



ԿԱՐՕ ՄԵՂՐԻԿԵԱՆԻ ԱԶՔԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ և ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆ
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԱՄԵՐԻԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԶԵԿՈՒՅՑ
ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ին և Զինիշյանի հիշատակի հիմնադրամին

Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Պատրաստել են.

**Բժ. Նաիրա Խաչատրյան, Հանրային առողջապահության մագիստրոս (ՀԱՍ)
Ծրագրի ղեկավար**

**Բժ. Էլիզաբեթ Դանիելյան, Հանրային առողջապահության մագիստրոս (ՀԱՍ)
Ծրագրի օգնական**

մասնակցությամբ

**Մայքլ Ե. Թոմպսոնի, MS, DrPH
տնօրեն**

**Հոկտեմբեր 2002
Երևան, Հայաստան**

Բովանդակություն

Համառոտ ամփոփում	i
1. Նախադրյալներ.....	1
2. Յուրահատուկ նպատակներ	3
3. Մեթոդները և նյութերը	4
3.1 Հետազոտության նախագիծը և բաղադրիչները	4
3.2 Գործողությունների ձեռնարկ	4
3.3 Աշխատակազմի ուսուցումը.....	6
3.4 Էթիկական նկատառումներ.....	6
3.5 Տվյալների վերանայումը, մուտքագրումը, սրբագրումը և վերլուծությունը	7
4. Արդյունքներ.....	9
4.1 Հարցազրույց	10
4.1.1. Ընտանիքի կազմը, ծնողների կարգավիճակը և զբաղվածությունը	12
4.1.2. Վիտամին A-ի ընդունումը և սնուցման վիճակը.....	18
4.2. Մանկաբուժական զննում (սկրինինգ)	31
4.2.1. Հարցազրույց	31
4.2.2. Անթրոպոմետրիկ չափումներ.....	35
4.2.3. Օբյեկտիվ քննության հիմնական եզրահանգումները	40
4.3. Նեվրոլոգիական քննություն	46
4.3.1. Հարցազրույց	46
4.3.2. Օբյեկտիվ քննությանը ստացված հիմնական տվյալները	49
4.3.2.1. Չարգացման անոմալիաներ.....	50
4.3.2.2. Առողջության հիմնական խանգարումներ	50
4.4 Աչքերի զննում	55
4.4.1 Աչքերի նախնական զննում	55
4.4.2 Աչքի մանրակրկիտ զննում	55
4.4.2.1 Տեսողության սրությունը	55
4.4.2.2 Աչքերի հիմնական հիվանդությունները	60
Հղումներ	67

Տես նաև առանձին հավելվածը. - Գործողությունների ձեռնարկ

Չամառոտ ամփոփում

Չարյուր միլիոնավոր երեխաներ ամբողջ աշխարհում հայտնվել են հասարակության ետնուղիներում՝ պատերազմների, խորը աղքատության կամ ընտանեկան այլ դժբախտությունների պատճառով: Պատշաճ կրթությունից, բուժօգնությունից, ընտանեկան աջակցությունից նրանց զրկված լինելն ունենում է երկարաժամկետ, կյանքին սպառնացող հետևանքներ: Նրանցից շատերն ապրում են կազմակերպված հաստատություններում՝ պետական հոգածության տակ: Շատ հաճախ այդ հաստատություններում ապրելու պայմանները և աշխատող անձնակազմի վերաբերմունքը բավականին հեռու են առողջ միջավայր և ընտանեկան մթնոլորտ ստեղծելու հավակնությունից: Այդ երեխաները հաճախ առողջական տարբեր խանգարումներ ունենալու ավելի մեծ ռիսկի տակ են, քան իրենց մյուս հասակակիցները: ԿՄԱՅԿԿ-ն առաջարկել և իրականացրել է «Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումներ -2002» ծրագիրը, որը նպատակ էր դրել ՅՈՒՆԻՍԵՖ-Չայաստանի և Ջինիշյանի հիշատակի հիմնադրամի աջակցությամբ որոշել տեսողության խանգարումները և այլ խոշոր առողջական պրոբլեմները Չայաստանի չորս կազմակերպված հաստատություններում ապրող կամ հաճախող թվով 600 երեխաների մոտ:

Սկրինինգի մասնակիցների մոտ որոշվել է կուրության և թույլ տեսողության ցուցանիշը. - այն մի քանի անգամ գերազանցել է եվրոպական «նշածողը»: Կուրության հիմնական պատճառը եղել են բնածին գլաուկոման և կատարակտան: Վերլուծությունը սկրինինգի ենթարկված երեխաների մոտ ի հայտ է բերել ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաներով, շլութայանք և գարնանային կոնյունկտիվիտներով հիվանդացության բարձր ցուցանիշներ:

Երեխաների անթրոպոմետրիկ չափումները բացահայտել են նրանց աճի դանդաղում/կանգ և թերսնուցում: Մանկաբույժի գնահատմամբ, դպրոցների երեխաների

մեծ մասի մոտ հայտնաբերվել են ֆիզիկական զարգացման ուշացում, կարճ հասակ, մարմնի անբավարար քաշ: Հետազոտված դպրոցների երեխաների շրջանում բավականին հաճախ (տարբեր դպրոցներում երեխաների ընդհանուր թվի 1/3-ից մինչև կեսի մոտ) դիտվել են ոսկրա-մկանային համակարգի դեֆորմացիաներ և պաթոլոգիաներ, ինչը կարող է պայմանավորված լինել ֆիզիկական մարզվածության անբավարարությամբ և երեխայի ներդաշնակ ֆիզիկական զարգացման ցածր մակարդակով: Երեխաներից շատերն ունեցել են սովորելու հատուկ դժվարություններ, ուշացած ռեակցիաներ և հաղորդակցության պրոբլեմներ: Այս խանգարումները հիմնականում բացատրվում են դաստիարակության թերություններով, երեխաների նկատմամբ մեծահասակների (ծնողների և ուսուցիչների) անբավարար ուշադրությամբ և վատ կրթությամբ՝ «ամրապնդված» թերի սնուցմամբ, որն իր վաղեմությամբ կարծես հասնում է մինչև պրենատալ ժամանակաշրջանը:

Տվյալների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ գիշերօթիկ դպրոցների երեխաները կարիք ունեն հատուկ ուշադրության կառավարական և միջազգային առողջապահական կազմակերպությունների կողմից: Նրանց նկատմամբ անհրաժեշտ է իրականացնել կանխարգելման և բուժման հատուկ միջամտություններ:

Խորհուրդ է տրվում առողջության նույնատիպ սկրինինգների, կանխարգելման և բուժման ծրագրել կազմակերպել նաև Հայաստանի այլ գիշերօթիկ դպրոցներում՝ նպատակ ունենալով ստանալ համակողմանի և ընդհանրացվելի տեղեկատվություն կազմակերպված հաստատություններում ներառված երեխաների առողջական վիճակի վերաբերյալ և սկսել բավարարել առկա կարիքները:

Ընդհանրացվելի չլինելով հանդերձ, այս տվյալները հաստատում են, որ կազմակերպված հաստատություններում ներառված երեխաներն իսկապես Հայաստանի

ամենախոցելի բնակչության թվին են պատկանում և, իրենց ամբողջական ներուժը բացահայտելու համար, բժշկական և առողջապահական պայմանների բարելավման խիստ կարիք ունեն: Բուժման և գնահատման այս ծրագիրը ցայտուն կերպով ցույց է տալիս կազմակերպված հաստատություններում ներառված երեխաների առողջության ապահովման համար այդպիսի ծրագրերի և գնահատումների ընդլայնման խիստ անհրաժեշտությունը:

Ծրագրի առանցքային մասնակիցները

Բժ.Նահրա Խաչատրյան, ՅԱՄ: Ծրագրի ղեկավար

Բժ.Խաչատրյանը պատասխանատու է եղել ծրագրի ամենօրյա կառավարման, ուսումնասիրությունների մանրակրկիտ գործառնությունների մշակման, անձնակազմի ուսուցման, մասնակիցների քննությունների ուղղակի վերահսկման, տվյալների վերլուծության, եզրափակիչ զեկույցի ներկայացման և հետազոտության բյուջեի մոնիտորինգի համար:

Բժ.Էլիզաբեթ Դանիելյան, ՅԱՄ: Ծրագրի օգնական

Բժ. Դանիելյանը ներգրավվել է ծրագրի հետևյալ փուլերում. նախապատրաստական աշխատանք, հետազոտությունների մեթոդների և գործիքների մշակում, անձնակազմի ուսուցում տեղերում, տվյալների հավաքագրման կառավարում և վերլուծություն, ինչպես նաև եզրափակիչ զեկույցի պատրաստում:

Մայքլ Ե.Թոմպսոն, MS, DrPH, ԱԾՅԿ տնօրեն

Դ-ր Թոմպսոնը տրամադրել է խորհրդատվություն և ուղեցույցեր ծրագրի ամբողջ ընթացքում: Նա պատասխանատու է եղել հետազոտության տվյալների կառավարման և վերլուծության համապատասխան համակարգի ստեղծման համար:

Փայանե Մանրիկյան, Մանկաբույժ

Բժ. Մանրիկյանը իրականացրել է հետազոտության մեջ ընդգրկված երեխաների առողջության բժշկական քննություն: Նրա գործունեությունը ներառել է երեխաներին հարցման ենթարկելը և արտաքին զննության անցկացումը: Բժ. Մանրիկյանը նաև պատասխանատու է եղել հետագա ախտորոշման և/կամ բուժման կարիք ունեցող երեխաների հայտնաբերման և այդ մասին նրանց գրավոր առաջարկություններ տալու համար:

Սերունան Աղամիրյան, Նեվրոպաթոլոգ

Բժ. Աղամիրյանն անցկացրել է երեխաների սկրինինգ՝ կենտրոնանալով նրանց մոտ նյարդաբանական խանգարումների բացահայտման վրա: Նրա գործունեությունը ներառել է երեխաների կարճատև հարցումը և հետո՝ մանրակրկիտ արտաքին քննության անցկացումը: Բժ. Աղամիրյանը նաև պատասխանատու է եղել վերջնական ախտորոշման և գրավոր առաջարկություններ/հանձնարարականներ տալու համար:

Անաստասիա Ստեփանյան, Ակնաբույժ

Անդրանիկ Գասպարյան, Ակնաբույժ

Լիլիթ Աղայան, Ակնաբույժ

Բժ. Ստեփանյանը, Գասպարյանը և Աղայանը առաջնակիորեն պատասխանատու են եղել այն անձանց մանրակրկիտ ակնաբուժական քննության համար, ովքեր ուղեգրվել էին հիմնական սկրինինգից հետո: Նրանք նաև անցկացրել են աչքի նախնական սկրինինգ: Անհրաժեշտության դեպքում մասնակիցներին տրվել են գրավոր հանձնարարականներ հետագա բուժման և հսկողության վերաբերյալ կամ դուրս են գրվել ակնոցներ:

Սամվել Պետրոսյան, Օպտոմետրիստ

Յենրիկ Խաչատրյան, Օպտոմետրիստ

Այս օպտոմետրիստները օգնել են աչքի նախնական սկրինինգն անցկացնելու և երեխաների համար համապատասխան ապակիներ և ակնոցների շրջանակներ ընտրելու գործում:

ԲԺ. Ռուզաննա Մանուկյան, հարցում անցկացնող

ԲԺ. Մանուկյանը պատասխանատու էր բոլոր մասնակիցների առերես հարցազրույցների անցկացման համար, որոնց նպատակն էր սոցիալ-ժողովրդագրական տեղեկություններ և բժշկական անամնեզ հավաքելը, ինչպես նաև սնուցման վիճակի և հավկուրության ախտանիշերի վերաբերյալ տեղեկատվություն ձեռք բերելը:

1. Նախադրյալներ

Միավորված Ազգերի փորձագետների գնահատմամբ, հարյուր միլիոնավոր երեխաներ ամբողջ աշխարհում հայտնվել են հասարակության ետնուղիներում՝ պատերազմների, խորը աղքատության կամ ընտանեկան այլ դժբախտությունների պատճառով: Պատշաճ կրթությունից, բուժօգնությունից, ընտանեկան աջակցությունից նրանց զրկված լինելն ունենում է երկարաժամկետ, կյանքին սպառնացող հետևանքներ [1-4]: Նրանցից շատերն ապրում են կազմակերպված հաստատություններում՝ պետական հոգածության տակ: Հայաստանում երեխաները կազմակերպված հաստատություններում ներգրավվում են ոչ միայն ծնողներից զրկվելու դեպքում, այլև այնպիսի իրավիճակներում, երբ ծնողներն իրենց երեխաներին պահելու միջոցներ չունեն: Երկրի կազմակերպված հաստատություններում ներգրավված երեխաների թվում մեծ բաժին են կազմում նաև անկարող/հաշմանդամ երեխաները:

Երեխային կազմակերպված հաստատությունների խնամքին հանձնելը Հայաստանում կոմունիստական ժամանակներից մնացած ժառանգությունն է: Ներկայումս երկրում գործող մի շարք այդպիսի հաստատությունները, ինչպիսիք են հանրային մանկատները (որբանոցները), հազիվ են կարողանում աջակցել դրանցում բնակվող երեխաներին [1-4]: Շատ հաճախ այդ հաստատություններում ապրելու պայմանները և աշխատող անձնակազմի վերաբերմունքը բավականին հեռու են առողջ միջավայր և ընտանեկան մթնոլորտ ստեղծելու հավակնություններից: Այդ երեխաները հաճախ առողջական տարբեր խանգարումներ ունենալու ավելի մեծ ռիսկի տակ են, քան իրենց մյուս հասակակիցները: Այս երեխաներին երաշխավորված որակյալ (այդ թվում՝ կանխարգելիչ) բուժօգնություն ապահովելու համար անհրաժեշտ է կառավարական և ոչ-կառավարական առողջապահական կազմակերպությունների հատուկ ուշադրությունը:

Հայաստանի Ամերիկյան Համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնի Կարո Մեղրիկեանի աչքի հիվանդությունների կանխարգելման կենտրոնի կողմից 2000 և 2001 թ.թ. ամռանն անցկացված ուսումնասիրությունները, որոնք գնահատել են Հայաստանի ամառային ճամբարներում հանգստացող համարյա 6000 դպրոցահասակ երեխաների մոտ աչքի հիվանդությունների և դրանց ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, ինչպես նաև այդ երեխաների սնուցման վիճակը, հաստատում են վերոհիշյալ պնդման հիմնավորվածությունը: Աչքերի տարբեր պաթոլոգիաների տարածվածությունը մանկատների և խոցելի ընտանիքների երեխաների մոտ եղել է ավելի բարձր: Վերլուծությունները ցույց են տվել, որ մանկատներում ապրող երեխաների համարյա կեսն ունեն աճի դանդաղում/կանգ, իսկ համարյա մեկ-քառորդ՝ սպիտակուցային թերսնուցում (ՍԹ): Վերլուծությունը աճի դանդաղման/կանգի և ՍԹ բարձր ցուցանիշ է բացահայտել նաև երեխաների խոցելի խմբերում, ըստ որում այդ շեղումների և խոցելիության միջև կապը եղել է վիճակագրորեն նշանակալի [5,6]:

Հիմնվելով ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի զեկույցների [1-4], ինչպես նաև Ամառային ճամբարների ծրագրերի արդյունքների [5,6] և ԱՅԿ-ի «Տեսողություն 2020» ծրագրի գերակայությունների վրա, ԿՄԱՅԿԿ-ն առաջարկեց և իրականացրեց «Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումներ -2002» ծրագիրը, որը նպատակ էր դրել որոշել տեսողության խանգարումները և այլ խոշոր առողջական պրոբլեմները Հայաստանի չորս կազմակերպված հաստատություններում ապրող կամ հաճախող շուրջ 500-600 երեխաների մոտ: Չլինելով բնակչության լիարժեք ներկայացնածության վրա հիմնված ուսումնասիրություն, ծրագիրը ձգտել է լինել խորապես հիմնավորված իր գնահատականներում, հնարավորինս մեծ օգուտ տալ մասնակից երեխաներին, իսկ քաղաքականություն սահմանողներին ներկայացնել այս երեխաների մոտ առկա պրոբլեմների մեծությունն ու տարածվածությունը:

2. Յուրահատուկ նպատակներ

Ծրագրի յուրահատուկ նպատակները եղել են.

- Անցկացնել մոտավորապես 600 երեխաների աչքերի սկրինինգ, ովքեր ապրում կամ հաճախում են ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի և Հայաստանի կրթության և գիտության նախարարության կողմից ընտրված չորս գիշերօթիկ դպրոցներ:
- Անցկացնել յուրաքանչյուր երեխայի բժշկական քննություն մանկաբույժի և նեվրոպատոլոգի կողմից՝ նպատակ ունենալով որոշել այս երեխաների մոտ տարբեր առողջական շեղումների տարածվածությունը:
- Յուրաքանչյուր երեխայի հետ անցկացնել հարցազրույց և համապատասխան հարցաթերթիկում լրացնել հավաքված սոցիալ-ժողովրդագրական բնույթի, սնուցմանը և հավկուրության նշաններին վերաբերող տեղեկությունները: Վերջինիս նպատակն է եղել բացահայտել վիտամին A-ի անբավարարության ենթա-կլինիկական դրսևորումները:
- Անցկացնել յուրաքանչյուր երեխայի անթրոպոմետրիկ չափումներ՝ նրա սնուցման վիճակը գնահատելու համար: Այդ գնահատումը հիմնվել է հասակ/ տարիք, քաշ/ տարիք և քաշ/ հասակ ցուցանիշների վրա:
- Ուղղել ռեֆրակտիվ շեղումները և տրամադրել անվճար ակնոցներ՝ երեխաների տեսողության սրությունը, տեսողական ֆունկցիաները և տեսողական հարմարավետությունը բարելավելու նպատակով:
- Ի հայտ բերել այս ծրագրի շրջանակներից դուրս հետագա ախտորոշման, կոնսերվատիվ բուժման կամ վիրաբուժական միջամտության կարիք ունեցող երեխաներին՝ նրանց տալով գրավոր հանձնարարականներ մասնագիտացված հիվանդանոցներում խորացված ախտորոշման/բուժման համար:

- Վերլուծել տվյալները և տրամադրել գրավոր եզրափակիչ զեկույց՝ մանրամասն նկարագրողական ամփոփումով, հետագա միջամտությունների և ուսումնասիրությունների վերաբերյալ առաջարկություններով հանդերձ:

3. Մեթոդները և նյութերը

3.1 Հետազոտության նախագիծը և բաղադրիչները

Ծրագիրը նախագծվել է որպես կազմակերպված հաստատություններում ընդգրկված երեխաների շրջանում կուրության և թույլ տեսողության, վիտամին A-ի անբավարարության, ֆիզիկական զարգացման պրոբլեմների, հոգեկան և նեվրոլոգիական պաթոլոգիաների և առողջական այլ շեղումների տարածվածության միջ-ոլորտային ուսումնասիրություն: Այդ նպատակով ընտրվել են չորս գիշերօթիկ դպրոցներ, որոնցում սովորող/ապրող 593 երեխաներ ենթարկվել են սկրինինգի: Երեխաները քննության են ենթարկվել ակնաբույժի, մանկաբույժի և նեվրոպաթոլոգի կողմից: Յուրաքանչյուր երեխայի հետ անցկացվել է հարցազրույց՝ նրա սոցիալ-ժողովրդագրական տվյալների, սնուցման վիճակի և հավկուրության հարցերի վերաբերյալ: Սնուցման վիճակի առավել ճշգրիտ գնահատման նպատակով կատարվել են նաև անթրոպոմետրիկ չափումներ՝ հիմնվելով հասակ/ տարիք, քաշ/ տարիք և քաշ/ հասակ ցուցանիշների վրա: [7,8].

