



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

ՁԵԿՈՒՅՑ
ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ին և Ջինիշյանի հիշատակի հիմնադրամին

**Պետության խնամքի տակ գտնվող դպրոցական
երեխաների աչքի հիվանդությունների, և այլ
նշանակալից առողջապահական խնդիրների
հետազոտության 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	13
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.....	36
4.2.3. Օբյեկտիվ քննության հիմնական եզրահանգումները	41
4.3. Նեվրոլոգիական քննություն	47
4.3.1. Հարցազրույց	47
4.3.2. Օբյեկտիվ քննությանը ստացված հիմնական տվյալները	50
4.3.2.1. Չարգացման անոմալիաներ.....	51
4.3.2.2. Առողջության հիմնական խանգարումներ	51
4.4 Ակնաբուժական զննում	56
4.4.1 Աչքի նախնական զննում	56
4.4.2 Աչքի մանրակրկիտ զննում	56
4.4.2.1 Տեսողության սրությունը	56
4.4.2.2 Աչքերի հիմնական հիվանդությունները	61
Հղումներ	68

Տես նաև առանձին հավելվածը. - Գործողությունների ձեռնարկ

Համառոտ ամփոփում

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: 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 «Պետության խնամքի տակ գտնվող դպրոցական երեխաների աչքի հիվանդությունների, և այլ նշանակալից առողջապահական խնդիրների հետազոտություն- 2002» ծրագիրը, որը նպատակ էր դրել ՅՈՒՆԻՍԵՖ-Հայաստանի և Ջինիշյանի հիշատակի հիմնադրամի աջակցությամբ որոշել տեսողության խանգարումները և այլ խոշոր առողջական պրոբլեմները Հայաստանի 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 նշանոդը: Կուրության հիմնական պատճառը եղել են բնածին գլաուկոման և կատարակտան: Վերլուծությունը սկրինինգի ենթարկված երեխաների մոտ ի հայտ է բերել ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաներով, շլութայմբ և գարնանային կոնյունկտիվիտներով հիվանդացության բարձր ցուցանիշներ:

Երեխաների անթրոպոմետրիկ չափումները բացահայտել են նրանց աճի դանդաղում 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 դաստիարակությամբ՝ ամրապնդված թերի սնուցմամբ, որն իր վաղեմիությամբ 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 միջոցառումներ:

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

Նույնիսկ ընդհանրացված չլինելով, այս տվյալները հաստատում են, որ հետազոտված հաստատություններում ներառված երեխաներն իսկապես Չայաստանի ամենախոցելի բնակչության թվին են պատկանում և, նրանց բացահայտելու համար անհրաժեշտ է բժշկական և առողջապահական պայմանների բարելավում: 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 հիմնական մասնակիցները

Բժ.Նախրա Խաչատրյան, ՉԱՍ: Ծրագրի ղեկավար

Բժ.Նախրա 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, ՉԱՍ: 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 կազմում:

Մայրլ Ե.Թոմպսոն, MS, DrPH, ԱԾԳԿ տնօրեն

Դ-ր Թոմպսոնը ցույց է տվել խորհուրդներ և ուղեցույցներ 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 քննությունը: Նրա գործունեությունը ներառել է երեխաներին հարցման ենթարկելը և արտաքին զննման անցկացումը: Բժ. Մանրիկյանը նաև պատասխանատու է եղել հետագա ախտորոշման, կամ բուժման կարիք ունեցող երեխաների հայտնաբերման և այդ մասին նրանց գրավոր խորհուրդներ տալու համար:

Սերունան Աղամիրյան, Նյարդաբան

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

Անաստասիա Ստեփանյան, Ակնաբույժ

Անդրանիկ Գասպարյան, Ակնաբույժ

Լիլիթ Աղայան, Ակնաբույժ

Բժ., բժ. Ստեփանյանը, Գասպարյանը և Աղայանը 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 ախտանիշների 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 չեն ունենում: Երկրի կազմակերպված հաստատություններում ներգրավված երեխաների կազմում մեծ թիվ են կազմում նաև անկարող/հաշմանդամ երեխաները:

Երեխային կազմակերպված հաստատությունների խնամքին հանձնելը Հայաստանում կոմունիստական ժամանակներից մնացած ժառանգություն 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 ստանալու 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 վիճակի 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, իսկ համարյա մեկ-քառորդ՝ սպիտակուցային թերսնուցում (ՍԹ): Վերլուծությունը աճի դանդաղման և ՍԹ բարձր ցուցանիշ է բացահայտվել նաև երեխաների խոցելի խմբերում, ըստ որում այդ շեղումների և խոցելիության միջև կապը եղել է վիճակագրորեն հավաստի [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 «Պետության խնամքի տակ գտնվող դպրոցական երեխաների աչքի հիվանդությունների, և այլ նշանակալից առողջապահական խնդիրների հետազոտություն - 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: Բնակչության ոչ լիարժեք ներկայացման պայմաններում ծրագրի իրականացման համար ձգտել են լինել խորապես հիմնավորված իր գնահատականներում,

հնարավորին չափով մեծ օգուտ տալ մասնակից երեխաներին, իսկ սահմանողներին՝ ներկայացնել այս երեխաների մոտ առկա պրոբլեմների մեծությունն ու տարածվածությունը:

2. Ծրագրի նպատակները

Ծրագրի 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 դպրոցները:
- Անցկացնել յուրաքանչյուր երեխայի բժշկական քննություն մանկաբույժի և նյարդաբանի կողմից՝ նպատակ ունենալով որոշել այդ երեխաների մոտ տարբեր առողջական շեղումների առկայությունը:
- 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 հետևանքով 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 ռեֆրակցիայի 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 ունե-

ցող երեխաներին՝ նրանց տալով գրավոր հանձնարարականներ մասնագիտացված հիվանդանոցներում խորացված ախտորոշման/բուժման համար:

- Վերլուծել տվյալները և տրամադրել գրավոր եզրափակիչ զեկույց՝ մանրամասն նկարագրական 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-ուրտային ուսումնասիրություն: Այդ նպատակով ընտրվել են չորս գիշերօթիկ դպրոցներ, որոնցում սովորող/ապրող 593 երեխաներ ենթարկվել են սկրինինգի: Երեխաները քննության են ենթարկվել ակնաբույժի, մանկաբույժի և նյարդաբանի 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 սշակել է Գործողությունների ձեռնարկ, որն ընդգրկել է սննդի ընդունման և հավկուրության նշանների վերաբերյալ հարցաթերթիկ; մանկաբուժական, նյարդաբանական, ինչպես նաև աչքերի նախնական և մանրակրկիտ քննությունների համապատասխան ձևեր; ուղեցույցեր հարցազրույցն անցկացնո-

ղի, մանկաբույժի, նյարդաբանի 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 (որը 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 բարձր որակավորում ունեցող մանկաբույժների և նյարդաբանների հետ, մշակել է նաև երեխաների ընդհանուր առողջական և նյարդաբանական 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 ծրագիրը նախապատրաստելիս կատարվել են նվազագույն փոփոխություններ՝ նախկինում նկատված թերությունները շտկելու և չափը համապատասխանեցնելու նպատակով:

Չետագոտման վերը նշված գործիքները նախնապես 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, նյարդաբանի, 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, նյարդաբանից, հարցազրույց անցկացնողից և «Լինգա» ՍՊԸ-ի աշխատակից օպտոմետրիստից, որը հաճույքով տրամադրեց իր ժամանակը և լիովին ներգրավվեց ծրագրի իրականացման աշխատանքներում: 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 վիճակի 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 ծնողա-

զուրկ 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 չպատասխանելու, 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 լինի 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. կենդանական ծագման վիտամին A-ի աղբյուրների ընդհանուր օգտագործումը, բուսական ծագման վիտամին A-ի աղբյուրների քանակը, և օգտագործված վիտամին A-ի ընդհանուր քանակը: Հետազոտված չորս գիշերօթիկ դպրոցներից յուրաքանչյուրը դիտվել է որպես համայնք և, վիտամին A-ի անբավարարության վերջնական փոփոխականները ստանալու համար, կատարվել է հետևյալ գործողությունը: Յուրաքանչյուր դպրոցի համար հաշվարկվել են երկու փոփոխականներ՝ ա) վիտամին A-ի կենդանական ծագման աղբյուրների օգ-

տագործման 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 պակաս օր, կամ վիտամին A-ի կենդանական ու բուսական ծագման աղբյուրների ընդհանուր օգտագործման միջին հաճախականությունը (կշռված ըստ աղբյուրների) կազմում է շաբաթական վեց կամ ավելի պակաս 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. Մատեր 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 ԱՂԿ-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-ից ցածր տեսողությունը՝ դասվել է կուրության կարգում: Մշակվել են տեսողության սրության նոր փոփոխականներ, որոնք ներկայացնում են երկու աչքերի համար լավագույն և վատագույն տեսողությունները: Յուրաքանչյուր աչքի

համար առանձին կարճատեսության, հեռատեսության, աստիգմատիզմի և պրեսբիոպիայի փոփոխականները համակցվել են և մշակվել են նոր փոփոխականներ՝ որպեսզի ներկայացվի մեկ կամ երկու աչքերում ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաները:

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

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

4. Արդյունքները

Ծրագրի՝ տեղերում անցկացվող մասը սկսվել է 2002թ. մայիսի 29-ին և ավարտվել է հուլիսի 18-ին: Կրթության և գիտության նախարարության առաջարկությունների հիման վրա ծրագրի համար ընտրվել են չորս գիշերօթիկ դպրոցներ. տեսողության խանգարում ունեցող երեխաների միջնակարգ գիշերօթիկ դպրոց՝ Երևանում (այսուհետև՝ Երևանի գիշերօթիկ դպրոց), թույլ տեսողությամբ և սոցիալապես անապահով երեխաների գիշերօթիկ դպրոցը՝ Գորիսում (այսուհետև՝ Գորիսի գիշերօթիկ դպրոց), ՀՀ Կրթության և Գիտության նախարարության հանրապետական կրթահամալիրը՝ Վարդաշենում (այսուհետև՝ Վարդաշենի կրթահամալիր) և առողջարանային տիպի թիվ 8 գիշերօթիկ դպրոցը՝ Դիլիջանում (այսուհետև՝ Դիլիջանի առողջարանային տիպի գիշերօթիկ դպրոցը): Սկրինինգի անցկացման ժամանակահատվածում գիշերօթիկ դպրոցներում ներկա բոլոր երեխաները ենթարկվել են հետազոտությանը: Ընդհանուր առմամբ, ծրագրի

իրականացնան ընթացքում ստացվել են տվյալներ 593 երեխաների հետազոտությունների վերաբերյալ և բաժանվել են 176 ակնոցներ:

Սկրինինգից երկու շաբաթ առաջ ԿՍԱՅԿԿ-ը կապ է հաստատել ընտրված յուրաքանչյուր դպրոցի տնօրինության հետ: Ստացվել են այդ հաստատություններում ընդգրկված բոլոր երեխաների ցուցակները և, յուրաքանչյուր դպրոցի ղեկավարության հետ համատեղ, որոշվել են սկրինինգների ժամանակները:

Չորս դպրոցներում սկրինինգի ենթարկված երեխաների քանակը եղել է հետևյալը. 80 երեխա՝ Երևանի տեսողության խանգարում ունեցող երեխաների միջնակարգ գիշերօթիկ դպրոցում, 291 երեխա՝ Գորիսի թույլ տեսողությամբ և սոցիալապես անապահով երեխաների գիշերօթիկ դպրոցում, 56 երեխա՝ ՀՀ Կրթության և Գիտության նախարարության հանրապետական կրթահամալիրում, 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 կապակցությամբ: Քանի որ երեխաներից շատերն ապրում են Հայաստանի և Լեռնային Ղարաբաղի հեռավոր շրջաններում, դժվար էր կապվել այդ երեխաների հետ, կամ նրանց համար դժվար էր կրկին Երևան գալը:

Երեխաների տարիքը եղել է 8-ից 20 տարեկան, միջին տարիքը՝ 13.8 (միջնակետը՝ 4.0, ստանդարտ շեղումը (ՍՇ) 3.6). Տղաների և աղջիկների քանակը դպրոցում եղել է հավասար: Այս դպրոցում սովորող երեխաները եղել են հետևյալ քաղաքներից և

շրջաններից. Վեդի, Վայոց Ձոր, Երևան, Արարատ, Արտաշատ, Ամասիա, Գյումրի, Ղարաբաղ, Լոռի և Սասիս: Երեխաներից միայն մեկն է եղել փախստականների ընտանիքից:

Առողջության անձնական քարտերից ստացված հիմնական տվյալները վերաբերվել են պատվաստումների գրաֆիկից շեղումներին. երեխաների 83%-ը պատվաստումները 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, հաճախ հանդիպող տարիքը՝ (mode) 12, ՍՇ՝ 2.8)՝ տատանվելով 6-ից մինչև 18 տարեկանի սահմաններում: 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 փախստականների ընտանիքից:

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

Վարդաշենի կրթահամալիրում հարցման և սկրինինգի են ենթարկվել բոլոր երեխաների 93.3%-ը (n=60): Երեխաների միջին տարիքը եղել է 14.6 (միջնակետը՝ 15.0, հաճախ հանդիպող տարիքը՝ (mode) 14, ՍՇ՝ 1.9)՝ տատանվելով 10-ից մինչև 19 տարեկանի սահմաններում: Տղաները եղել են ավելի շատ (51.8%), քան

