

**ՀՀ ԱՆ Ս.Խ ԱՎԴԱԼ ԲԵԿՅԱՆԻ ԱՆՎԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՐՈՒ ԹՅԱՆ
ԱԶԳԱՅԻՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ**

ՈԱԶՄԻԿ ԱՇՈՏԻ ԴՈՒՆԱՄԱԼ ՅԱՆ

**ՎԱՂ ՏԱՐԻՔԻ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿԻ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԻ
ԿԻՐԱՌՈՒ ՄԸ ՈՐՊԵՍ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԻ ՀԱՄԱԼ ԻՐ
ԳԼԱՅ ԱՏՄԱՆ ՉԱՓՈՐՈՇԻՉ**

ԺԴ.00.17 «Հանրային առողջու թյ ու և առողջ ապահու թյ ան
կազմակերպում»

ԲԺՇ կական գիտու թյ ու ն ն երի թեկնածու ի գիտական աստիճանի
հայցման Ատենախոսու թյ ու և

**Գիտական ղեկավար՝
բ.գ.դ. Կ.Յ. Սիմոնյան**

ԵՐԵՎԱՆ 2017
ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒ ԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱՃՈՒ ԹՅՈՒՆ3

ԳԼՈՒԽ1. ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿՆ ՈՐՊԵՍ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԸ	
ԲՆՈՒԹԱԳՐՈՂ ՉԱՓԱՆԻՇ (գրականությունը և սեսուությունը)	10
1.1. Վաղ տարիքի երեխաների առողջական վիճակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների միտումները	10
1.2. Երեխաների ԿՈ-ի հիմնախնդրին նվիրված հետազոտությունների նշանակությունը որպես առողջական վիճակի համալիր գնահատման չափանիշ	14
ԳԼՈՒԽ2. ՀԵՏԱՉՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՍԵՐՈՂՆԵՐԸ	36
ԳԼՈՒԽ3. ՍԵՓԱԿԱՆ ՀԵՏԱՉՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ.....	45
3.1. Վաղ տարիքի երեխաների կենսակերպի բժշկա-սոցիալական բնութագիրը	45
3.2. Վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակի չափանիշների բնութագիրը և դրանց վրահիմնական բժշկա-սոցիալական գործոնների ազդեցությունն առանձնահատկությունները	55
3.3. Վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել հաճախահանդիպող հիվանդությունների ազդեցությունն առանձնահատկությունները ԿՈ-ի չափանիշների վրա.....	98
3.4. Վաղ տարիքի երեխաների ԿՈ-ի ցածր մակարդակի կանխատեսական գնահատում	110
ԱՄՓՈՓՈՒՄ	117
ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	125
ԳԻՏԱԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ	127
ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ	128
ՀԱՎԵԼ ՎԱՃ	143

ՆԵՐԱՆՈՒ ԹՅՈՒՆ

Թեմայի արդիականությունը

Այսօր ամբողջ աշխարհում մեծ հետաքրքրություն են ներկայացնում այն հետազոտությունները, որոնք նվիրված են կյանքի որակի (ԿՈ) ուսումնասիրությանը: ԿՈ-ի չափանիշների մշակումը հնարավորություն է տվել առողջական վիճակի գնահատման գործընթացում մասնակից դարձնել նաև պացիենտներին: Այսպիսի մոտեցումը ժամանակակից բժշկագիտության համար ունի մեծ գիտագործնական նշանակություն [7,70]:

Վերջին տարիներին ԿՈ-ն դարձել է ինչպես կլինիկական, այնպես էլ սոցիալ-հիգիենիկ հետազոտությունների խնդրո առարկան: Առողջության և հիվանդության կենսաբժշկական մոդելից աստիճանական անցումը կենսահոգեւոցիալականի, հուշում է, որ անհրաժեշտություն է առաջացել հաշվի առնել նաև մարդու կարծիքն իր բարեկեցության մասին, իսկ կյանքի որակի չափանիշների մշակումն այն դարձնում է հնարավոր [30,122]: Արտասահմանյան հետազոտողները կյանքի որակի ցուցանիշներն այլևս կիրառում են պրակտիկացիոն հետազոտությունների, նաև տարիքաւեռային նորմատիվների մշակման, ինչպես նաև կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետության գնահատման մոնիթորինգի ժամանակ [9,124,133]: Կլինիկական պրակտիկայում կյանքի որակի ցուցանիշները մտնում են նաև հիվանդությունների բուժման և հետազոտությունների ստանդարտներում, դրանց օգնությամբ իրականացնում են անհատական մոնիթորինգ, գնահատում ինչպես հիվանդության կանխատեսական նշանակությունը, այնպես էլ բուժական միջամտությունների արդյունավետությունը [20,97,147]:

Բազմաթիվ հետազոտողներ ուսումնասիրել են ԿՈ-ի չափանիշների առանձնահատկություններն առողջ և հիվանդ երեխաների շրջանում: Այդ հետազոտություններն ընդգրկել են տարբեր տարիքաւեռային խմբեր և նոզոլոգիական ձևեր [11,21,57,78]: Տարբեր երկրների բազմաթիվ հետազոտողներ համոզված են, որ երեխաների առողջական վիճակի գնահատման համար ԿՈ-ի ցուցանիշները կարող են ծառայել առողջական վիճակը գնահատող հավաստի ցուցանիշներ [19,66]:

ԱՅԿ-ն նույնպես մեծ նշանակություն է տալիս այն հետազոտություններին, որոնք նվիրված են ԿՈ-ի ուսումնասիրությանը որպես կարևոր գործիք բուժական, կանխարգելիչ և գիտական հետազոտական աշխատանքների կատարման համար [14,68]:

Պատմական առումով կյանքի որակը համարվել է սոցիալական կատեգորիա, որն արտահայտել է մարդկանց նյութական և կուլտուրական պահանջների բավարարման աստիճանը: Այսօր ընդունված է այն մոտեցումը, ըստ որի կյանքի որակը նկարագրում է մարդու գոյության ինտեգրալ բնութագիրը: ԿՈ-ի այդ բնութագիրը վկայում է այն մասին, որ կյանքը այլևս չպետք է դիտարկել որպես արստրակտ իրավիճակ, քանի որ այն պայմանավորված է նաև տվյալ անհատի ապրումներով և ինքնագնահատմամբ: Այդ իմաստով ԿՈ հասկացության տեսական մշակումը կոչված է լուծելու մի շարք էկոլոգիական, բժշկական, սոցիալական և հոգեբանական հիմնախնդիրներ, այն դիտարկվելով որպես բուժման, շրջակա միջավայրի պահպանման, սոցիալական պաշտպանվածության մոտեցումների մշակման և ընտրության չափանիշ [73,150]: Ինչպես արդեն ասվեց, ի սկզբանե ԿՈ-ն դիտվել է որպես սոցիալ-տնտեսական կատեգորիա, որն արտահայտել և գնահատել է բնակչության կյանքի մակարդակը: Յենց այս բնութագրմամբ է ԿՈ տերմինը առաջին անգամ 1920թ. օգտագործել ԱՄՆ տնտեսագետ A. Pigou-ը: ԿՈ հասկացության այժմեական կիրառման մեջ մեծ դեր ունի նաև այդ հասկացության բժշկական մոտեցումը, երբ մարդու առողջության ինտեգրալ և համալիր բնութագրումը հենվում է ոչ միայն նրա առողջության օբյեկտիվ տվյալների, այլև նաև անհատի կողմից կյանքի ինքնագնահատման և բավարարվածության աստիճանի վրա [27,151]:

Դեռևս 1982 թվականին Kaplan-ը և Bush-ը առաջարկել են «health related quality of life» «առողջությամբ պայմանավորված կյանքի որակ» մոտեցումը, որը նշանակում է, որ ի վերջո ցանկացած բժշկական միջամտության նպատակը կյանքի որակի բարելավումն է [32]: Մինչ այսօր ԿՈ-ի միասնական, ընդհանուր սահմանում գոյություն չունի: Յուրաքանչյուր հետազոտող առաջարկել է իր ձևակերպումը: ԱՅԿ-ն ԿՈ-ն սահմանում է որպես հանրության և սեփական կարգավիճակի անհատական հարաբերակցություն և առաջարկում է ԿՈ հետևյալ չափորոշիչները.

1. Ֆիզիկական չափորոշիչ՝ ուժ, էներգիա, հոգևածություն, ցավ, դիսկոմֆորտ, քուն, հանգիստ:
2. Հոգեբանական չափորոշիչ՝ դրական էմոցիաներ, մտածելու, սովորելու, հիշելու ունակություն, ուշադրության կենտրոնացում, ինքնագնահատում, բացասական ապրումներ:
3. Անկախության մակարդակ՝ ամենօրյա ակտիվություն, աշխատունակություն, բուժումից և դեղորայքից կախվածություն:
4. Հասարակական կյանք՝ անհատական փոխհարաբերություններ, սուբյեկտի հասարակական արժեք, սեռական ակտիվություն:
5. Ծրջակամիջավայր՝ բարեկեցություն, անվտանգություն, կենցաղ, ապահովվածություն, բժշկական և սոցիալական մատչելիություն ու որակ, տեղեկատվության մատչելիություն, կրթվելու և որակավորման մակարդակը բարձրացնելու հնարավորություն, էկոլոգիա:

6. Հոգեկան վիճակ՝ կրոնական և անձնական համոզմունքներ [33]:

Այսպիսով, ԿՌ-ն բազմաչափելի գործիք է, որն իր մեջ ներառում է մարդու բարեկեցությունն ապահովող ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական չափանիշներ: Ներկա պայմաններում ԿՌ-ի ուսումնասիրություն կատարվում է բժշկագիտության բոլոր (ինչպես կլինիկական, այնպես էլ պարալիյացիոն) ոլորտներում: Այս իմաստով գերակա են համարվում գնահատման համալիր չափանիշ մշակելուն ուղղված բժշկասոցիալական հետազոտությունները, որոնք մեծ հեռանկարներ ունեն բնակչության տարբեր խմբերի առողջական վիճակի ուսումնասիրման տեսանկյունից [41,89,152]: Ներկա պայմաններում աշխարհում գործում են ԿՌ-ի ուսումնասիրմամբ զբաղվող շուրջ 50 գիտական խմբեր: Այս հիմնախնդրի լուծման մեջ մեծ ներդրում է կատարել կյանքի որակի ուսումնասիրման միջազգային ասոցիացիան՝ International Society for Quality of Life Research (ISOQOL): Նպատակ ունենալով կանոնակարգել կյանքի որակին վերաբերող հետազոտությունները, 1995թ. Ֆրանսիայում ստեղծվեց MAPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory Research Institut) գիտահետազոտական ինստիտուտը, որը կոորդինացնում է այդ բնագավառի բոլոր հետազոտությունները [152]: Տվյալները, որոնք ստացվում են միջազգային կլինիկական ստանդարտների օգտագործման արդյունքում, համապատասխանում են ժամանակակից

բժշկագիտության պահանջներին: Կլինիկական բժշկության մեջ կյանքի որակի ուսումնասիրությունը մտնում է պացիենտների հետազոտությունների և բուժման ստանդարտների մեջ: Նրա օգնությամբ բուժման ընթացքում իրականացվում է պացիենտի անհատական մոնիթորինգ, գնահատում են թերապիայի արդյունավետությունը և արվում կանխատեսումներ [39,76,95]:

Ելնելով այն հանգամանքից, որ ԿՌ-ի չափանիշները ռանդոմիզացված հետազոտությունների և կլինիկատեստեսական հաշվարկների անբաժանելի մասն են, կյանքի որակը կարող է դիտարկվել նաև որպես բուժական, կանխարգելիչ և վերականգնողական միջոցառումների վերջնական արդյունքի գնահատման չափանիշ: Չնայած միջազգային փորձի առկայությանը, ԿՌ-ի հիմնահարցին վերաբերող հետազոտությունները դեռևս ամբողջությամբ ուսումնասիրված չեն: Աշխատանքներ, որոնք վերաբերում են այդ ցուցանիշների գնահատմանը, քիչ են և հիմնականում վերաբերում են առանձին ախտահարումների ժամանակ ԿՌ-ի հիմնական ցուցանիշների փոփոխության ուսումնասիրմանը: ԿՌ-ի գնահատման համար բացակայում են նաև մեթոդոլոգիական և սկզբունքային նույնատիպ մոտեցումները, որի արդյունքում ստացված տվյալները դառնում են վիճակագրորեն ոչ համեմատելի: Լուրջ հիմնախնդիր է նաև այն, որ ԿՌ-ի գնահատման գործիքները բավական սահմանափակ են և առկա գործիքները պահանջում են մինչև կիրառելի ապահովել տարածաշրջանին բնորոշ փսիխոմետրիկ հատկանիշների սահմանները [139]:

Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի ուսումնասիրության և գնահատման չափանիշների մշակման վերաբերյալ հետազոտական աշխատանքները բավարար չեն, ինչը, առաջին հերթին պայմանավորված է հայերեն լեզվով ԿՌ-ի գնահատման գործիքի բացակայությամբ: Արտասահմանյան շատ երկրներում մանկաբուժական պրակտիկայում նույնպես ԿՌ-ի ցուցանիշներն ակտիվ կիրառվում են պարզ լյացիոն հետազոտությունների, ինչպես նաև տարիքաեռային նորմատիվների մշակման, տարբեր խմբերում երեխաների մոնիթորինգն իրականացնելու, կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետության գնահատման, ինչպես նաև քրոնիկ հիվանդությունների համալիր ազդեցության հիմնավորման ժամանակ [32]:

Մինչ դեռ, ՀՀ-ում ԿՌ-ի մեթոդաբանական մոտեցումները դեռևս իրենց կիրառումը չեն գտել: Հիմնախնդիրը հատկապես առկա է վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի գնահատման մեթոդաբանական մոտեցումների հստակեցման առումով, քանզի այս տարիքային խումբը հետագա տարիների առողջության պահպանման և ամրապնդման հիմնական գրավականն է: Այս ամենը պայմանավորում է հետազոտության արդիականությունը:

Հետազոտության նպատակը

Վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունների ուսումնասիրության հիման վրամշակել կյանքի որակի տարի-քստեռային չափորոշիչներ որպես առողջության համալիր գնահատման չափանիշ:

Հետազոտության խնդիրները`

1. Մշակել QUALIN միջազգային հարցաթերթի հայերեն տարբերակը և վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակի տարիքստեռային չափորոշիչներ առողջական վիճակի համալիր գնահատման համար:
2. Գնահատել վաղ տարիքի երեխաների ընտանիքի կենսակերպը և բացահայտել կյանքի որակի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները` կախված կենսակերպը բնութագրող հիմնական պրեդիկտորներից:
3. Ուսումնասիրել վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակի չափանիշների փոփոխության վրա առողջական վիճակը բնութագրող հիմնական գուցանիշների ազդեցության առանձնահատկությունները:
4. Ուսումնասիրել վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել հաճախ հանդիպող հիվանդությունների ազդեցության առանձնահատկությունները կյանքի որակի չափանիշների փոփոխության վրա:
5. Գնահատել ստացիոնար բուժման արդյունավետությունը ըստ կյանքի որակի չափանիշների փոփոխության կլինիկական նշանակության:

Աշխատանքի գիտական նորույթը

Հայկական պոպուլյացիայի վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի բնութագիրը ստանալու համար առաջին անգամ կիրառվել է QUALIN

հարցաթերթը, որի հիման վրա մշակվել են ԿՌ-ի չափանիշների տարիքասեռային ցենտիլային չափորոշիչներ: Գնահատվել են ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները կախված վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել հաճախ հանդիպող հիվանդություններից, ինչպես նաև կենսակերպը բնութագրող հիմնական գործոններից:

Աշխատանքի գիտագործնական նշանակությունը

Մշակված QUALIN միջազգային հարցաթերթի հայերեն տարբերակը հնարավորություն է տալիս այն կիրառել որպես օբյեկտիվ գործիք վաղ տարիքի երեխաների առողջական վիճակի համալիր գնահատման համար, իսկ ԿՌ-ի տարիքաեռային չափորոշիչները՝ գիտական և հիվանդությունների կանխարգելման, բուժական միջամտությունների արդյունավետության գնահատման համար:

Կյանքի որակի վրա ազդող կենսակերպի գործոնների մշակված կանխատեսական աղյուսակները հնարավորություն են տալու կանխատեսել ԿՌ-ի ցածր ռիսկը:

Պաշտպանության ներկայացված հիմնական դրույթները

1. Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի չափանիշները հնարավորություն են տալիս բժշկական ասպանական և սցիալ-հիգիենիկ գործոնների փոխազդեցության պայմաններում տալ ֆիզիկական, հոգեհուզական և սոցիալական բարեկեցության վիճակի սուբյեկտիվ գնահատական:
2. Կյանքի որակի չափանիշների գնահատման համար նպատակահարմար է կիրառել ԿՌ-ի ցուցանիշների ցենտիլային բաշխվածության տարիքաեռային աղյուսակները:
3. Վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել հաճախ հանդիպող հիվանդությունների ընթացքի կանխատեսման համար նպատակահարմար է կիրառել կյանքի որակի չափանիշները:

Ատենախոսության նախնական փորձաքննությունը

Ատենախոսության հիմնական դրույթները զեկուցվել են հետևյալ միջազգային և տեղական գիտաժողովներում. Հայաստանի մանկական բժշկների կոնֆերանս (Երևան, 2012թ., 2014թ.), ԵՊԲՀ-ի տարեկան հաշվետու գիտաժողով (Երևան, 2013թ., 2014թ., 2015թ.), International vision and local implementation, Republic of Moldova (2013), Second International Winter School-Seminar, Bakuriani, Georgia (2013), Innovation in Medicine and Healthcare, San Sebastian, Spain (2014), The First European Conference on Biology and Medical Sciences, Vienna, Austria (2014), The Second International Conference on Biology and Medical Sciences, Vienna, Austria (2014), The third International Conference on Eurasian scientific development, Vienna, Austria (2014), Science, Education and Culture in Eurasia and Africa, Paris, France (2015), Scientific discussion, Issues of

Medicine, Moscow, Russia (2015), ինչպես նաև ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ-ի գիտական խորհրդի նիստում (17.11.16թ.,արձ.Ո6): Ատենախոսության հիմնական դրույթները տպագրվել են 12 տպագիր աշխատանքներում և մեկ մեթոդական ցուցումներում:

Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը

Ատենախոսությունը շարադրված է 142 էջի վրա: Բաղկացած է նախաբանից, գրականության տեսություններից, հետազոտության նյութն ու մեթոդները նկարագրող գլխից, սեփական հետազոտության արդյունքները ներկայացնող գլխից, ամփոփումից, եզրահանգումներից, գործնական առաջարկություններից, գրականության ցանկից, հավելվածներից: Նյութը մշակվել է 63 աղյուսակի և 13 գծապատկերի օգնությամբ: Գրականության ցանկը ներառում է 171 սկզբնաղբյուր:

ԳԼՈՒԽ 1. ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ

ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿՆ ՈՐՊԵՍ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԿԻՃԱԿԸ ԲՆՈՒԹԱԳՐՈՂ ՉԱՓԱՆԻՇ

1.1. Վաղ տարիքի երեխաների առողջական վիճակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների միտումները

Երեխաների և դեռահասների առողջության պահպանման խնդիրները վերաբերում են ամբողջ աշխարհի առողջապահության գերակա հիմնահարցերին: ՀՀ մանկական առողջապահության ոլորտում նշվում է միջարժեքացասական միտումների առկայությունը. բնակչության տարիքային կառուցվածքի փոփոխությունը՝ ուղղված երեխաների բաժնեմասի կրճատմանը, ծնելիության նվազեցում՝ մահացության բարձրացման ու բնական աճի անկման ֆոնի վրա: Անբարենպաստ ժողովրդագրական գործընթացներն ուղեկցվում են որդեծնական տարիքի կանանց առողջության վատթարացմամբ, մանկական բնակչության հիվանդացության, քրոնիկ ախտաբանության ու հաշմանդամության, վաղածին, մեռելածին և խորանհաս երեխաների թվի աճով: Առողջապահության զարգացման էքստենսիվ ուղին՝ միջանի տասնամյակների ընթացքում անբավարար ֆինանսավորման և ռեսուրսային ապահովման ֆոնի վրա հանգեցրել է ռեգիոնների տնտեսական հնարավորությունների և բուժկանխարգելիչ հիմնարկների կառուցվածքի և հզորության, ինչպես նաև բնակչության որակյալ բուժօգնության պահանջարկի անհամապատասխանությանը: Բացի այդ, մասնագիտացված որակյալ օգնության մատուցման համակարգի անհավասարակշռությունը. հոսպիտալացման չափազանց բարձր մակարդակը՝ առաջնային բուժօգնության օղակի անբավարար աշխատանքի ֆոնի վրա, իսկ մարզային հիվանդանոցների գոյություն ունեցող մահճակալային ֆոնդը կոռելյացված է երեխաների հիվանդացության և մահացության կառուցվածքի հետ: Երեխաներին մատուցվող մասնագիտացված բժշկական օգնությունը զարգանում է առանց հիվանդացության և մահացության կառուցվածքի ռեգիոնալ առանձնահատկությունները հաշվի առնելու [37]: Ըստ միջարժեք հեղինակների տվյալների, երեխաների առողջական վիճակի վատթարացման պաթոգենեզի մեխանիզմները սերտ կապված են ֆիզիկական զարգացման փոփոխության հետ [22, 23]: Դա է պատճառը, որ

անտրոպոմետրիկ ցուցանիշները հանդիսանում են ֆիզիկական զարգացման հիմնական ցուցանիշը [33]:

Երկրի բնակչության սոցիալ-դեմոգրաֆիկ և սոցիալ-կուլտուրական ցուցանիշների վրա ուղղակի ազդեցություն են ունենում մանկական բնակչության առողջական վիճակը: Մանկական տարիքը կարևորվում է նաև այն հանգամանքով, որ կյանքի այդ փուլում դրվում է ապագայի առողջության հիմքը, ձևավորվում է նրա հիմնական որակը՝ սոմատիկ և հոգեկան առողջությունը: Երեխայի առողջությունն ֆենոմենը պահանջում է միջառարկայական հետազոտություններ: Այդ տիպի հետազոտությունները հնարավորություն են տալիս ուսումնասիրել ոչ միայն առողջական վիճակի սոցիալական պայմանավորվածությունը, այլ նաև հայտնաբերել կենսակերպի և առողջական վիճակի միջև կախվածություն [1]: Երեխաների առողջության ձևավորման վրա իր ազդեցություն են ունենում սոցիալ-տնտեսական [4], ինչպես նաև արտաքին միջավայրի ռիսկի գործոնները [2]:

Առողջական վիճակի վրա ազդող տարբեր գործոններ կարող են պատճառաբանալ դարձելի և ոչ դարձելի փոփոխությունների համար, որը հետագայում դառնում է որոշիչ երեխայի առողջական վիճակի և զարգացման համար [14,27]: Ֆիզիկական զարգացման մակարդակը կարևոր սոցիալ-հիգիենիկ ցուցանիշ է [8]: Անտրոպոլոգիան, որը աշխատում է տարբեր պարուլյացիաների հետ, միջտպահպանել են այն սկզբունքը, որ ֆիզիկական զարգացման ստանդարտները, նորմատիվային կամ գնահատման աղյուսակները պետք է հիմնված լինեն այնպիսի նյութի վրա, որը ստացվել է կոնկրետ պարուլյացիայից [100]: Ըստ ֆիզիկական զարգացման մակարդակի երեխաների առողջական խմբերի ձևավորումը ունի մի շարք առանձնահատկություններ [16]: Նկատվում է ցածր ֆիզիկական զարգացման մակարդակ ունեցող երեխաների տեսակարար կշռի աճ, ինչպես նաև ֆիզիկական զարգացման աններդաշնակություն դեպի քաշի դեֆիցիտ և ավելցուկ [40]: Ընտանեկան միջավայրի դերը մեծ է երեխայի առողջության ձևավորման հարցում [4]: Ընտանեկան գործոնը հիմնական գործոններից է երեխայի անձի զարգացման, սոցիալական բարեկեցության և առողջության ձևավորման հարցում [84, 101, 119]: Ընտանեկան կապերի կայունության գնահատումը, առողջության սոցիալական գործոնները շատ հետազոտողների համար կարևորվել են: Ընտանեկան միջավայրի դրական ազդեցության վերաբերյալ կան

համոզիչ փաստեր: Սոցիալական կառուցվածքները Էական ազդեցություն են ունենում ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ հոգեկան առողջության վրա[80]:

Մի խումբ հեղինակներ ուսումնասիրել են 3-7 տարեկան 100 երեխայի ԿՈ-ն, որոնք հաճախում են նախադպրոցական կրթական հաստատություններ: Հիմնավորվել է, որ երեխայի հոգեկան առողջության վրա և հոգեսոցիալական զարգացման վրա ազդում է ընտանիքի հոգեբանական մթնոլորտը: Գործոններ, որոնք հիմնավորում են, որ անբարենպաստ ընտանիքը, ընտանիքում անբարենպաստ հոգեբանական միկրոկլիման, կոնֆլիկտային ընտանիքը, ցածր կրթական և կուլտուրական մակարդակը, ծնողների ալկոհոլի և ծխախոտի չարաչափումը, աճող սոցիալ-տնտեսական դժվարությունները, գործազրկությունը, ցածր նյութական բարեկեցությունը, վատ բնակարանային և կենցաղային պայմանները ազդում են երեխայի առողջական վիճակի վրա[154, 155]:

Երկրի սոցիալ տնտեսական պայմանները հանդիսանում են կարևոր ռիսկի գործոն, որն ազդում է երեխայի առողջական վիճակի վրա: Ծանր սոցիալ-տնտեսական պայմաններում վատթարանում է ինչպես ֆիզիկական առողջությունը, այնպես էլ հոգեկան, հուզական և սոցիալական բարեկեցությունը: Հեղինակները գտնում են, որ հասարակության զարգացման մակարդակի բարձրացումը նպաստում է երեխայի առողջությունը պայմանավորող արտաքին գործոնների և պայմանների բարելավմանը, իսկ երեխայի առողջական վիճակի դինամիկան հանդիսանում է հասարակության սոցիալ-տնտեսական վերակառուցման գնահատականը: Ըստ մի խումբ հեղինակների, կարևոր ռիսկի գործոններ են սոցիալ-հիգիենիկ պայմանները և կենսակերպը [3]: Տնտեսական գործոնը մեծ ազդեցություն է ունենում երեխաների շրջանում տարածված հիվանդությունների քրոնիկացիայի հարցում: Ծնողների նյութական ապահովվածությունը ազդում է երեխաների բուժօգնության մատչելիության վրա [145]: Առողջության ձևավորման վրա ազդող կենսակերպի կարևոր գործոններից են երեխայի դաստիարակության, սննդի կազմակերպման պայմանները, ինչպես նաև սթրեսային վիճակները, ընտանիքի ցածր սոցիալ-տնտեսական մակարդակը, բուժօգնության որակի և մատչելիության ցածր մակարդակը: Ժամանակակից ընտանիքը գտնվում է համալիր գործոնների ազդեցության տակ՝ ինֆլյացիայի աճ, միգրացիա,

գործազրկություն, սնուցման հետ կապված հիմնախնդիրներ, հոգեսոցիալական սթրես: Հիմնախնդրի համալիր մոտեցման համար միայն կենսաբանական գնահատականը բավարար չէ, քանի որ ըստ բժիշկների մի խումբ երեխաներ չեն կարող առողջ համարվել, սակայն նրանք իրենց սոցիալական \$ուկցիան կատարում են լիարժեք և համարվում են հանրության լիիրավ անդամ: Այս տեսանկյունից կարևոր է ավելի հանգամանալից բնութագրել առողջական վիճակը [11]:

Երեխայի օրգանիզմի զարգացման և \$իզիոլոգիական համակարգի գործունեության առանձնահատկությունները տարբեր տարիքային խմբերում օրինաչափություն է և վկայում է, որ արտաքին միջավայրի գործոնների ազդեցության նկատմամբ հարմարվողական ռեակցիաները գնահատվում են 2 պայմանով՝ \$իզիոլոգիական համակարգի մոր\$ո\$ուկցիոնալ հասունության և արտաքին միջավայրի գործոնների համապատասխանությամբ: Երեխայի առողջական վիճակի գնահատման չափանիշների ընդլայնման անհրաժեշտությունը բխում է նրանից, որ նույն խմբի երեխաները տարբերվում են կենսաբանական և հոգեսոցիալական ադապտացիայի մակարդակով, ունեն աճի և զարգացման տարբեր միտումներ: Երեխայի առողջության հիմնախնդրին վերաբերող հիմնարար հետազոտությունների կարևոր ուղղություն է պրպուլյացիոն և անհատական մակարդակում առողջական վիճակի գնահատման մոտեցումների և չափանիշների կատարելագործումը [2]:

Ըստ մի խումբ հեղինակների հետազոտության տվյալների, ձևավորվող մանկական օրգանիզմը զգայուն է հասարակության ձևավորման տարբեր փուլերում առկա փորձարկումներին, որը պայմանավորում է հիվանդացության բարձր մակարդակ, հոգեսոցիալական զարգացման ցածր մակարդակ [169]:

Ըստ մի խումբ հեղինակների, անհրաժեշտ է մանկական հիգիենայի և կանխարգելիչ մանկաբուժության զարգացման ժամանակակից փուլում ընդլայնել երեխայի առողջական վիճակը գնահատող չափանիշները: Երեխաների առողջական վիճակի գնահատման բնագավառում հիմնարար հետազոտությունների ոլորտում կարևորվում է անհատական և պրպուլյացիոն մակարդակում երեխայի առողջական վիճակի գնահատման չափանիշների կատարելագործումը: Երեխաների դիսպանսերի սկզբնական ժամանակ հաշվի չի առնվում երեխայի

հոգե սոցիալ ական զարգացման մակարդակը, չեն գնահատվում սահմանային վիճակները, վարքագծային ռիսկերը: Բացակայում են միջառարկայ ական չափանիշներ, որոնք հնարավորություն կտան գնահատել երեխայի առողջական վիճակը [3]:

1.2. Երեխաների ԿՌ-ի հիմնախնդրին նվիրված հետազոտությունների նշանակությունը որպես առողջական վիճակի համալիր գնահատման չափանիշ

«Կյանքի որակը» սոցիալ ական կատեգորիա է, որն արտահայտում է մարդկանց նյութական և մշակութային պահանջների բավարարման աստիճանը (սնուցման որակը, հանգիստը, կենցաղային պայմանները, առողջապահության, կրթության, սպասարկման ոլորտի և շրջակա միջավայրի որակը, շփման, գիտելիքի, ստեղծագործական աշխատանքի պահանջարկի բավարարման մակարդակը, սթրեսային վիճակների մակարդակը և այլն) [92]: Սոցիոլոգիան ԿՌ-ի հասկացությունը դիտարկում է որպես աշխատանքի, դրանից բավարարվածության, կենցաղում և աշխատանքում բարեկեցության անհրաժեշտ մակարդակի և սննդի որակի, շրջակա միջավայրի, սպասարկման ոլորտի, սպառման բավարարվածության մակարդակի և ստեղծագործելու ունակության ցուցանիշների հանրագումար [103]: Այս պարագայում որոշները ԿՌ-ն նույնացնում են կենսակերպի, կյանքի ոճի, կյանքի մակարդակի հետ, իսկ մյուսները ԿՌ-ն դիտարկում են այլ կատեգորիաների տեսանկյունից [107]: Տնտեսագիտության ոլորտում ԿՌ ասելով հասկանում են բարեկեցության մակարդակը բնութագրող հասկացություն, որի մեջ մտնում են այնպիսի ցուցանիշներ, ինչպիսիք են ընտանիքի եկամուտը, երեխաների թիվը, միջին սպառողական զամբյուղը, սոցիալ ական պաշտպանվածության մակարդակը և այլն, իսկ համեմատության համար որպես չափանիշ ընտրում են որևէ զարգացած երկրի միջին ցուցանիշները [32]:

Ըստ սոցիոլոգների ԿՌ-ն ունի երկու կողմ՝ օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ: ԿՌ-ի օբյեկտիվ ինդիկատորների թվին են պատկանում բնական (\$իզիկաաշխարհագրական, կյանքի կենսաբանական պայմաններ) և սոցիալ ական (դեմոգրաֆիկ, տնտեսական, իրավական, առողջապահական համակարգ) ցուցանիշները [113,139]:

Չաճախ ԿՌ-ն սահմանվում է որպես անձի հասարակության մեջ գործելու անհատական ունակություն, ինչպես նաև՝ որպես մարդու \$իզիկական, հուզական, հոգեբանական և մտավոր բնութագիր [36]:

Ինչպես ցույց են տալիս բազմաթիվ հետազոտությունների արդյունքները, բնակչությունը, որպես կանոն, ԿՌ-ն ընկալում է որպես պահանջմունքի, կյանքի տարբեր ոլորտների հիմնախնդիրների և ասպեկտների հանրագումար [108, 112, 157]:

Ի սկզբանե ԿՌ-ն դիտվել է որպես սոցիալ-տնտեսական կատեգորիա, որն արտահայտել և գնահատել է բնակչության կյանքի մակարդակը: Յենց այս մոտեցմամբ է ԿՌ տերմինը 1920թ-ին առաջին անգամ օգտագործել ԱՄՆ տնտեսագետ A. Pigou-ը [149]: ԿՌ հասկացության կիրառման այժմեականության մեջ մեծ դեր ունի նաև բժշկագիտությունը, որը ժամանակակից պայմաններում ավելի հաճախ է կողմնորոշվում դեպի մարդու ինտեգրալ և համալիր բնութագրմանը՝ հենվելով ոչ միայն նրա առողջության օբյեկտիվ տվյալների, այլ նաև անհատի կողմից կյանքի ինքնագնահատման և բավարարվածության աստիճանի վրա: ԿՌ-ի ուսումնասիրման ոլորտում ակտիվություն է նկատվել 20-րդ դարի 60-ականներին: Առաջացել է պահանջարկ հանրության կյանքի որակական ամբողջության գնահատման առումով: Գիտական աշխատանքները, որոնք ուսումնասիրում են մարդուն, ունեցել են իրենց ներդրումը ԿՌ ինտեգրալ ցուցանիշի մշակման հարցում [132, 156, 169]:

Սոցիոլոգները ԿՌ-ի հասկացության մեջ ընդգրկում են աշխատանքի բովանդակությունը, դրանից բավարարվածության աստիճանը, կենցաղում և աշխատանքում բարեկեցության մակարդակը, սնուցման որակը, շրջակա միջավայրը, սոցիալական ինստիտուտների գործունեության որակը, սպասարկման ոլորտը, ստեղծագործելու, գիտելիքի և շփման պահանջարկի բավարարման մակարդակը և այլն [131,152]:

Ըստ Ա.Ա.Նովիկի և համահեղինակների (2010թ.) «Կյանքի որակը» ավելի լայն և բազմակողմանի հասկացություն է, քան կյանքի մակարդակը: ԿՌ-ն ունի երկու ասպեկտ՝ օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ: ԿՌ-ի օբյեկտիվ գնահատման չափանիշ են մարդկանց պահանջարկի և հետաքրքրությունների գիտական նորմատիվները, որոնց համադրման միջոցով կարելի է օբյեկտիվ կարծիք կազմել այդ պահանջմունքի բավարարման մակարդակի մասին: ԿՌ-ի օբյեկտիվ ինդիկատորների շարքին են դասվում բնական (կյանքի ֆիզիկա-աշխարհագրական, կենսաբանական պայմանները) և սոցիալական (դեմոգրաֆիկ, տնտեսական, իրավական, մշակութային, առողջապահական) համակարգերը: Մյուս կողմից, մարդու պահանջարկը և

հետաքրքրությունները խիստ անհատական են, և այն բավարարելու աստիճանը կարող է գնահատել միայն սուբյեկտը: ԿՌ-ի գնահատման սուբյեկտիվ ինդիկատորները բաժանվում են 2 խմբի՝ ռացիոնալ (կյանքից բավարարվածության ընդհանուր գնահատական) և էմոցիոնալ (դրական և բացասական էմոցիաների բալանս) [32]:

ԿՌ-ի բազմաբովանդակ մոտեցումները հուշում են այն մասին, որ ԿՌ հասկացությունն ինքը չի կարող լինել ստատիկ: ԿՌ-ն որոշակի սոցիալական իրականություն է, որը գոյություն ունի կոնկրետ պատմական ժամանակահատվածում [161]:

Բժշկությունը որոշակի ներդրում ունի ԿՌ-ի գաղափարի ձևավորման մեջ, որը ներկա ժամանակահատվածում ավելի շատ կողմնորոշվում է դեպի մարդու ինտեգրալ, համալիր բնութագրումը: Այսպիսի մոտեցումը հիմնավորում է, որ առողջության գնահատումը պետք է հիմնված լինի ոչ միայն առողջության օբյեկտիվ ցուցանիշների, այլ նաև իր սեփական կյանքի ինքնագնահատման և բավարարվածության աստիճանի վրա [5]:

Չնայած այն հանգամանքին, որ ԿՌ-ն համակարգային երևույթ է և ընդգրկում է մարդու կյանքի տարբեր կողմերը, մեզ ավելի շատ հետաքրքրում է այդ հասկացության բժշկական ասպեկտները, այն ամբողջը, ինչը կապված է մարդու առողջական վիճակի հետ: Kaplan-ը և Bush-ը առաջարկեցին «health related quality of life» տերմինը (առողջությամբ պայմանավորված կյանքի որակ), որը հնարավորություն տվեց անջատել ԿՌ-ն ընդհանուր հասկացության այն տերմիններից, որոնք բնութագրում են առողջությունը և բուժօգնության որակը [42, 48, 69, 168]:

Բժիշկներին միշտ հետաքրքրել է հիվանդության ազդեցության ուսումնասիրությունը մարդու ԿՌ-ի վրա: Ուստի, ԿՌ-ի չափանիշները և չափորոշիչները թույլ են տալիս վերադառնալ այն հին մոտեցմանը, որ անհրաժեշտ է բուժել ոչ թե հիվանդությունը, այլ հիվանդին: Այս մոտեցման արդյունքում առաջ քաշվեցին «հիվանդության ներքին նկարագիր և յաթրոգենիա» տերմինները [49,59]:

Տեսնենք թե, որո՞նք են ԿՌ-ի ցուցանիշների կիրառման հիմնական պատճառները բժշկագիտության մեջ: Մինչև ներկա ժամանակները բժշկությունը հստակ կողմնորոշված է եղել դեպի առողջական վիճակի գնահատման օբյեկտիվ չափանիշ-ները: Այս դեպքում, հիմնվելով միայն գործիքային և կլինիկական

տվյալների վրա, բժշկը դադարում է տեսնել հիվանդին: Բացի այդ, բժշկը պետք է ուշադրություն դարձնի բուժման ոչ միայն ֆիզիոլոգիական ցուցանիշների, այլ նաև պացիենտի հոգեկան վիճակի բարելավման վրա, տարանջատի սոցիալական պատճառների համակարգը, որն ազդում է առողջական վիճակի վրա և տա առողջապարհի վերաբերյալ խորհուրդներ [3]:

Այսպիսով, բժշկագիտության զարգացման ժամանակակից պայմաններում ԿՌ-ի չափանիշները թույլ են տալիս ժամանակակից մակարդակով վերականգնել այն հին սկզբունքը, որ «բուժել պետք է ոչ թե հիվանդությունը, այլ հիվանդին»: ԿՌ-ի հիմնախնդիրները հետազոտողներին կողմնորոշում են յուրաքանչյուր մարդու անհատական ամբողջության ընդունմանը [6,50,74]:

Չարգացած երկրներում մարդկանց կյանքի միջին տևողությունն ավելացել է, որը հիմնականում հնարավոր է դարձել ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեմ պայքարի միջոցով: Վերջին տարիներին լուրջ հիմնախնդիր է քրոնիկ ոչ ինֆեկցիոն հիվանդությունների տարածվածությունը: Անընդհատ ի հայտ եկող բուժման նոր մեթոդները կարող են միայն դանդաղեցնել հիվանդության ընթացքը, բայց ոչ վերացնել: Այդ պատճառով արդիական է դառնում այդ պացիենտների ԿՌ-ի բարելավումը [79,86,88]:

Ըստ մի շարք հեղինակների տվյալների, ԿՌ-ի գիտական մոտեցման սկիզբը դրել է ԱՄՆ-ի Կոլումբիայի համալսարանի պրոֆեսոր D.A. Krnofsky-ն, որն առաջարկել է քիմիաթերապիայով բուժվող քաղցկեղով հիվանդների կյանքի որակի գնահատման սանդղակ: Յետագայում հայտնվեցին աշխատանքներ, որոնք վերաբերում էին ստամոքսի խոցային հիվանդությամբ տառապողների կյանքի որակի գնահատմանը (Visick Scale): Այս մոտեցումները հիմնականում վերաբերում էին կյանքի որակի դրսևորման ֆիզիկական ֆունկցիայի գնահատմանը [89,99,142]: Ավելի վաղ, հետազոտություններ, որոնք վերաբերում էին մարդու վրա հիվանդության ազդեցության ուսումնասիրմանը, իրականացվել են փսիխոմետրիկ գործիքների օգնությամբ: Սակայն այս դեպքում էլ գնահատվել է միայն անձի հոգեբանական կառուցվածքը և հատկանիշները, բայց ոչ կյանքի որակը [140,171]:

Ներկա պայմաններում աշխարհում գործում են շուրջ 50 գիտական խմբեր: Սակայն այս հիմնախնդրի լուծման մեջ մեծ ներդրում ունի կյանքի որակի ուսումնասիրման միջազգային

ասոցիացիան՝ International Society for Quality of Life Research՝ ISOQOL [38]: Նախատակ ունենալով կանոնակարգել կյանքի որակին վերաբերող հետազոտությունները, 1995թ-ին Ֆրանսիայում ստեղծվեց MAPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory՝ MMPI) գիտահետազոտական ինստիտուտը, որը կոորդինացնում է այդ բնագավառի հետազոտությունները և հաստատում է մշակված հարցաթերթի վավերականությունը [141, 167, 168]:

ԿՌ-ի բժշկական ասպեկտների զարգացման հարցում մեծ նշանակություն են ունեցել «կլինիկական և համաճարակաբանական հետազոտություններում ԿՌ-ի գնահատում» թեմայով հետազոտությունները, որտեղ ամփոփվել են ԿՌ-ի վերաբերյալ հետազոտությունների արդյունքները և նշվել է բժշկության այս նոր ոլորտի զարգացման ուղիները: ԿՌ-ի գնահատման առողջության ինտեգրալ բնութագրիչ է, ինչը նշանակում է, որ ԿՌ-ի գնահատման մեթոդիկան ունի մեծ հեռանկարներ բնակչության առանձին խմբերի առողջական վիճակի և նոզոլոգիաների ուսումնասիրության ժամանակ [10,47, 117]:

ՌԴ-ում ԿՌ-ի վերաբերյալ առաջին պոպուլյացիոն հետազոտությունն անցկացրել են Ա.Ա. Նովիկը և Տ.Ի. Իոնովան, որոնք տվել են ԿՌ-ի ցուցանիշների տարիքային և գենդերային առանձնահատկությունները: Այս տիպի հետազոտությունների արդյունքները կարելի է կիրառել ինչպես կլինիկական պրակտիկայում, այնպես էլ բժշկագիտության և սոցիալական ոլորտում՝ բժշկասոցիալական ծրագրերի արդյունավետության գնահատման համար [32]:

ԿՌ-ի ցուցանիշների մյուս կիրառական ոլորտը քրոնիկ հիվանդությունների ազդեցության ուսումնասիրության ոլորտն է: Կատարված հետազոտությունները ցույց են տվել, որ քրոնիկ հիվանդների ԿՌ-ի բոլոր ցուցանիշները, համեմատած առողջների նույն ցուցանիշների հետ, ցածր են [28,54,60]: Բացի դրանից հայտնաբերվել են այդ ցուցանիշների խանգարման առանձնահատկություններ՝ կախված նոզոլոգիայից: Բազմաթիվ հետազոտություններ հիմնավորում են, որ համեմատած ռեմիսիայի շրջանի հետ, ԿՌ-ն հիվանդության սրացման փուլում վատանում է: Հայտնաբերվել է նաև ԿՌ-ի կախվածությունը սրացման հաճախականությունից: Բացի այդ արձանագրվել է, որ ԿՌ-ն հիվանդության առաջին սրացման ժամանակ ավելի շատ է նվազում, քան ռեմիսիայի շրջանում, և, որ ԿՌ-

ի չ ափանիշ ների մակարդակը կախված է նաև հիվանդության սրացման աստիճանից [62,84]: Սակայն անհրաժեշտ է նշել, որ ԿՌ-ն ոչ միշտ է արտահայտում հիվանդության ծանրության և տևողության աստիճանը [90]:

Այսպես, օրինակ, ԿՌ-ն բնութագրող ցուցանիշների մակարդակը կարող է միանգամից ընկնել սթրեսից, իսկ հետո, որոշակի ժամանակ անց, երբ հիվանդը հարմարվում է այդ մտքի հետ, նրա ԿՌ-ն կարող է նորից բարձրանալ [11,53,61]: Որոշ հետազոտություններ ցույց են տվել, որ չնայած ընդհանուր պարզ լյացիայում տղամարդկանց համեմատականաց ԿՌ-ն ավելի ցածր է, քրոնիկ հիվանդության առկայության ժամանակ՝ ԿՌ ավելի շատ իջնում է տղամարդկանց մոտ: Այսինքն, կանայք ավելի հեշտ են ադապտացվում առողջության խանգարումների, քան տղամարդիկ [22,85]: Իմանալով հիվանդության ազդեցության առանձնահատկությունները ԿՌ-ի վրա, կարելի է խորհուրդներ տալ բուժական և վերականգնողական միջոցառումների օպտիմալացման, կոնկրետ նոզոլոգիայի, կոնկրետ հիվանդի անհատական մոտեցման հարցերում [12,45,148]: Ինչ վերաբերում է բուժման արդյունավետության գնահատմանը, ապա վերջին տարիներին գործնականում բոլոր բազմակենտրոն ռանդոմիզացված հետազոտություններում, որոնք նվիրված են տարբեր թերապևտիկ ծրագրերի արդյունավետության գնահատմանը, ավանդական կլինիկական չափանիշների և բուժման արդյունավետության ուսումնասիրման կլինիկական չափանիշների կողքին ավելացվում է ԿՌ-ի գնահատումը: Կախված հետազոտության արդյունքներից, ԿՌ-ն դիտվում է որպես լրացուցիչ կամ հիմնական չափանիշ բուժման սխեմայի որոշման ժամանակ [46, 55, 64]: ԿՌ-ն բժշկության համար ունի նաև կանխատեսման նշանակություն: Այս ուղղությունը հատկապես ուսումնասիրվել է օնկոլոգիական հիվանդությունների ժամանակ: Ապացուցվել է, որ ամենաերկարն ապրում են քաղցկեղով տառապող այն հիվանդները, որոնք ի սկզբանե ունեցել են ԿՌ-ի լավ ցուցանիշներ [99,142]:

ԿՌ-ի գնահատումը, լինելով բուժման արդյունավետության կարևոր չափանիշ, դառնում է \$արմակո-տնտեսագիտական հաշվարկների անբաժանելի չափանիշ, հատկապես «գին-արդյունավետություն» վերլուծության համար: Այս վերլուծության միավորը «QALY»-ն (Quality-adjusted Life year) որակյալ ապրած

կյանքի տարիներն են, որը չափվում է հատուկ գործիքակազմով [155, 168]:

Վերջին տասնամյակում աճել է ԿՈ-ի՝ որպես նոր ինտեգրացուցանիչի, ուսումնասիրությանը վերաբերող հետազոտությունների թիվը, ինչը հնարավորություն է տալիս խորը և բազմակողմանի վերլուծության ենթարկել օրգանիզմի տարբեր հիվանդությունների ժամանակ հիմնական ֆունկցիաների փոփոխության աստիճանը: Ժամանակակից բժշկության կարևոր գիտական ուղղություններից մեկը կոնկրետ հիվանդությանը պացիենտի օրգանիզմի պատասխանի ընդհանուր օրինաչափությունների ուսումնասիրությունն է, ինչպես նաև համընդհանուր հասկացությունների և ճշգրիտ չափանիշների ընտրությունը, որոնք պացիենտի կյանքի փոփոխությունների ավելի լայն ոլորտ են ընդգրկում [8, 15, 19, 138, 146]:

Մի շարք աշխատանքներում փորձ է արվել ուսումնասիրել հիվանդության ազդեցությունը պացիենտի կենսագործունեության հիմնական պահերի վրա՝ կիրառելով տարբեր փսիխոմետրիկ գործընթացներ: Սակայն մնացել է չուսումնասիրված այն հարցը, թե ինչպես է պացիենտի կյանքի այլ ասպեկտների (որից կարևորվում է սոցիալական ոլորտը) վրա ազդում հիվանդությունը: Դա է պատճառը, որ առողջապահության ոլորտի վերջին տասնամյակի կարևոր նախաձեռնություններից մեկը այնպիսի հայեցակարգի մշակումն է, որը կվերաբերի առողջական վիճակի վերաբերյալ պացիենտից տեղեկատվության ստանալուն, որի նպատակը պետք է լինի նրա առավել արդյունավետ կյանքի ապահովումը՝ պահպանելով աշխատունակությունը և ինքնազգացողությունը [44, 75, 117, 121]:

Անհրաժեշտ է նշել, որ անհատական հոգեբանական և սոցիալական հիմնախնդիրների վերաբերյալ կարևոր տեղեկատվությունը, որը անձի մոտ առաջացել է հիվանդության պատճառով, որպես կանոն, բժշկին քիչ հասանելի է: Այս ֆենոմենի էական պատճառը կարելի է համարել մարդու կենսագործունեության վրա հիվանդության ինտեգրացիոն ազդեցության առավել հարմար և արդյունավետ մեթոդի բացակայությունը [80]:

ԿՈ-ն որպես բժշկական կատեգորիա պատմականորեն սերտ կապված է ԱՅԿ-ի կողմից ընդունված առողջության ձևակերպման հետ: Համաձայն այդ ձևակերպման, առողջությունը մարդու ֆիզիկական, սոցիալական և հոգեբանական բարեկեցությունն է և ոչ թե

պարզապես հիվանդության կամ ֆիզիկական արտի բացակայությունը: Հայտնի է, որ ցանկացած բրոնխի հիվանդություն, որը հակված է ընթանալու բարդություններով բերում է նորմալ կյանքի բոլոր կամ չափանիշների մեծ մասի սահմանափակումների, որոնք պացիենտի համար հաճախ դառնում են ավելի մեծ նշանակություն ունեցող, քան բուն հիվանդությունը: Անհատի նկատմամբ ունենալով ամբողջական մոտեցում, որը կանխատեսում է ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական կարգավիճակի բազմակիություն և փոխադարձ ազդեցություն, պայմանավորել են բժշկության մեջ ԿՈ-ի կիրառումը և նշել են ԿՈ հետազոտության ամենակարևոր ասպեկտները: Հաստատվել է, որ հիմնվելով մարդու հիմնական ֆունկցիաների գնահատման վրա կարելի է լուծել միջարք կարևոր խնդիրներ և կոնկրետ հիվանդի հետաքրքրությունից բխող անհատական մակարդակի և համակարգային մակարդակում տարբեր հիվանդությունների բուժման մարտավարության որոշման նպատակով [28, 30]:

Ներկա պայմաններում բժշկագիտությունը և գործնական առողջապահությունը գտնում են, որ խիստ անհրաժեշտ է պացիենտի կողմից հիվանդության և բուժման ընկալման գնահատումը: Այսպիսի գնահատականը պետք է լինի համալիր, տարբերակված, հաշվի առնելով մարդու փոխհարաբերությունը շրջակա միջավայրի հետ [82, 94]:

Չարմանալի չէ, որ բժշկագիտությունն ու գործնական առողջապահությունը ԿՈ-ի հասկացության ձևակերպման հարցում միատիպ մոտեցում չունեն: Պատճառը կայանում է նրանում, որ այդ հասկացությունը բնութագրում է ոչ թե մեկ, այլ մի քանի փոփոխականների հանրագումար: ԿՈ հասկացությունը բժշկական պրակտիկայի մեջ մտել է շատ վաղուց: Դեռևս 1947թ-ին D. Karnofsky-ն «Քաղցկեղի ժամանակ քիմիաթերապիայի կլինիկական գնահատականը» աշխատության մեջ առաջին անգամ առաջարկել է օնկոլոգիայի գնահատում ոչ ֆիզիոլոգիական մեթոդներով [109, 142, 153]:

Այս աշխատանքը պացիենտի անձի ուսումնասիրմանը վերաբերող հետազոտությունների սկիզբը հանդիսացավ: ԿՈ-ի հասկացությանը հետազայում հանդիպում ենք J.R. Elkinton-ի աշխատության (Annals of Internal Medicine, 1966) մեջ: Տպագրելով հոդված «Բժշկություն և կյանքի որակ» խորագրով, որը նվիրված էր տրանսպլանտալ ոգիայի հիմնախնդիրներին, K. Mellion et al (2014)-ը ցիտում են Ֆրանսիս

Բեկոնին, «Բժշկություն խնդիրն է մարդու մարմինը բերել նորմայի», քննադատելով ժամանակակից բժշկության մոտեցումներն այն տեսանկյունից, որ չնայած բուժման ժամանակակից մեթոդների առկայությանը, դեռևս առկա են լուրջ խնդիրներ՝ կապված օրգանիզմի «հարմոնիայի» հետ: Յարգ է առաջանում, իսկ ի՞նչ է հարմոնիան, որին ձգտում են պացիենտները, բժիշկները և հասարակությունը [144]:

Այս հարցի պատասխանի փնտրտուքները շարունակվում է նաև այսօր: Առաջարկվել է ԿՌ-ի սահմանում՝ հիմնվելով կյանքի չորս ասպեկտների վրա. հոգեհուզական և սոցիալական \$ուսկցիաներ, ամենօրյա ակտիվություն և վարք [152]: A. Varni et al (2013)-ը տվել է ԿՌ-ի ավելի լայն նկարագիր՝ հաշվի առնելով երեք (\$ուսկցիոնալ ուսկություն, ընկալում, սիմպտոմներ) հիմնական և իննը (ամենօրյա ռեժիմ, սոցիալական ինտելեկտուալ գործունեություն, ընդհանուր առողջության ընկալում, բարեկեցություն, կյանքից բավարարվածություն, հիմնական և ուղեկցող հիվանդությունների ընկալում) լրացուցիչ ասպեկտներ [168]:

1982թ-ին Kaplan Bush-ն առաջարկել է «առողջության հետ կապված կյանքի որակ» տերմինը, որպեսզի ԿՌ-ի հասկացությունից տարանջատվի առողջական վիճակին վերաբերող ԿՌ-ն: 1992թ-ից լույս է տեսնում «Quality of Life Research Journal» պարբերականը [32]:

ԿՌ-ն կախված է բազմաթիվ գործոններից. կենցաղային, աշխատանքի, հանգստի պայմաններ, սոցիալ-տնտեսական կարագավիճակ, երկրի սոցիալ-քաղաքական վիճակ և այլն: ԿՌ-ի վրա ազդում են նաև պացիենտի տարիքը, սեռը, կրոնական պատկանելությունը, մշակութային մակարդակը [145,159,162,164]: Խումբ հեղինակներ ԿՌ-ի հետևյալ ձևակերպումն են առաջարկել «ԿՌ-ն մարդու առողջական վիճակի ազդեցության սուբյեկտիվ և բուժական, կանխարգելիչ առողջապահական միջոցառումների արդյունավետության գնահատական է, որն ապահովում է ընդհանուր բարեկեցություն»: ԿՌ-ն բազմաչափելի հասկացություն է և արտացոլում է հիվանդության և բուժման ազդեցությունը պացիենտի բարեկեցության վրա: Բազմաթիվ կլինիկական հետազոտություններում ԿՌ-ն գնահատվում է առողջական վիճակի հետ փոխկապակցված [141]:

ԿՌ-ն բնութագրում է նաև հիվանդության կամ դրա բուժման պայմաններում, պացիենտի \$իզիկական, հուզական և սոցիալական

բարեկեցության փոփոխման գործընթացը: Որոշ դեպքերում այս հասկացությունն ընդգրկում է հիվանդի գործունեության տնտեսական և հոգեկան ասպեկտները նույնպես: ԿՈ հասկացությունը կարևոր է ոչ միայն առողջապահության, այլ նաև ժամանակակից հասարակության կյանքի բոլոր բնագավառների համար, քանի որ հասարակության բոլոր ինստիտուտների ակտիվության նպատակը մարդու բարեկեցությունն է [24, 127, 130]:

ԱՅԿ-ի կողմից կատարվել են մեծաքանակ հետազոտություններ՝ նպատակ ունենալով մշակել ԿՈ-ի չափանիշները: Յիմնվելով այդ առաջարկների վրա, ԿՈ-ն անհրաժեշտ է դիտարկել որպես անհատի կարգավիճակի և հասարակության փոխհարաբերություն: Ներկա պայմաններում ԿՈ-ն դիտարկվում է որպես հիվանդի ինքնագագոզության ինքնուրույն բնութագիր և թերապիայի արդյունավետության գնահատման չափանիշ, որը լրացնում է օբյեկտիվ տվյալներից ստացված տեղեկատվությունը [26, 35]:

Ինչպես նշում են բազմաթիվ հեղինակներ, ԿՈ-ի ուսումնասիրման կարևոր պահերից է սեփական վիճակի գնահատման պրոցեսում պացիենտի ակտիվ մասնակցությունը: Այս ցուցանիշը արժեքավոր և վստահելի ցուցանիշ է: B. Fullerton et al (2014), ԿՈ-ն սահմանել են որպես պացիենտի կողմից փաստացի ստացված և ակնկալվող արդյունքների սուբյեկտիվ գնահատական [87]:

Միջազգային արակտիկայում ընդունված է ԿՈ-ի գնահատումը համարել բարձր տեղեկատվական, զգայուն և տնտեսապես արդյունավետ մեթոդ, որը կարելի է կիրառել ինչպես անհատի, այնպես էլ պոպուլյացիայի առողջական վիճակը գնահատելու համար: Այս մեթոդը հնարավորություն է տալիս տալ մարդու կենսագործունեության բազմագործոնային, ինչպես նաև \$իզիկական, հոգեբանական և սոցիալական գործունեության բնութագիրը [105]:

Արժեքավոր տեղեկատվություն կարելի է ստանալ, եթե ԿՈ-ն գնահատվի տարբեր տարածաշրջանի պոպուլյացիայի համար: Այս տիպի հետազոտությունների արդյունքում հնարավորություն է ստեղծվում գրանցել և վերլուծության ենթարկել պոպուլյացիայի առողջական վիճակի այնպիսի բնութագրիչներ, որոնք կարող են հիմնավորել այլ մեթոդների կիրառման դեպքում [34]:

ԿՈ-ի գնահատումը կատարում է պացիենտը: Բազմաթիվ հետազոտությունների արդյունքներ հիմնավորում են, որ, եթե ԿՈ-ն

գնահատվում է բժշկի կողմից, ապա այն տարբերվում է պացիենտի գնահատման արդյունքներից: ԿՌ-ի տվյալների համադրումը բժշկական եզրահանգումների հետ հնարավորություն է ստեղծում կազմել հիվանդության ամբողջական և օբյեկտիվ նկարագիր [38, 72]:

Բազմաթիվ հեղինակներ նշում են բժշկության այն ոլորտները, որտեղ կարելի է կիրառել ԿՌ-ի հետազոտությունների արդյունքներ պոպուլյացիոն հետազոտություն, բնակչության առողջական վիճակի մոնիթորինգ, կլինիկական հետազոտություններ (որոնք նվիրված են նոր դեղամիջոցների և բուժման մեթոդների արդյունավետության գնահատմանը), հիվանդի վիճակի անհատական մոնիթորինգ [71, 77, 83, 91, 106]:

Մի շարք հեղինակների կարծիքով պացիենտի ԿՌ-ի հաշվառումը կարող է բերել բուժօգնության որակի բարելավման: Դա է պատճառը, որ ԱՅԿ-ի փորձագետները նշում են, որ ժամանակակից պայմաններում խիստ կարևորվում են ԿՌ-ի հետազոտությունները՝ հաշվի առնելով պոպուլյացիայի մշակութային և լեզվական առանձնահատկությունները [103, 123, 126]:

ԱՅԿ-ի փորձագետները մեծ ուշադրություն են դարձնում ԿՌ-ի որպես բուժման, գիտահետազոտական, բժշկական կադրերի պատրաստման որոշումների կայացման կարևոր գործիք: ԿՌ-ն հետազոտման սկզբունքային նոր մեթոդ է, որը հնարավորություն է տալիս ուսումնասիրել պացիենտի սուբյեկտիվ ապրումների բազմակողմանի նկարագիրը, որի արդյունքում այն դառնում է ժամանակակից կլինիկական պրակտիկայի և հետազոտությունների կարևոր չափանիշ [137]:

ԿՌ-ի գնահատման հիմնական գործիքը հարցաթերթն է: Մինչ օրս չկա միասնական կարծիք այն մասին, թե կախված պացիենտի առողջական վիճակից և ԿՌ-ից ինչ հատուկ ոլորտներ է անհրաժեշտ ընդգրկել հարցաթերթի մեջ: Որպես կանոն հարցաթերթն ընդգրկում է ֆիզիկական, սոցիալական և հոգեբանական ֆունկցիաների ոլորտները: Հարցաթերթի միջոցով հնարավոր է հայտնաբերել ԿՌ-ի ցածր և բարձր մակարդակ ունեցողներին: Այս գործիքը կարող է չափել պոպուլյացիայի տարբեր խմբերի ԿՌ-ի առանձնահատկությունները [75, 94]:

Անհրաժեշտ է նշել, որ առաջարկված է լավ մշակված մեթոդոլոգիա, որը թույլ է տալիս ստանալ պացիենտի ԿՌ-ի

չ ափանիշ ների հավաստի տվյալներ, ինչպես կլ ինիկական պրակտիկայում, այնպես էլ կլ ինիկական հետազոտությունների անցկացման ժամանակ: Անհնար է անցկացնել ԿՌ-ի հետազոտությունն՝ առանց մեթոդոլոգիայի առանձնահատկությունների իմացության և հետազոտության անցկացման ժամանակ դրանց խիստ պահպանման: ԿՌ-ի հետազոտության մեթոդը բազմաչափանիշ է և իր մեջ ներառում է հետևյալ հիմնական չափանիշները, հետազոտության անցկացման արձանագրերի մշակում, հետազոտության գործիքի ընտրություն, պացիենտների հետազոտություն, տվյալների հավաքագրում, տվյալների բազայի ձևավորում, հարցաթերթիկի հարցերի սանդղակավորում, վիճակագրական մշակում, վերլուծություն և եզրակացություն: Նշվում է, որ հետազոտության գործիքի ճիշտ ընտրությունը ԿՌ-ի ուսումնասիրման մեթոդոլոգիայի հիմքն է: Յարգերի և պատասխանների կապերի հանգամանալից կառուցումը, ինչպես նաև հաշվարկների համար ռեյտինգների գումարման մեթոդի կիրառումն ընկած է ԿՌ-ի ուսումնասիրման ժամանակակից հարցաթերթի հիմքում [44, 140]:

ԿՌ-ի ուսումնասիրման հարցաթերթի ստեղծման պատմությունը բավական հանգամանալից քննարկվել են մի շարք հետազոտողների կողմից: Գոյություն ունեն ԿՌ-ի հետազոտման գործիքների դասակարգման մի քանի տարբերակներ: Կախված կիրառման ոլորտից, հարցաթերթերը բաժանվում են երկու խմբի՝ ընդհանուր և հատուկ [75, 100, 137]:

Մեծահասակների ԿՌ-ի ուսումնասիրման համար մշակված են վստահություն ներշնչող հիմնավորված գործիքներ: Այդ հարցաթերթերի կիրառումը երեխաների ԿՌ-ի ուսումնասիրման համար կորցնում է այն առանձնահատկությունը, որը բնորոշ է երեխաների ԿՌ-ի ուսումնասիրման մոտեցումներին: Բացի այդ, ԿՌ-ի գործիքները, որոնք ստեղծվել են մեծահասակների ԿՌ-ի ուսումնասիրման համար, երեխաների ԿՌ-ի ուսումնասիրման ժամանակ առաջացնում են դժվարություններ՝ կախված հարցերի մեծ ծավալի դժվարության և գնահատման սանդղակի առանձնահատկությունների հետ: Դա է պատճառը, որ անհրաժեշտություն է առաջանում երեխաների ԿՌ-ի գնահատման համար մշակել ընդհանուր և հատուկ հարցաթերթեր [94, 104, 129]:

Կան մի շարք առանձնահատկություններ, որոնք անհրաժեշտ են հաշվի առնել հետազոտությունների կազմակերպման ժամանակ: Առկա

են հարցաթերթի ճիշտ ընտրության մի շարք պահանջներ: Յամաձայն միջազգային ստանդարտների, մանկաբուժական պրակտիկայում ԿՌ-ի ուսումնասիրման համար օգտագործվող հարցաթերթը պետք է օժտված լինի մի շարք բնութագրիչներով [116, 129]:

Երեխաների ԿՌ-ի գնահատման համար առավել տարածված հարցաթերթ է PedsQL, Generic Core Scales-ը, որը կիրառվող ընդհանուր հարցաթերթ է մանկաբուժության մեջ: Այս գործիքները լայն կիրառում ունեն գիտական և կլինիկական հետազոտության ոլորտների ժամանակ [43, 134]:

Մանկաբուժական պրակտիկայում ԿՌ-ի ուսումնասիրման ոլորտները բազմազան են.

- ✓ Երեխաների ԿՌ-ի պոպուլյացիոն նորմերի մշակումը, որը պետք է իրականացվի: Ուսումնասիրել տարբեր ազգության երեխաների ԿՌ-ի, ինչպես նաև երեխաների ԿՌ-ի վրա դեմոգրաֆիկ, սոցիալական և այլ գործոնների ազդեցության ուսումնասիրման միջոցով [138]:
- ✓ Երեխայի ԿՌ-ի վրա հիվանդության ոլորտների ազդեցության ուսումնասիրություն: Այս դեպքում հետազոտության համար սկզբունքային փուլ է հանդիսանում հիվանդ և առողջ երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների համեմատությունը: Այն հնարավորություն է տալիս ուսումնասիրել հիվանդության նկատմամբ երեխայի անհատական ռեակցիայի աանձնատկությունները, հիվանդության ազդեցությունը երեխայի սոցիալական, ֆիզիկական և հոգեբանական գործունեության վրա, որը լայն կիրառում ունի ուռուցքաբանության մեջ, հեմատոլոգիայում, Էնդոկրինոլոգիայում, կարդիոլոգիայում [52, 56, 58, 63]:
- ✓ Բուժման տարբեր փուլերում ԿՌ-ի ցուցանիշների ուսումնասիրությունը որպես անհատական մոնիթորինգի մեթոդ: Սա բացարձակ արժեքավոր է թերապիայի արդյունավետությունը բարձրացնելու համար [37, 67, 98, 100]:
- ✓ ԿՌ-ն որպես բուժման նոր մեթոդի արդյունավետության գնահատման չափանիշ [40, 63, 65, 102]:
- ✓ ԿՌ-ն որպես ֆարմակոէկոնոմիկական հաշվարկների չափանիշ [110, 114, 136]:

ԿՌ-ի պոպուլյացիոն հետազոտությունների մեթոդոլոգիան մշակվել է ԿՌ-ի հետազոտության ընդհանուր սկզբունքների հիման վրա՝ այն համապատասխանեցնելով ԿՌ-ի գնահատման միջազգային

ծրագրերի արձանագրերին (International Quality of Life Assessment (QLA) Project): Պոպուլյացիոն հետազոտությունների արձանագրերի հիմքը ԿՌ-ի հարցաթերթն է: Նորմատիվային ցուցանիշներ ստանալու համար կիրառվում է ԿՌ-ի ընդհանուր հարցաթերթը: Այն հարցաթերթերը, որոնք կարելի է կիրառել ԿՌ-ի նորմատիվային ցուցանիշների գնահատման համար, պետք է բավարարեն հետևյալ պահանջներին՝ լինեն բազմաչափելի, ունենան լրացման պարզություն, ունենան անհրաժեշտ փսիխոմետրիկ հատկանիշների առկայություն, լինեն կիրառելի կլինիկական և պոպուլյացիոն հետազոտությունների համար [134]:

ԿՌ-ի պոպուլյացիոն հետազոտությունների արձանագրերը պետք է մշակվեն QLA առաջարկներին համապատասխան: Առավել ուշադրություն պետք է դարձնել ընտրանքի ծավալի, ներկայացուցչականության, տվյալների հավաքման մեթոդների և հարցաթերթի ճիշտ ընտրության վրա: Մանկաբուժական պրակտիկայում ԿՌ-ի հետազոտության մեթոդիկայում ընկած է ԱՅԿ-ի կողմից առողջության սահմանումը, ըստ որի առողջությունը ոչ միայն հիվանդության և ֆիզիկական արատի բացակայություն է, այլ նաև ֆիզիկական, սոցիալական և հոգեբանական բարեկեցություն [138, 140]:

Ըստ Manificat S., Dazord A.-ի (2002) սահմանման, ԿՌ-ն երեխայի կողմից կյանքի տարբեր ոլորտների գնահատումն ու զգացողությունն է, որը նրա համար ունի նշանակություն և կապված է իր գործունեության հիմնախնդիրների հետ [140]:

Մանկաբուժական պրակտիկայում ԿՌ-ի հետազոտությունները ստացել են ավելի մեծ զարգացում վերջին 10 տարիների ընթացքում: Այս մեթոդի կիրառման հիմնական ոլորտներն են գիտական, կլինիկական և պոպուլյացիոն հետազոտությունները, ինչպես նաև մանկաբուժական պրակտիկայում ծրագրերի ու տեխնոլոգիաների արդյունավետության գնահատումը: Մեթոդի կիրառումը կլինիկական պրակտիկայում դեռևս գտնվում է կայացման փուլում: Ըստ արտասահմանյան հետազոտողների, մեծահասակների հետ համեմատած, երեխաների ԿՌ-ի վերաբերյալ ուսումնասիրությունները սահմանափակ են: Ավանդական հետազոտման մեթոդները տալիս են միակողմանի տեղեկատվություն՝ երեխայի հիվանդության և բուժման արդյունավետության վերաբերյալ, բայց հնարավորություն չեն տալիս գնահատելու երեխայի հոգեկան և

սոցիալական դեզադապտացիան: Ուստի երեխայի հետազոտման ծրագրում ԿՌ-ի ուսումնասիրման ընդգրկումը հնարավորություն է կտա քարտեզագրել բուժօգնության որակը [23, 165, 167, 170]:

Ըստ W. Schuller et al (2014)-ի կարծիքի, երեխաների ԿՌ-ի գնահատումը կարող է հանդիսանալ բժշկական միջամտության արդյունավետության գնահատման վերջնական արդյունք [160]:

Կարևոր է նաև առողջ երեխայի կյանքի որակի ուսումնասիրությունը, որովհետև չհասկանալով առողջության ներքին նկարագիրը, չի կարելի տալ հիվանդության ներքին նկարագիրը, ուստի ուսումնասիրելով առողջ երեխաների ԿՌ-ն, կարելի է մշակել ԿՌ-ի նորմեր և դրանք կիրառել [161]:

Ինչպես մեծահասակների մոտ, այնպես էլ մանկաբուժական պրակտիկայում, չկա ԿՌ-ի առանձին սահմանում: Երախաների ԿՌ-ն երեխայի առողջական վիճակի ինտեգրալ բնութագրիչ է, որը հիմնված է նրա օբյեկտիվ զգացողության վրա: Սակայն մանկաբուժական պրակտիկայում սահմանված են ԿՌ-ի ցուցանիշների կիրառման հիմնական ուղղությունները [138]:

Երեխաների ԿՌ-ի վերաբերյալ տարբեր հետազոտությունները կատարվել են տարբեր տարիքային խմբերում: Բազմաթիվ հետազոտություններ նվիրված են դադողահասակ երեխաների ԿՌ-ի ուսումնասիրությանը, որտեղ հիմնավորվում է, որ կյանքի որակի հետազոտությունների արդյունքները կարելի է կիրառել ընթացիկ մոնիթորինգի համար [119, 145]:

Մի շարք հետազոտողներ հիմնավորում են, որ դեռահասների բուժօգնության բավարարվածության աստիճանը կապ ունի հոգեւոցիալական սանդղակի մակարդակի հետ [53]:

Բազմաթիվ բժշկասոցիալական հետազոտություններ նվիրված են տարբեր տարիքային խմբերի ԿՌ-ի ուսումնասիրությանը [45, 53]:

KIDSCREEN եվրոպական կենտրոնի կողմից կատարած հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ԿՌ-ի վրա առավել ազդեցություն են թողնում սոցիալ-տնտեսական գործոնները, ինչպես նաև ծնողների կրթական մակարդակը և ընտանիքի եկամուտի չափը: Երեխաների ԿՌ-ի վրա ազդում են նաև էկոլոգիական գործոնները: Հետազոտության տվյալներն ապացուցում են, որ շրջակա միջավայրի աղտոտվածության աստիճանը ազդում է բրոնխիալ ասթմայով հիվանդ երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների վրա [117]:

Բազմաթիվ հետազոտություններ նվիրված են առողջ և հիվանդ երեխաների ԿՌ-ի ուսումնասիրությանն ու համեմատությանը: Դրանք ցույց են տալիս, որ առողջ երեխաների ԿՌ-ի ցուցանիշները մի քանի անգամ բարձր են, համեմատած քրոնիկ հիվանդություն ունեցող երեխաների ԿՌ-ի ցուցանիշների հետ: Այս փաստը հիմնավորում է, որ անհրաժեշտ է այս ուղղությամբ իրականացնել կանխարգելիչ միջոցառումների ծրագիր: Բազմաթիվ հետազոտություններ ապացուցում են, որ ցանկացած քրոնիկ հիվանդություն իջեցնում է ոչ միայն երեխայի, այլ նաև այն ընտանիքի ԿՌ-ի ցուցանիշները, որտեղ նա դաստիարակվում է: Այս հետազոտությունների արդյունքները կրում են մանկաբույժների համար նոր և կարևոր տեղեկատվություն այն մասին, որ քրոնիկ հիվանդություններն ազդում են երեխայի բարեկեցության վրա: Սպասվելիք արժեքավոր եզրահանգումներից մեկն այն է, որ ցանկացած քրոնիկ հիվանդություն բերում է երեխայի ԿՌ-ի ցածր ցուցանիշների: Այն ազդում է նաև այդ ընտանիքի ԿՌ-ի վրա [123,125]:

Մի շարք հետազոտություններ հիմնավորել են, որ մի շարք հիվանդությունների ժամանակ ԿՌ-ի չափանիշները փոփոխվում են որոշակի առանձնահատկություններով: Այսպես, Էպիլեպսիայով հիվանդ երեխաների ԿՌ-ի ուսումնասիրման արդյունքները վկայում են, որ ԿՌ-ի չափանիշները անհրաժեշտ է կիրառել հիվանդության ախտորոշման և բուժման ժամանակ [154,158,163]:

Պարզվել է, որ ԿՌ-ի չափանիշների մակարդակը փոխվում է կախված Էպիլեպսիայի նոպաների քանակից (ընդ որում գյուղաբնակների մոտ գրանցվել է ԿՌ-ի ավելի ցածր մակարդակ, համեմատած քաղաքաբնակների հետ) [56,62,90]:

Մի խումբ հետազոտողների կողմից հայտնաբերվել են, որ, օրինակ, երիկամների հիվանդության ժամանակ ավելի շատ տուժում է \$իզիկական գործունեությունը, ավերակ հիվանդությունների ժամանակ՝ փսիխոսոցիալ առողջությունը: Այս բոլոր տվյալները խիստ կարևոր են կոնկրետ նոզոլոգիաների ժամանակ՝ բուժման և ռեաբիլիտացիայի օպտիմալ տակտիկայի մշակման համար [76,81,102]:

Մի շարք երկրներում կատարվել են ԿՌ-ի ուսումնասիրությանը նվիրված հետազոտություններ՝ բրոնխիալ ասթմայի, շաքարային դիաբետի, ռևմատոիդ արթրիտի, նյարդահոգեկան խանգարումների, մանկական ցերեբրալ կաթվածի ժամանակ: Համեմատվել են օսկոլոգիական հիվանդ երեխաների ԿՌ-ի ցուցանիշները՝

առողջների հետ: Յետազոտության արդյունքները հիմնավորել են, որ նույնիսկ ռեմիսիայի շրջանում ֆիզիկական և փսիխոսոցիալական ցուցանիշները գտնվում են ցածր մակարդակի վրա [51,76,120]:

Բազմաթիվ աշխատանքներ նվիրված են քրոնիկ ցավի ժամանակ երեխաների ԿՌ ուսումնասիրությանը: Ըստ այդ տվյալների, եթե նույնիսկ չի հաջողվել երեխայի մոտ հայտնաբերել օբյեկտիվ փոփոխություններ, ցավի առկայությունը նշանակալից ձևով ազդել է կյանքի որակի վրա [45,118]: Կյանքի որակը կարող է կիրառվել նաև քրոնիկ հիվանդությունների կանխատեսական ազդեցության ուսումնասիրման համար: Այսպես, A. Holterman and all (2010) կողմից հիմնավորվել է, որ այն դեռահասները, որոնք ծնվել են ցածր քաշով, ունեն ավելի վատ ԿՌ-ի չափանիշներ՝ քան նորմալ քաշով ծնվածները [101]:

Jackman A. and all (2013) կատարել են շնչառական խանգարումների ժամանակ ԿՌ-ի հետազոտություն: Պարզվել է, որ անհրաժեշտ է մինիմումի հասցնել քրոնիկական շնչառական հիվանդությունները, քանի որ այդ խումբ հիվանդությունների բացասական ազդեցությունը մեծ է երեխայի ԿՌ-ի վրա [111]: Մի շարք հեղինակներ առաջարկում են ԿՌ-ի արդյունքները կիրառել բուժման մի շարք մեթոդների արդյունավետությունը գնահատելու համար [37]:

Մի խումբ հետազոտողներ իրենց հետազոտությունների արդյունքով հիմնավորել են, որ ռեաֆիլիտացիայի արդյունավետության գնահատման համար կարևոր է ԿՌ-ի ուսումնասիրությունը [26,37]: ԿՌ-ի գնահատումը կարևոր ցուցանիշ է բրոնխիալ ասթմայի ուսուցողական ծրագրերի արդյունավետության գնահատման համար [39]:

Վերջին տարիներին ավելացել են այն հոդվածների քանակը, որոնց հեղինակները գտնում են, որ ԿՌ-ի վրա էական ազդեցություն են ունենում երեխայի ֆիզիկական զարգացման ցուցանիշները [115, 135, 166]: Մանկաբուժական պրակտիկայում ԿՌ ուսումնասիրման դժվարություններից մեկը պայմանավորված է հատկապես որոշակի նոզոլոգիաների ժամանակ անհրաժեշտ քանակի գործիքակազմի բացակայությամբ [169]: Մի շարք հայտնի հետազոտողներ ԿՌ-ի ուսումնասիրման գործիքների բազայի վրա ստեղծել են իրենց հարցաթերթերը [140]:

Բավական ակտիվ հետազոտություններ են կատարվել նվիրված երեխաների շրջանում տարածված ռևմատոիդ արթրիտի ԿՌ-ի վրա ունեցած ազդեցությանը: Ստացված տվյալները վկայում են, որ այն երեխաները, որոնք տառապում են ռևմատոիդ արթրիտով, ունեն ԿՌ-ի ցածր ցուցանիշներ՝ համեմատած առողջ երեխաների ԿՌ-ի հետ: Այս դեպքում ավելի շատ տուժում է ֆիզիկական ֆունկցիայի չափանիշը: Հետազոտվել է նաև օնկոլոգիական հիվանդությունների, սիրտ-անոթային պաթոլոգիայի, շաքարային դիաբետի, մաշկային հիվանդությունների, վիրուսային հեպատիտի, նյարդային համակարգի, երիկամային պաթոլոգիայի, հոգեկան խանգարումների ազդեցությունը երեխաների ԿՌ-ի վրա [17,29]:

Բավական քիչ հետազոտություններ են նվիրված ԿՌ-ի բժշկասոցիալական ասպեկտների ուսումնասիրմանը: Վերը շարադրածը թույլ է տալիս ասել, որ ԿՌ հիմնախնդրի ուսումնասիրման հետաքրքրության շրջանակներն աճում են: Ապացուցողական բժշկության հիմնական սկզբունքները հուշում են, որ գիտական հետազոտությունների ժամանակ անհրաժեշտ է պահպանել միջազգային ստանդարտները, որն արդիական է հատկապես ԿՌ-ի ուսումնասիրման ժամանակ, որովհետև այս մեթոդը սուբյեկտիվ է և պետք է հիմնվի խիստ հիմնավորված մեթոդոլոգիայի վրա: Մյուս կողմից, հատկապես մանկաբուժական պրակտիկայում հիմնախնդիրը խորությամբ ուսումնասիրված չէ, հետազոտությունները մեթոդոլոգիական առումով ոչ միշտ են կոռեկտ, որը կասկած է առաջացնում ստացված արդյունքների հավաստիության նկատմամբ և կարող է որակազրկել հենց ԿՌ-ի հասկացությունը [25,82,103, 137]:

Մանկաբուժական պրակտիկայում ԿՌ-ի ուսումնասիրման մեթոդաբանությունն ունի մի շարք առանձնահատկություններ [31, 76, 123]:

ԿՌ-ի հետազոտությունների կանոնակարգման նպատակով 1995թ-ին Ֆրանսիայում ստեղծվեց MAPI ինստիտուտը: Հետազոտողների առջև ծառայած ամենաբարդ խնդիրը ԿՌ-ի ուսումնասիրման ժամանակ անհրաժեշտ գործիքի ստեղծումն է, որի օգնությամբ հնարավոր կլինի տալ ԿՌ-ի քանակական և որակական գնահատականը: Առանց թվային արժևորման հնարավոր չի լինի իրականացնել վիճակագրական վերլուծություն, հայտնաբերել կլինիկո-ֆունկցիոնալ և գործիքային հետազոտությունների տվյալների միջև կորելացիոն կապի առկայությունը, համեմատել ստացված տվյալներն այլ հետազոտությունների արդյունքների հետ: 80-90-

ական թվականներին մշակվել է ԿՌ-ի գնահատման մեթոդով ոգիան, որի հիմքի վրա մշակվել են բազմաթիվ միջազգային գործիքներ [91, 98, 143]:

Ժամանակակից բժշկություն մեջ ԿՌ-ի ուսումնասիրման հիմնական գործիքը ստանդարտացված հարցաթերթիկներն են, որոնք կազմվել են փսիխոմետրիկ մեթոդի օգնությամբ: Փսիխոմետրի սանդղակը հիվանդի հետ բժշկի կարճ զրույցն է: Այդ չափանիշները պետք է լավ կազմված լինեն, այսինքն յուրաքանչյուր հատկանիշ պետք է գնահատվի ըստ հատուկ մշակված նկարագրերի [170]:

Բազմաթիվ հետազոտողներ ընդգծում են, որ ԿՌ-ի հետազոտությունը բժշկագիտության տարբեր բնագավառներում դարձել է արդիական: Այն այսօր արդիական է դարձել նաև թոքաբանության բնագավառում, հատկապես թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունների դեպքում [18, 39]:

Ըստ մի շարք հեղինակների, բժշկության մեջ միշտ էլ եղել են հիվանդություններ, որոնք ավելի շատ են նվազեցնում ընդհանուր առողջական վիճակը, աշխատունակությունը և պացիենտի կյանքի միջին տևողությունը: Թոքաբանության բնագավառում այդպիսի հիվանդությունն է թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունը [54]:

Յետաքրքիր է նշել, որ վերջին տարիներին հետաքրքրությունը ԹԲՕՀ հիվանդների և նրանց ԿՌ-ի ուսումնասիրության նկատմամբ աճել է: Առաջին հերթին դա բացատրվում է նրանով, որ այդ հիվանդությունն ուղեկցվում է շնչառական անհարմարողականությամբ, որի հուզական նշանակությունը գերազանցում է ցավային սինդրոմին: Կատարած հետազոտությունը, որը նվիրված է ԹԲՕՀ և ՍԻՅ հիվանդների ԿՌ-ի գնահատմանը, ցույց է տվել, որ հիվանդների 91%-ը զգացել են մահվան վախը: ԹԲՕՀ հիվանդների ԿՌ-ի ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ հիվանդների կողմից իրենց հիվանդության սիմպտոմների, ֆիզիկական և հոգեբանական ակտիվությունը շատ դեպքերում ավելի ճշգրիտ և հստակ է նկարագրում հիվանդության ընթացքը, քան օբյեկտիվ հետազոտության տվյալները [111, 118]:

ԹԲՕՀ պացիենտների ԿՌ-ի ուսումնասիրությունը կարող է տալ կարևոր տեղեկատվություն պացիենտի ընդհանուր վիճակի վրա հիվանդության և բուժման ազդեցության վերաբերյալ: Յետազոտողների արդյունքները նշում են, որ ԹԲՕՀ հիվանդները

Ենթարկվում են ռիսկի և նրանց մոտ ավելի հաճախ է զարգանում դեպրեսիա: Կյանքի որակի հետազոտության ներքին առավել նշանակալից են այն հիվանդությունների դեպքում, որոնք սուբյեկտիվ մեծ ազդեցություն են թողնում պացիենտի ինքնազգացողության վրա: Ըստ մի շարք հետազոտողների, կան հիվանդություններ, որոնք ավելի շատ են անբարենպաստ ազդեցություն ունենում ընդհանուր առողջական վիճակի, աշխատունակության և կյանքի տևողության վրա: Այդպիսի հիվանդությունների շարքին է դասվում թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունը (ԹՔՕՐ): Անհրաժեշտ է նշել, որ վերջին տարիներին աճել է հետաքրքրությունը ԹՔՕՐ ժամանակ ԿՈ-ի չափանիշների փոփոխության ամանձնատկության ներքին ուսումնասիրության նկատմամբ [18, 47,158]:

Ենթարկվում է, որ ԹՔՕՐ-ի կյանքի որակի հետազոտությունները կարող են տալ կարևոր լրացուցիչ տեղեկատվություն պացիենտի վրա հիվանդության և բուժման ազդեցության վերաբերյալ, ուստի ԹՔՕՐ հիվանդների և պրակտիկ առողջների ԿՈ-ի համեմատությունը թույլ կտա ուսումնասիրել հիվանդության արտահայտվածության ազդեցությունը պացիենտի ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական ֆունկցիաների վրա: ԿՈ-ի ցուցանիշների հետազոտությունը դինամիկայում կընդլայնի այն ստանդարտ չափանիշների շրջանակները, որոնք թույլ են տալիս գնահատել թերապիայի արդյունավետությունը, հիմնավորել իրականացված բուժման արդյունավետությունը: Յոգեկան կարգավիճակի խանգարումը, որը բացասաբար է ազդում ԿՈ-ի վրա, շատ դեպքերում դուրս է բժշկի ուշադրությունից: Բազմաթիվ հեղինակներ նշում են, որ ԹՔՕՐ-ով հիվանդները ենթարկվում են դեպրեսիայի բարձր ռիսկի [111,118]: Ըստ պաշտոնական տվյալների վաղ տարիքի երեխաների մոտ առաջին մաշկաբորբի հանդիպման հաճախականության մեջ մեծ նշանակություն է ունեցել ժառանգական նախաորամադրվածությունը (75,7±3,1%), հատկապես մայրական գիծը (45,7%), հղիության փոստաբանական ընթացքը (45,9%), արհեստական և խառը սնուցման անցնելը ավելի վաղ տարիքում (52,5%), կրծքով կերակրման միջին տևողությունը (45,7%): Մի շարք հետազոտողների տվյալները փաստում են, որ ԿՈ-ի չափանիշների փոփոխությունը կախված է առաջին մաշկաբորբի ծանրության աստիճանից [81,110,163]:

ԿՈ-ի պոպուլյացիոն հետազոտությունները ունեն
առանձնահատկություններ:

ԿՈ-ի հետազոտությունը պոպուլյացիայի բարեկեցության գնահատման վստահելի և արդյունավետ մեթոդ է: ԿՈ-ի ուսումնասիրությունը միջազգային պրակտիկայում օգտագործվող մեթոդ է, որն օժտված է բարձր տեղեկատվությամբ, զգայունությամբ և տնտեսական արդյունավետությամբ: Այն հնարավորություն է տալիս գնահատել բնակչության առանձին խմբերի կամ ողջ բնակչության առողջական վիճակը, ինչպես նաև տալ համալիր գնահատական մարդու կենսագործունեության բազմաչափանիշ՝ ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական գործունեության բնութագրիչներին: Հնարավոր է իրականացնել անհատի, բնակչության որևէ խմբի կամ ողջ բնակչության ԿՈ-ի գնահատում: Արժեքավոր տեղեկատվություն կարելի է ստանալ ԿՈ-ի սքրինինգ հետազոտություններից, եթե այն պոպուլյացիայի մակարդակով իրականացվի պարբերաբար [33]:

Հանրության տարբեր ինստիտուտների համար մեծ արժեք են ներկայացնում ԿՈ-ի պոպուլյացիոն հետազոտությունների արդյունքները, այսպես կոչված ԿՈ-ի պոպուլյացիոն նորմերը: Նորմերն այս դեպքում տվյալ երկրի բնակչության ԿՈ-ի ցուցանիշների արժեքներն են: ԿՈ-ի նորմատիվային ցուցանիշներ մշակված են աշխարհի զարգացած երկրներում: Այդ ցուցանիշները կարելի է օգտագործել հանրության տարբեր ոլորտներում.

1. պոպուլյացիայի նորմայի հետ առանձին տարածաշրջանի բնակչության ԿՈ-ի չափանիշները համեմատելու համար,
2. բնակչության տարբեր խմբերի ԿՈ-ի ցուցանիշի մոնիթորինգի համար,
3. տարբեր հիվանդությունների ժամանակ ԿՈ-ի ցուցանիշները պոպուլյացիոն նորմերի հետ համեմատելու համար,
4. առողջապահական ծրագրերի արդյունավետությունը գնահատելու համար,
5. վերականգնողական ծրագրերի մշակման համար [128]:

ԿՈ-ի ուսումնասիրման միջազգային կենտրոնի կողմից մշակվել է մանկաբուժական պրակտիկայում ԿՈ-ի ուսումնասիրման հայեցակարգ: Այն իր մեջ ներառում է մի շարք սկզբունքային դրույթներ.

1. Մանկաբուժության մեջ բուժօգնության որակի ապահովման համար բացի ախտորոշիչ տվյալներից անհրաժեշտ է կիրառել նաև ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական գործունեությանը վերաբերող ցուցանիշներ: Այս ամենը մտնում է ԿՌ-ի ցուցանիշի չափանիշների մեջ:
2. Երեխայի բուժման ծրագրի արդյունավետության գնահատումը պետք է հենվի ավանդական ցուցանիշներից բացի ԿՌ-ի չափանիշների վրա:
3. Ընդհանուր ընդունված մոտեցումներից բացի, որն իր մեջ ներառում է լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններ, թույլ չտալով ստանալ տվյալներ երեխայի ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական գործունեության վերաբերյալ:
4. Երեխայի ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական գործունեության չափանիշների գնահատումը հիվանդության կամ բուժման ժամանակ, պետք է իրականացվի ԿՌ-ի հետազոտման ստանդարտացված մեթոդով ոգիայով [67,96,171]:

Անհրաժեշտ է նշել, որ մանկաբուժական պրակտիկայում ԿՌ-ի հետազոտություններն ունեն որոշակի առանձնահատկություններ: ԿՌ-ի ուսումնասիրման միջազգային կենտրոնի կողմից մշակվել է մանկաբուժական պրակտիկայում ԿՌ-ի ուսումնասիրման հայեցակարգ: Այն իր մեջ ներառում է մի շարք սկզբունքային մոտեցումներ.

1. Մանկաբուժական ծառայությունների որակի բարելավման համար անհրաժեշտ է բացի ախտորոշիչ տվյալներից կիրառել նաև ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական գործունեության վերաբերյալ տեղեկատվություն, որի հնարավորությունը տալիս է ԿՌ-ի չափանիշները:
2. Երեխաների բուժման ծրագրի արդյունավետության գնահատումը պետք է հենվի ավանդական ցուցանիշներից բացի, նաև ԿՌ-ի չափանիշների վրա:
3. Ընդհանուր ընդունված մոտեցումներից, որը իր մեջ ներառում է լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններ, թույլ չեն տալիս ստանալ տվյալներ երեխայի ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական գործունեության վերաբերյալ:
4. Երեխայի ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական գործունեության չափանիշների գնահատումը հիվանդության

կամ բուժման ժամանակ պետք է իրականացվի ԿՌ-ի հետազոտման ստանդարտացված մեթոդով ոգիայով [7]:

Մանկաբուժական պրակտիկայում ԿՌ-ի հետազոտման առանձնահատկությունների մեջ մտնում են նաև հետևյալ սկզբունքները՝ մինչև հինգ տարեկան երեխաների ԿՌ-ն գնահատում են ծնողները, հինգ տարեկանից բարձր տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ն գնահատում են և՛ երեխաները, և՛ ծնողները, միջազգային պրակտիկայում այս երկու մոտեցումներին համապատասխանում են հետևյալ տերմինները, 5 տարեկանից բարձր տարիքի երեխաների կողմից սեփական ԿՌ-ի գնահատում՝ self-report, մինչև 5 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի գնահատում ծնողների և բժիշկների կողմից՝ proxy-report: Այսպիսով, երեխայի ԿՌ-ի գնահատման ժամանակ անհրաժեշտ է ունենալ համալիր մոտեցում, այսինքն, անհրաժեշտ է հաշվի առնել և՛ երեխայի, և՛ ծնողի, և՛ բժշկի կարծիքը [13, 15, 30, 75, 96]:

Հաճախ երեխայի ԿՌ-ի գնահատման ժամանակ երեխայի և ծնողի գնահատականների միջև հայտնաբերվում է տարակարծություններ: Դա, այսպես կոչված, proxy problem կամ cross informant variance ֆենոմենն է, որը հանգամանալից նկարագրված է գրականության մեջ [93]: Հայտնի են հետազոտություններ, երբ ծնողների կողմից երեխայի ԿՌ-ի գնահատման սանդղակում առկա է տարբերություն: Այսպես, կատարված հետազոտությունները ցույց են տվել, որ հայրերը երեխայի ԿՌ-ն գնահատում են ավելի բարձր, քան մայրերը [93,116]: ԿՌ-ի գնահատման տարակարծիքության աստիճանը երեխայի և ծնողների միջև կախված է սոցիալական, հոգեբանական, կլինիկական և այլ չափանիշներից: Գրականության մեջ կան այս դրույթը հաստատող հետազոտություններ: Այսպես, ինտրավերտ երեխաների հետազոտության արդյունքում ԿՌ-ի գնահատման տարակարծության աստիճանը երեխայի և ծնողների միջև եղել է բարձր, իսկ էքստրավերտ երեխաների դեպքում ցածր [92, 104, 116]: ԿՌ-ի գնահատման ժամանակ կան նաև տարիքային տարբերություններ: Այս առանձնահատկությունը կոչվում է age specificity: Այս օրինաչափությունը դրսևորվում է ԿՌ-ի բոլոր չափանիշների համար, սակայն այն ունի իր տարիքային առանձնահատկությունները [119,128]:

Այսպես, վաղ տարիքի երեխաների սոցիալական գործունեությունն արտահայտվում է խաղային ակտիվության մակարդակով: Դարոցական տարիքում սոցիալական գործունեությունը հիմնվում է

Է դպրոցում երեխայի ակտիվության վրա և կախված է դպրոցում նրա ադապտացիայից և հաղորդակցվելու ունակության ներքինից:

ԳԼՈՒԽ 2

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Հետազոտությանը կատարվել է ԵՊԲՀ-ի Առողջապահության կառավարման և տնտեսագիտության ամբիոնի բազայի վրա թեմատիկ ֆինանսավորման ծրագրի շրջանակներում (**Հայ տի ծածկագիրը՝ 15T-3D023**): Հետազոտությանը իրականացվել է 2012-2014թթ.-ին: Հետազոտության օբյեկտ են հանդիսացել վաղ տարիքի (0-3 տարեկան) երեխաները: Ընտրանքի ծավալը կազմել է **2762** երեխա: Հետազոտության հիմնական փուլերը և ծավալը ներկայացված են աղյուսակ 1-ում:

Աղյուսակ 1

Հետազոտության կազմակերպման ժամանակ կիրառված հիմնական մեթոդների բովանդակությունը

	Հետազոտության մեթոդը	Հետազոտության ծավալը
1.	«Մինչև 3 տարեկան երեխայի ընտանիքի կենսակերպի սոցիալ-հիգիենիկ համալիր հետազոտման»	N=2762 (վաղ տարիքի երեխաներ) n=1180 (մինչև 1 տարեկան), n=1182 (1-3 տարեկան), n=400 (ստացիոնար բուժում ստացողներ)
2.	Քարտ «Մինչև երեք տարեկան երեխաների առողջական վիճակի ու սուսնասիրման»: «Մանկան զարգացման պատմագիր»-ի տվյալները:	n=2362 (մինչև 3 տարեկան) Արարկիր մանկական, N9 մանկական «Հերացի», «Մուրացան» պրլիկլինիկաներ
3.	ԵՊԲՀ Մուրացան հիվանդանոցային համալիր, մանկաբուժության թ.1 կլինիկա «Հիվանդության պատմագիր»	n=400 (մինչև 3 տարեկան երեխաներ)
4.	Ըստ միջազգային պահանջների QUALIN հարցաթերթի հայերեն տարբերակի փսիխոմետրիկ հատկանիշների գնահատում էՊԲՀ «Հերացի» և «Մուրացան» պրլիկլինիկաներում:	n=150 (մինչև 1 տարեկան) n=162 (1-3 տարեկան)
5.	Կյանքի որակի տարիքաեռային ստանդարտների մշակում ցենտիլային մեթոդով	Յուրաքանչյուր տարիքաեռային խմբի համար 100-ական երեխա:
6.	QUALIN հարցաթերթի օգնությամբ մանկաբուժների կողմից կյանքի որակի	n=2362 (մինչև 3 տարեկան), n=1180 (մինչև 1 տարեկան),

	գնահատում:	n=1182 (1-3 տարեկան)
7.	QUALIN հարցաթերթի օգնությամբ ծնողների կողմից կյանքի որակի գնահատում:	n=2362 (մինչև 3 տարեկան), n=1180 (մինչև 1 տարեկան), n=1182 (1-3 տարեկան)
8.	Վաղ տարիքի երեխաների ֆիզիկական զարգացման գնահատում ըստ պերցենտիլների մեթոդի:	n=1180 (մինչև 1 տարեկան), n=1182 (1-3 տարեկան)
9.	Մարմնի զանգվածի ցուցանիշի հաշվարկ:	n=2362
10.	Ատոպիկ մաշկաբորբի ծանրության աստիճանի գնահատում ըստ SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) գործակցի:	n=84 (մինչև 1 տարեկան) n=68 (1-3 տարեկան)

Հետազոտության առաջին փուլում համագործակցել ենք MAPI ինստիտուտի և QUALIN հարցաթերթի հեղինակների (Manificat S., Dazord A.) հետ: Ստացվել է MAPI ինստիտուտի թույլ տվող ունը ՀՀ-ում հարցաթերթը կիրառելու վերաբերյալ (հավելված 1): Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի ուսումնասիրման համար ընտրվել է QUALIN հարցաթերթը: Հետազոտության երկրորդ փուլում ստեղծվել է հարցաթերթի հայերեն տարբերակը: Հայերեն տարբերակի ստեղծումն ըստ միջազգային պահանջների անցել է անհրաժեշտ փուլեր:

Նշված փուլերի ընթացքում ընտանիքի կենսակերպի ուսումնասիրման համար հետազոտվող երեխաների ծնողները լրացրել են մեր կողմից մշակված բժշկա-սոցիալական հարցաթերթը: Սոցիոլոգիական հարցումը կատարվել է Երևան քաղաքի 2 մանկական պոլիկլինիկաներում հավաքագրված վաղ տարիքի երեխաների, ինչպես նաև ԵՊԲՀ-ի Մուրացան հիվանդանոցային համալիրի մանկաբուժության թիվ 1 կլինիկայում ստացիոնար բուժում ստացած վաղ տարիքի երեխաների շրջանում:

Երեխայի առողջական վիճակի վերաբերյալ տվյալները ստացվել են մանկան զարգացման պատմագրերում առկա տվյալների հավաքագրման, ինչպես նաև ծնողների կողմից լրացված բժշկասոցիալական քարտերի հիման վրա:

Պիլոտային ծրագրի շրջանակներում հիմնավորվել է հարցաթերթի վավերականությունը, հուսալիությունը և զգայունությունը, ինչն առաջադրվել է հարցաթերթի նոր տարբերակի բավարար փսիխոմետրիկ հատկանիշների առկայությունը: Պիլոտային հետազոտությունը կազմակերպվել է Երևան քաղաքի «Հերացի» և «Մուրացան» համալսարանական կլինիկաների առաջնային օղակում հավաքագրված մինչև մեկ տարեկան 50 երեխայի շրջանում: Այդ երեխաների կյանքի որակի վերաբերյալ QUALIN

հարցաթերթը լրացրել են նրանց ծնողները և պոլիկլինիկայի մանկաբույժները:

Հետազոտության երրորդ փուլում ուսումնասիրվել է վաղ տարիքի 2362 երեխայի ԿՌ-ն: Սոցիոլոգիական հարցումը կատարվել է ըստ երեխայի բնակության վայրի: Հետազոտության օբյեկտ են հանդիսացել «Արաբկիր» և N 9 մանկական պոլիկլինիկաներում հավաքագրված վաղ տարիքի երեխաները:

Հետազոտության հաջորդ փուլում ուսումնասիրվել է ԿՌ-ի չափանիշների կիրառման հնարավորությունը որպես վաղ տարիքի երեխաների առողջական վիճակի համալիր գնահատման չափանիշ: Այդ նպատակով բուժումից առաջ և հետո համեմատվել են վաղ տարիքի սոմատիկ պաթոլոգիայով երեխաների ստացիոնար բուժման արդյունավետությունը ըստ ԿՌ-ի չափանիշների:

ԿՌ-ի հետազոտությունների իրականացման ժամանակ հետազոտողների առջև ծառայած ամենաբարդ խնդիրներից մեկը ԿՌ-ի ուսումնասիրման համար անհրաժեշտ գործիքի ստեղծումն էր, որի օգնությամբ միայն հնարավոր էր տալ ԿՌ-ի քանակական և որակական գնահատականը: Առանց թվային նշանակության հնարավոր չէր լինի իրականացնել վիճակագրական վերլուծություն, գնահատել կլինիկական-ֆունկցիոնալ և գործիքային ցուցանիշների միջև կորելացիոն կապի առկայությունը, համեմատել հետազոտության արդյունքները այլ հետազոտողների տվյալների հետ: Ուստի այս հարցի լուծման նպատակով 80-90-ական թվականներին մշակվեց ու առաջարկվեց ԿՌ-ի գնահատման մեթոդաբանությունը, որի հիմքի վրա են բազմաթիվ միջազգային գործիքներ [21,66]:

Այսօր ժամանակակից բժշկության մեջ ԿՌ-ի ուսումնասիրման հիմնական գործիքը ստանդարտացված հարցաթերթերն են, որոնք կազմվել են փսիխոմետրիկ սանդղակի օգնությամբ: Փսիխոմետրիկ սանդղակն իրենից ներկայացնում է հիվանդի հետ բժշկի կարճ զրույց: Այդ սանդղակի յուրաքանչյուր հատկանիշ գնահատվում է հատուկ մշակված նկարագրերի օգնությամբ, որն արտահայտում է դրա որակը և արտահայտվածության աստիճանը: Հատկանիշի գնահատումը կատարվում է մանրակրկիտ մշակված սխեմայի օգնությամբ: Հարցաթերթը, որը նախատեսված է ԿՌ-ի ուսումնասիրման համար, թեսթ է: Այդ թեսթերը ըստ նշանակության լինում են ընդհանուր և հատուկ: Ընդհանուր հարցաթերթերը նախատեսված են ԿՌ-ն գնահատելու առանց հաշվի առնելու պացիենտի մոտ առկա

պաթոլոգիան: Այդ իսկ պատճառով այն կարելի է կիրառել պոպուլյացիոն հետազոտության ներքին համար որպես առողջ ապահանջան ծրագրերի արդյունավետությանը գնահատող չափանիշ:

Հատուկ հարցաթերթը կարելի է կիրառել հիվանդների ԿՌ-ի ուսումնասիրման և բուժման արդյունքների գնահատման ժամանակ: Ըստ ժամանակակից պահանջների, ԿՌ-ի հարցաթերթը պետք է.