3.2 Գործողությունների ձեռնարկ

ԿՄԱՅԿԿ-ի անձնակազմը մշակել է Գործողությունների ձեռնարկ, որն ընդգրկել է սննդի ընդունման և հավկուրության նշանների վերաբերյալ հարցաթերթիկ; մանկաբուժական, նեվրոլոգիական, ինչպես նաև աչքերի նախնական և մանրակրկիտ քննությունների համապատասխան ձևեր; ուղեցույցեր հարցազրույցն անցկացնողի, մանկաբույժի, նեվրոպաթոլոգի և ակնաբույժի (առանձին՝ աչքի նախնական և մանրակրկիտ զննումների) համար: Սննդի ընդունման վերաբերյալ հարցաթերթիկը

մշակվել է երեխաների սնուցման ընդհանուր վիճակը գնահատելու և, հատկապես, վիտամին A-ի անբավարարության և հավկուրության նախա-կլինիկական դրսևորումները բացահայտելու նպատակով: Այդ հարցաթերթիկը մշակելիս ԿՄԱՅԿԿ-ի անձնակազմն օգտագործել է *Helen Keller International (HKI)*-ի սննդի ընդունման հաճախականության մեթոդը (թույլ է տալիս գնահատել համայնքում վիտամին A-ի անբավարարության ռիսկը), ինչպես նաև *Alfred Sommer*-ի «վիտամին A-ի անբավարարությունը և դրա հետևանքները. – հայտնաբերման և հսկողության ուղեցույց»-ը [9, 10]: Դրանից բացի, հարցազրույցը ներառել է նաև նվազագույն ծավալի սոցիալ-ժողովրդագրական տեղեկություններ, ինչպիսիք են տարիքը, սեռը, մշտական բնակության վայրը, ծննդավայրը, ազգությունը, ծնողների զբաղմունքը և եկամտի աղբյուրը:

ԿՄԱՅԿԿ-ի անձնակազմը, խորհրդակցելով որակավորված մանկաբույժների և նեվրոպատոլոգների հետ, մշակել է նաև երեխաների ընդհանուր առողջական և նեվրոլոգիական վիճակի սկրինինգի ձևեր: Աչքի սկրինինգի ձևերը մշակվել են՝ հիմնվելով ԿՄԱՅԿԿ-ի կողմից ստեղծված և նախորդ ծրագրերում (Ամառային ճամբարներ-2000 և 2001) փորձարկված ձևերի վրա [11, 12]: Այս ծրագրին նախապատրաստելիս դրանցում կատարվել են նվազագույն փոփոխություններ՝ նախկինում նկատված թերությունները շտկելու և ֆորմատը համապատասխանեցնելու նպատակով:

Չետագոտման վերը նշված գործիքները նախա-փորձարկվել են խոսակցական խանգարումներով երեխաների Երևանի գիշերօթիկ դպրոցից պատահականորեն ընտրված թվով 6 երեխաների վրա և հետագայում վերամշակվել ու բերվել են վերջնական տեսքի:

3.3 Աշխատակազմի ուսուցումը

Մանկաբույժի, նեվրոպատոլոգի, ակնաբույժի և հարցազրույց անցկացնողի թափուր տեղերը հայտարարվել են ՀԱՀ աշխատանքի սերվերի ցանկով: Հայտարարությունները տեղադրվել են նաև Երևանի պոլիկլինիկաներում և ակնաբուժական կլինիկաներում: Ընդհանուր առմամբ, եղել են 21 դիմողներ, որոնցից մրցութային հարցազրույցի միջոցով ընտրվել են 7-ը: Տեղերում աշխատելու համար ձևավորվել է աշխատակազմ՝ կազմված 3 ակնաբույժներից, մանկաբույժից, նեվրոպատոլոգից, հարցազրույց անցկացնողից և «Լինգա» ՍՊԸ-ի աշխատակից օպտոմետրիստից, որը բարեհաճ կերպով տրամադրեց իր ժամանակը և լիովին ներգրավվեց ծրագրի իրականացման փուլում: Աշխատակազմն անցել է երկօրյա ուսուցում ԿՄԱՅԿԿ-ում:

3.4 Էթիկական նկատառումներ

ԿՄԱՅԿԿ-ը անգլերեն և հայերեն լեզուներով մշակել է Իրազեկ համաձայնության ձևը խնամատուների համար: Ընդհանուր առմամբ, ծրագիրը նախատեսում էր հիմնականում բժշկական ծառայությունների մատուցում, սակայն հարցազրույցը ներառում էր նաև տեղեկատվություն երեխաների ընտանեկան կյանքի մասին: Ծրագրի վերաբերյալ առաջարկությունը քննարկվել և հաստատվել է ՀԱՀ Մարդկային Հետազոտման Կոմիտեի կողմից: Իրազեկ համաձայնության գրավոր ձևը (Գործողությունների ձեռնարկ) տրվել է երեխաների խնամատուներին: Այդպիսի որոշումը պատճառաբանված էր նրանով, որ գիշերօթիկ դպրոցների երեխաների մեծ մասը Հայաստանի տարբեր շրջաններից էին (դժվար էր այցելել նրանց ծնողներին՝ Իրազեկ համաձայնության ձևը հանձնելու համար), իսկ երեխաների մի մասը ծնողազուրկ էին: Յուրաքանչյուր դպրոցում երեխայի մասնակցության թույլտվության համար իրավաբանորեն պատասխանատու անձ համարվել է տվյալ դպրոցի տնօրենը: Հետազոտության մասին ընդհանուր տեղեկություններ տալուց բացի, իրազեկ համաձայնության ձևը նաև արձանագրում էր ցանկացած հարցին չպատասխանե-

լու, հարցազրույցը և զննումն ընդհատելու երեխայի իրավունքը, ինչպես նաև հավաստիացնում էր տրամադրված տեղեկությունների գաղտնիության ապահովումը:

3.5 Տվյալների վերանայումը, մուտքագրումը, սրբագրումը և վերլուծությունը

Տվյալների բազան կառուցվել է՝ կիրառելով SPSS վիճակագրական համակարգչային փաթեթը: Տվյալներ մուտքագրող ուսուցված օպերատորները կատարել են տվյալների կրկնակի մուտքագրում և սրբագրում: Վիճակագրական վերլուծությունը կատարվել է օգտագործելով SPSS 11.0 ծրագիրը: Կատարվել է որոշ հարցերի ձայնագրում/գրանցում և վերահաշվարկում: Ստեղծվել են սննդի ընդունման նոր փոփոխականներ: Հարցաթերթիկը կազմվել է այնպես, որ վիտամին A-ի օրեկան ընդունվող քանակները որոշելու փոխարեն, հնարավորություն տա պարզել՝ արդյոք հետազոտվող երեխաների մոտ կա՞ վիտամին A-ի անբավարարություն, թե՛ ոչ:

HKI-ի Սննդի Ընդունման Հաճախականության մեթոդի [9] համաձայն, համապատասխան հաշվարկներից հետո, վերլուծության համար առանձնացվել են տվյալների հետևյալ խմբերը. -վիտամին A-ի կենդանական ծագման աղբյուրների ընդհանուր օգտագործումը; -բուսական ծագման աղբյուրների համապատասխանեցված օգտագործումը; -և կշռված ընդհանուր օգտագործումը: Հետազոտված չորս գիշերօթիկ դպրոցներից յուրաքանչյուրը դիտվել է որպես համայնք և, վիտամին A-ի անբավարարության վերջնական փոփոխականները/գործոնները ստանալու համար, կատարվել է հետևյալ գործառույթը: Յուրաքանչյուր դպրոցի համար հաշվարկվել են երկու փոփոխականներ՝ ա) վիտամին A-ի կենդանական ծագման աղբյուրների օգտագործման միջին հաճախականությունը և բ) վիտամին A-ի կենդանական ու բուսական ծագման աղբյուրների ընդհանուր օգտագործման միջին հաճախականությունը (կշռված ըստ աղբյուրների): Ըստ HKI-ի Սննդի Ընդունման Հաճախականության ստանդարտների [9], վիտամին A-ի անբավարարություն արձանագրվում է

այն դեպքերում, երբ վիտամին A-ի կենդանական ծագման աղբյուրների օգտագործման միջին հաճախականությունը կազմում է շաբաթական չորս կամ ավելի քիչ օր, կամ վիտամին A-ի կենդանական ու բուսական ծագման աղբյուրների ընդհանուր օգտագործման միջին հաճախականությունը (կշռված ըստ աղբյուրների) կազմում է շաբաթական վեց կամ ավելի քիչ օր:

Այս հետազոտության ժամանակ տեսողության սրությունը ներկայացվել է տասնորդականներով [13]: Տասնորդականների համակարգում 1' տեսողական անկյան հակադարձ մեծությունն ընդունվում է որպես նորմալ տեսողության համարժեք ($visus = 1.0$): Եթե անկյունն ավելի լայն է, օրինակ՝ 5', տեսողության սրությունը կնվազի ($visus=0.2$); եթե անկյունն ավելի փոքր է՝ 0.5', ապա տեսողության սրությունը կլինի երկու անգամ մեծ ($visus=2.0$) [14]:

Տվյալների տիրույթը եղել է 1.0-ից մինչև 0.0. Մատներ հաշվելու և լույսը ընկալելու դեպքերում տվյալը գրանցվել է որպես 0.0. Տեսողության սրության տվյալներն այնուհետև վերածվել են հետևյալ դասերի. 1.00-0.40; 0.30-0.20; 0.01-0.05; <0.05. Օգտագործվել են ԱՅԿ-ի կողմից ընդունված՝ տեսողության կորստի կարգերի դասակարգումը: Տեսողության 1.00-0.40 սրությունը համարվել է նորմալ տեսողություն: 0.30-0.05 տեսողության սրությունը դիտվել է որպես տեսողության խանգարում, իսկ 0.05 տեսողությունը դասվել է կուրության կարգում: Մշակվել են տեսողության սրության նոր փոփոխականներ, որոնք ներկայացնում են երկու աչքերի համար լավագույն և վատագույն տեսողությունները: Կարճատեսության, հեռատեսության, աստիգմատիզմի և պրեսբիոպիայի՝ յուրաքանչյուր աչքի համար առանձին փոփոխականները համակցվել են և մշակվել են նոր փոփոխականներ՝ ներկայացնելու համար մեկ կամ երկու աչքերում ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաները:

Մշակվել են նոր փոփոխականներ նաև մանկաբուժական, նեվրոլոգիական և ակնաբանական տվյալների խմբավորման համար: Նշանակալիության վիճակագրական թեստերն անցկացվել են՝ կիրառելով χ^2 թեստեր, համապատասխանաբար, հարաբերակցությունների և տենդենցների համար: Կատարվել է տվյալների միափոփոխական/միագործոն վերլուծություն:

ԿՄԱՅԿԿ-ի աշխատակազմը, աշխատանքի որակն ապահովելու նպատակով, կանոնավորապես վերահսկել է մասնակիցների հարցման և սկրինինգի գործընթացները:

4. Արդյունքներ

Ծրագրի՝ տեղերում անցկացվող մասը սկսվել է 2002թ. մայիսի 29-ին և ավարտվել է հունիսի 18-ին: Կրթության և գիտության նախարարության առաջարկությունների հիման վրա ծրագրի համար ընտրվել են չորս գիշերօթիկ դպրոցներ՝ տեսողության խանգարումներ ունեցող երեխաների գիշերօթիկ դպրոց Երևանում (այսուհետև՝ Երևանի գիշերօթիկ դպրոց), թույլ տեսողությամբ և սոցիալապես անպաշտպան երեխաների գիշերօթիկ դպրոցը Գորիսում (այսուհետև՝ Գորիսի գիշերօթիկ դպրոց), վարքի պրոբլեմներ ունեցող երեխաների հանրապետական հատուկ գիշերօթիկ դպրոցը (այսուհետև՝ Վարդաշենի կրթական համալիր) և առողջարանային տիպի թիվ 8 գիշերօթիկ դպրոցը Դիլիջանում (այսուհետև՝ Դիլիջանի առողջարանային տիպի գիշերօթիկ դպրոցը): Սկրինինգի անցկացման ժամանակահատվածում գիշերօթիկ դպրոցներում ներկա բոլոր երեխաները մասնակցել են հետազոտությանը: Ընդհանուր առմամբ, ծրագրի ընթացքում ստացվել են տվյալներ 593 երեխաների վերաբերյալ և բաժանվել են 176 ակնոցներ:

Սկրինինգից երկու շաբաթ առաջ ԿՄԱՅԿԿ-ը կապվել է ընտրված յուրաքանչյուր դպրոցի տնօրինության հետ: Ստացվել են այդ հաստատություններում ընդգրկված

բոլոր երեխաների ցուցակները և, յուրաքանչյուր դպրոցի ղեկավարության հետ համատեղ, ստեղծվել են սկրինինգների ժամանակացույցեր:

Չորս դպրոցներում սկրինինգի ենթարկված երեխաների քանակը եղել է հետևյալը. 80 երեխա՝ Երևանի տեսողության խանգարումներ ունեցող երեխաների գիշերօթիկ դպրոցում; 291 երեխա՝ Գորիսի թույլ տեսողությամբ և սոցիալապես անպաշտպան երեխաների գիշերօթիկ դպրոցում; 56 երեխա՝ վարքի պրոբլեմներ ունեցող երեխաների հանրապետական հատուկ գիշերօթիկ դպրոցում; և 166 երեխա՝ Դիլիջանի առողջարանային տիպի թիվ 8 գիշերօթիկ դպրոցում:

4.1 Հարցազրույց

Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում սովորող 111 երեխաներից սկրինինգի են ենթարկվել 72%-ը (n=80): Ոչ լրիվ ընդգրկման հիմնական պատճառը ծրագրի ուշ սկիզբն էր. - երեխաներն արդեն ազատ էին թողնվել ամառային արձակուրդների համար: Քանի որ երեխաներից շատերն ապրում են Հայաստանի և Լեռնային Ղարաբաղի հեռավոր շրջաններում, դժվար էր կապվել այդ երեխաների հետ, և/կամ նրանց համար դժվար էր կրկին Երևան գալը:

Երեխաների տարիքը եղել է 8-ից 20 տարեկան, միջին տարիքը՝ 13.8 (միջնակետը՝ 4.0, **SD** 3.6). Տղաների և աղջիկների քանակը դպրոցում եղել է հավասար: Այս դպրոցում սովորող երեխաները եղել են հետևյալ շրջաններից. Վեդի, Վայոց Ձոր, Երևան, Արարատ, Արտաշատ, Ամասիա, Գյումրի, Ղարաբաղ, Լոռի և Մասիս: Երեխաներից միայն մեկն է եղել փախստական:

Առողջության անձնական քարտերից ստացված հիմնական տվյալները վերաբերվել են պատվաստումների գրաֆիկից շեղումներին. երեխաների 83%-ը պատվաս-

տոււմները ստացել են ուշացումով; պատվաստումները կիսատ են ստացել 8.3%-ը; միայն 8.3%-ն են պատվաստվել նորմալ:

Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում սովորող 302 երեխաներից բժիշկների կողմից հարցման և սկրինինգի են ենթարկվել 96.4%-ը (n=291): Երեխաների միջին տարիքը եղել է 12.3 (միջնակետը՝ 12.0, **mode** 12, **SD** 2.8)՝ տատանվելով 6-ից մինչև 18 տարեկան տիրույթում: Տղաները կազմել են դպրոցի երեխաների 55%-ը, իսկ աղջիկները՝ 45%-ը: Երեխաների 95%-ի ծննդավայրը եղել է Գորիսը: Երեխաների 3.8%-ը (n=11) եղել են փախստականներ:

Առողջության անձնական քարտերի տվյալներով երեխաների 5.5%-ի մոտ բացահայտվել են ծննդաբերական վնասվածքներ (ասֆիքսիա, վաղաժամ ծնունդ, ներգանգային հեմատոմա և այլն): Ինունիզացիան նորմալ է եղել երեխաների 31.5%-ի, ուշացված՝ 63.1%-ի, և ոչ լրիվ՝ 5.4%-ի մոտ:

Վարդաշենի կրթական համալիրում հարցման և սկրինինգի են ենթարկվել բոլոր երեխաների 93.3%-ը (n=60): Երեխաների միջին տարիքը եղել է 14.6 (միջնակետը՝ 15.0, **mode** 14, **SD** 1.9)՝ տատանվելով 10-ից մինչև 19 տարեկան տիրույթում: Տղաները եղել են ավելի շատ (51.8%), քան աղջիկները (48.2%): Բոլոր երեխաների 3.6%-ը եղել են փախստականներ: Վարդաշենի կրթական համալիրում սովորող երեխաները ծնվել են Հայաստանի տարբեր շրջաններում. նրանց ավելի քան 2/3-ը (35.7%) ծնվել են Երևանում, 21.4%-ը՝ Գյումրիում, իսկ մնացածը՝ Արտաշատում, Արմավիրում, Գորիսում, Իջեվանում և մի քանի այլ շրջաններում: Առողջության անձնական քարտեր այս դպրոցում չեն եղել, հետևաբար, չի եղել նաև դրանցից քաղված ինֆորմացիա:

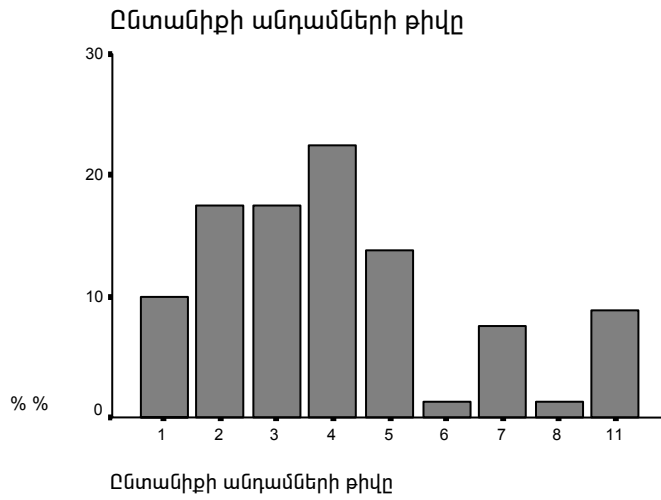
Դիլիջանի առողջարանային տիպի թիվ 8 գիշերօթիկ դպրոց ունի հատուկ կարգավիճակ: Բացի այնտեղ կանոնավոր կերպով սովորող երեխաներից, Հայաստանի տարբեր շրջաններից բազմաթիվ երեխաներ գալիս են այդ դպրոց՝ որպես առողջական կենտրոն: Տուբերկուլյոզով հիվանդ անձանց հետ կոնտակտ ունեցած երեխաները նույնպես ուղարկվում են այս դպրոց՝ որպես առողջարան: Դպրոցի այս եզակի կարգավիճակը թույլ չի տալիս եզրակացություններ անել Դիլիջանի շրջանի կազմակերպված հաստատություններում ընդգրկված երեխաների առողջական վիճակի վերաբերյալ: Նրանք պայմանականորեն համարվել են որպես առանձին բնակչություն (պոպուլյացիա) և տեքստում անվանվել են «Դիլիջանի երեխաներ»: Ընդհանուր առմամբ այստեղ բժիշկների կողմից քննվել են 166 երեխաներ: Երեխաների միջին տարիքը եղել է 12.2 (միջնակետը՝ 13.0, **mode** 13, **SD** 2.2)՝ տատանվելով 5-ից մինչև 18 տարեկան տիրույթում: Տղաները կազմել են դպրոցի երեխաների 50.6%-ը, իսկ աղջիկները՝ 49.4%-ը: Երեխաների մեծամասնության (70.5%-ի) ծննդավայրը եղել է Երևանը: Մնացածը ծնվել են Դիլիջանում, Մեծամորում, Վանաձորում, Արուսյանում, Արմավիրում, Էջմիածնում և մի քանի այլ շրջաններում: Փաստականները կազմել են երեխաների 3.1%-ը:

4.1.1. Ընտանիքի կազմը, ծնողների կարգավիճակը և զբաղվածությունը

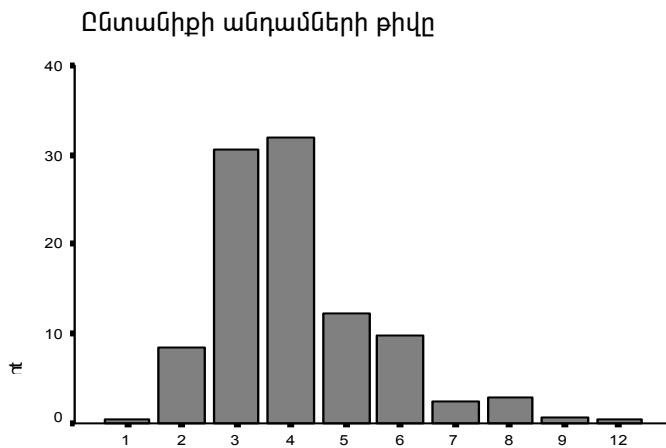
Բոլոր հետազոտված դպրոցներում ընտանիքների անդամների միջին թիվը կազմել է 4.0 մարդ: Ընտանիքների անդամների քանակը տարբեր դպրոցներում եղել է միանման և տատանվել է 1-ից մինչև 12: Սակայն տարբեր չափերի ընտանիքների մասնաբաժինները դրանց ընդհանուր թվում, տարբեր դպրոցներում եղել է տարբեր (Պատկերներ 1-4): Ընտանիքում միայն մեկ անդամ ունենալը ամենից հաճախ նշել են Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի և Վարդաշենի կրթական համալիրի երեխաները՝ համապատասխանաբար, 10 և 11 տոկոսը: Երևանի գիշերօթիկ դպրոցն առաջա-

տար է եղել նաև ընտանիքի 11 անդամ ունեցող ընտանիքների տեսակարար կշռով՝ 8.8% (Պատկեր 1):

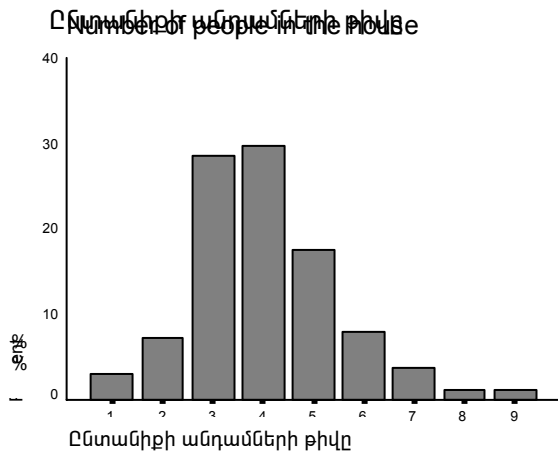
Պատկեր 1. Ընտանիքի անդամների թիվը երևանի գիշերօթիկ դպրոցում n = 80. Միջինը = 4.2 (միջնակետը 4.0, SD 2.7, շարքը 2 - 11)



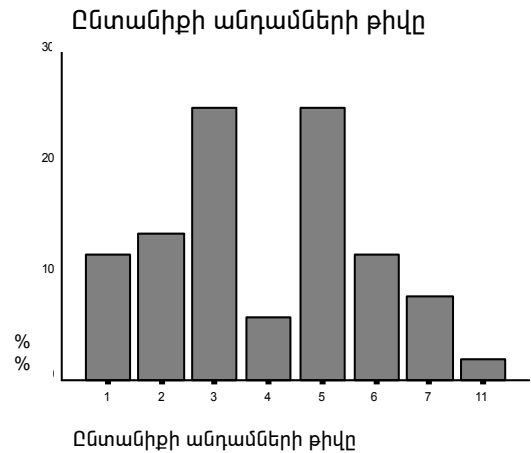
Պատկեր 2. Ընտանիքի անդամների թիվը Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում n=291. Միջինը = 4.1 (միջնակետը 4.0, SD 1.51, շարքը 1 - 12)



Պատկեր 3. Ընտանիքի անդամների թիվը Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում n = 166. Միջինը = 4.0 (միջնակետը 4.0, SD 1.5, շարքը 1 - 9)



Պատկեր 4. Ընտանիքի անդամների թիվը Վարդաշենի ուսումնական համալիրում n = 56. Միջինը = 3.8 (միջնակետը 3.0, SD 2.1, շարքը 1 - 11)

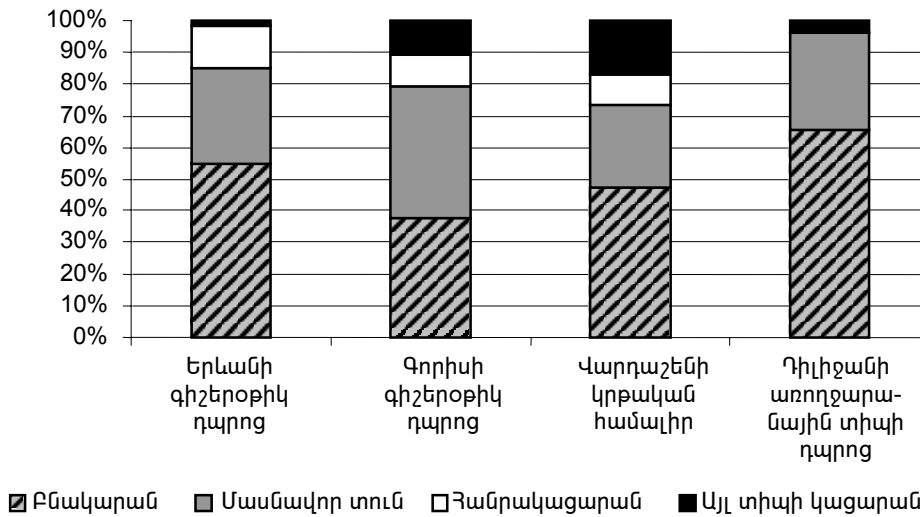


Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում երեխաների մեծամասնությունը (55.1%) նշել են, որ բնակվում են բնակարաններում, 29.5%-ը՝ առանձնատներում, իսկ 12.8%-ը՝ հանրակացարաններում: Գործիսում երեխաները որպես իրենց բնակության կացարաններ ավելի շատ հիշատակել են առանձնատները (40.9%), քան բնակարանները (38.1%): Հավասար քանակով երեխաներ ապրում են հանրակացարաններում (10.1%) և այլ տիպի կացարաններում (10.8%): Վարդաշենում երեխաների մեծամասնությունը (51%) ապրում են բնակարաններում, 29.1%-ը՝ մասնավոր տներում, 1.8%-ը՝ հանրակացարաններում, իսկ մնացածը(18.2%)՝ այլ տիպի կացարաններում: Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցի երեխաների մոտավորապես 31%-ը նշել են, որ բնակվում են մասնավոր տներում, իսկ մեծամասնությունը (65.2%)՝ բնակարաններում:

Պատկեր 5. Կացարանների տեսակները, որոնցում բնակվում են հետազոտման մեջ ընդգրկված երեխաները:

Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002.