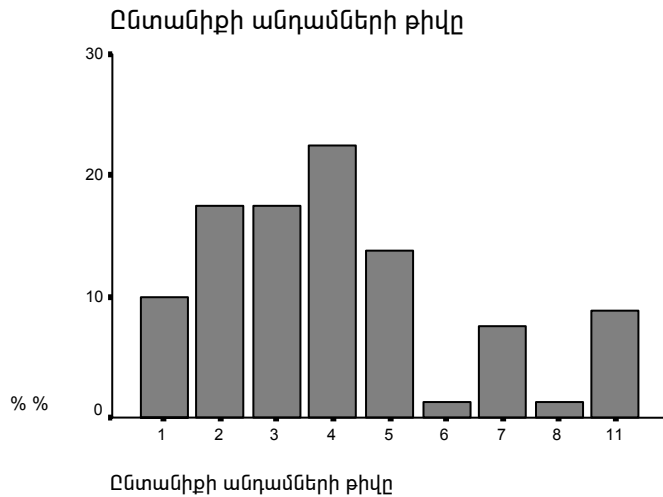
աղջիկները (48.2%): Բոլոր երեխաների 3.6%-ը եղել են փախստականների ընտանիքներից: Վարդաշենի կրթական համալիրում սովորող երեխաները ծնվել են Հայաստանի տարբեր շրջաններում. նրանց ավելի քան 2/3-ը (35.7%) ծնվել են Երևանում, 21.4%-ը՝ Գյումրիում, իսկ մնացածը՝ Արտաշատում, Արմավիրում, Գորիսում, Իջևանում և այլ շրջաններում: 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 դպրոցը՝ որպես առողջական կենտրոն: Տուբերկուլոզով հիվանդ անձանց հետ կոնտակտ ունեցած երեխաները նույնպես ուղարկվում են այս դպրոցը՝ 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, հաճախ հանդիպող տարիքը՝ (mode) 13, ՍՇ՝ 2.2)՝ տատանվելով 5-ից մինչև 18 տարեկանի սահմաններում: 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, Աբովյանում, Արմավիրում, Էջմիածնում և այլ շրջաններում: Փախստականների ընտանիքներից եղել են երեխաների 3.1%-ը:

4.1.1. Ընտանիքի կազմը, ծնողների կարգավիճակը և զբաղվածությունը

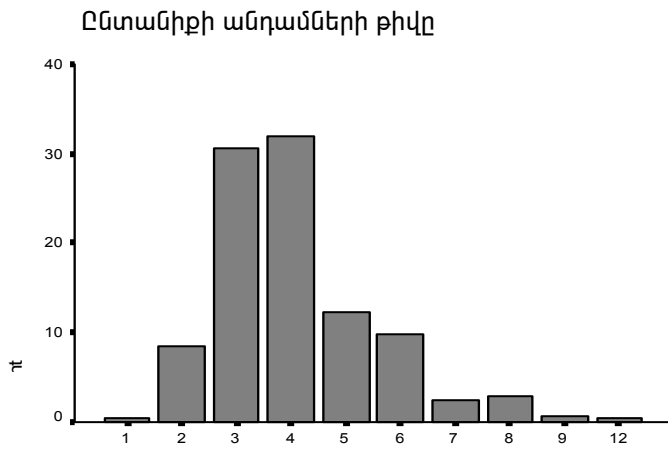
Չետագոտված բոլոր դպրոցներում ընտանիքների անդամների միջին թիվը կազմել է 4.0 մարդ: Ընտանիքների անդամների քանակը տարբեր դպրոցներում եղել է

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

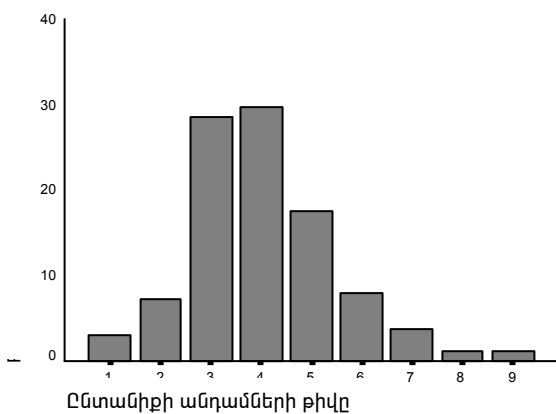


միանման և տատանվել է 1-ից մինչև 12: Սակայն տարբեր չափերի ընտանիքների մասնաբաժինները դրանց ընդհանուր թվում, տարբեր դպրոցներում եղել է տարբեր (Պատկերներ 1-4): Ընտանիքում միայն մեկ անդամ ունենալը ամենից հաճախ նշել են Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի և Վարդաշենի կրթահամալիրի երեխաները՝ համապատասխանաբար, 10 և 11 տոկոսը: Երևանի գիշերօթիկ դպրոցն առաջատար է եղել նաև ընտանիքի 11 անդամ ունեցող ընտանիքների տեսակարար կշռով՝ 8.8% (Պատկեր 1):

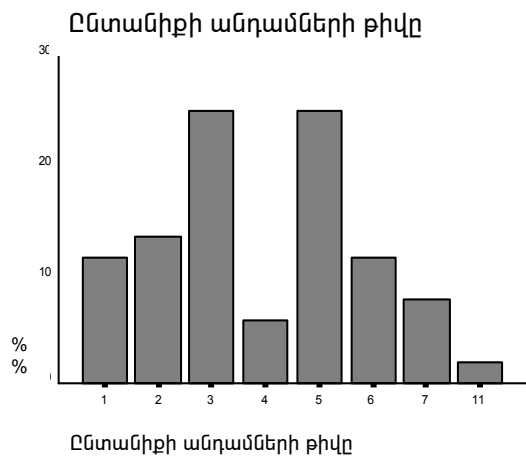
**Պատկեր 2. Ընտանիքի անդամների թիվը
Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում n=291.**
Միջինը = 4.1 (միջնակետը 4.0, ՍՇ 1.51,
շարքը 1 - 12)



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



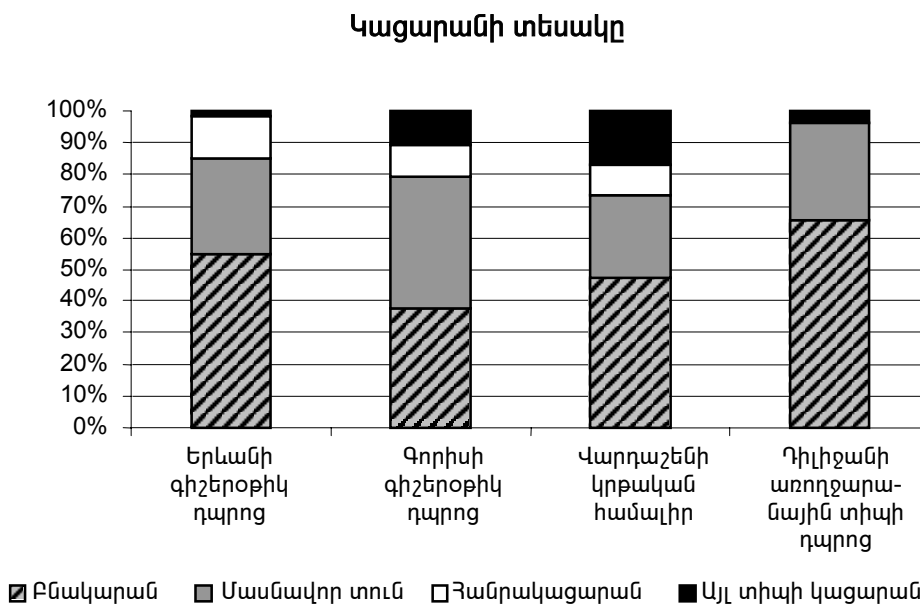
**Պատկեր 4. Ընտանիքի անդամների թիվը
Վարդաշենի կրթահամալիրում n = 56.**
Միջինը = 3.8 (միջնակետը 3.0, ՍՇ 2.1,
շարքը 1 - 11)



Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում երեխաների մեծամասնությունը (55.1%) նշել են, որ բնակվում են բնակարաններում, 29.5%-ը՝ առանձնատներում, իսկ 12.8%-ը՝ հանրակացարաններում: Գորիսում երեխաները որպես իրենց բնակության կացարան-

ներ 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:



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 նշել են, որ իրենց մայրերը թոշակառու են, իսկ 12%-ի՝ մայրերը եղել են հաշմանդամ: 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 Հայաստանի սահմաններից 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 երեխաների մայրերը՝ հաշմանդամ են: Երեխաների համարյա կեսը (46.2%) նշել են, որ ունեն Հայաստանից դուրս բնակվող ընտանիքի անդամներ, որոնց 64.9%-ը պահպանում են կապն ընտանիքի հետ: Երեխաների մեծամասնությունը (62.5%) նշել են, որ իրենց ընտանիքները նպաստներ են ստանում պետությունից կամ բարեգործական հիմնադրամներից:

Վարդաշենի կրթահամալիրում 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 հարցման ենթարկվածների 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%-ի 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% -ի մայրերը թոշակառու են, իսկ 8.5%-ի 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 հիմնարկներում: 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: Ինչպեսս 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 հիմնարկներում: 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% -ի ընտանիքները նպաստներ են ստանում պետությունից կամ բարեգործական հիմնադրամներից:

4.1.2. Վիտամին A-ի ընդունումը և երեխաների սնուցման վիճակը

Երեխաների սնուցման վիճակի մանրակրկիտ գնահատումը սույն ծրագրի նպատակների շրջանակներում ընդգրկված չէր, սակայն այդ մասին որոշ տեղեկություններ ստացվել են ընդունվող սննդի մասին հարցաթերթիկներից և երեխաների անթրոպոմետրիկ չափումների տվյալներից: Հարցաթերթիկում ընդգրկված են եղել սննդամթերքի այն տեսակները, որոնք համարվում են β -կարոտինի և ռետինոլի հիմնական աղբյուրները: 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 ենթակիսկական 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 կրթահամալիրի* 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) ստացել են շաբաթական երկու-երեք անգամ, շուրջ 27.5%-ը՝ համարյա ամեն օր, իսկ մոտավորապես մույնքան երեխաներ էլ (23.8%)՝ երբևէ կանաչեղեն չեն

ստացել: 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 ստացել հում գազար: Դրա պատճառը, դեպքերի մեծ մասում (80.3%), այդ սննդամթերքի 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, արել էին տանը: Չամարյա 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 լուլիկ կերել են երեխաների 41.3%-ը, սակայն նրանց 55%-ը վերջին յոթ օրվա ընթացքում լուլիկ չէին ստացել: Բոլոր երեխաները լուլիկ 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՝ հյութի կամ մրգաչրի ձևով): Երեխաների ճնշող մեծամասնությունը (78.8%, n=63) վերջին 7 օրվա ընթացքում ոչ մի անգամ ծիրանի հյութ չէր 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՝ մրգի բացակայությունը (90.1%) և թանկությունը (7%): Նրանք, ովքեր խմել էին ծիրանի հյութ կամ կերել էին մրգաչիր, 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 շաբաթական 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 շաբաթական երկու-երեք անգամ, 17.5%-ը՝ շաբաթական մեկ անգամ, իսկ 12.5%-ը՝ համարյա ամեն օր: Այն երեխաները, ովքեր վերջին յոթ օրվա ընթացքում ձու չէին կերել, որպես պատճառ նշել են. 48.3%-ը՝ այդ սննդամթերքի բացակայությունը, 27.6%՝ թանկ լինելը, իսկ երեխաների 24.1%-ը՝ ձու չսիրելը: Բոլոր երեխաները, ովքեր կերել են եփած ձու, 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%): Բոլոր այս երեխաները ձվածեղ կերել են իրենց տանը: Նրանք, ովքեր վերջին յոթ օրվա ընթացքում ձվածեղ չէին կերել, որպես պատճառ հիմնականում նշել են այդ սննդամթերքի բացակայությունը (70%), թանկությունը (23.3%) կամ չսիրելը (6.7%): Վերջին յոթ օրվա ընթացքում եփած ձուկ 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 ձուկ կերել էին գիշերօթիկ դպրոցում, իսկ 85.7%-ը՝ տանը: Երեխաների մեծ մասը (73.4%) վերջին յոթ օրվա ընթացքում ձուկ 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 բացատրվում 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 ընդունել: Վերջիններիս 44.7%-ը, որպես պատճառ նշել են այդ սննդամթերքի բացակայությունը, 23.7%-ը՝ թանկությունը, իսկ 31.6%-ը՝ չսիրելը: Հում գազար՝ աղցանների կամ հյութի ձևով, չէին կերել երեխաների 78.7%-ը, իսկ մնացածը հում գազար կերել էին տանը շաբաթը մեկ անգամ (9.3%), կամ երկու-երեք անգամ (10%): Գազար չընդունողների ճնշող մեծամասնությունը (90.8%) որպես պատճառ նշել են դրա բացակայությունը: Դիում երբևիցե չէին կերել երեխաների 88.6%-ը, իսկ շաբաթական մեկ կամ երկու-երեք անգամ կերել էին, համապատասխանաբար, 7.6% և 3.8%-ը: Դիում չօգտագործելու պատճառը 89.8% դեպքերում եղել է դրա բացակայությունը, 4.7%-ում՝ թանկությունը, իսկ երեխաների 5.4%-ը՝ դիում չսիրելը:

Սննդի հետ հում լուլիկ վերջին յոթ օրվա ընթացքում օգտագործել էին երեխաների 56.4%-ը, բոլորը դա արել էին տանը: Լուլիկ չօգտագործելու հիմնական պատճառը երեխաների մեծամասնության (70.1%) համար եղել է դրա թանկությունը: Պատասխանելով այն հարցին, թե արդյոք նրանք ուտում են ծիրան (պահածոյացված կամ 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 չստանալու պատճառների թվում դրա բացակայության հետևանքով նշել են երեխաների 38.1%-ը, թանկությունը՝ 51.9%-ը, իսկ չսիրելը՝ 10%-ը: Երեխաների մեծ մասը (67%) իրենց սննդակարգում նշում են եփած ձու (դեղնուց), և համարյա բոլորը՝ տանը: Ձու չօգտագործած երեխաների կեսը (51%) բացատրել են այդ սննդամթերքի թանկությամբ, 34.4%-ը՝ բացակայությամբ, իսկ 14.6%-ը՝ չսիրելով: Երեխաների 50.2%-ը նշել են, որ կերել 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 կրթահամալիրում անցկացված հարցումներից սննդի ընդունման վերաբերյալ պարզվել է հետևյալը.

