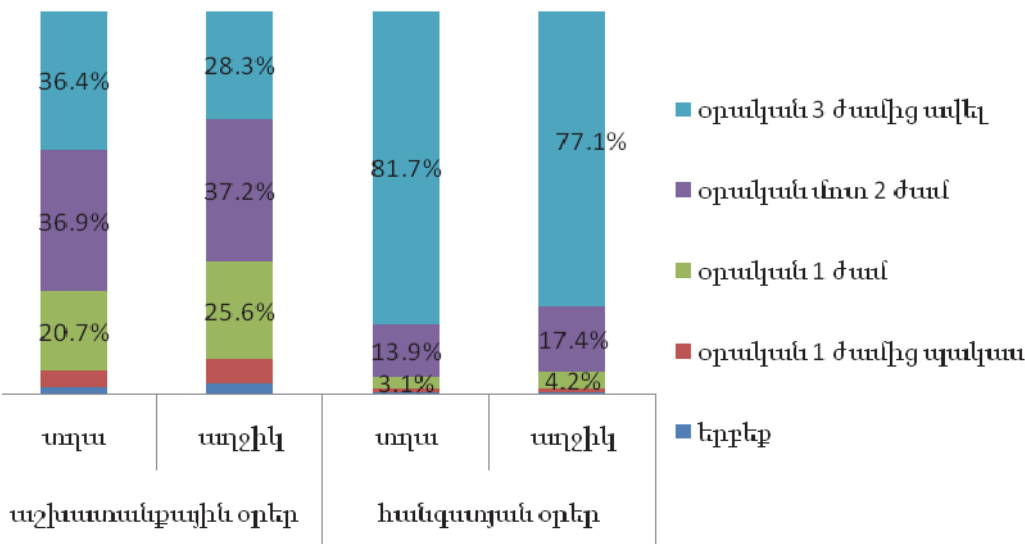
Գծապատկեր 12. Երեխաների մասնակցությունը դպրոցից դուրս կազմակերպված ֆիզիկական ակտիվություններին՝ ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման, %



Դպրոցից դուրս կազմակերպված սպորտային կամ պարային խմբակների մասնակցության ցուցանիշը տարբեր է յուրաքանչյուր մարզում: Ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Երևանում և Կոտայքի մարզում (64-65%), իսկ ամենացածրը՝ Գեղարքունիքի մարզում՝ 33,5%: Միջինում աշակերտները զբաղվում են սպորտով կամ պարով շաբաթական մոտ 3 ժամ (հարցվածների 22%), իսկ 13.6%-ը ֆիզիկապես ակտիվ է շաբաթական 6 ժամ:

Ծնողները պատասխանել են այն հարցին, թե շաբաթական քանի ժամ է իրենց երեխան խաղում դրսում կամ զբաղվում տնային ակտիվ գործունեությամբ: Ընդհանուր առմամբ, ուսումնասիրության արդյունքները վկայում են, որ երեխաների մեծ մասը ակտիվ է և՛ աշխատանքային օրերին, և՛ հանգստյան օրերին: Երեխաների 92.6%-ը և 98.7%-ը համապատասխանաբար ակտիվ են շաբաթվա օրերին և հանգստյան օրերին առնվազն 1 ժամ և բավարարում են ֆիզիկական ակտիվության ցանկալի մակարդակը: Միջինում աշակերտների շուրջ 80% ակտիվ խաղում է օրական 3 ժամ, իսկ հանգստյան օրերին՝ 3 ժամից ավել:

Գծապատկեր 13. Երեխաների ֆիզիկական ակտիվության մակարդակը աշխատանքային և հանգստյան օրերին, դասակարգումն ըստ սեռի



Ի տարբերություն կազմակերպված ֆիզիկական ակտիվության՝ դրսում և տանը գյուղական երեխաները ֆիզիկապես ավելի ակտիվ են, քան քաղաքայինները և ավելի շատ ժամանակ են տրամադրում ակտիվ խաղերին կամ գործերին: Այս տարբերությունը կարող է պայմանավորված լինել գյուղական վայրերում դպրոցից դուրս կազմակերպված ֆիզիկական գործունեության սահմանափակ հնարավորություններով:

Աղյուսակ 9. Երեխաների ֆիզիկական ակտիվության մակարդակը աշխատանքային և հանգստյան օրերին՝ ըստ սեռի և ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման

		Երբեք	Օրական մեկ ժամից քիչ	Օրական մոտ 1 ժամ	Օրական մոտ 2 ժամ	Օրական 3 ժամից ավել
Մեծ քաղաքներ	Աշխատանքային օրեր	3.0%	8.6%	25.9%	39.4%	23.2%
	Հանգստյան օրեր	0.9%	1.7%	4.8%	20.1%	72.5%
Փոքր քաղաքներ	Աշխատանքային օրեր	2.5%	5.6%	22.2%	38.6%	31.1%
	Հանգստյան օրեր	0.2%	0.9%	3.0%	13.9%	81.9%
Գյուղեր	Աշխատանքային օրեր	0.7%	1.9%	20.9%	33.2%	43.3%
	Հանգստյան օրեր	0	0	3.1%	12.6%	84.3%

Ծնողները պատասխանել են այն հարցին, թե իրենց երեխաներն աշխատանքային և հանգստյան օրերին օրական քանի ժամ են անցկացնում հեռուստացույց դիտելով կամ էլեկտրոնային միջոցներ օգտագործելով: Հաշվարկվել է, որ հեռուստացույցի կամ էլեկտրոնային միջոցների հետ անցկացրած ժամանակը տղաների համար աշխատանքային օրերին կազմում է միջինում 2 ժամ, աղջիկների համար՝ մոտ 1 ժամ, իսկ հանգստյան օրերին՝ տղաների համար 3 ժամ և աղջիկների համար մոտ 2 ժամ: Որոշ տարբերություններ են գրանցվել ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման: Գյուղական բնակավայրերում աշխատանքային օրերին ավելի շատ աշակերտներ են հեռուստացույց դիտում և օգտագործում էլեկտրոնային միջոցներ:

Աղյուսակ 10. Երեխաների նստակյաց սովորությունները՝ հեռուստացույց դիտելը և էլեկտրոնային միջոցների օգտագործումը (մեղիանա, 25-75 պերցենտիլներ)

Ժամ/ օր		Միջին	P25-75
Էկրանի առջև անցկացրած ժամանակը աշխատանքային օրերին	տղաներ	2	1-2
	աղջիկներ	1	1-2
Էկրանի առջև անցկացրած ժամանակը հանգստյան օրերին	տղաներ	3	1-3
	աղջիկներ	2	1-3

Քնի ռեժիմը կարևոր գործոն է երեխաների անտրոպոմետրիկ ցուցանիշների համար: Շատ հետազոտություններ ապացուցում են, որ քնի տևողությունը և որակը զուգակցվում է ավելցուկային քաշի և ճարպակալման հետ:

Ծնողները տրամադրել են տեղեկատվություն նաև այն մասին, թե աշխատանքային օրերին, որ ժամին են երեխաները սովորաբար քնում և արթնանում: Հինվելով նրանց պատասխանների վրա՝ հաշվարկվել է քնի միջին տևողությունը աշխատանքային շաբաթվա ընթացքում:

Միջինում բոլոր աշակերտների (աղջիկ և տղա) 95%-ը գիշերը քնում է առնվազն 9 ժամ, իսկ 63%-ը քնում է առնվազն 10 ժամ: Քնի տևողության հետ կապված զգալի տարբերություն է նկատվել քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի միջև: Գյուղական բնակավայրերում ավելի շատ աշակերտներ են քնում առնվազն 9 ժամ՝ 98%, քաղաքում՝ 91%: Գիշերային քնի տևողության ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Գեղարքունիքի մարզում (99%), ամենացածրը՝ Երևանում (91,3%): Աշակերտների մինչև 1% քնում է կեսգիշերից հետո:

Աղյուսակ 11. Երեխաների քնի տևողությունը՝ ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման

	Առնվազն 9 ժամ
Մեծ քաղաքներ	91.3%
Փոքր քաղաքներ	96.7%
Գյուղեր	98.1%

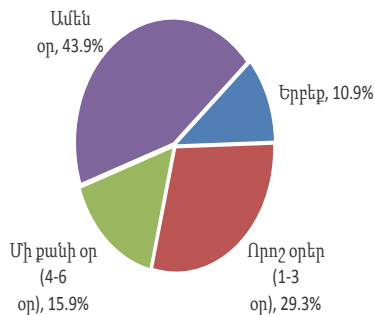
ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՄՆՆԴԱՅԻՆ ՍՈՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

ՆԱԽԱՃԱՇ

Առողջ սնվելու սովորությունները, ներառյալ կանոնավոր նախաճաշը և հավասարակշռված ու բազմազան սննդակարգը, կանխում են առողջության հետ կապված տարբեր խնդիրների առաջացումը և նվազեցնում են քրոնիկ ոչ վարակիչ հիվանդությունների ռիսկը:

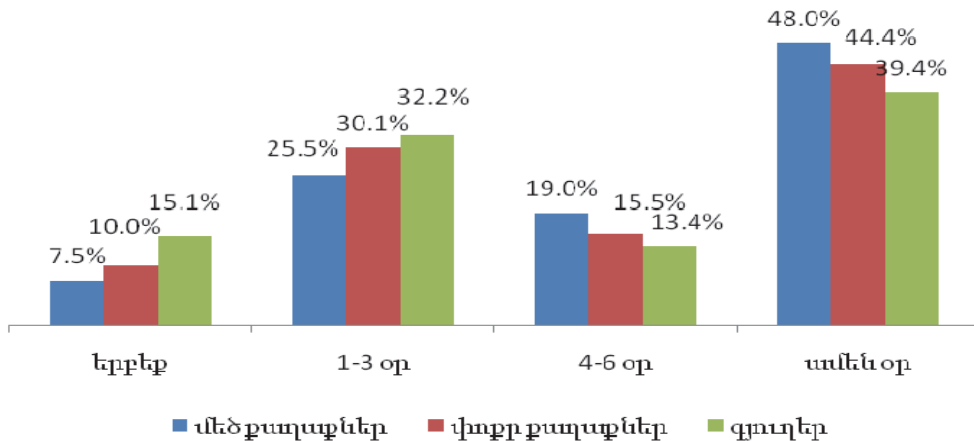
Հարցման մասնակիցները պատասխանել են սնվելու սովորություններին վերաբերող այն հարցին, թե արդյոք երեխաները սովորաբար առավոտյան նախաճաշում են: Ըստ ծնողների պատասխանների՝ երեխաների միայն 44%-ն է նախաճաշում «ամեն օր», մինչդեռ 11%-ը «երբեք» չի նախաճաշում: Մնացած 45%-ը նախաճաշում է շաբաթական 1-3 օր կամ շաբաթական 4-6 օր:

Գծապատկեր 14. Երեխաների նախաճաշելը, %



Սեռով պայմանավորված տարբերություններն աննշան են, սակայն կա զգալի տարբերություն, եթե հաշվի առնենք գյուղ-քաղաք դասակարգումը: Գյուղական վայրերում երեխաներն ավելի քիչ են նախաճաշում, քան քաղաքային բնակավայրերում, համապատասխանաբար՝ 39,4% և 48% ամենօրյա կտրվածքով:

Գծապատկեր 15. Երեխաների նախաճաշելը՝ ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման



Ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ ընտանիքի անդամների քանակը և երեխաների սնվելու սովորությունները փոխկապակցված են: Որքան մեծ է տնային տնտեսությունը, այնքան ավելի հազվադեպ են երեխաները նախաճաշում: Օրինակ՝ փոքր ընտանիքների 54%-ում (միջին հաշվով 3 անդամ) երեխաներն ամեն օր են նախաճաշում, մինչդեռ բազմանդամ ընտանիքներում (6 կամ ավել անդամ) ամեն օր նախաճաշող երեխաները կազմում են ընդամենը 42%:

Չնախաճաշելու ամենատարածված պատճառը երեխաների նախաճաշից հրաժարվելն է (աղջիկներ՝ 43%, տղաներ՝ 51%): 12% դեպքերում ծնողները նշել են, որ պատճառը ժամանակի սղությունն է: Երեխաների մոտ 40%-ը տանը չի նախաճաշում, քանի որ կանոնավոր կերպով նախաճաշում է դպրոցում: Քաղաքային բնակավայրերում ավելի շատ երեխաներ են բաց թողում նախաճաշը ժամանակի սղության պատճառով (17.3%), իսկ գյուղական բնակավայրերում՝ 8,3%-ը: Ի տարբերություն ծնողների կողմից տրամադրված տեղեկատվության, երեխաների պատասխաններից պարզ է դարձել, որ հետազոտության անցկացման օրը շուրջ 38% չի նախաճաշել:

Վերլուծվել են տվյալներ նաև հարցմանը նախորդող շաբաթվա ընթացքում նախաճաշին տարբեր սննդամթերքներ օգտագործելու հաճախականության մասին: Երեխաների մեծամասնությունը նախաճաշին ամեն օր օգտագործում է քաղցրավենիք, մրգեր և հացահատիկ և խմում է թեյ: Քիչ աշակերտներ (20-25%) նախաճաշին ուտում են

կաթնամթերք, կարագ, բուսական յուղ կամ ճարպ, բանջարեղեն և ձու: Շատ փոքր տոկոսն օգտագործում է միս, ընկուզեղեն, լոբազգիներ և խմում քաղցր գազավորված ըմպելիքներ:

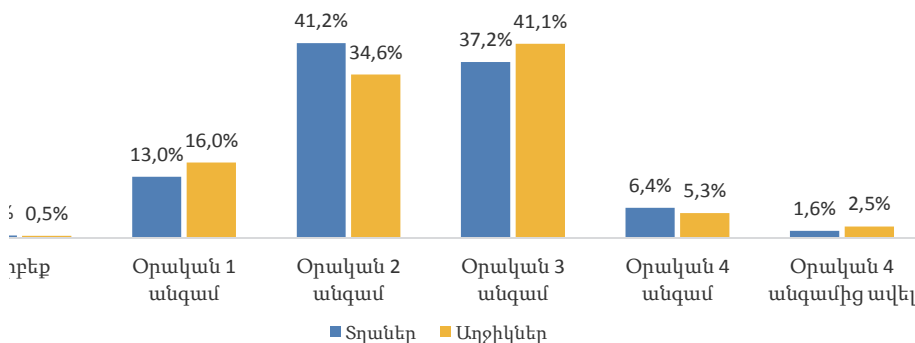
Աղյուսակ 12. Նախորդող շաբաթվա ընթացքում նախաճաշին տարբեր տեսակի սննդամթերքի օգտագործման հաճախականությունը