Կացարանի տեսակը



Բնականաբար, Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում քիչ թվով երեխաներ են նշել, որ տանը իրենց ընտանիքը անասուններ / ընտանի կենդանիներ է պահում: Կաթնատու կովեր պահելու մասին նշել են երեխաների 18.2%-ը (n=4), ոչխարներ՝ 13.6%-ը (n=3), խոզեր՝ 9.1%-ը (n=2), և հավեր՝ 18.2%-ը (n=4): Գորիսում մասնավոր տներում բնակվող երեխաների 24.8% -ը (n=28) նշել են, որ իրենց տանը պահում են կաթնատու կովեր, իսկ 34.5%-ը՝ հավեր: Ոչխարներ և խոզեր նշվել են, համապատասխանաբար, 2.7% և 3.5%-ի կողմից: Վարդաշենում նույնպես, Երևանի նման, շատ քիչ թվով երեխաներ են նշել, որ տանն իրենց ընտանիքը անասուններ/ ընտանի կենդանիներ է պահում: Դիլիջանի դպրոցի այն երեխաներից, որոնք ապրում են մասնավոր տներում, իրենց տանը կաթնատու կովեր պահելու մասին հիշատակել են 10.4%-ը (n=5), խոզեր՝ 12.5%-ը (n=6), իսկ հավեր՝ 31.3%-ը (n=15):

Երեխաներին հարցեր են տրվել նաև նրանց ծնողների մասին: *Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի* երեխաների 18.7%-ը նշել են, որ իրենց հայրերը չեն ապրում իրենց հետ : Շուրջ 25%-ը նշել են, որ իրենց ծնողները բաժանված են: Իրենց երեխաների հետ

ապրող հայրերի 59.3%-ը եղել են գործազուրկ: Իսկ աշխատող հայրերի 95.5%-ն ունեցել են «պետական» աշխատանք: Երեխաների մոտավորապես 31.5%-ը նշել են, որ իրենց հայրերը թոշակառու են, իսկ մյուս 31.5%-ի հայրերը եղել են հաշմանդամներ: Համարյա բոլոր երեխաները (98.7%) նշել են, որ ապրում են իրենց մայրերի հետ, որոնց 65.3%-ը եղել են գործազուրկ: Երեխաների 13.3%-ն ասել են, որ իրենց մայրերը թոշակառու են, իսկ 12%-ը նշել են, որ իրենց մայրերը հաշմանդամ են: Աշխատող մայրերի 84.6%-ն, ըստ երեխաների պատասխանների, ունեցել են «պետական» աշխատանք: Երեխաների մեծամասնության (57.5%) ընտանիքներում եղել են Հայաստանի սահմաններից դուրս գտնվող ընտանիքի անդամներ, որոնց 71.1%-ը պահպանում են կապն իրենց ընտանիքների հետ: Երեխաների ճնշող մեծամասնությունը՝ 89.5%-ը նշել են, որ իրենց ընտանիքները նպաստներ են ստանում պետությունից կամ բարեգործական հիմնադրամներից:

Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում երեխաների մեծամասնությունը (81.4%) պատասխանել են, որ իրենց հայրերն ապրում են իրենց հետ: Ծնողների բաժանված լինելը նշել են հարցված երեխաների 6.87%-ը: Այն երեխաները, ովքեր ապրում են իրենց հայրերի հետ, 63.6% դեպքերում նշել են, որ վերջիններս գործազուրկ են: Իսկ աշխատողների մեծ մասի (98.7%) աշխատանքը նշվել է որպես «պետական», իսկ երեխաների 4.24%-ը նշել են, որ իրենց հայրերն աշխատում են Հայաստանից դուրս: Երեխաների մոտ 12%-ը նշել են, որ իրենց հայրերը թոշակառու են, իսկ 14.8%-ը՝ որ նրանք հաշմանդամ են: Համարյա բոլոր երեխաները (98.3%) նշել են, որ ապրում են իրենց մայրերի հետ, որոնց միայն 35.9%-ն են աշխատում, ըստ որում նրանց աշխատանքի 99%-ը «պետական» են: Երեխաների 4.4%-ը նշել են, որ իրենց մայրերը թոշակառու են, իսկ համարյա նույնքան երեխաներ ասել են, որ իրենց մայրերը հաշմանդամ են: Երեխաների համարյա կեսը (46.2%) նշել են, որ ունեն Հայաստանից դուրս բնակվող ընտանիքի անդամներ, որոնց 64.9%-ը պահ-

պանուն են կապն ընտանիքի հետ: Երեխաների մեծամասնությունը (62.5%) նշել են, որ իրենց ընտանիքները նպաստներ են ստանում պետությունից կամ բարեգործական հիմնադրամներից:

Վարդաշենի կրթական համալիրում բավականին մեծ թվով երեխաներ (44.6%) նշել են, որ հայրերն իրենց հետ չեն ապրում: Երեխաները, որոնք նշել են, որ իրենց ծնողները բաժանված են, կազմել են հարցվածների 37.5%-ը: Երեխաների 38.9%-ի հայրերը եղել են գործազուրկ: Իսկ աշխատանք ունեցող բոլոր հայրերը, ըստ երեխաների տված տեղեկության, զբաղված են եղել պետական աշխատանքներում: Երեխաների շուրջ 31.6%-ը ասել են, որ իրենց հայրերը թոշակառու են, և համարյա նույնքանն էլ նշել են, որ իրենց հայրերը հաշմանդամ են: Երեխաների մեծամասնությունն (94%) ապրում են իրենց մայրերի հետ, որոնց ճնշող մեծամասնությունը (73.9%), ըստ երեխաների պատասխանների, գործազուրկ են, իսկ մնացածն ունեն պետական աշխատանք: Երեխաների 14.9% -ը նշել են, որ իրենց մայրերը թոշակառու են, իսկ 8.5%-ը՝ որ իրենց մայրերը հաշմանդամ են: Երեխաների մեծամասնությունը (59.3%) նշել են, որ Հայաստանից դուրս ունեն բարեկամներ, որոնց 35.5%-ը պահպանում են կապն իրենց ընտանիքների հետ: Երեխաների շուրջ 60.4%-ը նշել են, որ իրենց ընտանիքները նպաստներ են ստանում պետությունից կամ բարեգործական հիմնադրամներից:

Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում երեխաների մեծ մասը (78.3%) նշել են, որ իրենց հայրերն ապրում են իրենց հետ: Բաժանված ծնողները կազմել են 8.4%: Երեխաների 26%-ը պատասխանել են, որ իրենց հայրերը գործազուրկ են, իսկ աշխատող հայրերի 90.7%-ի աշխատանքը եղել է պետական: Սեփական գործ կամ ֆերմայում աշխատանք ունեցել են աշխատող հայրերի 8.2%-ը, իսկ 7.2%-ի աշխատանքը եղել է Հայաստանից դուրս: Հավասար թվով (5.4%) երեխաներ նշել

են, որ իրենց հայրերը թոշակառու են կամ հաշմանդամ: Ինչպեսև մյուս դպրոցներում, երեխաների ճնշող մեծամասնությունը (98.8%) նշել են, որ ապրում են մայրերի հետ: Երեխաների թիվը, որոնց մայրերը գործազուրկ են, կազմել է հարցվածների 50.6%-ը: Իսկ աշխատող մայրերի 98.7%-ի աշխատանքը եղել է պետական: Երեխաների մոտավորապես 3.8% -ը նշել են, որ իրենց մայրերը թոշակառու են, իսկ 4.4%-ը՝ որ իրենց մայրերը հաշմանդամ են: Երեխաների մեծամասնությունը նշել են, որ Հայաստանից դուրս ունեն ընտանիքի անդամներ, որոնց 82.3% -ը պահպանում են կապն իրենց ընտանիքների հետ: Երեխաների շուրջ 45% -ը նշել են, որ իրենց ընտանիքները նպաստներ են ստանում պետությունից կամ բարեգործական հիմնադրամներից:

4.1.2. Վիտամին A-ի ընդունումը և սնուցման վիճակը

Երեխաների սնուցման վիճակի մանրակրկիտ գնահատումը սույն ծրագրի նպատակների շրջանակներում ընդգրկված չէր, սակայն այդ մասին որոշ տեղեկություններ ստացվել են ընդունվող սննդի մասին հարցաթերթիկից և երեխաների անթրոպոմետրիկ չափումներից: Հարցաթերթիկում ընդգրկված են եղել սննդամթերքի այն տեսակները, որոնք համարվում են β-կարոտինի և ռետինոլի հիմնական աղբյուրներ: Սննդամթերքների տեսակների այդպիսի առաձնահատուկ ընտրությունը պայմանավորված է եղել նրանով, որ նպատակ է դրվել գնահատել կազմակերպված հաստատություններում ընդգրկված երեխաների մոտ վիտամին A-ի ընդունման վիճակը և վերջինիս անբավարարության ենթա-կլինիկական նշանների առկայությունը:

Ինչ վերաբերվում է սննդի ընդունման հաճախականությանը, բոլոր չորս դպրոցների երեխաների մեծամասնությունը (*Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի* երեխաների 85%-ը, *Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցի* 84.1%-ը, *Վարդաշենի կրթական համալիրի* 98.2%-ը

և *Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցի* 98.8%-ը) նշել են, որ իրենք սնվում են օրեկան երեք կամ ավելի անգամ:

Համաձայն HKI Սննդի Ընդունման Հաճախականության մեթոդի մոտեցումների [9], վերլուծության համար ընտրվել են β -կարոտինի և ռետինոլի ամենամեծ պարունակությունն ունեցող սննդամթերքի այն տեսակները, որոնք առկա են Հայաստանում:

Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում հարցման ենթարկված երեխաների մոտավորապես 42.5%-ը (n=34) նշել են, որ իրենք կանաչեղեն (կանաչ տերևներով բանջարեղեն) կերել են շաբաթական երկու-երեք անգամ, շուրջ 27.5%-ը՝ համարյա ամեն օր, իսկ մոտավորապես նույնքան երեխաներ էլ (23.8%) նշել են, որ երբևէ կանաչեղեն չեն կերել: Այս հարցին դրական պատասխան տված բոլոր երեխաները (n=61) նշել են, որ կանաչ բանջարեղեն կերել են տանը: Իսկ այդ սննդամթերքը չուտելու հիմնական պատճառները երկուսն են՝ դրանց բացակայությունը (47.4%, n=9) և դրանք չսիրելը (47.4%):

Երեխաների մեծամասնությունը (76.3%, n=61) հետազոտությանը նախորդող յոթ օրվա ընթացքում ոչ մի անգամ չէին կերել հում գազար: Դրա պատճառը, դեպքերի մեծ մասում (80.3%), այդ սննդամթերքի առկա չլինելն էր, իսկ 16.4%-ին պարզապես հում գազար դուր չէր գալիս: Բոլոր նրանք (n=19), ովքեր կերել էին հում գազար կամ դրանից պատրաստված ճաշատեսակներ, դա արել էին տանը: Համարյա բոլոր երեխաները (93.8%, n=75) նշել են, որ երբեք դդում չեն կերել, որի պատճառը 70.7% դեպքերում (n=53) եղել է դրա բացակայությունը, իսկ 26.7%-ում (n=20)՝ այդ սննդամթերքը չսիրելը: Նրանք, ովքեր կերել են դդում, դա արել են տանը:

Ընդհանրապես, շաբաթական մեկ կամ երկու-երեք անգամ հում լոլիկ կերել են երեխաների 41.3%-ը, սակայն նրանց 55%-ը վերջին յոթ օրվա ընթացքում լոլիկ չէին

կերել: Բոլոր երեխաները լուրջ կերել էին տանը: Իսկ չուտելու պատճառներն էին սննդամթերքի բացակայությունը (43.2%) և թանկ լինելը (54.5%): Երեխաներին հարց է տրվել նաև ծիրանի օգտագործման մասին (հաշվի առնելով տարվա եղանակը՝ հյուսիս կամ արգաչի ձևով): Երեխաների ճնշող մեծամասնությունը (78.8%, n=63) վերջին 7 օրվա ընթացքում ոչ մի անգամ ծիրանի հյուս չէին խմել՝ 92.1% դեպքերում պատճառաբանելով դրա բացակայությամբ, իսկ 6.3%-ում՝ թանկությամբ: Ավելի շատ երեխաներ (87.5%, n=70) վերջին 7 օրվա ընթացքում ոչ մի անգամ չէին կերել ծիրանի չիր: Դրա հիմնական պատճառները նույնն էին՝ արգի բացակայությունը (90.1%) և թանկությունը (7%): Նրանք, ովքեր խմել էին ծիրանի հյուս կամ կերել էին արգաչիր, դա արել էին տանը: Վիտամին A-ի մեկ այլ բուսական աղբյուր է չամիչը: Սակայն երեխաների մեծամասնությունը (61.3%, n=49) նշել են, որ վերջին յոթ օրվա ընթացքում չամիչ չեն կերել, մոտավորապես 33.8%-ը կերել են շաքաթական մեկ կամ երկու-երեք անգամ, իսկ 5%-ը (n=4) սննդի հետ չամիչ կերել են համարյա ամեն օր: Համարյա բոլոր երեխաները չամիչ կերել էին տանը: Չամիչ չկերած երեխաները որպես դրա պատճառ նշել են. 83.7%-ը՝ դրա բացակայությունը, 6.1%-ը՝ թանկությունը, իսկ 10.2%-ը՝ չամիչ չսիրելը:

Երեխաներին հարցեր են տրվել նաև վիտամին A-ի կենդանական աղբյուրների օգտագործման մասին: Համարյա բոլոր երեխաները (96.3%, n=77) երբևիցե իրենց սննդում չէին օգտագործել լյարդ: Դրա պատճառների թվում նշվել են հետևյալները. 47.4% դեպքերում՝ այդ սննդամթերքի բացակայությունը, 37.2%՝ թանկ լինելը, 15.4%՝ դուր չգալը: Չվի դեղնուցը եփած վիճակում իրենց սննդում օգտագործել են երեխաների մեծ մասը (63.8%): Նրանց համարյա 33.8%-ը նշել են, որ եփած ձու կերել են շաքաթական երկու-երեք անգամ, 17.5%-ը՝ շաքաթական մեկ անգամ, իսկ 12.5%-ը՝ համարյա ամեն օր: Այն երեխաները, ովքեր վերջին յոթ օրվա ընթացքում ձու չէին կերել, որպես դրա պատճառ նշել են. 48.3%-ը՝ այդ սննդամթերքի բացա-

կայությունը, 27.6%՝ թանկ լինելը, իսկ երեխաների 24.1%-ը ձուլ չէին սիրում: Բուլոր երեխաները, ովքեր կերել են եփած ձուլ, սովորաբար դա արել են տանը: Իրավիճակը համարյա նույնն է եղել տապակած ձվի՝ ձվածեղի օգտագործման հարցում: Երեխաների համարյա 62%-ը նշել են, որ ձվածեղ կերել են շաբաթական երկու-երեք անգամ (40.5%), մեկ անգամ (15.2%), կամ համարյա ամեն օր (6.3%): Բուլոր այս երեխաները ձվածեղ կերել են իրենց տանը: Նրանք, ովքեր վերջին յոթ օրվա ընթացքում ձվածեղ չէին կերել, որպես դրա պատճառ հիմնականում նշել են այդ սննդամթերքի բացակայությունը (70%), թանկությունը (23.3%) կամ չսիրելը (6.7%): Վերջին յոթ օրվա ընթացքում եփած ձուլ կերել էին երեխաների 26.6%-ը, որից 21.5%-ը՝ շաբաթը մեկ անգամ, իսկ 5.1%-ը՝ երկու-երեք անգամ: Երեխաների համարյա 14.3%-ը ձուլ կերել էին գիշերօթիկ դպրոցում, իսկ 85.7%-ը՝ տանը: Երեխաների մեծ մասը (73.4%) վերջին յոթ օրվա ընթացքում ձուլ չէին կերել, որի պատճառը 59.6% դեպքերում եղել էր այդ սննդամթերքի բացակայությունը, թանկությունը (17.5%) կամ դուր չգալը (21.2%):

Երեխաների կեսից ավելին (55.7%, n=44) նշել են, որ նախորդ յոթ օրվա ընթացքում կարագ չէին կերել, ինչը բացատրվել էր 47.7% դեպքերում՝ այդ սննդամթերքի բացակայությամբ, թանկությամբ (18.2%) կամ դուր չգալով (34.1%): Նրանք, ովքեր կարագ կերել էին, դա արել էին տանը:

Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում հարցման ենթարկված երեխաների շուրջ 40%-ը պատասխանել են, որ նրանք կանաչ բանջարեղեն կերել են շաբաթական երկու-երեք անգամ (100%-ում դրա հնարավորությունը նրանք ունեցել են տանը), 5.2%-ը՝ շաբաթական մեկ անգամ, իսկ 13.1% երբևիցե կանաչեղեն չէին կերել: Վերջիններիս 44.7%-ը որպես դրա պատճառ նշել են այդ սննդամթերքի բացակայությունը, 23.7%-ը՝ թանկությունը, իսկ 31.6%-ը՝ չսիրելը: Հուն գազար՝ աղցանների կամ հյու-

թի ձևով, չէին կերել երեխաների 78.7%-ը, իսկ մնացածը հուն գազար կերել էին տանը շաբաթը մեկ անգամ (9.3%), կամ երկու-երեք անգամ (10%): Գազար չուտողների ճնշող մեծամասնությունը (90.8%) որպես դրա պատճառ նշել են դրա բացակայությունը: Դրում երբևիցե չէին կերել երեխաների 88.6%-ը, իսկ շաբաթական մեկ կամ երկու-երեք անգամ կերել էին, համապատասխանաբար, 7.6% և 3.8%-ը: Դրում չօգտագործելու պատճառը 89.8% դեպքերում եղել է դրա բացակայությունը, 4.7%-ում՝ թանկությունը, իսկ երեխաների 5.4%-ը դրում չէր սիրում:

Սննդի հետ հուն լուլիկ վերջին յոթ օրվա ընթացքում օգտագործել էին երեխաների 56.4%-ը, բոլորը դա արել էին տանը: Լուլիկ չուտելու հիմնական պատճառը երեխաների մեծամասնության (70.1%) համար եղել է դրա թանկությունը: Պատասխանելով այն հարցին, թե արդյոք նրանք ուտու՞մ են ծիրան (պահածոյացված / հյութ), երեխաների 96.2% -ը պատասխանել են «Ոչ»՝ 98.9% դեպքերում դա բացատրելով այդ սննդամթերքի բացակայությամբ: Գործնականում վիճակը նույնն է եղել ծիրանի չրի առումով: Չամիչ չէին կերել երեխաների 79.3%-ը, այդ թվում 96.1%-ը՝ դրա բացակայության պատճառով: Իսկ մնացած երեխաները չամիչ կերել էին շաբաթը մեկ (11%) անգամ կամ երկու-երեք անգամ (9%):

Ռետինուլի աղբյուր հանդիսացող կենդանական սննդամթերքներից լյարդ կերել էին երեխաների 10.7%-ը, բոլորը՝ տանը: Իսկ լյարդ չուտելու պատճառների թվում դրա բացակայությունը նշել են երեխաների 38.1%-ը, թանկությունը՝ 51.9%-ը, իսկ չսիրելը՝ 10%-ը: Երեխաների մեծ մասը (67%) իրենց սննդակարգում ունեցել են եփած ձու (դեղնուց), և համարյա բոլորը՝ տանը: Չու չուտող երեխաների կեսը (51%) դա բացատրել են այդ սննդամթերքի թանկությամբ, 34.4%-ը՝ բացակայությամբ, իսկ 14.6%-ը՝ չսիրելով: Երեխաների 50.2%-ը նշել են, որ ուտում են ձվածեղ: Վերջին շաբաթվա ընթացքում ձուկ չէին կերել երեխաների 86.3%-ը, որի պատճառները

եղել էին այդ սննդամթերքի բացակայությունը (64.1%) և թանկությունը (31.5%): Իսկ բոլոր նրանք, ովքեր ձուկ կերել էին, դա արել էին տանը: Այն երեխաները, ովքեր չէին կերել կարագ (70.4%), դա բացատրում էին վերջինիս բացակայությամբ (39.9%), թանկությամբ (25.6%), իսկ 34.5%-ը նշել են, որ կարագ չեն սիրում: Կարագ օգտագործած երեխաների 14.8%-ը նշել են, որ կարագ կերել են համարյա ամեն օր, 11.7%-ը՝ շաբաթական երկու-երեք անգամ, իսկ 3.1%-ը՝ շաբաթը մեկ անգամ (բոլորը դրա հնարավորությունն ունեցել են տանը):

Վարդաշենի կրթական համալիրում անցկացված հարցումները սննդի ընդունման վերաբերյալ տվել են հետևյալ արդյունքները.