Բոլոր երեխաներն օգտագործել էին կանաչ բանջարեղեն, չնայած՝ տարբեր հաճախականությամբ: Նրանց ճնշող մեծամասնությունը (80.4%) նշել են, որ կանաչեղեն ստացել 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 ստացել 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%) օգտագործել էին հում լուլիկ, նրանցից 50%-ը՝ շաբաթական երկու-երեք անգամ, 41.1%-ը՝ համարյա ամեն օր, իսկ 5.4%-ը՝ շաբաթը մեկ անգամ: Երեխաների 90%-ը լուլիկ ստացել 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 հյութին, 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 լյարդի օգտագործման վերաբերյալ: 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%-

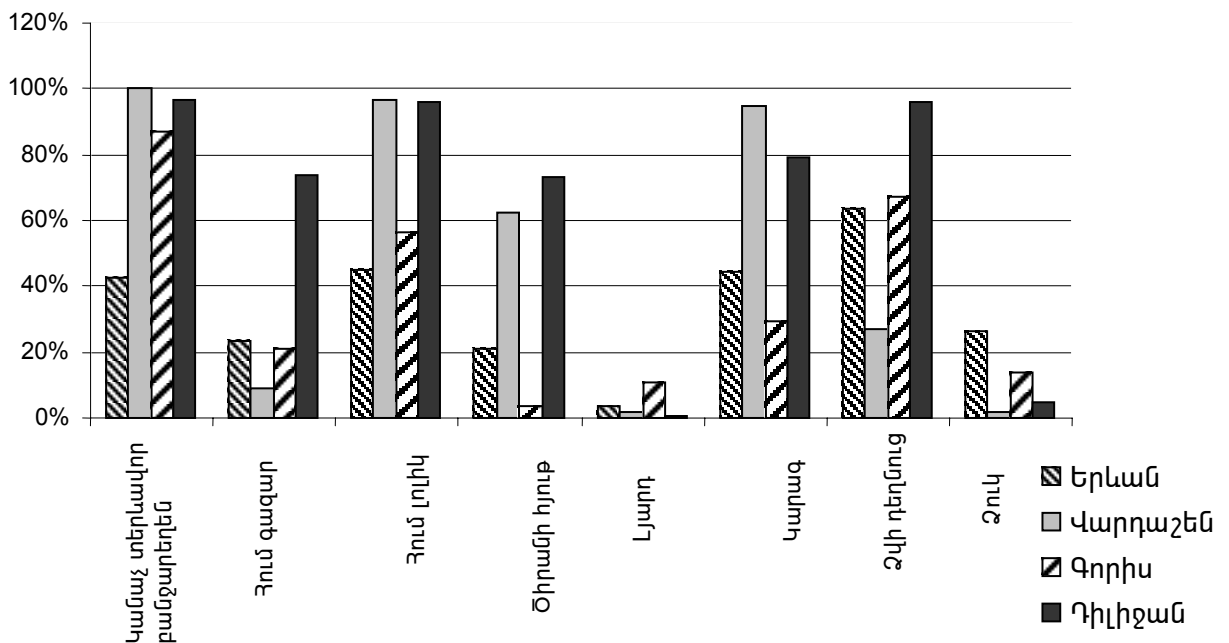
ը ձուլ չուտելը բացատրել են դրանց բացակայությամբ: Ձուլ չէին կերել երեխաների 98.2%-ը, և համարյա նրանք բոլորը որպես դրա պատճառ նշել են այդ նույն «բացակայությունը»: Երեխաների գերակշռող մեծամասնությունը (94.6%) օգտագործել էին կարագ, ըստ որում նրանց մեծ մասը (87.5%) կարագ կերել էին ամեն օր: 97.9% դեպքերում կարագը տրվել էր գիշերօթիկ դպրոցում:

Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում համարյա բոլոր երեխաները (96.4%) նշել են, որ ստացել են կանաչ բանջարեղեն, ըստ որում 95%-ին այն տրվել է դպրոցում: Երեխաների մեծ մասը (69.9%) կանաչեղեն օգտագործել 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 մեծ մասամբ (89.9%) այն մատուցվել է դպրոցում: Իսկ այն երեխաները, որոնք գազար չէին ստացել (26.5%), դա բացատրում էին գազար չսիրելով (23.3%) կամ այդ սննդամթերքի բացակայությամբ (76.7%): Դրում չէին օգտագործել 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 կամ 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 ձու օգտագործել են գիշերօթիկ դպրոցում: Ձու չկերած երեխաների 87.5%-ը այն բացատրել են ձու չսիրելով: Չվածեղ 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 չի տրվել համարյա բոլոր երեխաներին (95.2%): Ձուկ չստանալու պատճառը նույնպես եղել է դրա բացակայությունը: Երեխաների շուրջ 78.9%-ն իրենց շաբաթական սննդակարգում ունեցել են կարագ: Նրանց մեծամասնությունը (65.7%) կարագ օգտագործել 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:

Վիտամին A պարունակող սննդամթերքի օգտագործումը



Համաձայն HKI ՍՏՆԴԻ ԸՆԴՈՒՆՄԱՆ Հաճախականության մեթոդի մոտեցումների [9], յուրաքանչյուր հարցաշարում հաշվարկվել է կենդանական և կշռված վիտամին A-ի քանակը, այնուհետև միջին ցուցանիշ է հաշվարկվել յուրաքանչյուր դպրոցի համար: Իսկ այն հարցը, թե յուրաքանչյուր 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 շաբաթական ≤ 4 օր;
- վիտամին A-ի կենդանական և բուսական աղբյուրների (կշռված ըստ աղբյուրների) ընդհանուր օգտագործման միջին հաճախականությունը կազմում է շաբաթական ≤ 6 օր:

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

Աղյուսակ 1. վիտամին A-ի կենդանական և կենդանական ու բուսական աղբյուրների ընդհանուր օգտագործման միջին հաճախականությունը:

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 մակարդակներին: Ամենացածր արդյունքները ստացվել են Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում, որին հետևում է Երևանի գիշերօթիկ դպրոցը:

Չարցազրույցում ներառվել էին նաև մի խումբ հարցեր, որոնց նպատակն է եղել 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 լավ է» կամ «գերազանց է»: 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%) նշել են, որ մթության մեջ դժվարությամբ են կարողանում տեսնել առարկաները: Երեխաների մոտավորապես 74.2%-ը նշել են, որ երեկոյան իրենց տեսողությունը չի նվազում: Չարցման 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 առարկաների:

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

Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում երեխաների համարյա 80.7%-ը (համակցված) իրենց ցերեկային տեսողությունը գնահատել են որպես «գերազանց» կամ «լավ»: Երե-

խաների 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%) նշել են, որ չեն կարողանում մութ ժամանակ դրսում խաղալ: Համարյա նույքան 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 նշել, 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:

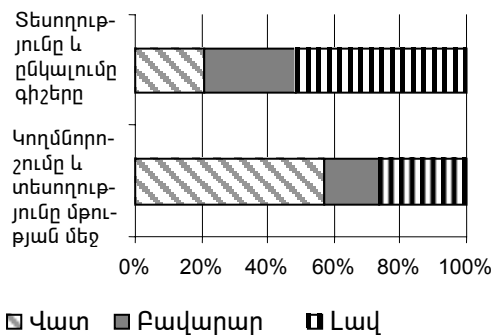
Վարդաշենի կրթահամալիրում երեխաների գերակշռող մեծամասնությունն իրենց ցերեկային տեսողությունը գնահատել են «գերազանց» և «բավականին լավ», իսկ 17.9%-ը՝ «բավականին վատ» և «սարսափելի»: Մթության մեջ տեսողության տվյալները բերված են Պատկեր 9-ում: Չնայած երեխաների 28.6%-ը նշել են, որ չեն կարողանում մթության մեջ այնպես լավ տեսնել, ինչպես իրենց ընկերները, նրանցից միայն 12.5%-ն են նշել, 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:

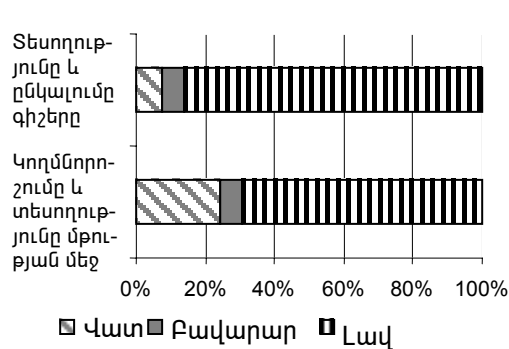
Պատկեր 7.Տեսողությունը և կողմնորոշումը մթության մեջ. Երևանի գիշերօթիկ դպրոց (n=72).

Երևանի դպրոցի երեխաների (n=72) գիշերային տեսողությունը



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

Գորիսի դպրոցի երեխաների (n=290) գիշերային տեսողությունը

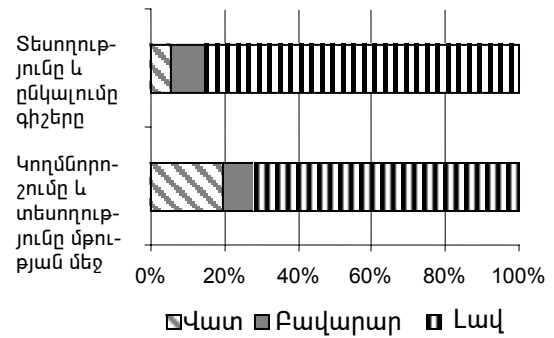
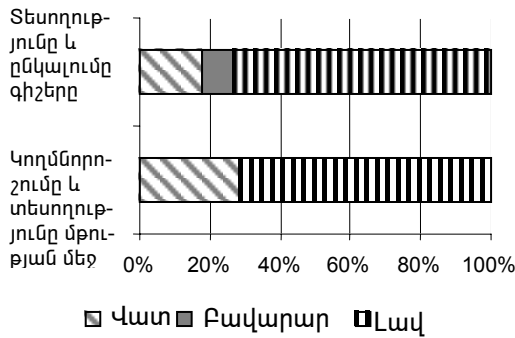


Պատկեր 9. Տեսողությունը և կողմնորոշումը մթության մեջ. Վարդաշենի կրթական համալիրի (n=56)..

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

Վարդաշենի դպրոցի երեխաների (n=56) գիշերային տեսողությունը

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-համակարգերի:

4.2.1. Հարցազրույց

Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում սկրինինգի ենթարկված բոլոր երեխաների (n=79) 14.1%-ն ունեին զանազան գանգատներ իրենց առողջության վերաբերյալ: Երեխաներին առաջարկվել է գնահատել՝ արդյոք նրանց առողջության վիճակը սահմանափակում է նրանց ամենօրյա գործունեությունը: Հարցման ենթարկված երեխաների 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 կցանկանային: Երեխաների համարյա 32%-ը նշել են, որ իրենք ավելի շուտ են հոգնում, քան իրենց ընկերները: Բոլոր երեխաների 41.3%-ը համաձայնվել են այն համոզման 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 դրա 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 «շատ 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 համոզման հետ, որ իրենք կարողանում են ավելի քիչ բան անել, քան կցանկանային անել: Չարցվածների 12.2%-ը նշել են, որ իրենք ավելի շուտ են հոգնում, քան իրենց ընկերները: 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 կրթահամալիրում 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: Նրանց ճնշող մեծամասնությունը (90.9%) նշել է, որ իրենք կարողանում են ավելի քիչ բան անել, քան կցանկանային անել: 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 զանգատներ, սակայն համարյա բոլոր հարցման ենթարկված երեխաները (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 կցանկանային անել: Մոտ 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, ինչպես մեկ ամիս առաջ», բայց 28.3%-ը նշել են, որ այն «վատացել է»:

Մանկաբույժի հետ հարցազրույցի ընթացքում յուրաքանչյուր երեխային 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 զանգատների վրա, որոնց հաճախականությունը եղել է ամեն օր/շաբաթ կամ ամիսը մեկ անգամ: Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում հիմնական զանգատները 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 քրտնելը (8.9%), ախորժակի բացակայությունը (10%): Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում նշվել են հիմնականում հետևյալ զանգատները. գլխացավը (6.2%), գիշերային քրտնելը (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. Երեխաների կողմից նշված առողջական գանգատները:

Դպրոցը	Հիմնական ախտանիշերը, որոնք երեխաների կողմից նշվել են որպես առողջական գանգատներ								
	Գլխացավ	Քրտուկ	Մրսաժութություն / հարթուիչ	Կոկորդիցավ	Բարձր ջերմություն	Սրտխառնոց կանփխում	Գիշերային բժռտիկներ	Ախորձակի վատացում	Գիշերային թնկություն
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 առավել լրիվ տեղեկություններ ստանալու նպատակով 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 հավաստի տարբերություններ չորս դպրոցների արդյունքների միջև ($p=0.000$):

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

Դպրոցը	Ամենօրյա մարզանք	Ֆիզկուլտուրայի դասեր դպրոցում	Սպորտային խաղեր	Ոչ մի մարզանք
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	Տատանման սահմանները
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 ետ մնալը: Քաշ/ տարիք (կամ քաշ՝ ըստ տարիքի – ՔԸՏ) գործակիցը, որպես սուր թերսնուցման ցուցանիշ, կիրառվել է՝ գնահատելու համար սպիտակուցային-էներգետիկ թերսնուցումը (ՍԷԹ) կամ գերսնուցումը: Քաշ/ հասակ (կամ քաշ՝ ըստ հասակի - ՔԸՀ) գործակիցը, որպես