	Երբեք	1 օր/շաբաթ	2-3 օր/շաբաթ	4-6 օր/շաբաթ	Ամեն օր
Միրգ	12.3%	5.8%	19.1%	23%	39.8%
Բանջարեղեն	28.5%	8.1%	23.8%	20.2%	19.2%
Հացահատիկներ	12.7%	8%	29%	17.8%	32.5%
Լոբազգիներ	46.4%	26.5%	22.7%	3%	1.4%
Միս, թռչնամիս, ձուկ	26.5%	12.8%	28.6%	24.4%	7.7%
Ձու	11.7%	14%	42.4%	22.4%	9.5%
Կաթ, պանիր և այլ կաթնամթերք	12%	11.5%	28.1%	22.9%	25.4%
Ընկուզեղեն և սերմեր	48.6%	16.4%	22.9%	8.7%	3.5%
Ձեթ	52.2%	6.3%	11%	8.6%	21.9%
Ճարպեր	33.8%	7.5%	15.4%	15.2%	28.1%
Կարագ	19.6%	12.2%	29%	19%	20%
Քաղցրավենիք	7.2%	8.5%	22.8%	26.3%	35%
Թեյ	19.7%	11.5%	23.6%	20.7%	24.3%
Քաղցր գազավորված ըմպելիքներ	51.4%	6.6%	18.1%	14.6%	9.3%

Սննդամթերքի սպառման օրինաչափությունների համատեքստում չկան սեռով պայմանավորված էական տարբերություններ: Այնուամենայնիվ, նկատվել են զգալի տարբերություններ ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման և տարածաշրջանների: Գյուղական բնակավայրերում, ի տարբերություն քաղաքայինների, երեխաները նախաճաշին ավելի հաճախ են օգտագործում հաց և հացահատիկ (համապատասխանաբար 43 և 22%), բանջարեղեն, ձու, ձեթ և քաղցրավենիք: Օրինակ՝ Սյունիքի մարզում աշակերտների 63%-ը չի ուտում լոբազգիներ, 56.6%՝ բանջարեղեն, իսկ 51.5%՝ միս (ամենացածր ցուցանիշներ):

Ծնողները նաև տրամադրել են տեղեկատվություն իրենց երեխաների՝ օրվա ընթացքում տաք սնունդ ուտելու հաճախականության մասին: Ընտանիքների մեծ մասը տաք սնունդ ուտում է օրական 2 կամ 3 անգամ (համապատասխանաբար՝ 38,1 և 39%): Սեռով կամ բնակավայրով պայմանավորված ակնհայտ տարբերություններ առկա չեն:

Գծապատկեր 16. Օրվա ընթացքում տաք սնունդ օգտագործելու հաճախականությունը ըստ սեռի,%



Ծնողները հաղորդել են այն մասին, թե սովորաբար շաբաթվա ընթացքում իրենց երեխաները ինչ սննդամթերքներ են օգտագործում: Երեխաներն ավելի հաճախ օգտագործում են հացահատիկներ, յուղ/ճարպեր/ կարագ և մրգեր, քան այլ սննդամթերք: Կաթնամթերքի ցանկից ամենահաճախ օգտագործվող սննդամթերքը պանիրն է, և երեխաների շուրջ կեսը ամեն օր պանիր է ուտում: Միսը, թռչնամիսը և ձուն սպառվում են շաբաթական մի քանի անգամ, երեխաների մոտ 11%-ը դրանք ուտում է ամեն օր, մինչդեռ երեխաների սննդակարգում առավել հազվադեպ են հանդիպում լոբազգիները և ձուկը: Ավելի քան 90%-ն օգտագործում է լոբազգիներ և ձուկ շաբաթական 1-3 անգամ կամ ավելի քիչ: Երեխաների միայն 9,6%-ը չի ուտում երշիկեղեն: Երեխաների մեծ մասն բավականին հաճախ օգտագործում է քաղցրավենիք, իսկ շուրջ 22%-ը՝ քաղցր գազավորված ըմպելիքներ՝ շաբաթական մի քանի անգամ:

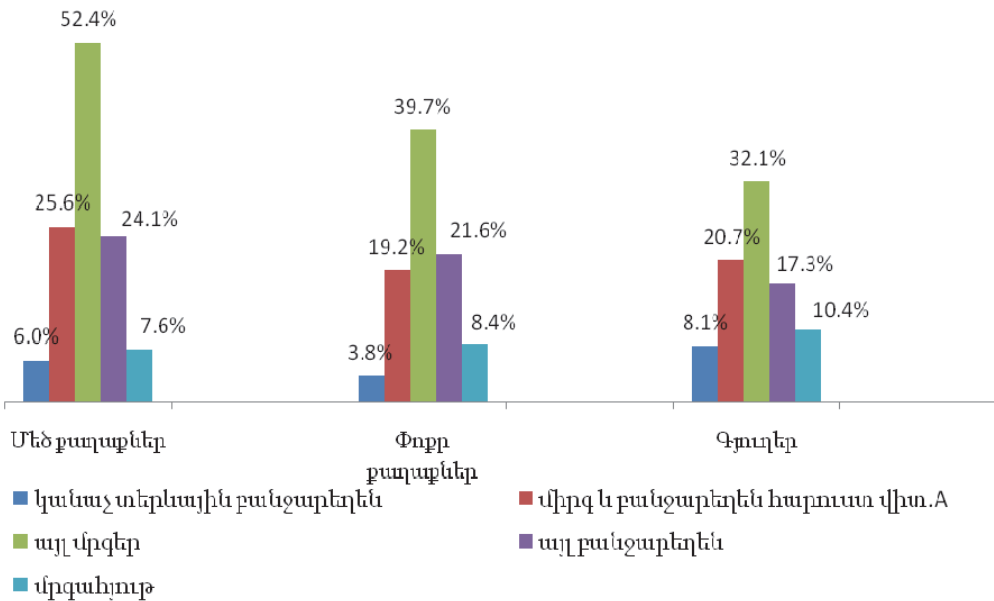
Աղյուսակ 13. Շաբաթվա ընթացքում տարբեր տեսակի սննդամթերքի օգտագործման հաճախականությունը

	Երբեք	Ոչ ավել քան 1 անգամ	Երբեմն (1-3 օր)	Հաճախ (4-6 օր)	Ամեն օր
Հացահատիկ	1.4%	4%	38.3%	26%	30.4%
Լոբազգիներ	13.8%	30%	46.8%	7.5%	1.9%
Ընկուզեղեն և սերմեր	13.6%	29.3%	40%	12.6%	4.6%
Ճարպեր, յուղեր, կարագ	3.4%	7%	19.2%	21%	49.4%
Ցածր յուղայնությամբ կաթ	50.5%	18.6%	19%	6.8%	5%
Անարատ կաթ	23.7%	18.7%	36.1%	12.8%	8.7%
Պանիր	10%	7.2%	17.3%	17.7%	47.7%
Այլ կաթնամթերք	6.8%	10.3%	35.9%	26.8%	20.1%
Միս և թռչնամիս	4.7%	11.5%	42.4%	29.6%	11.8%
Երշիկեղեն	9.6%	26.8%	39.3%	17.7%	6.6%
Ձուկ	14.4%	36.4%	37.5%	9.5%	2.2%
Ձու	5.7%	12.3%	46.4%	24.5%	11%
Կանաչ տերևային բանջարեղեն	30.7%	25.5%	25.4%	12.4%	6%
Միրգ և բանջարեղեն, հարուստ A վիտամինով	5.1%	12.1%	33%	28%	21.8%
Այլ մրգեր	2.4%	4.2%	22.3%	29.8%	41.4%
Այլ բանջարեղեն	7.7%	12.7%	34%	24.7%	21%
Մրգահյութ	21.6%	27%	28.9%	13.7%	8.8%
Քաղցր զազավորված ըմպելիքներ	28.3%	20.5%	29%	14.4%	7.8%
Աղի նախուտեսներ	12.7%	34%	32.6%	13.1%	7.6%
Քաղցրավենիք	2.4%	13.6%	40.7%	27.1%	16.3%