Բոլոր երեխաներն օգտագործել էին կանաչ բանջարեղեն, չնայած՝ տարբեր հաճախականությամբ: Նրանց ճնշող մեծամասնությունը (80.4%) նշել են, որ կանաչեղեն կերել են շաբաթական երկու-երեք անգամ, 17.9%-ը՝ համարյա ամեն օր, իսկ 1.8%-ը՝ շաբաթական մեկ անգամ: Երեխաների համարյա 85.2%-ն այս սննդամթերքը կերել էին դպրոցում, իսկ 14.8%-ը՝ տանը: Իրենց սննդակարգում հում գազար չէին օգտագործել հարցվածների 91.1%-ը, և դրա միակ պատճառը եղել էր այդ սննդամթերքի բացակայությունը: Դրումը ընդգրկված չէր եղել երեխաների 94.6%-ի սննդակարգում, և դրա պատճառը 98.1%-ում եղել էր նույնը՝ այդ մթերքի բացակայությունը: Համարյա բոլոր երեխաները (96.4%) կերել էին հում լոլիկ, նրանցից 50%-ը՝ շաբաթական երկու-երեք անգամ, 41.1%-ը՝ համարյա ամեն օր, իսկ 5.4%-ը՝ շաբաթը մեկ անգամ: Երեխաների 90%-ը նշել են, որ լոլիկ կերել են գիշերօթիկ դպրոցում: Ծիրանի պահածոյացված հյութ օգտագործել էին երեխաների 62.5%-ը, որոնցից 33.9%-ը՝ շաբաթական 2-3 անգամ, 17.9%-ը՝ շաբաթական մեկ անգամ, իսկ 10.7%-ը՝ համարյա ամեն օր: Երեխաների ճնշող մեծամասնությունը (81.3%) ծիրանի հյութն օգտագործել էին գիշերօթիկ դպրոցում: Իսկ նրանք, ովքեր հյութ չէին օգտագործել, որպես դրա պատճառ 100%-ով նշել էին դրա բացակայությունը:

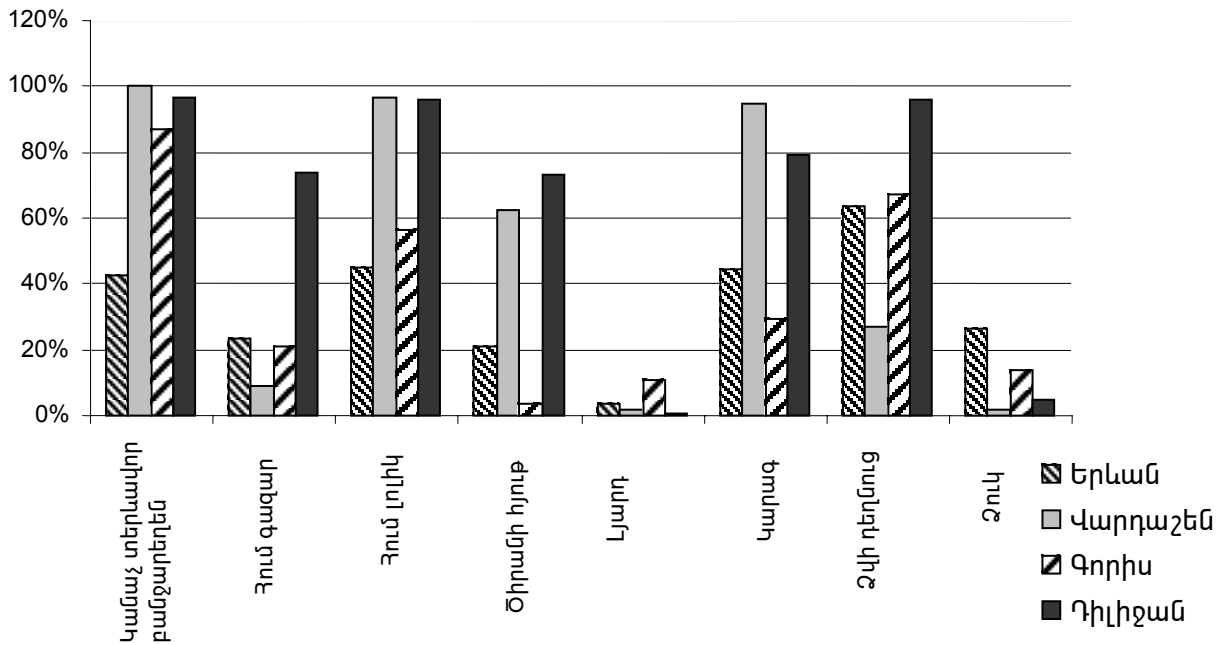
Հակառակ ծիրանի հյուսիս, ծիրանաչիր չէին կերել համարյա բոլոր երեխաները (98.1%)։ միակ բացատրությունը եղել է դրա բացակայությունը։ Բացարձակապես նույն իրավիճակն է եղել չամիչի օգտագործման առումով։ Նույն արդյունքներն են ստացվել, երբ երեխաները հարցվել են լյարդ օգտագործելու մասին։ Երեխաների ճնշող մեծամասնությունը (73.2%) սննդում չէին օգտագործել եփած ձու, իսկ ձվածեղ չէին կերել նույնիսկ ավելի մեծ թվով երեխաներ (91.1%)։ Երեխաների ավելի քան 95%-ը ձու չուտելը բացատրել են դրանց բացակայությամբ։ Ձուկ չէին կերել երեխաների 98.2%-ը, և համարյա նրանք բոլորը որպես դրա պատճառ նշել են այդ նույն «բացակայությունը»։ Երեխաների գերակշռող մեծամասնությունը (94.6%) օգտագործել էին կարագ, ըստ որում նրանց մեծ մասը (87.5%) կարագ կերել էին ամեն օր։ 97.9% դեպքերում կարագը մատուցվել էր գիշերօթիկ դպրոցում։

Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում համարյա բոլոր երեխաները (96.4%) նշել են, որ կերել են կանաչ բանջարեղեն, ըստ որում 95%-ին այն մատուցվել է դպրոցում։ Երեխաների մեծ մասը (69.9%) կանաչեղեն կերել էին շաբաթական 2-3 անգամ։ Հում գազարը երեխաների սննդակարգում շաբաթը մեկ անգամ ընդգրկվել էր 48.2% դեպքերում, շաբաթը 2-3 անգամ՝ 24.7%-ում, ըստ որում մեծամասամբ (89.9%) այն մատուցվել է դպրոցում։ Իսկ այն երեխաները, որոնք գազար չէին կերել (26.5%), դա բացատրում էին գազար չսիրելով (23.3%) կամ այդ սննդամթերքի բացակայությամբ (76.7%)։ Դիում չէին կերել երեխաների 98.2%-ը, հիմնականում՝ այդ սննդամթերքի բացակայության պատճառով (98.7%)։ Հում լոլիկը եղել էր համարյա բոլոր երեխաների (95.8%) շաբաթվա սննդակարգում և մեծամասամբ (60.8%) երեխաներին տրվել էր շաբաթը 2-3 անգամ։ Համարյա բոլոր երեխաներին (95.7%) լոլիկը մատուցվել է գիշերօթիկ դպրոցում։ Ծիրանը (պահածոյացված / հյութ) նույնպես ընդգրկված է եղել երեխաների մեծ մասի (73.3%) շաբաթական

սննդակարգում: Երեխաների 81%-ը նշել են, որ ծիրանը մատուցվել է դպրոցում: Իսկ նրանք, ովքեր իրենց սննդում ծիրան չէին օգտագործել, որպես պատճառ նշել են միայն դրա բացակայությունը: Հարցված երեխաները բոլորովին չէին օգտագործել ծիրանաչիր՝ վերջինիս բացակայության պատճառով: Սննդում չամիչի և լյարդի օգտագործման վիճակը գործնականորեն եղել է նույնը, ինչ ծիրանինը: Երեխաների 60.8%-ը եփած ձու օգտագործել էին շաբաթը 2-3 անգամ, 31.3%-ը՝ համարյա ամեն օր, իսկ 3.6%-ը՝ շաբաթական մեկ անգամ: Երեխաների համարյա 95%-ը նշել են, որ ձու կերել են գիշերօթիկ դպրոցում: Ձու չկերած երեխաների 87.5%-ը դա պատճառաբանել են նրանով, որ ձու չեն սիրում: Ձվածեղ կերել էին երեխաների միայն 12.6%-ը, ըստ որում համարյա նրանք բոլորը (95%) այդ հնարավորությունն ունեցել էին տանը: Բոլոր այն երեխաները, ովքեր ձվածեղ չէին կերել, դա պատճառաբանել էին այդ սնդատեսակի բացակայությամբ: Ձուկը մյուս սննդամթերքն էր, որն ընդգրկված չէր եղել համարյա բոլոր երեխաների (95.2%) շաբաթվա սննդակարգում: Ձուկ չուտելու պատճառը նույնպես եղել է դրա բացակայությունը: Երեխաների շուրջ 78.9%-ն իրենց շաբաթական սննդակարգում ունեցել են կարագ: Նրանց մեծամասնությունը (65.7%) կարագ կերել էին համարյա ամեն օր, ըստ որում 98.3% դեպքերում՝ գիշերօթիկ դպրոցում: Կարագ չուտելու հիմնական պատճառը եղել է այն չսիրելը (97.2%):

Պատկեր 6. Հետազոտված չորս գիշերօթիկ դպրոցների երեխաների կողմից վիտամին A պարունակող հիմնական սննդամթերքների օգտագործման համեմատությունը:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002.

Վիտամին A պարունակող սննդամթերքի օգտագործումը



Համաձայն HKI ՍՏՆՊԻ ԸՆԴՈՒՆՄԱՆ Հաճախականության մեթոդի մոտեցումների [9], յուրաքանչյուր հարցաշարում հաշվարկվել է կենդանական և կշռված վիտամին A-ի հաշիվը, այնուհետև միջին ցուցանիշ է հաշվարկվել յուրաքանչյուր դպրոցի համար: Իսկ այն հարցը, թե յուրաքանչյուր տվյալ դպրոցի երեխաների մոտ առկա՞ է արդյոք վիտամին A-ի անբավարարության պրոբլեմ, որոշվել է հետևյալ երկու սահմանային արժեքներից մեկով.

- Վիտամին A-ի կենդանական աղբյուրների օգտագործման միջին հաճախականությունը կազմում է չափաթական ≤ 4 օր;
- Վիտամին A-ի կենդանական և բուսական աղբյուրների (կշռված ըստ աղբյուրի) ընդհանուր օգտագործման միջին հաճախականությունը կազմում է չափաթական ≤ 6 օր:

Ըստ վերը նշված ստանդարտների, հաշվարկվել են երկու սահմանային արժեքները: Այդ արդյունքները ներկայացված են աղյուսակ 1-ում:

Աղյուսակ 1. Վիտամին A-ի կենդանական աղբյուրների, ինչպես նաև Վիտամին A-ի կենդանական և բուսական աղբյուրների ընդհանուր օգտագործման միջին հաճախականությունը:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002.

Միջին հաճախականությունը	Երևան	Գորիս	Վարդաշեն	Դիլիջան
Վիտամին A-ի կենդանական աղբյուրներ	6.26	5.86	7.45	9.41
Վիտամին A-ի կենդանական և բուսական աղբյուրներ	7.48	7.07	9.2	11.1

Նույնիսկ չնայած որ ստացված թվերն ավելի բարձր են, քան համայնքում վիտամին A-ի անբավարարությունը մատնանշող սահմանային արժեքները, այնուամենայնիվ դրանք շատ փոքր են և մոտ են եզրային մակարդակների: Ամենավատ արդյունքները ստացվել են Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում, որին հետևում է Երևանի գիշերօթիկ դպրոցը:

Չարցագրույցում ներառվել էին նաև մի խումբ հարցեր, որոնց նպատակն էր բացահայտել վիտամին A-ի անբավարարության ենթակլինիկական նշանները:

Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի հարցման ենթարկված երեխաների 53.8 %-ը նշել են, որ իրենց ցերեկային տեսողությունը «բավականին վատ է», իսկ 46.2%-ը՝ որ այն «բավականին լավն է» կամ «գերազանց»: Մթության մեջ տեսողության տվյալները բերված են Պատկեր 7-ում: Երեխաների համարյա 36%-ը (n=72) նշել են, որ օրվա մութ ժամանակ չեն կարողանում խաղալ դրսում, իսկ 58.3%-ը՝ որ իրենք այնպես լավ չեն տեսնում, ինչպես իրենց ընկերները: Երեխաների կեսից ավելին (60.9%) ասել են, որ մթության մեջ դժվարությամբ են կարողանում տեսնել առարկաները:

Սակայն երեխաների մոտավորապես 74.2%-ը նշել են, որ երեկոյան իրենց տեսողությունը չի նվազում: Հարցման ենթարկված բոլոր երեխաների 35.7%-ը (n=70) ասել են, որ մթության մեջ վախենում են վնասվածք ստանալ, սակայն միայն 17.1%-ն են նշել, որ երեկոյան խաղալիս բախվում են ինչ-որ բաների:

Բոլոր այս հարցերը բաժանված են երկու խմբի՝ հավկուրության պարամետրերի հետևյալ երկու հիմնական խմբերի գնահատման համար. ա) Կողմնորոշումը և տեսողությունը մթության մեջ, որը բաժանվել է հետևյալ կատեգորիաների՝ մթության մեջ վատ տեսողություն՝ 56.9%; մթության մեջ բավարար տեսողություն՝ 16.7%; մթության մեջ լավ տեսողություն՝ 26.4%; բ) Տեսողությունը և ընկալումը մթության մեջ, որը բաժանվել է հետևյալ կատեգորիաների՝ մթության մեջ վատ տեսողություն՝ 20.8%; մթության մեջ բավարար տեսողություն՝ 27.8%; մթության մեջ լավ տեսողություն՝ 51.4%:

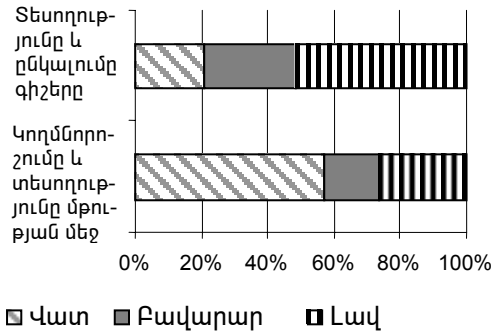
Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում երեխաների համարյա 80.7%-ը (համակցված) իրենց ցերեկային տեսողությունը գնահատել են որպես «գերազանց» կամ «լավ»: Երեխաների շուրջ 19.3%-ն իրենց ցերեկային տեսողությունը գնահատել են որպես «սարսափելի վատ» կամ «բավականին վատ»: Մթության մեջ տեսողության տվյալները բերված են Պատկեր 8-ում: Երեխաների համարյա մեկ-քառորդը (25.5%) ասել են, որ չեն կարողանում մութ ժամանակ դրսում խաղալ: Համարյա նույնքան երեխաներ (24.1%) չեն կարողանում մթության մեջ այնպես լավ տեսնել, ինչպես իրենց ընկերները: Շրջապատող առարկաները մթության մեջ հեշտությամբ տեսնում են հարցվածների 78.4%-ը: Ջարմանալիորեն, բոլոր երեխաների միայն 8.9%-ն են ասել, որ մթության մեջ իրենց տեսողությունը վատանում է: Երեխաների 11.9%-ը վախենում են, որ մթության մեջ վնասվածք կստանան: Երեխաների 2.8%-ը նշել են, որ երեկոյան խաղալիս բախվում են տարբեր իրերի:

Վարդաշենի կրթական համալիրում երեխաների գերակշռող մեծամասնությունն իրենց ցերեկային տեսողությունը գնահատել են «գերազանց» և «բավականին լավ», իսկ 17.9%-ը՝ «բավականին վատ» և «սարսափելի»: Մթության մեջ տեսողության տվյալները բերված են Պատկեր 9-ում: Չնայած երեխաների 28.6%-ը նշել են, որ չեն կարողանում մթության մեջ այնպես լավ տեսնել, ինչպես իրենց ընկերները, նրանցից միայն 12.5%-ն են ասել, որ երեկոյան ժամերին դրսում չեն խաղում: Երեխաների 72.7%-ը մթության մեջ կարողանում են տեսնել առարկաները, իսկ 20.4%-ը հայտնել են, որ երեկոյան իրենց տեսողությունը վատանում է: Երեխաների 25%-ը պատասխանել են, որ վախենում են մթության մեջ վնասվածք ստանալ, իսկ 14.3%-ը նշել են, որ երեկոյան խաղալիս բախվում են շրջապատող իրերի:

Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում ցերեկային տեսողությունը «բավականին վատ» կամ «սարսափելի» են գնահատել երեխաների 25.4%-ը, իսկ «գերազանց» կամ «բավականին լավ»՝ հարցվածների 74.5%-ը: Մթության մեջ տեսողության տվյալները բերված են Պատկեր 10-ում: Երեխաների մեծամասնությունը (83.6%) նշել են, որ մութ ժամանակ իրենք կարողանում են խաղալ դրսում: Համարյա նույն թվով երեխաներ (86.1%) նշել են, նրանք մթության մեջ հեշտորեն են կարողանում տեսնել առարկաները: Այնուամենայնիվ, 75.8%-ը նշել են, որ երեկոյան ժամերին իրենք տեսնում են նույնքան լավ, որքան իրենց ընկերները: Երեկոյան տեսողության վատացման մասին հայտնել են երեխաների 4.3%-ը, իսկ մթության մեջ առարկաներին բախվելու մասին նշել են 3%-ը: Այնուամենայնիվ, 13.9%-ը նշել են, որ մթությունից վախենում են:

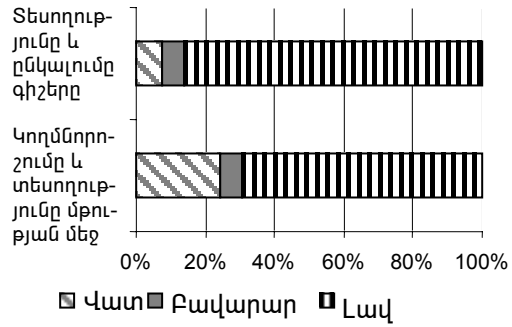
Պատկեր 7. Տեսողությունը և կողմնորոշումը մթության մեջ. Երևանի գիշերօթիկ դպրոց (n=72). ԳԴՏԽԾ 2002.

Երևանի դպրոցի երեխաների (n=72) գիշերային տեսողությունը



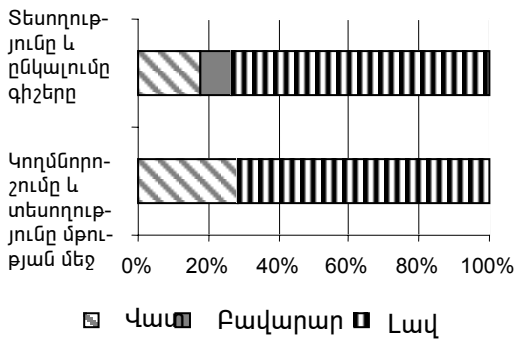
Պատկեր 8. Տեսողությունը և կողմնորոշումը մթության մեջ. Գորիսի գիշերօթիկ դպրոց (n=290). ԳԴՏԽԾ 2002.

Գորիսի դպրոցի երեխաների (n=290) գիշերային տեսողությունը



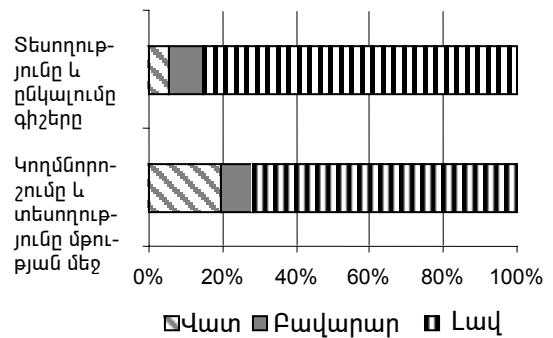
Պատկեր 9. Տեսողությունը և կողմնորոշումը մթության մեջ. Վարդաշենի կրթական համալիր (n=56). ԳԴՏԽԾ 2002.

Վարդաշենի դպրոցի երեխաների (n=56) գիշերային տեսողությունը



Պատկեր 10. Տեսողությունը և կողմնորոշումը մթության մեջ. Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոց (n=165). ԳԴՏԽԾ 2002.

Դիլիջանի դպրոցի երեխաների (n=165) գիշերային տեսողությունը



Գիշերային «լավ», «բավարար» և «վատ» տեսողությամբ և կողմնորոշմամբ երեխաների քանակների հարաբերակցությունը միանման են եղել բոլոր դպրոցներում, բացի Երևանից, որտեղ երեխաների մեծամասնությունն ունեին տեսողության որևէ լուրջ խանգարում:

4.2. Մանկաբուժական զննում (սկրինինգ)

Մանկաբուժական սկրինինգն ընդգրկել է երեխայի հետ հարցազրույց անցկացնելը, նրա ունեցած գանգատները պարզելը, որին հետևել է ընդհանուր առողջական վիճակի օբյեկտիվ քննությունն ըստ օրգան-սխտեմների:

4.2.1. Հարցազրույց

Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում սկրինինգի ենթարկված բոլոր երեխաների (n=79) 14.1%-ն ունեին գանգատներ իրենց առողջության վերաբերյալ: Երեխաներին առաջարկվել է գնահատել՝ արդյոք նրանց առողջության վիճակը սահմանափակու՞մ է նրանց ամենօրյա գործունեությունը: Հարցվածների համարյա կեսը (45.5%) նշել են, որ իրենք չեն կարող խաղալ նույնքան լավ, ինչպես իրենց ընկերները, իսկ նրանց ճնշող մեծամասնությունը (70.8%) համաձայնվել են, որ իրենք կարողանում են ավելի քիչ բան անել, քան կուզեին: Երեխաների համարյա 32%-ը նշել են, որ իրենք ավելի շուտ են հոգնում, քան իրենց ընկերները: Բոլոր երեխաների 41.3%-ը համաձայնվել են այն պնդման հետ, որ «իրենց վիճակը հիմա որոշ չափով ավելի վատ է, քան մեկ ամիս առաջ», մոտավորապես 50.7%-ը նշել են, որ իրենց վիճակը նույնն է, և միայն 8%-ը չեն համաձայնվել պնդման հետ:

Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցի բոլոր երեխաների շուրջ 8.3%-ն ունեցել են առողջական գանգատներ: Այնուամենայնիվ համարյա բոլոր երեխաներն (98.2%) իրենց առողջությունը գնահատել են որպես «չատ լավ»: Երեխաների միայն 7.7%-ն են նշել, որ իրենք չեն կարողանում այնպես լավ խաղալ, ինչպես իրենց ընկերները, սակայն համարյա բոլոր երեխաները (96.1%) համաձայնվել են այն պնդման հետ, որ իրենք կարողանում են ավելի քիչ բան անել, քան կուզենային անել: Հարցվածների 12.2%-ը նշել են, որ իրենք ավելի շուտ են հոգնում, քան իրենց ընկերները: Հարցվածների 23.8%-ն իրենց առողջության ընթացիկ վիճակը գնահատել են

«որոշ չափով ավելի վատ, քան մեկ ամիս առաջ», իսկ մեծամասնությունը (72%) գնահատել են, որ այն «նույնն է մնացել»:

Վարդաշենի կրթական համալիրում երեխաների 13.2%-ն ունեցել են առողջական գանգատներ: Միևնույն ժամանակ, համարյա բոլոր երեխաները (98%) նշել են, որ իրենց շատ լավ են զգում: Երեխաների համարյա 11.6%-ը նշել են, որ իրենք չեն կարողանում այնպես լավ խաղալ, ինչպես իրենց ընկերները: Երեխաների ճնշող մեծամասնությունը (90.9%) նշել է, որ իրենք կարողանում են ավելի քիչ բան անել, քան կուզենային անել: Բոլոր երեխաների 24%-ը նշել են, որ իրենք ավելի շուտ են հոգնում, քան իրենց ընկերները: Իրենց ներկա առողջական վիճակը համեմատելով մեկ ամիս առաջվա վիճակի հետ, երեխաների համարյա 16%-ն ասել են, որ իրենք «որոշ չափով ավելի վատ են զգում», իսկ 78%-ն այն գնահատել է «նույնը»:

Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում բոլոր երեխաների շուրջ 9%-ն ունեցել են որոշ առողջական գանգատներ, սակայն համարյա բոլոր հարցվածները (98.8%) պատասխանել են, որ իրենց շատ լավ են զգում: Երեխաների շատ քիչ մասն (6.8%) է նշել, որ իրենք չեն կարողանում այնպես լավ խաղալ, ինչպես իրենց ընկերները: Ինչպես բոլոր մյուս դպրոցներում, համարյա բոլոր երեխաները (96.8%) նշել են, որ իրենք կարողանում են ավելի քիչ բան անել, քան կուզենային անել: Համարյա 11% -ը պատասխանել են, որ իրենք ավելի շուտ են հոգնում, քան իրենց ընկերները: Երեխաների մեծամասնությունն (68.1%) իրենց առողջության ներկա վիճակը գնահատել են որպես «նույնը, ինչ մեկ ամիս առաջ», բայց 28.3%-ը նշել են, որ այն «վատացել է»:

Մանկաբույժի հետ հարցազրույցի ընթացքում յուրաքանչյուր երեխային ներկայացվել (ընթերցվել) է տարբեր ախտանիշերի ցանկ, որից երեխան պետք է ընտրեր

իր մոտ նկատվող նշանները և դրանց հաճախականությունն ըստ հետևյալ սանդղակի՝ ամեն օր, ամեն շաբաթ, ամիսը մեկ անգամ, հազվադեպ, երբեք: Ստորև բերված թվերը հիմնված են այն գանգատների վրա, որոնց հաճախականությունը եղել է ամեն օր/շաբաթ կամ ամիսը մեկ անգամ: Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում հիմնական գանգատները եղել են գլխացավը (16.5%), հազը (14%), մրսածությունը/ հարբուխը (17.7%), կոկորդի ցավը (6.3%), բարձր ջերմությունը (7.6%), սրտխառնոցը կամ փսխումները (12.7%), գիշերային քրտինքը (8.9%), ախորժակի բացակայությունը (10%): Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում նշվել են հիմնականում հետևյալ գանգատները. գլխացավը (6.2%), գիշերային քրտինքը (12.5%), գիշերամիզությունը (7.6%), կոկորդի ցավը (2.8%), ախորժակի բացակայությունը (4.8%): Վարդաշենի կրթական համալիրում երեխաների համարյա 16%-ը գանգատվել են գլխացավերից, 21.4%-ը նշել են գիշերային քրտնարտադրություն, իսկ 23.2%-ը՝ գիշերամիզություն: Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում դպրոցական երեխաների հիմնական առողջական գանգատները եղել են գլխացավերը (7.2%), հազը (5.4%) և գիշերային քրտնարտադրությունը (3%):

Ֆիզիկական ակտիվությունը պարզաբանվել է մեկ այլ խումբ հարցերով: Երեխաներին հարցեր են տրվել իրենց կողմից սովորաբար կատարվող ֆիզիկական վարժությունների տեսակների մասին: Դրանց պատասխանները խմբավորված են Աղյուսակ 3-ում: Բոլոր չորս դպրոցներում երեխաների մեծ մասը (Գորիսում՝ 99.3%, Դիլիջանում՝ 98.8%, Վարդաշենում՝ 81.8%, Երևանում՝ 67.6%) նշել են, որ իրենք մարզանք են անում կամ խաղում են համարյա ամեն օր: Ամենօրյա մարզանքի կամ սպորտային խաղերի տևողությունը եղել է երկու ժամ Գորիսում՝ 97.2% դեպքերում, Դիլիջանում՝ 89.6%, Վարդաշենում՝ 81.8% և Երևանում՝ 38% դեպքերում: Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների 23.9%-ը նշել են, որ իրենց ամենօրյա ֆիզիկական ակտիվության տևողությունը համարյա մեկ ժամ է, իսկ 38%-ինը՝ կես ժամ:

Աղյուսակ 2. Հիմնական ախտանիշերը, որոնք երեխաների կողմից նշվել են որպես առողջական գանգատներ:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002.