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

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱԶԿ) կողմից երաշխավորված՝ ԱՄՆ Առողջապահական վիճակագրության ազգային կենտրոնի (ԱՎԱԿ) կողմից 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 ցուցանիշները (± 2 ՍՇ) 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 սահմանում 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 ՅՇՏ	Թերսնուցված ՔՇՏ	Ավելորդ քաշ ունեցող ՔՇՏ	Հյուծված ՔՇՀ	ճարպակալված ՔՇՀ
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 կրթահամալիրում, որը վկայում է նրանց վաղ մանկության շրջանում երկար ժամանակ ստացած անադեկվատ (անբավարար) սնուցման մասին: 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 (ՔՇՏ) հարաբերակցությունն ըստ դպրոցների եղել է նույնատիպ, ինչը աճի ետ մնալու ցուցանիշինը: 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 նպատակ ունենալով պարզելու, 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 կրթահամալիրում կազմել է 1.9%, իսկ Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում՝ 0.6%: Չորս դպրոցների երեխաների միջև տարբերությունը վիճակագրորեն հավաստի էր աճի դանդաղելու ($p=0.021$) և թերսնուցման ($p=0.028$) ցուցանիշների առումով: Աղյուսակ 6-ում բերված են աղջիկների և տղաների շրջանում որոշակի անթրոպոմետրիկ պարամետրերի տարածվածությունը: Բացառությամբ Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցի, որտեղ աճի ետ մնալը, թերսնուցումը և հյուժվածությունն ավելի տարածված են եղել տղաների, քան աղջիկների մոտ:

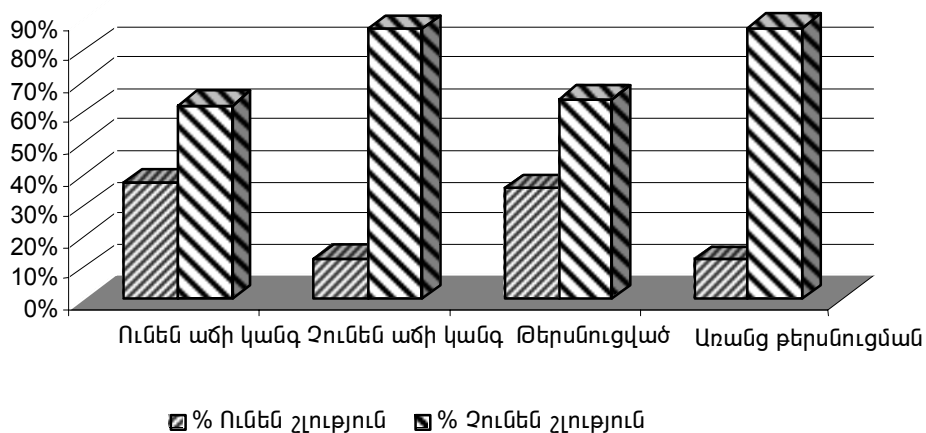
Վիճակագրորեն հավաստի կապ է բացահայտվել մի կողմից՝ շլուքյան և մյուս կողմից՝ սնուցման նախկին և ներկա վիճակը ցույց տվող երկու անթրոպոմետրիկ պարամետրերի՝ աճի ետ մնալու ($p\text{-value}=0.009$) և թերսնուցման ($p\text{-value}=0.021$) միջև:

Աղյուսակ 6. Հետազոտված չորս դպրոցներում անթրոպոմետրիկ պարամետրերի բաշխումն ըստ սեռերի (հաշվարկված են՝ կիրառելով ԱՀԿ ստանդարտները):
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002.

Դպրոցը	Ընդ- հա- նուր թիվը	Աճով ետ մնացող ՀՇՏ %		Թերսնուց- ված ՔՇՏ %		Ավելորդ քաշ ունեցող ՔՇՏ %		Հյուժված ՔՇՀ %		ճարպա- կալված ՔՇՀ %	
		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	7.1	3.7
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 առողջարա նային տի- պի 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 երեխաների սնուցման ներկա ու նախկին վիճակը ցույց տվող անթրոպոմետրիկ պարամետրերի (թերսնուցված և աճի հետ մնացող երեխաների) միջև:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002.

Կապը շլուքյան և երեխաների սնուցման վիճակի միջև



4.2.3. Օբյեկտիվ քննության տվյալների հիմնական եզրահանգումները

Չորս դպրոցներում սկրինինգի ենթարկված դպրոցականների շրջանում ի հայտ են բերվել առողջության խանգարումների նկատելի տարբերություններ (Պատկեր 13): Հայտնաբերված խանգարումներից շատերը, ինչպես օրինակ, ատամի խոռոչները, խրոնիկական տոնզիլիտները, սուր շնչական ինֆեկցիաները և ոսկրա-մկանային դեֆորմացիաները պայմանավորված են եղել ներկա կամ նախկին անբավարար սնուցմամբ, դրան հաջորդող թուլացած իմունիտետով և անբավարար ֆիզիկական զարգացմամբ (ֆիզիկական կոփվածության պակասով): Ատամների խոռոչների 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 Հովարդ Կարագյոզյան հիմնադրամը Գորիսի երեխաների շրջանում անցկացրել էր ատամների վիճակի զննում: Այդ երեխաներից շատերն արդեն բուժվել էին ատամնաբույժի մոտ, իսկ մյուսները սպասում էին իրենց հերթին: Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում և Վարդաշենի կրթական համալիրում ատամների խոռոչներ ունեցող երեխաների թիվը կազմել է, համապատասխանաբար, 17.5% և 19.6%:

Երեխաների մոտ առավել հաճախ արձանագրվել են ֆիզիկական զարգացման շեղումներ՝ ոսկրա-մկանային համակարգի տարբեր պաթոլոգիաների ձևով, ինչպիսիք են, օրինակ, թռչող թիակները, կրծքավանդակի դեֆորմացիաները, ողնաշարի դեֆորմացիաները և հարթաթաթությունը (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 կրթահամալիրում այդպիսի դեպք չի արձանագրվել:

Աղյուսակ 7. Կրճքավանդակի 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
Կրճքավանդակի և ողնաշարի դեֆորմացիաներ	3.8%	9.3%	.0%	13.3%

Թռչող թիակները, որը հետևանք է անբավարար կանոնավոր ֆիզիկական մարզանքի և վատ սնուցման, շատ բարձր տոկոս են 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 վատորակ կոշիկներ հագնելու հետևանք է, 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 թիվը կազմել է, համապատասխանաբար, 23.3% և 20.3%, Գորիսում՝ 19%, իսկ ամենացածրը (13.3%) եղել է Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում (Պատկեր 13).

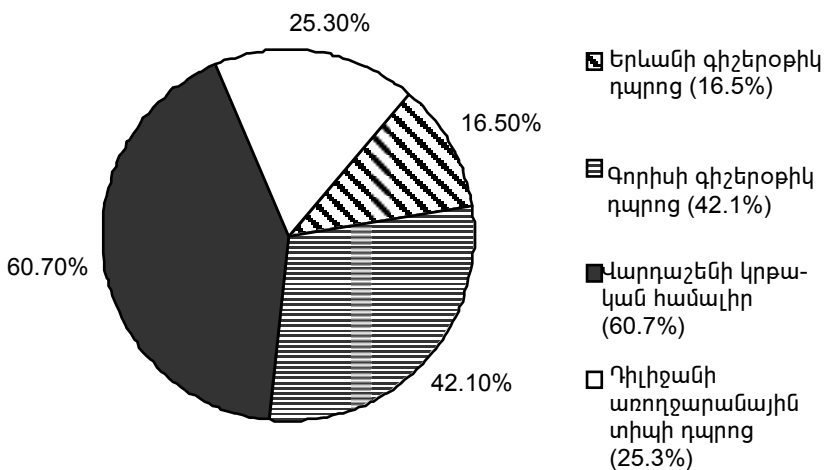
Ոսկրա-մկանային համակարգի վերը նշված սպեցիֆիկ դեֆորմացիաներից և պաթոլոգիաներից բացի, հետազոտված դպրոցների երեխաներից շատերի մոտ ախտորոշվել են ֆիզիկական զարգացման հետ մնալը, ցածր հասակ և անբավարար քաշ: Ամենից առավել այդպիսի երեխաներ եղել են Վարդաշենի կրթահամալիրում (60.7%) և Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում (42.1%): Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում այդ թիվը կազմել է մոտ 25.3%, իսկ

ամենացածր 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 հարցազրույցը ի հայտ են բերել երեխաների, որոնք հաճախ են հիվանդանում սուր շնչառական ինֆեկցիաներով: Այդպիսի դեպքերն ավելի հաճախ են նշվել Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների կողմից (27.5%), իսկ առավել հազվադեպ՝ Վարդաշենի կրթահամալիրում (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 թերսնուլցման:

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

Ետ մնացող ֆիզիկական զարգացմամբ երեխաների քանակը հետազոտված չորս դպրոցներից յուրաքանչյուրում



Քթի միջնապատի ծռման և աղեւնոիդների 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 ծռվածությունը և աղեւնոիդները, խանգարելով երեխայի նորմալ շնչառությանը (երեխան շնչում է բերանով), կարող են նաև որոշակիորեն նպաստել հաճախակի շնչառական ինֆեկցիաների առաջացման: 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 քրոնիկական տոնզիլիտ: Այդ իմաստով իրավիճակն ամենավատն է եղել Վարդաշենի կրթահամալիրում և Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում՝ նրանք համապատասխանաբար կազմել են 37.5% և 35.5% (Պատկեր 13): Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում քրոնիկ տոնզիլիտ ունեցող երեխաների թիվը կազմել է 17.7%, իսկ Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում՝ 24.1%: Վերլուծությունը վեր է հանել վիճակագրորեն հավաստի կապ ատամների խոռոչների և քրոնիկական տոնզիլիտի առաջացման միջև (Աղյուսակ 8): Դասպասելի և կենսաբանորեն բացատրելի կապ է, քանի որ այս երկու պաթոլոգիաներն էլ կարող են ունենալ նույն հարուցիչը՝ *ստրեպտոկոկը*: Ատամների կարիեսը բերանի խոռոչում քրոնիկական ինֆեկցիայի մի աղբյուր է, որը կարող է նպաստել տոնզիլիտի առաջացմանը և դրա քրոնիկ ընթացքին [15]:

Աղյուսակ 8. Հետազոտված չորս գիշերօթիկ դպրոցների երեխաների շրջանում ստամոքսի խոռոչների և քրոնիկական 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 կրթահամալիրի 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 (հիրսուտիզմ) (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 աղջիկների 4.8%-ի մոտ: Այս խանգարումների և տարբեր այլ շեղումների միջև կապերի վերլուծությունն ի հայտ է բերել վիճակագրորեն հավաստի 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

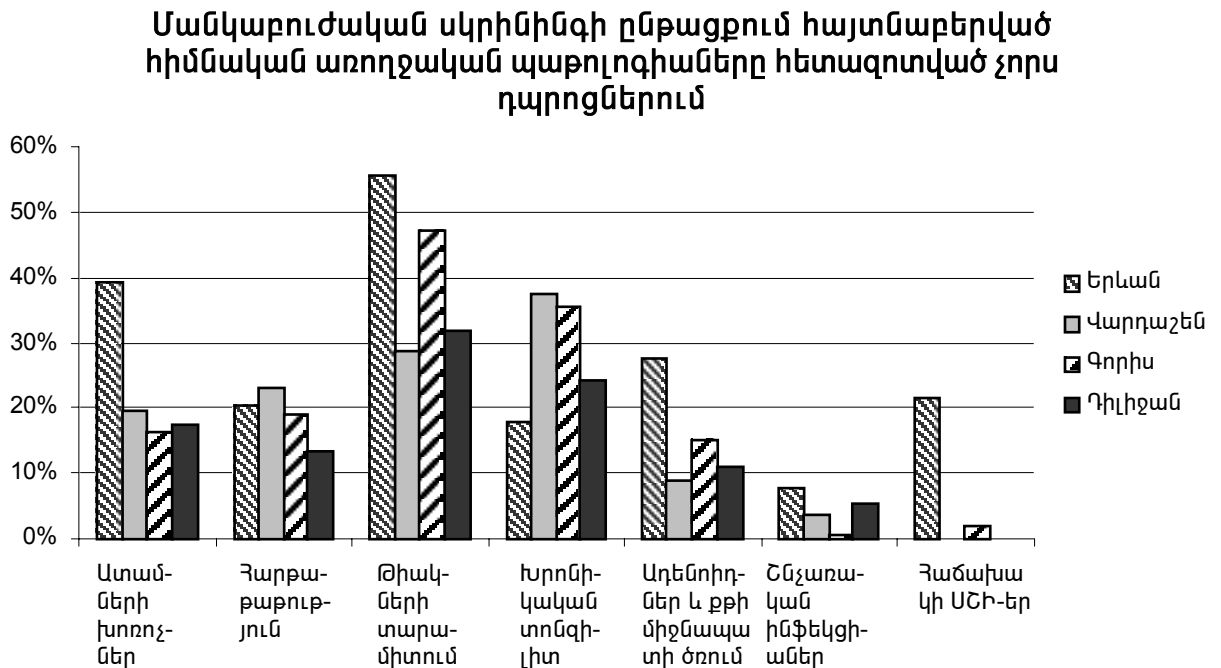
(χ^2 , p-արժեքը=0.017)

Հիրսուտիզմ ախտորոշվել 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 ախտորոշվել 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 ախտորոշվել են փոքր թվով երեխաների մոտ: Ամենից սակավը դրանց տեսակարար կշիռը եղել է Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում՝ 0.6%, իսկ ամենաբարձրը՝ Վարդաշենի կրթահամալիրում՝ 5.4%:

Առողջության այլ խանգարումները, ինչպիսիք են վեգետատիվ-անոթային դիստոնիան, սննդային ալերգիան, ալերգիկ 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-համակարգերի խմբավորված հիմնական առողջական պաթոլոգիաները հետազոտված չորս դպրոցներում:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002



4.3. Նյարդաբանական քննություն

4.3.1. Հարցազրույց

Երեխայի ֆիզիկական քննությանը նախորդել է կարճ հարցազրույցը: Այն ընդգրկել է հարցեր ընդհանուր առողջական վիճակի, գլխացավերի և այլ գանգատների մասին: Նյարդաբանը հետազայում օգտագործել է այս տեղեկությունները՝ ախտորոշման վերաբերյալ եզրահանգումների համար:

Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում երեխաների մեծամասնությունը (62.8%) ունեցել են առողջական բնույթի գանգատներ: Նրանց մոտ 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 կրթահամալիրում առողջական գանգատներ ունեցել են երեխաների 58.9%-ը: Երեխաներից շատերը (67.9%) գանգատվել են գլխացավերից: Մյուս դպրոցների համեմատ այս դպրոցի երեխաների մեծ մասը գանգատվել է գիտակցության կորուստից և նախկինում ունեցած գլխի տրավմայից (համապատասխանաբար՝ 21.2% և 25.9%):

Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում երեխաներից առողջական գանգատներ ունեցել են 45.2%-ն: Երեխաների 43.4%-ը գանգատվել են գլխացավերից: Գիտակցության կորուստից 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):

Ամենացածր առաջադիմությունը եղել է Վարդաշենի կրթահամալիրի երեխաների մոտ: Երեխաներին առաջարկվել է նաև, որ նրանք իրենց դասակարգեն դպրոցականների հետևյալ կատեգորիաների շարքում. գերազանց, լավ և բավարար/ վատ: Ստացվել են համարյա նույն թվերը, ինչ դպրոցական գնահատականների դեպքում:

Աղյուսակ 10. Երեխաների դպրոցական առաջադիմությունը Հայաստանի 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%

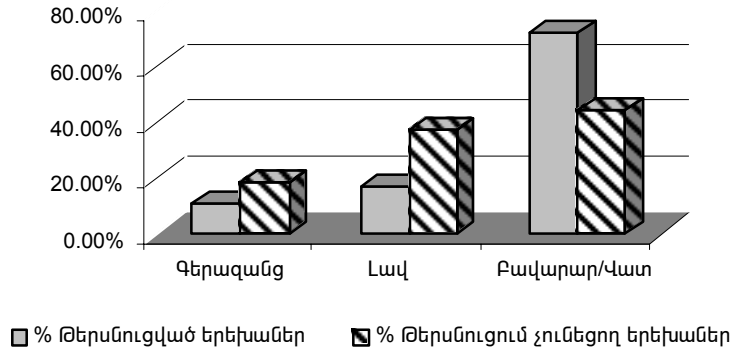
Դպրոցական առաջադիմության (տիպական դպրոցական գնահատականների) և երեխաների սնուցման վիճակի վերլուծությունը վեր է հանել վիճակագրորեն հավաստի (χ^2 , $p=0.001$) կապ թերսնուցման (ՔԸՏ) և առաջադիմության միջև (Պատկեր 14): ՔԸՏ գործակցի համաձայն քաշի անբավարարություն ունեցող երեխաներն ունեցել են ամենացածր առաջադիմությունը: Մանկաբույժի զննման 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 հավաստի կապ (χ^2 , $p=0.006$):

Սովորելու դժվարություններն ամենից ցայտուն արտահայտված են եղել Վարդաշենի կրթահամալիրի և Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների մոտ: Սակայն առաջինի դեպքում այդ հանգամանքը, ինչպես նաև ցածր առաջադիմությունը բացատրվում է նաև նրանով, 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 (ՔՐՏ գործակցի) և դպրոցական առաջադիմության միջև:

Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

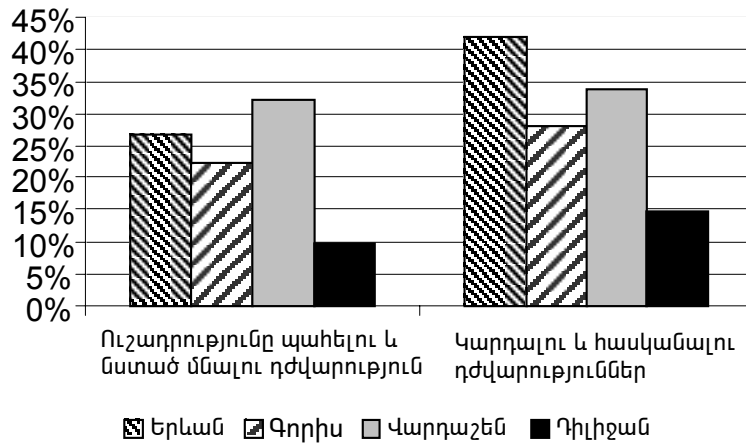
Կապը թերսնուցման և դպրոցական միջին գնահատականների միջև:



Պատկեր 15. Սովորելու դժվարությունների համեմատականը հետազոտված չորս դպրոցներում:

Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Սովորելու դժվարություններ



4.3.2. Օրյենտիվ քննությամբ ստացված հիմնական տվյալները

Նյարդաբանի կողմից անցկացված արտաքին քննությունը ներառել է հնարավոր զարգացման արատների հայտնաբերումը, գլխուղեղային նյարդերի ֆունկցիայի, շարժական ֆունկցիաների և մկանային տոնուսի, ջլային և մաշկային ռեֆլեքսների, պաթոլոգիական ռեֆլեքսների, ստատիկ և կոորդինացիոն շարժումների,

զգացողության և վեզետո-տրոֆիկական խանգարումների, ինչպես նաև բարձրագույն (կեղևային) ֆունկցիաների ստուգումը:

4.3.2.1. Ձարգացման անոմալիաներ

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

Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում նյարդաբանը 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 կրթահամալիրում նյարդաբանը չի հայտնաբերել զարգացման որևէ լուրջ անոմալիաներ:

4.3.2.2. Առողջության հիմնական խանգարումներ

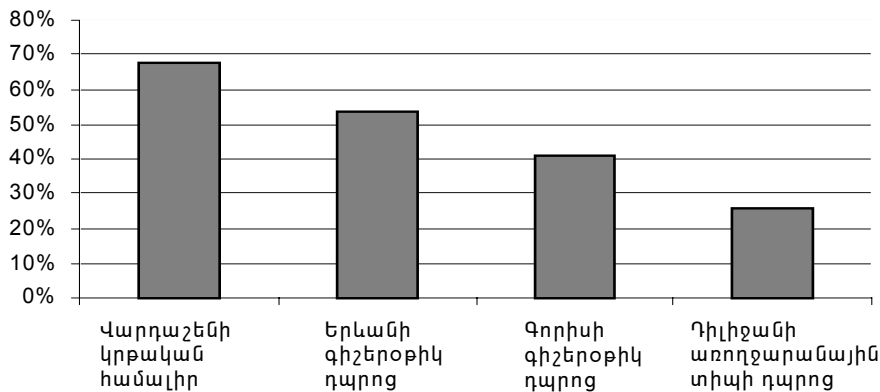
Չետագոտված չորս դպրոցներում նյարդաբանի կողմից ախտորոշվել են առողջության տարբեր խանգարումներ: Ամենից հաճախ այդպիսի խանգարումներ հայտնաբերվել են Վարդաշենի կրթական համալիրում (68%), իսկ ամենաքիչը` Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցում (27%):

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

Պատկեր 16. Նյարդաբանի կողմից ախտորոշված առողջական պրոբլեմներ ունեցող երեխաների տեսակարար կշիռը չորս հետազոտված դպրոցներում:

Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

Նեվրոլոգիական քննությամբ հայտնաբերված առողջական պրոբլեմներ ունեցող երեխաների տեսակարար կշիռը



Խանգարումների ամենամեծ խումբը թեթև գլխուղեղային դիսֆունկցիան է, դրանք են. մտավոր զարգացման ուշացումը, սահմանային ինտելեկտուալ անբավարարությունը և սովորելու հատուկ խանգարումները: Ըստ նյարդաբանի կարծիքի, այս խանգարումները հիմնականում բացատրվում են դաստիարակության բացթողումներով, երեխաների նկատմամբ մեծահասակների (ծնողների և ուսուցիչների) ուշադրության անբավարարությամբ և վատ կրթությամբ: Ինչպես կարելի է տրամաբանորեն ակնկալել, ամենավատ վիճակն այդ առումով դիտվել է Կարդաչենի 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 հաճախականությամբ 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 թվածնային հագեցվածությունը կարող է առաջացնել վեգետատիվ-անոթային դիստոնիա, որն իր հերթին կարող է անբավարար ֆիզիկական ակտիվության հետևանք լինել: 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%:

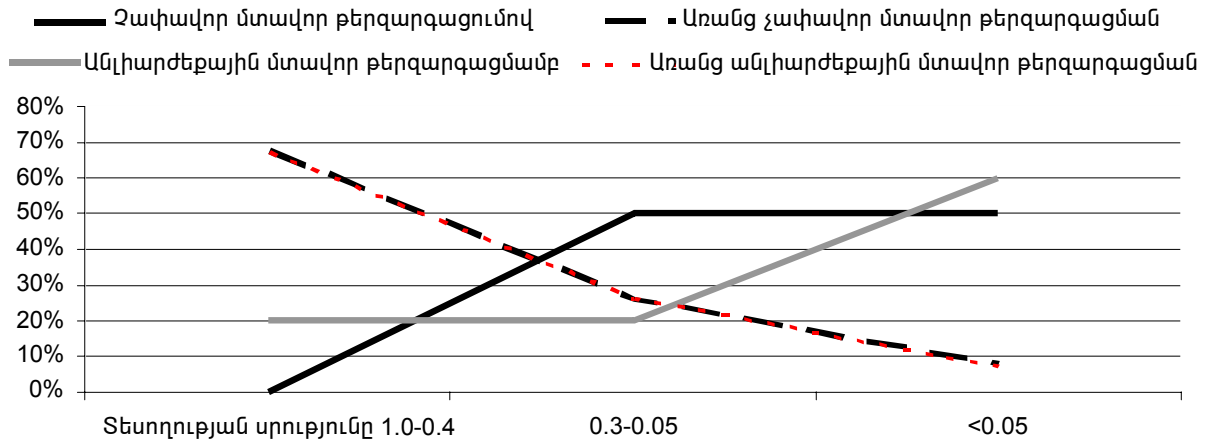
Անլիարժեքային մտավոր թերզարգացումը, որը զգացողական ինտեգրացիայի խանգարման (ՋԻԽ) ախտանիշերից մեկն է, հայտնաբերվել է միայն Երևանի գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների մոտ (6.6%): Դա ակնկալվող արդյունք էր, քանի որ այդ

պաթոլոգիան, սովորաբար, զգայարաններից որևէ մեկի լուրջ ախտահարման հետևանք է: «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 ունակությունների վրա:

Ինչպես և կարելի էր կանխատեսել, վերլուծությունը վիճակագրորեն հավաստի (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

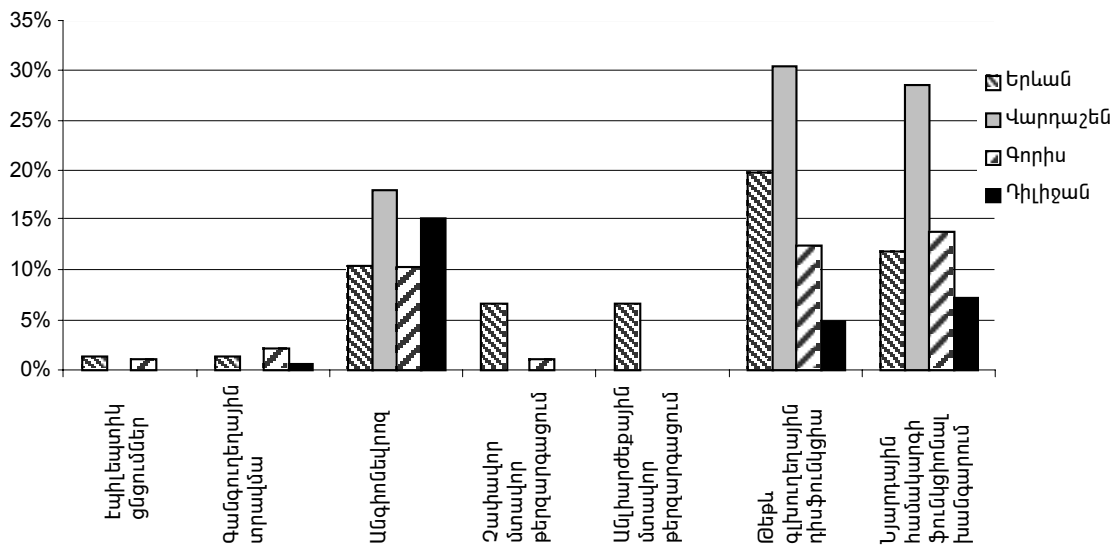
Կապը անլիարժեքային մտավոր թերզարգացման, չափավոր մտավոր թերզարգացման և տեսողության սրության միջև



Եղել են շատ փոքր թվով երեխաներ, որոնք անամնեզում ունեցել են էպիլեպտիկ նոպաներ և գանգուղեղային տրավմա (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 զննման: 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 խանգարում ունեցողներ, իսկ 25.5 %-ը (n=54)՝ երկու աչքի տեսողության

խանգարում (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 արձագանքով 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 տեսողություն	1.0- 0.4	139	65.6
Խանգարված տեսողություն	0.3- 0.2	17	8.0
Կույր	0.1-0.05	37	17.5
	<0.05	18	8.5
	Բացակա	1	0.4
ԸՆդամներ		212	100.0

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

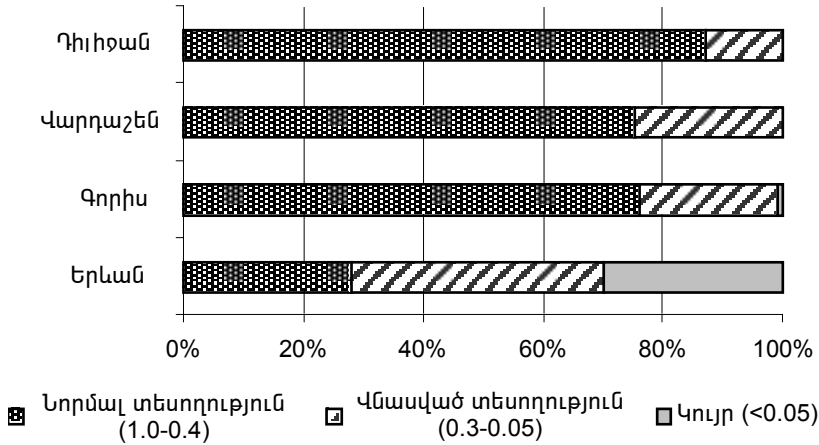
ԱՅԿ դասակարգումը	Երկու աչքով տեսողության սրությունը	Չաճախականությունը (քանակը)	Տոկոսը
Նորմալ տեսողություն	1.0-0.4	154	72.6
Խանգարված տեսողություն	0.3-0.2	23	10.8
Կույր	0.1-0.05	18	8.5
	<0.05	15	7.1
	Բացակա	2	1
ԸՆդամներ		212	100.0