Մրգերի և բանջարեղենի օգտագործման ցուցանիշը երեխաների շրջանում ցածր է և չի համապատասխանում միջազգային ուղեցույցների հանձնարարականներին: Միայն 21%-ն է օրական օգտագործում բանջարեղեն, 41%՝ միրգ: Աշակերտների շուրջ 31%-ը չի օգտագործում կանաչ տերևային բանջարեղեն: Մոտ 50% սպառում է վիտամին A-ով հարուստ միրգ և բանջարեղեն, իսկ 71%՝ այլ մրգեր առնվազն շաբաթական մի քանի անգամ: Մեծով պայմանավորված տարբերություններ առկա չեն, սակայն գյուղական և քաղաքային բնակավայրերում ապրող երեխաների միջև առկա են որոշակի տարբերություններ:

Գյուղաբնակ երեխաներն ավելի հաճախ են օգտագործում քաղցր գազավորված ըմպելիքներ: Բացի այդ, նրանք ամեն օր ուտում են հացահատիկներ և ձու, համեմատաբար հաճախ օգտագործում են կանաչ տերևային բանջարեղեն, աղի նախուտեստներ և խմում են մրգահյութ, քան քաղաքում բնակվող երեխաները: Միննույն ժամանակ նրանք ուտում են զգալիորեն ավելի քիչ միրգ և միս, քան քաղաքաբնակները (համապատասխանաբար 1/3 և 50%՝ ամեն օր կամ շաբաթական մի քանի անգամ):

Գծապատկեր 17. Ամենօրյա մրգի և բանջարեղենի օգտագործումն ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման



Տարբեր են նաև հայտնաբերված սննդային սովորությունները մարզից մարզ: Օրինակ՝ Արմավիրում, Արագածոտնում և Վայոց Ձորում երեխաների 14-17% օրական օգտագործում է քաղցր գազավորված ըմպելիքներ, մինչդեռ Կոտայքում և Երևանում՝ ոչ ավել, քան 5%: Գեղարքունիքում երեխաների 29% բացարձակ չի խմում քաղցր գազավորված ըմպելիքներ: Վայոց Ձորում երեխաների ավելի քան 35%-ն ամեն օր ուտում է քաղցրավենիք, իսկ Շիրակում՝ ոչ ավել քան 10%: Վայոց Ձորի մարզում երեխաների 29% ձուկ չի ուտում, բայց 21%

ամեն օր օգտագործում է ձու և 33,5%-ը՝ կաթնամթերք: Կոտայքում և Գեղարքունիքում կաթ է խմում 16-17%-ն օրական կտրվածքով: Գեղարքունիքում և Արագածոտնում մոտ 8% չի ուտում ձուկ: Կոտայքի մարզում 53%-ն օրական հացահատիկ է օգտագործում, իսկ Արմավիրի մարզում և Երևանում՝ ընդամենը 20-22%: Վայոց Ձորում երեխաների 12% չի ուտում միս, 19%՝ լոբազգիներ, մինչդեռ Սյունիքում գրեթե ամեն օր լոբազգիներ է ուտում երեխաների 19%: Գեղարքունիքում 4 երեխաներից մեկը ընկուզեղեն բացարձակ չի օգտագործում: Լոռիում երեխաների ավելի քան 45%-ը կանաչ տերևային բանջարեղեն չի ուտում, իսկ Կոտայքում այն կարևոր տեղ ունի 4 երեխայից 1-ի ամենօրյա սննդակարգում: Վայոց Ձորում երեխաների 43% ամեն օր ուտում է A վիտամինով հարուստ միրգ ու բանջարեղեն, իսկ Գեղարքունիքում 11%-ը դրանք չի օգտագործում: Ամեն օր այլ մրգեր օգտագործող երեխաների ամենաբարձր ցունանիշը Լոռիում է՝ 52%, բանջարեղենի՝ Վայոց Ձորում (41%):

Կա փոխկապակցվածություն երեխաների սննդակարգի և մոր կրթական մակարդակի միջև: Երեխաները, որոնց մայրերն ավելի բարձր կրթական մակարդակ ունեն, զգալիորեն քիչ են օգտագործում աղի նախուտեստներ, քաղցրավենիք, մրգահյութ և փոխարենը՝ ավելի շատ մսամթերք, տաքատեսակ մրգեր և բանջարեղեն:

ՆԱԶԱԳՈՒՅՆ ՄՆՆԱՅԻՆ ԲԱԶՄԱԶԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Նվազագույն սննդային բազմազանությունը (ՆՄԲ) յոթ սննդային խմբից առնվազն չորս սննդային խմբերի սպառումն է՝ նպատակ ունենալով ապահովել հնարավորինս բարձրորակ և սննդարար մթերքների օգտագործումը (հացահատիկեղեն, լոբազգիներ և ընկուզեղեն, կաթնամթերք, միս, թռչնամիս և ձուկ, ձու, վիտամին A պարունակող մրգեր և բանջարեղեն, այլ մրգեր և բանջարեղեն) [ԱՀԿ, 2008]:

Այս զեկույցի համար ՆՄԲ սահմանվել է որպես դիտարկման ցուցանիշ, որ ցույց է տալիս, թե արդյոք 7-8 տարեկան երեխաները շաբաթվա ընթացքում սպառում են յոթ սննդային խմբից առնվազն չորսը: Վերը նշված սննդային խմբերի օգտագործումը ցանցկացած չափա-

բաժիններով մատնանշում է, որ երեխայի սննդային պաշարը բավարարում է նվազագույն սննդային բազմազանության պահանջները:

Ընդհանուր առմամբ երեխաների 52.6%-ը սնունդ է ստանում 4 և ավել սննդային խմբերից և, հետևաբար, բավարարում է ՆՄԲ չափանիշներին, մինչդեռ 47.4%-ը չի բավարարում: Հաշվարկվել է երեխաների սնուցման կարգավիճակի (նիհարություն, անբավարար քաշ, թերաճություն, ծանր թերաճություն, ավելցուկային քաշ, ճարպակալում) փոխկապվածությունը ՆՄԲ ցուցանիշի հետ: Վերլուծությունը ցույց է տվել, որ այս առումով չնչին տարբերություններ կան նիհար երեխաների դեպքում: Նիհար երեխաների 3,8%-ը չի օգտագործում բազմազան սնունդ՝ ի տարբերություն ՆՄԲ ապահովող նիհար աշակերտների՝ 2,2%: Թերաճություն (3.7%), թերքաշություն (մոտ 4%), ինչպես նաև ավելցուկային քաշ (մոտ 26%) և ճարպակալում (3.4%) ունեցող աշակերտների դեպքում ոչ մի կապ չի հայտնաբերվել ՆՄԲ-ի հետ: Գեր երեխաների 13.4%-ը չի օգտագործում բազմազան սնունդ, մինչդեռ 12%-ը՝ օգտագործում է (ոչ նշանակալից կապ):