1. լինի ինտեգրալ, այսինքն ներառի ԿՌ-ի բոլոր ասպեկտները:
2. ունենալ ավփսիխոմետրիկ հատկանիշներ,
 - ✓ վստահելիության (այն գնահատվում է թեսթ-ռեթեսթ հարցման արդյունքներից ստացված α Կրոմբախի գործակցի օգնությամբ),
 - ✓ զգայունության (պացիենտի վիճակի փոփոխության դեպքում հարցաթերթը հնարավորության ունի է տալ ու հայտնաբերել ԿՌ-ի փոփոխությունները),
 - ✓ հոսալիության (այն լինում է արտաքին և կառուցվածքային),
3. պետք է լինի կարճ և պարզ:

ԿՌ-ի գնահատման միջազգային գործիքը՝ հարցաթերթը, նոր պոպուլյացիայում կիրառելու համար պետք է անցնի լեզվական և ազգային ադապտացիայի փուլեր, որը հնարավորություն կտա գնահատել նրա փսիխոմետրիկ հատկանիշները: Մանկական պոպուլյացիայում կիրառվող հարցաթերթը պետք է լինի հնարավորինս կարճ, հարմար կարդալու ու հիշելու համար և հասանելի: Հարցաթերթը պետք է ունենա տարիքային լայն սահմաններ և համապատասխանի երեխայի տարիքին: Այն պետք է հնարավորություն տա գնահատել նաև տարբեր հիվանդությանների ազդեցությանը ԿՌ-ի չափանիշների վրա:

QUALIN-ը ընդհանուր հարցաթերթ է վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի ուսումնասիրման համար և կարելի է կիրառել ինչպես առողջ, այնպես էլ հիվանդ վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ն գնահատելու համար:

Հետազոտության մեթոդները

Մինչև հետազոտության իրականացումը, ծնողները լրացրել են հետազոտությանը մասնակցելու համաձայնության հարցաթերթ:

QUALIN (Qualite' de vie du Nourisson) հարցաթերթը Եվրոպական շատ երկրներում (Բելգիա, Ֆրանսիա, Իտալիա, Լյուքսեմբուրգ, Իսպանիա, Շվեյցարիա) անցել է փորձաքննության, որի արդյունքում

հիմնավորվել է նրա փսիխոմետրիկ հատկանիշների ինֆորմատիվությունը: Հարցաթերթի հուսալիությունը մեր կողմից նույնպես գնահատվել է Կրոմբախի ալֆա (α) գործակցի օգնությամբ: Այն համեմատվել է հեղինակների կողմից կատարված հետազոտության արդյունքների հետ: Գործակիցը ստացվել է 0,7-ից բարձր, ինչը հաստատում է գործիքի հուսալիությունը:

Հետազոտության ընթացքում համաձայն միջազգային պահանջների, կատարվել է հարցաթերթի թարգմանություն: Վավերականությունը գնահատվել է մի քանի փուլով,

ա առաջին փուլ՝ ուղիղ թարգմանություն: Հարցաթերթը թարգմանվել է հայերեն երկու անկախ թարգմանիչների կողմից, որոնք հայերեն լեզվի կրողներ են: Արդյունքում ստացվել է հարցաթերթի երկու տարբերակ ծնողական և մանկաբուժական: Դրանք համադրվել են միմյանց հետ, համաձայնեցվել թարգմանչի հետ: Քննարկման ընթացքում թարգմանության վերաբերյալ առկա տարածայնությունները հարթեցվել են և արդյունքում ստացվել է համաձայնեցված տարբերակ:

բ. երկրորդ փուլ՝ հետադարձ թարգմանություն: Համաձայնեցված տարբերակը թարգմանվել է ֆրանսերեն լեզու կրող թարգմանչի կողմից: Մտքի տարածայնություններ հարցերի և պատասխանների մեջ չի հայտնաբերվել: Այդ իսկ պատճառով հայկական տարբերակում փոփոխություններ չի կատարվել: Կատարվել է հարցաթերթի հայերեն տարբերակի լեզվական ստանդարտ ռատիֆիկացիա և վավիդացիա:

գ. երրորդ փուլ՝ փորձաքննություն պացիենտների վրա: Տեստ-տարբերակի կիրառումը պիլոտային ծրագրի շրջանակներում հիմնավորվել է, որ լրացված հարցաթերթի բաց թողնված հարցերը փոքր տոկոս են կազմել, ինչը հիմնավորում է հարցաթերթի բարձր վավերականությունը:

QUALIN հարցաթերթի հայերեն տարբերակը նույնպես բաղկացած է 4 բլոկ հարցերի խմբից (34 հարց), որոնք նկարագրում են երեխայի կյանքի գործունեության չորս հիմնական ասպեկտները՝

1. «Վարք և շփում» (14 հարց, BC),
2. «Մենակ մնալու ունակություն» (5 հարց, ASA),
3. «Ընտանեկան միջավայր» (4 հարց, FE),

4. «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (11 հարց, NbDPH),

5. «Ընդհանուր բալ» (34 հարց, TS):

Կյանքի որակի ընդհանուր գնահատականը տրվել է գումարային սանդղակի ընդհանուր բալի միջոցով: Ըստ մեթոդիկայի, հաշվարկը կատարվել է 6 բալային համակարգի օգնությամբ (0-ից 5 բալ): Որքան բարձր է գումարային բալը, այնքան բարձր է կյանքի որակը: Բացի ընդհանուր գումարային բալի հաշվարկից, կատարվել է նաև կյանքի որակի տարբեր ասպեկտների միջին բալի հաշվարկ (հավելված 2,3):

Հաշվարկվել է նաև ԿՌ-ի հնարավոր օգտագործումը որպես երեխաների առողջական վիճակի համալիր գնահատման չափանիշ: Այդ նպատակով համեմատվել են տարբեր առողջական խումբ ունեցող երեխաների կյանքի որակի ցուցանիշները:

Երեխայի կյանքի որակի վրա սոցիալ-հիգիենիկ և բժշկական սաբանական գործոնների ազդեցությունն ուսումնասիրելու համար մեր կողմից մշակվել է հատուկ հարցաթերթ (հավելված 4), որը լրացրել են ծնողները: Հարցաթերթը բաղկացած է 41 հարցից: Որոշ հարցեր ունեն պատասխանի երկու (դիխոտոմ), իսկ որոշները՝ 3-6 (պոլիխոտոմ) տարբերակ: Որոշ հարցեր ընդհանուր են եղել հետազոտության ժամանակ կիրառված բոլոր հարցաթերթերի համար, դրանք դեմոգրաֆիկ բնույթի (սեռը, ընտանիքի կազմը և ամբողջականությունը), ծնողների կրթական և սոցիալական վիճակի, բնակարանային կենցաղային պայմանների, ծնողների վնասակար սովորույթների, ընտանիքի հոգեբանական մթնոլորտի, երեխայի սնուցման վերաբերյալ հարցերն էին:

Երեխայի առողջական վիճակի վերաբերյալ տվյալները ստացվել են հետազոտվող տարածքի պոլիկլինիկաներում առկա «Մանկան զարգացման պատմագրեր»-ից (հավելված 5):

Մորֆոֆունկցիոնալ շեղումների և հիվանդությունների դասակարգումը կատարվել է ըստ ՀՄԴ 10-ի: Ֆիզիկական զարգացման մակարդակը գնահատվել է պերցենտիլների մեթոդով, որը ընդունված է մանկական պոլիկլինիկաներում երեխաների ֆիզիկական զարգացումը գնահատելու համար: Գնահատվել է նաև երեխաների առողջական վիճակը՝ ըստ հետևյալ չափանիշների.

I խումբ - առողջ երեխաներ՝ առանց օրգան-համակարգերի \$ուկցիոնալ փոփոխությունների և \$իզիկական միջին զարգացմամբ,

II խումբ - առողջ երեխաներ՝ \$ուկցիոնալ և որոշ կազմաբանական (մորֆոլոգիական) փոփոխություններով,

III խումբ - հիվանդ երեխաներ՝ հիվանդություն կոմպենսացված փուլում, որոնց աշխատունակությունը և \$ուկցիոնալ հնարավորությունները պահպանված են,

IV խումբ - հիվանդ երեխաներ՝ հիվանդություն սուբկոմպենսացված փուլում, ցածր \$ուկցիոնալ հնարավորություններով,

V խումբ - հիվանդ երեխաներ՝ հիվանդություն դեկոմպենսացված փուլում, սահմանափակ աշխատունակությամբ, և հաշմանդամ երեխաներ: Ընտրովի ամբողջականությունն իր քանակական և որակական հատկանիշներով արտահայտել է վիճակագրական ամբողջությունը բնութագրող հիմնական հատկությունները [2]:

Ըստ պաշտոնական վիճակագրական տվյալների, վաղ տարիքի երեխաների հոսպիտալային հիվանդացության պատճառների կառուցվածքում առաջին տեղում թոքաբորբերն ու թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններն են: Ուստի կյանքի որակի չափանիշների օգնությամբ ստացիոնար բուժօգնության արդյունավետության գնահատման համար մենք վերլուծության ենք ենթարկել ԵՊԲՀ «Մուրացան» հիվանդանոցային համալիրի մանկաբուժության թ.1 կլինիկայում բուժված 400 վաղ տարիքի երեխաների հիվանդության պատմագրերը: QUALIN հարցաթերթը լրացրել են ծնողները և մանկաբույժները ստացիոնար բուժումից առաջ և հետո: Մեր կողմից ուսումնասիրվել է թոքաբորբով հիվանդ երեխայի կյանքի որակը: Հետազոտությունը կատարվել է ստացիոնար բուժման տարբեր փուլերում: Հետազոտության համար օբյեկտ է հանդիսացել Մուրացան համալսարանական համալիրի մանկաբուժության թիվ 1 կլինիկան: Կյանքի որակը գնահատելու համար կիրառվել է միջազգային QUALIN հարցաթերթը: Այդ հարցաթերթը հնարավորություն է տալիս գնահատել տարբեր նոզոլոգիաների ազդեցությունը երեխաների կյանքի որակի չափանիշների վրա:

Վաղ տարիքի երեխաների \$իզիկական զարգացման մակարդակը գնահատելու համար մեր կողմից կիրառվել է ոչ չափանիշիկ

ցենտիլների մեթոդը՝ հաշվարկելով 3, 10, 25, 50, 75, 85, 90, 95 և 97 ցենտիլները: Մարմնի զանգվածի ցուցանիշը (ՄՉՑ) հաշվարկվել է հետևյալ բանաձևով՝ **ՄՉՑ=մարմնի զանգված/ մարմնի հասակ²**:

Ըստ **ՄՉՑ-ի գնահատվել է Ֆիզիկական զարգացման ներդաշնակություն մակարդակը (աղ. 2):**

Աղյուսակ 2

Ըստ մարմնի զանգվածի ինդեքսի գնահատվել է Ֆիզիկական զարգացման ներդաշնակություն շեղումները ըստ ցենտիլների

	Ֆիզիկական զարգացման ներդաշնակություն շեղում	Ցենտիլներ
1.	Քաշի ավելցուկ	90-95
2.	Ճարպակալույթ	95 և բարձր
3.	Անբավարար սնուցում	3 և ցածր
4.	Սնուցման խանգարում	3-10

Ֆիզիկական զարգացման մակարդակը գնահատվել է ցենտիլային աղյուսակների օգնությամբ: Այսպես, մինչև 3 տարեկան երեխաների համար Ֆիզիկական զարգացման մակարդակի գնահատման համար որպես ցուցանիշ կիրառվել է **քաշի և հասակի ցենտիլային աղյուսակները** (աղ. 3):

Աղյուսակ 3

Վաղ տարիքի երեխաների Ֆիզիկական զարգացման մակարդակի գնահատումը ստաշի և հասակի ցենտիլների

	Ֆիզիկական զարգացման մակարդակը ըստ քաշի և հասակի	Ցենտիլներ
1.	Շատ ցածր մակարդակ	3 և ցածր
2.	Ցածր մակարդակ	3-10
3.	Միջինից ցածր մակարդակ	10-25
4.	Միջին մակարդակ	25-75
5.	Միջինից բարձր մակարդակ	75-90
6.	Բարձր մակարդակ	90-97
7.	Շատ բարձր մակարդակ	97 և բարձր

Ֆիզիկական զարգացման ներդաշնակությունը գնահատելու համար հաշվարկվել է հասակի և քաշի ցենտիլային միջանցքի տարբերությունը: Այդ տարբերության հիման վրա գնահատվել է Ֆիզիկական զարգացման ներդաշնակությունը: Այսպես, եթե հասակի և քաշի ցենտիլային միջանցքի տարբերությունն ստացվում է 0 կամ 1, ապա Ֆիզիկական զարգացումը գնահատվում է ներդաշնակ, եթե 2, ապա Ֆիզիկական զարգացումը աններդաշնակ է, իսկ ցուցանիշի 3 և ավելի արժեքի դեպքում՝ խիստ աններդաշնակ: Այս ցուցանիշը սակայն չի

կիրառվում ճարպակալման և մարմնի զանգվածի դեֆիցիտի ախտորոշման համար: ճարպակալման համար չափանիշ է հանդիսանում ՄՅՑ-ը: Եթե ցուցանիշը 95 և ավելի պերցենտիլ է, ապա առկա է ճարպակալում, եթե 85-95 պերցենտիլի սահմաններում է՝ մարմնի զանգվածի ավելցուկ, 3 պերցենտիլից ցածր՝ անբավարար սնուցում, 3-10 պերցենտիլ՝ սնուցման իջեցում:

Ատոպիկ մաշկաբորբի ծանրության աստիճանը գնահատելու համար կիրառել ենք SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) գործակիցը:

$$SCORAD = \frac{A}{5} + \frac{7B}{2} + c \quad \text{որտեղ,}$$

A-ն՝ մաշկի ախտահարման գումարային բալն է

B-ն՝ ատոպիկ մաշկաբորբի սիմպտոմների դրսևորման ինտենսիվության բալն է

C-ն՝ սուբյեկտիվ սիմպտոմների (քոր, քնի խանգարում) բալն է:

Ընտրովի հետազոտության ծավալի հաշվարկը կատարվել է հետևյալ բանաձևի օգնությամբ,

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^2 pq}{N\Delta^2 + Z_{\alpha}^2 pq} = 382 \quad \text{որտեղ,}$$

n – ընտրանքի ծավալն է (382)

N - պոպուլյացիայի ծավալն է (Երևան քաղաքի վաղ տարիքի երեխաների թիվը 55 757),

Z α – հավաստիության գործակիցն է առաջին տիպի սխալի 0,05 հավանականության համար և հավասար է 1,96

Δ - գնահատման ճշգրտության մեծությունն է (ընդունված է հավասար 0,05)

p – երևույթի հանդիպման հավանականությունն է (ընդունված է հավասար 0.5, որի դեպքում ստանում է առավելագույն արժեքը,

q - երևույթի բացակայության հավանականությունն է (հավասար է 1-p)

Երկու նորմալ բաշխման միջավայրերից ստացված միջին թվաբանականների տարբերության հավաստիությունը գնահատվել է Սոյնոդենտի գործակցի (t=2; 95,5% հավաստիություն) օգնությամբ:

Վիճակագրական մշակումը կատարվել է Excel վիճակագրական փաթեթի օգնությամբ: Տվյալների վերլուծությունն իր մեջ ներառել է նկարագրական և վերլուծական վիճակագրության ստանդարտ մեթոդներ: Տվյալների վերլուծության համար կիրառվել են ստանդարտ նկարագրական և վերլուծական վիճակագրական մեթոդներ՝ մեկ գործոնային դիսպերսիոն վերլուծություն, միջին թվաբանական (M), ստանդարտ շեղում (σ), միջին թվաբանականի միջին սխալը (m), 95% վստահելիության սահմաններում նվազագույն և

առավել ազույն նշանակությունների հաշվարկ, հարաբերական ցուցանիշներ, Ստյուդենտի ցուցանիշ (t), Պիրսոնի և Սպիրմենի կորելացիայի մեթոդները:

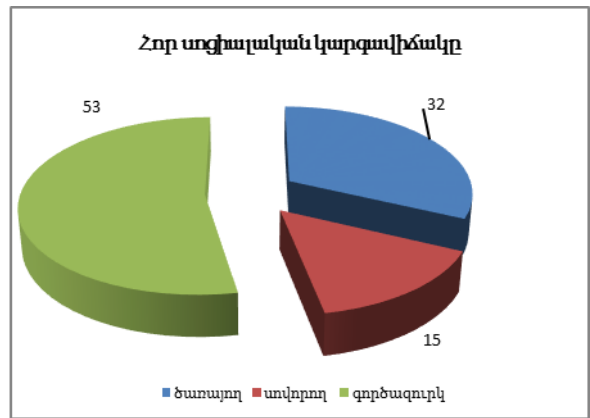
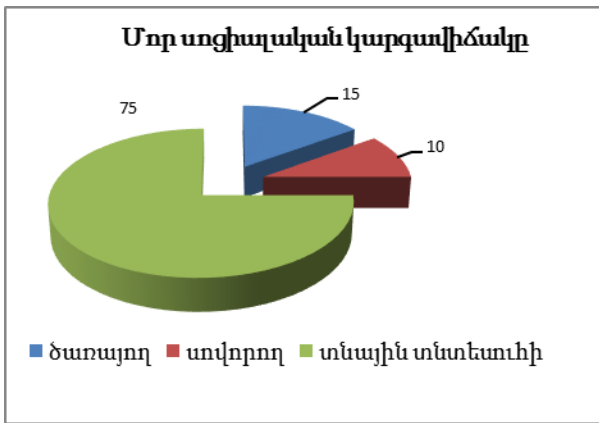
Անկախ ընտրանքների դեպքում միջին թվաբանականների համեմատության համար կիրառվել է t թեստը, իսկ կախյալների՝ միագործոնային ֆակտորային վերլուծություն: Դիսպերսիոն վերլուծության բազմակի նշանակությունը հիմնավորելու համար կիրառվել է Դունկանի բազմակի համեմատության թեստը: ԿՈ-ի չափանիշների և բժշկա-սոցիալական գործոնների միջև կապի հայտնաբերման համար կիրառվել է կորելացիոն վերլուծության մեթոդը: Չետագոտության արդյունքները ավելի ցայտուն դարձնելու համար օգտագործվել է տարբեր տիպի դիագրամներ: Կիրառվել է ինչպես պարամետրիկ (M±m), այնպես էլ ոչ պարամետրիկ վիճակագրական մեթոդներ (Q25-Q75 ցենտիլներ): ԿՈ-ի չափանիշների կանխատեսական գնահատման և ռիսկի խմբի ձևավորման համար կիրառվել է Վալդի վերլուծական մեթոդը: Այդ մեթոդը հնարավորություն է տալիս հաշվել տարբեր սոցիալ-հիգիենիկ, բժշկական և հոգեբանական գործոնների ախտորոշիչ գործակիցները: Եթե այդ գործակիցը 13 բալլ և ավելի է, ապա 95% հավանականությամբ հաստատվում է, որ երեխան կունենա ցածր կյանքի որակի չափանիշներ:

Այսպիսով, հետագոտության համար մեր կողմից կիրառված մեթոդները կարելի է համարել համալիր, որը հնարավորություն է տալիս հանգել գիտագործնական եզրահանգումների:

ԳԼՈՒԽ 3. ՍԵՓԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒ ԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

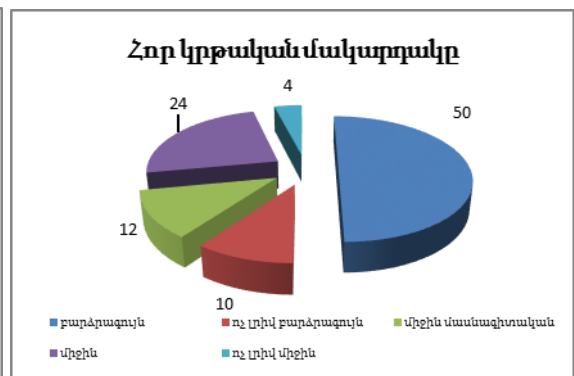
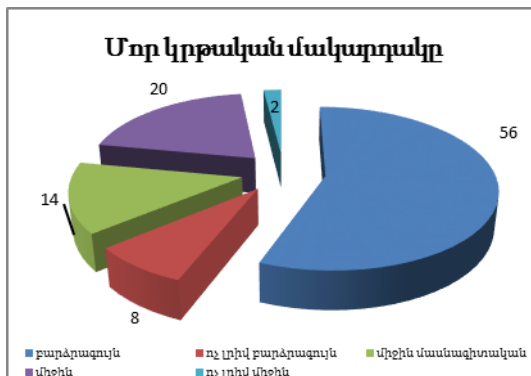
3.1 Վաղ տարիքի երեխաների կենսակերպի բժշկա-սոցիալական բնութագիրը

Ուսումնասիրվող ընտրանքում տղաները կազմել են 48,1%, իսկ աղջիկները՝ 51,9%: Երեխաների մեծ մասը (82,5%) ծնվել է մոր առաջին հղիությունից, 15,8%-ը՝ երկրորդ, իսկ 1,7%-ը՝ երրորդ հղիությունից: Երեխաների 24,3%-ը ծնվել են բարդացած հղիությունից: Ընտանիքի դեմոգրաֆիկ նկարագրի վերլուծությունից պարզվել է, որ մոր և հոր սոցիալական կարգավիճակն ունեցել է գծապատկեր 1-ի պատկերը:



Գծապատկեր 1. Վաղ տարիքի երեխաների ծնողների սոցիալական կարգավիճակի կառուցվածքը (%)

Ծնողների կրթական կարգավիճակի գնահատման արդյունքում պարզվել է, որ 64% դեպքերում մայրը և հայրը ունեցել են բարձրագույն կրթություն (գծ.2): Ընտանիքների մեծ մասն (74,8%) ունեն լավ կենցաղային պայմաններ և ապրում են առանձին բնակարանում, իսկ 8,5%-ը՝ սեփական տներում:

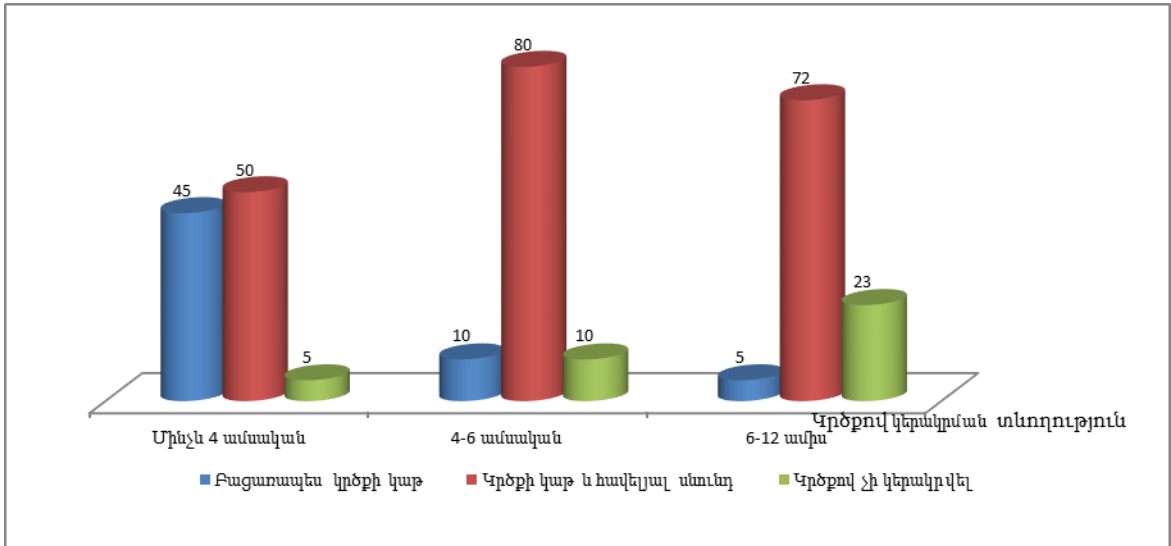


Գծապատկեր 2. Վաղ տարիքի երեխաների ծնողների կրթական մակարդակի կառուցվածքը

Հետազոտության արդյունքներից պարզվել է, որ ընտանիքների 64,0%-ը ունի մեկ երեխա, 24%-ը՝ երկու և ընդամենը 12%-ը՝ երեք երեխա: Փոքր ընտանիքները (մինչև 4 անդամ) կազմել են 35,0%, միջինը՝ (4-5 անդամ) 55,6%, իսկ մեծ ընտանիքները՝ (6 և ավելի մարդ) ընդամենը 9,4%: Ուսումնասիրվող ընտանիքների 96,0%-ը ըստ տիպի, եղել է «լրիվ ընտանիք», իսկ 4,0% դեպքում՝ «ոչ լրիվ»:

Ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների, պարզվել է, որ 89,9% դեպքերում մայրերը և 95,5% հայրերը իրենց առողջական վիճակը գնահատել են բավարար, ընդամենը 10,1% դեպքերում մայրերը և 4,5% հայրերը նշել են որևէ քրոնիկ հիվանդության առկայություն: Ըստ տարիքային խմբերի 0-4 ամսական երեխաների 95%-ը կերակրվել է կրծքով, որոնցից բացառապես կրծքով կերակրվել է 45%-ը, իսկ 50%-

ին կրծքի կաթի հետ մեկտեղ տրվել են նաև այլ կաթնատեսակներ: Պարզվել է, որ 5%-ը ընդհանրապես չի կերակրվել մայրական կաթով: Պատկերը կտրուկ փոխվում է 4-6 ամսական տարիքային խմբում: Թեև երեխաների մեծ մասը շարունակում է կրծքով կերակրվել, նրանց որոշ մասը կրծքի կաթի հետ մեկտեղ ստանում է հավելյալ սնունդ, իսկ բացառապես կրծքով կերակրվող երեխաների տեսակարար կշիռը մոտ 4,5 անգամ նվազում է՝ 45%-ից իջնելով 10%-ի (գծ. 3):



Գծապատկեր 3. Մինչև մեկ տարեկան երեխաների սնունդման առանձնահատկությունները

Անհանգստացնող է կրծքով կերակրման մեղիան (Me): Բացառապես կրծքով կերակրման պարագայում այն կազմել է 1,5 ամիս, իսկ ընդհանրապես կրծքով կերակրման դեպքում՝ 6,7 ամիս: Մեր հետազոտության տվյալներով պարզվել է, որ կրծքով կերակրման տևողությունը հակադարձ համեմատական կապի մեջ է մոր կրթական մակարդակից: Այսպես, բարձրագույն կրթությամբ կանայք միջինում կրծքով կերակրում են 5 ամիս, իսկ միջնակարգ և տարրական կրթությամբ կանայք՝ 7 ամիս:

Ըստ հետազոտության տվյալների, կրծքով կերակրվող երեխաների մոտ հավաստի հիվանդացության մակարդակը եղել է ցածր, համեմատած ընդհանրապես կրծքով չկերակրվածների խմբի հիվանդացության մակարդակի հետ (աղ. 4):

Աղյուսակ 4

Վաղ տարիքի երեխաների հիվանդացության մակարդակի կախվածությունը սնունդման տեսակից (100, P±m)

	Հիվանդություն	Կրծքով կերակրվել է	Կրծքով չի կերակրվել
1.	Դեֆիցիտային անեմիա	21,2±0,05*	39,2±0,05

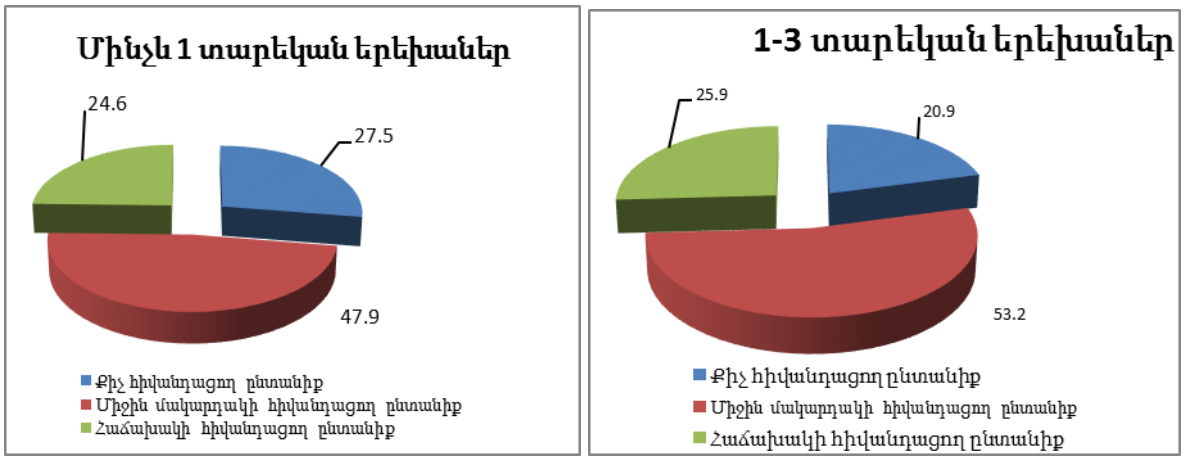
2.	Ռախփտ	3,6±0,07*	4,5±0,07
3.	Ատոպիկ դերմատիտ	21,4±0,05*	37,9±0,05
4.	Յիպոտրոֆիա	7,1±0,04*	10,6±0,06
5.	ԿՆՅ-ի պերիևատալ ախտահարում	7,1±0,07*	10,6±0,06
6.	Սուր աղիքային ինֆեկցիաներ	17,1±0,05*	29,2±0,05
7.	Մարսոզական համակարգի հիվանդություններ	27,3±0,05*	14,3±0,06
8.	Սուր ռեսպիրատոր ինֆեկցիաներ	54,5±0,05*	35,7±0,05

*P<0,0001

Ընտանիքների 75,5%-ը նշել են, որ ծնողներից մեկը կամ երկուսն էլ ունեն վնասակար սովորույթներ, որոնցից 44,7%-ը նշել է ծխելը, իսկ 30,8%-ը ալկոհոլի օգտագործումը: Այն հարցին, թե ինչպե՞ս էք գնահատում ընտանիքում փոխհարաբերությունները, 90,8%-ը նշել է լավ, իսկ 9,2% դեպքերում՝ անբավարար (ոչ համերաշխ հարաբերություններ, հաճախակի վեճեր): 82,9% դեպքերում երեխայի դաստիարակությամբ զբաղվել են երկու ծնողներն էլ, սակայն 17,1% դեպքերում հայրը չի մասնակցել երեխայի դաստիարակությանը:

Ընտանիքի և երեխայի առողջական վիճակի ու ծնողների բժշկական ակտիվության նկարագիրը բնութագրելիս կարևորվում է ընտանիքի առողջական վիճակի մակարդակի գնահատումը: Այս ցուցանիշի վերլուծության համար մենք ընտանիքները բաժանել ենք երեք խմբի, որը կախված է եղել ընտանիքում հիվանդությունների հաճախականությունից:

1. քիչ հիվանդացող ընտանիք (ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամ տարեկան միջին հաշվով հիվանդանում է 1 անգամ և ընտանիքում չկա քրոնիկ հիվանդ)
2. միջին մակարդակի հիվանդացող ընտանիք (ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամ տարեկան հիվանդանում է միջինը 3 անգամ և ընտանիքում չկա քրոնիկ հիվանդ)
3. հաճախ հիվանդացող ընտանիք (ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամ տարեկան միջին հաշվով հիվանդանում է 3-ից ավել անգամ և ընտանիքում կա քրոնիկ հիվանդ) [3,5]: Պարզվել է, որ համեմատվող երկու տարիքային խմբերում (0-1 և 1-3 տարեկաններ) էլ գերակշռել է միջին մակարդակի հիվանդացող ընտանիքները: Սակայն 1-3 տարիքային խմբում ավելացել է հաճախ հիվանդացող ընտանիքների տեսակարար կշիռը և պակասել քիչ հիվանդացող ընտանիքների տեսակարար կշիռը (գծ. 4):



Գծապատկեր 4. Վաղ տարիքի երեխաների բաշխումը ըստ ընտանիքի առողջական վիճակի

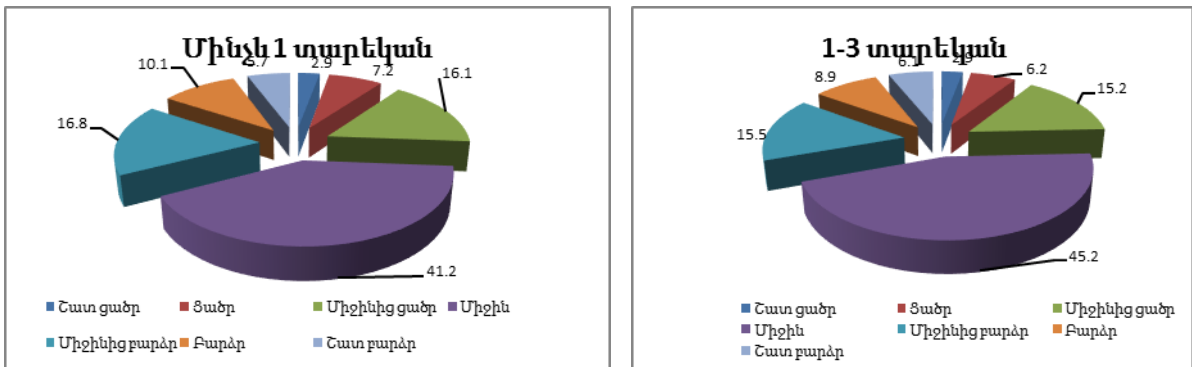
Չայտնի է, որ ընտանիքի բժշկական ակտիվությունն ազդում է հիվանդության կանխարգելման և բուժման արդյունավետության վրա [1,5]: Ըստ մեր հետազոտության տվյալների, եթե ընտանիքում կա քրոնիկ հիվանդ, ապա հիվանդների ընդամենը 28,9%-ն է, որ դիմում է բժշկի, խիստ անհրաժեշտության դեպքում դիմում են նրանց 35,3%-ը, իսկ 35,8% դեպքերում ընդհանրապես չեն դիմում բժշկի: Անհրաժեշտ է նշել, որ հետազոտված խմբերում կանխարգելիչ նպատակով արվելիս լինիկա դիմելի իրության ցուցանիշը բավական ցածր էր (25,7%): Չայտնի է, որ բժշկական ակտիվության արդյունավետությունը գնահատող կարևոր ցուցանիշ է հանդիսանում բժշկի նշանակումների և խորհուրդների կատարման որակը: Ըստ հետազոտության տվյալների ընտանիքների 53,7%-ը չի հետևում բժշկի խորհուրդներին, իսկ 41,3%-ը հետևում է խորհուրդներին այն ժամանակ, երբ գտնում է, որ այն անհրաժեշտ է:

Ֆիզիկական զարգացումը որպես վաղ տարիքի երեխաների առողջական վիճակը բնութագրող ցուցանիշ

Երեխաների առողջական վիճակի կարևոր բնութագրիչներից է ֆիզիկական զարգացումը: Ֆիզիկական զարգացման ուսումնասիրությունը խիստ կարևորվում է, քանի որ այն հանդիսանում է երեխաների առողջական վիճակի գնահատման օբյեկ-

տիվ ցուցանիշներից մեկը, ինչպես նաև կարևոր սոցիալ-հիգիենիկ ցուցանիշ հատկապես առողջական վիճակի դինամիկ հսկողության ժամանակ: Ներկա պայմաններում հիմնավորված է, որ երեխաների առողջական վիճակի գնահատման համար անհրաժեշտ է ուսումնասիրել հիվանդության առկայությունը կամ բացակայությունը, այլ նաև զարգացման ներդաշնակությունը և տարիքային \$ուսկցիոնալ ցուցանիշների մակարդակը [3]: Ֆիզիկական զարգացման մակարդակը գնահատվել է ցենտիլների աղյուսակի օգնությամբ: Մարմնի քաշի և հասակի հարաբերությունը բնութագրելու համար (\$ֆիզիկական զարգացման ներդաշնակություն) մեր կողմից կիրառվել է մարմնի քաշի ինդեքսը:

Հետազոտության արդյունքներից պարզվել է, որ մինչև մեկ տարեկան երեխաների 41,2%-ը և 1-3 տարեկանների 45,2%-ն են ունեցել ֆիզիկական զարգացման միջին մակարդակ (գծ.5):



Գծապատկեր 5. Վաղ տարիքի երեխաների ֆիզիկական զարգացման մակարդակի համեմատական բնութագիրը

Ֆիզիկական զարգացման համեմատական բնութագիրն ըստ սեռի հայտնաբերել է, որ երկու տարիքային խմբերում էլ 35,8% աղջիկները ունեցել են ֆիզիկական զարգացման միջին մակարդակ: Այս փաստը, ըստ մեզ, պայմանավորված է նրանով, որ աղջիկների մոտ ավելի հաճախ է հանդիպում զարգացման ինչպես ցածր, այնպես էլ բարձր մակարդակները (աղ. 5)

Աղյուսակ 5

Վաղ տարիքի երեխաների ֆիզիկական զարգացման մակարդակի առանձնահատկությունները ըստ հասակի ցենտիլային գնահատման սանդղակի

Ֆիզիկական զարգացման մակարդակ	Ընդամենը (n=2362)		Տղաներ (n=1137)		Աղջիկներ (n=1225)		Տարբերության հավաստիություն	
	բ.թ.	%	բ.թ.	%	բ.թ.	%	X ²	p
Շատ ցածր	68	2,9	28	2,5	40	3,2	0,35	>0,5
Ցածր	165	7,0	51	4,5	114	9,2	10,2	<0,01
Միջինից ցածր	380	16,1	162	14,3	218	17,6	1,24	>0,5
Միջին	968	41	541	47,6	427	35,8	24,2	<0,01
Միջինից բարձր	396	16,8	185	16,0	211	17,5	0,08	>0,5
Բարձր	248	10,5	48	4,2	200	6,7	3,19	>0,4
Շատ բարձր	134	5,7	120	10,6	14	9,6	0,25	>0,5
Ընդամենը	2362	100	1137	100	1225	100	0	0

Քաջի ցենտիլային բաշխման համեմատական բնութագիրը աղջիկների մոտ հավաստի տարբերություն գրանցել է բարձր և ցածր մարմնի զանգվածի դեպքում (աղ.6):

Աղյուսակ 6

Վաղ տարիքի երեխաների ֆիզիկական զարգացման մակարդակի առանձնահատկությունները ըստ քաջի ցենտիլային գնահատման սանդղակի

Ցենտիլային գնահատում	Ընդամենը (n=2362)		Տղաներ (n=1137)		Աղջիկներ (n=1225)		Տարբերության հավաստիություն	
	բ.թ.	%	բ.թ.	%	բ.թ.	%	X ²	p
Շատ ցածր	57	2,4	19	1,7	38	3,1	2,036	>0,5
Ցածր	122	5,2	58	5,1	64	5,2	10,03	<0,5
Միջինից ցածր	456	19,3	231	20,5	225	18,4	0,49	>0,5
Միջին	985	41,7	490	42,9	495	40,4	0,6	>0,5
Միջինից բարձր	406	17,2	217	19,02	189	15,4	2,3	>0,5
Բարձր	178	7,5	47	4,06	131	10,7	14,3	<0,01
Շատ բարձր	158	6,7	75	6,6	83	6,8	0,08	>0,5
Ընդամենը	2362	100	1137	100	1225	100	–	–

Ֆիզիկական զարգացման մակարդակի գնահատումն ըստ մարմնի զանգվածի ինդեքսի, պարզվել է, որ միջին մակարդակի ֆիզիկական զարգացման ցուցանիշը տղաների մոտ եղել է ավելի բարձր համեմատած աղջիկների հետ (համապատասխանաբար 43,4% և 39,6%): Սակայն ըստ մարմնի զանգվածի ինդեքսի շատ բարձր ֆիզիկական զարգացման մակարդակ ունեցողները աղջիկների մոտ եղել են ավելի, համեմատած տղաների հետ (համապատասխանաբար 13,0% և 7,0%) (աղ. 7):

Աղյուսակ 7

Ֆիզիկական զարգացման մակարդակի գնահատումը ըստ մարմնի զանգվածի ինդեքսի (Մ2Ի)

Ֆիզիկական զարգացման մակարդակ	Ընդամենը (n=2362)		Տղաներ (n=1137)		Աղջիկներ (n=1225)		Տարբերության հավաստիության	
	բ.թ.	%	բ.թ.	%	բ.թ.	%	X ²	p
Շատ ցածր	68	2,9	31	2,7	37	3,0	0,45	>0,5
Ցածր	163	6,9	49	4,3	114	9,3	3,0	>0,2
Միջինից ցածր	383	16,2	180	15,8	203	16,6	20,6	<0,01
Միջին	978	41,4	493	43,4	485	39,6	21,0	<0,01
Միջինից բարձր	397	16,8	207	18,2	190	15,5	1,4	>0,5
Բարձր	135	5,7	98	8,6	37	3,0	3,5	>0,3
Շատ բարձր	238	10,1	79	7,0	159	13,0	11,5	<0,01
Ընդամենը	2362	100	1137	100	1225	100	-	-

Ներդաշնակ ֆիզիկական զարգացման մակարդակը ըստ քաշի ինդեքսի ներկայացված է աղյուսակ 8-ում:

Աղյուսակ 8

Ֆիզիկական զարգացման ներդաշնակության գնահատումը ըստ քաշի ինդեքսի

Ֆիզիկական զարգացման մակարդակ	Ընդամենը (n=2362)		Տղաներ (n=1137)		Աղջիկներ (n=1225)		Տարբերության հավաստիության	
	բ.թ.	%	բ.թ.	%	բ.թ.	%	X ²	p
Նորմալ մարմնի զանգված	1857	78,6	930	81,8	927	75,9	4,94	>0,1
Քաշի ավելցուկ	229	9,7	93	8,2	136	11,2	2,17	>0,5
Ճարպակալում	78	3,3	34	3,0	44	3,5	0,11	>0,5
Քաշի պակաս	198	8,4	80	7,0	118	9,4	1,96	>0,5
Ընդամենը	2362	100	1137	100	1225	100	-	-

Ինչպես պարզվել է հետազոտության տվյալներից, երեխաների 78,6%-ը ունեցել են նորմալ քաշ: Սնուցման անբավարարողուն գրանցվել է 8,2%-ի մոտ, իսկ քաշի ավելցուկ՝ 9,7%-ի մոտ: Ճարպակալում, որը հիմնականում բնութագրվում է առավել ասես քաշի ավելցուկի շնորհիվ (95 և ավելի ցենտիմետր) հայտնաբերվել է 3,3%-ի մոտ: Աղջիկների մոտ նորմալ սնուցման մակարդակը եղել է ցածր, համեմատած տղաների հետ: 1-3 տարիքային խմբում քաշի ավելցուկ ունեցող երեխաների տեսակարար կշիռը եղել է ավելի բարձր, համեմատած մինչև մեկ տարեկան տարիքային խմբի հետ (աղ.9):

Երեխաների մեծ մասի մոտ (83,2%), ըստ մանկան զարգացման քարտում առկա նյարդաբանի եզրակացության, նյարդահոգեկան զարգացումը համապատասխանում է տարիքային նորմերին, սակայն 16,8% երեխաների մոտ նյարդահոգեկան զարգացումը հետ է մնում տարիքային նորմից, ընդ որում ցուցանիշը տարիքի հետևազում է

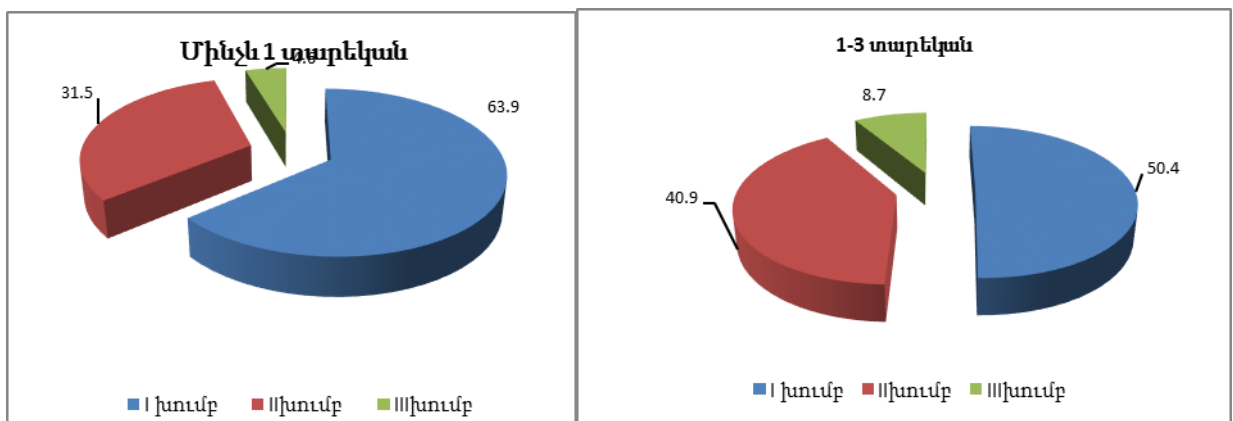
(մինչև 1 տարեկանների շրջանում ցուցանիշը կազմել է 22,5%, իսկ 1-3 տարիքային խմբում՝ 9,8%):

Աղյուսակ 9

Ֆիզիկական զարգացման ներդաշնակության գնահատումն ըստ քաշի ավելցուկի գործակցի

Ֆիզիկական զարգացման մակարդակ	Ընդամենը (n=2362)		Մինչև 1 տարեկան (n=1180)		1-3 տարեկան (n=1182)		Տարբերության հավաստիություն	
	բ.թ.	%	բ.թ.	%	բ.թ.	%	X ²	p
Նորմալ սնուցում	1857	78,6	937	79,4	920	75,9	1,31	>0,5
Քաշի ավելցուկ	229	9,7	99	8,4	130	13,6	5,2	>0,2
Ճարպակալում	78	3,3	39	3,3	39	3,1	0,01	>0,5
Սնուցման անբավարարունք	198	8,2	105	8,9	93	7,4	0,21	>0,5
Ընդամենը	2362	100	1180	100	1182	100	0	0

Ըստ ինտելեկտի գնահատման Ապգարի սանդղակի 67,5% դեպքերում երեխաների ինտելեկտի գործակիցը գնահատվել է 8-10 բալ, 28,8% դեպքերում՝ 7-8 և ընդամենը 3,7%-ի մոտ 4-6 բալ: Մինչև 1 տարեկան երեխաների 63,9%-ն ունեցել է առողջական խումբ (գծ.6), իսկ 31,5%-ը՝ երկրորդ և ընդամենը 4,6%-ը՝ երրորդ: Անհրաժեշտ է նշել, որ 1-3 տարիքային խմբում 50,4% երեխաներն են ունեցել առողջական վիճակի առաջին խումբ, իսկ 40,9%-ը՝ երկրորդ: Ընդ որում առողջական երրորդ խումբ ունեցողների տեսկարար կշիռը աճել է 1,9 անգամ:



Գծապատկեր 6. Վաղ տարիքի երեխաների բաշխումը ըստ առողջական խմբերի

Մեր կողմից վերլուծվել է նաև վաղ տարիքի երեխաների շրջանում հայտնաբերված հիվանդություններն ըստ հիվանդությունների հիմնական դասերի: Համեմատվել է պաշտոնական վիճակագրական տվյալները մեր հետազոտության

արդյունքների հետ, պարզվել է որը ընդհանուր օրինաչափությունները պահպանվել են (աղ. 10):

Աղյուսակ 10

Վաղ տարիքի երեխաների հիվանդացությունը երևանի մարզում՝
ըստ առանձին հիվանդությունների (պաշտոնական
վիճակագրություն)