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

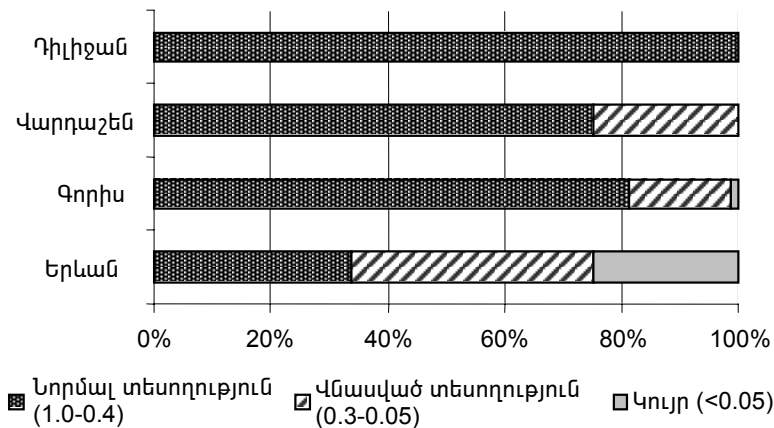
Լավագույն տեսնող աչքով տեսողության սրությունը հետազոտված չորս դպրոցների երեխաների շրջանում



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 միասին վերցրած (n=593), 11.1 %-ը (n=66) համարվել են մեկ աչքի տեսողության խանգարում ունեցողներ, 9.1-ը % (n=54)՝ երկու աչքի տեսողության խանգարում ունեցողներ (տեսողության

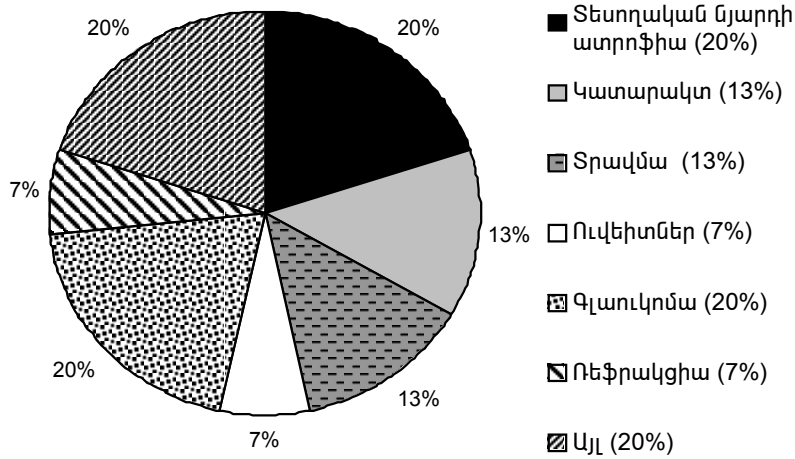
սրությունը՝ 0.3-0.05), իսկ 14.2%-ը (n=30)՝ մեկ աչքի կուրություն ունեցող և 8.5%-ը (n=18)՝ երկու աչքի կուրություն ունեցող (տեսողության սրությունը՝ <0.05):

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:

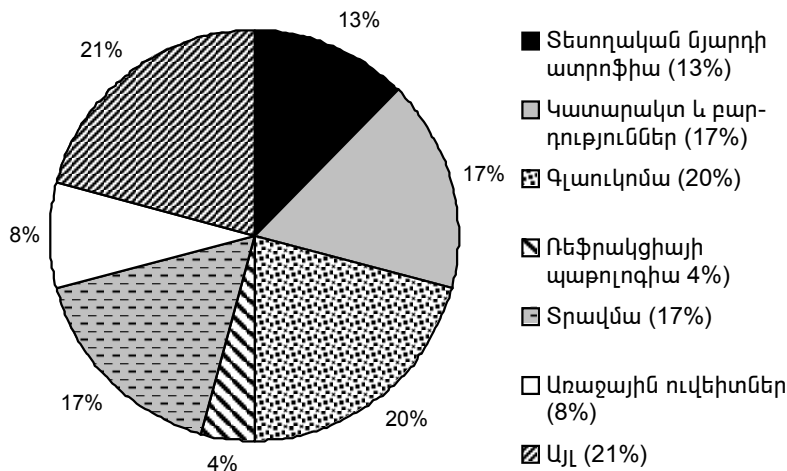
Պատկեր 20. Սկրինինգի ենթարկված երեխաների շրջանում տեսողության լավագույն կորեկցիայից հետո արձանագրվող երկկողմանի կուրության հիմնական պատճառները:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

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 ԱՄՆ-ում ախտորոշվում են 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 ախտորոշվել 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).

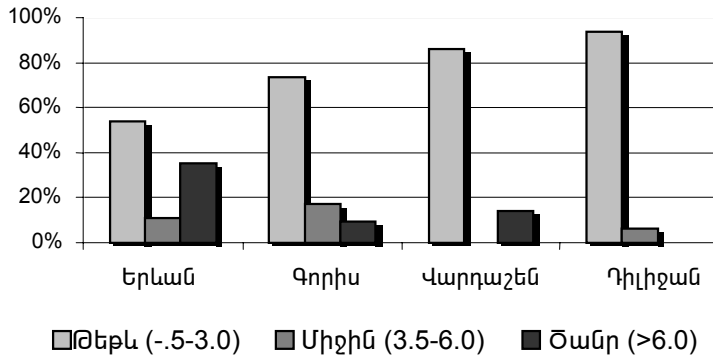
Աղյուսակ 13. Աստիգմատիզմը աչքի մանրակրկիտ սկրինինգի մասնակիցների շրջանում:
Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագիր 2002

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

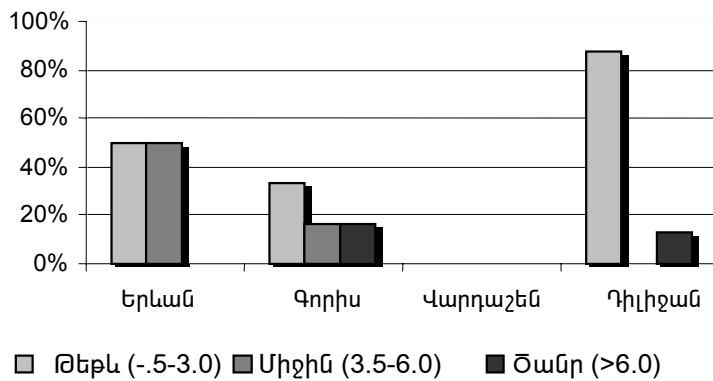
Ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաների տարածվածությունը տարբեր դպրոցներում եղել է տարբեր: Ծանր պաթոլոգիաներն առավել տարածված են եղել, ինչպես և սպասվում էր, տեսողության խանգարումներ ունեցող երեխաների Երևանի գիշերօթիկ դպրոցում: Այնուամենայնիվ, ծանր աստիգմատիզմի և կարճատեսության ցուցանիշները նկատելիորեն բարձր են եղել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

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

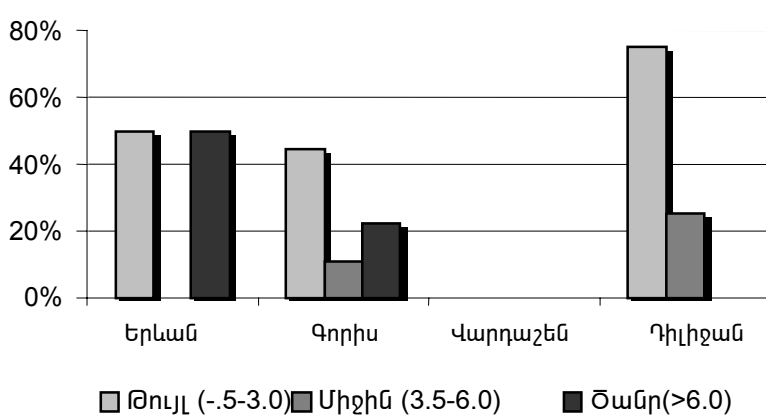
Աստիգմատիզմի տարածվածությունը հետազոտված չորս դպրոցների երեխաների շրջանում



Ջեռատեսության 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 Հաճախականությունը	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 նաև շլությունը: Շլությունը տեսողության այնպիսի դեֆեկտ է, երբ աչքերի ուղղությունը ճշտորեն հավասարակշռված չէ և դրանք տարամիտված են [17,18]: Ըստ վիճակագրության տվյալների, 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 զգալիորեն 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	Հիվանդության 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 այն մասն է, որի միջոցով լույսը ֆոկուսավորվում է ցանցաթաղանթի վրա: Հստակ պատկեր ստանալու 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, որը կազմել է աչքի մանրակրկիտ զննման բոլոր մասնակիցների 6.1%-ը: Բնածին կատարակտան ավելի տարածված է եղել տղաների մոտ (Աղյուսակ 16).

Աղյուսակ 16. Կապը բնածին կատարակտայի և երեխաների սեռի միջև:
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՝ շլուքամբ:

Գլաուկոմա. Գլաուկոման հիվանդությունների խումբ է, որը կարող է հանգեցնել տեսողական նյարդի վնասման և կուրության: Ջարգացած երկրներում գլաուկոման կանխելի կուրության հիմնական պատճառն է: Այս վտանգավոր հիվանդության վաղ նախազգուշական 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 դեպքերում համակցված է եղել կատարակտայի հետ, և 2 դեպքերում՝ 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 հավաստի (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 1.0-0.4 %	Կորեկցված 0.3-0.2 %	տեսողությունը 0.1-0.05 %	երկու <0.05 %	Ընդամենը N
Այո			33.6	66.7	6
Ոչ	77.0	10.5	7.5	5.0	206

Գարնանային կոնյունկտիվիտ. Ըստ Կարո Մեղրիկեանի ինստիտուտի կողմից անցկացված նախկին հետազոտությունների արդյունքների [25], գարնանային կոնյունկտիվիտը Հայաստանի շրջանների մեծ մասի համար համարվել է էնդեմիկ հիվանդություն: Գարնանային կոնյունկտիվիտը (կամ կարմրած աչքերը) ակնագնդերի և կոպերի ներքին մակերեսը ծածկող աչքերի լորձաթաղանթի (կոնյունկտիվայի) բորբոքումն է, որը հետևանք է ալլերգիայի կամ արևի ճառագայթների չափազանց

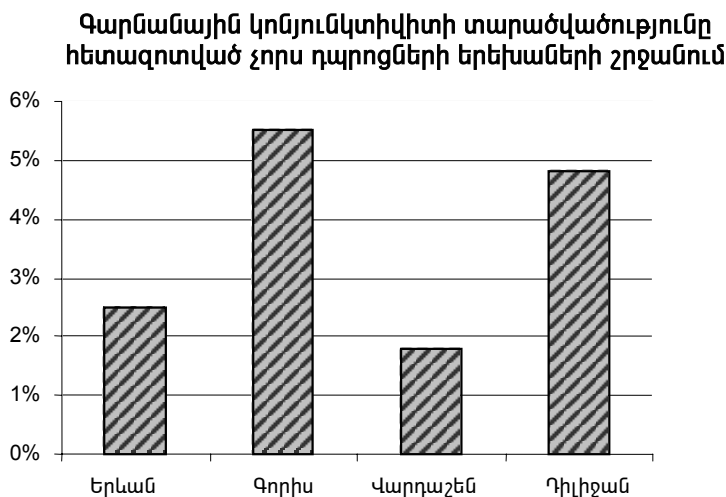
երկարատև/ուժեղ ազդեցության [26,27]: Գարնանային կոնյունկտիվիտը, սովորաբար, ախտահարում է երիտասարդ տղաներին, լինում են երկկողմանի և առաջանում է տաք եղանակներին: Բարձրադիր տարածքներում և արևի ազդեցության տակ երկար գտնվելը նպաստում է այս պաթոլոգիայի առաջացմանը [26,27]: Այս հետազոտության ընթացքում գարնանային կոնյունկտիվիտ ախտորոշվել է 26 մասնակիցների մոտ, ինչը կազմում է ընդգրկված բոլոր երեխաների 4.4%-ը:

Աչքի մանրակրկիտ զննման ենթարկվածների 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 հաճախ 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

Հիվանդության խումբ / Գարնանային կոնյունկտիվիտ	Փախստականներ		Ընդամենը n
	Այո %	Ոչ %	
Այո	50.0	50.0	8
Ոչ	12.6	87.4	206

p-արժեքը= 0.001

Եզրակացություններ / Առաջարկություններ**1. Ծառայությունների ծրագիր**

Որպես հասարակական ծառայությունների ծրագիր, այն եղել է խիստ արդյունավետ՝ մոտավորապես 600 աղքատ երեխայի մատուցելով կարևոր առողջապահական ծառայություններ: Ծրագրի հաջողություններից մեկն էլ այն էր, որ այն ցուցադրեց դժվար հաղթահարելի հասարակական մտահոգությունների շտկման հարցում ռեսուրսների և փորձի համատեղման ջանքերի արդյունավետությունը: Բազմաթիվ մայրեր և խնամողներ արտահայտեցին իրենց երախտագիտությունը ծրագրի աշխատակազմին՝ մատուցված ծառայությունների համար՝ շեշտելով, որ կազմակերպված սկրինինգը երկար սպասված էր, և որ երեխաներն այդպիսի մանրակրկիտ զննում (սկրինինգ) անցնելու որևէ այլ հնարավորություն չէին ունենալու:

Ընդհանուր առմամբ, ծրագրի ընթացքում սկրինինգի են ենթարկվել Հայաստանի չորս գիշերօթիկ դպրոցներում սովորող շուրջ 593 երեխաներ: Նրանցից 543 երեխայի մոտ մանկաբույժը գտել է տարբեր աստիճանի ծանրության առողջական պրոբլեմներ: Հայտնաբերվել են հիմնականում հենա-շարժական ապարատի զարգացման շեղումներ, քրոնիկական տոնզիլիտներ, ատամների խոռոչներ, շնչառական ինֆեկցիաներ և ադենոիդներ: Ընդհանուր առմամբ, 241 (40.6%) երեխաների մոտ ախտորոշվել են տարբեր նյարդաբանական պրոբլեմներ, հիմնականում՝ նյարդային համակարգի ֆունկցիոնալ խանգարումներ, գլխուղեղի թույլ արտահայտված դիսֆունկցիա՝ սովորելու ունակությունների թերզարգացմամբ, միջին աստիճանի թուլամտություն և անգիոնեվրոզներ: Առողջական պրոբլեմների բացահայտման դեպքերում ծրագրի բժիշկներն այդ մասին տեղեկացրել են ծնողներին/խնամողներին և հետագա բուժման համար տվել են գրավոր կամ բանավոր առաջարկություններ և հանձնարարականներ:

Ծրագրի բոլոր մասնակից երեխաները ենթարկվել են աչքի նախնական զննման: Նրանցից 212-ի մոտ ախտորոշվել են աչքի ախտահարումներ, իսկ թվով 57 երեխայի ակնաբույժները խորհուրդ են տվել բուժվել մասնագիտացված ակնաբուժական կլինիկաներում: Ամբուլատոր բուժում խորհուրդ է տրվել 22 մարդու, իսկ 131 երեխայի խորհուրդ է տրվել գտնվել ակնաբույժի հսկողության տակ՝ շրջանային պոլիկլինիկայում:

Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագրի ընթացքում սկրինինգի ենթարկված երեխաների 29.7%-ը (n=176), ըստ նշանակման, ստացել են ակնոցներ: Ծրագրի աշխատակազմը երեխաներին ուսուցանել են ակնոցները կրելու, դրանց խնամքի վերաբերյալ, ինչպես նաև օգնել են նրանց շրջանակների ընտրության հարցում:

Այս ուսումնասիրության տվյալները գալիս են հաստատելու այն իմաստությունը, որ առողջության սկրինինգները, բացահայտելով առողջական պրոբլեմները դրանց զարգացման վաղ փուլերում, նվազագույնի են հասցնում երկարաժամկետ կայուն հաշմանդանության դեպքերը և բարելավում են կյանքի որակը:

2 Հետազոտության սահմանափակումները

Ինչպես տեղերում իրականացվող բոլոր ծրագրերը, այս ծրագիրը նույնպես ունի որոշակի սահմանափակումներ, որոնք կարող են ազդել ստացված տվյալների ընդհանրացման վրա: Հիմնական սահմանափակումները, որոնք կարող են հանգեցնել ոչ ճիշտ կամ կեղծ եզրահանգումների, ամփոփված են ստորև և հնարավորինս հաշվի են առնվել հետազոտության տվյալները մեկնաբանելու և եզրակացությունների հանգման ժամանակ:

Նախ, մասնակիցներն ընտրվել են գիշերօթիկ դպրոցներում ընդգրկված բնակչության յուրահատուկ խմբերից, այն է՝ տեսողության խանգարումներ ունեցող երեխաներ, սոցիալապես անպաշտպան երեխաներ, «դժվար» դեռահասներ և տուբերկուլյոզային հիվանդների հետ շփում ունեցած երեխաներ: Երկրորդ, գիշերօթիկ դպրոցներն ընտրվել են ոչ թե պատահաբար, այլ՝ ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի և ՀՀ Կրթության և գիտության նախարարության կողմից, որը նույնպես կարող է կողմնակալություն հաղորդել այդ ընտրությանը: Բացի այդ, միայն երեխաների խոսքերից քաղված բժշկական և ընտանեկան անամնեզը կարող էր ներկայացնում որոշակի կողմնակալություն ունենալ: Դա ազդել է ուսումնասիրության բնույթի վրա և անհնարին է դարձրել Հայաստանի գիշերօթիկ դպրոցներում դպրոցահասակ բոլոր երեխաների մոտ առողջական պրոբլեմների լրիվ որոշումը: Չնայած ստացված տվյալներն ընդհանրացվելի չեն, այնուամենայնիվ դրանք թույլ են տալիս դիտարկել կազմակերպված հաստատություններում ընդգրկված երեխաների պրոբլեմները և կարող են օգտագործվել այդ պրոբլեմների լուծման և/կամ կանխարգելման համար ուղեցույցեր և առաջարկություններ մշակելիս:

3. Եզրակացություններ

Չնայած հետազոտության արդյունքները ուսումնասիրված չորս դպրոցներում որոշակիորեն տարբերվում են միմյանցից, եզրահանգումները միատեսակ են նրանց բոլորի համար:

3.1. Տեսողություն

Ընդամենը 211 երեխայի մոտ ավտորոշվել են աչքերի տարբեր պաթոլոգիաներ: Չորս գիշերօթիկ դպրոցներում երեխաների 11.1 %-ն ունեցել են մեկ աչքի, իսկ 9.1%-ը՝ երկու աչքերի տեսողության խանգարում: Այդ երեխաների 14.2%-ը եղել է կույր մեկ աչքից, իսկ նրանց 8.5%-ը՝ երկու աչքերից: Այս ցուցանիշներն ավելի

բարձր են, քան տեսողության խանգարումների և կուրության գնահատված ցուցանիշները Եվրոպական երկրներում [28-32]: Չնայած սկրինինգի արդյունքները հիմնված չեն բնակչության ամբողջական ներկայացման վրա, այնուամենայնիվ, նրանք ցույց են տվել, որ թույլ տեսողությունը և կուրությունը Հայաստանի գիշերօթիկ դպրոցների դպրոցահասակ երեխաների շրջանում նշանակալի առողջապահական պրոբլեմ է:

Երկկողմանի, ինչպես նաև մոնոկուլյար կուրության հիմնական պատճառները եղել են բնածին գլաուկոման, տեսողական նյարդի ատրոֆիան, բնածին կատարակտան, վնասվածքներից մնացած բարդությունները և ռեֆրակցիայի խանգարումները: Տեսողության հնարավոր լավագույն կորեկցիայից հետո, ռեֆրակցիայի խանգարումներ ունեցող մոնոկուլյար կույր հիվանդների թիվը 17%-ից նվազեց մինչև 4%: Դա մեկ անգամ ևս ցույց է տալիս տեսողության խանգարումներ ունեցող երեխաներին համապատասխան և լավ որակի ակնոցներ տրամադրելու կարևորությունը:

Մասնակիցների (n=593) միայն 47%-ն (n=279) են երբևիցե այցելել ակնաբույժին, իսկ 17.2%-ը (n=102) երբևէ տեսողության կանխարգելիչ ստուգման չեն ենթարկվել: Դպրոցահասակ երեխաների կանխարգելիչ ակնաբանական օգնությունը բարելավման կարիք ունի:

Կուրության հանգեցնող լուրջ ախտահարումները, ինչպիսիք են բնածին կատարակտան և գլաուկոման, հիմնականում դիտվել են Երևանի թույլ տեսող երեխաների գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների մոտ: Մյուս երեք դպրոցներում աչքերի առավել տարածված ախտահարումները եղել են ռեֆրակցիայի խանգարումները, շլությունը և կոնյունկտիվիտները (գարնանային կատարը): Դիլիջանի, Գորիսի և Վարդաշենի գիշերօթիկ դպրոցների հետազոտված կոնտինգենտի 22.6 %-ի մոտ դիտվել է ռեֆրակցիայի խանգարումներ, 4.5 %-ի

մոտ՝ շլություն, և 4.9%-ի մոտ՝ գարնանային կոնյունկտիվիտներ: Այդ ցուցանիշները զգալիորեն բարձր են, քան Եվրոպայում և Հյուսիսային Ամերիկայում գրանցված նույնատիպ ցուցանիշները [28-34]:

Ներկայումս Հայաստանում գիշերօթիկ դպրոցներում տեղակայված երեխաները, որպես կանոն, ոչ բարեկեցիկ կամ ցածր սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակ ունեցող ընտանիքներից են: Ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ նախածննդյան խնամքի ծառայություններից ուշ և հազվադեպ օգտվելը, միայնակ մայրությունը, անցանկալի հղիությունը, բռնությունը, սնուցման գործոնները, սոցիալական ոչ լիարժեքությունը հղիության ընթացքում [35-44] և աղքատությունը [45] բարձրացնում են երեխաների մոտ աչքերի շարժունության խանգարումների, հատկապես՝ շլության ռիսկը, և կարող են պատճառ դառնալ տեսողական համակարգի հետագա վնասման համար: Այդ հանգամանքներով կարելի է բացատրել սկրինինգի ենթարկված երեխաների մոտ շլության և աչքերի այլ պաթոլոգիաների տարածվածությունը:

Ըստ ընդունված հիպոթեզի, գոյություն ունեն կարճատեսության տարածվածության սեռային բաշխման որոշակի օրինաչափություններ [33-34,46]: Օրինակ, *NHANES*-ի 1971 և 1972թ.թ. տվյալները ցույց են տալիս կանանց մոտ կարճատեսության տարածվածության գերակշռությունը տղամարդկանց համեմատությամբ [47]: Սակայն, գիշերօթիկ դպրոցների այս ուսումնասիրությամբ, կարճատեսությունն առավել հաճախ դիտվել է արական սեռի ներկայացուցիչների մոտ՝ 65.6 %, իգական սեռի 8 %-ի համեմատ (տարբերությունը վիճակագրորեն նշանակալի է, χ^2 թեստ՝ $p=0.02$):

Այս հետազոտությամբ հակադարձ կապ է արձանագրվել շլության և սնուցման անցյալ ու ներկա վիճակը բնութագրող անթրոպոմետրիկ պարամետրերի (աճի

դանդաղում և թերսնուցում) միջև: Վիճակագրորեն հավաստի այս կապերը կարող են բացատրվել մի շարք գործոններով: Շլություն ունեցող երեխաների վատ սնուցումը կարող է հետևանք լինել վատ հոգատարության կամ իրենց հասակակիցների բացասական վերաբերմունքի պատճառով առաջացած սթրեսների: Հնարավոր է նաև, որ դա կապված լինի շլություն ունեցող երեխաների ուշացած ֆիզիկական զարգացման հետ: Այնուամենայնիվ, ուղղակի կապ շլության և աճի դանդաղման միջև կարող է չլինել, քանի որ գիշերօթիկ դպրոցների երեխաների վրա ազդեցություն են թողնում սոցիալական խոցելիության բազմաթիվ գործոններ, որոնք կարող են աղավաղել այդ հարաբերակցությունը:

Էնդոկրին համակարգի խանգարումների և աչքերի տարբեր պաթոլոգիաների միջև կորելյացիայի վերլուծությունը ի հայտ է բերել վիճակագրորեն հավաստի կապ (χ^2 թեստ՝ $p=0.017$) ուշացած սեռական հասունացման և տեսողության սրության միջև: Թույլ տեսողությունը վատ սնուցման հետ միասին կարող է բերել աճի դանդաղման: Այս հիպոթեզը ստուգելու համար անհրաժեշտ են լրացուցիչ ուսումնասիրություններ:

3.2. Սնուցում

Երեխաների գերակշռող մեծամասնությունը եղել է սոցիալապես խոցելի ընտանիքներից և, մեծ մասս դեպքերում, երեխաների ծնողները եղել են գործազուրկ: Սնուցման վիճակը/սննդի ընդունումը ստուգվել է նախորդող յոթ օրերի կտրվածքով: Բոլոր գիշերօթիկ դպրոցների համար, բացի Երևանի դպրոցից, դա եղել է դասերից ազատ ժամանակաշրջան, սակայն այնուհանդերձ, այն կարող է օգտագործվել որպես երեխաների միջին սնուցման մի օրինակ, որը սահմանափակված էր միայն վիտամին A պարունակող, այլ ոչ թե ընդհանուր

սննդային արժեք ներկայացնող սննդամթերքի հաճախակի ընդունմամբ:

Վերլուծությունները բացահայտեցին, որ երեխաները հիմնականում սնվել են հացով, կարտոֆիլով և մակարոնային ուտեստներով:

Չեստագոտված երեխաների սննդում բանջարեղենի և մրգերի (հատկապես՝ վիտամին A –ով հարուստ) ոչ բավարար քանակը բավականին բնորոշ երևույթ է եղել: Սնուցման վիճակն առավել վատ է եղել Երևանի թույլ տեսողությամբ երեխաների գիշերօթիկ դպրոցում և Գորիսի սոցիալապես խոցելի ընտանիքների և թույլ տեսողությամբ երեխաների դպրոցում:

Երեխաների անթրոպոմետրիկ չափումներն ի հայտ են բերել աճի

դանդաղում/կանգ և թերսնուցում: Այս վիճակների տարածվածությունը

դպրոցներում եղել է տարբեր, այդ թվում՝ ամենավատ վիճակն այդ առումով

արձանագրվել է Վարդաշենի կրթահամալիրում, որտեղ աճի դանդաղումը (25%)

հանդիսանում է վաղ մանկական հասակում երկարատև անադեկվատ սնուցման

հետևանք, և թերսնուցումը (17%)՝ որպես սնուցման ներկայիս վիճակի դրսևորում,

դիտվել են բավականին հաճախ: Մանկաբույժների գնահատումների համաձայն,

ուշացած ֆիզիկական զարգացումը, ցածր հասակը և մարմնի քաշի

անբավարարությունը դիտվել են դպրոցների երեխաների մեծ մասի մոտ: Այդպիսի

երեխաների թիվն ամենաբարձրը եղել է Վարդաշենի կրթահամալիրում (60.7%) և

Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում (42.1%):