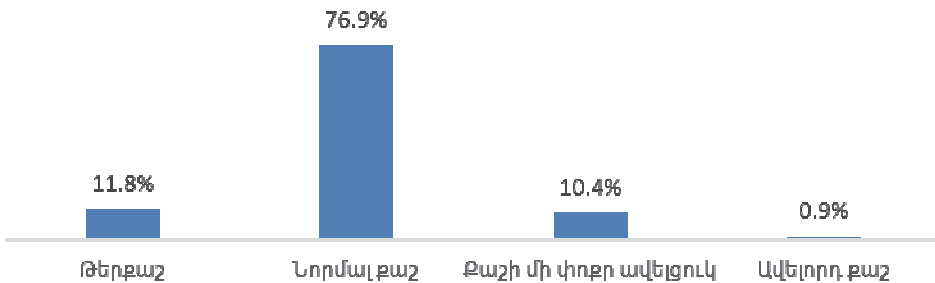
Ըստ ուսումնասիրության՝ թույլ, բայց նշանակալի փոխկապակցվածություն կա ՆՄԲ և գյուղ-քաղաք դասակարգման միջև: Քաղաքային բնակավայրերում աշակերտներն ավելի բազմազան սնունդ են օգտագործում՝ 35,1%, մինչդեռ գյուղական վայրերում ցուցանիշը 31,2% է: Բացի այդ, ծնողների (և՛ մոր, և՛ հոր) կրթական մակարդակը զգալիորեն կապված է ՆՄԲ հետ: Որքան կրթված են ծնողները, այնքան բազմազան է երեխայի սնունդը:

ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԸՆՏԱՆԻՔՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Երեխաների անտրոպոմետրիկ չափումներին զուգահեռ ծնողներից պահանջվեց նաև գնահատել երեխաների քաշը և մեկնաբանել, արդյոք այն նորմալ է, թե ոչ: Ծնողների շուրջ 77%-ը համարում է, որ երեխայի քաշը նորմալ է, մինչդեռ երկրում մենք ունենք 27,7% ավելցուկային քաշ և 12,6% ճարպակալում երեխաների շրջանում:

Գրանցվել է տարբերություն ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման. գյուղական վայրերում ավելի շատ ծնողներ են գնահատում երեխայի քաշը նորմալ (79,5%) կամ անբավարար (14,3%): Արագածոտնի մարզում, օրինակ, ծնողների ոչ ավել քան 6%-ը կարծում է, որ իրենց երեխան ունի ավելցուկային քաշ կամ գիրություն:

Գծապատկեր 18. Ծնողների կարծիքը երեխայի քաշի մասին



Ծնողների պատկերացումները փոխելու և ավելցուկային քաշի, ճարպակալման, նիհարության հասկացությունները հնարավորինս ճիշտ ըմբռնելու համար հարկավոր է իրազեկման միջոցառումների անցկացում:

Ընտանիքի ձևի օգտագործման հիմնական նպատակներից մեկը ընտանիքի և ծնողների սննդային սովորությունների բացահայտելն էր: Շատ կարևոր է իմանալ, թե արդյոք ծնողները կոնոնավոր նախաճաշում են և օգտագործում առողջ սնունդ:

Վերլուծությունից պարզ է դարձել, որ ծնողների 12,3%-ը երբեք չի նախաճաշում: Շուրջ 37% որոշ օրերին է նախաճաշում, մինչդեռ ընդամենը 31%-ն է ամեն օր նախաճաշում:

Որոշակի տարբերություններ են նկատվում ըստ բնակության վայրի: Մեծ և փոքր քաղաքներում ավելի շատ ծնողներ են հրաժարվում են նախաճաշից, իսկ կանոնավոր նախաճաշերի ամենացածր ցուցանիշը գրանցվել է Տավուշի մարզում՝ 19%:

Աղյուսակ 14. Ծնողների նախաձեռնելն ըստ գյուղ-քաղաք դասակարգման

	Երբեք	Որոշ օրերին (1-3 օր)	Շաբաթական 4-6 օր	Ամեն օր
Մեծ քաղաքներ	13.2%	34,1%	19,9%	32,9%
Փոքր քաղաքներ	15.2%	37,1%	20,1%	27,7%
Գյուղեր	8.7%	38,9%	18,6%	33,7%
Ընդամենը	12.3%	36,8%	19,5%	31,4%

Հարցված ծնողների միայն 2%-ն երբեք չի ճաշում ընտանիքի հետ միասին, մինչդեռ ընտանիքների կեսից ավելին միասին են ճաշում: Գյուղական բնակավայրերում ավելի շատ ընտանիքներ են համատեղ սնունդ ընդունում՝ 61,4%, մինչդեռ քաղաքային ընտանիքներում՝ 46,3%: Ընտանիքով ճաշելու սովորույթ ունեցող ընտանիքները քիչ են Սյունիքի և Վայոց Ձորի մարզերում (շուրջ 43%): Համատեղ ճաշող ընտանիքների ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցվել է Արարատի և Արմավիրի մարզերում՝ 60-ական տոկոս:

Միասին ուտելու հաճախականությունը տատանվում է՝ կախված մոր կրթական մակարդակից: Այն ընտանիքներում, որտեղ մայրն ունի բարձրագույն կրթություն, հարցվածների 44%-ը նշել է, որ իրենց առօրյայում կա ընտանեկան ճաշ հասկացություն: Իսկ միջին կամ միջինից ցածր կրթական մակարդակ ունեղող մայրերի ընտանիքում ցուցանիշը 57,5% է: Որոշ տատանումներ կան կապված մոր տարիքի հետ:

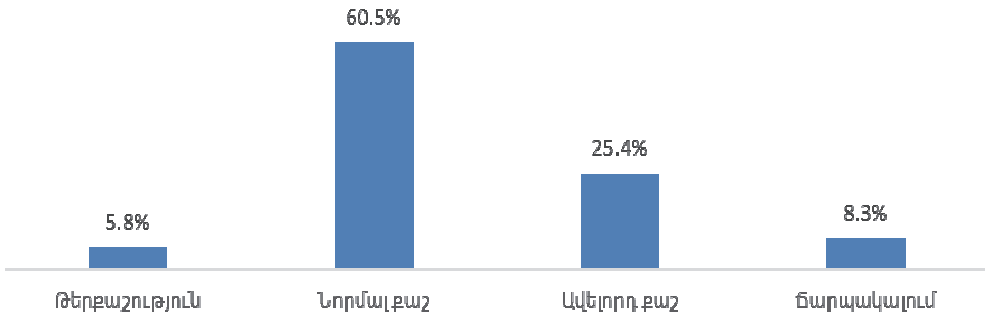
ԺՈՂՈՎՐԴԱԳՐԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ, ՏՆԱՅԻՆ ՏՆՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐ ԵՎ ԾՆՈՂՆԵՐԻ ՄՆՈՒՑՄԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ

Երեխաների մեծ մասը 4, 5, 6 և ավելի անդամ ունեցող ընտանիքներից են: Մասնակից երեխաների միայն 7%-ն է ապրում մինչև 3 անդամ ունեցող ընտանիքներում:

Հարցմանը մասնակցած ընտանիքների շրջանում ծնողների 61%-ը հայտնել է ցածր կամ միջին կրթական մակարդակ, 39%-ը՝ բարձրագույն կրթության առկայություն:

Ուսումնասիրվել են նաև ծնողների քաշի և հասակի վերաբերյալ տվյալները (ինքնազեկուցված) և հաշվարկվել են ծնողների անտրոպոմետրիկ ցուցանիշները:

Գծապատկեր 19. Ծնողների անտրոպոմետրիկ տվյալները և քաշի դասակարգումը (ինքնազեկուցված)