ՀՀ	Հիվանդությունների անվանումը	1000 երեխայի հաշվով		
		2012թ.	2013թ.	2014թ.
Ա	Ընդամենը հիվանդություններ, որից՝	1095,4	1104,2	1079,0
1	Վարակիչ և մակարոն ծական հիվանդություններ	46,5	48,5	54,9
2	Աղիքային ինֆեկցիաներ	26,7	26,1	33,4
3	Արյան և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ	10,9	32,8	32,5
4	Սակավարյունություններ	39,9	31,3	31,8
5	Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակման խանգարում	12,9	15,1	8,3
6	Հիպոտրոֆիա II, III	1,3	1,6	2,0
7	Ռախիտ II, III	0,8	0,8	1,45
8	Ֆենիլ կետոնամիզություն	3,6	0,08	0
9	Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	123,9	63,2	70,7
10	Մանկական ուղեղային կաթված	8,4	2,19	2,6
11	Աչքի և նրահավելյալ ապարատի հիվանդություններ	67,5	66,2	60,8
12	Ականջի և պտկածեղունի հիվանդություններ	52,9	77,1	50,7
13	Ծնչառական օրգանների հիվանդություններ	523,2	563,8	523,5
14	Ծնչառական օրգանների սուր վարակիչ հիվանդություններ, գրիպ	455,2	363,2	366,7
15	Թոքաբորբեր	12,2	7,9	5,3
16	Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	54,0	48,3	48,0
17	Միզատեսական օրգանների հիվանդություններ	30,6	27,5	34,9
18	Պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակներ	87,2	66,6	74,1
19	Բնածին արատներ	22,1	23,5	26,4
20	Վնասվածքներ և թունավորումներ	6,2	5,9	5,9
21	Այլ հիվանդություններ	47,4	66,1	76,4

Այսպես, մինչև 1 տարեկան երեխաների հիվանդացու թյան կառուցվածքում շնչառական օրգանների հիվանդություններին բաժին է ընկնում 25,5%-ը, մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններին՝ 10,5%, պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակներին՝ 6,9%, աչքի և նրահավելյալ ապարատի հիվանդություններին 6,8%, իսկ նյարդային համակարգի հիվանդություններին՝ 5,6% (աղ.11):

Աղյուսակ 11

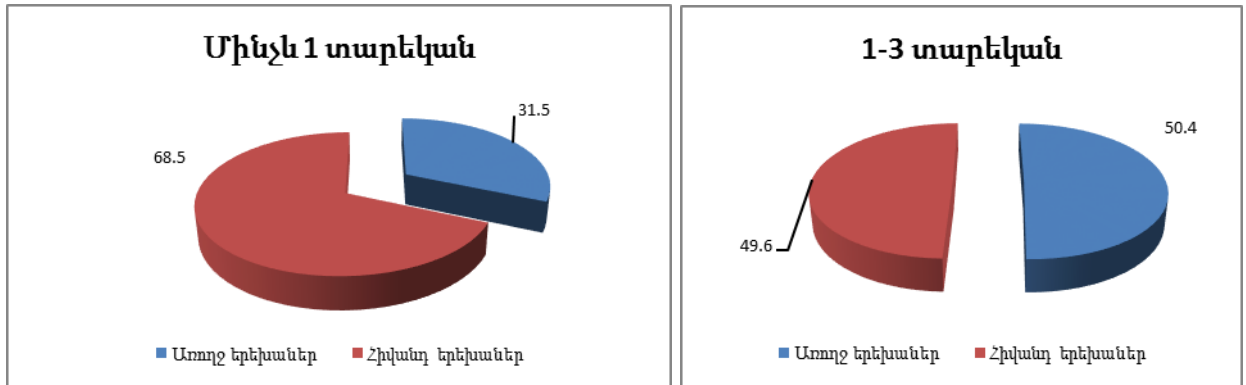
Վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել տարածված հիվանդությունների դասերի կառուցվածքը (%)

Հիվանդության դաս	Մինչև 1 տարեկան (%)	1-3 տարեկան (%)
I դաս Վարակիչ և մակաբույծական որոշ հիվանդություններ	5,1 (n=41)	3,5(n=21)
III դաս Արյան և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ	3,1(n=25)	3,2(n=19)
IV դաս Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	0,8(n=6)	0,5(n=3)
V դաս Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	5,6(n=45)	4,9(n=29)
VII դաս Աչքի և նրահավելյալ ապարատի հիվանդություններ	6,8(n=55)	5,8(n=34)
VIII դաս Ականջի և պոկած և ելուսի հիվանդություններ	5,5(n=44)	5,1(n=30)
IX դաս Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	1,7(n=13)	1,0(n=6)
X դաս Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	25,5(n=206)	30,5(n=179)
XI դաս Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	4,5(n=36)	7,8(n=46)
XII դաս Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	10,5(n=84)	11,6(n=68)
XIII դաս Ոսկրամկանային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	5,1(n=41)	4,5(n=26)
XIV դաս Միզատեսական համակարգի հիվանդություններ	3,2(n=25)	2,8(n=14)
XV դաս Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան	3,8(n=30)	0,2(n=1)
XVI դաս Պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակներ	6,9(n=55)	1,2(n=7)
Այլ հիվանդություններ	11,9 (n=96)	17,4(n=102)

Անհրաժեշտ է արձանագրել, որ 1-3 տարիքային խմբում շնչառական օրգանների հիվանդությունների տեսակարար կշիռը աճում է և կազմում 30,5%, մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի

հիվանդությունները՝ 11,6%: Այս տարիքային խմբում մարսողական օրգանների հիվանդությունների տեսակարար կշիռը աճում է 1,7 անգամ և կազմում՝ 7,8%:

Ինչպես երևում է գծապատկեր 7-ից առողջ երեխաների տեսակարար կշիռը 1-3 տարիքային խմբում աճել է 18,9%-ով և կազմել է 50,4%, իսկ հիվանդների տեսակարար կշիռը այդ տարիքային խմբում՝ համեմատած մինչև 1 տարեկանների հետևվազել է 18,9%-ով և կազմել է 49,6%:



Գծապատկեր 7. Վաղ տարիքի երեխաների բաշխումը ըստ առողջական վիճակի

3.2 Վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակի չափանիշների բնութագիրը և դրանց վրահիմնական բժշկացուցիչական գործոնների ազդեցությունն առանձնահատկությունները

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշների վրա բժշկական սաքանական և սոցիալ-հիգիենիկ գործոնների ազդեցությունն առանձնահատկությունները

Մինչև 1 տարեկան երեխաների կյանքի որակը QUALIN հարցաթերթի լրացման միջոցով գնահատել են ինչպես ծնողները, այնպես էլ մանկաբույժները (աղ. 12):

Ինչպես երևում է աղյուսակ 12-ից, ԿՌ-ի ընդհանուր բալը մինչև մեկ տարեկան երեխաների համար ստացվել է միջինի սահմաններում: Այսպես, ծնողներն այն գնահատել են 3,9 (3,0-4,9) բալ, իսկ մանկաբույժները՝ 3,4 (3,0-4,5) բալ: ԿՌ-ի ընդհանուր չափանիշը, համեմատած չափանիշի առավելագույն արժեքի հետ (5 բալ), կազմել է ըստ ծնողների գնահատականի 78,0%, իսկ ըստ մանկաբույժների՝ 68,0%: Բոլոր ռեսպոնդենտներն ավելի բարձր գնահատել են ԿՌ-ի այնպիսի չափանիշներ ինչպիսիք են «Վարք և շփում»-ը (ըստ

մանակաբույժների 74%, ըստ ծնողների՝ 82%) և «Ընտանեկան միջավայր»-ը (ըստ մանակաբույժների 76%, ըստ ծնողների՝ 84%):

Առավել ցածր նշանակություն է ունեցել «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշը (ըստ մանակաբույժների 56%, ըստ ծնողների՝ 62%), որը հավանաբար պայմանավորված է այդ տարիքային խմբի երեխաների տարիքային առանձնահատկություններով: Ինչ վերաբերում է ծնողների և մանակաբույժների պատասխանների համապատասխանությանը, ապա նրանք գրեթե նույն ձևով են գնահատել երեխաների կյանքի որակը, բացառությամբ «Վարք և շփում» և «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշների: Բալերի տարբերությունը եղել է վիճակագրորեն հավաստի:

Աղյուսակ 12

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների ԿՌ-ի գնահատումը QUALIN հարցաթերթի օգնությամբ (Me, Q25-Q75, M±m)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	ըստ ծնողների գնահատման	ըստ մանկաբույժների գնահատման	P	ըստ ծնողների գնահատման		ըստ մանկաբույժների գնահատման	
				M±m	M/5*100 %	M±m	M/5*100 %
BC	4,3 (3-4,8)	3,7 (3,1-4,5)	<0,001	4,1±0,05	82%	3,7±0,03	74%
ASA	3,5 (2,9-4,1)	2,8 (2,5-3,1)	<0,001	3,1±0,04	62%	2,8±0,02	56%
FE	4,4 (3,1-4,9)	3,8 (3,0-4,4)	<0,001	4,2±0,04	84%	3,8±0,05	76%
NbDPH	3,9 (3,2-4,4)	3,1 (2,9-3,9)	<0,001	3,7±0,05	74%	3,1±0,06	62%
TS	4,1 (3,0-4,9)	3,4 (3,0-4,5)	<0,001	3,9±0,04	78%	3,4±0,04	68%

ԿՌ-ի չափանիշները ունեցել են առանձնահատկություններ պայմանավորված սեռով: Ըստ ծնողների գնահատման, կյանքի որակի ինչպես «Ընդհանուր բալ», այնպես էլ «Մենակ մնալու ունակություն» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները բարձր են եղել տղաների մոտ, համեմատած աղջիկների հետ (աղ. 13): Այսպես, ԿՌ-ի «Ընդհանուր բալը», համեմատած չափանիշի առավելագույն արժեքի հետ տղաների մոտ կազմել է ըստ ծնողների գնահատման 80,0%, իսկ ըստ մանկաբույժների՝ 76,0%, իսկ աղջիկների մոտ համապատասխանաբար 86,0% և 78,0%:

Կյանքի որակի ինչպես ընդհանուր բալը, այնպես էլ «Կարքև շփում» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները ինչպես բժիշկները, այնպես էլ ծնողները բարձր են գնահատել տղաների մոտ: Սակայն բժիշկները ցածր են գնահատել ԿՌ-ի «Մենակ մնալու ունակություն» (52%) և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշները (60%):

Աղյուսակ 13

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի սեռային առանձնահատկությունները (Me, Q25-Q75, M±m)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	ըստ ծնողների գնահատման	ըստ մանկաբույժների գնահատման	P	ըստ ծնողների գնահատման		ըստ մանկաբույժների գնահատման	
				M±m	M/5*100 %	M±m	M/5*100 %
տղաներ							
BC	4,4(3,45-4,8)	3,7(3,25-4,9)	<0,001	4,1±0,07	82%	3,9±0,04	78%
ASA	3,4 3,09-4,1)	2,8(2,4-3,1)	<0,001	3,1±0,03	62%	2,9±0,02	58%
FE	4,5(3,5-4,7)	3,8(3,4-4,6)	<0,001	4,6±0,08	92%	4,2±0,08	84%
NbDPH	3,7(3,0-4,1)	3,1(3,0-3,9)	<0,001	3,6±0,03	72%	3,7±0,03	74%
TS	4,2(3,2-4,3)	3,4 (3,25-4,2)	<0,001	4,0±0,08	80%	3,8±0,02	76%
սղիկներ							
BC	4,1 (3,1-4,1)	3,9(3,2-4,1)	<0,001	4,0 ±0,07	80%	3,7±0,05	74%
ASA	3,0 (2,5-3,9)	2,9(2,6-3,2)	<0,001	2,9 ±0,02	58%	2,6±0,02	52%
FE	4,5(3,0-4,7)	4,1(3,1-4,2)	<0,001	4,3± 0,08	86%	3,9±0,03	78%
NbDPH	3,2(3,0-4,1)	3,4(2,8-3,7)	<0,001	3,1±0,03	62%	3,0±0,04	60%
TS	4,0(3,1-4,7)	3,7 (3,1-4,2)	<0,001	3,8±0,03	76%	3,3±0,04	66%

Բժշկակենսաբանական և սոցիալ-հիգիենիկ գործոնների և կյանքի որակի չափանիշների միջև կապը գնահատելու համար, մենթկիրառել ենք կորելացիայի գործակիցը: Ուսումնասիրվող գործոնները խմբավորել ենք.

- բժշկակենսաբանական գործոններ՝ ֆիզիկական զարգացում, առողջական խումբ, երեխայի սեռ, երեխայի ինտելեկտի գործակից ըստ Ապարի սանդղակի, առողջական վիճակի շեղումներ, նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակ, երեխայի առողջության ինդեքս, ընտանիքի առողջական վիճակի մակարդակ, կրճքով կերակրման տևողություն, ծննդաբերության հերթական համար, հղիության ընթացք, ծննդաբերության ընթացք, ծննդաբերության ժամանակ մոր տարիքը,

➤ սոցիալ հիգիենիկ գործոններ՝ ընտանիքի տիպ, ծնողների կրթական մակարդակ, ընտանիքում երեխաների թիվ, ընտանիքի հոգեբանական կլիմա, երեխայի դաստիարակությանը ծնողների մասնակցության ձևը, ծնողների մոտվնասակար սովորույթների առկայությունը, ծնողների սոցիալական կարգավիճակ, ընտանիքի կենցաղային պայմաններ:

Ներկայացնենք դրանց միջև առկա փոխազդեցությունը, առանձնահատկությունները ԿՌ-ի վրա մինչև մեկ տարեկան երեխաների ֆիզիկական զարգացման մակարդակի ազդեցությունը: Ուսումնասիրությունը պարզեց, որ միջին մակարդակից ցածր ֆիզիկական զարգացումը իջեցնում է երեխայի ԿՌ-ն: Ծնողների հարցման տվյալների վերլուծության հիման վրա, հավաստի տարբերությունն հայտնաբերեց ցածր ֆիզիկական զարգացում ունեցող երեխաների ցուցանիշների և միջին ու բարձր ֆիզիկական զարգացում ունեցողների ԿՌ-ի բոլոր չափանիշների միջև ($P < 0,001$):

Այսպիսի օրինաչափությունն հայտնաբերվեց նաև մանկաբույժների հարցման տվյալների վերլուծության արդյունքում: Ֆիզիկական զարգացման ցածր մակարդակ ունեցողների մոտ առավել շատ տուժվել է ԿՌ-ի «Ընտանեկան միջավայր» (42%) չափանիշը, իսկ ֆիզիկական զարգացման բարձր մակարդակի դեպքում՝ «Մենակ մնալու ունակություն» (52%) չափանիշը (աղ. 14):

ԿՌ-ի վրա Նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակի (ՆՀՁ) ազդեցության գնահատումը ցույց է տվել, որ Նյարդահոգեկան զարգացման դանդաղումը նպաստում է ԿՌ-ի իջեցմանը: Հետազոտության արդյունքները ներկայացված են աղյուսակ 15-ում: Այսպես, ՆՀՁ դանդաղման դեպքում ըստ ծնողների (52%) և մանկաբույժների (50%) գնահատականի, առավել շատ տուժում է ԿՌ-ի «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշը: Ինչպես երևում է աղյուսակից նորմալ Նյարդահոգեկան զարգացում ունեցողների հետ համեմատած, Նյարդահոգեկան զարգացման դանդաղ ընթացքով երեխաների ԿՌ-ի բոլոր չափանիշները ցածր են: Այսպիսի օրինաչափությունն արձանագրել են ինչպես մանկաբույժները, այնպես էլ ծնողները: Ընդ որում, ԿՌ-ի չափանիշներից առավել շատ տուժում է «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշը (ըստ ծնողների՝ 52%, ըստ մանկաբույժների՝ 50%):

Կարևոր բժշկական գործոն է նաև **ընտանիքի առողջական վիճակի** մակարդակը: ԿՌ-ի հիմնական չափանիշների վրա այդ գործոնի

ազդեցության առանձնահատկությունները ներկայացված են աղյուսակ 16-ում: Պարզվում է, որ հաճախակի հիվանդացող ընտանիքներում ցածր են մինչև մեկ տարեկան երեխայի ԿՌ-ի ինչպես «Ընդհանուր բալ»-ը (64%), այնպես էլ «Մենակ մնալու ունակություն» (56%) և «Վարք և շփում» (62%) չափանիշները:

Մինչև 1 տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշների կախվածությամբ ֆիզիկական զարգացման մակարդակից (M±m,%)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ֆիզիկական զարգացման մակարդակը ըստ ցենտիլների						
	2 ատցածր (3 և ցածր)	ցածր (3-10 ցենտիլ)	միջինից ցածր (10-25 ցենտիլ)	միջին (25-75 ցենտիլ)	միջինից բարձր (75-90 ցենտիլ)	բարձր (90-97 ցենտիլ)	2 ատբարձր (97 և բարձր ցենտիլ)
Ըստ ծնողների գնահատման							
BC	2,2±0,02 (44%)	2,5±0,03 (50%)	3,1±0,03(62%)	3,8±0,03(76%)	3,2±0,03(64%)	2,9±0,02(58%)	2,1±0,02(42%)
ASA	2,0±0,02 (40%)	2,6±0,03(52%)	3,9±0,03(78%)	3,9±0,03(78%)	3,1±0,03(62%)	2,9±0,02(58%)	2,1±0,02(42%)
FE	2,0±0,02(44%)	2,1±0,02(42%)	4,1±0,04(82%)	4,5±0,04(90%)	4,1±0,04(82%)	3,1±0,03(62%)	2,5±0,02(50%)
NbDPH	2,7±0,03(54%)	2,4±0,02 (48%)	3,2±0,03(64%)	4,1±0,04(82%)	3,7±0,03(74%)	3,2±0,03(64%)	2,1±0,02(42%)
TS	2,1±0,02(42%)	2,5±0,03 (50%)	4,0±0,03(80%)	4,2±0,04(84%)	3,5±0,03(70%)	3,0±0,03(60%)	2,2±0,02(44%)
Ըստ մանկաբույժների գնահատման							
BC	2,1±0,02(42%)	2,2±0,02(44%)	3,0±0,03(60%)	3,2±0,03(64%)	3,1±0,03(62%)	2,7±0,02(54%)	2,0±0,02(40%)
ASA	2,0±0,02(40%)	2,3±0,02(46%)	3,1±0,03(62%)	3,1±0,03(62%)	3,0±0,03(60%)	2,6±0,02(52%)	2,0±0,02(40%)
FE	2,1±0,02(42%)	2,1±0,02(42%)	4,0±0,04(80%)	4,0±0,04(80%)	4,0±0,04(80%)	3,0±0,03(60%)	2,2±0,02(44%)
NbDPH	2,4±0,03(48%)	2,2±0,02(44%)	3,0±0,03(60%)	4,0±0,04(80%)	3,5±0,03(70%)	3,0±0,03(60%)	2,0±0,02(40%)
TS	2,2±0,02(44%)	2,3±0,02(46%)	3,7±0,03(74%)	4,0±0,04(80%)	3,4±0,03(68%)	2,9±0,03(58%)	2,0±0,02(40%)

Աղյուսակ 15

Տարբեր նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակ ունեցող մինչև մեկ տարեկան երեխաների ԿՈ-ի չափանիշների համեմատական բնութագիրը (Me, Q25-Q75, M±m, %)

60

ԿՈ-ի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)			Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)			
	ըստ ծնողների գնահատման	ըստ մանկաբույժների գնահատման	P	ըստ ծնողների գնահատման		ըստ մանկաբույժների գնահատման	
				M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
Նորմալ ՆՅ2							
BC	4,3(3,5-4,4)	3,7(3,0-4,7)	<0,001	4,2±0,04	84%	4,1±0,04	82%
ASA	3,4 (3,0-3,5)	2,8(2,5-3,0)	<0,001	3,0±0,03	60%	2,9±0,02	58%
FE	4,5(3,2-4,5)	3,8(3,2-4,5)	<0,001	4,2±0,04	84%	4,1±0,04	82%
NbDPH	3,7(3,1-3,9)	3,1(2,9-3,7)	<0,001	3,7±0,03	74%	3,2±0,03	64%
TS	4,2(2,9-4,6)	3,4 (3,1-4,7)	<0,001	4,1±0,04	82%	4,0±0,04	80%
ՆՅ2 դանդաղում							
BC	4,1 (2,9-4,1)	3,9(3,1-4,1)	<0,001	4,0±0,04	80%	3,8±0,03	76%
ASA	3,0 (2,7-3,9)	2,9(2,3-3,2)	<0,001	2,6±0,02	52%	2,5±0,02	50%
FE	4,5(3,1-4,7)	4,1(3,2-4,2)	<0,001	4,1±0,04	82%	3,9±0,03	78%
NbDPH	3,2(2,9-4,1)	3,4(2,7-3,7)	<0,001	3,4±0,03	68%	3,1±0,03	62%
TS	3,9(3,0-4,2)	3,4 (3,0-4,1)	<0,001	3,5±0,03	70%	3,2±0,03	64%

Աղյ ու սակ 16

Միև չև մեկ տարեկան երեխաների ԿՈ-ի չ ափանիշ ների կախված ու թյ ու նը ը նտանիքի առողջ ական վիճ ակի մակարդակից (Me, Q25-Q75, M±m,%)

61

Կյ անքի որակի չ ափանիշ ները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրու թյ ու ն (Me, Q25-Q75)			Պարամետրիկ վիճակագրու թյ ու ն (M±m)					
	քիչ հիվանդացող ը նտանիք (n=650)	միջին մակարդակի հիվանդացող ը նտանիք (n=450)	հ աճ ախակի հիվանդացող ը նտանիք (n=80)	քիչ հիվանդացող ը նտանիք (n=650)		միջին մակարդակի հիվանդացող ը նտանիք (n=450)		հ աճ ախակի հիվանդացող ը նտանիք (n=80)	
				M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
BC	4,7 (3,0-4,9)	4,2 (3,1-4,9)	3,6(3,0-4,7)	4,2±0,04	84%	3,9±0,05	78%	3,1±0,03	62%
ASA	3,7 (2,7-4,3)	3,0 (2,8-4,7)	3,2(2,6-3,7)	3,0±0,03	60%	2,8±0,02	56%	2,8±0,02	56%
FE	4,5(3,2-4,9)	4,7(3,0-4,8)	4,4(3,3-4,7)	4,2±0,04	84%	4,1±0,04	82%	3,9±0,03	78%
NbDPH	3,9(3,0-4,7)	3,7(3,1-4,8)	4,0(2,7-4,1)	3,7±0,03	74%	3,2±0,03	64%	3,2±0,03	64%
TS	4,6(3,1-4,8)	4,4(3,2-4,8)	3,7 (2,9-4,7)	4,1±0,04	82%	4,0±0,04	82%	3,2±0,03	64%

Աղյուսակ 17

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշների կախվածությամբ առողջական խմբից (M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)			Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)					
	I խումբ (n=754)	II խումբ (n=372)	III խումբ (n=54)	I խումբ (n=754)		II խումբ (n=372)		III խումբ (n=54)	
				M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
Ըստ ծնողների գնահատականի									
BC	4,6 (3,2-4,9)	4,4 (3,0-4,2)	4,1(3,0-4,0)	4,4±0,04	88%	4,0±0,04	80%	3,9±0,03	78%
ASA	3,2 (2,9-4,0)	3,2 (2,8-3,8)	2,7(2,5-3,5)	3,0±0,03	60%	2,9±0,02	58%	2,2±0,02	44%
FE	4,7(3,1-4,8)	4,2(3,1-4,3)	4,1(3,1-4,1)	4,5±0,04	90%	4,1±0,04	82%	4,0±0,04	80%
NbDPH	4,1(3,5-4,4)	3,7(3,0-3,8)	3,8(2,5-4,0)	4,0±0,04	80%	3,6±0,03	72%	3,1±0,03	62%
TS	4,8(3,4-4,5)	4,0(3,1-4,1)	4,1 (2,7-4,0)	4,1±0,04	82%	3,8±0,03	76%	3,5±0,03	70%
Ըստ մանկաբույժների գնահատականի									
BC	4,5 (3,1-4,7)	4,1 (3,1-4,9)	3,7(3,0-3,7)	4,5±0,04	90%	3,9±0,05	78%	3,5±0,03	70%
ASA	3,0 (2,9-3,9)	2,8 (2,8-4,7)	2,2(2,0-3,0)	2,9±0,02	58%	2,4±0,02	48%	2,1±0,02	42%
FE	4,9(3,0-4,2)	4,4(3,0-4,8)	4,0(3,1-3,9)	4,6±0,04	92%	4,0±0,05	80%	3,9±0,03	78%
NbDPH	4,0(3,1-4,6)	3,6(3,1-4,8)	3,40(2,7-3,5)	4,1±0,04	82%	3,4±0,03	68%	3,0±0,03	60%
TS	4,4(3,2-4,7)	3,9(3,2-4,8)	3,5 (2,9-3,7)	4,1±0,04	82%	3,7±0,03	74%	3,3±0,03	66%

Մեր հետազոտության հիմնական խնդիրներից մեկը կյանքի որակի չափանիշների վրա առողջական վիճակի հնարավոր ազդեցության հիմնավորումն է: Այդ նպատակով մենք համեմատել ենք առողջական տարբեր խմբեր ունեցող միևնույն մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակը: Արդյունքները ներկայացված են աղյուսակ 17-ում: Ըստ հետազոտության տվյալների պարզվել է, որ ծնողները և մանկաբույժները ցածր են գնահատել առողջական II (74%) և III (66%) խումբ ունեցող երեխաների կյանքի որակը:

Գործոնային վերլուծության հիման վրա հայտնաբերվել է, որ խմբերում ծնողների պատասխանը հավաստի տարբերվում է ԿՌ-ի հետևյալ չափանիշներում՝ «Ընտանեկան միջավայր» (42%) «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (60%) ($P < 0,001$): Բազմակի համեմատությունների մեթոդի օգնությամբ հայտնաբերվել է, որ ԿՌ-ի բոլոր չափանիշներում տարբերություն գրանցվել է միայն առողջական 1-ին և 2-րդ, 1-ին և 3-րդ խմբերի միջև, իսկ 2-րդ և 3-րդ խմբերի միջև հավաստի տարբերություն չի գրանցվել: Խմբերի միջև հայտնաբերվել է հավաստի տարբերություն ըստ ԿՌ հետևյալ չափանիշների՝ «Ընդհանուր բալ», «Մենակ մնալու ունակություն» ($P < 0,001$): Այսպիսով, ըստ վերը բերված տվյալների, միևնույն մեկ տարեկան առողջ երեխաների կյանքի որակը հավաստի բարձր է, համեմատած այն երեխաների հետ, որոնք ունեն առողջական վիճակի այս կամ այն շեղումներ:

Անհաս երեխաների ԿՌ-ի հետազոտությունը լրացուցիչ տեղեկատվություն է տալիս երեխայի առողջական վիճակի մասին: Այդ ցուցանիշի արժեքավորությունը կայանում է նրանում, որ առողջական վիճակի սուբյեկտիվ գնահատումը հիմնվում է ապացուցողական բժշկության վրա: Ուստի անհաս երեխաների ԿՌ-ի վերլուծությունը կատարվում է առաջին անգամ և պարզվել է, որ կարող է դառնալ լրացուցիչ չափանիշ երեխայի առողջական վիճակի գնահատման համար նրա զարգացման տարբեր ասպեկտներում: Վաղաժամ ծննդաբերության պատճառները կարող են կապված լինել ինչպես մոր, այնպես էլ պտղի զարգացման որևէ բարդության հետ:

Անհաս ծնված երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների առանձնահատկությունները կյանքի երրորդ ամսվա համար ներկայացված է աղյուսակ 18-ում: Ըստ հետազոտության տվյալների,

առավել տուժել է ԿՌ-ի «Մենակ մնալ ու ունակություն» (50%), «Վարք և շփում» (50%) չափանիշները և «Ընդհանուր բալ»-ը (60%):

Աղյուսակ 18

Անհաս ծնված երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների համեմատական բնութագիրը կյանքի

3-րդ ամսում (Me, Q25-Q75, M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	հիմնական խումբ (n=71)	հսկողական խումբ (n=2291)	P	հիմնական խումբ (n=71)		հսկողական խումբ (n=2291)	
				M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
Ըստ ծնողների գնահատման							
BC	4,2 (3,1-4,6)	4,8(3,1-4,7)	<0,05	4,1±0,01	82%	4,7±0,05	94%
ASA	3,4 (3,2-3,7)	3,7(3,1-4,5)	<0,05	3,2±0,08	64%	3,6±0,06	72%
FE	4,7(4,1-4,5)	4,8(3,5-4,0)	<0,05	4,8±0,05	96%	4,7±0,07	94%
NbDPH	4,3(4,2-4,5)	4,4(3,2-4,6)	<0,05	4,1±0,09	82%	4,3±0,08	86%
TS	4,2(4,2-4,7)	4,6 (3,1-4,5)	<0,05	4,1±0,06	82%	4,36±0,07	87,2%
Ըստ մանկաբույժների գնահատման							
BC	3,2 (3,1-3,8)	4,4(3,3-4,5)	<0,05	3,0±0,08	60%	4,2±0,07	84%
ASA	2,7 (2,2-2,9)	3,4(3,5-3,9)	<0,05	2,5±0,06	50%	3,3±0,06	66%
FE	3,9(3,5-3,9)	4,7(3,2-4,5)	<0,05	3,9±0,07	78%	4,4±0,06	88%
NbDPH	3,5(3,1-3,9)	3,5(2,7-4,1)	<0,05	3,1±0,08	62%	3,1±0,07	62%
TS	3,5(3,1-3,8)	3,4 (3,0-4,5)	<0,05	3,0±0,08	60%	3,2±0,07	64%

Անհաս ծնված երեխաների կյանքի 6-րդ ամսին առավել տուժում է ԿՌ-ի «Մենակ մնալ ու ունակություն» (60%) չափանիշը: Ծնողները անհաս երեխաների ԿՌ-ն գնահատել են ավելի բարձր, քան մանկաբույժները: Հիմնական տարբերությունը մեծ է եղել «Ընդհանուր բալ»-ի, «Վարք և շփում» (P<0,05) չափանիշների համար: Համեմատած հսկողական խմբի հետ, մանկաբույժները ցածր են գնահատել «Ընդհանուր բալ», «Վարք և շփում» (P<0,05) և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական ակտիվություն» (P<0,05) չափանիշները (աղ.19): Անհրաժեշտ է նշել, որ այդ երեխաների խմբում կյանքի 9-րդ ամսին «Մենակ մնալ ու ունակություն» (40%) չափանիշի ցածր մակարդակը՝ համեմատած հսկողական խմբի հետ դեռևս պահպանվում է: Մինչև 1 տարեկան երեխաների կյանքի 9-րդ ամսում չափանիշների տարբերության փոփոխությունը ունեցել է նույն օրինաչափությունը ինչ գրանցվել է 6 ամսեկան հասակի համար, բացառությամբ «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշի (աղ.20):

Ըստ մանկաբույժների գնահատականի, վաղ տարիքի անհաս ծնված երեխաների կյանքի 9-րդ ամսում կյանքի որակի չափանիշները եղել են ավելի բարձր, քան 3 ամսեկանում, հատկապես բարձր է եղել ԿՌ-ի «Վարք և շփում» (p<0,05) չափանիշը, իսկ ծնողները հատկապես բարձր են

գնահատել ԿՌ-ի «Ընդհանուր բալ»-ը ($p < 0,05$), «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները ($p < 0,05$): Այս տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ն մնացել է ցածր, համեմատած հսկողական խմբի հետ ($p < 0,05$):

Աղյուսակ 19

Անհաս ծնված երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների համեմատական
բնութագիրը
կյանքի 6-րդ ամսում (Me, Q25-Q75, M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	հիմնական խումբ (n=71)	հսկողական խումբ (n=2291)	P	հիմնական խումբ (n=71)		հսկողական խումբ (n=2291)	
				M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
Ըստ ծնողների գնահատման							
BC	4,5 (3-4,8)	4,8(3,1-4,7)	<0,001	4,5±0,06	90%	4,7±0,08	94%
ASA	3,4 (2,9-4,1)	3,7(3,1-4,5)	<0,001	3,2±0,04	64%	3,4±0,01	68%
FE	4,7(3,1-4,9)	4,8(3,5-4,0)	<0,001	4,6±0,05	92%	4,4±0,09	88%
NbDPH	4,1(3,2-4,4)	4,4(3,2-4,6)	<0,001	4,1±0,07	82%	3,9±0,01	78%
TS	3,9(3,0-4,9)	4,6 (3,1-4,5)	<0,001	3,8±0,06	76%	4,1±0,09	82%
Ըստ մանկաբույժների գնահատման							
BC	3,9 (3,2-4,1)	4,4(3,3-4,5)	<0,001	3,8±0,09	76%	4,4±0,09	88%
ASA	3,2(2,8-4,0)	3,4(3,5-3,9)	<0,001	3,0±0,08	60%	3,1±0,01	62%
FE	4,1(3,8-4,5)	4,7(3,2-4,5)	<0,001	4,0±0,09	80%	4,1±0,01	82%
NbDPH	3,4(3,2-3,8)	3,5(2,7-4,1)	<0,001	3,2±0,07	64%	3,7±0,01	74%
TS	3,5(3,0-3,8)	3,4 (3,0-4,5)	<0,001	3,1±0,06	62%	3,7±0,07	74%

Աղյուսակ 20

Անհաս ծնված երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների համեմատական
բնութագիրը
կյանքի 9-րդ ամսում (Me, Q25-Q75, M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	հիմնական խումբ (n=71)	հսկողական խումբ (n=2291)	P	հիմնական խումբ (n=71)		հսկողական խումբ (n=2291)	
				M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
Ըստ ծնողների գնահատման							
BC	4,2 (3,2-4,4)	4,8(3,1-4,7)	<0,001	4,2±0,06	84%	4,6±0,01	92%
ASA	3,2(2,8-3,9)	3,7(3,1-4,5)	<0,001	3,0±0,01	60%	3,6±0,01	72%
FE	4,3(3,0-4,7)	4,8(3,5-4,0)	<0,001	4,2±0,08	84%	4,7±0,08	94%
NbDPH	4,3(3,0-4,0)	4,4(3,2-4,6)	<0,001	4,1±0,01	82%	4,2±0,01	84%
TS	4,0(3,1-4,7)	4,6 (3,1-4,5)	<0,001	3,9±0,06	78%	4,2±0,01	84%
Ըստ մանկաբույժների գնահատման							
BC	3,5(3,0-3,7)	4,4(3,3-4,5)	<0,001	3,4±0,01	68%	4,2±0,01	84%
ASA	2,5(2,9-3,4)	3,4(3,5-3,9)	<0,001	2,0±0,01	40%	3,2±0,01	64%
FE	3,8(3,1-4,1)	4,7(3,2-4,5)	<0,001	3,9±0,01	78%	4,65±0,07	93%
NbDPH	3,2(3,0-4,0)	3,5(2,7-4,1)	<0,001	3,1±0,02	62%	4,08±0,01	81.6%
TS	3,1(2,9-4,0)	3,4 (3,0-4,5)	<0,001	3,1±0,01	62%	3,9±0,08	78%

Անհաս երեխաների խմբում ԿՌ-ի չափանիշները կյանքի 12-րդ ամսում արձանագրում են լավացման միտումներ: Կյանքի 12-րդ ամսում անհաս

Երեխաների կյանքի որակի չափանիշների հավաստի տարբերություններն չի գրանցվել ծնողների և մանկաբույժների պատասխաններում ԿՌ-ի հետևյալ չափանիշների համար՝ «Մենակ մնալու ունակություն» և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական ակտիվություն», իսկ մնացած չափանիշների համար գրանցվել է հավաստի տարբերություններ (աղ. 21): Ինչպես երևում է աղյուսակից, անհաս ծնված երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխությունը դինամիկայում արձանագրում է, որ առավել շատ տուժել է ԿՌ-ի «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշը: Համեմատած հսկողական խմբի հետ չափանիշի նվազման մակարդակը տատանվել է 9,1-39,4%: Այս չափանիշը ամենացածր արժեք ստացել է կյանքի 9-րդ ամսին:

Աղյուսակ 21

Անհաս ծնված երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների համեմատական բնութագիրը կյանքի 12-րդ ամսում (Me, Q25-Q75, M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	հիմնական խումբ (n=71)	հսկողական խումբ (n=2291)	P	հիմնական խումբ (n=71)		հսկողական խումբ (n=2291)	
				M±m	M/5*100 %	M±m	M/5*100 %
Ըստ ծնողների գնահատման							
BC	4,2 (3-4,8)	4,8(3,1-4,7)	<0,001	4,0±0,04	80%	4,8±0,06	96%
ASA	3,6 (2,9-4,1)	3,7(3,1-4,5)	<0,001	3,5±0,01	70%	3,2±0,01	64%
FE	4,7(3,1-4,9)	4,8(3,5-4,0)	<0,001	4,6±0,07	92%	4,7±0,07	94%
NbDPH	4,0(3,2-4,4)	4,4(3,2-4,6)	<0,001	4,2±0,01	84%	4,1±0,01	82%
TS	4,1(3,0-4,9)	4,6 (3,1-4,5)	<0,001	4,3±0,05	86%	4,3±0,06	86%
Ըստ մանկաբույժների գնահատման							
BC	4,1 (3-4,8)	4,4(3,3-4,5)	<0,001	3,9±0,03	70%	4,6±0,08	92%
ASA	3,0 (2,9-4,1)	3,4(3,5-3,9)	<0,001	2,9±0,01	58%	3,3±0,01	66%
FE	4,0(3,1-4,9)	4,7(3,2-4,5)	<0,001	4,2±0,09	84%	4,6±0,07	92%
NbDPH	3,4(3,2-4,4)	3,5(2,7-4,1)	<0,001	3,9±0,01	78%	4,1±0,01	82%
TS	4,2(3,1-4,7)	3,4 (3,0-4,5)	<0,05	4,1±0,09*	80%	4,2±0,06	84%

Ըստ հետազոտության տվյալների, անհաս երեխաների ԿՌ-ի բոլոր չափանիշների գնահատման արդյունքները տարբեր են մանկաբույժների և ծնողների մոտ: Այս տարբերություններն առավել ակնհայտ է «Մենակ մնալու ունակություն» և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական ակտիվություն» չափանիշների դեպքում: Անհրաժեշտ է նշել, որ մեկ տարեկան երեխաների շրջանում ԿՌ-ի չափանիշների գնահատման տարբերություններն մանկաբույժների և ծնողների պատասխաններում չի գրանցվել «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշի համար, իսկ մյուս չափանիշների առումով արձանագրված տարբերությունը պահպանվել է: Այս տարիքային խմբի ԿՌ-ի հետևյալ չափանիշները գնահատել են ավելի բարձր, քան 3 և 6

ամսեկանների մոտ չափանիշների համար՝ «Վարք և շփում» ($p < 0,05$), «Մենակ մնալ ու ունակություն» ($p < 0,05$): Ծնողները այս տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ն գնահատել են ավելի բարձր, քան 3 և 6 ամսականների, հատկապես «Վարք և շփում» ($p < 0,05$) չափանիշը: Հիմնական և հսկողական խմբի ծնողներն այս տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ին նույնատիպ գնահատական են տվել:

Մանկաբույժները ԿՌ-ն գնահատել են ավելի բարձր, համեմատած անհաս ծնված երեխայի կյանքի 3-րդ և 6-րդ ամիսների հետ հետևյալ չափանիշների համար՝ «Վարք և շփում», «Մենակ մնալ ու ունակություն», «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական ակտիվություն» կյանքի 3-րդ ամսվա հետ համեմատած և «Վարք և շփում» կյանքի 9-րդ ամսվա հետ համեմատած: Ծնողները 1 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի «Ընդհանուր բալ»-ը գնահատել են ավելի բարձր, համեմատած կյանքի 3-րդ ամսվա հետ և «Վարք և շփում» չափանիշը՝ համեմատած կյանքի 3-րդ և 6-րդ ամիսների հետ: Ըստ մանկաբույժների գնահատականի, կյանքի 12-րդ ամսում ԿՌ-ն անհաս ծնված երեխաների մոտ եղել է ցածր, համեմատած առողջների խմբի հետ հետևյալ չափանիշների համար՝ «Մենակ մնալ ու ունակություն» և «Ընտանեկան միջավայր»: Ծնողները համեմատվող խմբերում, գործնականում նույն ձևով են գնահատել ԿՌ-ի չափանիշները (աղ.22):

Այսպիսով,

1. Անհաս երեխաների տարբեր տարիքային խմբերում ԿՌ-ի գնահատման ընդհանուր բալը տարբերվել է ծնողների և մանկաբույժների պատասխաններում:
2. Բոլոր տարիքային խմբերում ծնողներն ավելի ցածր են գնահատել ԿՌ-ի «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշը:
3. Անհաս երեխաների ԿՌ-ի ամենացածր ցուցանիշները գրանցվել է 3 ամսեկանների մոտ: Հետագա տարիքային խմբերում նկատվել է ԿՌ-ի չափանիշների բարելավում:

Ըստ հարցման արդյունքների և՛ ծնողները, և՛ մանկաբույժները բարձր են գնահատել առողջ երեխաների ԿՌ-ի ընդհանուր բալը, ինչպես նաև «Վարք և շփում» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները: Առողջական վիճակի շեղումներ ունեցող երեխաների ԿՌ-ն մանկաբույժները գնահատել են ավելի ցածր, քան ծնողները: Հատկապես գնահատման տարբերությունն ակնհայտ է ԿՌ-ի «Ընդհանուր բալ»-ի, «Մենակ մնալ ու ունակություն» և «Վարք և շփում» չափանիշների համար (աղ. 23):

Անհրաժեշտ է նշել, որ առողջ երեխաների ԿՌ-ի գնահատման ժամանակ ծնողների և մանկաբույժների պատասխանների միջև տարբերություն չի գրանցվել, այն դեպքում, երբ առողջական վիճակի շեղումներ ունեցող երեխաների ԿՌ-ի գնահատման ժամանակ, բժիշկները ԿՌ-ն գնահատել են ավելի ցածր, քան ծնողները: Կարևոր բժշկական գործոն է երեխայի առողջության ինդեքսը: Այդ գործակիցը ցույց է տալիս այն երեխաների տեսակարար կշիռը, որոնք մինչև 1 տարեկան դառնալը չեն հիվանդացել:

Անհաս ծնված երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների համեմատական բնութագիրը կյանքի առաջին տարվա ընթացքում (M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Հիմնական խումբ (n=71)								Հսկողական խումբ (n=2291)	
	կյանքի 3-րդ ամսին		կյանքի 6-րդ ամսին		կյանքի 9-րդ ամսին		կյանքի 12-րդ ամսին		M±m	M/5*100%
	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%		
BC	3,0±0,08	60%	3,8±0,09	76%	3,4±0,01	68%	3,9±0,03	70%	4,6±0,08	92%
ASA	2,5±0,06	50%	3,0±0,08	60%	2,0±0,01	40%	2,9±0,01	58%	3,3±0,01	66%
FE	3,9±0,07	78%	4,0±0,09	80%	3,9±0,01	78%	4,2±0,09	84%	4,6±0,07	92%
NbDPH	3,1±0,08	62%	3,2±0,07	64%	3,1±0,02	62%	3,9±0,01	78%	4,1±0,01	82%
TS	3,0±0,08	60%	3,1±0,06	62%	3,1±0,01	62%	4,0±0,09	80%	4,2±0,06	84%

Միևնամեկ տարեկան երեխաների առողջական վիճակի ազդեցության առանձնահատկությունները ԿՌ-ի չափանիշների վրա (Me, Q25-Q75, M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)			Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)			
	առողջ երեխաներ (n=754)	առողջական վիճակի շեղում ունեցող երեխաներ (n=426)	P	առողջ երեխաներ (n=754)		առողջական վիճակի շեղում ունեցող երեխաներ (n=426)	
				M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
Ըստ ծնողների գնահատման							
BC	4,7 (3,0-4,5)	4,4 (3,3-4,8)	<0,001	4,5±0,09	90%	4,0±0,08	80%
ASA	3,5 (3,1-4,2)	3,4 (3,3-4,7)	<0,001	3,0±0,01	60%	3,0±0,01	60%
FE	4,9 (3,0-4,5)	4,5 (3,2-4,3)	<0,001	4,5±0,07	90%	4,3±0,09	86%
NbDPH	4,3 (3,1-4,5)	3,9 (3,2-4,7)	<0,001	4,0±0,08	80%	3,7±0,06	74%
TS	4,4(3,2-4,8)	4,1 (3,3-4,7)	<0,001	4,1±0,09	82%	3,9±0,01	78%
Ըստ մանկաբույժների գնահատման							
BC	4,7 (3,1-4,5)	4,0(3,5-4,7)	<0,001	4,5±0,07	90%	3,7±0,01	74%
ASA	3,2 (2,8-4,5)	3,0(3,2-4,2)	<0,001	3,0±0,01	60%	2,5±0,01	50%
FE	4,7(3,7-4,9)	4,5(3,-4,8)	<0,001	4,6±0,07	92%	4,3±0,09	86%
NbDPH	4,5(3,9-4,8)	3,7(2,9-4,6)	<0,001	4,1±0,07	82%	3,5±0,01	70%
TS	4,4(3,5-4,9)	3,5 (3,1-4,7)	<0,001	4,1±0,08	82%	3,2±0,01	64%

Ըստ հետազոտության տվյալների, առողջության բարձր ինդեքս ունեցող երեխաների կյանքի որակի բոլոր չափանիշները եղել են բարձր: Առողջության ինդեքսի ցածր մակարդակը առավել ազդեցություն է ունեցել ԿՌ-ի «Վարք և շփում» (44%), «Մենակ մնալ ու ունակության» (40%) չափանիշների վրա (աղ. 24):

Աղյուսակ 24

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների ԿՌ-ի տարբեր ապեկտների համեմատական գնահատականը կախված առողջական վիճակի շեղումների հետ (Me, Q25-Q75, M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	Առողջության ինդեքսը 100%	Առողջության ինդեքսը <100%	P	առողջության ինդեքսը 100%		առողջության ինդեքսը <100%	
				M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
Ըստ նողների գնահատման							
BC	4,7 (3,1-4,6)	3,4(3,3-4,8)	<0,001	4,5±0,08	90%	3,0±0,01	60%
ASA	3,4 (3,0-4,0)	2,4(3,3-4,7)	<0,001	3,0±0,01	60%	2,1±0,01	42%
FE	4,7(3,1-4,8)	3,5(3,2-4,3)	<0,001	4,5±0,09	90%	3,2±0,01	64%
NbDPH	4,2(3,4-4,6)	3,3(3,2-4,7)	<0,001	4,0±0,09	80%	3,1±0,01	62%
TS	4,5(3,4-4,7)	3,2 (3,3-4,7)	<0,001	4,1±0,09	82%	2,85±0,01	57%
Ըստ մանկաբույժների գնահատման							
BC	4,7 (3,1-4,5)	3,0(2,0-3,2)	<0,001	4,5±0,07	90%	2,2±0,01	44%
ASA	3,2 (2,8-4,5)	3,0(2,2-3,1)	<0,001	3,0±0,01	60%	2,0±0,01	40%
FE	4,7(3,7-4,9)	3,5(3,0-3,2)	<0,001	4,6±0,09	92%	3,1±0,01	62%
NbDPH	4,5(3,9-4,8)	3,4(2,9-3,4)	<0,001	4,1±0,08	82%	3,2±0,01	64%
TS	4,4(3,5-4,9)	3,1 (2,5-3,4)	<0,001	4,1±0,07	82%	2,62±0,01	52,4%

Ըստ Ապգարի սանդղակի չափանիշի ցածր գործակից ունեցող երեխաների ԿՌ-ի չափանիշները եղել են ցածր: Ընդ որում, ավելի շատ տուժել է «Վարք և շփում» (40%) և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (40%) չափանիշները (աղ. 25):

Ընդ որում, ըստ Ապգարի սանդղակի գործակցի 1-3 միավոր ունեցող երեխաների ԿՌ-ի չափանիշներից ավելի շատ տուժել են «Վարք և շփում» և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշները, 4-6 միավորի դեպքում՝ «Ընտանեկան միջավայր» և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշները, իսկ 7-10 միավորի դեպքում՝ «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշը: Մեր կողմից կատարվել է կորելյացիոն վերլուծություն նաև ԿՌ չափանիշների և բժշկական սաքանական, սոցիալ-հիգիենիկ միջարք գործոնների միջև:

ԱՆՅ ՈՒՍԱԿ 25

Ըստ Ապգարի սանդղակի մինչև 1 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների համեմատական բնութագրերը (Me, Q25-Q75, M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)			Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)						
	7-10 միավոր	4-6 միավոր	1-3 միավոր	P	7-10 միավոր		4-6 միավոր		1-3 միավոր	
					M±m	M/5* 100%	M±m	M/5* 100%	M±m	M/5* 100%
BC	4,7 (3,1-4,9)	3,9(3,1-4,3)	3,0(2,1-3,5)	<0,001	4,5±0,09	90	3,5±0,01	70%	2,0±0,01	40%
ASA	3,7 (2,9-3,9)	3,9(2,8-3,9)	2,9(2,3-3,8)	<0,001	3,5±0,01	70	3,9±0,01	78%	2,8±0,01	56%
FE	4,7(3,3-4,5)	3,8(3,0-4,7)	3,0(2,5-3,9)	<0,001	4,4±0,08	88	3,4±0,01	68%	2,7±0,01	54%
NbDPH	4,1(3,2-4,7)	3,5(2,9-4,2)	2,9(2,5-3,7)	<0,001	3,9±0,01	78	3,0±0,01	60%	2,0±0,01	40%
TS	4,5(3,2-4,8)	3,8 (3,1-4,3)	2,9 (2,1-3,4)	<0,001	4,1±0,09	82	3,45±0,01	69%	2,4±0,01	48%

ԱՆՅ ՈՒՍԱԿ 26

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի «Վարք և շփում» չափանիշի վրա ազդող հիմնական գործոնները

	Գործոնը	Կապի բնույթը և ինտենսիվությունը	Գործակցի արժեքը
1	Ֆիզիկական զարգացում	միջին ուժգնությամբ, ուղիղ համեմատական	քաղ $R_{xy} = +0,7, p=0,01$, հասակ $R_{xy} = +0,7 p=0,01$
2	Առողջական խումբ	հակադարձ համեմատական, ուժեղ	$R = -0,9, p=0,02$
3	Ընտանիքի հոգեցնցիալական մթնոլորտ	միջին ուժգնությամբ, ուղիղ համեմատական	$R = +0,5, p=0,01$
4	Ընտանիքի տեսակը	միջին ուժգնությամբ, ուղիղ համեմատական	$R = +0,5, p=0,01$
5	Ընտանիքում երեխաների թիվ	թույլ, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,2, p=0,01$
6	Մոր կրթական մակարդակ	միջին ուժգնությամբ, ուղիղ համեմատական	$R = +0,5, p=0,01$
7	Կրթքով կերակրելու տևողություն	ուժեղ, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,9, p=0,01$
8	Ծննդաբերության հերթական համար	ուժեղ, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,9, p=0,01$