Ուսումնական առաջադիմությունը (սովորական դպրոցական գնահատականները)

հետագոտված երեխաների շրջանում եղել է բավականին ցածր; ամենավատ իրա-

վիճակն այդ առումով եղել է Վարդաշենի ուսումնական համալիրում:

Վերլուծությունը ցույց է տվել ուսումնական առաջադիմության և թերսնուցման

միջև վիճակագրորեն հավաստի կապ ի առկայությունը: Քաշի անբավարարություն

ունեցող երեխաների առաջադիմությունը եղել է ամենացածրը: Ուշացած

ֆիզիկական զարգացման, ցածր հասակի և մարմնի քաշի անբավարարության համակցված փոփոխականը նույնպես կապակցված է եղել վատ առաջադիմության հետ:

3.3 Հենա-շարժական / ոսկրա-մկանային համակարգ

Պարզվել է նաև, որ այս դպրոցների երեխաների շրջանում շատ հաճախ են հանդիպում ոսկրա-մկանային համակարգի յուրահատուկ դեֆորմացիաները և պաթոլոգիաները: Դպրոցներից մեկում դրանք դիտվել են երեխաների մեկերորդի, իսկ մյուսում՝ կեսից ավելիի մոտ: Թռչող թիակներ և կրծքավանդակի դեֆորմացիաները նրանց մոտ առավել հաճախ հայտնաբերված պաթոլոգիաներն են: Սա կարող է պայմանավորված լինել ֆիզիկական մարզվածության անբավարարությամբ և երեխայի ընդհանուր ֆիզիկական զարգացման ցածր մակարդակով: Վարդաշենի կրթական համալիրից բացի, միայն մի քանի երեխաներ են նշել, որ դպրոցում իրենք ունենում են ֆիզիկական կուլտուրայի դասեր:

Բոլոր երեխաների շուրջ 20%-ն ունեցել են հարթաթաթություն, որը հաճախ հետևանք է անորակ կոշիկներ հագնելու:

3.4 Առողջության հիմնական խանգարումները

Երեք դպրոցների երեխաների 20%-ն ունեցել են ատամների խոռոչներ, որոնց ամենաբարձր տարածվածության ցուցանիշը՝ 39.2% արձանագրվել է Երևանի թույլ տեսող երեխաների գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների շրջանում: Ատամների առողջության հարցերը հսկողության տակ էր Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցում, որտեղ Յովարդ Կարագյոզյան հիմնադրամն իրականացնում է ատամների առողջության ծրագիրը:

Քրոնիկական տոնզիլիտ ախտորոշվել է սկրինինգի ենթարկված երեխաների 1/5 - ից մինչև 1/3-ի մոտ: Հետագա վերլուծությունը բացահայտել է վիճակագրորեն հավաստի կապ ատամների խռոչների և քրոնիկական տոնզիլիտների միջև: Անձնական անամնեզների ուսումնասիրությամբ պարզվել է, որ Երևանի թույլ տեսող երեխաների գիշերօթիկ դպրոցի երեխաների 22%-ը հաճախ հիվանդանում են սուր շնչառական ինֆեկցիաներով: Նույն երեխաների մոտ բարձր է եղել նաև ադենոիդների և քթի միջնապատի ծռումների հիվանդացության ցուցանիշները, սակայն վիճակագրորեն հավաստի կապ այդտեղ չի հայտնաբերվել:

3.5 Նեվրոլոգիական զարգացումը

Երեխաներից շատերն ունեցել են սովորելու հատուկ դժվարություններ, ուշացած ռեակցիաներ և շրջապատի հետ հաղորդակցության պրոբլեմներ: Հայտնաբերվել են առողջության խանգարումների յոթ հիմնական խմբեր: Դրանցից ամենամեծը եղել է «գլխուղեղի թույլ դիսֆունկցիան՝ մտավոր զարգացման ուշացումով, մտավոր ունակությունների անբավարարությամբ և սովորելու հատուկ դժվարություններով»: Այս խանգարումները հիմնականում բացատրվում են դաստիարակության անհաջողությամբ, երեխաների նկատմամբ մեծահասակների (ծնողների և ուսուցիչների) անբավարար ուշադրությամբ և վատ կրթությամբ: Դրանց արմատները կարող են հասնել նաև մինչև անտենատալ և պերինատալ ժամանակաշրջաններ և կապակցված լինել անբավարար մայրական սնուցման հետ: Այս խանգարումների ամենավատ ցուցանիշը (30.4%) արձանագրվել է Վարդաշենի ուսումնական համալիրում: Նյարդային համակարգի ֆունկցիոնալ խանգարումները ներառել են նեվրոտիկ ռեակցիաներ, տագնապների նեվրոզներ, գիշերային անմիզապահություն, նեվրասթենիաներ, նեվրոտիկ տիկեր և լոզոնեվրոզներ, որոնք հիմնականում կապված են դաստիարակության շեղումների, տարբեր սթրեսային գործոնների, սեռական հասունացման և

ժառանգականության հետ: Այս պաթոլոգիաները դիտվել են Դիլիջանի առողջարանային տիպի դպրոցի երեխաների 7.2%-ի և Վարդաշենի ուսումնական համալիրի 28.5%-ի երեխաների մոտ:

Չայտնաբերված խանգարումների թվում է եղել նաև թուլամտությունը, որը զգայական ինտեգրացիայի խանգարման ախտանիշերից մեկն է: Կենտրոնական նյարդային համակարգի օրգանական ախտահարումներով պայմանավորված՝ չափավոր արտահայտված թուլամտություն ախտորոշվել է Երևանի և Գորիսի գիշերօթիկ դպրոցներում (համապատասխանաբար՝ երեխաների 6.6% և 1.0%-ի մոտ): Այս թուլամտությունը նշանակալիորեն կապակցված է տեսողության սրության հետ:

4 Առաջարկություններ / խորհուրդներ

- Կազմակերպել առողջության նույնատիպ սկրինինգներ նաև Չայաստանի այլ գիշերօթիկ դպրոցներում՝ նպատակ ունենալով ստանալ համակողմանի և ընդհանրացվող տեղեկատվություն կազմակերպված հաստատություններում ներառված երեխաների առողջական վիճակի վերաբերյալ:
- Չամապատասխան շարունակական հոգածություն տրամադրել մասնագիտացված կլինիկաներում խորացված հետազոտության և բուժման կարիք ունեցող երեխաներին:
- Սկրինինգի ընթացքում հայտնաբերված տարբեր պրոբլեմները շտկելու համար մշակել և իրականացնել գիշերօթիկ դպրոցների երեխաների հոգեբանական վերականգնման հատուկ ծրագրեր:
- Անցկացնել ատամնաբուժական սկրինինգներ, ատամների խոռոչների կանխարգելման և բուժման ծրագրեր՝ կազմակերպված հաստատություններում:

- րում ընդգրկված երեխաների համար (սկսելով Երևանի թույլ տեսող երեխաների գիշերօթիկ դպրոցից և Վարդաշենի ուսումնական համալիրից):
- Վերանայել գիշերօթիկ դպրոցների ուսումնական ծրագրերը՝ առավել շատ դասաժամեր հատկացնելով ֆիզիկական կոփմանը, և մշակել ֆիզիկական ամրապնդման ծրագիր՝ ոսկրա-մկանային համակարգի բոլոր մասերի համակողմանի և համաչափ ծանրաբեռնման վարժություններով:
 - Փնտրել հովանավոր կազմակերպություններ՝ գիշերօթիկ դպրոցների երեխաներին առողջարար սնունդ տրամադրելու համար: Կազմակերպել սննդամթերքի կանոնավոր հսկողություն և իրականացնել երեխաների սնուցման վիճակի գնահատումներ՝ կիրառելով կարճաժամկետ փոփոխությունների նկատմամբ զգայուն չափիչներ:
 - Գիշերօթիկ դպրոցների բուժանձնակազմի ուժերով իրականացնել նրանց աշակերտների տեսողության ամենամյա ստուգումներ: Այդ նպատակով խորհուրդ է տրվում կազմակերպել բուժանձնակազմի կարճաժամկետ ուսուցում՝ AMAGB-թեստի միջոցով տեսողության սկրինինգ անցկացնելու վերաբերյալ: Թեստն առկա է ԿՄԱՅԿԿ-ում և կարող է անվճար բաժանվել բոլոր գիշերօթիկ դպրոցներին:
 - Հայաստանում հիմնել թույլ տեսողության ծառայությունների կենտրոն երեխաների համար: Կենտրոնը կամրջի դերը պետք է կատարի բժշկական, կրթական և վերականգնողական ծառայությունների միջև: Թույլ տեսողության կենտրոնը կարող է գործել որպես ուղեգրման կետ այն երեխաների համար, ովքեր կարիք ունեն այլ ծառայությունների, օրինակ՝ կողմնորոշվելու և շարժունության ուսուցում, վաղ միջամտություն, ցածր գներով ակնոցների և թույլ տեսողության հարմարանքների տրամադրում: Ներկայումս օպտիկական խանութների / ծառայությունների գերակշռող մեծամասնությունում թույլ տեսողության օժանդակող հարմարություններ

չկան: Այդ հարմարությունների մեծ մասը կարելի է արտադրել տեղում՝ օգտագործելով տեղական նյութեր և համապատասխան տեխնոլոգիա: Սովորական խոշորացույցի օգտագործումը կարող է օգնել երեխաներին ուսումը շարունակել սովորական դպրոցներում և լավացնել նրանց կյանքի որակը:

- Հայաստանի կույր և թույլ տեսող երեխաների բոլոր դպրոցներում անցկացնել մանկական կուրության հետազոտություն՝ կիրառելով ԱՅԿ ստանդարտները և հրահանգները՝ որոշելու համար Հայաստանում մանկական կուրության հիմնական պատճառները:
- Հայաստանում դպրոցահասակ երեխաների շրջանում կուրության և թույլ տեսողության տարածվածության ճշգրիտ գնահատման համար պետք է անցկացնել բնակչության լիարժեք ներկայացվածության վրա հիմնված հետազոտություն:
- Հաստատապես խորհուրդ է տրվում անցկացնել այս տվյալների հետագա բազմագործոն վերլուծություն, քանի որ բազմաթիվ երեխաների մոտ հայտնաբերվել են միաժամանակ մի քանի պաթոլոգիաներ: Վերջիններիս փոխադարձ վերադրումը կարող է աղավաղած լինել միագործոն վերլուծությունը:

Որպես ամփոփում

1. Ծրագիրը եղել է շատ արդյունավետ.

- Գիշերօթիկ դպրոցների տեսողության խանգարումների ծրագրի իրականացման ընթացքում 593 երեխաներ սկրինինգի են ենթարկվել մանկաբույժի և նեվրոպաթոլոգի կողմից:
- 212 երեխաներ ենթարկվել են աչքի մանրակրկիտ սկրինինգի:

- 543 երեխաների մոտ մանկաբույժը գտել է ծանրության տարբեր աստիճանի առողջական պրոբլեմներ, 241-ի (40.6%) մոտ ախտորոշվել են նյարդաբանական պրոբլեմներ, իսկ 211-ն (35.6%) ունեցել են աչքի պրոբլեմներ:
 - Չետագա բուժման վերաբերյալ գրավոր և բանավոր առաջարկություններ ու խորհուրդներ են տրվել նրանց կարիքն ունեցող բոլոր երեխաներին: Ծնողները / խնամողները տեղեկացվել են երեխաների ունեցած բոլոր առողջական պրոբլեմների վերաբերյալ:
 - Մասնակիցներին, ըստ նշանակման, բաժանվել են 176 ակնոցներ:
2. Մասնակիցների շրջանում որոշված կուրության և թույլ տեսողության ցուցանիշը մի քանի անգամ գերազանցել է եվրոպական «նշաձողը»:
 3. Մասնակիցներին ակնոցների տրամադրումից հետո նրանց շրջանում կուրության և թույլ տեսողության ցուցանիշը զգալիորեն նվազել է:
 4. Կուրության հիմնական պատճառները եղել են բնածին գլաուկոման և կատարակտան:
 5. Կուրության ուսումնասիրությունը էական նշանակություն ունի թույլ տեսողության տարածվածության և հիմնական պատճառների վերաբերյալ բնակչության ներկայացվածության վրա հիմնված տվյալներ ձեռք բերելու հարցում:
 6. Երեխաների անթրոպոմետրիկ չափումներն ի հայտ են բերել աճի դանդաղում և թերսնուցում:
 7. Մանկաբույժի գնահատմամբ, դպրոցների երեխաների մեծ մասի մոտ հայտնաբերվել են ֆիզիկական զարգացման ուշացում, կարճ հասակ, մարմնի անբավարար քաշ:
 8. Չետագոտված դպրոցների երեխաների շրջանում բավականին հաճախ (տվյալ դպրոցի 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:

9. 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:
- Չետազա գնահատման և ծրագրային գործունեության ուղղման համար խորհուրդ է տրվում կատարել այս տվյալների բազմագործոն վերլուծություն:
 - Գիշերօթիկ դպրոցների երեխաները կարիք ունեն հատուկ ուշադրության կառավարական և միջազգային առողջապահական կազմակերպությունների կողմից: Նրանց նկատմամբ անհրաժեշտ է իրականացնել կանխարգելման և բուժման հատուկ միջոցառումներ:
 - Չնայած ստացված տվյալները հնարավոր չէ ընդհանրացնել, այնուամենայնիվ, այս տվյալները հաստատում են, որ կազմակերպված հաստատություններում ներառված երեխաներն իսկապես Չայաստանի 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:

Յղումներ

1. McMahon P. ՄԱԿ: ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ը նտահոզված 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. Մանկաբուժական 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 անբլիոսպիայի և շլուքյան 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. Չանագործակցական նորմալ ճնշման գլաուկոմայի խումբ. Գլաուկոմայի պրոգրեսիվման համեմատությունը նորմալ ճնշման գլաուկոմայով չբուժված հիվանդների 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 հետազոտությունը 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 շլություն: *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.