Հայրերի 20.4% տառապում է ճարպակալմամբ, իսկ 40.4%-ի մոտ առկա է նախաճարպակալում: Մայրերի 7.8%-ն է գեր, իսկ 25.2%՝ նախաճարպակալումով: Հարցման մասնակիցների 17,2% նշել է, որ ընտանիքում կա շաքարային դիաբետով տառապող անդամ:

Ծնողները պատասխանել են երեխայի սնվելու վերաբերյալ տեղեկատվության հիմնական աղբյուրների մասին հարցադրմանը: Ամենից հաճախ որպես տեղեկատվության աղբյուր նշվել է «բուժաշխատող» պատասխանը՝ 84,6%: Տեղեկատվության մյուս հաճախ հանդիպող աղբյուրներն են «դպրոցի ուսուցիչները» (70,3%), «ընկերները, հարազատները» (70.2%): Միջին հաշվով ծնողների մեծ մասը լիովին վստահում է վերը նշված տեղեկատվական աղբյուրներին: Այլ աղբյուրների թվում են «հեռուստածրագրերը» (62,4%), «համապատասխան կայքերը» (մոտ 55%), «գիտական հրապարակումները» (48%), սոցիալական լրատվամիջոցները և տեղեկատվական թերթիկները (մոտ 30%), սակայն հարցվածների մեծ մասը չի վստահում տեղեկատվության այս աղբյուրներին:

ԿՐԾՔՈՎ ԿԵՐԱԿՐՄԱՆ ՊՐԱԿՏԻԿԱ

Հայտնի է, որ կրծքով կերակրումը նշանակալից պաշտպանիչ գործոն է մանկական ճարպակալման դեմ: Ծնողները պատասխանել են իրենց երեխայի կրծքով կերակրման վերաբերյալ հարցերին:

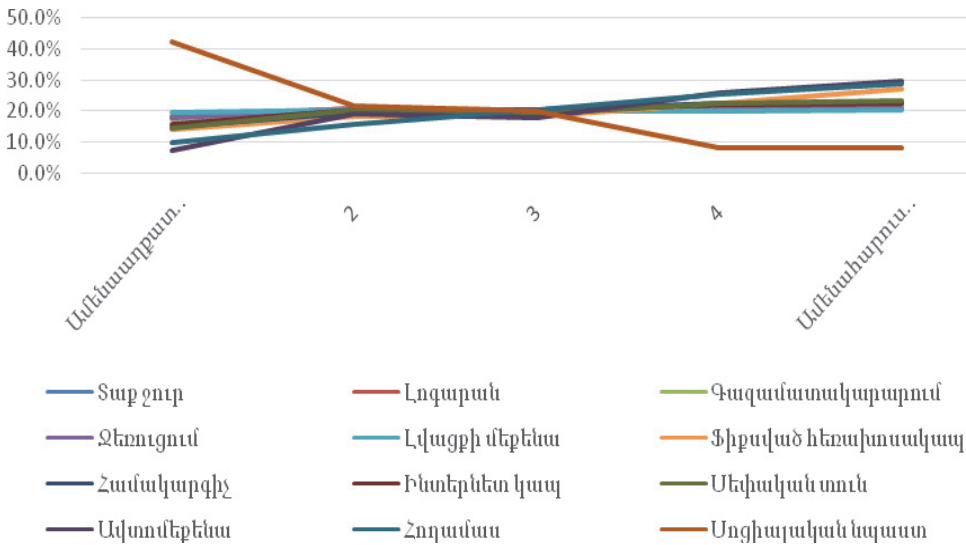
Մասնակից ծնողների ավելի քան 86%-ը կրծքով կերակրել է երեխային, 8%-ը կրծքով կերակրել է մինչև 1 ամիս: Ըստ սեռի բաշխմամբ ստացվել է, որ 6-11 ամիսների ընթացքում կրծքով կերակրվել են տղաների 18 և աղջիկների 20,4%-ը: Ավելի շատ երեխաներ են (մոտ 39%) կրծքով կերակրվել 12-23 ամիս: Որոշակի տարբերություն է նկատվում՝ կապված գյուղ-քաղաք դասակարգման հետ: Ավելի շատ մեծ և փոքր քաղաքներում ապրող երեխաներ են կրծքով կերակրվել 6-11 և 12-23 ամիսների ընթացքում՝ համեմատած գյուղական բնակավայրերի հետ: Առնվազն 24 ամիս տևողությամբ կրծքով կերակրման պրակտիկան ավելի տարածված է գյուղական ընտանիքների շրջանում (19,8%՝ ի տարբերություն քաղաքային բնակավայրերի 7,6%-ի): Զուգորդումներ մոր կրթական մակարդակի և ընտանիքի կարգավիճակի հետ չի հայտնաբերվել:

ԸՆՏԱՆԻՔՆԵՐԻ ԲԱՐԵԿԵՑՈՒԹՅԱՆ ԻՆԴԵՔՍ

Բարեկեցության ինդեքսը չափվում է ակտիվների սեփականության և տնային տնտեսության բնակարանային բնութագրերի տվյալների հիման վրա: Այն տնային տնտեսությունները դասում է հինգ **խմբերի/ քվինտիլների**՝ ամենաանապահովից մինչև բարեկեցիկ ընտանիքներ՝ ելնելով իրենց նյութական ապահովվածության աստիճանից: Կիրառելով ռեգրեսիոն վերլուծություն համապետական մակարդակով՝ գնահատվել է տնային տնտեսությունների ընդհանուր բարեկեցության մակարդակի մեջ ընտանիքների ունեցվածքի և տան բնութագրերի ներդրումը: Այդ նպատակով կիրառվել է «Տնային տնտեսությունների կենսապայմանների ինտեգրված հետազոտության» անալոն միկրոտվյալների բազա [ՀՀ Վիճակագրական կոմիտե, 2019]:

Ունենալով ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքները համապետական մակարդակում՝ բարեկեցության ինդեքսը կանխատեսվել է COSI 2019 տվյալների բազայի համար: Տնային տնտեսությունները դասվել են 5 խմբի՝ հիմնվելով իրենց բարեկեցության ինդեքսի վրա՝ սկսած ամենաանապահովից մինչև ամենաբարեկեցիկներ:

Գծապատկեր 20. Բարեկեցության ինդեքսի բաղադրիչներն ըստ քվինտիլների



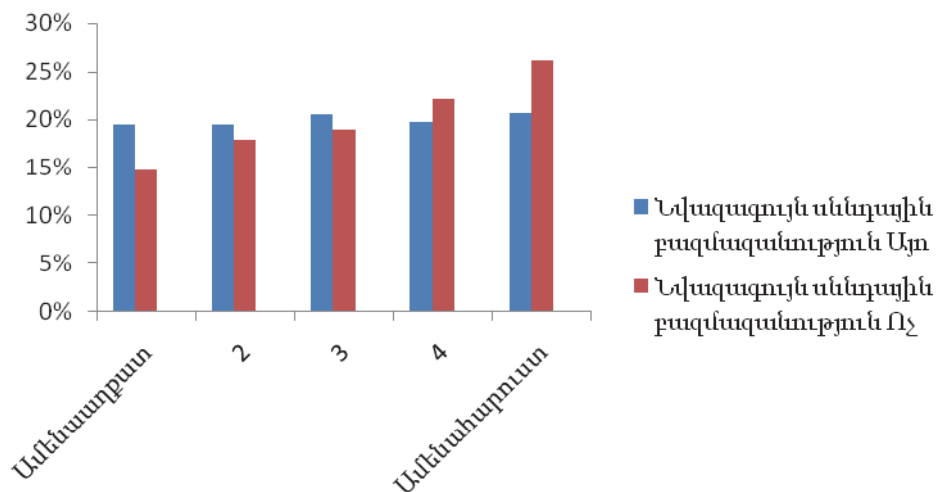
Ամենաբարեկեցիկ տնտեսությունների շուրջ 54%-ը քաղաքային բնակավայրերից է, իսկ ամենաանապահով տնային տնտեսություններն ավելի շատ փոքր քաղաքներից և գյուղական բնակավայրերից են: Տարածաշրջանային բաշխման տեսանկյունից ամենաանապահով տնային տնտեսություններն առավել կենտրոնացած են Լոռու և Շիրակի մարզերում, ամենաբարեկեցիկները՝ Երևանում, իսկ մարզերից առաջատար են Արագածոտնը և Գեղարքունիքը:

Հայտնաբերվել է ՆՍԲ ցուցանիշի զգալի փոխկապակցություն բարեկեցության մակարդակի հետ: Այն աշակերտները, որոնք պատկանում են ավելի բարեկեցիկ քվինտիլներին, ավելի բազմազան սնունդ են օգտագործում, քան անապահով խմբերի երեխաները (26,2% ամենաբարեկեցիկ քվինտիլում և 15% ամենաանապահով քվինտիլում):

Աղյուսակ 15. Նվազագույն սննդային բազմազանության զուգորդումը բարեկեցության քվինտիլների հետ

Բարեկեցության խմբի կատեգորիա (%)	Նվազագույն սննդային բազմազանություն (ՆՄԲ)		
	Ոչ	Այո	Ընդամենը
Ամենաանապահով	19.5	14.9	17.1
2	19.5	17.9	18.6
3	20.5	18.9	19.6
4	19.8	22.1	21.0
Ամենաբարեկեցիկ	20.7	26.2	23.6

Գծապատկեր 21. Նվազագույն սննդային բազմազանության զուգորդումը բարեկեցության քվինտիլների հետ



Ըստ տնային տնտեսության չափերի՝ բարեկեցության խմբերը բաշխվել են հետևյալ ձևով: Ամենաբարեկեցիկ խմբերը եղել են 6 և ավելի անդամ ունեցող տնային տնտեսություններում, իսկ ամենաանապահովները՝ ընտանիքի 3 կամ 4 անդամ ունեցող տնային տնտեսություններում: Այսպիսով, միջին հաշվով առավել բարեկեցիկ տնային տնտեսությունները բաղկացած են ընտանիքի առնվազն 6 անդամից:

Աղյուսակ 16. Տնային տնտեսության չափերի զուգորդումը բարեկեցության քվինտիլների հետ

Բարեկեցության խմբի կատեգորիա (%)	Ընտանիքի անդամների քանակը				
	Մինչև 3 անդամ	4 անդամ	5 անդամ	6 անդամ	6 անդամից ավել
Ամենաանապահով	20.2	42.6	21.6	14.7	0.9
2	14.3	42.7	29.4	10.7	3.0
3	11.3	29.2	27.8	21.9	9.8
4	4.9	22.6	21.9	36.7	13.9
Ամենաբարեկեցիկ	0	7.2	18.9	23.7	50.2

Ուսումնասիրությունից պարզ է դարձել բարեկեցության քվինտիլների զուգորդումը ծնողների կրթական մակարդակի հետ: Որքան կրթված են ծնողները, այնքան բարեկեցիկ են նրանց տնային տնտեսությունները:

Անտրոպոմետրիկ ցուցանիշների և բարեկեցության դասակարգման խաչաձև վերլուծությունը ցույց է տվել, որ երեխաների սնուցման կարգավիճակը հիմնականում կապված չէ ընտանիքի բարեկեցության հետ: Նկատվել է բարեկեցության մակարդակի թույլ փոխկապվածություն երեխայի թերաճության և թերքաշության հետ, որտեղ ամենաանապահով ընտանիքների երեխաներն այս կատեգորիայի մեջ ավելի մեծ մասնաբաժին ունեն՝ համեմատած բարեկեցիկ ընտանիքների հետ:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

Հայաստանում, ինչպես շատ եվրոպական երկրներում, ավելցուկային քաշի և ճարպակալման խնդիրը մտահոգիչ է: 7 - 8 տարեկան երեխաների շրջանում ավելցուկային քաշն ու ճարպակալումն արագ տեմպերով ավելանում է և բավականին տարածված է, հատկապես՝ տղաների շրջանում: Ծնողների սննդային վարքագիծը փոխկապակցված է երեխաների անտրոպոմետրիկ ցուցանիշների և բարեկեցության մակարդակի հետ, ուստի ծնողների և ընտանիքների վարքագծի փոփոխությունը համապատասխանաբար դրական ազդեցություն կունենա նաև նրանց երեխաների վրա: Ծնողների պատկերացումները և ավելցուկային քաշի, ճարպակալման, նիհարության հասկացությունները հնարավորինս ճիշտ ընկալելու համար անհրաժեշտ են հանրային իրազեկման միջոցառումներ:

Դպրոցական միջավայրը, ծնողների կենսակերպը և սննդի մասին գիտելիքները, մայրերի կրթական մակարդակը, ընտանիքի սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակը կարևոր դեր ունեն հայ երեխաների անտրոպոմետրիկ ցուցանիշների համար:

Ի հայտ եկած խնդիրների լուծման համար անհրաժեշտ է արդյունավետ միջոցառումային համագործակցություն երեխաների ավելցուկային քաշի և ճարպակալման հարցերի շուրջ:

Մանկական ճարպակալման համաճարակաբանական հսկողության համակարգը կարևոր գործիք է երեխաների շրջանում ճարպակալման և ավելցուկային քաշի միտումները և նպատակային գործողությունները գնահատելու և վերահսկելու համար:

ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Մանկական ճարպակալման համաճարակաբանական հսկողության հետազոտությունը (COSI) պետք է կանոնավոր իրականացվի Հայաստանի տարրական դպրոցներում՝ տրամադրելով համեմատելի տվյալներ երեխաների շրջանում ավելցուկային քաշի և ճարպակալման մակարդակի և միտումների վերաբերյալ, որոնք կարող են ուղղորդել համապատասխան ռազմավարության և գործողությունների մանկական ճարպակալման համաճարակի հետ կապված իրավիճակը փոխելու համար:

Մանկական ճարպակալմամբ պայմանավորված խնդիրների կանխարգելմանն ուղղված քաղաքականության և գործնական քայլերի առաջարկություններն են.

- ամրապնդել ղեկավարումը և ապահովել միջգերատեսչական համագործակցությունը ազգային, տեղական և համայնքային մակարդակում.
- մշակել համապարփակ ռազմավարություններ և ծրագրեր երեխաների, ծնողների, ուսուցիչների և ամբողջ բնակչության շրջանում առողջ սննդային վարքագիծը խթանելու համար.
- ապահովել կայուն ֆինանսավորում և բարելավել դպրոցական սննդի ազգային քաղաքականությունը.
- սահմանել դպրոցներում առաջարկվող առողջ սննդի և ըմպելիքների չափորոշիչներ.
- մշակել մոնիտորինգի մեխանիզմ դպրոցներում անառողջ սննդի և ըմպելիքների մատակարարումը վերացնելու նպատակով.
- իրականացնել սննդամթերքի պատշաճ մակնշում և մարկետինգ.
- սահմանել հարկ շաքար պարունակող քաղցր ըմպելիքների վրա.
- ապահովել դպրոցական արդյունավետ կրթական ծրագրեր՝ ուղղված դպրոցական երեխաների սնուցման կարգավիճակի բարելավմանը.
- ստեղծել համապատասխան միջավայր աշակերտների համար առողջ սնուցման, դպրոցական այգեգործության և խոհարարու-

թյան դասերի միջոցով, ապահովել դպրոցական սննդի և մաքուր ջրի հասանելիություն.