Դպրոցը	Հիմնական ախտանիշերը, որոնք երեխաների կողմից նշվել են որպես առողջական գանգատներ								
	Գլխացավ	Հազ	Մրսա-ծուխում / հարբուխ	Կոկորդիցավ	Բարձր ջերմություն	Սրտխառնոց կանփսխում	Գիշեր-րային բնույթի	Լխոժանկի վատացում	Գիշերա-միզույթ
Երևանի գիշերօթիկ դպրոց	16.5%	14%	17.7%	6.3%	7.6%	12.7%	8.9%	10%	-
Գորիսի գիշերօթիկ դպրոց	6.2%	-	-	2.8%	-	-	12.5%	4.8%	7.6%
Վարդաշենի կրթական համալիր	16%	-	-	-	-	-	21.4%	-	23.2%
Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոց	7.2%	5.4 %	-	-	-	-	3%	-	-

Դպրոցական աղջիկների ֆիզիկական զարգացման մասին ավելի լրիվ տեղեկություն ունենալու համար նրանց հարց է տրվել նաև առաջին դաշտանի ի հայտ գալու տարիքի վերաբերյալ: Նկատվել է, որ Գորիսի և Վարդաշենի դպրոցական աղջիկների մոտ առաջին դաշտանը սկսվել է ավելի ուշ տարիքում, քան Երևանի և Դիլիջանի դպրոցական աղջիկների մոտ (Աղյուսակ 4): Միջինների համեմատությունը ցույց է տվել վիճակագրորեն նշանակալի տարբերություններ չորս դպրոցների արդյունքների միջև (p=0.000):

Աղյուսակ 3. Ֆիզիկական ակտիվության տեսակները չորս գիշերօթիկ դպրոցների երեխաների շրջանում:

Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002.

Դպրոցը	Ամենօրյա մարզանք	Ֆիզկուլտուրայի դասերի խաղեր դպրոցում	Սպորտային զբոսայգիներ	Ոչ մարզանք	մի
Երևանի գիշերօթիկ դպրոց	26 32.9%	43 54.4%	52 65.8%	4 5.1%	
Գորիսի գիշերօթիկ դպրոց	3 1%	8 2.8%	281 97.9%	1 0.3%	
Վարդաշենի կրթական համալիր	2 3.8%	9 17.3%	47 90.4%	2 3.8%	
Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոց	1 0.6%	1 0.6%	164 98.8%	2 1.2%	

Աղյուսակ 4. Առաջին դաշտանի ի հայտ գալու միջին տարիքը հետազոտված չորս գիշերօթիկ դպրոցների աղջիկների շրջանում:

Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002.

Դպրոցը	Առաջին դաշտանի միջին տարիքը	Ստանդարտ շեղումը	Միջնակետը	Տիրույթը
Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոց	12.1	1.0	12.0	10-14
Երևանի գիշերօթիկ դպրոց	12.6	1.3	12.5	10-15
Վարդաշենի կրթական համալիր	13.5	1.1	13.5	12-16
Գորիսի գիշերօթիկ դպրոց	13.6	1.2	14.0	11-16

(ANOVA, p=0.000)

4.2.2. Անթրոպոմետրիկ չափումներ

Երեխայի ֆիզիկական զարգացման մասին ամբողջական տեղեկություն ունենալու համար կատարվել են անթրոպոմետրիկ չափումներ: Հասակ/ տարիք (կամ հասակ՝ ըստ տարիքի - ՋԸՏ) գործակիցը, որպես անցյալում սնուցման վիճակի ցուցանիշ, կիրառվել է՝ որոշելու համար վաղ մանկության շրջանում երկարատև անբավարար սնուցման հետևանքով առաջացած աճի կանգը (ետ մնալը): Քաշ/ տարիք (կամ քաշ՝ ըստ տարիքի – ՔԸՏ) գործակիցը, որպես սուր թերսնուցման ցուցանիշ, կիրառվել է՝ գնահատելու համար սպիտակուցային-էներգետիկ թերսնուցումը (ՍԵԹ) կամ գերսնուցումը: Քաշ/ հասակ (կամ քաշ՝ ըստ հասակի - ՔԸՀ) գործակիցը, որ-

պես սնուցման ընթացիկ վիճակի ցուցանիշ, կիրառվել է որոշելու համար հյուժվածությունը կամ գերսնուցումը:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱԶԿ) կողմից երաշխավորված՝ ԱՄՆ Առողջապահական վիճակագրության ազգային կենտրոնի (ԱՎԱԿ) մշակած աճի տոկոսները վերլուծության մեջ կիրառվել են որպես միջազգային հղումներ՝ տարբեր երկրներում առողջության և սնուցման վիճակը համեմատելու համար [7,8]: Հինգից ցածր և իննսունհինգից բարձր տոկոսային տիրույթները ($\pm 2SD$) համարվել են այն սահմանները, որոնց հետ երեխաների վերոհիշյալ բոլոր երեք գործակիցները համադրելով՝ որոշվել է նրանց մոտ աճի ետ մնալու, հյուժվածության կամ ճարպակալման առկայությունը: Եթե երեխայի մոտ ստացված գործակիցը 95%-ի տիրույթում է, դա նշանակում է, որ նույն տարիքային խմբի և սեռի 100 երեխաներից միայն 5-ն են, որ ունեն ավելի բարձր պարամետրեր, քան տվյալ երեխայինն է [7,8]:

Աղյուսակ 5-ում բերված տվյալներն ամփոփում են հետազոտված չորս դպրոցների 6-19 տարեկան 593 երեխաների անթրոպոմետրիկ չափումների արդյունքները:

Աղյուսակ 5. Հետազոտված չորս դպրոցների երեխաների անթրոպոմետրիկ չափումների արդյունքները (հաշվարկված են՝ կիրառելով ԱՅԿ ստանդարտները):

Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002.

Դպրոցը	Ընդհանուր թիվը	Աճով ետ մնացող ՅՆՏ	Թերսնուցված ՔՆՏ	Ավելորդ քաշ ունեցող ՔՆՏ	Հյուծված ՔՆՅ	ճարպակալված ՔՆՅ
Երևանի գիշերօթիկ դպրոց	80	12.5%	8.3%	0.0%	1.7%	5.1%
Գորիսի գիշերօթիկ դպրոց	291	14.2%	9.6%	0.0%	1.0%	0.7%
Վարդաշենի կրթական համալիր	56	25.0%	17.0%	1.9%	0.0%	0.0%
Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոց	166	8.5%	4.2%	0.6%	0.0%	2.4%
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	593	73	47	2	4	9

*Աճով ետ մնացող երեխաներ (p=0.021)
Թորսնուցված երեխաներ (p=0.028)*

Աճով ետ մնացող երեխաների ամենամեծ մասնաբաժինը (25%) գրանցվել է Վարդաշենի կրթական համալիրում, ինչը ցույց է տալիս, որ նրանք վաղ մանկության շրջանում երկար ժամանակ ստացել են անադելվատ (անբավարար) սնուցում: Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում աճով ետ մնացող երեխաների թիվը կազմել է 14.2%: Իսկ այդպիսի երեխաների ամենացածր տոկոսն (8.5%) արձանագրվել է Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում: Սուր թերսնուցման ցուցանիշի (ՔՆՏ) հարաբերակցությունն ըստ դպրոցների եղել է նույնատիպ, ինչ աճի ետ մնալու ցուցանիշին: Ամենաբարձր գործակիցը եղել է Վարդաշենի կրթական համալիրում (17.0%), այնուհետև՝ Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում (9.6%), Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում (8.3%), իսկ Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում այդ գործակիցը եղել է ամենացածրը՝ 4.2%:

Երեխաների քաշը համեմատվել է նրանց հասակի հետ՝ պարզելու համար, թե նրանց թվում կա՞ն արդյոք հյուծված երեխաներ: Հյուծված երեխաներ հայտնաբերվել են միայն երկու դպրոցներում՝ Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում (1.7%) և Գորիսի

գիշերօթիկ դպրոցում (1.0%): Ըստ ՔԸՅ գործակցի, ճարպակալված երեխաներ եղել են Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում՝ 5.1%, Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում՝ 2.4% և Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում՝ 0.7%: Ըստ ՔԸՏ գործակցի, ավելորդ քաշ ունեցող երեխաների թիվը Վարդաշենի կրթական համալիրում կազմել է 1.9%, իսկ Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում՝ 0.6%: Չորս դպրոցների երեխաների միջև տարբերությունը վիճակագրորեն նշանակալի էր աճի կանգի/ դանդաղման ($p=0.021$) և թերսնուցման ($p=0.028$) ցուցանիշների առումով: Աղյուսակ 6-ում բերված են աղջիկների և տղաների շրջանում որոշակի անթրոպոմետրիկ պարամետրերի տարածվածությունը: Բացառությամբ Գորիսի, աճի ետ մնալը, թերսնուցումը և հյուծվածությունն ավելի տարածված են տղաների, քան աղջիկների մոտ:

Վիճակագրորեն նշանակալի կապ է բացահայտվել մի կողմից՝ շլության և մյուս կողմից՝ սնուցման նախկին և ներկա վիճակը ցույց տվող երկու անթրոպոմետրիկ պարամետրերի՝ աճի ետ մնալու ($p\text{-value}=0.009$) և թերսնուցման ($p\text{-value}=0.021$) միջև:

Աղյուսակ 6. Հետազոտված չորս դպրոցներում անթրոպոմետրիկ պարամետրերի բաշխումն ըստ սեռերի (հաշվարկված են կիրառելով ԱՀԿ ստանդարտները):

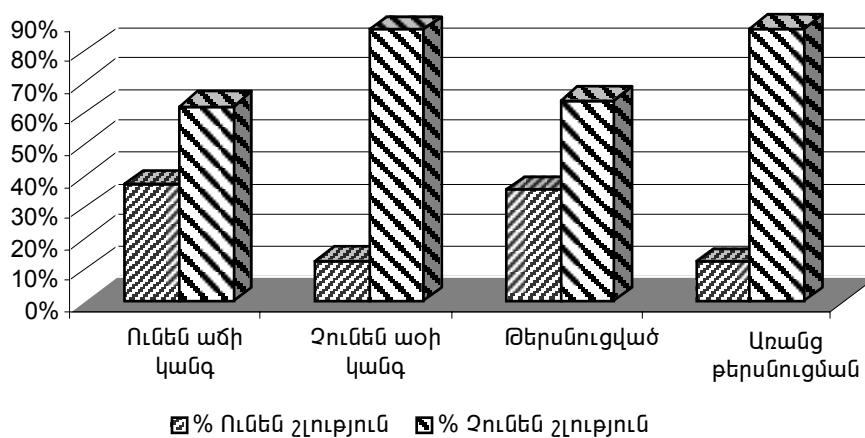
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002.

Դպրոցը	Ընդհանուր թիվը	Աճուրդնացող ՉԸՏ %		Ետ թերսնուցված ՔԸՏ %		Ավելորդ քաշ ունեցող ՔԸՏ %		Հյուսված ՔԸՀ %		ճարպակալված ՔԸՀ %	
		Ար	Իգ	Ար	Իգ	Ար	Իգ	Ար	Իգ	Ար	Իգ
		Երևանի գիշերօթիկ դպրոց	80	19.2	4.5	11.5	4.5	0.0	0.0	3.6	0.0
Գորիսի գիշերօթիկ դպրոց	291	13.5	15.1	7.1	12.7	0.0	0.0	0.6	1.6	0.0	0.0
Վարդաշենի կրթական համալիր	56	30.8	19.2	33.3	0.0	3.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոց	166	13.3	3.7	6.0	2.5	0.0	1.2	0.0	0.0	1.2	3.7
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	593	45	28	28	19	1	1	2	2	3	4

Պատկեր 11. Կապը շլուքյան և սնուցման ներկա ու նախկին վիճակը ցույց տվող անթրոպոմետրիկ պարամետրերի (թերսնուցված և աճի կանգ ունեցող երեխաների) միջև:

Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002.

Կապը շլուքյան և երեխաների սնուցման վիճակի միջև



4.2.3. Օբյեկտիվ քննության հիմնական եզրահանգումները

Չորս դպրոցներում սկրինինգի ենթարկված դպրոցականների շրջանում ի հայտ են բերվել առողջության խանգարումների նկատելի տարբերություններ (Պատկեր 13): Չայտնաբերված խանգարումներից շատերը, ինչպես օրինակ, ատամի խռոչները, խրոնիկական տոնզիլիտները, սուր շնչական ինֆեկցիաները և ոսկրա-մկանային դեֆորմացիաները կարող են պայմանավորված լինել ներկա կամ նախկին անբավարար սնուցմամբ, դրան հաջորդող թուլացած իմունիտետով և անբավարար ֆիզիկական զարգացմամբ (ֆիզիկական ամրության պակասով): Ատամների խռոչների ամենաբարձր տոկոսը (39.2%) եղել է Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների մոտ, իսկ ամենացածրը (16.2%)՝ Գորիսի Գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների շրջանում: Այս տարբերությունը կարելի է բացատրել նրանով, որ Չովարդ Կարագյոզյան հիմնադրամը Գորիսի երեխաների շրջանում անցկացրել էր ատամների վիճակի սկրինինգ: Այդ երեխաներից շատերն արդեն բուժվել էին ատամնաբույժի մոտ, իսկ մյուսները սպասում էին իրենց հերթին: Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում և Վարդաշենի կրթական համալիրում ատամների խռոչներ ունեցող երեխաների թիվը կազմել է, համապատասխանաբար, 17.5% և 19.6%:

Երեխաների մոտ առավել հաճախ հայտնաբերված ֆիզիկական զարգացման շեղումները եղել են ոսկրա-մկանային համակարգի տարբեր պաթոլոգիաները, ինչպիսիք են, օրինակ, թիակների տարամիտումը, կրծքավանդակի դեֆորմացիաները, ողնաշարի ծռումները և հարթաթաթուրությունը (Պատկեր 13): Կրծքավանդակի և ողնաշարի դեֆորմացիաներն ամենից տարածված են եղել Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցի երեխաների շրջանում (13.3%, n=22): Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում այդ պաթոլոգիան ունեցել են երեխաների 9.3%-ը, Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում՝ շուրջ 3.8%-ը, իսկ Վարդաշենի կրթական համալիրում ոչ մի այդպիսի դեպք չի արձանագրվել:

Աղյուսակ 7. Կրծքավանդակի և ողնաշարի դեֆորմացիաները սկրինինգի ենթարկված երեխաների շրջանում:

Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002.

Խանգարումը	Երևանի գիշերօթիկ դպրոց	Գորիսի գիշերօթիկ դպրոց	Վարդաշենի կրթական համալիր	Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոց
Կրծքավանդակի և ողնաշարի դեֆորմացիաներ	3.8%	9.3%	.0%	13.3%

Թիակների տարամիտվածությունը, որը հետևանք է անբավարար կանոնավոր ֆիզիկական մարզանքի և վատ սնուցման, շատ բարձր տոկոս է կազմել Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների շրջանում (55.7%): Գորիսում երեխաների համարյա կեսն (47.2%) ունեցել են այդ նույն խանգարումը, իսկ Դիլիջանում և Վարդաշենում դրանց դեպքերի թիվը կազմել է, համապատասխանաբար, 31.9% և 28.6%:

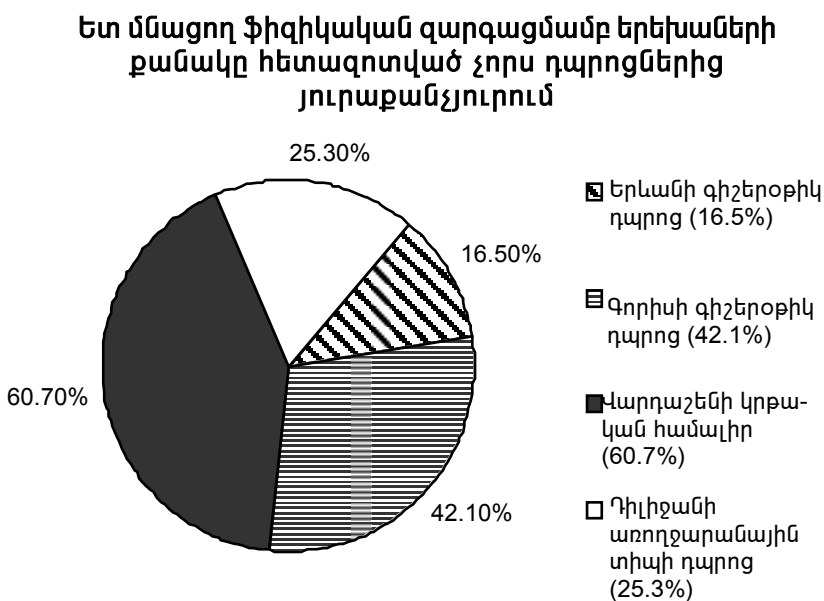
Չարթաթաթությունը հաճախ հետևանք է լինում վատորակ կոշիկներ հագնելու, որոնք չեն ունենում ոտքերի կամարները պաշտպանող կորություններ: Սոցիալ-տնտեսական անբարենպաստ պայմանները հնարավորություն չեն տալիս ծնողներին իրենց երեխաների համար գնել լավորակ կոշիկներ: Վարդաշենի և Երևանի գիշերօթիկ դպրոցներում հարթաթաթություն ունեցող երեխաների թվի կազմել է, համապատասխանաբար, 23.3% և 20.3%, Գորիսում՝ 19%, իսկ ամենացածրը (13.3%) եղել է Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում (Պատկեր 13).

Ոսկրա-մկանային համակարգի այդ սպեցիֆիկ դեֆորմացիաներից և պաթոլոգիաներից բացի, հետազոտված դպրոցների երեխաներից շատերի մոտ ախտորոշվել են ֆիզիկական զարգացման ուշացում, ցածր հասակ և անբավարար քաշ: Ամենից շատ թվով այդպիսի երեխաներ եղել են Վարդաշենի կրթական համալիրում (60.7%) և Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում (42.1%): Դիլիջանի առողջարանային տի-

պի դպրոցում այդ թիվը կազմել է մոտ 25.3%, իսկ ամենավոքը տոկոսն (16.5%) արձանագրվել է Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում (Պատկեր 12):

Սուր շնչառական ինֆեկցիաներ և խրոնիկական բրոնխիտի սրացումներ ունեցող երեխաների թիվն ամենից բարձրն է (7.6%) եղել Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում: Մյուս երեք դպրոցներում այդ պաթոլոգիաների թիվը եղել է ավելի ցածր. Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում՝ 5.4%, Վարդաշենի կրթական համալիրում՝ 3.6%, և Գորիսում՝ 0.7% (Պատկեր 13): Երեխաների անձնական գործերի ուսումնասիրությունը և մանկաբույժի կողմից ավելի խորացված հարցումը ի հայտ բերեցին երեխաների, որոնք հաճախ են հիվանդանում սուր շնչառական ինֆեկցիաներով: Այդպիսի երեխաներն ամենաշատն էին Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում (27.5%), իսկ ամենաքիչը՝ Վարդաշենի կրթական համալիրում (8.9%): Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում և Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում այդ թիվը կազմել է, համապատասխանաբար, 15.2% և 10.8%: Հաճախակի շնչառական ինֆեկցիաները կարող են հետևանք լինել թուլացած իմունիտետի և սնուցման վատ վիճակի:

Պատկեր 12. Ֆիզիկական զարգացման ուշացումը, ցածր հասակը և մարմնի անբավարար քաշը սկրինինգի ենթարկված երեխաների շրջանում: Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002.