Հետազոտության տվյալները արձանագրել են, որ երեխաների ԿՌ-ի «Վարք և շփում» չափանիշի վրա ազդում են աղյուսակ 26-ում բերված գործոնները: ԿՌ-ի «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշի վրա ազդում են աղյուսակ 27-ում բերված գործոնները, իսկ երեխաների ԿՌ-ի «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշի վրա ազդում են աղյուսակ 28-ում բերված գործոնները:

Աղյուսակ 27

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշի վրա ազդող գործոնները

	Գործոնը	Կապի բնույթը և ինտենսիվությունը	Գործակցի արժեքը
1	Մարմնի զանգված	միջին, ուղիղ համեմատական կապ	$R = +0,7, p=0,05$
2	Նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակ	ուժեղ, հակադարձ համեմատական կապ	$R = -0,9, p=0,01$
3	Առողջական խումբ	ուժեղ, հակադարձ համեմատական կապ	$R = -0,9, p=0,01$

Աղյուսակ 28

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշի վրա ազդող գործոնները

	Գործոնը	Կապի բնույթը և ինտենսիվությունը	Գործակցի արժեքը
1	Մարմնի քաշ	ուժեղ, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,8, p=0,01$
2	Առողջական խումբ	ուժեղ, ուղիղ համեմատական	$R = +0,9, p=0,05$
3	Ընտանիքի հոգեբանական մթնոլորտ	միջին ուժգնությամբ, ուղիղ համեմատական	$R = +0,7, p=0,01$
4	Ընտանիքում երեխաների թիվ	թույլ, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,2, p=0,04$
5	Կրճքով կերակրելու տևողություն	ուժեղ, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,8, p=0,04$

Երեխաների ԿՌ-ի «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշի վրա ազդում են աղյուսակ 29-ում բերված գործոնները: Համեմատելով մինչև մեկ տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների կախվածությունը ընտանիքի երեխաների թվից, պարզվել է, որ ուսումնասիրվող գործոնը չի իջեցնում ԿՌ-ն (աղ. 30): Մեր կողմից վերլուծության է ենթարկվել նաև ընտանիքի տիպի ազդեցությունը մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշների վրա: Պարզվել է, որ մեծ ընտանիքում, որտեղ ընտանիքի անդամների թիվը 6 և ավելի մարդ է, բարձր են երեխաների կյանքի

որակի «Ընդհանուր բալ», «Մենակ մնալ ու ունակություն» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները (աղ.31):

Աղյ ու սակ 29

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշի վրա ազդող գործոնները

	Գործոնը	Կապի բնույթը և ինտենսիվությունը	Գործակցի արժեքը
1.	Մարմնի քաշ	ուժեղ, հակադարձ համեմատական	$R_{xy} = -0,9, p=0,02$
2.	Առողջական խուճապ	ուժեղ, հակադարձ համեմատական	$R = -0,9, p=0,01$
3.	Նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակ	ուժեղ, ուղիղ համեմատական	$R = +0,8, p=0,05$
4.	Ծննդաբերության հերթական համար	ուժեղ, ուղիղ համեմատական	$R = +0,8, p=0,01$
5.	Յասակ	ուժեղ, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,8, p=0,5$

Ընտանիքի տեսակը նույնպես ազդում է մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի վրա: Այսպես, ոչ լրիվ ընտանիքների երեխաների շրջանում հատկապես տուժում է ԿՌ-ի «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշը, իսկ ԿՌ-ի առողջական վիճակն արտահայտող չափանիշը փոփոխության չի ենթարկվել:

Այսպես, ըստ ծնողների գնահատականի, ամբողջական ընտանիք ունեցող մինչև մեկ տարեկան երեխաների ԿՌ-ի «Ընդհանուր բալ» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշը եղել են բարձր: Բժիշկները նույնպես տվել են ավելի բարձր գնահատական ամբողջական ընտանիքի մինչև մեկ տարեկան երեխաների ԿՌ-ի «Ընդհանուր բալ»-ին և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշին: Ըստ մեր հետազոտության տվյալների՝ ծնողների կրթական մակարդակը հավաստի ազդել է ԿՌ-ի միայն «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշի վրա ($p < 0,02$):

Երեխաների ԿՌ-ի վրա կենցաղային պայմանների ազդեցությունը հավաստի է գնահատվել միայն մանկաբույժների կողմից: Ըստ նրանց, կենցաղային պայմաններն էական ազդեցություն են ունեցել մինչև մեկ տարեկան երեխաների ԿՌ-ի «Ընդհանուր բալ»-ի և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշների վրա: Յայտնի է, որ սոցիալ-հիգիենիկ կարևոր գործոն է

Նաև ընտանիքի հոգեբանական կլիման: Ընտանիքի կոնֆլիկտային վիճակն իջեցնում է երեխայի ԿՌ-ն: Պետք է նշել, որ մանկաբույժներն այս գործոնի ազդեցությունը ԿՌ-ի վրա ավելի բարձր են գնահատել, քան ծնողները (գծ.8):

Աղյ ու սակ 30

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների կախվածությամբ ունը ընտանիքի երեխաների թվից (Me, Q25-Q75, M±m)

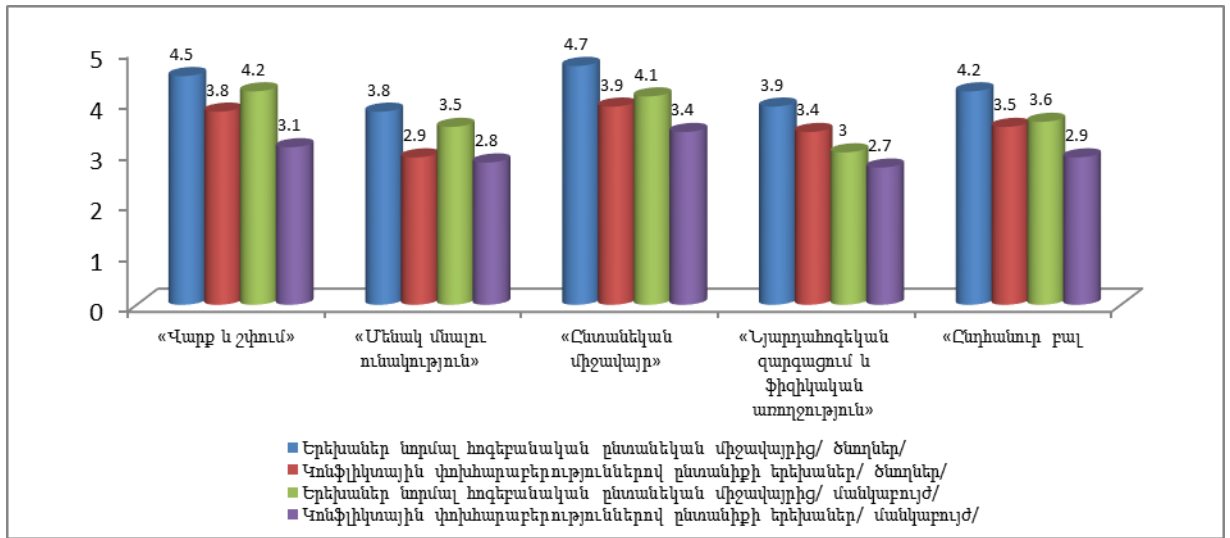
Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)			P	Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)					
	1 երեխա	2 երեխա	3 երեխա		1 երեխա		2 երեխա		3 երեխա	
					M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
BC	4,8 (3,2-4,5)	4,5(3,0-4,5)	4,8(3,0-4,7)	<0,001	4,2±0,08	84%	4,0±0,09	80%	4,1±0,08	82%
ASA	3,7 (2,7-4,1)	4,0(2,9-4,1)	4,1(2,7-4,8)	<0,001	3,0±0,03	60%	3,6±0,04	72%	3,8±0,03	76%
FE	4,5(3,2-4,7)	4,1(3,1-4,2)	4,6(3,1-4,7)	<0,001	4,2±0,09	84%	4,1±0,09	82%	4,1±0,09	82%
NbDPH	3,9(3,1-4,7)	4,1(3,9-4,1)	3,9(3,4-4,5)	<0,001	3,7±0,03	74%	3,6±0,03	72%	3,6±0,03	72%
TS	4,5(3,2-4,5)	4,2 (3,7-4,8)	4,1 (3,9-4,8)	<0,001	4,1±0,09	82%	3,9±0,03	78%	4,0±0,08	80%

Աղյ ու սակ 31

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների կախվածությամբ ունը ընտանիքի տեսակից (Me, Q25-Q75, M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)			P	Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)					
	փոքր ընտանիք	միջին ընտանիք	մեծ ընտանիք		փոքր ընտանիք		միջին ընտանիք		մեծ ընտանիք	
					M±m	M/5*100 %	M±m	M/5*100 %	M±m	M/5*100%
BC	4,8 (3,0-4,8)	4,2(3,2-4,5)	4,7(3,4-4,5)	<0,001	3,9±0,03	78%	4,0±0,06	80%	4,1±0,05	82%
ASA	4,5 (3,9-4,4)	4,5(3,5-3,1)	5,0(4,1-5,0)	<0,001	3,0±0,03	60%	4,2±0,09	84%	5,0±0,08	100%
FE	4,7(3,3-4,9)	4,9(3,2-4,4)	5,0(4,0-5,0)	<0,001	3,2±0,08	64%	4,2±0,09	84%	4,9±0,08	98%
NbDPH	4,2(3,7-4,6)	4,5(3,1-4,9)	4,9(4,1-4,9)	<0,001	3,7±0,05	74%	3,9±0,05	78%	4,2±0,05	84%
TS	4,8(3,4-4,9)	4,7 (3,3-4,5)	5,0 (4,1-4,9)	<0,001	3,6±0,03	72%	4,1±0,08	82%	4,7±0,09	94%

Այս գործոնը առավել բացասական ազդեցություն է ունեցել ԿՈ-ի «Մենակ մնալ ու ունակություն» և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշների վրա:



Գծապատկեր 8. Մինչև և մեկ տարեկան երեխաների ԿՈ-ի չափանիշների կախվածությունը ընտանիքի հոգեբանական կլիմայից

Բացի այդ, մինչև և մեկ տարեկան երեխաների ԿՈ-ի վրա ազդում են նաև դաստիարակության պայմանները: Մեր հետազոտության արդյունքներով հիմնավորվել է, որ այս ցուցանիշը բարձր է այն երեխաների մոտ, որոնց դաստիարակությանը մասնակցում են երկու ծնողներն էլ: Եթե դաստիարակությանը մասնակցում է միայն մայրը, ապա այդ երեխայի կյանքի որակի չափանիշները հավաստի ցածր են: Այդ գործոնն ազդում է ոչ միայն ԿՈ-ի «Ընդհանուր բալ»-ի (64%), այլ նաև «Մենակ մնալ ու ունակություն» (58%), «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (60%) (P<0,05) չափանիշների վրա (աղ. 32):

Այսպիսով, հետազոտության արդյունքները հաստատել են, որ մինչև և մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի վրա էական ազդեցություն են թողնում երեխայի առողջական խումբը, ֆիզիկական և նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակը, ինչպես նաև մի շարք բժշկասոցիալական գործոններ՝ ծնողների տարիքը, առողջական վիճակը, մոր կրթական մակարդակը, ծննդաբերության ընթացքը, ընտանիքում երեխաների թիվը, ընտանիքի ամբողջությունը և հոգեբանական կլիման, երեխայի դաստիարակությանը հոր մասնակցության աստիճանը, ինչպես նաև կրճքով կերակրելու տևողությունը:

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների ԿՈ-ի համեմատական գնահատականը կախված էրեխայի դաստիարակության պայմաններից (Me, Q25-Q75, M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	երկու ծնողները	միայն մայրը	P	երկու ծնողները		միայն մայրը	
				M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
Ծնողների գնահատականը							
BC	4,8 (3,1-4,5)	4,1(3,2-4,7)	<0,05	4,3±0,09	86%	3,9±0,03	78%
ASA	3,5 (3,9-4,0)	3,2(3,2-3,8)	<0,05	3,2±0,03	64%	3,1±0,03	62%
FE	4,7(3,2-4,6)	3,8(3,0-4,5)	<0,05	4,2±0,08	84%	3,7±0,03	64%
NbDPH	4,9(3,1-4,7)	3,4(3,1-3,9)	<0,05	3,9±0,07	78%	3,1±0,08	62%
TS	4,7(3,1-4,5)	3,6 (3,0-4,1)	<0,05	4,1±0,07	82%	3,4±0,02	68%
Մանկաբույժների գնահատականը							
BC	4,6 (3,0-4,3)	3,9(3,1-4,0)	<0,05	4,1±0,05	82%	3,5±0,03	70%
ASA	3,7 (2,8-4,0)	3,1(2,9-3,3)	<0,05	3,0±0,03	60%	2,9±0,04	58%
FE	4,7(3,0-4,8)	3,8(3,1-4,1)	<0,05	4,0±0,05	80%	3,5±0,05	70%
NbDPH	3,9(3,1-4,5)	3,8(2,9-4,1)	<0,05	3,6±0,07	72%	3,0±0,05	60%
TS	4,1(3,1-4,7)	3,6 (3,0-4,8)	<0,05	3,8±0,03	76%	3,2±0,02	64%

Մեր կողմից դիսպերսիոն վերլուծության են ենթարկվել մինչև 1 տարեկան երեխաների ԿՈ-ի չափանիշների վրա ազդող բժշկական նսաբանական գործոնները (աղ. 33):

Ըստդիսպերսիոն վերլուծության տվյալների կյանքի որակի վրա \$ակտորալ դիսպերսիայի չափաբաժինը մեծ է եղել հետևյալ բժշկական նսաբանական գործոնների համար .

1. Երեխայի սեռը $\eta_x^2 = 0,952(95,2\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,048(4,8)$
2. Ծննդաբերության ընթացքը $\eta_x^2 = 0,952(95,2\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,048(4,8)$
3. Առողջական վիճակի շեղումներ $\eta_x^2 = 0,945(94,5\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,05(5,0)$
4. Ծննդաբերության հերթական համարը $\eta_x^2 = 0,897(89,7\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,103(10,3)$
5. Երեխայի ինտելեկտի գործակիցը ըստ Ապգարի սանդղակի $\eta_x^2 = 0,743(74,3\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,257(25,7)$
6. Մոր տարիքը $\eta_x^2 = 0,605(60,5\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,395(39,5)$
7. Ընդանուր բժշկական նսաբանական գործոնների ազդեցությունը $\eta_x^2 = 0,797(79,7\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,203(20,3)$

Աղյուսակ 33

Մինչև 1 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների վրա ազդող բժշկական և սաբանական գործոնների ֆակտորային վերլուծություն

	Բժշկական և սաբանական գործոններ	$C_o = \sum (M_o - M_g)^2$ Ընդհանուր դիսպերսիա	$C_f = \sum (M_g - M_o)^2$ Ֆակտորային և միջխմբային դիսպերսիա	$C_c = \sum (V - M_g)^2$ Պատահական կամ մնացորդային դիսպերսիա	η_x^2 %	Fi	F _{st} (P≤0,5; P≤0,1)
1.	Ֆզիկական զարգացում	0,28	0,3	0,25	10,7	12,5	5,59-12,25
2.	Առողջական խումբ	0,689	0,303	0,386	44,9	7,82	4,74-9,55
3.	Երեխայի սեռը	3,257	3,1	0,157	95,2	26,4	9,55-30,81
4.	Երեխայի ինտելեկտի գործակիցը ըստ Ապարիսանդակի	0,67	0,495	0,175	74,3	9,5	9,55-30,81
5.	Առողջական վիճակի շեղումներ	3,62	3,42	0,203	94,5	11,3	10,13-34,12
6.	ՆՅՁ մակարդակ	0,233	0,3	0,203	12,9	7,9	4,74-9,55
7.	Երեխայի առողջության ինդեքսը	0,37	0,14	0,23	38,9	8,6	4,74-9,55
8.	Կրծքով կերակրման տևողություն	0,24	0,5	0,19	20,8	7,8	4,74-9,55
9.	Ծննդաբերության հերթական համար	0,26	0,233	0,27	89,7	16,7	10,13-34,12
10.	Հղիության ընթացքը	0,342	0,189	0,153	55,3	10,5	10,13-34,12
11.	Ծննդաբերության ընթացքը	0,209	0,199	0,1	95,2	12,7	10,13-34,12
12.	Մոր տարիքը	0,43	0,26	0,17	60,5	8,9	4,74-9,55
	ԸՆԴԱՄԵՆԸ	0,883	0,703	0,18	79,7	7,6	4,74-9,55

Մինչև 1 տարեկան երեխաների ԿՈ-ի չափանիշների վրա ազդող սոցիալ-հիգիենիկ գործոնների
ֆակտորային վերլուծություն

	Սոցիալ-հիգիենիկ գործոններ	$C_o = \sum (M_o - M_g)^2$ Ընդհանուր դիսպերսիա	$C_f = \sum (M_g - M_o)^2$ Ֆակտորալ կամ միջխմբային դիսպերսիա	$C_c = \sum (V - M_g)^2$ Պատահական կամ մնացորդային դիսպերսիա	η_x^2	Fi	F _{st} (P≤0,5; P≤0,1)
1.	Ընտանիքի տիպը	3,917	0,36	3,557	9,19	1,417	1,46-1,69
2.	Ծնողների կրթական մակարդակը	4,218	0,025	4,215	0,59	0,08	4,18-7,6
3.	Ընտանիքում երեխաների թիվը	1,432	0,18	1,41	1,28	0,152	1,0-1,09
4.	Ընտանիքի հոգեբանական կլիման	5,454	1,266	4,189	30,22	4,23	2,93-4,54
5.	Երեխայի դաստիարակությանը ծնողների մասնակցության ձևը	3,35	0,4	3,31	1,19	0,169	1,0-1,09
6.	Վնասակար սովորույթների առկայությունն ծնողների մոտ	6,194	0,951	5,244	18,11	2,538	2,6-3,78
7.	Ծնողների սոցիալական կարգավիճակ	3,99	0,64	3,35	9,11	2,675	2,6-3,78
8.	Ընտանիքի կենցաղային ալյամանները	6,237	1,322	4,915	21,2	3,767	2,93-4,54
	ԸՆԴԱՄԵՆԸ	4,349	0,575	3,77	13,22	1,87	1,0-1,09

77

Մինչև 1 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների վրա ազդող սոցիալ-հիգիենիկ գործոնների դիսպերսիոն վերլուծության արդյունքներն (աղ.34) արձանագրել են հետևյալ գործոնների ազդեցության ֆակտորալ դիսպերսիայի չափաբաժնի մեծ տեսակարար կշիռ.

1. Ընտանիքի հոգեբանական կլիման $\eta_x^2 = 0,302(30,2\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,692(69,2)$
2. Ընտանիքի կենցաղային պայմանները $\eta_x^2 = 0,212(21,2\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,788(78,8)$
3. Վնասակար սովորույթների առկայությունը ծնողների մոտ $\eta_x^2 = 0,1811(18,1\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,819(81,9)$
4. Ընդանուր սոցիալ-հիգիենիկ գործոնների ազդեցությունը $\eta_x^2 = 0,1322(13,22)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,868(86,8)$

1-3 տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշների գնահատումը պայմանավորված բժշկակենսաբանական և սոցիալ-հիգիենիկ գործոններով

Երեխաների այս տարիքային խմբում ընդգրկվել են 1182 երեխա: Ըստ սենյակի խումբն ունեցել է հետևյալ կառուցվածքը, 54,5% տղաներ և 45,5% աղջիկներ: Այս տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ի չափանիշները ներկայացված են աղյուսակ 35-ում: Ծնողների այդ տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ն գնահատել են $4,0 \pm 0,07$ բալ (80%), իսկ մանկաբույժները՝ $3,8 \pm 0,05$ բալ (76%):

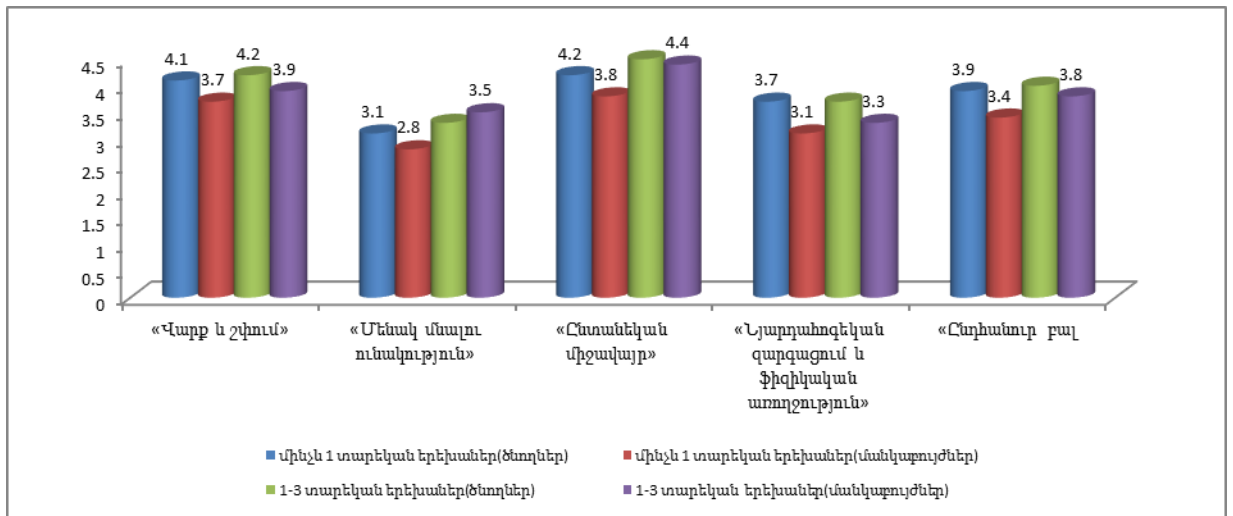
Աղյուսակ 35

1-3 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի գնահատումը QUALIN հարցաթերթի օգնությամբ (Me, Q25-Q75, M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	ըստ ծնողների գնահատման	ըստ մանկաբույժների գնահատման	P	ըստ ծնողների գնահատման		ըստ մանկաբույժների գնահատման	
				M±m	M/5*100 %	M±m	M/5*100 %
BC	4,4 (3,2-4,5)	4,1(3,3-4,7)	<0,001	4,2±0,05	84%	3,9±0,03	78%

ASA	3,9 (3,1-4,7)	3,7(3,2-4,5)	<0,001	3,3±0,03	66%	3,5±0,03	70%
FE	4,7(3,2-4,7)	4,7(3,2-4,6)	<0,001	4,5±0,07	90%	4,4±0,06	88%
NbDPH	3,7(3,2-4,0)	3,9(3,0-4,1)	<0,001	3,7±0,03	74%	3,3±0,03	66%
TS	4,5(3,4-4,7)	4,4 (3,3-4,8)	<0,001	4,0±0,07	80%	3,8±0,05	76%

Ինչպես երևում է հետազոտության տվյալներից, հարցմանը մասնակցածները բարձր են գնահատել ԿՌ-ի «Վարք և շփում» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները, իսկ «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» և «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշները ունեցել են ցածր մակարդակ: Ծնողները և մանկաբույժները գրեթե նույն ձևով են գնահատել այս տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ն, բացառությամբ «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշների: Ստացված տվյալներն համեմատելով մինչև մեկ տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների հետ, տեսնում ենք, որ 1-3 տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ի «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշը հավաստի բարձր է եղել, համեմատած մինչև մեկ տարեկան երեխաների նույն չափանիշի հետ: Ընդ որում նույնատիպ են գնահատել և մանկաբույժները, և ծնողները (գծ. 9):



Գծապատկեր 9. Վաղ տարիքի տարիքային խմբերում ԿՌ-ի չափանիշների համեմատական բնութագիրը

Ի տարբերություն մինչև մեկ տարեկան երեխաների, 1-3 տարեկանների մոտ ԿՌ-ի «Ընդհանուր բալ»-ը ըստ սեռի էական տարբերություն չի գրանցել ոչ ծնողների և ոչ էլ մանկաբույժների պատասխաններում (աղ. 36):

Ծնողները բարձր են գնահատել տղաների ԿՌ-ի միայն «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշը: Ըստ մանկաբույժների

գնահատականի, տղաների մոտցածր է եղել «Վարք և շփում» և «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշները:

Այս տարիքային խմբում մեր կողմից ուսումնասիրվել է նաև ԿՈ-ի վրա երեխայի առողջական վիճակի ազդեցությունը: Առողջական ի խումբ ունեցող երեխաների ԿՈ-ի բոլոր չափանիշները, համեմատած II և III խմբերի, հավաստի բարձր են եղել ($P < 0,05$):

Այլ ուսակ 36

1-3 տարեկան երեխաների կյանքի որակի սեռային առանձնահատկությունները (Me, Q25-Q75, $M \pm m$, %)

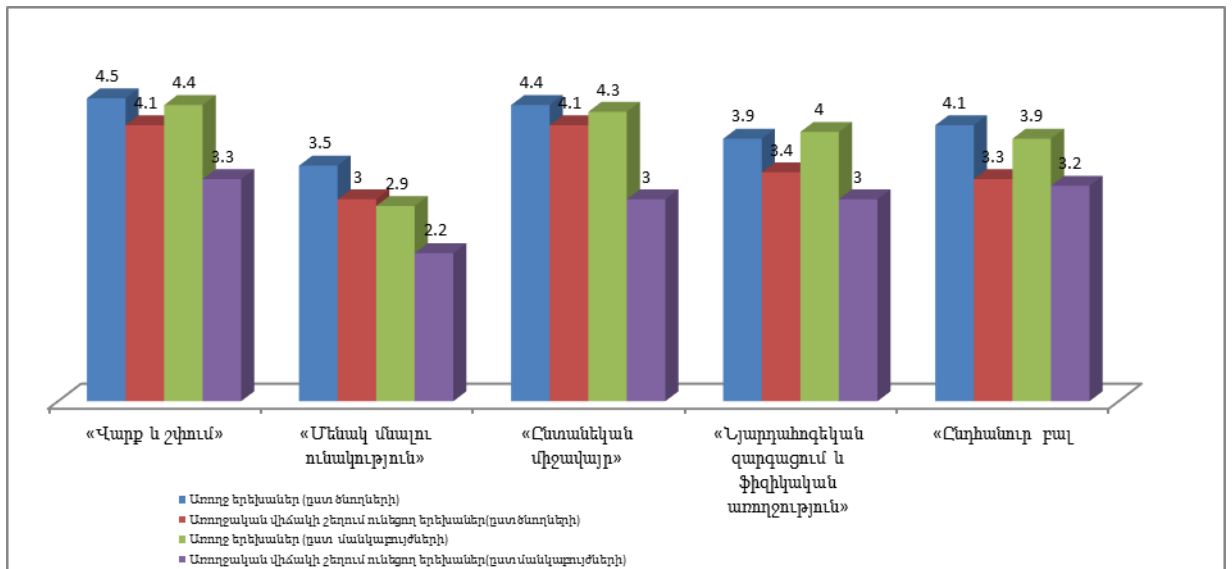
Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն ($M \pm m$)				
	տղաներ (n=644)	աղջիկներ (n=538)	P	տղաներ (n=644)		աղջիկներ (n=538)	
				$M \pm m$	M/5*100 %	$M \pm m$	M/5*100 %
Ծնողների գնահատականը							
BC	4,5 (3,1-4,5)	4,5(3,1-4,5)	<0,001	4,0±0,05	80%	4,3 ±0,05	86%
ASA	3,5 (3,9-4,0)	3,8(3,0-3,5)	<0,001	3,3±0,04	66%	3,3 ±0,04	66%
FE	4,9(3,2-4,6)	4,1(3,2-4,7)	<0,001	4,7±0,04	94%	4,4± 0,05	88%
NbDPH	4,0(3,1-4,7)	4,1(3,1-4,1)	<0,001	3,6±0,03	72%	3,8±0,04	64%
TS	4,0(3,1-4,5)	4,1 (3,1-4,5)	<0,001	3,9±0,05	78%	3,9±0,04	76%
Մանկաբույժների գնահատականը							
BC	4,6 (3,0-4,3)	3,9(3,0-4,5)	<0,001	3,5±0,04	70%	3,9± 0,05	76%
ASA	3,7 (2,8-4,0)	3,1(2,6-3,9)	<0,001	3,4±0,03	68%	3,6±0,03	72%
FE	4,7(3,0-4,8)	3,8(3,1-4,1)	<0,001	4,4±0,04	88%	4,4±0,05	88%
NbDPH	3,9(3,1-4,5)	3,8(2,9-4,1)	<0,001	3,2±0,03	64%	3,4±0,04	68%
TS	4,1(3,1-4,7)	3,6 (3,1-4,5)	<0,001	3,8±0,04	76%	3,8±0,04	76%

Ըստ մանկաբույժների պատասխանների արդյունքների, գրանցվել է առողջական խմբերից ԿՈ-ի բոլոր չափանիշների կախվածություն հավաստի տարբերություն, «Ընդհանուր բալ», «Վարք և շփում», «Մենակ մնալ ու ունակություն», «Ընտանեկան միջավայր», «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» դեպքերում ($P < 0,01$): Հարցմանը մասնակցած ծնողների պատասխանների արդյունքների վերլուծությունն արձանագրել է նույն օրինաչափությունը: Հայտնաբերվել է հավաստի տարբերություն ԿՈ-ի բոլոր չափանիշների համար ($P < 0,05$):

Մեր հետազոտության հիմնական խնդիրներից մեկը կյանքի որակի չափանիշների վրա առողջական վիճակի հնարավոր ազդեցության առանձնահատկությունների հայտնաբերումն է: Այդ նպատակով մենք համեմատել ենք առողջական տարբեր խմբեր

ունեցող 1-3 տարեկան երեխաների կյանքի որակը: Ըստ հետազոտության տվյալների պարզվել է, որ ծնողները և մանկաբույժները ցածր են գնահատել առողջական II և III խումբ ունեցող երեխաների կյանքի որակը: Ինչպես երևում է ստացված տվյալներից, առողջական առաջին խումբ ունեցող երեխաների հետ համեմատած, առողջական 2-րդ և 3-րդ խումբ ունեցող երեխաների կյանքի որակը գնահատվել է ավելի ցածր: Ֆակտորային վերլուծության հիման վրա հայտնաբերվել է, որ խմբերում ծնողների պատասխանը հավաստի տարբերվում է ԿՌ-ի հետևյալ չափանիշներում՝ «Ընդհանուր բալ», «Վարք և շփում», «Ընտանեկան միջավայր», «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն»: Բազմակի համեմատությունների մեթոդի օգնությամբ հայտնաբերվել է, որ ԿՌ-ի բոլոր չափանիշներում տարբերություն գրանցվել է միայն առողջական 1-ին և 2-րդ, 1-ին և 3-րդ խմբերի միջև, իսկ 2-րդ և 3-րդ խմբերի միջև հավաստի տարբերություն չի գրանցվել: Խմբերի միջև հայտնաբերվել է հավաստի տարբերություն ըստ ԿՌ հետևյալ չափանիշների՝ «Ընդհանուր բալ» (62%), «Մենակ մնալ ու ունակություն» (40%) (աղ.37):

Այսպիսով, 1-3 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի վրա էական ազդեցություն է ունենում երեխայի առողջական խումբը: Այսպես, առողջական I խումբ ունեցողների ԿՌ-ի բոլոր չափանիշները եղել են հավաստի բարձր, համեմատած առողջական շեղումներ ունեցողների ԿՌ-ի հետ: Այս փաստը հաշվի առնելով, մենք համեմատել ենք առողջական I խումբ ունեցող երեխաների ԿՌ-ն 1-3 տարիքային խմբում հաճախ հանդիպող հիմնական հիվանդությունների ժամանակ ԿՌ-ի փոփոխությունների հետ: Արդյունքները ներկայացված են գծապատկեր 10-ում:



Գծապատկեր 10. 1-3 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների առանձնահատկությունները կախված առողջական վիճակից

Աղյ ու սակ 37

1-3 տարեկան երեխաների կյանքի որակի առանձնահատկությունները կախված առողջական խմբից
(Me, Q25-Q75, M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)			Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)					
	I խումբ (n=596)	II խումբ (n=483)	III խումբ (n=103)	I խումբ (n=596)		II խումբ (n=483)		III խումբ (n=103)	
				M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
Ըստճնողների գնահատմանի									
BC	4,8 (3,1-4,8)	4,6 (3,1-4,5)	4,0(3,1-4,3)	4,5±0,05*	90%	4,1±0,04	82%	3,7±0,03*	74%
ASA	3,9 (2,9-4,2)	3,5 (2,9-3,9)	3,0(2,9-3,7)	3,5±0,06*	70%	3,0±0,07	60%	2,9±0,02*	58%
FE	4,7(3,0-4,8)	4,6(3,2-4,4)	4,0(3,7-4,5)	4,4±0,06*	88%	4,1±0,07	82%	3,9±0,03*	78%
NbDPH	4,1(3,4-4,5)	3,9(3,2-3,7)	3,9(3,9-4,0)	3,9±0,06*	78%	3,7±0,03	74%	3,2±0,03*	64%
TS	4,9(3,2-4,8)	4,5(3,2-4,4)	3,9 (3,1-4,0)	4,1±0,04*	82%	3,7±0,04	74%	3,4±0,03*	68%
Ըստմանկարգի ժների գնահատմանի									
BC	4,7 (3,2-4,6)	4,0 (3,1-4,4)	3,6(3,0-3,5)	4,4±0,07*	88%	3,7±0,03	74%	3,3±0,03*	66%
ASA	4,1 (3,1-4,2)	2,5 (2,5-3,5)	2,2(2,0-3,0)	3,9±0,03*	78%	2,7±0,02	54%	2,0±0,02*	40%
FE	4,8(3,3-4,3)	4,5(3,5-4,4)	4,0(3,1-3,9)	4,3±0,05*	86%	4,1±0,06	82%	3,8±0,03*	76%
NbDPH	4,8(3,6-4,7)	3,8(3,2-4,7)	3,4(2,7-3,5)	4,0±0,07*	80%	3,5±0,03	70%	3,0±0,04*	60%
TS	4,7(3,6-4,8)	3,5(3,0-4,0)	3,5 (2,9-3,7)	4,0±0,06*	80%	3,5±0,03	70%	3,1±0,03*	62%

Այսպես, ըստ մանկաբույժների կարծիքի, առողջ երեխաների ԿՌ-ի չափանիշները հավաստի տարբեր են առողջական շեղումներ ունեցող երեխաների ԿՌ-ի չափանիշներից, «Ընդհանուր բալ» (3,9±0,04-3,2±0,05), «Վարք և շփում» (4,7±0,05-3,3±0,06), «Մենակ մնալ ու ունակություն» (2,9±0,05-2,2±0,05) «Ընտանեկան միջավայր» (4,3±0,05-3,0±0,05), «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (4,0±0,05-3,0±0,05) չափանիշների համար (P<0,05): Ծնողների կողմից արտահայտված կարծիքում ԿՌ-ի չափանիշների տարբերությունն ըստ առողջական վիճակի շեղումների առկայության կամ բացակայության ունեցել է հետևյալ պատկերը, «Ընդհանուր բալ» (4,1±0,04-3,3±0,05), «Վարք և շփում» (4,5±0,05-4,1±0,04), «Մենակ մնալ ու ունակություն» (3,5±0,06-3,0±0,05) «Ընտանեկան միջավայր» (4,4±0,06-4,1±0,04), «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (3,9±0,05-3,4±0,06) (P<0,05): Անհրաժեշտ է նշել, որ առողջ երեխաների խմբում ծնողների և մանկաբույժների գնահատականների միջև տարածայնություններ չի արձանագրվել, ինչը չի կարելի ասել առողջական վիճակի շեղումներ ունեցող երեխաների ԿՌ-ի գնահատման ծնողական և մանկաբուժական պատասխանների վերաբերյալ: Առողջական վիճակի շեղումներ ունեցող երեխաների ԿՌ-ի գնահատման ծնողական և մանկաբուժական տարբերակների միջև գրանցվել է տարածայնություններ: Այդ տարածայնությունները առավել արտահայտված են եղել «Վարք և շփում», «Մենակ մնալ ու ունակություն» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշների համար: ԿՌ-ի այդ ասպեկտները մանկաբույժները գնահատել են ցածր: Ներկայացնենք դրանց միջև առկա փոխազդեցությունը առանձնահատկությունները ԿՌ-ի վրա 1-3 տարեկան երեխաների ֆիզիկական զարգացման մակարդակի ազդեցությունը: Ուսումնասիրությունը պարզեց, որ միջին մակարդակից ցածր ֆիզիկական զարգացումը իջեցնում է երեխայի ԿՌ-ն: Ծնողների հարցման տվյալների վերլուծության հիման վրա, հավաստի տարբերություն հայտնաբերվել է ցածր ֆիզիկական զարգացում ունեցող երեխաների ցուցանիշների և միջին ու բարձր ֆիզիկական զարգացում ունեցողների ԿՌ-ի բոլոր չափանիշների միջև (P<0,05): Այսպիսի օրինաչափություն է հայտնաբերվել նաև մանկաբույժների հարցման տվյալների վերլուծության արդյունքում (աղ.38): Ֆիզիկական զարգացման ցածր մակարդակ ունեցողների ԿՌ-ի չափանիշներից առավել շատ տուժում է «Ընտանեկան միջավայր» (40%), իսկ բարձրի

դեպքում՝ «Մենակ մնալ ու ունակություն» (50%) և «Ընդհանուր բալ» (50%) չափանիշները:

Նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակի ազդեցության գնահատումը ցույց է տվել, որ ՆՅԶ դանդաղումը նպաստում է ԿՈ-ի իջեցմանը: Արդյունքները ներկայացված են աղյուսակ 39-ում: Ընդ որում, առավել տուժում է ԿՈ-ի «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշը (ըստ ծնողների գնահատականի՝ 50%, ըստ մանկաբույժների՝ 42%):

Ինչպես երևում է աղյուսակից, նորմալ նյարդահոգեկան զարգացում ունեցողների հետ համեմատած, նյարդահոգեկան զարգացման դանդաղ ընթացքով երեխաների ԿՈ-ի բոլոր չափանիշները եղել են ցածր: Այսպիսի օրինաչափություն արձանագրել են ինչպես մանկաբույժները, այնպես էլ ծնողները:

Համեմատելով այդ տարիքային խմբի երեխաների ԿՈ-ի վրա բժշկական օգնության այնպիսի գործոնների ազդեցությունը, ինչպիսիք են հղիության և ծննդաբերության հերթական համարը, հղիության և ծննդաբերության ընթացքը, ծնողների առողջական վիճակը, նրանց տարիքը, երեխայի սնուցման տեսակը, ծնողների բժշկական ակտիվությունը, խմբերի միջև հավաստի տարբերություն չի գրանցվել: Ինչ վերաբերվում է նորածնի առողջական վիճակի (ըստ գնահատման Ապգարի սանդղակի) և կյանքի որակի չափանիշների միջև կապին, ապա հետազոտության արդյունքները հիմնավորում են, որ առկա է ուղիղ համեմատական, ուժեղ կորելացիոն կապ ($R = +0,9; p < 0.05$): Սոցիալ-հիգիենիկ գործոններից ԿՈ-ի չափանիշների վրա բացասական ազդեցություն են ունեցել հետևյալ գործոնները՝ ոչ լրիվ ընտանիք, ծնողների ցածր կրթական մակարդակ, ծնողների սոցիալական կարգավիճակ, ծնողների մոտ վնասակար սովորությունների առկայություն, երեխայի դաստիարակությանը միայն մոր մասնակցություն:

Սոցիալական գործոններից **ոչ լրիվ ընտանիք գործոնը**, ըստ ծնողների կարծիքի, ազդում է այդ տարիքային խմբի երեխաների ԿՈ-ի «Ընդհանուր բալ»-ի ($4,1 \pm 0,5$ ամբողջական ընտանիքում, $3,9 \pm 0,03$ ոչ լրիվ ընտանիքում), «Մենակ մնալ ու ունակություն» ($3,9 \pm 0,04$ ամբողջական ընտանիքում, $3,0 \pm 0,04$ ոչ լրիվ ընտանիքում), և «Ընտանեկան միջավայր» ($4,6 \pm 0,05$ ամբողջական ընտանիքում, $4,1 \pm 0,06$ ոչ լրիվ ընտանիքում), չափանիշների միջին մակարդակի վրա: Ըստ մանկաբույժների կարծիքի, այդ սոցիալական գործոնն ազդում է միայն «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշի վրա:

Մեր կողմից վերլուծության է ենթարկվել նաև ընտանիքի տիպի ազդեցությունը մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշների վրա: Պարզվել է, որ մեծ ընտանիքում, որտեղ ընտանիքի անդամների թիվը 6 և ավել մարդ է, բարձր են երեխաների կյանքի որակի «Վարք և շփում» և «Մենակ մնալու ու նակություն» չափանիշները (աղ.40):

1-3 տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշների գնահատումը պայմանավորված ֆիզիկական զարգացման մակարդակով (M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ֆիզիկական զարգացման մակարդակները ըստ ցենտիլների													
	2 ստgածր		gածր		միջինից gածր		միջին		միջինից բարձր		Բարձր		2 ստբարձր	
	M±m	M/5*100 %	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100 %	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
Ըստ ծնողների գնահատմանի														
BC	2,1±0,02	42%	2,4±0,02	48%	3,5±0,03	70%	3,9±0,03	78%	3,1±0,03	62%	2,7±0,02	54%	2,0±0,02	40%
ASA	2,2±0,02	44%	2,3±0,02	46%	4,1±0,04	82%	4,1±0,04	82%	3,0±0,03	60%	2,7±0,02	54%	2,0±0,02	40%
FE	2,1±0,02	42%	2,1±0,02	42%	4,0±0,04	80%	4,2±0,04	84%	4,0±0,04	80%	3,0±0,02	60%	2,4±0,02	48%
NbDPH	2,6±0,02	52%	2,2±0,02	44%	3,7±0,03	74%	4,0±0,04	80%	3,6±0,03	72%	3,1±0,05	62%	2,0±0,02	40%
TS	2,2±0,02	44%	2,3±0,02	46%	3,9±0,03	78%	4,1±0,04	82%	3,5±0,03	70%	2,9±0,05	58%	2,1±0,02	42%
Ըստ մանկաբույժների գնահատմանի														
BC	2,0±0,02	40%	2,1±0,02	42%	3,0±0,03	60%	3,1±0,03	62%	3,0±0,03	60%	2,6±0,05	52%	2,0±0,02	40%
ASA	2,0±0,02	40%	2,2±0,02	44%	3,0±0,03	60%	3,0±0,03	60%	3,1±0,03	62%	2,5±0,05	50%	2,1±0,02	42%
FE	2,1±0,02	42%	2,0±0,02	40%	3,9±0,03	78%	3,9±0,03	78%	4,1±0,04	82%	2,9±0,05	58%	2,1±0,02	42%
NbDPH	2,3±0,02	46%	2,1±0,02	42%	3,1±0,03	62%	3,9±0,03	78%	3,4±0,03	68%	2,7±0,05	54%	2,1±0,02	42%
TS	2,2±0,02	44%	2,1±0,02	42%	3,4±0,03	68%	3,5±0,03	70%	3,5±0,03	70%	2,5±0,05	50%	2,1±0,02	42%

Նյարդահոգեկան զարգացման տարբեր մակարդակ ունեցող 1-3 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների համեմատական բնութագիրը (Me, Q25-Q75, M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	ըստ ծնողների գնահատման	ըստ մանկաբույժների գնահատման	P	ըստ ծնողների գնահատման		ըստ մանկաբույժների գնահատման	
				M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
	Նորմալ ՆՐ2						
BC	4,7(3,7-4,9)	4,7(3,7-4,9)	<0,001	4,5±0,07	90%	4,4±0,07	88%
ASA	3,7 (3,5-4,5)	3,1(2,7-3,7)	<0,001	3,5±0,03	70%	2,9±0,02	58%
FE	4,7(3,3-4,8)	4,5(3,7-4,8)	<0,001	4,4±0,08	88%	4,3±0,07	86%
NbDPH	4,0(3,2-4,5)	4,7(3,7-4,9)	<0,001	3,9±0,03	78%	4,0±0,07	80%
TS	4,5(3,9-4,9)	4,0 (3,2-4,6)	<0,001	4,1±0,06	82%	3,9±0,03	78%
	ՆՐ2 դանդաղում						
BC	4,8 (2,7-4,2)	3,7(3,0-4,0)	<0,001	4,4±0,06	88%	3,1±0,03	62%
ASA	3,0 (2,6-3,9)	2,7(2,5-3,1)	<0,001	2,5±0,02	50%	2,1±0,02	42%
FE	4,9(3,3-4,9)	4,1(3,3-4,4)	<0,001	4,3±0,05	86%	3,7±0,03	74%
NbDPH	3,8(2,9-4,0)	3,6(2,9-3,9)	<0,001	3,2±0,02	64%	3,0±0,03	60%
TS	4,1(3,1-4,7)	3,6 (3,2-4,5)	<0,001	3,5±0,03	74%	3,2±0,03	61.6%

98

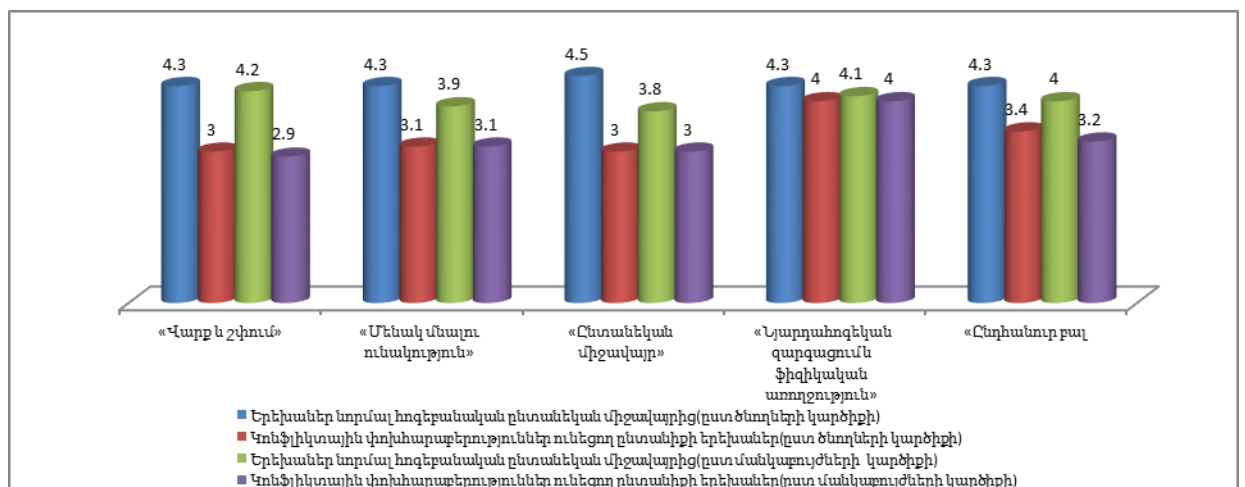
1-3 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների բնութագիրը պայմանավորված ընտանիքի տեսակի (Me, Q25-Q75, M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)			P	Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)					
	փոքր ընտանիք	միջին ընտանիք	մեծ ընտանիք		փոքր ընտանիք		միջին ընտանիք		մեծ ընտանիք	
					M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
BC	4,0 (3-4,8)	4,5(3,5-4,7)	4,9(3,5-4,7)	<0,001	3,7±0,03	74%	4,1±0,06	82%	4,8±0,05	96%
ASA	3,2(2,9-4,1)	4,8(3,5-4,9)	5,0(4,1-4,9)	<0,001	3,1±0,05	62%	4,8±0,09	96%	5,0±0,05	100%
FE	4,3(3,1-4,9)	4,5(3,5-4,9)	4,5(4,0-4,9)	<0,001	4,0±0,05	80%	4,1±0,05	82%	4,1±0,05	82%
NbDPH	4,1(3,2-4,4)	4,1(3,6-4,5)	4,5(4,1-4,9)	<0,001	3,8±0,05	76%	3,9±0,05	78%	4,1±0,05	82%
TS	3,9(3,0-4,1)	4,4 (3,7-4,7)	4,9(4,0-4,9)	<0,001	3,65±0,05	73%	4,23±0,05	84.6%	4,5±0,05	90%

Ինչ վերաբերում է ծնողների կրթական մակարդակին, և՛ մանկաբույժները, և՛ ծնողները բարձր են գնահատել այն երեխաների ԿՌ-ն, որոնց մոտ հատկապես մայրերն ունեցել են բարձրագույն կրթություն (4,5±0,06 բարձրագույն, 4,3±0,06 միջին մասնագիտական և միջնակարգ կրթություն՝ 4,0±0,05):

Ինչ վերաբերում է սոցիալական կարգավիճակ սոցիալ-հիգիենիկ գործոնին, ապա այն երեխաները, ովքեր այնպիսի ընտանիքից են, որտեղ մայրը սովորող կամ աշխատող է, «Վարք և շփում» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները այլ սոցիալական կարգավիճակ ունեցող ընտանիքի երեխաների եղել են վիճակագրորեն հավաստի ցածր ($P<0,001$): Ըստ հետազոտության տվյալների, ընտանիքի անբարենպաստ կենցաղային պայմանները բացասական ազդեցություն են ունեցել ԿՌ-ի այնպիսի չափանիշների վրա, ինչպիսիք են «Ընդհանուր բալ»-ը (4,2±0,05-3,9±0,04), «Մենակ մնալու ունակություն»-ը (3,9±0,05-2,9±0,03), «Ընտանեկան միջավայր»-ը (4,5±0,05-3,2±0,06), «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն»-ը (3,9±0,05-3,1±0,06):

1-3 տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ի վրա ազդում է նաև ընտանիքի հոգեբանական կլիման: Ըստ ծնողների հարցման տվյալների, կոնֆլիկտային ընտանիքում մեծացող երեխայի ԿՌ-ի չափանիշները ցածր են «Վարք և շփում», «Մենակ մնալու ունակություն» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները (գծ.11): Ընտանիքի կոնֆլիկտային վիճակն իջեցնում է երեխայի ԿՌ-ն: Պետք է նշել, որ մանկաբույժներն այս գործոնի ազդեցությունը ԿՌ-ի վրա ավելի բարձր են գնահատել, քան ծնողները ($p<0,001$):



Գծապատկեր 11. Ընտանիքի հոգեբանական կլիմայի ազդեցությունը 1-3 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների վրա

Մեր կողմից ուսումնասիրվել է նաև ծնողների մոտ վնասակար սովորույթների առկայության ազդեցությունը երեխաների ԿՌ-ի վրա: Ծնողների շրջանում անցկացրած սոցիոլոգիական հարցման տվյալներից պարզվել է, որ վնասակար սովորույթների առկայությունն ընտանիքում իջեցնում է 1-3 տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ի ինչպես ընդհանուր բալը, այնպես էլ «Վարք և շփում» ($4,3 \pm 0,05 - 3,9 \pm 0,04$) և «Ընտանեկան միջավայր» ($4,5 \pm 0,05 - 4,0 \pm 0,04$) չափանիշները: Այնպիսի սոցիալական գործոն, ինչպիսին է հորմասնակցությունը երեխայի դաստիարակությանը, նպաստել է ԿՌ-ի «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշի բարձրացմանը: Այս փաստն արձանագրել են և՛ ծնողները, և՛ մանկաբույժները:

Մեր կողմից ուսումնասիրված սոցիալական գործոններից ԿՌ-ի չափանիշների վրա ազդեցություն է ունեցել նաև ընտանիքում երեխաների թիվը: Ընտանիքում 3 և ավել երեխայի առկայությունն ազդել է ԿՌ-ի «Ընդհանուր բալ»-ի, «Վարք և շփում» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշների վրա ($p < 0,001$):

Կարևոր սոցիալ-հիգիենիկ գործոն է վնասակար սովորույթների առկայությունը, ինչը ըստ հետազոտության արդյունքների նույնպես բացասական ազդեցություն է ունեցել ԿՌ-ի չափանիշների վրա: Այսպես, այն երեխաները, որոնք մեծանում են այնպիսի ընտանիքում, որտեղ ծնողների մոտ առկա է վնասակար սովորույթներ, գրանցվել է ԿՌ-ի «Վարք և շփում», «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշների ցածր մակարդակ ($p < 0,001$): Բժշկակենսաբանական կարևոր գործոնից մյուսը ընտանիքի առողջական վիճակի ԿՌ-ի չափանիշների վրա ազդեցության վերլուծությունը, պարզել է, որ հաճախակի հիվանդացող ընտանիքներում մեծացող երեխաների ԿՌ-ի չափանիշները եղել են ցածր: Յատկապես տուժել են ԿՌ-ի «Վարք և շփում» (58%) և «Մենակ մնալու ունակություն» (56%) չափանիշները (աղ. 41): Յամբատելով ԿՌ-ի չափանիշների կախվածությունն ընտանիքի երեխաների թվից, պարզվել է, որ ուսումնասիրվող գործոնը չի իջեցնում ԿՌ-ն, քանի որ խմբերի միջև հավաստի տարբերություն չի գրանցվել ($P > 0,05$): Մեր կողմից կատարվել է կորելյացիոն վերլուծություն նաև ԿՌ չափանիշների և բժշկասոցիալական, ինչպես նաև սոցիալ-հիգիենիկ միջառք գործոնների միջև: Այդ տվյալները ներկայացված են աղյուսակներ 42,43,44,45 -ում: Անհրաժեշտ է նշել, որ բժշկակենսաբանական գործոնների և ԿՌ-ի չափանիշների միջև կորելյացիոն կապը, ծնողների կողմից գնահատվել է շատ հազվադեպ:

Ըստ ծնողների կարծիքի, երեխաների ԿՌ-ի վրա բացասական ազդեցություն են ունենում մի շարք սոցիալական գործոններ:

Աղյուսակ 41

1-3 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների բնութագրող պայմանավորված ընտանիքի առողջական վիճակի մակարդակով (M±m)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)			Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)						
	քիչ հիվանդացող ընտանիք	միջին մակարդակի հիվանդացող ընտանիք	հաճախակի հիվանդացող ընտանիք	P	քիչ հիվանդացող ընտանիք		միջին մակարդակի հիվանդացող ընտանիք		հաճախակի հիվանդացող ընտանիք	
					M±m	M/5* 100%	M±m	M/5* 100%	M±m	M/5* 100%
BC	4,9 (3,1-4,9)	4,2(3,0-4,7)	3,2(3,0-3,9)	<0,001	4,5±0,05	90	3,9±0,03	78	2,9±0,02	58
ASA	3,9 (3,2-4,0)	3,9(2,7-3,8)	3,1(2,8-3,4)	<0,001	3,5±0,06	70	3,0±0,03	60	2,8±0,02	56
FE	4,9(3,0-5,0)	4,2(3,1-4,5)	4,1(3,2-4,3)	<0,001	4,4±0,06	88	3,9±0,03	78	3,9±0,04	78
NbDPH	4,2(3,1-4,9)	4,51(3,1-4,8)	3,8(2,5-3,9)	<0,001	3,9±0,06	78	3,0±0,03	60	3,0±0,04	60
TS	4,5(3,2-4,9)	4,5 (3,5-4,9)	4,9(3,2-4,7)	<0,001	3,7±0,05	82	3,5±0,05	70	4,5±0,05	62

06

Աղյուսակ 42

1-3 տարեկան երեխաների կյանքի որակի «Վարք և շփուլ» չափանիշի վրա ազդող հիմնական գործոնները

	Գործոն	Կապի բնույթը և ինտենսիվությունը	Գործակցի արժեքը
1.	Ֆիզիկական զարգացումը	միջին ու ժգնություն, ուղիղ համեմատական	(քաշ $R_{xy} = +0,5$, $p=0,01$, հասակ $R_{xy} = +0,4$ $p=0,01$)
2.	Նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակը	հակադարձ համեմատական, ուժեղ	$R = -0,8$, $p=0,01$
3.	Յուրաքանչյուր ընթացքը	հակադարձ համեմատական, ուժեղ	$R = -0,73$, $p=0,01$
4.	Առողջական խուլմբը	հակադարձ համեմատական, ուժեղ	$R = -0,8$, $p=0,02$
5.	Մոր տարիքը	հակադարձ համեմատական, թույլ	$R_{xy} = -0,4$, $p=0,02$
6.	Կրճքով կերակրելու տևողությունը	ուժեղ, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,8$, $p=0,01$
7.	Ծննդաբերության հերթական համարը	ուժեղ, ուղիղ համեմատական	$R = +0,8$, $p=0,01$
8.	Ինտելեկտի գործակիցը ըստ Ապարի սանդղակ	միջին, ուղիղ համեմատական կապ	$R = +0,5$, $p=0,05$

Աղյուսակ 43

1-3 տարեկան երեխաների կյանքի որակի «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշի վրաազդող գործոնները

	Գործոն	Կապի բնույթը և ինտենսիվությունը	Գործակցի արժեքը
1.	Ֆիզիկական զարգացումը	թուլլ, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,3, p=0,05$
2.	Նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակը	ուժեղ, հակադարձ համեմատական	$R = -0,9, p=0,01$
3.	Հղիության ընթացքը	ուժեղ, հակադարձ համեմատական	$R = -0,8, p=0,01$
4.	Առողջական խումբը	ուժեղ, հակադարձ համեմատական	$R = -0,8, p=0,01$
5.	Մոր տարիքը	թուլլ, հակադարձ համեմատական	$R_{xy} = -0,3, p=0,01$
6.	Կրճքով կերակրելու տևողությունը	միջին, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,5, p=0,05$
7.	Ծննդաբերության հերթական համարը	միջին, ուղիղ համեմատական	$R = +0,6, p=0,01$
8.	Ինտելեկտի գործակիցը ըստ Ապարի սանդղակի	միջին, ուղիղ համեմատական	$R = +0,4, p=0,05$

Աղյուսակ 44

1-3 տարեկան երեխաների կյանքի որակի «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշի վրաազդող բժշկական և սաբանական գործոնները

	Գործոն	Կապի բնույթը և ինտենսիվությունը	Գործակցի արժեքը
1.	Ֆիզիկական զարգացումը	թուլլ, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,2, p=0,01$
2.	Նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակը	ուժեղ, հակադարձ համեմատական	$R = +0,72, p=0,01$
3.	Հղիության ընթացքը	ուժեղ, ուղիղ համեմատական	$R = +0,8, p=0,01$
4.	Առողջական խումբը	ուժեղ, հակադարձ համեմատական	$R = -0,9, p=0,04$
5.	Մոր տարիքը	թուլլ, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,3, p=0,04$
6.	Կրճքով կերակրելու տևողությունը	միջին, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,5, p=0,04$
7.	Ծննդաբերության հերթական համարը	միջին, ուղիղ համեմատական	$R = +0,4, p=0,04$
8.	Ինտելեկտի գործակիցը ըստ Ապարի սանդղակի	ուժեղ, ուղիղ համեմատական	$R = +0,9, p=0,04$

Աղյուսակ 45

1-3 տարեկան երեխաների կյանքի որակի «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշի վրա ազդող գործոնները

Գործոն	Կապի բնույթը և ինտենսիվությունը	Գործակցի արժեքը
1. Ֆիզիկական զարգացումը	թուլլ, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,3, p=0,02$
2. Նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակը	ուժեղ, հակադարձ համեմատական	$R = -0,72, p=0,01$
3. Հղիության ընթացքը	ուժեղ, հակադարձ համեմատական	$R = -0,73, p=0,5$
4. Առողջական խումբը	միջին ուժգնություն, հակադարձ համեմատական	$R = -0,6, p=0,01$
5. Մոր տարիքը	թուլլ, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,2, p=0,05$
6. Կրճքով կերակրելու տևողությունը	թուլլ, ուղիղ համեմատական	$R_{xy} = +0,2, p=0,05$
7. Ծննդաբերության հերթական համարը	թուլլ, ուղիղ համեմատական	$R = +0,2, p=0,05$
8. Ինտելեկտի գործակիցը ըստ Ապարի սանդղակ	միջին, ուղիղ համեմատական	$R = +0,5, p=0,05$

Աղյուսակ 46

1-3 տարեկան երեխաների ԿՈ-ի չափանիշների վրա ազդող բժշկական և սոցիալական գործոնների ֆակտորային վերլուծություն

Բժշկական և սոցիալական գործոններ	$C_o = \sum (M_o - M)^2$ Ընդհանուր դիսպերսիա	$C_f = \sum (M_g - M_o)^2$ Ֆակտորային կամ միջխմբային դիսպերսիա	$C_c = \sum (V - M_g)^2$ Պատահական կամ մնացորդային դիսպերսիա	η_x^2	Fi	F _{st} (P≤0,5; P≤0,1)
1. Ֆիզիկական զարգացում	3,849	0,2064	3,643	6,01	0,680	1,00-1,09
2. Առողջական խումբ	4,297	0,346	3,951	8,05	1,05	1,00-1,09
3. Երեխայի սեռը	3,542	0,162	3,38	4,57	0,863	1,00-1,09
4. Երեխայի ինտելեկտի գործակիցը ըստ Ապարի սանդղակի	4,758	0	4,758		0,0	1,00-1,09
5. Առողջական վիճակի շեղումներ	5,888	4,39	1,498	74,6	11,862	9,55-30,81
6. ՆՅԶ մակարդակ	2,749	0,8643	2,663	3,1	0,389	1,00-1,09
7. Երեխայի առողջության ինդեքսը	3,529	2,457	0,71	69,6	18,248	10,13-34,12
8. Կրճքով կերակրման տևողություն	4,297	0,3457	3,951	8,1	1,05	1,00-1,09
9. Ծննդաբերության հերթական համար	2,749	0,86	2,663	3,27	0,389	1,00-1,09
10. Հղիության ընթացքը	2,749	0,864	2,664	3,27	0,389	1,00-1,09
11. Ծննդաբերության ընթացքը	1,129	0,714	1,057	6,2	0,811	1,00-1,09
12. Մոր տարիքը	7,691	0,551	7,14	7,2	1,235	1,00-1,09
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	3,94	0,82	3,12	20,8	10,66	7,71-21,2

Աղյուսակ 47

1-3 տարեկան երեխաների ԿՈ-ի չափանիշների վրա ազդող սոցիալ-հիգիենիկ գործոնների ֆակտորային վերլուծություն

	Բժշկական և սաքանական գործոններ	$C_o = \sum (M_o - M_g)^2$ Ընդհանուր դիսպերսիա	$C_f = \sum (M_g - M) = \sum (V - M_g)^2$ Ֆակտորալ կամ միջխմբային դիսպերսիա	$C_c = \sum (V - M_g)^2$ Պատահական կամ մնացորդային դիսպերսիա	η_x^2	Fi	F _{st} (P≤0,5; P≤0,1)
1.	Ընտանիքի տեսակը	3,956	2,891	1,065	73,1	5,899	4,21-8,26
2.	Ծնողների կրթական մակարդակը	8,722	8,285	0,437	95,0	5,948	4,21-8,26
3.	Ընտանիքում երեխաների թիվը	13,33	8,95	4,38	67,1	3,726	3,29-5,62
4.	Ընտանիքի հոգեբանական կլիման	4,105	4,009	0,96	97,7	4,09	3,29-5,62
5.	Երեխայի դաստիարակությանը հոր մասնակցությունը	2,491	1,84	0,651	73,9	4,235	4,21-8,26
6.	Վնասակար սովորույթների առկայությունը ծնողների մոտ	7,304	0,162	7,142	2,2	2,151	2,5-3,78
7.	Ծնողների կարգավիճակ	6,487	5,485	1,002	84,6	5,125	3,71-6,55
8.	Ընտանիքի կենցաղային պայմանները	4,363	2,56	1,803	58,7	2,058	2,12-2,9
9.	Ընտանիքի առողջական վիճակը	2,529	1,459	1,07	57,7	2,410	2,12-2,9
	ԸՆԴԱՄԵՆԸ	5,92	3,96	1,96	66,9	4,84	4,75-9,33

Ըստ ծնողների գնահատականի, «Վարք և շփում» չափանիշի վրա ազդում է երեխայի առողջական խումբը ($R = -0,4, p=0,05$), «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշի վրա՝ Նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակը ($R = +0,4, p=0,05$), «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշի վրա՝ առողջական խումբը ($R = -0,5, p=0,05$) և հղիության ընթացքը ($R = -0,5, p=0,01$): Այսպիսով, կարելի է փաստել, որ.

- ✓ 1-3 տարիքային խմբում ԿՌ-ի չափանիշներից առավել նշանակություն ունեն «Վարք և շփում» և «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշները: 1-3 տարիքային խմբում ԿՌ-ի չափանիշների գենդերային առանձնահատկությունները չի արձանագրվել:
- ✓ «Վարք և շփում», «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշներն ավելի շատ արտահայտում են երեխայի առողջական, իսկ «Մենակ մնալու ունակություն» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները՝ սոցիալական վիճակը:
- ✓ Առողջական վիճակի շեղում ունեցող երեխաների ԿՌ-ի չափանիշները համեմատած առողջների հետ հավաստի ցածր են:
- ✓ Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի չափանիշներն ունեն ըստ առողջական վիճակի տարբեր շեղումների առանձնահատկություններ:
- ✓ Մինչև 1 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների վրա ավելի շատ ազդում են բժշկական սաքանական գործոնները, իսկ 1-3 տարեկանների դեպքում՝ բացի առողջական վիճակից, ազդում են նաև սոցիալական գործոնները (ըստ մանկաբույժների ավելի մեծ չափաբաժինն ընկնում է բժշկական սաքանական, իսկ ըստ ծնողների՝ սոցիալական գործոններին):
- ✓ Առողջ երեխաների ԿՌ-ի գնահատման ժամանակ ծնողների և մանկաբույժների պատասխանների միջև էական տարբերություն չի արձանագրվել, իսկ առողջական վիճակի շեղումներ ունեցող երեխաների ԿՌ-ն մանկաբույժները գնահատել են ավելի ցածր, քան ծնողները: Մեր կողմից ֆակտորային վերլուծության են ենթարկվել նաև 1-3 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների վրա ազդող բժշկական սաքանական գործոնները: Ըստ դիսպերսիոն վերլուծության տվյալների կյանքի որակի վրա ֆակտորալ դիսպերսիայի մեծ չափաբաժին է արձանագրվել բժշկական սաքանական գործոնների համար.

1. Առողջական վիճակի շեղումների առկայությունը
 $\eta_x^2 = 0,746(74,6\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,254(25,4)$

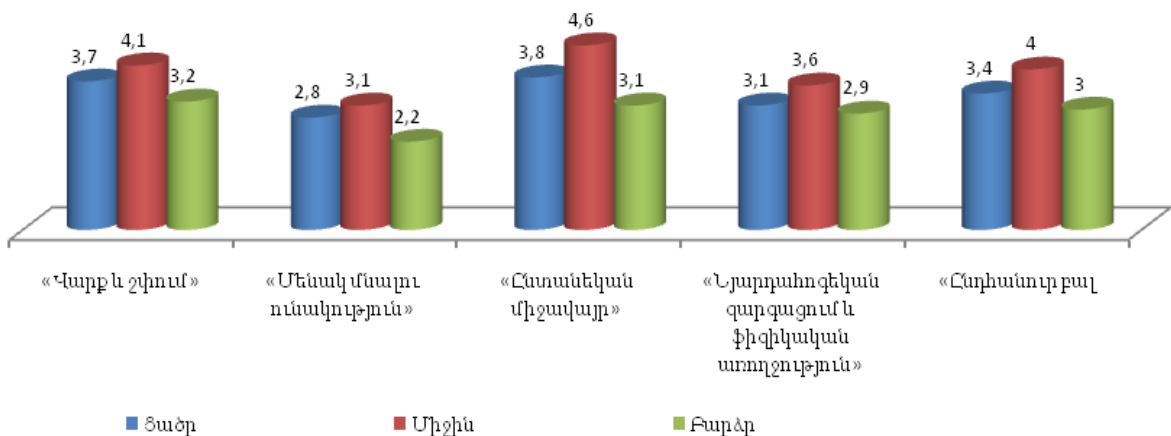
2. Երեխայի առողջության
 ինդեքսը՝ $\eta_x^2 = 0,696(69,6\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,304(30,4)$

3. Ընդհանուր բժշկական օգնության գործոնների
 ազդեցությունը՝ $\eta_x^2 = 0,208(20,8\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,792(79,2)$

1-3 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների վրա ազդող սոցիալ-հիգիենիկ գործոնների դիսպերսիոն վերլուծության արդյունքները հիմնավորել են հետևյալ գործոնների ազդեցության ֆակտորալ դիսպերսիայի չափաբաժնի մեծ տեսակարար կշիռ. ընտանիքի հոգեբանական կլիման $\eta_x^2 = 0,977(97,7\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,023(2,3)$, ծնողների կրթական մակարդակը՝ $\eta_x^2 = 0,95(95,0\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,05(5,0)$, ծնողների սոցիալական կարգավիճակը՝ $\eta_x^2 = 0,846(84,6\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,154(15,4)$, երեխայի դաստիարակությանը հոր մասնակցությունը՝ $\eta_x^2 = 0,739(73,9\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,262(26,2)$, ընտանիքի տիպ $\eta_x^2 = 0,731(73,1\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,269(26,9)$, ընդհանուր սոցիալ-հիգիենիկ գործոնների ազդեցությունը՝ $\eta_x^2 = 0,669(66,9\%)F_i \geq F_{st}, \eta_z^2 = 0,331(33,1)$ (աղ. 46, 47):

Ֆիզիկական զարգացման մակարդակի ազդեցությունը վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակի չափանիշների վրա

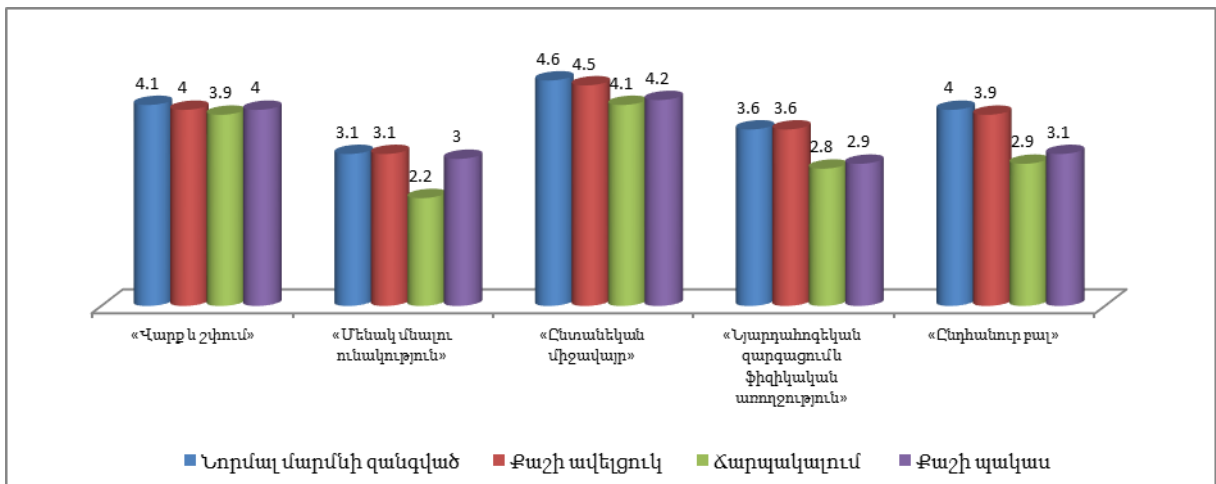
Սեր կողմից տրվել է ԿՌ-ի չափանիշների բնութագիրը պայմանավորված ֆիզիկական զարգացման մակարդակի առանձնահատկություններով (գծ. 12):



Գծապարկեր 12. Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների

բնութագիրը պայմանավորված ֆիզիկական զարգացման մակարդակով

Այսպես, պարզվել է, որ կյանքի որակի չափանիշները հավաստի ցածր են այն վաղ տարիքի երեխաների մոտ, որոնք ունեն ֆիզիկական զարգացման ցածր և բարձր ցուցանիշներ: Վերլուծության ենթ ենթարկել նաև կյանքի որակի չափանիշների կախվածությունը ըստ քաշի ավելցուկի (գծ.13): Պարզվել է, որ այն վաղ տարիքի երեխաները, որոնք ունենցել են ճարպակալում, հավաստի ցածր են եղել կյանքի որակը բնութագրող հետևյալ չափանիշները. «Ընդհանուր բալ» (2,9 բալ), «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (2,8 բալ), «Մենակ մնալու ունակություն» (2,2 բալ) չափանիշները ($P < 0,05$):



Գծապարկեր 13. Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների

բնութագիրը պայմանավորված քաշի ավելցուկի հետ

Յեռագոտության արդյունքները հնարավորություն են տվել մշակել վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակը գնահատող չափանիշների ցենտիլային բաշխվածության աղյուսակներ ըստ տարիքառային խմբերի և ըստ գնահատող սուբյեկտի (ծնողներ և մանկաբույժներ) (հավելված 6, 7, 8, 9): ԿՌ-ի գնահատման ցենտիլային աղյուսակները կարելի է կիրառել վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի մակարդակը գնահատելու համար: Այսպես, եթե ցուցանիշը ստացվել է 5 ցենտիլից ցածր, այդ դեպքում ԿՌ-ն գնահատվում է շատ ցածր, իսկ 5-10 ցենտիլի դեպքում՝ ցածր: ԿՌ-ի ցենտիլային աղյուսակները կարելի է կիրառել վաղ տարիքի երեխաների կանխարգելիչ բժշկական զննումների մինչբժշկական փուլում: Այն հնարավորություն կտա հայտնաբերել այն վաղ տարիքի երեխաներին, որոնք ունեն ԿՌ-ի ցածր մակարդակ:

Մեր հետազոտության արդյունքները համեմատել ենք միջազգային այլ հեղինակների կողմից կատարված նմանատիպ հետազոտության արդյունքների հետ(աղ.48):

Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի ու սու մնաաիրու թյ անը վերաբերող մի խու մբ հետազոտողների կողմից ստացված արդյ ու նքների համեմատականը

	S. Manifikat, A. Dazord (Franse, 2000) (M ± σ)				Винярская И. В. (Россия, 2008) (M ± σ)				Чернико В.В. (Россия, 2008) (M ± σ)				Դու նամալյ ան Ռ.Ա. (Յայ աատան, 2016թ.) (M ± m)			
	Յամ ս .- 1 տար ե կ ան		1-3 տար ե կ ան		Յամ ս .- 1 տար ե կ ան		1-3 տար ե կ ան		Յամ ս .- 1 տար ե կ ան		1-3 տար ե կ ան		Յամ ս .- 1 տար ե կ ան		1-3 տար ե կ ան	
	M±m	%	M±m	%	M±m	%	M±m	%	M±m	%	M±m	%	M±m	%	M±m	%
«Վարք և շ փու մ» (BC)	3,9±0,5	78	3,8±0,06	76	4,2 ±0,6		4,1±0,6	82	4,2±0,06	84	4,1±0,06	82	3,7±0,03	74	3,9±0,03	78
«Մենակ մնալ ու ու նակ ու թյ ու ն» (ASA)	3,0±0,6	60	3,4±0,06	68	2,9±0,6	58	3,6±0,5	72	2,9±0,06	58	3,6±0,06	72	2,8±0,02	56	3,5±0,03	70
«Ըն տան ե կ ան մի ջ ա վայ ր» (FE)	3,5±0,7	70	4,5±0,06	90	4,4±0,6	88	4,4±0,6	88	4,4±0,06	88	4,4±0,06	88	3,8±0,05	76	4,4±0,06	88
«Նյ ար դահ ո գ ե կ ան գ ար գ ա գ ու մ և ֆի գ ի կ ակ ան առ ո ղ ջ ու թյ ու ն» (NDPhH)	3,0±0,6	60	3,2±0,06	64	3,8±0,7	76	3,9±0,6	78	3,8±0,06	76	3,9±0,06	78	3,1±0,06	62	3,3±0,03	66
«Ըն դի հ ան ու ր բ ալ » (TS)	3,4±0,6	68	3,7±0,06	74	3,9±0,5	78	4,0±0,5	80	3,9±0,06	78	4,0±0,06	80	3,4±0,04	68	3,8±0,05	76

3.3 Վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել հաճախ հանդիպող հիվանդությունների ազդեցության առանձնահատկությունները ԿՌ-ի չափանիշների վրա

ԿՌ-ի ցուցանիշների կիրառումը կարող է հանդիսանալ լրացուցիչ չափանիշ երեխայի առողջական վիճակի, նրա զարգացման տեմպերի, ինչպես նաև նրա բարեկեցության վրա հիվանդության ազդեցությունը գնահատելու համար: Հատկապես արդիական է երեխաների շրջանում տարածված ծանր հիվանդությունների հետևանքների ուսումնասիրությունը, որոնք բացասական ազդեցություն են ունենում պացիենտի ֆիզիկական վիճակի, էմոցիոնալ ոլորտի, սոցիալական ակտիվության և կոգնիտիվ ֆունկցիաների վրա[138]:

Մեր կողմից ուսումնասիրվել է վաղ տարիքի երեխաների շրջանում ավելի հաճախ հանդիպող հիվանդությունների ժամանակ ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները: Այսպիսի մոտեցումը նպատակ ունենր հայտնաբերելու տարբեր հիվանդությունների ազդեցությունը մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի ինչպես ընդհանուր բալի, այնպես էլ տարբեր չափանիշների վրա:

Ինչպես ըստ պաշտոնական վիճակագրության, այնպես էլ մեր հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ այդ տարիքային խմբի երեխաների մոտ ավելի հաճախ հանդիպում են աղիքային ինֆեկցիաները, սակավարյունությունը, հիպոտրոֆիան, ռախիտը, մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդությունները, պերինատալ շրջանում առաջացող դեֆիցիտային վիճակները: Վաղ տարիքի երեխաների դեֆիցիտային վիճակներ ասելով հասկանում ենք այն հիվանդությունները, որոնց առաջացման պատճառ է հանդիսանում սննդի միջոցով օրգանիզմում այս կամ այն նյութի ընդունման կամ ուտիլիզացիայի խանգարումը [3]:

Հետազոտվող երեխաների շրջանում ուսումնասիրվել է ռախիտի, անեմիայի և պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակների ազդեցությունը ԿՌ-ի վրա:

Համեմատվել է ռախիտ ունեցող մինչև մեկ տարեկան երեխաների ԿՌ-ը առողջ երեխաների ԿՌ-ի հետ (աղ. 49): Արդյունքներից երևում է, որ ռախիտ ունեցողների ԿՌ-ն ցածր է առողջ երեխաների ԿՌ-ի հետ համեմատած: Տարբերությունն ավելի արտահայտված է հատկապես ԿՌ-

ի «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (50%) և «Մենակ մնալու ունակություն» (44%) չափանիշների դեպքում: Այս դեպքում մանկաբույժները տվել են ԿՈ-ի ավելի ցածր գնահատական, քան ծնողները: Այս տարբերության հավանական պատճառներից մեկը, մեր կարծիքով, այն է, որ բժիշկներն իրենց մասնագիտական մոտեցմամբ ավելի խիստ են գնահատել ԿՈ-ն, քան ծնողները:

Աղյուսակ 49

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները ռախիտի ժամանակ (Me, Q25-Q75, M±m)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	առողջ երեխաներ	ռախիտ ունեցող երեխաներ (n=21)	P	առողջ երեխաներ		ռախիտ II, III աստիճան ունեցող երեխաներ (n=21)	
				M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
Ըստ ծնողների գնահատականի							
BC	4,3 (3,1-4,8)	4,2(3,1-4,6)	<0,001	4,5±0,08	90%	4,1±0,07	82%
ASA	3,8(2,9-4,2)	3,1(2,7-3,5)	<0,001	3,5±0,03	70%	2,7±0,02	54%
FE	4,9(3,1-5,0)	4,7(3,5-4,7)	<0,001	4,5±0,08	90%	4,3±0,07	86%
NbDPH	4,5(3,2-4,7)	3,8(3,1-4,2)	<0,001	4,0±0,07	80%	3,0±0,09	60%
TS	4,7(3,0-5,0)	4,1 (3,1-4,7)	<0,001	4,1±0,08	82%	3,7±0,04	74%
Ըստ մանկաբույժների գնահատականի							
BC	4,7 (3,1-4,7)	3,9(3,2-4,7)	<0,001	4,5±0,07	90%	3,7±0,03	74%
ASA	3,5(2,7-4,3)	2,8(2,5-3,0)	<0,001	3,1±0,05	62%	2,2±0,03	44%
FE	4,9(3,2-4,9)	4,5(3,2-4,5)	<0,001	4,6±0,07	92%	4,3±0,09	86%
NbDPH	4,1(3,3-4,5)	3,1(2,9-4,0)	<0,001	3,9±0,07	78%	2,5±0,07	50%
TS	4,5(3,1-4,9)	3,6 (3,1-4,0)	<0,001	4,1±0,09	82%	3,2±0,03	64%

Աղյուսակ 50-ում ներկայացված են հատուկ պերինատալ վիճակի ժամանակ ԿՈ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները: Պարզվում է, որ այս պաթոլոգիայով երեխաների ԿՈ-ի բոլոր չափանիշները, համեմատած առողջ երեխաների հետ, ցածր է եղել: Հատկապես տուժել է ԿՈ-ի «Մենակ մնալու ունակություն» (56%) չափանիշը: Աղյուսակ 51-ից երևում է, որ սակավարյունությունը տառապող մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշներից ավելի շատ տուժում են «Մենակ մնալու ունակություն» (48%) և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (60%) չափանիշները:

Հիպոտրոֆիայի II և III աստիճանի դեպքում առավել տուժել է «Մենակ մնալու ունակություն» (ըստ ծնողների գնահատականի՝ 52%, ըստ մանկաբույժների՝ 48%) և «Նյարդահոգեկան զարգացում և

Ֆիզիկական առողջություն» (ըստ ծնողների գնահատականի՝ 62%, ըստ մանկաբույժների՝ 60%) չափանիշները (աղ.52):

Աղյ ու սակ 50

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշների առանձնահատկությունները պայմանավորված պերինատալ շրջանում առաջացած հատուկ վիճակներով (Me, Q25-Q75, M±m)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	առողջ երեխաներ	պերինատալ շրջանի հատուկ վիճակներ (n=55)	P	առողջ երեխաներ		պերինատալ շրջանի հատուկ վիճակներ (n=55)	
				M±m	M/5*100 %	M±m	M/5*100%
ԸստՆողների գնահատմանի							
BC	4,3 (3,1-4,8)	4,3(3,4-4,8)	<0,001	4,5±0,08	90%	4,2±0,09	84%
ASA	3,8 (2,9-4,2)	3,2(2,1-3,6)	<0,001	3,5±0,03	70%	2,9±0,08	58%
FE	4,9(3,1-5,0)	4,3(3,2-4,8)	<0,001	4,5±0,08	90%	4,1±0,09	82%
NbDPH	4,5(3,2-4,7)	3,7(3,2-4,3)	<0,001	4,0±0,07	80%	3,5±0,03	70%
TS	4,7(3,0-5,0)	4,1 (3,0-4,9)	<0,001	4,1±0,08	82%	3,9±0,03	78%
Ըստմանկաբույժների գնահատմանի							
BC	4,7 (3,1-4,7)	4,4(3,2-4,3)	<0,001	4,5±0,07	90%	4,0±0,08	80%
ASA	3,5 (2,7-4,3)	3,1(2,7-3,2)	<0,001	3,0±0,03	60%	2,8±0,03	56%
FE	4,9(3,2-4,9)	4,1(3,1-4,3)	<0,001	4,6±0,07	92%	4,0±0,07	80%
NbDPH	4,1(3,3-4,5)	3,2(2,9-3,8)	<0,001	3,9±0,07	78%	3,1±0,03	62%
TS	4,5(3,1-4,9)	3,7 (3,1-4,2)	<0,001	4,1±0,09	82%	3,5±0,03	70%

Աղյ ու սակ 51

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշների բնութագիրը պայմանավորված սակավարյունությունով (Me, Q25-Q75, M±m)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	առողջ երեխաներ	սակավարյունությամբ երեխաներ (n=25)	P	առողջ երեխաներ		սակավարյունությամբ երեխաներ (n=25)	
				M±m	M/5*100 %	M±m	M/5*100%
ԸստՆողների գնահատմանի							
BC	4,3 (3,1-4,8)	4,1(3,2-4,1)	<0,001	4,5±0,08	90%	4,0±0,08	80%
ASA	3,8 (2,9-4,2)	2,7(2,9-3,9)	<0,001	3,5±0,03	70%	2,6±0,02	52%
FE	4,9(3,1-5,0)	4,1(3,9-4,1)	<0,001	4,5±0,08	90%	3,9±0,03	78%
NbDPH	4,5(3,2-4,7)	3,4(3,0-4,1)	<0,001	4,0±0,07	80%	3,1±0,03	62%
TS	4,7(3,0-5,0)	3,9 (2,7-3,9)	<0,001	4,1±0,08	82%	3,7±0,03	74%
Ըստմանկաբույժների գնահատմանի							
BC	4,7 (3,1-4,7)	3,9(3,2-4,7)	<0,001	4,5±0,07	90%	3,9±0,07	78%
ASA	3,5 (2,7-4,3)	2,8(2,6-3,0)	<0,001	3,0±0,03	60%	2,4±0,02	48%
FE	4,9(3,2-4,9)	4,1(3,1-4,0)	<0,001	4,6±0,07	92%	3,9±0,03	78%
NbDPH	4,1(3,3-4,5)	3,7(2,9-3,8)	<0,001	3,9±0,07	78%	3,0±0,03	60%
TS	4,5(3,1-4,9)	3,8 (3,1-4,6)	<0,001	4,1±0,09	82%	3,3±0,03	66%

Միևու մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշների փոփոխությունն առանձնահատկությունները II, III աստիճանի հիպոտրոֆիայի ժամանակ (Me, Q25-Q75, M±m)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	առողջ երեխաներ	հիպոտրոֆիա II, III աստիճան ունեցող երեխաներ (n=21)	P	առողջ երեխաներ		հիպոտրոֆիա II, III աստիճան ունեցող երեխաներ (n=21)	
				M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
Ըստ ծնողների գնահատականի							
BC	4,3 (3,1-4,8)	4,2(3,1-4,6)	<0,001	4,5±0,08	90%	4,0±0,07	80%
ASA	3,8 (2,9-4,2)	3,1(2,7-3,5)	<0,001	3,5±0,03	70%	3,1±0,05	62%
FE	4,9(3,1-5,0)	4,7(3,5-4,7)	<0,001	4,5±0,08	90%	4,0±0,07	80%
NbDPH	4,5(3,2-4,7)	3,8(3,1-4,2)	<0,001	4,0±0,07	80%	2,3±0,09	46%
TS	4,7(3,0-5,0)	4,1 (3,1-4,7)	<0,001	4,1±0,08	82%	3,5±0,03	70%
Ըստ մանկաբույժների գնահատականի							
BC	4,7 (3,1-4,7)	3,9(3,2-4,7)	<0,001	4,5±0,07	90%	3,1±0,05	62%
ASA	3,5 (2,7-4,3)	2,8(2,5-3,0)	<0,001	3,1±0,05	62%	3,0±0,03	60%
FE	4,9(3,2-4,9)	4,5(3,2-4,5)	<0,001	4,6±0,07	92%	4,0±0,09	80%
NbDPH	4,1(3,3-4,5)	3,1(2,9-4,0)	<0,001	3,9±0,07	78%	2,1±0,07	42%
TS	4,5(3,1-4,9)	3,6 (3,1-4,0)	<0,001	4,1±0,09	82%	3,3±0,03	66%

Այս պիսով, առողջ ական վիճակի շեղումներ ունեցող միևու մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի բոլոր չափանիշները, համեմատած առողջ ական առաջին խումբ ունեցողների հետ, ավելի ցածր են: Այս օրինակ ափուլությունը պահպանվել է ն՛ ծնողների, ն՛ մանկաբույժների հարցման արդյունքներում: Անհրաժեշտ է նշել, որ ԿՈ-ի չափանիշների փոփոխությունը ունեցել է առանձնահատկություններ, կախված առողջ ական վիճակի շեղման առանձնահատկություններից:

Ռախիտ ունեցողների 1-3 տարեկան երեխաների ԿՈ-ն ցածր է առողջ երեխաների ԿՈ-ի հետ համեմատած: Տարբերությունն ավելի արտահայտված է հատկապես ԿՈ-ի «Մենակ մնալ ու ունակություն» (ըստ ծնողների գնահատականի՝ 60%, ըստ մանկաբույժների՝ 50%), և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (ըստ ծնողների գնահատականի՝ 60%, ըստ մանկաբույժների՝ 54%) չափանիշների համար: Ընդ որում, ԿՈ-ի չափանիշների փոփոխությունը մանկաբույժներն ավելի ցածր են գնահատել, քան ծնողները (աղ.53):

1-3 տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշների առանձնահատկությունները պայմանավորված ռախիտով (Me, Q25-Q75, M±m)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	առողջ երեխաներ	ռախիտոլներ (n=15)	P	առողջ երեխաներ		ռախիտոլներ (n=15)	
				M±m	M/5* 100%	M±m	M/5* 100%
Ըստ ծնողների գնահատականի							
BC	4,7 (3,2-4,9)	3,9(3,3-4,2)	<0,001	4,5±0,05	90%	3,9±0,03	78%
ASA	3,4 (2,9-4,0)	3,2(2,7-3,5)	<0,001	3,5±0,06	70%	3,0±0,03	60%
FE	4,5(3,2-4,8)	4,4(3,1-4,5)	<0,001	4,4±0,06	88%	4,2±0,07	84%
NbDP H	3,9(3,1-4,5)	3,4(2,8-3,7)	<0,001	3,9±0,03	78%	3,0±0,04	60%
TS	4,4(3,1-4,7)	3,7 (3,1-4,6)	<0,001	4,1±0,04	82%	3,5±0,04	70%
Ըստ մանկաբույժների գնահատականի							
BC	4,5 (3,1-4,7)	3,8(3,2-4,6)	<0,001	4,4±0,07	88%	3,6±0,03	72%
ASA	3,1 (2,8-4,0)	2,7(2,6-3,3)	<0,001	2,9±0,02	58%	2,5±0,03	50%
FE	4,5(3,2-4,8)	3,9(3,1-4,5)	<0,001	4,3±0,07	86%	3,9±0,04	78
NbDP H	4,1(3,1-4,2)	3,0(2,5-3,1)	<0,001	4,0±0,07	80%	2,7±0,02	54%
TS	4,2(3,3-4,7)	3,2 (2,9-3,9)	<0,001	3,9±0,03	78%	3,2±0,03	64%

Պերինատալ շրջանի հատուկ վիճակների ազդեցությունը 1-3 տարեկան երեխաների ԿՈ-ի չափանիշների վրա պարզել է, որ ըստ ծնողների գնահատականի, առավել շատ տուժել է ԿՈ-ի «Մենակ մնալ ու ունակություն» (58%) և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (70%) չափանիշները, իսկ ըստ մանկաբույժների՝ «Մենակ մնալ ու ունակություն» (40%) և «Վարք և շփում» (62%) չափանիշները (աղ.54):

Սակավարյունությամբ տառապող 1-3 տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշներից ըստ ծնողների գնահատականի ավելի շատ տուժել են «Ընտանեկան միջավայր» (64%) և «Մենակ մնալ ու ունակություն» (48%), իսկ ըստ մանկաբույժների՝ «Մենակ մնալ ու ունակություն» (40%) և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (60%) չափանիշները (աղ. 55):

Աղյ ու սակ 54

1-3 տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշների առանձնահատկությունները պայմանավորված պերինատալ շրջանում առաջացած հատուկ վիճակներով (Me, Q25-Q75, M±m)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	առողջ երեխաներ	պերինատալ շրջանում առաջացած հատուկ վիճակներով երեխաներ	P	առողջ երեխաներ		պերինատալ շրջանում առաջացած հատուկ վիճակներով երեխաներ	
				M±m	M/5*100 %	M±m	M/5*100 %
Ըստ ծնողների գնահատականի							
BC	4,7 (3,2-4,9)	4,4(3,2-4,7)	<0,001	4,5±0,07	90%	4,2±0,05	84%
ASA	3,4 (2,9-4,0)	3,1(2,7-3,1)	<0,001	3,5±0,03	70%	2,9±0,02	58%
FE	4,5(3,2-4,8)	4,5(3,1-4,6)	<0,001	4,4±0,08	88%	4,1±0,08	82%
NbDPH	3,9(3,1-4,5)	3,7(2,9-3,9)	<0,001	3,9±0,03	78%	3,5±0,03	70%
TS	4,4(3,1-4,7)	4,4 (3,3-4,6)	<0,001	4,1±0,06	82%	3,9±0,03	78%
Ըստ մանկաբույժների գնահատականի							
BC	4,5 (3,1-4,7)	3,7(3,2-4,7)	<0,001	4,4±0,07	88%	3,1±0,03	62%
ASA	3,1 (2,8-4,0)	2,8(2,7-3,2)	<0,001	2,9±0,02	58%	2,0±0,02	40%
FE	4,5(3,2-4,8)	4,4(3,1-4,5)	<0,001	4,3±0,07	86%	4,0±0,05	80%
NbDPH	4,1(3,1-4,2)	3,4(2,8-3,8)	<0,001	4,0±0,07	80%	3,3±0,04	66%
TS	4,2(3,3-4,7)	3,6 (3,1-4,7)	<0,001	3,9±0,03	78%	3,2±0,03	64%

Աղյ ու սակ 55

1-3 տարեկան երեխաների կյանքի որակի չափանիշների բնութագիրը պայմանավորված սակավարյունությամբ (Me, Q25-Q75, M±m)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)				
	առողջ երեխաներ	սակավարյունություն ունեցող երեխաներ (n=19)	P	առողջ երեխաներ		սակավարյունություն ունեցող երեխաներ (n=19)	
				M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100 %
Ըստ ծնողների գնահատականի							
BC	4,7 (3,2-4,9)	4,2(3,5-4,7)	<0,001	4,5±0,07	90%	4,0±0,05	80%
ASA	3,4 (2,9-4,0)	2,8(2,2-3,0)	<0,001	3,5±0,03	70%	2,4±0,05	48%
FE	4,5(3,2-4,8)	3,8(3,1-4,5)	<0,001	4,4±0,08	88%	3,2±0,05	64%
NbDPH	3,9(3,1-4,5)	3,7(2,8-4,2)	<0,001	3,9±0,03	78%	3,4±0,04	68%
TS	4,4(3,1-4,7)	3,7 (3,1-4,7)	<0,001	4,1±0,6	82%	3,3±0,4	66%
Ըստ մանկաբույժների գնահատականի							
BC	4,5 (3,1-4,7)	3,7(3,2-4,0)	<0,001	4,4±0,07	88%	3,1±0,05	62%
ASA	3,1 (2,8-4,0)	2,8(2,2-3,1)	<0,001	2,9±0,02	58%	2,0±0,06	40%
FE	4,5(3,2-4,8)	3,8(2,9-4,7)	<0,001	4,3±0,07	86%	3,2±0,04	64%
NbDPH	4,1(3,1-4,2)	3,1(2,9-4,1)	<0,001	4,0±0,07	80%	3,0±0,04	60%
TS	4,2(3,3-4,7)	3,4 (2,4-3,5)	<0,001	3,9±0,03	78%	2,8±0,04	56%

Այսպիսով, ծնողներն ու մանկաբույժները հավաստի ցածր են գնահատել առողջական շեղում ունեցող երեխաների ԿՈ-ն: Սակայն ծնողների և մանկաբույժների պատասխաններում, կախված

պարթուլ ոգիայ ից, արձանագրվել է ԿՈ-ի չափանիշների գնահատման տարբերությունը:

Վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակի չափանիշների բնութագիրը պայմանավորված արտահիվանդանոցային թոքաբորբով և բրոնխիտով

Մեր հետազոտության շրջանակներում ուսումնասիրել ենք առավել հաճախ հանդիպող նոզուլ ոգիաներից թոքաբորբի ազդեցությունը ստացիոնար բուժում ստացող 400 վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակի հիմնական չափանիշների վրա: Հետազոտությունը կատարվել է հիվանդանոցային բուժման տարբեր փուլերում գտնվող պացիենտների շրջանում:

Կախված թոքաբորբի ծանրության աստիճանից մենք առանձնացրել ենք հետևյալ խմբերը.