- կողմնորոշել և իրազեկել հանրությանը, զանգվածային լրատվամիջոցներին առողջ սննդային վարքագծի և ֆիզիկական ակտիվության ուղղությամբ.
- նպաստել ծնողների, համայնքների, տեղական ինքնակառավարման մարմինների ակտիվ ներգրավմանը դպրոցական սննդի ծրագրերի իրականացման գործում.
- խթանել և արժևորել առողջ ավանդույթները, ավանդական սննդակարգի օգուտները.
- տրամադրել համապատասխան տեղեկատվություն առողջ սնուցման մասին ծնողների, ուսուցիչների, դպրոցականների և հասարակության համար.
- ծնողների, ուսուցիչների, երեխաների շրջանում իրականացնել սոցիալական վարքագծի փոփոխության նպատակով արդյունավետ գործողություններ.
- բարձրացնել առողջ սննդի հասանելիությունը համայնքներում.
- տրամադրել հստակ հանրային ուղերձներ ֆիզիկական ակտիվության, էկրանի առջև անցկացվող ժամանակի, քնի տևողության և ակտիվ ժամանցի վերաբերյալ.
- ուժեղացնել առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունը և իրականացնել երեխաների պատշաճ խորհրդատվություն առաջնային մակարդակում, ներառյալ՝ դպրոցներում.
- բարելավել դպրոցների ենթակառուցվածքները՝ ապահովելու ֆիզիկական կուլտուրայի արդյունավետ դասեր, արտադպրոցական սպորտ և ակտիվ հանգիստ բոլոր երեխաների համար՝ անկախ նրանց առողջական վիճակից (ներառյալ հատուկ կարիքներ ունեցողներին).
- համայնքի մակարդակում ընձեռել հնարավորություններ ավելի ակտիվ կենսակերպի և ֆիզիկական ակտիվության համար.
- ներդնել երեխաների սննդային սովորությունների, անտրոպոմետրիկ չափումների և դպրոցական միջավայրի համաճարակաբանական հսկողության համակարգ՝ քաղաքականության և ծրագրերի ազդեցությունը վերահսկելու համար:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Baker JL, Olsen LW, and Sorensen TI. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med*, 2007;357(23):2329-37. Childhood Obesity Surveillance Initiative Armenia, 2019
2. Branca F, Nikogosian H, Lobstein, T, eds. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf).
3. Danielzik S, Czerwinski-Mast M, Langnase K, Dilba B, and Muller MJ. Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 y-old children: baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2004;28(11):1494-502.
4. European Commission 2014. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020.
URL:https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf
5. Golden N.H., Schneider M., Wood C. Preventing obesity and eating disorders in adolescents. *Pediatrics*. 2016; 138
6. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A et al., editors. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Melkumova M., Movsesyan Y., Sargsyan S., Babloyan A. Health behaviour in School-aged Children of Armenia 2017/2018 National Study Results; 2019, Arabkir Medical Centre-Institute of Child and Adolescent Health.
8. Neumark-Sztainer D., Wall M., Story M. Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: Associations with 10-year changes in body mass index. *J Adolesc Health*. 2012; 50: 80-86

9. Williams J, Buoncristiano M, Nardone P, Rito AI, Spinelli A, Hejgaard T, Kierkegaard L, Nurk E, Kunešová M, Musić Milanović S, García-Solano M. A, Melkumova M. et al. Snapshot of European Children's eating habits: results from the fourth round of the WHO European childhood obesity surveillance initiative (COSI). *Nutrients*. 2020;12(8):2481.
10. World Health Organisation Regional Office for Europe (2014). WHO European Database on Nutrition, Obesity and Physical Activity (NOPA). URL: <http://data.euro.who.int/nopa/>
11. World Health Organisation Regional Office for Europe (2018). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). URL: <http://www.euro.who.int/en/healthtopics/diseasprevention/nutrition/activities/whoeuropean-childhood-obesity>
12. World Health Organisation (2007). Growth Reference 5-19 years: BMI-for-age (5-19 years).URL: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/

ՀԱՎԵԼՎԱԾ

Աղյուսակ 17. Երեխայի քաշը (կգ)

	Գնահատվել է	Միջակայք 95%
Տղաներ	26.52	26.09-26.94
Աղջիկներ	25.53	25.24-25.83
Ընդամենը	26.05	25.78-26.32

Աղյուսակ 18. Երեխայի հասակը (սմ)

	Գնահատվել է	Միջակայք 95%
Տղաներ	125.02	124.70-125.34
Աղջիկներ	123.99	123.67-124.32
Ընդամենը	124.53	124.29-124.78

Աղյուսակ 19. Մարմնի զանգվածի ցուցանիշ (կգ/մ²)

	Գնահատվել է	Միջակայք 95%
Տղաներ	16.83	16.61-17.05
Աղջիկներ	16.48	16.34-16.63
Ընդամենը	16.67	16.52-16.81

Աղյուսակ 20. Տնային տնտեսության չափը

	Տղաներ	Աղջիկներ	Ընդամենը
Մինչև 3 անդամ	6.0%	7.2%	6.6%
4 անդամ	22.5%	21.4%	22.0%
5 անդամ	23.1%	22.5%	22.8%
6 անդամ	26.4%	25.0%	25.7%
6 անդամից ավել	22.0%	23.9%	22.9%
Ընդամենը	100%	100%	100%

Աղյուսակ 21. Հետազոտության մասնակիցների կրթական մակարդակը

	Տղաներ	Աղջիկներ	Ընդամենը
Ցածր-միջին մակարդակ	59.2%	62.4%	60.7%
Բարձր մակարդակ	40.8%	37.6%	39.3%
Ընդամենը	100%	100%	100%

Աղյուսակ 22. Հետազոտության մասնակիցների տարիքը

	Հայրիկ	Մայրիկ	Ընդամենը
≤30 տ.	27.4%	30.8%	29%
31-35 տ.	42.9%	37%	40.1%
36-40 տ.	20.7%	23.1%	21.9%
>40 տ.	8.9%	9.1%	9%
Ընդամենը	100%	100%	100%

Աղյուսակ 23. Երեխայի քաշը ծնվելիս (գր.)

	Միջին ցուցանիշ	Միջակայք 95%
Տղաներ	3205	2900-3200
Աղջիկներ	3060	2800-3100
Մեծ քաղաքներ	3158	2850-3200
Փոքր քաղաքներ	3176	2900-3200
Գյուղեր	3076	2800-3100

Աղյուսակ 24. Կրծքով կերակրում

	Երբեք չի կերել	ամսից ոչ ավել	1-2 ամիս	4-5 ամիս	6-11 ամիս	12-23 ամիս	առնվազն 24 ամիս	Ընդամենը
Տղաներ	5.0%	9.3%	3.5%	8.7%	18.0%	39.6%	15.9%	100%
Աղջիկներ	6.1%	7.5%	3.8%	11.4%	20.4%	38.4%	12.4%	100%
Ընդհանուր	5.5%	8.5%	3.6%	10.0%	19.1%	39.0%	14.2%	100%