Քթի միջնապատի ծռման և աղեւնիդների հետևանքով շնչառության դժվարացումը լայնորեն տարածված է եղել Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի (27.5%) և Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցի (15.2%) երեխաների շրջանում: Դիլիջանում այդպիսի շեղումներով երեխաների թիվը կազմել է 10.8%, իսկ Վարդաշենում՝ 8.9%: Քթի միջնապատի ծռումը և աղեւնիդները, խանգարելով երեխայի նորմալ շնչառությանը (երեխան շնչում է բերանով), կարող են նաև դեր խաղալ հաճախակի շնչառական ինֆեկցիաների առաջացման մեջ: Այնուամենայնիվ, վերլուծությամբ վիճակագրորեն նշանակալի կապ այս երկու խանգարումների միջև չի հայտնաբերված:

Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում եղել են երեխաներ, ովքեր կոնտակտի մեջ են եղել տուբերկուլյոզով հիվանդ անձանց հետ: Նրանք կազմել են 10.2%: Այնուամենայնիվ, մանկաբույժի կողմից անցկացված օբյեկտիվ քննությամբ ոչ մի կասկածելի դեպք չի հայտնաբերվել:

Մեծ թվով երեխաներ ունեցել են խրոնիկական տոնզիլիտ: Այդ իմաստով իրավիճակն ամենավատն է եղել Վարդաշենի կրթական համալիրում և Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում՝ համապատասխանաբար 37.5% և 35.5% (Պատկեր 13): Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում խրոնիկ տոնզիլիտ ունեցող երեխաների թիվը կազմել է 17.7%, իսկ Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում՝ 24.1%: Վերլուծությունը վեր է հանել վիճակագրորեն նշանակալի կապ ատամների խոռոչների և խրոնիկական տոնզիլիտի առաջացման միջև (Աղյուսակ 8): Դա սպասելի և կենսաբանորեն բացատրելի կապ էր, քանի որ այս երկու պաթոլոգիաներն էլ կարող են ունենալ նույն հարուցիչը՝ *ստրեպտոկոկը*: Ատամների կարիեսը բերանի խոռոչում խրոնիկական ինֆեկցիայի մի աղբյուր է, որը կարող է նպաստել տոնզիլիտի առաջացմանը և դրա խրոնիկ ընթացքին [15]:

Աղյուսակ 8. Հետազոտված չորս գիշերօթիկ դպրոցների երեխաների շրջանում ատամների խոռոչների և խրոնիկական տոնզիլիտի միջև հայտնաբերված կապը:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002.

Ատամների խոռոչներ	Խրոնիկական տոնզիլիտ		
	Ընդամենը	ունեցողների %-ը	չունեցողների %-ը
ունեցողների %-ը	118	38.1%	61.9%
չունեցողների %-ը	473	28.1%	71.9%
Ընդամենը	591	178	413

(χ^2 , p-արժեքը=0.034)

Սիրտ-անոթային համակարգի թեթև խանգարումները, ինչպիսիք են առիթմիան, սրտի պերկուտոր սահմանների լայնացումը և սրտի տոների խլացումը, որոնք հիմնականում կապված են եղել կրծքավանդակի և կրծոսկրի դեֆորմացիաների հետ, հայտնաբերվել են Երևանի գիշերօթիկ երեխաների 10%-ի և Վարդաշենի կրթական համալիրի 8.9%-ի մոտ: Սիրտ-անոթային համակարգի վերոհիշյալ խանգարումներն ունեցել են Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցի երեխաների միայն 1.8%-ը (n=3), իսկ Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում այդ թիվը եղել է 0.7% (n=2):

Էնդոկրին համակարգի խանգարումներից ամենից հաճախ հայտնաբերվել են սեռական հասունացման ուշացումը, դաշտանային ցիկլի խանգարումները և մազակալումը (հիրսուտիզմը) (Պատկեր 13): Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների 20.3%-ի մոտ ախտորոշվել են սեռական հասունացման ուշացում և դաշտանային ցիկլի խանգարումներ: Այս խանգարումները Վարդաշենի կրթական համալիրում դիտվել են երեխաների 7.1%-ի, Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցի՝ 5.5%-ի, և Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցի 4.8%-ի մոտ: Այս խանգարումների և տարբեր այլ շեղումների միջև կապերի վերլուծությունն ի հայտ է բերել վիճակագրորեն նշանակալի հակադարձ կապ սեռական հասունացման ուշացման և տեսողության սրության միջև:

Աղյուսակ 9. Կապը ուշացած սեռական հասունացման/դաշտանային ցիկլի և տեսողության (լավ տեսնող աչքով) սրության միջև:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Սեռական զարգացման կամ դաշտանային ցիկլի ուշացում ունեցող երեխաներ	Ընդամենը	Տեսողության սրությունը (լավ տեսնող աչքով)		
		1.0-0.4	0.3-0.05	<0.05
ԱՅՈ	21	42.9%	33.4%	23.8%
ՈՉ	190	68.4%	24.7%	6.8%
Ընդամենը	211	139	54	18

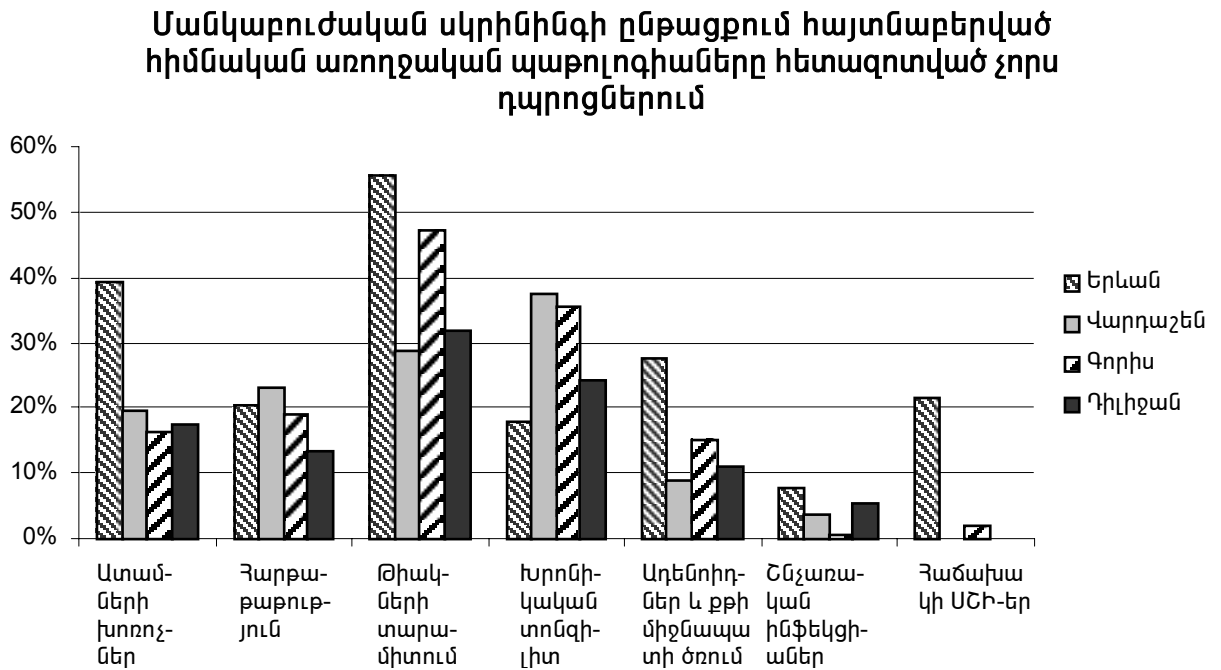
(χ^2 , p-արժեքը=0.017)

Հիրսուտիզմ օրհաստորոշվել է Վարդաշենի կրթական համալիրի երեխաների 7.1%-ի, Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների 5.1%-ի, Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցի երեխաների 3.6%-ի և Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների 3.1%-ի մոտ: Վահանաձև գեղձի մեծացում օրհաստորոշվել է միայն Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցի (2.8%, n=8) և Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցի երեխաների (2.4%, n=4) շրջանում:

Աղեստամոքսային համակարգի այնպիսի պաթոլոգիաները, ինչպես գաստրիտը, գաստրոդուոդենիտը և հեպատիտը բոլոր չորս դպրոցներում օրհաստորոշվել են քիչ թվով երեխաների մոտ: Ամենից քիչը դրանց տեսակարար կշիռը եղել է Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում՝ 0.6%, իսկ ամենաշատը՝ Վարդաշենի կրթական համալիրում՝ 5.4%:

Առողջության այլ խանգարումները, ինչպիսիք են վեգետատիվ-անոթային դիստոնիան, սննդային ակերգիան, ակերգիկ ռինիտները, աճուկային ճողվածքը, ռևմատիզմը, ակամա գիշերանիզությունը, խոսքի խանգարումները և այլն, կազմել են. Վազաշենի կրթական համալիրում՝ 21.4%, Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում՝ 16.5%, Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում՝ 13.9%, իսկ Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում՝ 13.1%:

Պատկեր 13. Մանկաբուժական սկրինինգի ընթացքում հայտնաբերված և ըստ օրգան-սիստեմների խմբավորված հիմնական առողջական պաթոլոգիաները հետազոտված չորս դպրոցներում:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002



4.3. Նեվրոլոգիական քննություն

4.3.1. Հարցազրույց

Երեխայի ֆիզիկալ քննությանը նախորդել է կարճ հարցազրույցը: Այն ընդգրկել է հարցեր ընդհանուր առողջական վիճակի, գլխացավերի և այլ գանգատների մասին: Նեվրոպաթոլոգը հետազալում օգտագործել է այս տեղեկությունը՝ ախտորոշման վերաբերյալ եզրակացություններ անելիս:

Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում երեխաների մեծամասնությունը (62.8%) ունեցել են առողջական բնույթի գանգատներ: Նրանց համարյա կեսը (49.4%) նշել են, որ ունենում են գլխացավեր, 17.9%-ի մոտ լինում են գիտակցության կորուստներ՝ ցնցումներով կամ առանց ցնցումների, իսկ 20.8%-ը նշել են, որ ունեցել են գլխի տրավմա:

Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում երեխաների շուրջ 52%-ը նշել են, որ պարբերաբար ունենում են կրկնվող բնույթի առողջական գանգատներ: Բոլոր երեխաների 41.4%-ը գանգատվել են գլխացավերից: Գիտակցության կորուստներ նշել են երեխաների 11.4%-ը, իսկ նրանց փոքր մասը (6.2%) նշել են, որ ունեցել են գլխի տրավմա:

Վարդաշենի կրթական համալիրում առողջական գանգատներ ունեցել են երեխաների 58.9%-ը: Երեխաներից շատերը (67.9%) գանգատվել են գլխացավերից: Բոլոր մյուս դպրոցների համեմատ այս դպրոցի երեխաների ավելի մեծ մասն է գանգատվել գիտակցության կորուստներից և նախկինում ունեցած գլխի տրավմայից (համապատասխանաբար՝ 21.2% և 25.9%):

Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում երեխաների 45.2%-ն ունեցել են առողջական գանգատներ: Նման համամասնությամբ երեխաներ (43.4%) գանգատվել են գլխացավերից: Գիտակցության կորուստներից և գլխի տարած տրավմայից գանգատվել են երեխաների, համապատասխանաբար, 6.6% և 3.6%-ը:

Չարցագրույցում նաև հարցեր են եղել դպրոցական առաջադիմության վերաբերյալ: Մասնակիցների տիպական գնահատականները տարբեր դպրոցներում եղել են տարբեր (Աղյուսակ 10):

Ամենավատ առաջադիմությունը եղել է Վարդաշենի կրթական համալիրի երեխաների մոտ: Երեխաներին առաջարկվել է նաև, որ նրանք իրենց դասակարգեն դպրոցականների հետևյալ կատեգորիաների շարքում. գերազանց, լավ և բավարարվատ: Ստացվել են համարյա նույն թվերը, ինչ դպրոցական գնահատականների դեպքում:

Աղյուսակ 10. Երեխաների դպրոցական առաջադիմությունը Չայաստանի չորս գիշերօթիկ դպրոցներում:

Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Դպրոցը	Տիպական դպրոցական գնահատականները		
	Գերազանց	Լավ	Բավարար / Վատ
Երևանի գիշերօթիկ դպրոց (n=78)	14.1%	43.6%	42.3%
Գորիսի գիշերօթիկ դպրոց (n=291)	21.0%	32.0%	47.1%
Վարդաշենի կրթական համալիր (n=56)	1.8%	14.3%	83.9%
Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոց (n=163)	18.4%	44.8%	36.8%

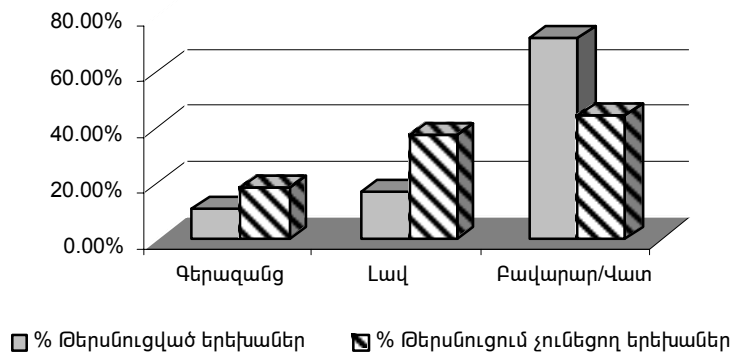
Դպրոցական առաջադիմության (տիպական դպրոցական գնահատականների) և երեխաների սնուցման վիճակի վերլուծությունը վեր է հանել վիճակագրորեն նշանակալի (χ^2 , $p=0.001$) կապ թերսնուցման (ՔԸՏ) և առաջադիմության միջև (Պատկեր 14): ՔԸՏ գործակցի համաձայն քաշի անբավարարություն ունեցող երեխաներն ունեցել են ամենավատ առաջադիմությունը: Մանկաբույժի գննության տվյալների հիման վրա մշակված՝ ուշացած ֆիզիկական զարգացման, կարճ հասակի և անբավարար քաշի համակցված փոփոխականը նույնպես դիտարկվել է դպրոցական առաջադիմության հետ կապի տեսանկյունից.- բացահայտվել է վիճակագրորեն նշանակալի կապ (χ^2 , $p=0.006$):

Սովորելու դժվարություններն ամենից ցայտուն արտահայտված էին Վարդաշենի կրթական համալիրի և Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների մոտ: Սակայն առաջինի դեպքում այդ հանգամանքը, ինչպես նաև ցածր առաջադիմությունը բացատրվում է նաև այն փաստով, որ այդ դպրոցն ունի ուղղիչ-կարգապահական կարգավիճակ, և այնտեղի երեխաներից շատերն ունեն դաստիարակության պրոբլեմներ և նույնիսկ հանցագործ անցյալ: Իրավիճակն ուրիշ էր Երևանի գիշերօթիկ

դպրոցում, որտեղ սովորող երեխաների մեծ մասը կույր են կամ ունեն տեսողության լուրջ խանգարումներ:

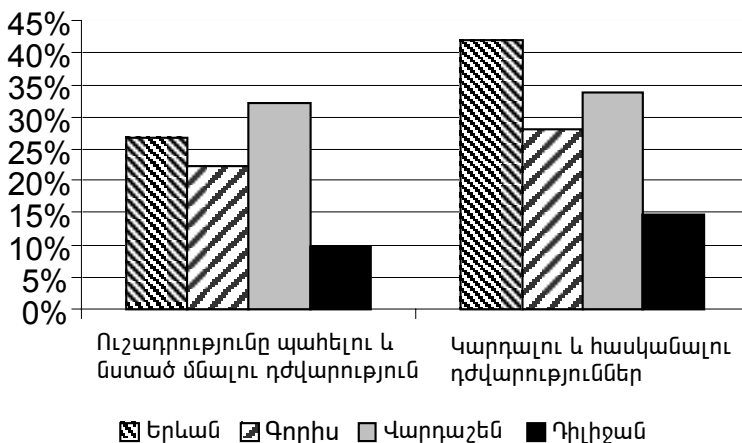
Պատկեր 14. Կապը սնուցման վիճակի (ՔՆՏ գործակցի) և դպրոցական առաջադիմության միջև:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Կապը թերսնուցման և դպրոցական միջին գնահատականների միջև:



Պատկեր 15. Սովորելու դժվարությունների համեմատականը հետազոտված չորս դպրոցներում:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Սովորելու դժվարություններ



4.3.2. Օբյեկտիվ քննությամբ ստացված հիմնական տվյալները

Նեվրոպատոլոգի կողմից անցկացված արտաքին քննությունը ներառել է հնարավոր զարգացման արատների հայտնաբերումը, գլխուղեղային նյարդերի ֆունկցիայի, շարժական ֆունկցիաների և մկանային տոնուսի, ջլային և մաշկային ռեֆ-

լեքսների, պաթոլոգիական ռեֆլեքսների, ստատիկ և կոորդինացիոն շարժումների, զգացողության և վեգետո-տրոֆիկական խանգարումների, ինչպես նաև բարձրագույն (կեղևային) ֆունկցիաների ստուգումը:

4.3.2.1. Ձարգացման անոմալիաներ

Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում նեվրոպաթոլոգը երեխաների 29%-ի մոտ (n=78) հայտնաբերել է հետևյալ անոմալիաները. էկզոֆթալմ` 30.4%; միկրոֆթալմ` 21.7%; ականջախեցիների ցածր կամ բարձր տեղակայում` 13%; թանբանման քիթ` 4.3%:

Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում նեվրոպաթոլոգը երեխաների 4.5%-ի մոտ (n=291) հայտնաբերել է հետևյալ անոմալիաները. էկզոֆթալմ` 7.7%; միկրոֆթալմ` 15.4%; «գմբեթանման քիմք»` 15.4%; դոլիխոցեֆալիա` 7.7%; վերին ծնոտի ռետրոգնացիա` 7.7%:

Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում երեխաների միայն 3%-ի (n=166) մոտ են ախտորոշվել որոշ անոմալիաներ. ականջախեցիների ցածր կամ բարձր տեղակայում` 60%, և ստորին ծնոտի ռետրոգնացիա` 40%:

Վարդաշենի կրթական համալիրում նեվրոպաթոլոգը չի հայտնաբերել զարգացման որևէ լուրջ անոմալիաներ:

4.3.2.2. Առողջության հիմնական խանգարումներ

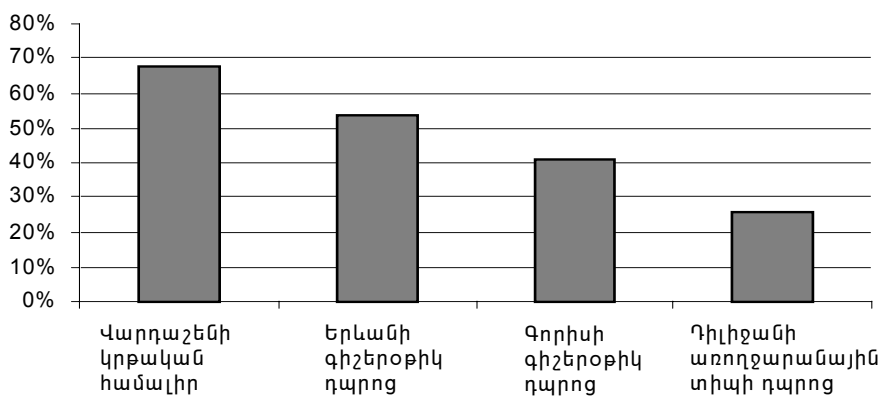
Չեստազոտված չորս դպրոցներում նեվրոպաթոլոգի կողմից ախտորոշվել են առողջության տարբեր խանգարումներ: Ամենից շատ այդպիսի խանգարումներ հայտնաբերվել են Վարդաշենի կրթական համալիրում (68%), իսկ ամենաքիչը` Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում (27%):

Նեվրոպաթոլոգի կողմից դրված յուրահատուկ ախտորոշումները խմբավորվել են յոթ հիմնական խմբերում, որոնց համեմատությունը սկրինինգի ենթարկված չորս դպրոցների երեխաների շրջանում տվել է հետևյալ արդյունքները.

Պատկեր 16. Նեվրոպաթոլոգի կողմից ախտորոշված առողջական պրոբլեմներ ունեցող երեխաների տեսակարար կշիռն ըստ չորս հետազոտված դպրոցների:

Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Նեվրոլոգիական քննությամբ հայտնաբերված առողջական պրոբլեմներ ունեցող երեխաների տեսակարար կշիռը



Խանգարումների ամենամեծ խումբը թեթև գլխուղեղային դիսֆունկցիան է, այդ թվում՝ մտավոր զարգացման ուշացումը, սահմանային ինտելեկտուալ անբավարարությունը և սովորելու հատուկ խանգարումները: Ըստ նեվրոպաթոլոգի կարծիքի, այս խանգարումները հիմնականում բացատրվում են դաստիարակության բացթողումներով, երեխաների նկատմամբ մեծահասակների (ծնողների և ուսուցիչների) ուշադրության անբավարարությամբ և վատ կրթությամբ: Ինչպես կարելի էր տրամաբանորեն ակնկալել, ամենավատ վիճակն այդ առումով դիտվել է Վարդաշենի կրթական համալիրում (30.4%): Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում այդպիսի խանգարումներ ունեցող երեխաների թիվը նույնպես եղել է բարձր՝ 19.7%: Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների մեծամասնությունն ապրում են իրենց տանը՝ ծնողների հետ, այլ ոչ թե դպրոցում, այդպիսով ունենալով ավելի մեծ խնամք և հսկողություն և, հետևաբար, նշված խանգարումների ավելի ցածր (12.4%) հիվանդացություն:

Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում այդ խանգարումների տարածվածությունը եղել է ամենացածրը (4.8%):

Նյարդային համակարգի ֆունկցիոնալ խանգարումները ներառել են նեվրոտիկ ռեակցիաները, տագնապների նեվրոզը, ակամա գիշերամիզությունը, նեվրասթենիան, նեվրոտիկ ջղաձգումները և լոգոնեվրոզը: Այս պաթոլոգիաները հիմնականում կապված են դաստիարակության խանգարումների, տարբեր սթրեսային գործոնների, սեռական հասունացման և ժառանգականության հետ: Կրկին, Վարդաշենի կրթական համալիրի երեխաներն ունեցել են այս խանգարումների ամենաբարձր ցուցանիշը (28.6%): Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցը Վարդաշենից հետո երկրորդ տեղում է (13.8%): Երևանի և Դիլիջանի դպրոցներում այդ ցուցանիշը եղել է, համապատասխանաբար, 11.8% և 7.2%:

Անգիոնեվրոզի/ վեգետատիվ-անոթային դիստոնիայի և Ռեյնոյի հիվանդության ամենաբարձր ցուցանիշն (17.9%) արձանագրվել է Վարդաշենի կրթական համալիրի երեխաների շրջանում: Օրգանիզմի թթվածնային հագեցվածությունը կարող է առաջացնել վեգետատիվ-անոթային դիստոնիա, որն իր հերթին կարող է հետևանք լինել անբավարար ֆիզիկական ակտիվության: Ռեյնոյի հիվանդությունը կարող է առաջանալ վերջույթների ցրտահարումից (ձմռանը ձեռնոցներ չհագնելուց): Մյուս երեք դպրոցներում այդպիսի խանգարումներ ունեցող երեխաների թիվը կազմել է. Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում՝ 15.1%, Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում՝ 10.5%, Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում՝ 10.3%:

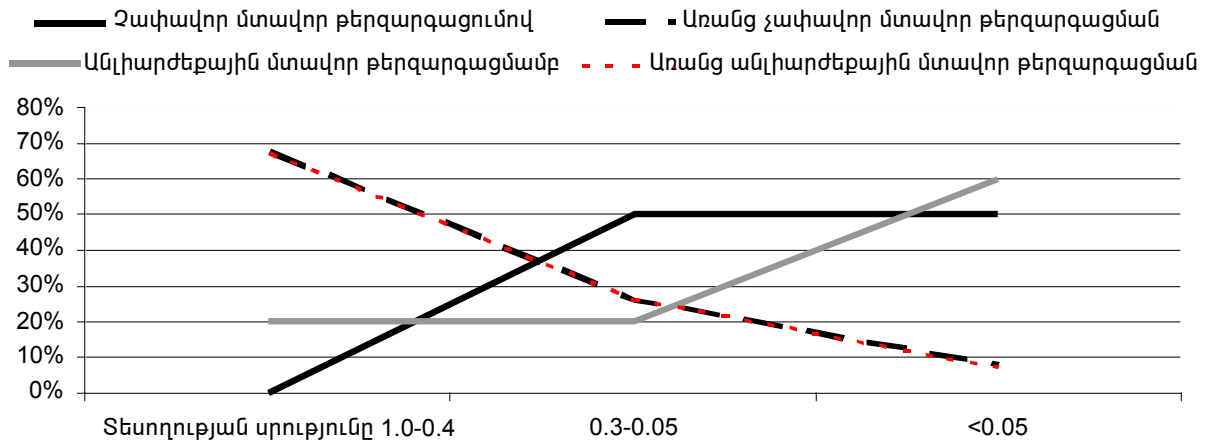
Անլիարժեքային մտավոր թերզարգացումը, որը զգացողական ինտեգրացիայի խանգարման (ՁԻԽ) ախտանիշներից մեկն է, հայտնաբերվել է միայն Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների մոտ (6.6%): Դա ակնկալվող արդյունք էր, քանի որ այդ

պաթոլոգիան, սովորաբար, հետևանք է լինում զգայարաններից որևէ մեկի լուրջ ախտահարման: «Միջին երեխայի» մոտ բոլոր զգացողությունները՝ շոշափման, տեսողության, լսողության, համի և հոտի, զարգանում և աշխատում են միասին: Այդ զգայարանների պատշաճ փոխգործակցությունը թույլ է տալիս մարդուն գործել և զգալ իրեն հարմարավետ: Եթե այդ զգայարաններից որևէ մեկը նորմալ չի գործում և այդ օրգանների ներդաշնակ փոխգործակցությունը խախտված է, այդպիսի երեխաների մոտ առաջանում է զգացողական ինտեգրացիայի խանգարում: Վերջինիս նշանները բավականին «առօրեական» են, և եթե դրանք անուշադրության մատնվեն ու չբուժվեն, հաճախ բացասական ազդեցություն են թողնում երեխայի վարքի, զարգացման և պատշաճ հաղորդակցվելու ու սովորելու ունակության վրա:

Ինչպես և կարելի էր կանխատեսել, վերլուծությունը վիճակագրորեն նշանակալի (χ^2 , p-value=0.000) կապ է բացահայտել տեսողության սրության և անլիարժեքային մտավոր թերզարգացման միջև (Պատկեր 17): Վաղ հասակում կենտրոնական նյարդային համակարգի օրգանական ախտահարման հետևանքով առաջացած չափավոր մտավոր թերզարգացում ախտորոշվել է Երևանի և Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցների երեխաների, համապատասխանաբար, 6.6% և 1.0%-ի մոտ: Նշված մտավոր անկարողությունը նաև կապակցված է եղել տեսողության սրության հետ (χ^2 , p-արժեքը=0.003) (Պատկեր17Ա):

Պատկեր 17Ա. Կապը տեսողության սրության և ԿՆՅ վաղ օրգանական ախտահարման հետևանքով առաջացած անլիարժեքային մտավոր թերզարգացման ու չափավոր մտավոր թերզարգացման միջև:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

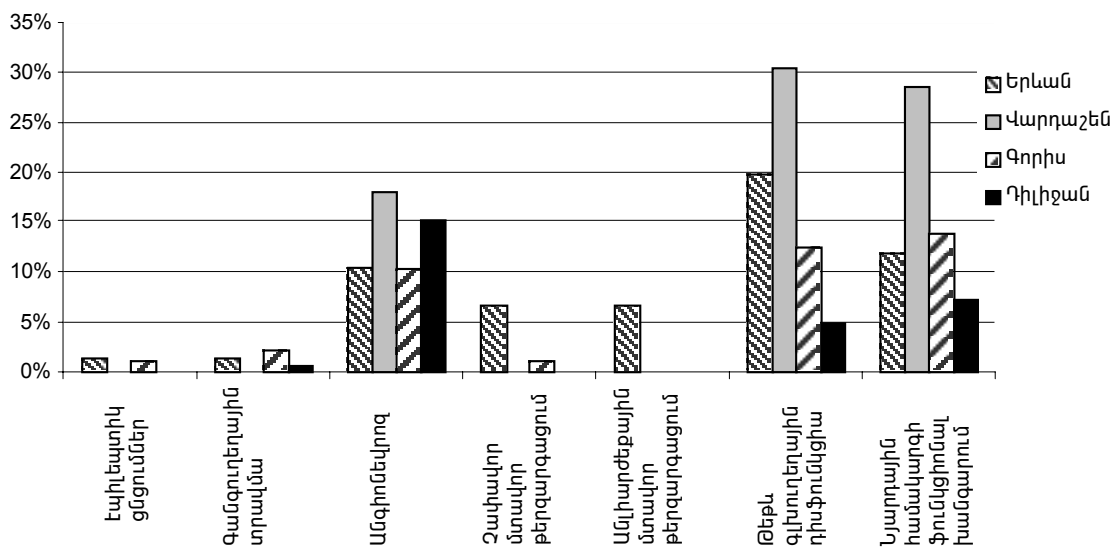
Կապը անլիարժեքային մտավոր թերզարգացման, չափավոր մտավոր թերզարգացման և տեսողության սրության միջև



Եղել են շատ փոքր թվով երեխաներ, որոնք ունեցել են էպիլեպտիկ նոպաներ և գանգուղեղային տրավմա անամնեզում (Պատկեր 17Բ).

Պատկեր 17Բ. Առողջական խանգարումների հիմնական խմբերը, որոնք ախտորոշվել են չորս հետազոտված դպրոցների երեխաների մոտ՝ նեվրոլոգիական քննության ընթացքում:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Նեվրոլոգիական քննության ժամանակ ախտորոշված հիմնական առողջական խանգարումները



4.4 Աչքերի զննում

4.4.1 Աչքերի նախնական զննում

593 սկրինինգի ենթարկված երեխաներից 212-ը (35.8 %) ուղարկվել են մանրակրկիտ ակնաբանական գնահատման: Սկրինինգի ենթարկված բոլոր երեխաներից 128-ը (22 %) նշել են աչքի ներկա և/կամ անցյալ պրոբլեմներ: Ուղարկման դեպքերի 27.2 %-ի (n=161) պատճառը եղել է 1.0-ից (20/20) պակաս տեսողության սրությունը: Մասնակիցների 2.4 %-ի (n=14) մոտ շոշափման միջոցով արձանագրվել է ներակնային բարձր ճնշում, իսկ 9.3%-ի (n=55) մոտ՝ աչքերի ոչ-նորմալ դիրք: Քիչ թվով մասնակիցներ (n=11) նշել են, որ ունեն կուրությամբ տառապող 1-ին աստիճանի հարազատներ (5.7%): Պարզվել է, որ սկրինինգի մասնակիցների 87.4%-ն ունեն աչքի պրոբլեմներ ներկայումս, իսկ 76.3%-ն այդպիսի պրոբլեմներ ունեցել են նախկինում: Մասնակիցների մոտավորապես 69.3 %-ը նշել են, որ նախկինում երբևիցե չեն ստուգվել ակնաբույժի մոտ: Նրանք, ովքեր երբևէ այցելել են ակնաբույժի մոտ, որպես այցելության պատճառ 97.3 % դեպքերում նշել են աչքի պրոբլեմներ ունենալը, և միայն 2.7 %-ն են նշել, որ պարզապես դիմել են կանխարգելիչ ստուգման համար:

4.4.2 Աչքի մանրակրկիտ զննում

Աչքի մանրակրկիտ քննության գործուղված բոլոր 212 երեխաներն այդ հետազոտությունն անցել են: Նրանցից միայն 0.5%-ն (n=1) է ճանաչվել առողջ («կեղծ դրական»):

4.4.2.1 Տեսողության սրությունը

Աչքի մանրակրկիտ քննության առաջին քայլը եղել է տեսողության սրության որոշումը (Աղյուսակ 11): Ծրագրի ակնաբույժների կողմից սկրինինգի ենթարկված (n=212) երեխաների 31.1 %-ը (n=66) ճանաչվել են որպես մեկ աչքի տեսողության վնասում ունեցողներ, իսկ 25.5 %-ը (n=54)՝ երկու աչքի տեսողության վնասում

(տեսողության սրությունը՝ 0.3-0.05) ունեցողներ: Երեխաների 14.2%-ը (n=30) եղել են կույր մեկ աչքից, իսկ 8.5%-ը (n=18)՝ կույր երկու աչքից (տեսողության սրությունը՝ <0.05):

Տեսողության պատշաճ կորեկցիայից հետո մասնակիցների մեծ մասի մոտ արձանագրվել է երկու աչքերի տեսողության էական բարելավում (Աղյուսակ 12):

Աղյուսակ 11. Երկու աչքերի տեսողության սրությունը: Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

ԱՅԿ դասակարգումը	Երկու աչքով տեսողության սրությունը	Չաճախականությունը (քանակը)	Տոկոսը
Նորմալ թյուն	տեսողու-1.0-0.4	139	65.6
Խանգարված սողություն	տե-0.3-0.2	17	8.0
Կույր	0.1-0.05	37	17.5
	<0.05	18	8.5
	Բացակա	1	0.4
Ընդամենը		212	100.0

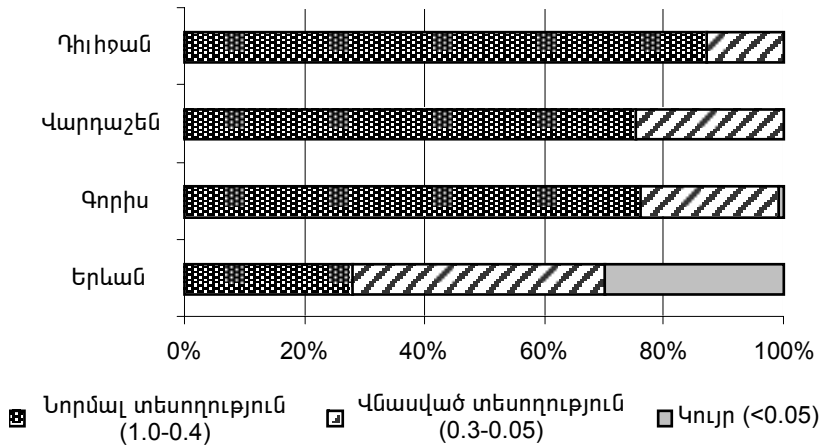
Աղյուսակ 12. Երկու աչքով տեսողության սրությունը՝ հնարավոր լավագույն կորեկցիայով: Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

ԱՅԿ դասակարգումը	Երկու աչքով տեսողության սրությունը	Չաճախականությունը (քանակը)	Տոկոսը
Նորմալ թյուն	տեսողու-1.0-0.4	154	72.6
Խանգարված սողություն	տե-0.3-0.2	23	10.8
Կույր	0.1-0.05	18	8.5
	<0.05	15	7.1
	Բացակա	2	1
Ընդամենը		212	100.0

Տեսողության սրության (առանց կորեկցիայի և լավագույն կորեկցիայով) ցուցանիշների բաշխումն ըստ դպրոցների ներկայացված է Պատկեր 18-ում:

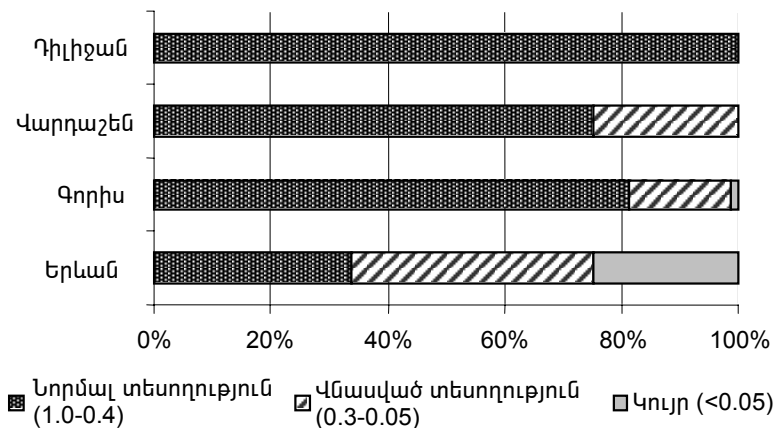
Պատկեր 18. Երկու աչքով տեսողության սրությունը սկրինինգի ենթարկված երեխաների շրջանում:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Լավագույն տեսնող աչքով տեսողության սրությունը հետազոտված չորս դպրոցների երեխաների շրջանում



Պատկեր 19. Երկու աչքով տեսողությունը սկրինինգի ենթարկված երեխաների մոտ՝ հնարավոր լավագույն կորեկցիայի պայմաններում:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Հետազոտված դպրոցների երեխաների շրջանում լավագույն տեսնող աչքի տեսողությունը՝ հնարավոր լավագույն կորեկցիայի պայմաններում



Միակողմանի կամ երկկողմանի կուրության հիմնական պատճառները:

Ընդհանուր առմամբ բոլոր 4 դպրոցներում (n=593), 11.1 %-ը (n=66) համարվել են մեկ աչքի տեսողության վնասում ունեցողներ, 9.1-ը % (n=54)՝ երկու աչքի տեսողության վնասում ունեցողներ (տեսողության սրությունը՝ 0.3-0.05), իսկ 14.2%-ը

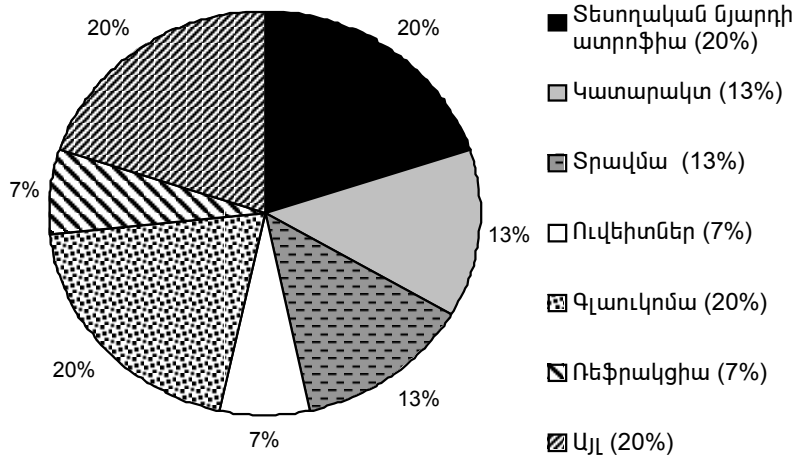
(n=30)՝ մեկ աչքի կուրություն ունեցող և 8.5%-ը (n=18)՝ երկու աչքի կուրություն ունեցող (տեսողության սրությունը՝ <0.05):

Չնարավոր լավագույն կորեկցիայից հետո սերինինգի ենթարկված բոլոր մասնակիցների (n=593) թվում մնացել են 15 (2.2%) երկկողմանի կույր (լավագույն կորեկցված տեսողության սրությունը՝ < 0.005) երեխա: Երկկողմանի կուրության հիմնական պատճառները եղել են տեսողական նյարդի ատրոֆիան՝ 3 դեպք, բնածին կատարակտա՝ 2 դեպք, կրած տրավմայի բարդություն՝ 2 դեպք (Պատկեր 20):

Ընդհանուր թվով 30 երեխա ունեցել են մեկ աչքի կուրություն: Միակողմանի կուրության հիմնական պատճառները եղել են բնածին կատարակտան (19%), գլաուկոման (17%), ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաները (17%), տրավման (13%) և առաջային ուվեիտները (7%): Չնարավոր լավագույն կորեկցիան զգալիորեն փոխեց ռեֆրակցիայի պաթոլոգիայով պայմանավորված միակողմանի կույր երեխաների քանակը՝ 17%-ից այն հասցնելով 4% (Պատկեր 21): Դա ցույց է տալիս, թե որքան կարևոր է տեսողության խանգարում ունեցող երեխաներին ժամանակին ապահովել լավորակ ակնոցներով և տեսողական օժանդակող այլ միջոցներով:

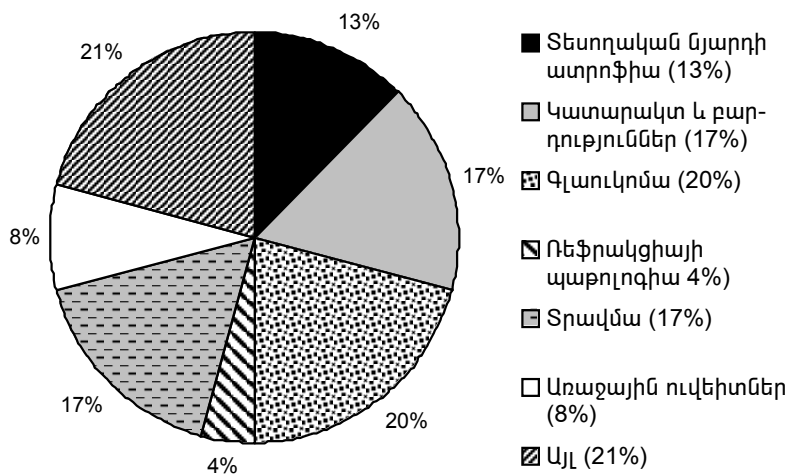
Պատկեր 20. Սկրինինգի ենթարկված երեխաների շրջանում տեսողության լավագույն կորեկցիայից հետո արձանագրվող երկկողմանի կուրության հիմնական պատճառները:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Տեսողության լավագույն կորեկցիայի պայմաններում արձանագրվող երկկողմանի կուրության հիմնական պատճառները



Պատկեր 21. Սկրինինգի ենթարկված երեխաների շրջանում տեսողության լավագույն կորեկցիայից հետո արձանագրվող միակողմանի կուրության հիմնական պատճառները:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Տեսողության լավագույն կորեկցիայի պայմաններում արձանագրվող միակողմանի կուրության (n=24) հիմնական պատճառները



4.4.2.2 Աչքերի հիմնական հիվանդությունները

Ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաները համարվում են երեխաների և մեծահասակների շրջանում ամենատարածված աչքի հիվանդությունները [16, 17]: Դրանք ավտորոշվում են ԱՄՆ մեծահասակ բնակչության մոտավորապես 25%-ի մոտ [16,17]: Ռեֆրակցիան այն երևույթն է, երբ լույսի զուգահեռ ճառագայթները, ներթափանցելով աչքի մեջ, ի վերջո ֆոկուսի են բերվում ցանցաթաղանթի (աչքի հատակի նյարդային շերտը) վրա: Դա հնարավոր է դարձնում աչքում պատկերի ձևավորումը: Եթե հեռավորության վրա գտնվող օբյեկտի պատկերը չի ֆոկուսավորվում ճշգրտորեն ցանցենու վրա, այդ դեպքում տեղի ունի ռեֆրակցիայի պաթոլոգիա [16-18]:

Աչքի մանրակրկիտ սկրինինգի ենթարկված մասնակիցների (n=212) 73.1%-ը (n=155) ունեցել են ռեֆրակցիայի պաթոլոգիա մեկ կամ երկու աչքում, այդ թվում՝ 5.7%-ն (n=12) ունեցել են կարճատեսություն, 5.7%-ը (n=12)՝ հեռատեսություն, իսկ 60.8%-ը (n=129)՝ աստիգմատիզմ: Բոլոր մասնակիցներից 8-ի մոտ ավտորոշվել է ակոմոդացիայի սպազմ:

Կարճատեսություն ունեցող հիվանդները բաժանվել են 3 խմբի՝ ելնելով նրանից, թե ինչպիսին է եղել ռեֆրակցիան ցիկլոպլեգիայից հետո. - 0.5-3.0 D՝ թեթև, 3.5-6.0 D՝ միջին և >6.0 D՝ ծանր կարճատեսություն: Նույնանման դասակարգում կիրառվել է հեռատեսության համար: Աստիգմատիզմի դեպքում որոշվել է դրա տեսակը, աստիճանը և առանցքը (Աղյուսակ 13).

Աղյուսակ 13. Աստիգմատիզմը աչքի մանրակրկիտ սկրինինգի մասնակիցների շրջանում:

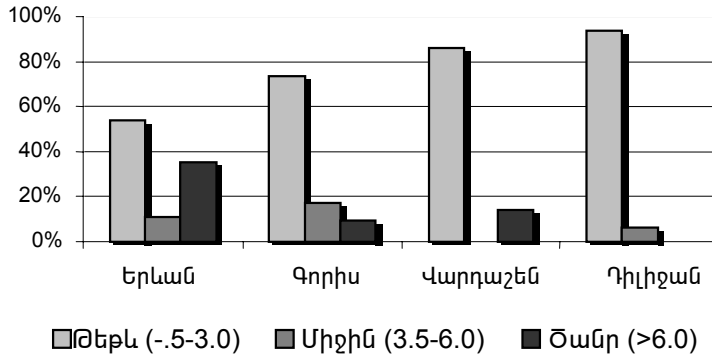
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Աստիգմատիզմ Ռեֆրակցիա	Հաճախականությունը	Տոկոսը	
Թեթև	0.5 - 3.0	95	16
Միջին	3.5 - 6.0	15	2.5
Ծանր	>6.0	19	3.2
Ընդամենը ունեցել են աստիգմատիզմ		129	21.7
Ընդամենը ենթարկվել են սկրինինգի		593	100.0

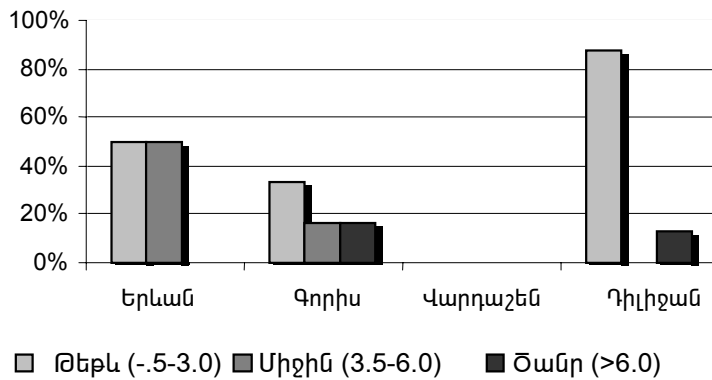
Ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաների տարածվածությունը տարբեր դպրոցներում եղել է տարբեր: Ծանր պաթոլոգիաներն առավել տարածված են եղել, ինչպես և սպասվում էր, տեսողության խանգարումներ ունեցող երեխաների Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում: Այնուամենայնիվ, ծանր աստիգմատիզմի և կարճատեսության ցուցանիշները նկատելիորեն բարձր են եղել նաև Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում (Պատկեր 22):

**Պատկեր 22. Ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաների տարածվածությունը չորս հետազոտված դպրոցների երեխաների շրջանում:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002**

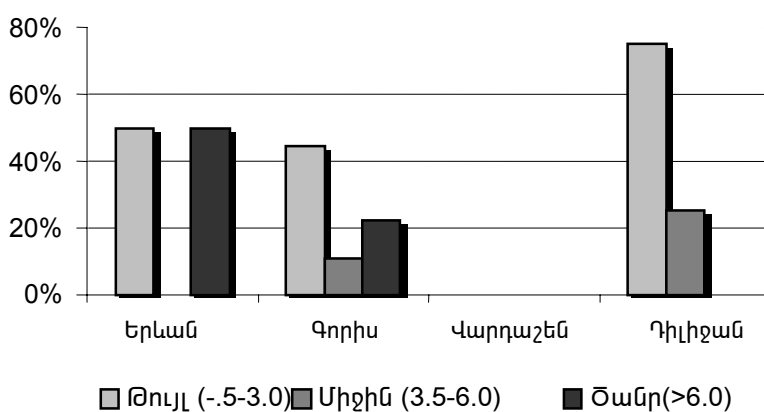
Աստիգմատիզմի տարածվածությունը հետազոտված չորս դպրոցների երեխաների շրջանում



Հեռատեսության տարածվածությունը հետազոտված չորս դպրոցների երեխաների շրջանում



Կարճատեսության տարածվածությունը հետազոտված չորս դպրոցների երեխաների շրջանում



Այս հետազոտությամբ բացահայտված ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաները նշանակալիորեն կապակցված են եղել սկրինինգի ենթարկված երեխաների սեռի հետ: Այդ պաթոլոգիաներն ավելի հաճախ դիտվել են աղջիկների (81.1%) քան տղաների (67.2%) մոտ (Աղյուսակ 14):

Աղյուսակ 14. Կապը ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաների և երեխաների սեռի միջև: Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Սեռը	Ընդամենը n	Ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաներ Չաճախականությունը	Տոկոսը
Արական	122	82	67.2
Իգական	90	73	81.1
Ընդամենը	212	155	100.0

(χ^2 , p-արժեքը=0.019)

Շլություն. Սկրինինգի ենթարկված մասնակիցների շրջանում տարածված մեկ այլ պաթոլոգիա է եղել շլությունը: Շլությունը տեսողության այնպիսի դեֆեկտ է, երբ աչքերի ուղղությունը ճշտորեն հավասարակշռված չէ և դրանք տարամիտված են [17,18]: Ըստ վիճակագրության, ամբողջ աշխարհում երեխաների համարյա 3%-ն ունեն շլություն [17,18]: Սկրինինգի ընթացքում շլություն դիտվել է 32 երեխայի մոտ, ինչը կազմում է բոլոր մասնակիցների համարյա 5.4%-ը:

Միափոփոխական վերլուծությունը ցույց է տվել, որ շլության տարածվածությունը մասնակիցների տարբեր խմբերում նկատելիորեն տարբեր է եղել (Աղյուսակ 15): Այն առավել տարածված է եղել Երևանի և Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցների երեխաների շրջանում:

Աղյուսակ 15. Շլության տարածվածությունը տարբեր դպրոցներում (n=593). Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Դպրոցներ	Չիվանդության խումբ / Շլություն	
	n	%
Երևանի գիշերօթիկ դպրոց	80	11.3
Վարդաշենի կրթական համալիր	56	1.8
Գորիսի գիշերօթիկ դպրոց	291	6.2
Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոց	166	2.4
Ընդամենը	593	5.4

Կատարակտա. Ոսպնյակը աչքի մասն է, որի միջոցով լույսը ֆոկուսավորվում է ցանցաթաղանթի վրա: Հստակ պատկեր ստեղծելու համար ոսպնյակը պետք է պարզ/թափանցիկ լինի: Կատարակտան աչքի ոսպնյակի պղտորումն է, որը կարող է առաջացնել տեսողության պրոգրեսիվ, անցավ կորուստ: Կատարակտան ամբողջ աշխարհում թույլ տեսողության և կուրության հիմնական պատճառն է: Կատարակտան գրավում է ակնաբուժական կլինիկաների և ակնաբույժների աշխատանքային ծանրաբեռնվածության մեծ մասը: Շատ դեպքերում, համեմատաբար պարզ վիրահատական միջամտության միջոցով, տեսողությունը լրիվ վերականգնվում է նույնիսկ այն անձանց մոտ, ովքեր կատարակտայի հետևանքով երկար տարիներ կույր են եղել [19,20]:

Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագրի ընթացքում ի հայտ են բերվել մեկ կամ երկու աչքերի կատարակտա ունեցող 13 երեխաներ, ինչը կազմում է աչքի մանրակրկիտ զննման բոլոր մասնակիցների 6.1%-ը: Բնածին կատարակտան ավելի տարածված է եղել տղաների մոտ (Աղյուսակ 16).

Աղյուսակ 16. Բնածին կատարակտայի և երեխաների սեռի միջև կապը:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Սեռը	Ընդամենը		Բնածին կատարակտա	
	n		n	Տոկոս
Արական	121		12	9.9
Իգական	88		1	1.1
Ընդամենը	209		13	100.0

(p-արժեք=0.009)

Որոշ դեպքերում կատարակտան համակցված է եղել աչքի այլ պաթոլոգիաների հետ: Մեկ երեխայի մոտ կատարակտան ուղեկցվել է գլաուկոմայով, 9 դեպքերում՝ ռեֆրակցիայի տարբեր պաթոլոգիաներով, մեկ դեպքում՝ շլութայամբ:

Գլաուկոմա. Գլաուկոման հիվանդությունների խումբ է, որը կարող է հանգեցնել տեսողական նյարդի վնասման և կուրության: Զարգացած երկրներում գլաուկոման

կանխելի կուրության հիմնական պատճառն է: Այս վտանգավոր հիվանդության վաղ նախազգուշացնող նշաններ գոյություն չունեն, և այդ պատճառով այն երբեմն անվանում են «տեսողության փոքրիկ գող»: Վաղ ախտորոշումը և հետևողական բուժումը կարող են դանդաղեցնել կամ դադարեցնել տեսողության հետագա կորուստը [19,21-24]: Սկրինինգի ենթարկված 212 մասնակիցներից 6-ի (2.8 %) մոտ ախտորոշվել է բնածին գլաուկոմա, ըստ որում բոլոր 6 դեպքերում գլաուկոման եղել է երկկողմանի: Գլաուկոման 2 դեպքում համակցված է եղել կատարակտայի հետ, ևս 2 դեպքում՝ ակնագնդի ատրոֆիայի հետ: Գլաուկոմայով հիվանդ 2 երեխաներ ունեցել են նաև ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաներ, իսկ մեկը՝ տեսաներվի ատրոֆիա: Գլաուկոմա ունեցող բոլոր երեխաների մոտ արձանագրվել է տեսողության իջեցում կամ կուրություն երկու աչքերում, ըստ որում այդ կապը եղել է վիճակագրորեն նշանակալի (p -արժեքը < 0.001) (Աղյուսակ 17):

Աղյուսակ 17. Կապը բնածին գլաուկոմայի և տեսողության սրության միջև: Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Հիվանդության խումբ / Գլաուկոմա	Լավագույն աչքով	Կորեկցված	տեսողությունը	երկու	Ընդամենը
	1.0-0.4	0.3-0.2	0.1-0.05	<0.05	
	%	%	%	%	N
Այո			33.6	66.7	6
Ոչ	77.0	10.5	7.5	5.0	206

Գարնանային կոնյունկտիվիտ. Ըստ Կարո Մեդրիկեանի ինստիտուտի կողմից անցկացված նախկին հետազոտությունների արդյունքների [25], գարնանային կոնյունկտիվիտը Հայաստանի շրջանների մեծ մասի համար համարվել է էնդեմիկ հիվանդություն: Գարնանային կոնյունկտիվիտը (կամ կարմրած աչքերը) ակնագնդերը և կոպերի ներքին մակերեսը ծածկող աչքերի լորձաթաղանթի (կոնյունկտիվայի) բորբոքումն է, որը հետևանք է լինում ալլերգիայի կամ արևի ճառագայթների չափազանց երկարատև/ուժեղ ազդեցության [26,27]: Գարնանային կոնյունկտիվիտը, սովորաբար, ախտահարում է երիտասարդ տղաներին, լինում են երկկողմանի և

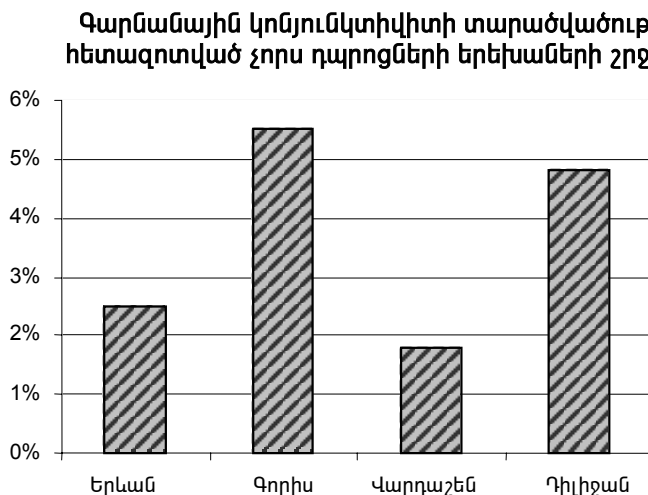
առաջանում է տաք եղանակներին: Բարձրադիր տեղանքում և արևի ազդեցության տակ երկար գտնվելը նպաստում է այս պաթոլոգիայի առաջացմանը [26,27]: Այս հետազոտության ընթացքում գարնանային կոնյունկտիվիտ ախտորոշվել է 26 մասնակիցների մոտ, ինչը կազմում է ընդգրկված բոլոր երեխաների 4.4%-ը:

Աչքերի մանրակրկիտ զննում անցածների թվում գարնանային կոնյունկտիվիտ ունեցող երեխաների վերաբերյալ տվյալներն ըստ բնակության վայրի բերված են Պատկեր 23-ում: Այդպիսի երեխաների տոկոսը հատկապես բարձր է Գորիսի և Դիլիջանի գիշերօթիկ դպրոցներում:

Գարնանային կոնյունկտիվիտն ամենից շատ դիտվել է փախստականների ընտանիքների երեխաների մոտ (Աղյուսակ 18):

Պատկեր 23. Գարնանային կոնյունկտիվիտի տարածվածությունը հետազոտված չորս դպրոցների երեխաների շրջանում:

Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002



**Աղյուսակ 18. Գարնանային կոնյունկտիվիտի հաճախականությունը փախստական երեխաների շրջանում:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002**

Չիվանդության Գարնանային կոնյունկտիվիտ	Խումբ	Փախստականներ		Ընդամենը n
		Այն %	Ոչ %	
Այն		50.0	50.0	8
Ոչ		12.6	87.4	206

p-արժեքը= 0.001

Յղումներ

1. McMahon P. ՄԱԿ:ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ը մտահոգված է անցումային երկրներում երեխաների վիճակով. *UN: UNICEF Is Concerned For Children In Transitional Countries*
Available from: URL:
<http://www.rferl.org/nca/features/2000/07/F.RU.000712153041.html>
2. Committee on the Rights of the Child. Երեխաների իրավունքների կոմիտե.-Եզրափակիչ դիտարկումներ. Հայաստան. *Concluding Observations: Armenia, 24/02/2000. Consideration of reports submitted by states parties under article 44 of the convention.* Available from: URL:
<http://www1.umn.edu/humanrts/crc/armenia2000.html>
3. UNICEF. Աշխարհի երեխաների վիճակը. *The state of the world's children.* New York: Oxford University Press, 1998.
4. American University of Armenia, Center for Health Services Research, Ազգային զեկույց ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի՝ Երեխաներին նվիրված համաշխարհային գազաթնաժողովի հետագա արդյունքների վերաբերյալ. *National Report on the Follow-up to the UNICEF World Summit for Children 1990-2000*, Yerevan, Armenia: American University of Armenia, Center for Health Services Research, December 2000 [published in English and Russian]

5. Khachatryan N. Շրջանային ակնաբուժական ծառայությունները Հայաստանում. Regional Ophthalmic Services in Armenia. *Medical Science of Armenia*. April 2001, vol. XLI (1): 121-125.
6. Khachatryan N, Thompson ME, Adamyan M. Ամառային ճամբարներում տեսողության խանգարումների ծրագիր. - Եզրափակիչ զեկույց UMCOR-ին. *Summer Camps Visual Impairment Project: Final Report to the United Methodist Committee on Relief*. Yerevan: Center for Health Services Research and Development, American University of Armenia, September 2000.
7. World Health Organization. ԱՅԿ. Սնուցման վիճակի փոփոխության գնահատումը. Ուղեցույցեր խոցելի խմբերի լրացուցիչ սնուցման ազդեցության գնահատման համար: *Measuring Change in nutritional status: Guidelines for assessing the nutritional impact of supplementary feeding programme for vulnerable groups*. Geneva: WHO, 1983.
8. Անթրոպոմետրիկ հղումների ստանդարտներ: Anthropometric Reference Standards (NCHS). September 2000. Available from: URL: <http://www.odc.com/anthro/deskref/refstand.html>
9. Helen Keller International. Ինչպես օգտագործել HKI սննդի ընդունման հաճախականության մեթոդը համայնքի վիտամին A-ի անբավարարության ռիսկը գնահատելու համար: *How to use the HKI food frequency method to assess community risk of Vitamin A deficiency*. Helen Keller International, Incorporated, 1993
10. Sommer Alfred. Վիտամին A –ի անբավարարությունը և դրա հետևանքները: *Vitamin A deficiency and its consequences, 3rd edition*. Geneva: WHO, 1995.
11. Danilichev VF. Ժամանակակից ակնաբանություն. Ձեռնարկ բժիշկների համար: *Modern Ophthalmology. Manual for Physicians*. Saint-Petersburg: Piter, 2000: 570-599

12. Archangelskiy BN. Աչքի հիվանդություններ: *Eye Diseases, 2nd ed*, Moscow: Medicina, 1969: 34-84
13. Աչքի հիվանդությունների էպիդեմիոլոգիա: *The epidemiology of eye diseases*. Edited by Johnson, G. and Minassian, D. Chapman&Holl, 1998.
14. Bochkareva AA. Աչքի հիվանդություններ: *Eye Diseases, 3rd ed*, Moscow: Medicina, 1989: 52-105
15. Ter Voskanyan K. Սանկարուժական առաջին օգնության դասագիրք: *Pediatric primary care textbook, 3rd volume*, Yerevan, Nairi, 2000: 81-92.
16. Saw S, Katz J, Schein O, Chew S, Chan T. Կարճատեսության էպիդեմիոլոգիա: Epidemiology of Myopia. *Epidemiologic reviews* 1996;18(2):175-187.
17. Ehrlich MI, Reinecke RD, Simons K. Նախադպրոցականների տեսողության սկրինինգը ամբլիոպիայի և շլության հայտնաբերման համար. – ծրագրեր, մեթոդներ և ուղեցույցեր: Preschool vision screening for amblyopia and strabismus: programs, methods, guidelines. *Surv Ophthalmol* 1983; 28:145-163
18. U.S. Preventive Services Task Force. Կլինիկական կանխարգելիչ ծառայությունների ուղեցույց: *Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition*. 1996 Baltimore: Williams & Wilkins.
19. West S, Sommer A. Կուրության կանխումը և ապագայի գերակայությունները: Prevention of blindness and priorities for the future. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol 79(3), 2001, 179-277.
20. Brian G, Taylor H. Կատարակտային կուրություն. – 21-րդ դարի մարտահրավերները: Cataract blindness-challenges for the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol 79(3), 2001, 249-255.
21. Thelefors B, Negrel A. Գլաուկոմայի գլոբալ ազդեցությունները: The global impact of glaucoma. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol 72(3), 1994, 323-326.
22. Համագործակցական նորմալ ճնշման գլաուկոմայի խումբ. Գլաուկոմայի պրոգրեսիվման համենատարբեր նորմալ ճնշման գլաուկոմայով չբուժված հիվանդ-

- ների և բուժման միջոցով իջեցված ներակնային ճնշմամբ հիվանդների մոտ: Collaborative normal-tension glaucoma group: comparison of glaucomatous progression between untreated patients with normal tension glaucoma and patients with therapeutically reduced intraocular pressures. *Am J Ophthalmol* 1998, 126:487-497.
23. Quigley H. Գլաուկոմայով հիվանդների թիվն աշխարհում: Number of people with glaucoma worldwide. *BJO*, 1996, 80:389-393.
24. Khachatryan N. Գլաուկոմայով հիվանդների դեպքի հսկման հետազոտությունն Երևանում: Case-Control Study of Glaucoma Patients in Yerevan. *Masters Thesis (unpublished)*, Master of Public Health Program, American University of Armenia, November 1997.
25. Khachatryan N. Հայաստանի շրջանների ակնաբուժական ծառայությունների ուսումնասիրություն: *Survey of the Regional Ophthalmological Services in Armenia, Yerevan*: American University of Armenia, Center for Health Services Research, Garo Meghriyan Eye Institute, November 1999.
26. Կլինիկական գիտության նախնական դասընթաց. մանկական ակնաբուժություն և շլուքություն: *Basic and Clinical Science Course: Pediatric Ophthalmology and Strabismus*. American Academy of Ophthalmology 1993.
27. Friedlaender MH.: Ալլերգիկ ծագման կոնյունկտիվիտներ. կլինիկական պատկերը և տարբերակիչ ախտորոշումը: Conjunctivitis of allergic origin: clinical presentation and differential diagnosis. *Surv Ophthalmol* 1993; 38(suppl):105-14.
28. Tielch JM, Sommer A, Witt K, Katz J, Royall RM. Կուրությունը և տեսողության խանգարումները Ամերիկայի գյուղական բնակչության շրջանում: Blindness and visual impairment in American rural population. The Baltimore Eye Survey. *Arch Ophthalmol* 1990; 108:286-290.

29. Coffey M, Reidy A, Wormald R, *et al.* Գլաուկոմայի տարածվածությունը արևմտյան Իռլանդիայում: Prevalence of glaucoma in west Ireland. *BJO*. 1993, 77, 17-21.
30. Hirvela H, Luukinen H, Laatikainen L. Ոսպնյակի պղտորման տարածվածությունը և ռիսկի գործոնները Ֆինլանդիայի տարեցների շրջանում: Prevalence and risk factors of lens opacities in the elderly of Finland. *Ophthalmol*. 1995, 102: 108-17.
31. Vassileva P, Gieser S, Vitale S, *et al.* Կուրությունը և տեսողության խանգարումները արևմտյան Բուլղարիայում: Blindness and visual impairment in Western Bulgaria. *Ophthalmic Epidemiol*. 1996, 3, 143-9.
32. Kocur I, Resnikoff S. Տեսողության խանգարումները Եվրոպայում և դրանց կանխումը: Visual impairment and blindness in Europe and their prevention. *Br J Ophthalmol* 2002; 86: 716-722.
33. Preslan MW, Novak A. Baltimore Vision Screening Project. Ակնաբանություն: *Ophthalmology* 1996 Jan;103(1):150-9.
34. Preslan MW, Novak A. Baltimore Vision Screening Project. Phase 2. Ակնաբանություն: *Ophthalmology* 1998 Jan; 105(1):150-3.
35. Magadi M, Madise N, Diamond I. Կենդանի ծննդաբերությունների անբարենպաստ հետևանքների հետ կապված գործոններ: Factors associated with unfavorable birth outcomes in Kenya. *J Biosoc Sci* 2001 Apr;33(2):199-225.
36. Gama S, Szwarcwald C, Leal M, Theme Filha M. Դեռահասության տարիքի հղիությունը՝ որպես նորածնի ցածր քաշի ռիսկ: The pregnancy during adolescence as a risk factor for low birth weight, Brazil. *Rev Saude Publica* 2001 Feb;35(1):74-80.
37. Chan A, Keane R, Robinson J. Ավստրալիայի բնիկների և ոչ-բնիկների շրջանում մոր ծխելու նպաստելը վաղաժամկետ ծննդաբերությանը, պտղի ցածր քաշին: The contribution of maternal smoking to preterm birth, small for gestational age and low

- birthweight among Aboriginal and non-Aboriginal births in south Australia. *Med J Aust* 2001 Apr 16;174(8):389-93.
38. Eggleston E, Tsui A, Kotelchuck M. Չպլանավորված հղիությունները և պտղի ցածր քաշը Էկվադորում: Unintended pregnancy and low birthweight in Ecuador. *Am J Public Health* 2001 May;91(5):808-10.
39. Ahluwalia I, Merritt R, Beck L, Rogers M. Բազմակի ապրելակերպը և սոցիալ-հոգեբանական ռիսկերը և վաղաժամ ծննդաբերությունները: Multiple lifestyle and psychosocial risks and delivery of small for gestational age infants. *Obstet Gynecol* 2001 May;97(5 Pt 1):649-56.
40. Holmgren P, Hogberg U. Խիստ վաղաժամկետ ծնված մանուկ. բնակչության ներկայացվածության վրա հիմնված հետազոտություն: The very preterm infant-a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001 Jun;80(6):525-31.
41. Wang C, Chou P. Առաջին հղիության ժամանակ պտղի ցածր քաշի ռիսկերը հարավային Տայվանում: Risk factors for low birth weight among first-time mothers in southern Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2001 Mar;100(3):168-72.
42. Letamo G, Majelantle R. Պտղի ցածր քաշի և վաղաժամ ծննդաբերությունների վրա ազդող գործոնները Բոտսվանայում: Factors influencing low birth weight and prematurity in Botswana. *J Biosoc Sci* 2001 Jul;33(3):391-403.
43. Murphy C, Schei B, Myhr T, Du Mont J. Բռնությունը՝ պտղի ցածր քաշի գործոն: Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2001 May 29;164(11):1567-72.
44. Yawn BP, Lydick EG, Epstein R, Jacobsen SJ. Արդյունավետ է արդյոք դպրոցներում տեսողության սկրինինգը: Is school vision screening effective? *J Sch Health* 1996 May;66(5):171-5.

45. Ho V, Schwab I. Սոցիալ-տնտեսական զարգացումը՝ կուրության գլոբալ կանխարգելման գործում: Social economic developments in the prevention of global blindness. *Br J Ophthalmol* 2001 June;85:653-657.
46. Կարճատեսության գենետիկ հիմքը: The Genetic Basis of Myopia. September 2000. Available from: URL: <http://www.stwing.upenn.edu/~jahavsy1/Norman.html>
47. Kasmann-Kellner B, Heine M, Pfau A, Ruprecht K. Մանկապարտեզների 1030 երեխաների սկրինինգը ամբլիոպիայի, շլուքյան և ռեֆրակտիվ անոմալիաների վերաբերյալ: Screening for amblyopia, strabismus and refractive abnormalities in 1,030 kindergarten children. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 1998 Sep;213(3):166-173.