I խումբ՝ արտահիվանդանոցային թոքաբորբ՝ սուր ընթացքով,

II խումբ՝ արտահիվանդանոցային թոքաբորբ՝ ձգձգվող ընթացքով:

Հետազոտության արդյունքներից պարզվել է, որ արտահիվանդանոցային թոքաբորբի ծանրության աստիճանի և կյանքի որակի չափանիշների միջև կա կախվածություն: Համեմատվել է տարբեր տիպի թոքաբորբի ազդեցությունը երեխաների ԿՈ-ի չափանիշների վրա: Ինչպես երևում է հետազոտության արդյունքներից, առողջ երեխաների ԿՈ-ի հետ համեմատած թոքաբորբ ունեցողների ԿՈ-ն ցածր է: Տարբերությունն ավելի արտահայտված է հատկապես «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» և «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշները (աղ.56):

Աղյուսակ 56

Վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակի չափանիշների բնութագիրը պայմանավորված թոքաբորբի ծանրության աստիճանով (Me, Q25-Q75, M±m)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ արտամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		Պարամետրիկ վիճակագրություն				
	I խումբ	II խումբ	P	I խումբ		II խումբ	
				M±m	M/5* 100%	M±m	M/5* 100%
BC	3,9 (3,0-4,1)	3,2(2,2-4,4)	<0,001	3,7±0,04	74%	3,2±0,03	64%
ASA	3,4 (2,9-4,3)	2,9(2,5-3,0)	<0,001	3,1±0,04	62%	2,8±0,02	56%
FE	3,5(3,2-4,7)	3,3(2,9-3,5)	<0,001	3,5±0,04	70%	3,1±0,03	62%
NbDPH	3,2 (3,1-4,3)	3,0(2,9-3,4)	<0,001	3,0±0,05	60%	2,9±0,02	58%
TS	3,61(3,1-4,4)	3,2 (2,8-3,2)	<0,001	3,4±0,04	68%	3,0±0,04	60%

Ընդ որում, անհրաժեշտ է նշել, որ «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշը համապատասխանաբար 25,0%-

ով և 27,5%-ով եղել է ցածր առաջին և երկրորդ խմբերում՝ համեմատած առողջների խմբի համապատասխան չափանիշների հետ: «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշը նվազել է համապատասխանաբար 22,5% և 30%-ով:

Այսպիսով, հետազոտության արդյունքները հիմնավորում են, որ վաղ տարիքի երեխայի կյանքի որակի բոլոր չափանիշների վրա թոքաբորբի և նրա ծանրության աստիճանի ազդեցությունը ունի իր առանձնահատկությունները: Հայտնի է, որ բրոնխիտի կլինիկական դրսևորումները գնահատվում է հազի արտահայտվածության աստիճանով:

Հազը գնահատվել է բալային համակարգով, համաձայն որի հազի բացակայությունը նշվել է 0 բալով, հազվադեպ հազի դեպքում տրվել է 1 բալ, չափավորի դեպքում՝ 2 բալ, արտահայտվածի՝ 3 բալ և շատ արտահայտվածի դեպքում՝ 4 բալ: Ըստ հազի արտահայտվածության աստիճանի, ձևավորվել է երկու խումբ՝ առաջին խումբ՝ բրոնխիտ չափավոր հազով, երկրորդ խումբ՝ բրոնխիտ արտահայտված հազով:

Ինչպես երևում է աղյուսակ 57-ից, բրոնխիտի ժամանակ հազի ինտենսիվությունն ավելի շատ ազդում է ԿՌ-ի «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշի վրա:

Աղյուսակ 57

Վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակի չափանիշների բնութագրող պայմանավորված բրոնխիտի ժամանակ հազի արտահայտման աստիճանով
(Me, Q25-Q75, M±m, %)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ոչ պարամետրիկ վիճակագրություն (Me, Q25-Q75)		P	Պարամետրիկ վիճակագրություն (M±m)			
	I խումբ	II խումբ		I խումբ		II խումբ	
				M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
BC	3,1(2,8-3,1)	2,7(2,0-3,1)	<0,001	3,0±0,03	60%	2,5±0,02	50%
ASA	2,9(2,2-3,1)	2,4(2,0-3,2)	<0,001	3,0±0,04	60%	2,1±0,02	42%
FE	2,9(2,1-3,9)	3,4(2,1-3,4)	<0,001	3,1±0,04	62%	3,0±0,03	60%
NbDPH	2,7(2,2-3,5)	2,5(2,3-3,5)	<0,001	2,9±0,02	58%	2,3±0,02	46%
TS	3,2(2,9-3,2)	2,9(2,0-3,5)	<0,001	3,1±0,04	62%	2,8±0,02	56%

ՄՌՀ-ի հաճախականությունը բացասական ազդեցությունն է ունեցել ԿՌ-ի գրեթե բոլոր չափանիշների վրա: Հաճախակի հիվանդացող երեխաների ԿՌ-ի չափանիշներից առավել շատ տուժում է «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշը: Այս չափանիշը, համեմատած գործնական առողջների հետ հաճախի

հիվանդացողների մոտ նվազել է ըստ ծնողների գնահատականի 17,1%-ով, իսկ ըստ մանկաբույժների՝ 33,3%-ով (աղ.58):

Վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել տարածված ալերգոպաթոլոգիան ատոպիկ մաշկաբորբն է: Ատոպիկ մաշկաբորբի ծանրության աստիճանը գնահատելու համար կիրառել ենք SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) գործակիցը: Այսպես, վաղ տարիքի երեխաների ԿՈ-ի չափանիշների վերլուծությունը ըստ հարցաթերթի ծնողական տարբերակի, ցույց է տալիս, որ հավաստի ցածր է եղել ԿՈ-ի «Ընդհանուր բալ»-ը:

Հիվանդության թեթև ընթացքի դեպքում ցուցանիշը եղել է $3,9 \pm 0,02$ բալ, միջին ծանրության դեպքում՝ 3,5 բալ, իսկ ծանր ընթացքի դեպքում 2,9 բալ ($p < 0,001$): Ծանր ընթացքի դեպքում առավել տուժել է «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն», «Ընտանեկան միջավայր» և «Մենակ մնալու ունակություն», իսկ թեթևի՝ «Մենակ մնալու ունակություն», միջինի՝ «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշները (աղ.59):

Հարցաթերթի մանկաբուժական տարբերակից երևում է, որ մանկաբույժները հիվանդության դեպքում ավելի ցածր են գնահատել երեխաների ԿՈ-ն: Հավաստի ցածր են եղել «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները հիվանդության ծանր ընթացքի դեպքում, իսկ թեթև և միջին ծանրության դեպքում ավելի շատ տուժել է «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշը: Ընդ որում, «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշը եղել է ցածր անկախ ատոպիկ մաշկաբորբի ծանրության աստիճանից, իսկ ծանր ընթացք ունեցող հիվանդության դեպքում գրանցվել է «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն», «Ընտանեկան միջավայր» և «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշների համար ցուցանիշի ցածր մակարդակ:

Աղյուսակ 58

Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխությունն առանձնահատկությունները

ՍՌՅ-ի ժամանակ

ԿՌ-ի չափանիշները	Հիվանդացությունը մեկ տարվա ընթացքում								P 1-2	P 1-3	P 1-4	P 2-3	P 2-4	P 3-4
	գործարարական առողջ (n=1350)		1-2 անգամ (n=855)		3-4 անգամ (n=305)		4 և ավելի անգամ (n=157)							
	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%						
	Ըստ ծնողների գնահատականի													
BC	4,5±0,05	90%	4,4±0,04	88%	3,7±0,03	74%	3,7±0,03	74%	>0,05	0,005	0,008	0,007	0,001	>0,05
ASA	3,5±0,06	70%	3,0±0,07	60%	2,9±0,02	58%	2,9±0,02	58%	0,05	0,001	0,003	0,001	0,01	>0,05
FE	4,4±0,06	88%	4,4±0,07	88%	4,3±0,03	86%	4,3±0,03	86%	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
NbDPH	3,9±0,06	78%	3,9±0,03	78%	3,2±0,03	64%	3,2±0,03	64%	>0,05	0,002	0,006	0,001	0,01	>0,05
TS	4,1±0,04	82%	4,1±0,04	82%	3,4±0,03	68%	3,3±0,03	66%	>0,05	0,008	0,001	0,007	0,01	>0,05
	Ըստ մանկաբույժների գնահատականի													
BC	4,4±0,04	88%	4,4±0,04	88%	3,9±0,03	78%	3,2±0,03	64%	>0,05	0,008	0,007	0,003	0,001	0,01
ASA	3,0±0,03	60%	3,0±0,02	60%	2,2±0,02	44%	2,0±0,02	40%	>0,05	0,001	0,02	0,005	0,00	0,05
FE	4,5±0,04	90%	4,5±0,04	90	4,4±0,04	88%	4,4±0,04	88%	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
NbDPH	4,0±0,04	80%	4,0±0,03	80%	3,1±0,03	62%	3,1±0,03	62%	>0,05	0,02	0,01	0,03	0,02	>0,05
TS	4,1±0,04	82%	4,1±0,03	82%	3,5±0,03	70%	3,5±0,03	70%	>0,05	0,008	0,04	0,01	0,05	>0,05

Աղյուսակ 59

Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները պայմանավորված ստոպիկ մաշկաբորբի ընթացքի ծանրության աստիճանով (M±m)

Կյանքի որակի չափանիշները	Ատոպիկ մաշկաբորբի ընթացքի ծանրության ընդ (n=152)						Ստուգիչ խումբ	
	թեթև ընթացք		միջին ծանրության		ծանր ընթացք			
	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
Ըստ ծնողների գնահատականի								
BC	4,5±0,08	90%	3,7±0,03	74%	3,5±0,03	70%	4,1±0,07	82%
ASA	3,0±0,03	60%	3,2±0,02	64%	3,0±0,02	58%	3,5±0,03	70%
FE	4,1±0,07	82%	3,2±0,03	62%	2,9±0,03	56%	4,2±0,07	84%
NbDPH	4,0±0,07	80%	3,1±0,02	60%	2,1±0,02	42%	4,3±0,07	86%
TS	3,9±0,02	78%	3,5±0,04	70%	2,9±0,02	56%	4,0±0,07	80%
Ըստ մանկաբույժների գնահատականի								
BC	3,9±0,03	78%	3,5±0,03	70%	3,0±0,03	58%	4,1±0,07	82%
ASA	3,1±0,04*	60%	3,0±0,02	58%	2,9±0,02	56%	3,5±0,03	70%
FE	3,9±0,03	78%	3,5±0,03	70%	2,7±0,03*	54%	4,2±0,07	84%
NbDPH	3,7±0,03	74%	3,3±0,02	66%	2,0±0,02*	40%	4,3±0,07	86%
TS	3,6±0,02	72%	3,3±0,04	66%	2,6±0,02*	52%	4,0±0,07	80%

ԿՌ-ի և SCORAD ինդեքսի միջև առկա կապի գնահատման ժամանակ հակադարձ համեմատական, միջին ու ժգնություն կորելացիոն կապ են հայտնաբերվել ԿՌ-ի «Ընդհանուր բալ»-ի, «Վարք և շփում» և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշների միջև ($R=-0,45$, $p<0,05$; $R=-0,35$, $p<0,05$; $R =0,45$, $p<0,05$), ըստ ծնողական տարբերակի գնահատման և ըստ մանկաբուժական տարբերակի արդյունքների՝ գրանցվել է հակադարձ համեմատական, սակայն ուժեղ կորելացիոն կապ ($R=-0,73$, $p<0,05$; $R =-0,8$, $p<0,05$) «Մենակ մնալ ու ունակություն», «Վարք և շփում» չափանիշների համար:

Վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել հաճախանդիարդ մարսողական համակարգի հիվանդությունների ժամանակ ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները

Վաղ տարիքի երեխաների ընդհանուր հիվանդացության կառուցվածքում մարսողական համակարգի հիվանդություններին բաժին է ընկնում 4,5%-ը: Այս դեպքում առավել տուժել է «Մենակ մնալ ու ունակություն» (AA) չափանիշը: Այն հատկապես ցածր է եղել գաստրոէզոֆագալ ռեֆլուկս հիվանդության ժամանակ (աղ.60)

Աղյուսակ 60

Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները մարսողական համակարգի հիվանդությունների ժամանակ

Կյանքի որակի չափանիշները	Մարսողական համակարգի հիվանդություններ (n=152)						Ստուգիչ խումբ	
	Գաստրիտ		Գաստրոէզոֆագալ ռեֆլուկս հիվանդություն		Լեղուղիների դիսկինեզիա			
	M±m	M/5*100 %	M±m	M/5*100 %	M±m	M/5*100 %	M±m	M/5*100 %
BC	3,7±0,03	74%	2,4±0,03	48%	3,2±0,03	64%	4,1±0,07	82%
ASA	3,0±0,04	60%	2,5±0,02	50%	2,7±0,02	54%	3,5±0,04	70%
FE	3,5±0,03	70%	3,1±0,03	62%	2,9±0,03	58%	4,2±0,07	84%
NbDPH	3,8±0,03	76%	3,7±0,02	74%	3,9±0,02	78%	4,3±0,05	86%
TS	3,5±0,02	70%	2,9±0,04	58%	3,1±0,02	62%	4,0±0,08	80%

Պարզվում է, որ ԿՈ-ի ընդհանուր բալը ավելի շատ տուժում է ատոպիկ մաշկաբորբի (52%), բրոնխիտի (56%), մարսողական համակարգի հիվանդությունների (58%), «Վարք և շփում»-ը՝ գաստրոէզոֆագալ ռեֆլուկսի (48%), բրոնխիտի (50%), ատոպիկ մաշկաբորբի (58%), «Մենակ մնալու ունակություն»-ը՝ հաճախակի ՍՌՀ հիվանդացողների (40%), բրոնխիտի (42%), ռախիտի (44%), սակավարյունություն (48%), թոքաբորբի (56%), «Ընտանեկան միջավայր»-ը՝ ատոպիկ մաշկաբորբի (54%), լեղուղիների դիսկինեզիայի (58%), բրոնխիտի (60%), գաստրոէզոֆագալ ռեֆլուկսի (62%), իսկ «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն»-ը՝ ատոպիկ մաշկաբորբի (40%), հիպոտրոֆիայի (42%), բրոնխիտի (46%), ռախիտի (50%) ժամանակ (աղ. 61):

3.4 Վաղ տարիքի երեխաների ԿՈ-ի ցածր մակարդակի կանխատեսական գնահատում

ԿՈ-ի չափանիշների մակարդակի կանխատեսման և այդ չափանիշների վրա ազդող ռիսկի գործոնների գնահատման համար մեր կողմից կիրառվել է Վալդի վերլուծական մեթոդը: Յուրաքանչյուր սոցիալ-հիգիենիկ, բժշկական սաքանական ռիսկի գործոնների համար հաշվարկվել է ախտորոշիչ գործակիցները: Եթե այդ գործակիցների գումարը ստացվում է +13 բալ, ապակարելի է 95% հավանականությամբ հաստատել, որ երեխան կարող է ունենալ շատ ցածր կամ ցածր ԿՈ-ի չափանիշներ: Եթե գործակիցի արժեքը ստացվում է +20 և ավելի, ապա կանխատեսման մակարդակը հասնում է 99%: Այսպիսի գնահատականը հուշում է, որ անհրաժեշտ է իրականացնել առողջությունը պահպանող միջոցառումներ: Կանխատեսական գործակիցի (ԿԳ) հաշվարկը. $ԿԳ = 10 * \lg((B-A))$, որտեղ A՝ ԿՈ-ի չափանիշն է տվյալ գործոնի առկայության դեպքում, B՝ ԿՈ-ի չափանիշի առավելագույն արժեքը: Մեր կողմից ուսումնասիրված սոցիալ-հիգիենիկ գործոններից առավել նշանակություն են ունեցել ընտանիքի տիպը, ընտանիքում կոնֆլիկտների, հաշմանդամ երեխայի և հաճախակի հիվանդացողների առկայությունը, ինչպես նաև ծննդյան պահից արհեստական սնուցման առկայությունը: Բժշկական սաքանական գործոններից առավել նշանակություն են ունեցել նեոնատալ շրջանում տարած 2 և ավելի հիվանդությունների առկայությունը, ցածր և բարձր ֆիզիկական զարգացման մակարդակը, քաշի դեֆիցիտը և ճարպակալումը, երեխայի առողջական խումբը, կյանքի առաջին տարվա ընթացքում տարած շնչական

(թոքաբորբ, բրոնխիտ), նյարդային և մարսողական համակարգի
հիվանդությունները (աղ. 62):

Աղյուսակ 61

Վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել հաճախ հանդիպող հիվանդություների ժամանակ ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության արանձնահատկությունները

Առավել հաճախ հանդիպող հիվանդություններ	ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության արանձնահատկությունները									
	BC		ASA		FE		NbDPH		TS	
	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%	M±m	M/5*100%
Ռախիտ	3,7±0,03	74%	2,2±0,03	44%	4,3±0,09	86%	2,5±0,07	50%	3,2±0,03	64%
Պերինատալ շրջանի հատուկ վիճակներ	4,0±0,08	80%	2,8±0,03	56%	4,0±0,07	80%	3,1±0,03	62%	3,5±0,03	70%
Յիպոտրոֆիա	3,1±0,05	62%	3,0±0,03	60%	4,0±0,09	80%	2,1±0,07	42%	3,3±0,03	66%
Սակավարյունություն	3,9±0,07	78%	2,4±0,02	48%	3,9±0,03	78%	3,0±0,03	60%	3,3±0,03	66%
Թոքաորբ	3,2±0,03	64%	2,8±0,02	56%	3,1±0,03	62%	2,9±0,02	58%	3,0±0,04	60%
Բրոնխիտ	2,5±0,02	50%	2,1±0,02	42%	3,0±0,03	60%	2,3±0,02	46%	2,8±0,02	56%
ՍՌՅ-ով հաճախակի հիվանդացողներ	3,2±0,03	64%	2,0±0,02	40%	4,4±0,04	88%	3,1±0,03	62%	3,5±0,03	70%
Ատոպիկ մաշկաորբ	3,0±0,03	58%	2,9±0,02	56%	2,7±0,03*	54%	2,0±0,02*	40%	2,6±0,02*	52%
Գաստրիտ	3,7±0,03	74%	3,0±0,04	60%	3,5±0,03	70%	3,8±0,03	76%	3,5±0,02	70%
Գաստրոէզոֆագալ ռեֆլուկս հիվանդություն	2,4±0,03	48%	2,5±0,02	50%	3,1±0,03	62%	3,7±0,02	74%	2,9±0,04	58%
Լեղուղիների դիսկինեզիա	3,2±0,03	64%	2,7±0,02	54%	2,9±0,03	58%	3,9±0,02	78%	3,1±0,02	62%

Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի ցածր մակարդակ կանխատեսող
ցուցանիշների ախտորոշիչ գործակիցները

	Կանխատեսման ցուցանիշ	Ցուցանիշի բնութագիրը	A (բա լ)	B (5,0բալ) lg (B-A)	Ախտորոշի չ գործակիցի արժեքը(բա լ) 10* lg (B-A)
Բժշկակենսաբանական գործոններ					
1.	Առողջական խուճապ	I խուճապ II խուճապ III խուճապ	4,1 3,4 3,0	-0,046 0,204 0,302	-1 +2,4 +3,0
2.	Մարմնի զանգվածի ինդեքս	Նորմալ սնուցում Քաշի դեֆիցիտ Ճարպակալուճ	4,0 3,0 2,9	0,0 0,301 0,322	-1 +3 +3
3.	Ֆիզիկական զարգացման մակարդակ	Շատ ցածր, ցածր Միջին, միջինից բարձր և ցածր Բարձր, շատ բարձր	2,3 4,0 2,9	0,431 0,0 0,322	+4 -1 +3
4.	Երեխայի ինտելեկտի գործակիցը ըստ Ապգարի սանդղակի	7-10 4-6 1-3	4,1 3,45 2,4	-0,046 0,19 0,415	-1 +2 +4
5.	Երեխայի առողջության ինդեքսը	>100% <100%	4,1 3,62	-0,046 0,14	-1 +1,4
6.	Մոր տարիքը	Մինչև 35 35 և բարձր	4,1 3,5	-0,046 0,176	-1 +3
7.	Առողջական վիճակի շեղումներ	Բացակայում է Առկա է	3,9 3,2	0,04 0,255	+0,4 +3
8.	ՆՅՁ մակարդակ	Նորմալ ՆՅՁ դանդաղում	4,0 3,2	0,0 0,255	-1 +3
9.	Անամնեզում վաղաժամ ծննդաբերություն	առկայություն	3,8	0,079	+1
10.	Հղիության ընթացքում քրոնիկ հիվանդության սրացում	առկայություն	3,5	0,176	+2
11.	Երեխան ծնվել է ասֆիկսիայով	առկայություն	3,4	0,204	+2
12.	Երեխան ծնվել է անհաս	առկայություն	2,9	0,322	+3
13.	Կյանքի նեոնատալ շրջանում 2 և ավելի հիվանդության առկայություն	առկայություն	2,7	0,362	+4
14.	Ֆիզիկական զարգացման մակարդակ	Ցածր միջին Բարձր	3,4 4,0 3,0	0,204 0,0 0,301	+2 -1 +3
15.	ՎՃՌԲՀ –ի հաճախականությունը տարվա ընթացքում	ոչ ավելի 2 անգամ 3-4 անգամ	3,5 2,9	0,176 0,322	+2 +3
16.	Ռախիտ	առկայություն	3,2	0,255	+3
17.	Պերինատալ շրջանում առաջացած հատուկ վիճակներ	առկայություն	3,5	0,176	+2
18.	Սակավարյունություն	առկայություն	3,3	0,23	+2
19.	Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	առկայություն	2,9	0,322	+3

20.	Ծնչ առական համակարգի հիվանդություններ	անամնեզում բրոնխիտ անամնեզում թոքաբորբ	2,8 2,5	0,342 0,398	+3 +4
21.	Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	Ատոպիկ մաշկաբորբի բացակայություն առկայություն	4,1 2,9	-0,046 0,322	-1 +3
22.	Մարսողական համակարգի հիվանդություններ	բացակայություն Գաստրիտ Գաստրոէզոֆագալ ռեֆլուկս հիվանդություն	4,1 2,9 3,0	-0,046 0,322 0,301	-1 +3 +3
Սոցիալ-հիգիենիկ գործոններ					
23.	Ծնողների կրթական մակարդակը	Միջին Միջին մասնագիտական բարձրագույն	3,9 3,9 4,0	0,04 0,04 0,0	+0,4 +0,4 0
24.	Ցածր եկամուտուներեցող ընտանիք	առկայություն	3,9	0,04	+0,4
25.	Վնասակար սովորույթներ	չարաչափում է	3,6	0,146	+1,5
26.	Ընտանիքում կոնֆլիկտներ	առկա է	2,9	0,322	+3
27.	Ընտանիքի տեսակը	մեծ ընտանիք միջին ընտանիք փոքր ընտանիք	4,7 4,1 3,6	-0,523 -0,046 0,146	-5 -0,5 +1,5
28.	Ընտանիքում երեխաների թիվը	1 երեխա 2-3 երեխա 4 և ավելի երեխա	3,9 3,9 4,0	0,04 0,04 0,0	+0,4 +0,4 0
29.	Ընտանիքի կենցաղային պայմանները	բարենպաստ անբարենպաստ	4,1 3,9	-0,046 0,04	-1 +0,4
30.	Երեխայի դաստիարակությունը ծնողների մասնակցությամբ	երկու ծնողները միայն մայրը	3,8 3,2	0,079 0,193	+0,8 +1,9
31.	Ընտանիքում հաշմանդամ երեխայի առկայություն	բացակայում է առկա է	4,1 3,0	-0,046 0,301	-1 +3
32..	Ընտանիքի առողջական վիճակը	հաճախակի հիվանդացող ընտանիք հազվադեպ հիվանդացող ընտանիք	3,2 4,1	0,255 -0,046	+3 -1
33.	Ոչ ցանկալի հղիություն	առկայություն	3,9	0,04	+0,4
34.	Ծննդյան օրվանից արհեստական սնուցում	առկայություն	3,4	0,204	+2

Բուժման արդյունավետության գնահատման համար կիրառվում է լաբորատոր-գործիքային հետազոտության տվյալները: Այսօր բացի այդ տվյալներից բուժման արդյունավետության գնահատման համար անհրաժեշտ է կիրառել նաև լրացուցիչ չափանիշներ: ԿՈ-ի չափանիշների փոփոխության արդյունքների վերլուծությունը այդ հնարավորությունը կարող է տալ: Հետազոտողները առաջարկում են կլինիկական բժշկության մեջ ԿՈ-ի չափանիշները կիրառել հիվանդի հետազոտությունների և բուժման արդյունավետության

գնահատման ստանդարտների մեջ: Այդ չափանիշների օգնությամբ իրականացվում է բուժման ընթացքում անհատական մոնիթորինգ, ինչպես նաև գնահատվում է թերապիայի արդյունավետությունը և տրվում է հիվանդության ընթացքի կանխատեսումներ: Մեր կողմից վերլուծության է ենթարկվել Մուրացան համալսարանական համալիրի մանկաբուժության թ.1 կլինիկայում բուժում ստացած վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխությունը: Որպես բուժման արդյունավետության գնահատման լրացուցիչ չափանիշ ԿՌ-ի չափանիշների կիրառման հնարավորությունը գնահատելու համար, ձևավորել ենք երկու խումբ.

- Առաջին խումբ՝ բուժումից առաջ և հետո ԿՌ-ի պարամետրերի փոփոխությունը հսկողական խմբում

- Երկրորդ խումբ՝ բուժումից առաջ և հետո ԿՌ-ի պարամետրերի փոփոխությունը կրկնակի հոսպիտալ իզացիայի ենթարկվածների խմբում (աղ. 63):

Աղյուսակ 63

Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունների կիրառումը որպես բուժման արդյունավետության չափանիշ

Կյանքի որակի չափանիշները	Հսկողական խումբ			Կրկնակի հոսպիտալացվածների խումբ		
	մինչև բուժումը	բուժումից հետո	ԿՌ-ի չափանիշի բարելավման %-ը (1/2*100)	մինչև բուժումը	բուժումից հետո	ԿՌ-ի չափանիշի բարելավման %-ը (1/2*100)
	1.	2.	3.	1.	2.	3.
BC	3,2±0,03	3,9±0,03	121,9	3,5±0,04	3,7±0,04	105,7
ASA	2,8±0,02	3,2±0,02	114,3	2,9±0,04	3,0±0,04	103,4
FE	3,1±0,03	3,9±0,03	125,8	3,2±0,04	3,5±0,04	102,9
NbDPH	2,9±0,02	3,4±0,02	117,2	3,0±0,05	3,3±0,05	110,0
TS	3,0±0,04	3,8±0,04	126,7	3,1±0,04	3,3±0,04	106,5

Ըստ հետազոտության տվյալների, պարզվում է, որ կրկնակի հոսպիտալ իզացիայի ենթարկվածների ԿՌ-ի չափանիշների բարելավման միտումները բուժումից հետո եղել են ցածր: Այսպես, թոքաբորբի ժամանակ առավել տուժած «Վարք և շփում» չափանիշը կրկնակի հոսպիտալացվածների մոտ բուժումից հետո բարելավվել է 5,7%-ով (հսկողական խմբում ցուցանիշը կազմել է 21,9%), ԿՌ-ի «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշը բարելավվել է ընդամենը 3,4%-ով (հսկողական խմբում ցուցանիշը կազմել է 14,3%):

Այսպիսով կարելի է ասել, որ ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները կարելի է կիրառել բուժման արդյունավետության գնահատման համար:

Վաղ տարիքի երեխաների առողջական վիճակի և ԿՈ-ի վերաբերյալ հետազոտության ընթացքում ստացված տվյալները թույլ են տալիս ներկայացնել այդ տարիքային խմբի երեխաների բժշկական խարգելիչ օգնության օպտիմալացմանն ուղղված գիտականորեն հիմնավորված առաջարկների համար:

Մի խումբ հետազոտողներ առաջարկել են երեխաների առողջական խմբերի ձևավորման ժամանակ հաշվի առնել նաև սոցիալական գործունեությունը, այսինքն, ձևավորել սոցիալական խմբեր, որը կարող է չհամընկնել ավանդական բժշկական խմբերի հետ [33]: Այսպիսի մոտեցման մեթոդի կատարելագործման հարցում եղել են տարբեր դիրքորոշումներ: Այսպես, մի խումբ հետազոտողներ առաջարկում են առողջական վիճակի գնահատման ժամանակ որպես լրացուցիչ չափանիշ հաշվի առնել ռիսկի գործոնները [138]: Մեկ այլ խումբ հետազոտողներ առաջարկում են երեխայի առողջական վիճակը գնահատելիս հաշվի առնել երեխայի սոցիալական ադապտացիայի հնարավորությունները [2], իսկ հետազոտողների 3-րդ խումբն առաջարկում է սոցիալական առողջության գնահատման համար ձևավորել 4 խումբ [1]:

Նման մոտեցումը, այսինքն երեխայի առողջական վիճակի գնահատման չափանիշների ընդլայնումը պայմանավորված է նրանով, որ պատկանելով նույն առողջական խմբին, երեխաները միատարր չեն իրենց կենսաբանական, հոգեւոցիալական ադապտացիայի մակարդակով, երբեմն ունենում են աճի և զարգացման տարբեր դինամիկ միտումներ [141]:

Այսպես օրինակ, I, II առողջական խումբ ունեցող երեխաների մեջ առանձնացվում է ռիսկի խումբ, որոնց շրջանում առկա է ֆունկցիոնալ և ադապտացիոն հնարավորությունների ցածր մակարդակ: Միատարր չի նաև առողջական III խումբը: Այս խմբի ձևավորման ժամանակ հաշվի է առնվում միայն քրոնիկ հիվանդության առկայությունը կամ բացակայությունը: Սակայն կարևոր է նաև հիվանդության ծանրության աստիճանը, բարդությունները առկայությունը և հաճախականությունը, ինչպես նաև երեխայի հարմարողական հնարավորությունները:

Մեր կարծիքով երեխայի առողջական վիճակի գնահատման ժամանակ որպես նոր չափանիշ կարող են կիրառել ԿՈ-ի ցուցանիշները, ինչը հնարավորություն կտա գնահատել երեխայի ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական բարեկեցությունը:

Այս տեղ պետք է առաջ նորոգվել ԱՅԿ կողմից տրված առողջու թյան սահմանմամբ [28]:

ԿՈ-ն որպես առողջական վիճակի համալիր գնահատման չափանիշ կարելի է.

1. կիրառել որպես առողջական վիճակի համալիր գնահատման ցուցանիշ,
2. օգտագործելով երեխայի կյանքի որակի միջազգային թեստեր, գնահատել երեխայի ոչ միայն ֆիզիկական, այլ նաև սոցիալ-հոգեբանական առողջությունը,
3. կյանքի որակը գնահատող չափանիշները ունենալով քանակական արտահայտում, հնարավոր է իրականացնել համեմատություն և ցուցանիշի մոնիթորինգ:

Ստացված տվյալները վկայում են, որ երեխայի առողջական խմբերի ձևավորման չափանիշները վերանայման անհրաժեշտություն ունեն: Միայն օբյեկտիվ տվյալները բավարար չեն առողջական վիճակը գնահատելու համար, այլ անհրաժեշտ է նաև սուբյեկտիվ տվյալներ: Այն հանարավոր է, եթե.

- առողջական խմբերից բացի առանձին գնահատել կյանքի որակը,
- կյանքի որակի չափանիշները ներառել որպես լրացուցիչ չափանիշ առողջական վիճակի համալիր գնահատման ժամանակ:

Առաջին դեպքում առողջական բժշկական խմբերը մնում են անփոփոխ և առողջական խմբի ձևավորման ժամանակ կյանքի որակի չափանիշները ընդգրկվում են որպես լրացուցիչ չափանիշներ:

Երկրորդ դեպքում անհրաժեշտություն է առաջանում առողջական խմբերը վերանայել, հաշվի առնելով կյանքի որակի չափանիշները: Այս մոտեցման ժամանակ առողջական յուրաքանչյուր խմբի ներսում առանձնացվում են ենթախմբեր:

Այսպես, օրինակ

Երկրորդ առողջական խումբ ունեցողներին ըստ կյանքի որակի ցուցանիշների մակարդակի, կարելի է բաժանել 2 ենթախմբի.

- ✓ առողջական II խումբ, որոնց մոտ ԿՈ-ի չափանիշները նորմայի սահմաններում են,
- ✓ առողջական II խումբ, որոնց մոտ ԿՈ-ի չափանիշները նորմայից ցածր են,

Այսպիսով, ԿՈ-ի ցուցանիշների ներդրումը որպես լրացուցիչ չափանիշ, հնարավորություն կտա երեխաների առողջական վիճակի համալիր գնահատման առկա մեթոդում մտցնել փոփոխություններ: Այս հիմնախնդրի լուծումը պահանջում է ժամանակակից

մոտեցումներ, իսկ կիրառելով ստանդարտ գործիքներ, ստացված արդյունքները կարող են դառնալ համադրելի:

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Յետազոտությունը կատարվել է ԵՊԲՀ-ի Առողջապահության կառավարման և տնտեսագիտության ամբիոնի բազայի վրա թեմատիկ ֆինանսավորման ծրագրի շրջանակներում (**Յայտի ծածկագիրը՝ 15T-3D023**): Յետազոտությունն իրականացվել է 2012-2014թթ.-ին:

Յետազոտության օբյեկտ են հանդիսացել վաղ տարիքի (0-3 տարեկան) երեխաները: Ընտրանքի ծավալը կազմել է **2762** երեխա:

Ուսումնասիրվող պրաբլեմայն անոթաբանությունը կազմել են 48,1%, աղջիկները՝ 51,9%: Երեխաների մեծ մասը (82,5%) ծնվել է մոր առաջին հղիությունից: Երեխաների 24,3%-ը ծնվել են բարդացած հղիությունից: Ծնողների սոցիալական կարգավիճակի գնահատման արդյունքում պարզվել է, որ 64% դեպքերում մայրը և հայրը ունեցել են բարձրագույն կրթություն: Ընտանիքների մեծ մասն (74,8%) ունեն լավ կենցաղային պայմաններ: Փոքր ընտանիքները (մինչև 4 անդամ) կազմել են 35,0%, միջինը՝ (4-5 անդամ) 55,6%, իսկ մեծը՝ (6 և ավելի մարդ) 9,4%: Ուսումնասիրվող ընտանիքների 96,0%-ը, ըստ տիպի, եղել է «լրիվ ընտանիք»:

Ըստ տարիքային խմբերի կրճքով կերակրման վերաբերյալ ստացված տվյալների 0-4 ամսական երեխաների 95%-ը կերակրվել է կրճքով, որոնցից բացառապես կրճքով կերակրվել է 45%-ը, իսկ 50%-ին կրճքի կաթի հետ մեկտեղ տրվել են նաև այլ կաթնատեսակներ: Անհանգստացնող է կրճքով կերակրման մեդիան (Me): Բացառապես կրճքով կերակրման պարագայում այն կազմել է 1,5 ամիս, իսկ ընդհանրապես կրճքով կերակրման դեպքում՝ 6,7 ամիս: Ընտանիքների 75,5%-ը նշել են, որ ծնողներից մեկը կամ երկուսն էլ ունեն վնասակար սովորույթներ, որոնցից 44,7%-ը նշել է ծխելը, իսկ 30,8%-ը ալկոհոլի օգտագործումը:

Պարզվել է, որ համեմատվող երկու տարիքային խմբերում (0-1 և 1-3 տարեկաններ) էլ գերակշռել են միջին մակարդակի հիվանդացող ընտանիքները: Սակայն 1-3 տարիքային խմբում հաճախ հիվանդացող ընտանիքների տեսակարար կշիռը գերազանցում է մինչև 1 տարիքային խմբի նույն ցուցանիշին: Ֆիզիկական զարգացման համեմատական բնութագիրն ըստ սեռի հայտնաբերել է, որ երկու տարիքային խմբերում էլ աղջիկների 35,8%-ն ունեցել է ֆիզիկական զարգացման միջին մակարդակ: Քաշի ցենտիլային բաշխման համեմատական բնութագիրը հավաստի տարբերությունն գրանցել է

աղջիկների մոտ բարձր (ավելցուկ) մարմնի զանգվածի դեպքում: Ֆիզիկական զարգացման մակարդակի գնահատումն ըստ մարմնի զանգվածի ինդեքսի, պարզվել է, որ միջին մակարդակի ֆիզիկական զարգացման ցուցանիշը տղաների մոտ համեմատած աղջիկների եղել է ավելի բարձր (43,4% և 39,6%): Սակայն ըստ մարմնի զանգվածի ինդեքսի շատ բարձր ֆիզիկական զարգացման մակարդակ ունեցող աղջիկների թիվը համեմատած տղաների հետ եղել է ավելի բարձր (13,0% և 7,0%):

Ինչպես պարզվել է հետազոտության տվյալներից, երեխաների 78,6%-ը ունեցել է նորմալ քաշ: Սնուցման անբավարարող ուն գրանցվել է 8,2%-ի մոտ, իսկ քաշի ավելցուկ՝ 9,7%-ի մոտ: Ճարպակալ ումը, որը հիմնականում բնութագրվում է առավել ասես քաշի ավելցուցանիշով (95 և ավելի ցենտիլ) հայ տնաբերվել է 3,3%-ի մոտ: Աղջիկների մոտ նորմալ սնուցման մակարդակը, համեմատած տղաների հետ եղել է ցածր: 1-3 համեմատած մինչև մեկ տարեկան տարիքային խմբի հետ տարիքային խմբում քաշի ավելցուկ ունեցող երեխաների տեսակարար կշիռը եղել է ավելի բարձր:

Երեխաների մեծ մասի մոտ (83,2%) նյարդահոգեկան զարգացումը համապատասխանում է տարիքային նորմերին, սակայն 16,8% երեխաների մոտ այն հետ է մնում տարիքային նորմից, ընդ որում ցուցանիշը տարիքի հետ նվազում է (մինչև 1 տարեկանների շրջանում ցուցանիշը կազմել է 22,5%, իսկ 1-3 տարիքային խմբում՝ 9,8%): Ըստ Ապգարի սանդղակի գնահատման (ծնվելու պահին երեխայի վիճակի գնահատում) 67,5% դեպքերում գործակիցը գնահատվել է 8-10 բալլ, 28,8% դեպքերում՝ 7-8 և ընդամենը 3,7%-ի մոտ 4-6 բալլ:

Մինչև 1 տարեկան երեխաների 63,9%-ն ունեցել է առողջական խումբ, իսկ 31,5%-ը՝ երկրորդ և ընդամենը 4,6%-ը՝ երրորդ: Անհրաժեշտ է նշել, որ 1-3 տարիքային խմբում 50,4% երեխաներն են ունեցել առողջական վիճակի առաջին խումբ, իսկ 40,9%-ը՝ երկրորդ: Մինչև մեկ տարեկանների հետ համեմատած առողջական երրորդ խումբ ունեցողների տեսակարար կշիռը աճել է 1,9 անգամ:

Մինչև 1 տարեկան երեխաների հիվանդացության կառուցվածքում շնչառական օրգանների հիվանդությունների բաժին է ընկել 25,5%-ը, մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդությունների՝ 10,5%-ը, պերիտոնալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակներին՝ 6,9%-ը: 1-3 տարիքային խմբում շնչառական օրգանների հիվանդությունների տեսակարար կշիռը կազմել 30,5%, մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդությունները՝ 11,6%:

Առողջ երեխաների տեսակարար կշիռը 1-3 տարիքային խմբում աճել է 18,9%-ով և կազմել է 50,4%, իսկ հիվանդների տեսակարար կշիռը այդ տարիքային խմբում՝ համեմատած մինչև 1 տարեկանների հետևվազել է 18,9%-ով և կազմել է 49,6%:

ԿՌ-ի ընդհանուր բալը մինչև մեկ տարեկան երեխաների համար ստացվել է միջինի սահմաններում: Այն, ըստ ծնողների գնահատման, կազմել է 3,9, իսկ ըստ մանկաբույժների՝ 3,4: Բարձր են գնահատվել ԿՌ-ի «Վարք և շփում» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները: Առավել ցածր նշանակություն է ունեցել «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշը, որը, հավանաբար, պայմանավորված է այդ տարիքային խմբի երեխաների տարիքային առանձնահատկություններով:

Կյանքի որակի ինչպես ընդհանուր բալն, այնպես էլ «Վարք և շփում» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները ինչպես բժիշկները, այնպես էլ ծնողները բարձր են գնահատել տղաների մոտ: Սակայն նրանց մոտ բժիշկները ցածր են գնահատել ԿՌ-ի «Մենակ մնալու ունակություն» ու «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշները:

Ուսումնասիրությունը պարզել է, որ միջին մակարդակից ցածր ֆիզիկական զարգացումն իջեցնում է երեխայի ԿՌ-ն: Հավաստի տարբերություն գրանցվել է ցածր ֆիզիկական զարգացում ունեցող երեխաների ցուցանիշների և միջին ու բարձր ֆիզիկական զարգացում ունեցողների ԿՌ-ի բոլոր չափանիշների միջև ($p < 0,05$):

ԿՌ-ի վրա նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակի (ՆՀ2) ազդեցության գնահատումը նույնպես փաստեց, որ նյարդահոգեկան զարգացման դանդաղումը նպաստում է ԿՌ-ի չափանիշների մակարդակի իջեցմանը:

Ինչ վերաբերում է ընտանիքների հիվանդացության մակարդակին, ապա հաճախ հիվանդացող ընտանիքներում ցածր են մինչև մեկ տարեկան երեխայի ԿՌ-ի ինչպես «Ընդհանուր բալ»-ը, այնպես էլ «Մենակ մնալու ունակություն» և «Վարք և շփում» չափանիշները:

Ըստ հետազոտության արդյունքների, առողջական առաջին խումբ ունեցող երեխաների հետ համեմատած, առողջական 2-րդ և 3-րդ խումբ ունեցող երեխաների կյանքի որակը գնահատվել է ավելի ցածր: Բազմակի համեմատությունների մեթոդի օգնությամբ հայտնաբերվել է, որ ԿՌ-ի բոլոր չափանիշներում տարբերություն գրանցվել է միայն առողջական 1-ին և 2-րդ, 1-ին և 3-րդ խմբերի միջև,

իսկ 2-րդ և 3-րդ խմբերի միջև հավաստի տարբերությունն չի գրանցվել: Յետագոտության տվյալները փաստում են, որ մանկաբույժների և ծնողների կողմից անհաս երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների գնահատման մակարդակները միմյանցից տարբերվում են: Այս տարբերությունն առավել ակնհայտ է «Մենակ մնալու ունակություն» ու «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական ակտիվություն» չափանիշների դեպքում:

Մինչև 1 տարեկան երեխաների կյանքի 6 ամսական հասակում չափանիշների տարբերությունն գրանցվել է բոլոր չափանիշների համար, բացառությամբ «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշի: Ծնողները անհաս երեխաների ԿՌ-ն գնահատել են ավելի բարձր, քան մանկաբույժները: Մինչև 1 տարեկան երեխաների կյանքի 9-րդ ամսում չափանիշների տարբերության փոփոխությունն ունեցել է նույն օրինաչափությունը, ինչ գրանցվել է 6 ամսական հասակի համար, բացառությամբ «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշի:

Անհաս ծնված երեխաների կյանքի 9-րդ ամսում կյանքի որակի չափանիշները եղել են ավելի բարձր, քան 3 ամսեկանում, հատկապես բարձր է եղել ԿՌ-ի «Վարք և շփում» չափանիշը: Կյանքի 12-րդ ամսում անհաս երեխաների կյանքի որակի չափանիշների հավաստի տարբերությունն չի գրանցվել ծնողների և մանկաբույժների պատասխաններում ԿՌ-ի հետևյալ չափանիշների համար՝ «Մենակ մնալու ունակություն» և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական ակտիվություն», իսկ մնացած չափանիշների համար գրանցվել է հավաստի տարբերություն:

Անհրաժեշտ է նշել, որ մեկ տարեկան երեխաների շրջանում ԿՌ-ի չափանիշների գնահատման տարբերությունն մանկաբույժների և ծնողների պատասխաններում չի գրանցվել «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշի համար ($p < 0,01$), իսկ մյուս չափանիշների առումով արձանագրված տարբերությունը պահպանվել է ($p < 0,05$): Անհրաժեշտ է նշել, որ մանկաբույժներն այս տարիքային խմբի ԿՌ-ի չափանիշները գնահատել են ավելի բարձր, քան 3 և 6 ամսեկանների մոտ չափանիշների համար:

Անհրաժեշտ է նշել, որ առողջ երեխաների ԿՌ-ի գնահատման ժամանակ ծնողների և մանկաբույժների պատասխանների միջև տարբերությունն չի գրանցվել, այն դեպքում, երբ առողջական վիճակի շեղումներ ունեցող երեխաների ԿՌ-ի գնահատման ժամանակ, բժիշկները ԿՌ-ն գնահատել են ավելի ցածր, քան ծնողները:

Ուսումնասիրվող մյուս ցուցանիշի՝ ինտելեկտի և ԿՌ-ի փոխադարձ կապի վերլուծությունը, պարզեց, որ ըստ Ապարի սանդղակի ինտելեկտի ցածր գործակից ունեցող երեխաների ԿՌ-ի չափանիշները եղել են ցածր: Ավելի շատ տուժել են «Վարք և շփում» և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշները: Մեր կողմից կորելյացիոն վերլուծություն կատարվեց նաև ԿՌ-ի չափանիշների և բժշկակենսաբանական ու սոցիալ-հիգիենիկ միջարք գործոնների միջև: Պարզվեց, որ երեխաների ԿՌ-ի «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշի վրա ազդում են մարմնի զանգվածը, նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակը և առողջական խումբը, իսկ «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշի վրա՝ մարմնի քաշը, առողջական խումբը և ընտանիքի հոգեբանական մթնոլորտը: Երեխաների ԿՌ-ի «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշի վրա ազդում են մարմնի քաշը, հասակը, առողջական խումբը, նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակը և ծննդաբերության հերթական համարը:

Յետազոտվող մյուս գործոնը՝ ընտանիքի կոնֆլիկտային վիճակը նույնպես իջեցնում է երեխայի ԿՌ-ն: Պետք է նշել, որ մանկաբույժներն այս գործոնի ազդեցությունը ԿՌ-ի վրա ավելի բարձր են գնահատել, քան ծնողները: Այն առավել բացասական ազդեցություն է ունեցել ԿՌ-ի «Մենակ մնալ ու ունակություն» և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշների վրա:

Մեր կողմից իրականացված դիսպերսիոն վերլուծությունը վերաբերվում էր մինչև 1 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների վրա ազդող բժշկակենսաբանական գործոններին: Ըստ այդ վերլուծության տվյալների ԿՌ-ի վրա ֆակտորալ դիսպերսիայի չափաբաժինը մեծ է հետևյալ բժշկակենսաբանական գործոնների համար. երեխայի սեռը, ծննդաբերության ընթացքը, առողջական վիճակի շեղումները, ծննդաբերության հերթական համարը, երեխայի ինտելեկտի գործակիցը ըստ Ապարի սանդղակի, մոր տարիքը:

Մինչև 1 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների վրա ազդող սոցիալ-հիգիենիկ գործոնների դիսպերսիոն վերլուծության արդյունքներն արձանագրել են հետևյալ գործոնների ազդեցության ֆակտորալ դիսպերսիայի չափաբաժնի մեծ տեսակարար կշիռ. ընտանիքի հոգեբանական կլիմա, ընտանիքի կենցաղային

պայ մանները, վնասակար սովորույթների առկայությունն ծնողների մոտ:

Հետազոտվող մյուս՝ 1-3 տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ի «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշը, համեմատած մինչև մեկ տարեկան երեխաների նույն չափանիշի հետ հավաստի բարձր էր: Մինչև մեկ տարեկան երեխաների հետ համեմատած, 1-3 տարեկանների ԿՌ-ի «Ընդհանուր բալ»-ը ըստ սեռի էական տարբերություն չի գրանցել: Ծատկարևոր էր պարզել, թե ինչ փոխազդեցություն է առկա ԿՌ-ի և առողջական վիճակի համալիր ցուցանիշների միջև: Արդյունքի վերլուծությունը ցույց տվեց, որ երեխայի առողջական խուճբն ունի էական ազդեցություն ԿՌ-ի վրա: Այսպես, առողջական I խուճբ ունեցողների ԿՌ-ի բոլոր չափանիշները հավաստի բարձր էին առողջական շեղումներ ունեցողների ԿՌ-ի հետ համեմատած:

Բազմակի համեմատությունների մեթոդի օգնությամբ հիմնավորվել է, որ 1-3 տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ի բոլոր չափանիշներում տարբերություն գրանցվել է միայն առողջական 1-ին և 2-րդ, 1-ին և 3-րդ խմբերի միջև: Խմբերի միջև հայտնաբերվեց հավաստի տարբերություն ըստ ԿՌ-ի «Ընդհանուր բալ», «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշների:

Մեր կողմից դիսպերսիոն վերլուծության են ենթարկվել նաև 1-3 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների վրա ազդող բժշկական և սաքանական գործոնները: Ըստ դիսպերսիոն վերլուծության տվյալների կյանքի որակի վրա \$ակտորալ դիսպերսիայի մեծ չափաբաժին է արձանագրվել բժշկական և սաքանական հետևյալ գործոնների համար՝ առողջական վիճակի շեղումների առկայություն, երեխայի առողջության ինդեքս: Իսկ նույն տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների վրա ազդող սոցիալ-հիգիենիկ գործոնների դիսպերսիոն վերլուծության արդյունքները հիմնավորել են հետևյալ գործոնների ազդեցության \$ակտորալ դիսպերսիայի չափաբաժնի մեծ տեսակարար կշիռ. ընտանիքի հոգեբանական կլիմա, ծնողների կրթական մակարդակ, ծնողների սոցիալական կարգավիճակ, երեխայի դաստիարակությունը հոր մասնակցություն և ընտանիքի տիպ: Վերլուծության ենք ենթարկել նաև կյանքի որակի չափանիշների կախվածությունն ըստ քաջի ավելցուկի: Պարզվել է, որ այն երեխաները, ովքեր ունեցել են ճարպակալում ունեցել են նաև կյանքի որակը բնութագրող «Ընդհանուր բալ», «Նյարդահոգեկան

զարգացում և ֆիզիկական առողջություն»», «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշների հավաստի ցածր ցուցանիշներ: Յետազոտության արդյունքները հնարավորություն են տվել մշակել վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակը գնահատող չափանիշների ցենտիլային բաշխվածության աղյուսակներ՝ ըստ տարիքատարի խմբերի և ըստ գնահատող սուբյեկտի (ծնողներ և մանկաբույժներ): ԿՌ-ի գնահատման ցենտիլային աղյուսակները կարելի է կիրառել վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի մակարդակը գնահատելու համար: Այսպես, եթե ցուցանիշը ստացվել է 5 ցենտիլից ցածր, ապա այդ դեպքում ԿՌ-ն գնահատվում է շատ ցածր, իսկ 5-10 ցենտիլի դեպքում՝ ցածր: ԿՌ-ի ցենտիլային աղյուսակները կարելի է կիրառել վաղ տարիքի երեխաների կանխարգելիչ բժշկական զննումների մինչ-բժշկական (անկետավորում) փուլում: Այն հնարավորություն կտա հայտնաբերել վաղ տարիքի այն երեխաներին, ովքեր ունեն ԿՌ-ի ցածր մակարդակ: Այդ երեխաների շրջանում անհրաժեշտ է իրականացնել լրացուցիչ սոցիալ-հիգիենիկ և հոգեբանական առանձնահատկությունների վերլուծություն: Այսպիսի մոտեցումը հնարավորություն կտա մշակել և կիրառել առողջական վիճակի և ԿՌ-ի բարելավմանն ուղղված անհատական վերականգնողական միջոցառումներ: Յետաքրքիր էր պարզել, թե ԿՌ-ն ինչպիսի փոփոխություններ է կրում առավել հաճախ հանդիպող վաղ տարիքի երեխաների շրջանում այդ հիվանդությունների ժամանակ ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները: Պարզվել է, որ ռախիտ ունեցող երեխաների ԿՌ-ն առողջ երեխաների ԿՌ-ի հետ համեմատած ավելի ցածր է: Տարբերությունն ավելի արտահայտված էր մինչև մեկ տարեկանների մոտ ԿՌ-ի «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» և «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշների, իսկ 1-3 տարեկանների մոտ՝ «Վարք և շփում», «Մենակ մնալ ու ունակություն» և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշների համար: «Յատուկ պերինատալ վիճակ ունեցող երեխաների ԿՌ-ի բոլոր չափանիշները, համեմատած առողջ երեխաների հետ, նույնպես ցածր էր: Մինչև մեկ տարեկան երեխաների մոտ այդ դեպքում տուժում էին ԿՌ-ի «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշը, իսկ 1-3 տարեկանների շրջանում՝ «Վարք և շփում» և «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշները: Սակավարյունությամբ տառապող վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակի չափանիշների վերաբերյալ նույնպես արձանագրվեց ցածր

ցուցանիշներ: Այսպես, մինչև մեկ տարեկանների մոտ առավել շատ տուժում են ԿՌ-ի «Մենակ մնալու ունակություն» և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշները, իսկ 1-3 տարիքային խմբում՝ «Ընտանեկան միջավայր» և «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշները:

Հետազոտության արդյունքներից պարզվեց, որ արտահիվանդանոցային թոքաբորբի ծանրության աստիճանի և կյանքի որակի չափանիշների միջև նույնպես առկա է կախվածություն: Համեմատությունը պարզեց, որ առողջ երեխաների ԿՌ-ի հետ համեմատած թոքաբորբ ունեցողների ԿՌ-ն ավելի ցածր է: Տարբերությունն ավելի արտահայտված էր հատկապես ԿՌ-ի «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» և «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշների դեպքում: Անհրաժեշտ էր նշել, որ բրոնխիտի ժամանակ հազի ինտենսիվությունն ավելի շատ ազդում է ԿՌ-ի «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշի վրա:

Վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել տարածված ալերգոպաթոլոգիան ատոպիկ մաշկաբորբն է: Այս պաթոլոգիայի առկայության դեպքում առավել շատ տուժում է ԿՌ-ի «Ընդհանուր բալ»-ը: Ընդ որում հիվանդության թեթև ընթացքի դեպքում ցուցանիշը $3,9 \pm 0,02$ բալ էր, միջին ծանրության դեպքում՝ $3,5 \pm 0,04$ բալ, իսկ ծանր ընթացքի դեպքում $2,9 \pm 0,03$ բալ: Ծանր ընթացքի դեպքում ավելի շատ տուժում են ԿՌ-ի «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական ակտիվություն», «Ընտանեկան միջավայր» և «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշները, թեթևի դեպքում՝ «Մենակ մնալու ունակություն», իսկ միջին ծանրության դեպքում՝ «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական ակտիվություն» չափանիշները: ԿՌ-ի և SCORAD ինդեքսի միջև առկա կապի գնահատման ժամանակ հակադարձ համեմատական, միջին ուժգնության կորելացիոն կապ հայտնաբերվեց ԿՌ-ի «Ընդհանուր բալ», «Վարք և շփում» և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշների միջև ($R = -0,45, p < 0,01$; $R = -0,35, p < 0,01$; $R = -0,45, p < 0,01$):

Այսպիսով, ըստ հետազոտության տվյալների, երեխայի առողջական վիճակի գնահատման ժամանակ որպես նոր չափանիշ կարող են կիրառվել ԿՌ-ի ցուցանիշները, ինչը հնարավորություն կտա գնահատել երեխայի ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական բարեկեցությունը: Ստացված տվյալները վկայում են, որ երեխայի

առողջական խմբերի համալիր ձևավորմանը օբյեկտիվ տվյալների հետմիասին անհրաժեշտ է նաև հաշվի առնել վերը թվարկած և մերկողմից մշակված սուբյեկտիվ տվյալները:

ԵԶՐԱԿԱՏՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Մինչև 1 տարեկան երեխաների 41,2%-ը և 1-3տ.-ի 45,2%-ն ունեցել են ֆիզիկական զարգացման միջին մակարդակ, ցածր մակարդակ՝ 7,2%-ը և 6,2%-ը, իսկ բարձր՝ համապատասխանաբար 10,1%-ը և 8,9%-ը: Քաշի ավելցուկ ունեցողների տեսակարար կշիռը կազմել է 9,7%, ճարպակալում ունեցողները՝ 3,3%, քաշի պակաս՝ 8,4%: Մինչև 1 տարեկան երեխաների 63,9%-ն ունեցել է առողջական իխումբ, իսկ 1-3տարիքային խմբում ցուցանիշը կազմել է 50,4%:
2. Մինչև 1 տարեկան երեխաների հիվանդացու թյան կառուցվածքում առաջին տեղում շնչառական համակարգի (25,5%), երկրորդում՝ մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի (10,5%) հիվանդություններն են, իսկ երրորդում՝ պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակները (6,9%) են: 1-3 տարիքային խմբում հիվանդացու թյան կառուցվածքում առաջին տեղում են շնչառական համակարգի (30,5%), երկրորդում՝ մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի (11,6%), իսկ

երրորդում՝ մարսողական համակարգի (7,8%) հիվանդությունները:

3. Մինչև 1 տարեկան երեխաների ԿՈ-ն ծնողները գնահատել են 3,9 բալլ (78%), իսկ մանկաբույժները՝ 3,4 բալլ (68%): Ցածր է գնահատվել «Մենակ մնալ ու ունակություն» (համապատասխանաբար 62% և 56%) և «Նյարդահոգեկան առողջություն և ֆիզիկական զարգացում» (համապատասխանաբար 74% և 62%) չափանիշները: ԿՈ-ի բոլոր չափանիշները տղաների մոտ եղել են բարձր, համեմատած աղջիկների հետ: Ֆիզիկական զարգացման ցածր մակարդակը ազդում է «Ընտանեկան միջավայր», իսկ բարձրը՝ «Վարք և շփում», «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշների վրա:
4. Մինչև մեկ տարեկան երեխաների ԿՈ-ի վրա առավել ազդեցություն են ունեցել բժշկական օգնության գործոնները, որոնց ազդեցության դիսպերսիայի չափաբաժինը կազմել է $\eta^2=79,7\%$: 1-3 տարիքային խմբում ԿՈ-ի վրա առավել ազդեցություն են ունեցել սոցիալ-հիգիենիկ գործոնները, որոնց դիսպերսիայի չափաբաժինը կազմել է $\eta^2=66,9\%$:
5. Վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել հաճախ հանդիպող հիվանդությունների ազդեցությունը ԿՈ-ի չափանիշների վրա ունեցել է նոզոլոգիական առանձնահատկություններ: ԿՈ-ի ընդհանուր բալլն առավել տուժել է ատոպիկ մաշկաբորբի, բրոնխիտի, մարսողական համակարգի հիվանդությունների, «Վարք և շփում»-ը՝ գաստրոէզոֆագալ ռեֆլուկսի, բրոնխիտի, «Մենակ մնալ ու ունակություն»-ը՝ սակավարյունության, հաճախակի ՍՌՀ-ի, բրոնխիտի, «Ընտանեկան միջավայր»-ը՝ ատոպիկ մաշկաբորբի, լեղուղիների դիսկինեզիայի, «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն»-ը՝ ատոպիկ մաշկաբորբի և հիպոտրոֆիայի ժամանակ:
6. Թոքաբորբի կապակցությամբ կրկնակի հոսպիտալացվածների ԿՈ-ի չափանիշների բարելավման միտումները եղել են ցածր: Այդ հիվանդության ժամանակ առավել տուժած «Վարք և շփում» չափանիշը կրկնակի հոսպիտալացվածների մոտ բուժումից հետո բարելավվել է 5,7%-ով (իսկողական խմբում՝ 21,9%-ով), «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշը՝ 3,4%-ով (իսկողական խմբում՝

14,3%-ով): ԿՈ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները կարելի է կիրառել որպես բուժման արդյունավետության գնահատման և բացուցիչ չափանիշ:

7. Կատարված հետազոտությունը հնարավորություն է տվել մշակել ԿՈ-ի չափանիշների ցենտիլային աղյուսակներ, ինչպես նաև ըստ Վալդի մեթոդի այդ չափանիշների կանխատեսական գնահատման սանդղակ՝ հիմնվելով բժշկական սաքանական և սոցիալ-հիգիենիկ ռիսկի գործոնների ախտորոշիչ գործակիցների վրա:

ԳԻՏԱԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

1. QUALIN սքրինինգ թեսթի օգնությամբ վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի գնահատման մեթոդաբանությամբ և հետազոտության արդյունքում մշակված ԿՌ-ի գնահատման ցենտիլային աղյուսակները նպատակահարմար է ներդնել վաղ տարիքի երեխաների հետազոտության նկատմամբ որպես առողջական վիճակի համալիր գնահատման մոնիթորինգի և բացուցիչ չափանիշ:
2. Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի անհատական կանխատեսման համար նպատակահարմար է կիրառել մշակված կանխատեսական աղյուսակը: Եթե ախտորոշիչ գործակիցների գումարը ստացվել է +13 և ավելի բալ, ապա այդ երեխաներին անհրաժեշտ է ընդգրկել որպես ԿՌ-ի ցածր մակարդակ կանխատեսող ռիսկի խմբի մեջ: Հաշվի առնելով բժշկական և սոցիալ-հիգիենիկ գործոնների ազդեցության առանձնահատկությունները, անհրաժեշտ է մշակել անհատական կանխարգելիչ միջոցառումների պլան:
3. Վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել հաճախ հանդիպող հիվանդությունների ժամանակ ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները կարելի է կիրառել որպես բուժման տարբեր փուլերի և բուժկանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետության գնահատման անհատական մոնիթորինգի չափանիշ:
4. ԿՌ-ի գնահատման մեթոդը համապատասխանում է SMART սկզբունքներին՝ կոնկրետ, չափելի, հասանելի, արդիական, ժամանակակից: Այդ չափանիշները կարող են կիրառվել որպես առողջական վիճակի համալիր գնահատման և վաղ տարիքի երեխաների առողջության բարելավման պետական քաղաքականության մշակման կողմնորոշիչներ:

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒ ԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Косова С.А. Исчерпанная заболеваемость детского населения России в зависимости от типов населения. // Российский педиатрический журнал, – 2012, – № 6, – С. 39-43.
2. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации. // Педиатрия, - 2012, - №3, - С. 9-14.
3. Баранов А.А. Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В. Состояние, проблемы и перспективы организации медико-социальной помощи детям. // Российский педиатрический журнал, – 2013, – № 2, – С. 4-6.
4. Бабенко А.И., Денисов А.П. Медико-социальные аспекты здоровья детей раннего возраста и их семей. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 5. – С. 18-20.
5. Гудинова Ж.В., Овчинникова Е.Л., Нескин Т.А., Жернакова Г.Н., Толькова Е.И., Гегечкори И.В. Новый способ анализа заболеваемости детей в регионах (на примере районов Омской области. // Вопросы современной педиатрии, 2015; 14 (1): 18–22).
6. Даленов Е.Д., Абдулдаева А.А., Сливкина Н.В., Пятов Е.А., Балкешева З.М., Никитина Т.П., Курбатова К.А. Качество жизни детей на фоне потребления биогенной воды «Туран». // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни, 2012; 19-20: 72-82.
7. Дегиль О.В, Методика определение качества жизни населения региона на основе комплексного индикатора качества жизни. // Глобальный научный потенциал управление качеством, 2012, - №11(20), 132-138.
8. Елизарова Т.В. К разработке региональных стандартов физического развития детей раннего и грудного возраста Энгельсского муниципального образования. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8, № 2. – С. 284-288.
9. Захарова Р.Н., Михайлова А.Е., Ионова Т.И., Тимофеев Л.Ф., Кривошапкин В.Г. Популяционные показатели качества жизни у населения Республики Саха (Якутия). // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни, 2012; 19-20: 16-32.
10. Захарова Р.Н., Михайлова А.Е., Ионова Т.И., Кривошапкин В.Г. Валидация русскоязычной версии общего опросника SF-36 в Якутии. // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, 2013, Т. 8, № 3 (Приложение), С. 27-30.
11. Зорина И.Г. Особенности психоэмоционального состояния школьников в течение учебного года. // Российский педиатрический журнал, – 2013, – № 2, – С. 47-50.
12. Иванова А.А. Здоровьесберегающая деятельность в условиях дошкольного образовательного учреждения: реальность и предложения по оптимизации. // Российский педиатрический журнал, – 2012, – № 3, – С. 42-46.

13. Имбах П., Ионова Т.И. Исследование качества жизни больных идиопатической тромбоцитопенией. //Вестник Межнародного центра исследования качества жизни, 2012; 19-20: 96-100.
14. Иваненко А.В., Волкова И.Ф., Корниенко А.П. Состояние здоровья детского и подросткового населения Москвы и его связь с социально-гигиеническими факторами.// Здравоохранение РФ. – 2009. – № 2. – С. 28-30.
15. Ионова Т.И., Один В.И., Никитина Т.П., Курбатова К.А. Проблема страха возникновения гипогликемии у больных сахарным диабетом 2-го типа, получающих базис-болюсную инсулинотерапию. // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни, 2014, № 23-24, С. 13-15.
16. Ионова Т.И. Разработка протокола исследования качества жизни в онкогематологии. // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни, 2012; 19-20: 101-103.
17. Ионова Т.И., Комленок Н.М. Адаптационные возможности у больных сахарным диабетом: значение психологического статуса.// Вестник Межнародного центра исследования качества жизни, 2014, № 23-24, С. 86.
18. Ионова Т.И., Один В.И., Никитина Т.П., Курбатова К.А., Шабловская Н.Е. Показатели качества жизни у больных сахарным диабетом 2-го типа, получающих пероральную сахароснижающую терапию.//Вестник Межнародного центра исследования качества жизни, 2013, № 21-22, С. 56-63.
19. Ионова Т.И., Федоренко Д.А., Мочкин Н.Е., Никитина Т.П., Курбатова К.А., Новик А.А. Мониторинг параметров качества жизни у больных злокачественными лимфомами в разные сроки после аутологичной трансплантации кроветворных стволовых клеток. // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни, 2012; 19-20: 33-42.
20. Ионова Т.И., Федоренко Д.А., Никитина Т.П., Курбатова К.А. Качество жизни и профиль симптомов у больных хроническим миелолейкозом на фоне второй линии дазатинибом при непереносимости и резистентности к иматинибу. // Клиническая Онкогематология, 2013, Т. 6, №2, С. 166-175.
21. Ионова Т.И., Федоренко Д.А., Никитина Т.П., Курбатова К.А. Показатели качества жизни и спектр симптомов у больных хроническим миелолейкозом в хронической фазе при резистентности или непереносимости терапии иматинибом. // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни, 2013, № 21-22, С. 20-31.
22. Киштович А.В., Курбатова К.А. Методологические аспекты формирования и ведения базы данных в исследованиях качества жизни. //Вестник Межнародного центра исследования качества жизни, 2012; 19-20: 104-110.
23. Классен Р., Ионова Т.И. Значение оценок, данных пациентом, в детской онкогематологии. // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни, 2013, № 21-22, С. 121-125.
24. Курбатова К.А., Ионова Т.И., Киштович А.В. Многомерные статистические методы в исследованиях качества жизни в медицине. // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни, 2014, № 23-24, С. 97.

25. Лучанинова В.Н., Бурмистрова Т.И., Крутова А.С., Погодаева Т.В. Прогностическая оценка перинатальных факторов риска. // «Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России» 2012 №3 <http://www.fesmu.ru/voz/> 20123/2012306.
26. Моисеенко Е.И., Никитина Т.П., Курбатова К.А., Ионова Т.И. Показатели качества жизни у детей в ремиссии онкологического заболевания и у их родителей. // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни, 2013, № 21-22, С. 91-103.
27. Никитина Т.П., Курбатова К.А., Ионова Т.И. Валидация русскоязычной версии опросника для оценки гипогликемии – Hypoglycemia perspectives questionnaire (with event frequency items). // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни, 2013, № 21-22, С. 109-120.
28. Никитина Т.П., Кучма Г.Б., Шнейдер Т.В., Санникова И.В., Усачева Е.И., Курбатова К.А., Ионова Т.И. Качество жизни больных хроническим миелолейкозом в отдаленные сроки второй линии терапии дазатинибом. // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни, 2014, № 23-24, С. 93.
29. Никитина Т.П., Федоренко Д.А., Курбатова К. А., Усачева Е. И., Ионова Т.И. Валидация опросника для полноформатной оценки симптомов у больных хроническим миелолейкозом – CSP Leuk-CML. // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни, 2014, № 23-24, С. 72.
30. Новик А.А., Ионова Т.И., Никитина Т.П. Инструменты оценки качества жизни и симптомов в детской онкогематологии. // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни, 2011, 17-18, 83-86.
31. Новик А.А., Ионова Т.И., Калядина С.А., Никитина Т.П., Курбатова К.А. Разработка и апробация нового опросника оценки симптомов у больных раком молочной железы – CSP-Br. // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни, 2011, 17-18, 69-82.
32. Новик А.А., Ионова Т.И., Калядина С.А., Никитина Т.П., Федоренко Д.А., Курбатова К.А. Методологические стандарты разработки новых инструментов оценки симптомов в клинической медицине. // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни, 2010, 15-16, 6-11.
33. Рахманин Ю.А. Комплексный подход к гигиенической оценке качества жизни учащихся. // Гигиена и санитария, 2010, № 2, С. 67-70.
34. Рослова З.А., Манькова Т.Ю., Ким А.В. Опыт организации отделения медико-социальной помощи в детской поликлинике. // Вопросы современной педиатрии, – 2013, – Т, 12, № 1, С. 6-7.
35. Сурков А.Н., Черников В.В., Баранов А.А. Результаты оценки качества жизни детей с печеночной формой гликогеновой болезни. // Педиатрическая фармакология, – 2013, № 4, С. 90-94.
36. Симонян К.Г. Пути оптимизации стационарной медицинской помощи детскому населению Республики Армения.// Автореферат, 2013, 40с.
37. Федоренко Д.А., Мельниченко В.Я., Мочкин Н.Е., Ионова Т.И., Новик А.А. Качество жизни до трансплантации как фактор прогноза у больных злокачест-

- венными лимфомами при проведении аутологичной трансплантации кроветворных стволовых клеток. // Клиническая онкогематология, 2014, №1, 19-24.
38. Федоренко Д.А., Мельниченко В.Я., Ионова Т.И., Курбатова К.А. Клиническая оценка эффективности аутологических трансплантации кроветворных стволовых клеток при лимфомах. // Вестник НМХЦ им Н.И. Пирогова, № 4, 2013, С. 62-65.
 39. Чучалин А.Г., Белевский А.С., Смоленов И.В. Качество жизни больных бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового популяционного исследования. // Пульмонология 2003, 13 (5), С. 88-96.
 40. Щербицкая А.В. Анализ уровня физического развития учащихся школ Самарской области. // Вопросы современной педиатрии.– 2006. –Т. 5, № 1: Актуальные проблемы педиатрии: сборник материалов X Конгресса педиатров России. – С. 672.
 41. Abanto J, Ortega A.O, Raggio D.P, Bönecker M, Mendes F.M, Ciamponi A.L, Impact of oral diseases and disorders on oral-health-related quality of life of children with cerebral palsy, Spec Care Dentist, 2014;34(2):56-63.
 42. Alba A, Uribe M, Hunter B, Monzón P, Ferrada C, Heine C, Auad H, Health-related quality of life after pediatric liver transplant: single-center experience in Chile, Transplant Proc, 2013 ;45(10):3728-30.
 43. Al-Mendalawi M.D, Karam N.T, Risk factors associated with deciduous tooth decay in Iraqi preschool children, Avicenna J Med, 2014;4(1):5-8.
 44. Amiri P, MA E, Jalali-Farahani S, Hosseinpanah F, Varni J.W, Ghofranipour F, Montazeri A, Azizi F: Reliability and validity of the Iranian version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4,0 Generic Core Scales in adolescents, Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation 2010, 19(10):1501-1508.
 45. Anderson, B.J., Edelstein S., Abramson N.W., Katz L.L., Yasuda P.M., Lavietes S.J., Trief P.M., Tollefsen S.E., McKay S.V., Kringas P., Casey T.L., Marcus M.D. (2011), Depressive symptoms and quality of life in adolescents with Type 2 diabetes: Baseline data from the TODAY study, Diabetes Care, 34, 2205-2207.
 46. Andruszkow H, Deniz E, Urner J, Probst C, Grün O, Lohse R, Frink M, Krettek C, Zeckey C, Hildebrand F, Physical and psychological long-term outcome after traumatic brain injury in children and adult patients, Health Qual Life Outcomes,- 2014;12(1):26.
 47. Anota A, Bascoul-Mollevi C, Conroy T, Guillemin F, Velten M, Jolly D, Mercier M, Causeret S, Cuisenier J, Graesslin O, Hamidou Z, Bonnetain F, Item response theory and factor analysis as a mean to characterize occurrence of response shift in a longitudinal quality of life study in breast cancer patients, Health Qual Life Outcomes, 2014;12(1):32.
 48. Aras I, Stevanović R, Vlahović S, Stevanović S, Kolarić B, Kondić L, Health related quality of life in parents of children with speech and hearing impairment, Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2014;78(2):323-9.

49. Arden-Close E., A, Pacey C, Eiser Health-related quality of life in survivors of lymphoma: a systematic review and methodological critique. // *Leuk, Lymphoma*, – 2010, – Vol, 51, № 4, – P, 628-640.
50. Arslan F.T., Basbakkal, Z.,Kantar M., (2013), Quality of life and chemotherapy-related symptoms of Turkish cancer children undergoing chemotherapy, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14, 1761-1768.
51. Aujoulat I. F., Libion J., Berrewaerts Adolescent mothers' perspectives regarding their own psychosocial and health needs: a qualitative exploratory study in Belgium. // *Patient Educ, Couns*, – 2010, – Vol, 81, № 3, – P. 448-453.
52. Avery R.A, Hardy K.K, Vision specific quality of life in children with optic pathway gliomas, *J Neurooncol*, 2014;116(2):341-7.
53. Avery L., G, Lazdane What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? // *Contracept, Reprod, Health Care*,– 2010,– Vol. 15,p.54-66.
54. Backman K, Piippo-Savolainen E, Ollikainen H, Koskela H, Korppi M, Increased asthma risk and impaired quality of life after bronchiolitis or pneumonia in infancy, *Pediatr Pulmonol*, 2014 ;49(4):318-25.
55. Baghdadi Z.D, Effects of dental rehabilitation under general anesthesia on children's oral health-related quality of life using proxy short versions of OHRQoL instruments, *ScientificWorldJournal*, 2014;2014:308-439.
56. Bandino M.L, Garfinkle R.A, Zickefoose B.A, Hsieh D.T, Epilepsy at a summer camp for children and young adults with developmental disabilities: a 3-year experience, *Mil Med*, 2014;179(1):105-10.
57. Berkes A, Pataki I, Kiss M, Kemeny C, Kardos L, Varni JW, Mogyorosy G: Measuring health-related quality of life in Hungarian children with heart disease: psychometric properties of the Hungarian version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4,0 Generic Core Scales and the Cardiac Module, *Health and quality of life outcomes* 2010, 8:14.
58. Berkes A., I, Pataki M, Kiss Measuring health-related quality of life in Hungarian children with heart disease: psychometric properties of the Hungarian version of the Pediatric Quality of Life Inventory TM 4,0 Generic Core Scales and the Cardiac Module. // *Health Qual, Life Outcom*, – 2010, – Vol, 8, – P. 14.
59. Bertolotti J., Marx G.C, Hattge Junior S.P, Pellanda L.C, Quality of life and congenital heart disease in childhood and adolescenc, *Arq Bras Cardiol*, 2014;102(2):192-8.
60. Blume E.D, Balkin E.M, Aiyagari R, Ziniel S, Beke D.M, Thiagarajan R, Taylor L, Kulik T., Pituch K., Wolfe J. Parental perspectives on suffering and quality of life at end-of-life in children with advanced heart disease: an exploratory study, *Pediatr Crit Care Med*, 2014;15(4):336-42.
61. Blume E.D., Balkin E.M., Aiyagari R., Ziniel S., Beke D.M., Thiagarajan R., Taylor L., Kulik T., Pituch K., Wolfe J., Parental Perspectives on Suffering and Quality of Life at End-of-Life in Children With Advanced Heart Disease: An Exploratory Study, *Pediatr Crit Care Med*, 2014;15(4):336-42.

62. Brabcova D., Krsek P., Kohout J., Zarubova J. Psychometric properties of the modified Czech version of the children self-report Quality-of-life Measure for Children with Epilepsy (CHEQOL-25), *Epilepsy Behav*, 2014;33:31-38.
63. Brennan D.S., Spencer A.J., Health-related quality of life and income-related social mobility in young adults, *Health Qual Life Outcomes*, 2014;12(1):52.
64. Brouwer C., N., Rovers M., M., Maille A., R. The impact of recurrent acute otitis media on the quality of life of children and their caregivers. // *Clin, Otolaryngol*, 2005, - Vol, 30(3), - P, 258-65.
65. Bruner C. From child health coverage to healthy child development // *J, Pediatrics*, – 2010, – Vol, 157, № 1, – P. 3-4.
66. Cabanas-Grandío P., García-Seara J., Gude F., Martínez-Sande J.L., Fernández-López X.A., González-Juanatey J.R., Assessment of long-term quality of life after cavotricuspid isthmus ablation for typical atrial flutter, *Health Qual Life Outcomes*, 2014;12(1):47.
67. Carlson M.J., Moore C.E., Tsai C.M., Shulman R.J., Chumpitazi B.P. Child and parent perceived food-induced gastrointestinal symptoms and quality of life in children with functional gastrointestinal disorders.// *J. Acad Nutr Diet*, 2014; 114(3):403-13.
68. Carvalho A.C., Paiva S.M., Viegas C.M., Scarpelli A.C., Ferreira F.M., Pordeus I.A., Impact of malocclusion on oral health-related quality of life among Brazilian preschool children: a population-based study, *Braz Dent J*, 2013;24(6):655-61.
69. Cerruto M.A., Elia C., Cacciamani G., De Marchi D., Siracusano S., Iafrate M., Niero M., Lonardi C., Bassi P., Belgrano E., Imbimbo C., Racioppi M., Talamini R., Ciciliato S., Toffoli L., Rizzo M., Visalli F., Verze P., Artibani W., Behavioural profile and human adaptation of survivors after radical cystectomy and ileal conduit.// *Health Qual Life Outcomes*, 2014 7;12(1):46.
70. Chen G., Ratcliffe J., Olds T., Magarey A., Jones M., Leslie E. Health Behaviors, and Quality of Life in Children and Adolescents: A School-Based Study.// *Pediatrics*, 2014 ;133(4):868-74.
71. Chen X.L., Qiu Z.W., Gu M.F., Su Y., Liu L.Z., Liu Y, Mo CW, Xu Q, Sun J, Li DH. Translation and validation of the Chinese version of the quality of life radiation therapy instrument and the head & neck module (QOL-RTI/H&N), *Health Qual Life Outcomes*, 2014;12(1):51.
72. Chernyshov P.V. Dermatological quality of life instruments in children, *G Ital Dermatol Venereol*, 2013;148(3):277-85.
73. Chow M.Y., Yin J.K., Heron L., Morrow A., Dierig A., Booy R., Leask J. The impact of influenza-like illness in young children on their parents: a quality of life survey, *Qual Life Res*, 2014 ;23(5):1651-60.
74. Christie D., Thompson R., Sawtell M., Allen E., Cairns J., Smith F., Jamieson E., Hargreaves K., Ingold A., Brooks L., Wiggins M., Oliver S., Jones R., Elbourne D., Santos A., Wong I., O'Neill S., Strange V., Hindmarsh P., Annan F., Viner R. Structured, intensive education maximising engagement, motivation and long-term change for children and young people with diabetes: a cluster randomised controlled

- trial with integral process and economic evaluation - the CASCADE study, *Avicenna J Med*, 2014;4(1):5-8.
75. Christine G., Matthew F., Sidovar, Kirandeep Kaur, Yungfen Zhu Craig I Coleman Estimating a minimal clinically important difference for the EuroQol 5-dimension health status index in persons with multiple Sclerosis, *Health and Quality of Life Outcomes* 2014, 12:66.
 76. Coda A., Fowlie P.W., Davidson J.E, Walsh J, Carline T., Santos D. Foot orthoses in children with juvenile idiopathic arthritis: a randomised controlled trial, *Arch Dis Child*, 2014;99(7):649-51,
 77. Daher A., Versloot J., Leles C.R., Costa L.R. Screening preschool children with toothache: validation of the Brazilian version of the Dental Discomfort Questionnaire, *Health Qual Life Outcomes*, 2014;12(1):30,
 78. Dale J.C., Cochran C.J., Roy L., Jernigan E., Buchanan G.R. Health-related quality of life in children and adolescents with sickle cell disease, *Journal of Pediatric Health Care*, (2011), 25, 208-215,
 79. Dardas L.A., Ahmad M.M., Quality of life among parents of children with autistic disorder: a sample from the Arab world, *Res Dev Disabil*, 2014;35(2):278-87.
 80. De Grandis E.S., Armelini P.A., Cuestas E. Evaluation of quality of life in school children with a history of early severe malnutrition, *An Pediatr (Barc)*, 2014;81(6):368-73.
 81. Dignan F.L., Aguilar S., Scarisbrick J.J., Shaw B.E., Potter M.N., Cavenagh J., Apperley J.F., Fielding A.K., Pagliuca A., Raj K., Marks D.I., Peniket A., Crawley C., Koh M.B., Child F.J. Impact of extracorporeal photopheresis on skin scores and quality of life in patients with steroid-refractory chronic GVHD, *Bone Marrow Transplant*, 2014;49(5):704-8.
 82. Duarte-Salles D., Pazarin M.I., Borrell C. Social inequalities in health among adolescents in a large southern European city. // *J. Epidemiol, Commun, Health*, 2011, № 65, P, 166-173.
 83. Dulfer K., Duppen N., Kuipers I.M., Schokking M., Domburg R.T., Verhulst F.C., Helbing W.A., Utens E.M., Aerobic Exercise Influences Quality of Life of Children and Youngsters With Congenital Heart Disease: A Randomized Controlled Trial.// *Adolesc Health*, 2014:1054-139-6.
 84. Dragano N. M., Bobak N. Wege Neighbourhood socioeconomic status and cardiovascular risk factors: a multilevel analysis of nine cities in the Czech Republic and Germany. // *BMC Public Health*. – 2007. – Vol. 21, № 7. – P. 255.
 85. Eiser C., Morse R.A. review of measures of quality of life for children with chronic illness // *Arch, Dis, Child*, 2010, Vol, 84, № 3, P. 205-211.
 86. Freedman B.L., Jones S.K., Lin A., Stinnett S.S., Muir K.W., Vision-Related quality of life in children with glaucoma.// *J AAPOS*, 2014;18(1):95-8.
 87. Fullerton B., Jeitler K., Seitz M., Horvath K., Berghold A., Siebenhofer A., Intensive glucose control versus conventional glucose control for type 1 diabetes mellitus.// *Cochrane Database Syst Rev*, 2014,14;2.

88. Gallo J., Grant A., Otley A.R., Orsi M., Macintyre B., Gauvry S., Lifschitz C., Do Parents and Children Agree? Quality-of-Life Assessment of Children With Inflammatory Bowel Disease and Their Parents.// *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2014;58(4):481-5.
89. Garcia G.G., Joffe A.R., Robertson C.M., Atallah J., Alton G., Sauve R.S., Dinu IA, Ross DB, Rebeyka IM; Western Canadian Complex Pediatric Therapies Follow-up Group, Health-related quality of life experienced by children with chromosomal abnormalities and congenital heart defects.// *Pediatr Cardiol*, 2014;35(3):536-41.
90. García Ron A., Blanco Lago R., Ballesteros Plaza L., Herreros Rodríguez J., de la Morena A, Influence of medical and neuropsychiatric comorbidities on the course of childhood epilepsy.// *An Pediatr (Barc)*, 2015;82(1):52-5.
91. Gerson., A.,C., Wentz A., Abraham A.G., Mendle S.R., Hooper S.R., Butler R.W., Gipson D.S., Lande M.B., Shinnar S., Moxey-Mims M.M., Warady B.A., Furth S.L. Health-related quality of life of children with mild to moderate chronic kidney disease .// *Pediatrics*, (2010), 125, 349-57.
92. Giannakopoulos G., Mihas C., Dimitrakaki C Giannakopoulos, G, Family correlates of adolescents emotional behavioural problems: evidence from a Greek school-based sample. // *Acta Paediatr*, – 2009, Vol. 98, № 8, P. 1319-1323.
93. Gilliam M.L. Familial Cultural and Psychosocial Influences of Use of Effective Methods of Contraception among Mexican-American Adolescents and Young Adults. // *J, Pediatr, Adolesc, Gynecol*, 2010, Vol. 11, № 6, P. 121-125.
94. Gkoltsiou K., Dimitrakaki C., Tzavara C., Papaevangelou V., Varni J.W., Tountas Y. Measuring health-related quality of life in Greek children: psychometric properties of the Greek version of the Pediatric Quality of Life Inventory(TM) 4,0 Generic Core Scales.//*Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*,2008, 17(2):299-305.
95. Goldstein S.L., Rosburg N.M., Warady B.A., Seikaly M., McDonald R., Limbers C., Varni J.W. Pediatric end stage renal disease health-related quality of life differs by modality: a PedsQL ESRD analysis.//*Pediatr Nephrol* 2009, 24(8):1553-1560.
96. Govey M.A., Lim C.S., Clifford L.M., Janicke D.M. Disordered Eating and Health-Related Quality of Life in Overweight and Obese Children.// *J Pediatr Psychol*, 2014 ;39(5):552-61.
97. Greenley R.N., Kunz J.H., Schurman J.V., Swanson E. Abdominal pain and health related quality of life in pediatric inflammatory bowel disease.// *Journal of Pediatric Psychology*, (2013), 38, 63–71.
98. Grube M., Bergmann S., Keitel A., Herfurth-Majstorovic K., Wendt V., Klein A.M. Obese parents-obese children Psychological-psychiatric risk factors of parental behavior and experience for the development of obesity in children aged 0-3: study protocol, *BMC .// Public Health*, 2013;13:1193.
99. Harper FW, Goodlett BD, Trentacosta CJ, Albrecht TL, Taub JW, Phipps S, Penner LA, Temperament, Personality, and Quality of Life in Pediatric Cancer Patients, *J Pediatr Psychol*, 2014:17,

100. Hermanussen M., Assmann C., Godina E. Hermanussen, M. WHO versus Regional Growth Standards. International Scientific Conference Growth Charts: Local versus International? Counted versus calculated. – Vilnius, 2009. – 18 p.
101. Hartmann T., Zahner L., Puhse U. Effects of a school-based physical activity program on physical and psychosocial quality of life in elementary school children: a cluster-randomized trial. // *Pediatr. Exerc. Sci.* – 2010. – Vol. 22, № 4. – P. 511 -22.
102. Hon K.L., Pong N.H., Poon T.C., Chan D.F., Leung T.F., Lai K.Y., Wing Y.K., Luk N.M., Quality of life and psychosocial issues are important outcome measures in eczema treatment.// *J Dermatolog Treat*, 2015,26(1):83-9.
103. Houweling T.A., A.E, Kunst Houweling T.A. Socio-economic inequalities in childhood mortality in low- and middle-income countries: a review of the international evidence // *Br, Med, Bull*, – 2010, Vol, 93, – P, 7-26.
104. Hsich M.O., P, Leung Hsich, M.O. Protective factors for adolescents among divorced single-parent families from Taiwan // *Soc. Work Health Care*, 2009, Vol, 48, № 3, P. 298-320.
105. Hu J., Jiang L., Hong S., Cheng L., Kong M. Reliability and validity of the Chinese version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL™) 3,0 Neuromuscular Module in children with Duchenne muscular dystrophy.// *Health and Quality of Life Outcomes*, (2013), 11:47, 1-9.
106. Husby S., Koletzko S., Korponay-Szabò I.R., Mearin M.L., Phillips A., Shamir R. ESPGHAN working group on coeliac disease diagnosis; ESPGHAN gastroenterology committee; european society for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition. European society for pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease.// *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012, 54(1):136-160.
107. Hutchings H.A., P, Upton W. Y., Cheug Hutchings H.,A. Development of a parent version of the Manchester-Minneapolis quality of life survey for use by parents and carers of UK children: MMQL-UK (PF). // *Health Qual, Life Out-comes*,2008,:28: 6-19.
108. Hyndman B.P., Benson A.C., Ullah S., Telford A. Evaluating the effects of the Lunchtime Enjoyment Activity and Play (LEAP) school playground intervention on children's quality of life, enjoyment and participation in physical activity.// *BMC Public Health*, 2014;14(1):164.
109. Ikeda E., Hinckson E., Krägeloh C., Assessment of quality of life in children and youth with autism spectrum disorder: a critical review.// *Qual Life Res*, 2014;23(4):1069-85.
110. Indinnimeo L., Baldini L., De Vittori V., Zicari A.M., De Castro G., Tancredi G., Lais G., Duse M. Duration of a cow-milk exclusion diet worsens parents' perception of quality of life in children with food allergies.// *BMC Pediatr*, 2013: 5;13:203.
111. Jackman A.R., Biggs S.N., Walter L.M., Embuldeniya U.S., Davey M.J., Nixon G.M., Anderson V., Trinder J., Horne R.S. Sleep disordered breathing in early childhood: quality of life for children and families.// *Sleep*, 2013;36(11):1639-46.

112. Jacobsen J.H, Shi L., Mokhlesi B. Factors associated with excessive daytime sleepiness in patients with severe obstructive sleep apnea.// *Sleep Breath* 2013, 17:629-635.
113. Jafari P., Ghanizadeh A., Akhondzadeh S., Mohammadi M.R. Health-related quality of life of Iranian children with attention deficit/hyperactivity disorder.// *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 2011, 20(1):31-36.
114. Janice C., John B. Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research // *Health and Quality of Life Outcomes*, 2012, 10:138.
115. Janicke D.M., Marciel K.K., Ingerski L.M., Novoa W., Lowry K.W., Sallinen B.J., Silverstein J.H. Impact of psychosocial factors on quality of life in overweight youth.// *Obesity* 2007, 15:1799-1807.
116. Janse A.J., Gemke R.J., Uiterwaal C.S. Quality of life: patients and doctors don't always agree: a meta-analysis. // *J. Clin. Epidemiol.*, 2011, Vol, 57, № 7, P. 653-661.
117. Jens A., Jan D., Keck W., Ricarda N, Quality of life in Europe, First European Quality of Life Survey 2003, www.eurofound.eu,int,117
118. Julian V., Amat F., Petit I., Pereira B., Fauquert J.L., Heraud M.C., Labbé G., Labbé A. Impact of a short early therapeutic education program on the quality of life of asthmatic children and their families.// *Pediatr Pulmonol*, 2014, PubMed.
119. Kesztyus D., T, Wirt Kobel S. Is central obesity associated with poorer health and health-related quality of life in primary school children? Cross-sectional results from the Baden-Wurtemberg Study. // *BMC Public Health*, 2013, Vol, 13, P. 260.
120. Kim Y., Kim B., Chang J.S., Kim B.N., Cho S.C., Hwang J.W., Parental quality of life and depressive mood following methylphenidate treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder.// *Psychiatry Clin Neurosci*, 2014:13.
121. Kirkman M., H, Rowe A. Hardiman Reasons women give for abortion: a review of the literature. // *Arch. Womens Ment, Health*, 2009, Vol. 12, № 6, – P, 365-378.
122. Koetsenruijter J., Vassilev I., Portillo M.C., Serrano M., Knutsen I., Roukova P., Lionis C., Todorova .E, Foss C., Rogers A., Wensing M. Social support systems as determinants of self-management and quality of life of people with diabetes across Europe: study protocol for an observational study.// *Health Qual Life Outcomes*,- 2014;12(1):29.
123. Koller D., Lack A., Mielck Social differences in the utilisation of prenatal screening, smoking during pregnancy and birth weight-empirical analysis of data from the Perinatal Study in Bavaria (Germany). // *Gesundheitswesen*, 2009, Vol, 71, № 1, P. 10-18.
124. Kolu P., Raitanen J., Luoto R. Physical Activity and Health-Related Quality of Life During Pregnancy: A Secondary Analysis of a Cluster-Randomised Trial. // *Matern Child Health J.*, 2014, P. 38-48.
125. Kose S., Eremis S., Ozturk O., Ozbaran B., Demiral N., Bildik T., Aydin C. Health related quality of life in children with Autism Spectrum Disorders: The clinical and demographic related factors in Turkey.// *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 213–220.

126. Krattenmacher T., Kühne F., Halverscheid S., Wiegand-Grefe S., Bergelt C., Romer G., Möller B. A comparison of the emotional and behavioral problems of children of patients with cancer or a mental disorder and their association with parental quality of life.// *J Psychosom Res*, 2014, 76(3):213-20.
127. Krause L., Ellert U., Kroll L.E., Lampert T. Health-related quality of life of overweight and obese adolescents : What differences can be seen by socio-economic status and education.// *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2014,57(4):445-54.
128. Kulpeng W., Sornsrivichai V., Chongsuvivatwong V., RattanaVIPapong W., Leelaha-varong P., Cairns J., Lubell Y., Teerawattananon Y. Variation of health-related quality of life assessed by caregivers and patients affected by severe childhood infections.// *BMC Pediatr*, 2013, 13;13(1):122.
129. Kurth F., Belard G. Mombo- NgonA Adolescence As Rick Factor for Adverse Pregnancy Qutcome in Cen-tral Africa – A Cross-Sentional Study. // *PLoS One*, 2010, Vol, 5, № 12, P. 14367.
130. Lam K.C, Valier A.R., Bay R.C., McLeod T.C. A unique patient population? Health-related quality of life in adolescent athletes versus general, healthy adolescent individuals.// *Journal of Athletic Training*, (2013), 48, 233-241.
131. Law M., Hanna S., Anaby D., Kertoy M., King G., Xu L. Health-related quality of life of children with physical disabilities: a longitudinal study.// *BMC Pediatr*, 2014,14:26.
132. Lee E.H., Lee Y.W., Lee K.W., Kim Y.S., Nam M.S. Measurement of diabetes-related emotional distress using the Problem Areas in Diabetes scale: psychometric evaluations show that the short form is better than the full form.// *Health Qual Life Outcomes*, 2014, 29,12(1):142.
133. Leidy N.K.,Rich M. Geneste Recommendations for evaluation the validity of quality of life claims for labeling and promotion. // *Value Health*, 2009, Vol, 2, P. 113-127.
134. Lin C.Y., Luh W.M., Yang A.L., Su C.T., Wang J.D. Psychometric properties and gender invariance of the Chinese version of the self-report pediatric quality of life inventory version 4,0: short form is acceptable.// *Qual Life Res*, 2012, 21:177-182.
135. Lin C.Y., Su C.T., Wang J.D., Ma H.I.Self-rated and parent-rated quality of life for community-based obese and overweight children.//*Acta Paediatr*, 2013, 102:114-119.
136. Lopes M., Ferraro A., Koch V.H. Health-related quality of life of children and adolescents with CKD stages 4-5 and their caregivers.//*Pediatr Nephrol*, 2014;29(7):1239-47.
137. Manificat S, Dazord A. Infant, child and adolescent quality of life: surveys performed in a European context.// *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.*, 2002 2(6):589-96.
138. Manificat S, Dazord A, Langue J, Danjou G, Bauche P, Bovet F, Cubells J, Luchelli R, Tockert E, Conway K. Evaluation of the quality of life of infants and very young children: validation of a questionnaire. Multicenter European study. // *Arch Pediatr*. 2000;7(6):605-14.

139. Manificat S., Dazord A., Mechoud J. School Integration for Disabled Children: a Quality of Life Study.// Quality of Life Newsletter,2002: 8: 16.
140. Manificat S., Dazord A. Assessing Adolescents' Quality of Life (QOL):Validation of a New Questionnaire 1Script-Inserm, Hôpital Saint Jean de Dieu, Lyon, France - Mapi Research Institute, Lyon, France. // Quality of Life Newsletter,2002: 8:4-6.
141. Manificat S., Cochat P., Plainguet F., Morin D. Quality of life of children after organ transplantation.// Arch Pediatr, 2000, 2:238-241.
142. Masiga M.A., M'Imunya J.M., Prevalence of dental caries and its impact on quality of life (QoL) among HIV-infected children in Kenya.// J. Clin Pediatr Dent, 2013 1;38(1):83-7.
143. Mekahli D., Ledermann S., Gullett A., Rees L. Evaluation of quality of life by young adult survivors of severe chronic kidney disease in infancy.// Pediatr Nephrol, 2014, 29(8):1387-93.
144. Mellion K., Uzark K., Cassedy A., Drotar D., Wernovsky G., Newburger J.W., Mahony L., Mussatto K., Cohen M., Limbers C., Marino B.S. Pediatric Cardiac Quality of Life Inventory Testing Study Consortium, Health-related quality of life outcomes in children and adolescents with congenital heart disease.// J Pediatr, 2014;164(4):781-788.
145. Mistry R.D., Stevens M.W., Gorelick M.H. Health-related quality of life for pediatric emergency department febrile illnesses: an evaluation of the Pediatric Quality of Life Inventory 4,0 Generic Core Scales. // Health and quality of life outcomes, 2009, 5-7.
146. Morgan P.J., Warren J.M., Lubans D.R. The impact of nutrition education with and without a school garden on knowledge, vegetable intake and preferences and quality of school life among primary-school students. // Public Health Nutr, 2010, Vol, 13, № 11, P. 1931-40.
147. Mustalahti K., Catassi C., Reunanen A., Fabiani E., Heier M., McMillan S., Murray L., Metzger M.H., Gasparin M., Bravi E., Mäki M., Coeliac E.U. Project Epidemiology: The prevalence of celiac disease in Europe: results of a centralized, international mass screening project. // Ann Med, 2010, 42:8,587-95.
148. Nabukenya A.M., Matovu J.K., Wabwire-Mangen F., Wanyenze R.K., Makumbi F. Health-related quality of life in epilepsy patients receiving anti-epileptic drugs at National Referral Hospitals in Uganda: a cross-sectional study.//Health Qual Life Outcomes, 2014,12(1):49.
149. Neul S.K., Minard C.G., Currier H.,Goldstein S.L. Health-related quality of life functioning over a 2-year period in children with end-stage renal disease.// Pediatric Nephrology, (2013), 28, 285-293.
150. Oriel K.N., Marchese V.G., Shirk A., Wagner L., Young E.,Miller L. (The psychosocial benefits of an inclusive community-based aquatics program.// Pediatric Physical Therapy, 2012), 24, 361-367.
151. Panepinto J.A., Torres S., Bendo C.B., McCavit T.L., Dinu B., Sherman-Bien S., Bemrich-Stolz, Varni J.W. PedsQL™ Sickle Cell Disease Module: Feasibility, reliability and validity.// Pediatric Blood & Cancer, (2013), 60, 1338–1344.

152. Petrowski K., Brähler E., Zenger M., The relationship of parental rearing behavior and resilience as well as psychological symptoms in a representative sample.// *Health Qual Life Outcomes*, 2014,12(1):95.
153. Quitmann J., Rohenkohl A., Bullinger M., Chaplin J.E., Herdman M., Sanz D., Mimoun E., Feigerlova E., DeBusk K., Power M., Wollmann H., Pleil A. Parental perception of health-related quality of life in children and adolescents with short stature: literature review and introduction of the parent-reported QoLISSY instrument.// *Pediatr Endocrinol Rev*, 2013,11(2):147-60.
154. Ravens-Sieberer U.,Torsheim T., Hetland J. Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. // *Int. J. Public Health*, 2009, Vol, 54, P. 151-159.
155. Riazi A., Shakoor S., Dundas I. Health-related quality of life in a clinical sample of obese children and adolescents. // *Health Qual. Life Outcom*, 2010, Vol, 15, № 8, P. 134.
156. Ricciardelli L.A., McCabe M.P. Body image development in adolescent boys, In *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*, New York: Guilford Press; 2011:85-92.
157. Roberts J., Lenton P., Keetharuth A.D., Brazier J. Quality of life impact of mental health conditions in England: results from the adult psychiatric morbidity surveys.// *Health Qual Life Outcomes*, 2014;12(1):6.
158. Schiphof-Godart L., Wiel E., Ten Hacken N., Berge M., Postma D.S., Molen T. Development of a tool to recognize small airways dysfunction in asthma (SADT).// *Health Qual Life Outcomes*, 2014, 22;12(1):155.
159. Schisterman E.F., Mumford S.L., Chen Z., Browne R.W., Boyd Barr D., Kim S., Buck Louis G.M. Lipid concentrations and semen quality: the LIFE study.// *Andrology*, 2014;2(3):408-15.
160. Schuller W., Ostelo R.W., Janssen R. The influence of study population and definition of improvement on the smallest detectable change and the minimal important change of the neck disability index.// *Health Qual Life Outcomes*, 2014;12(1):53.
161. Seifert G., Calaminus G., Wiener A., Cysarz D. Heart rate variability reflects the natural history of physiological development in healthy children and is not associated with quality of life.// *PLoS One*, 2014;9(3):91036.
162. Slater G., Steier J. Excessive daytime sleepiness in sleep disorders.// *J. Thorac Dis*, 2012, 4:608-616.
163. Son H.K., Lim J. The effect of a web-based education programme (WBEP) on disease severity, quality of life and mothers' self-efficacy in children with atopic dermatitis.// *J. Adv Nurs*, 2014;70(10):2326-38.
164. Su C.T., Wang J.D., Lin C.Y., Child-rated versus parent-rated quality of life of community-based obese children across gender and grade.// *Health Qual Life Outcomes*, 2013,10;11:206.

165. Suppiej A., Cainelli E., Casara G., Cappellari A., Nosadini M., Sartori S. Long-term neurocognitive outcome and quality of life in pediatric acute disseminated encephalomyelitis.// *Pediatr Neurol*, 2014;50(4):363-7.
166. Van Grieken A., L, Veldhuis C.M. Renders Impaired parent-reported health-related quality of life of underweight and obese children at elementary school entry. // *Qual. Life Res*, 2013, Vol, 22, № 4, P. 917-28.
167. Varni J.W., Burwinkle T.M., Jacobs J.R., Gottschalk M., Kaufman F., Jones K.L. The PedsQL™ in Type 1 and Type 2 Diabetes. // *Diabetes care*, 2003, 26(3):631-637.
168. Varni J.,W., Curtis B.H., Abetz L.N., Lasch K.E., Piant E.C., Zeytoonjian A.A. Content validity of the PedsQL™ 3,2 Diabetes Module in newly diagnosed patients with Type 1 Diabetes Mellitus ages 8-45, *Quality of Life Research*.// *Qual Life Res*, 2013 ;22(8):2169-81.
169. Varni J.W., Globe D.R., Gandra S.R., Harrison D.J., Hooper M., Baumgartner S. Health-related quality of life of pediatric patients with moderate to severe plaque psoriasis: Comparisons to four common chronic diseases. // *European Journal of Pediatrics*, (2012), 171, 485-492.
170. Varni J.W., Kay M.T., Limbers C.A., Franciosi J.P, Pohl J.F. PedsQL™ Gastrointestinal Symptoms Module item development: Qualitative methods.// *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, (2012), 54, 664-671.
171. Vella S.A., Cliff D.P., Magee C.A., Okely A.D. Sports Participation and Parent-Reported Health-Related Quality of Life in Children: Longitudinal Associations.// *J. Pediatr*, 2014: (14)00111-5.

የ ህጻናት ጤና

RE: 30371

От кого:	Valérie LAVENIR <vlavenir@mapigroup.com>
Кому:	<drazmik89@mail.ru>

Bonjour, Et merci pour votre message, Pourriez-vous s'il vous plaît m'indiquer le ou les questionnaires que vous souhaiteriez utiliser, Pour votre information, les questionnaires distribués par MAPI Research Trust sont les suivants :

<http://www.mapi-trust.org/services/questionnairelicensing/catalog-questionnaires>

Vous pouvez également consulter notre base de données ProQolid si les questionnaires souhaités n'apparaissent pas dans le catalogue :

<http://proqolid.org/> Cordialement, Valérie

Valérie LAVENIR

Project Assistant - PRO Information Support

MAPI RESEARCH TRUST : PROinformation@mapi-trust.org

27 rue de la Villette | 69003 LYON | FRANCE

Tel: +33 (0) 4 72 13 65 75 | Tel: +33 (0) 4 27 44 58 64 (Direct Line) | Fax: +33 (0) 4 72 13 55 73

vlavenir@mapigroup.com | www.mapigroup.com | www.mapi-trust.org

To contribute to the respect for environment, thank you for printing this electronic mail only if necessary. This transmission (including any attachment) is intended solely for the use of the addressee(s) and may contain confidential information including trade secrets which are privileged, confidential, exempt from disclosure under applicable law and/or subject to copyright, If you are not an intended recipient, any use, disclosure, distribution, reproduction, review or copying (either whole or partial) is unauthorized and may be unlawful, E-mails are susceptible to alteration and their integrity cannot be guaranteed. The MAPI GROUP shall not be liable for this e-mail if modified or falsified. If you are not the intended recipient of this e-mail, please delete it immediately from your system and notify the sender of the wrong delivery and the mail deletion.

De : Razmik [<mailto:drazmik89@mail.ru>]

Envoyé : mardi 4 décembre 2012 06:39: Marie-Pierre Emery.

User Name: Razmik Dunamalyan

Legal for: License k-XX-000004

Address: 2 Koryun St, Yerevan 0025. Country: Armenia.



Questionnaire for Children

QUALIN

Tout à fait faux Plutôt faux Vrai et Faux à la fois Plutôt vrai Tout à fait vrai Je ne sais pas

1- Il mange bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Il a bonne mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Il est éveillé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Il a souvent mal quelque part	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- I joue bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Il est nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Il aime qu'on s'occupe de lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Il est gai, rit ou sourit facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Il se laisse volontiers approcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Il a toujours besoin qu'on s'occupe de lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Il a un bon entourage familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Il est en bonne santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Il est joueur, coquin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Il est souvent inquiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Il cherche à attirer l'attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Il est tonique, plein de vitalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Il pleure dès qu'il est seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Il aime jouer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Il s'adapte facilement aux changements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- Il est pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21-Il gazouille bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22- Il est curieux, s'intéresse, est ouvert,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23- Il demande beaucoup les bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24- Il est gracieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25-Il aime voir du monde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26- Il y a une bonne entente entre ses parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27- Il est souvent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28- Il dort bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29- Il a un rythme de vie équilibré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30- Il pleure souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31- Son mode de garde est satisfaisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32- Il est câlin, affectueux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33- Quand il pleure, on comprend bien pourquoi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34- Il n'est pas sauvage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUALIN ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ
ՄԻՆՉԵՎ ԵՐԵՔ ՏԱՐԵԿԱՆ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԿՅԱՆՔԻ
ՈՐԱԿԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՄԱՆ**

Հարգելի ծնող

Մենք ցանկանում ենք Ձեզ մի քանի հարց ուղղել վերջին 42 աբաթների ընթացքում Ձեր երեխայի
ինքնազգացողության վերաբերյալ :

Խնդրում ենք Ձեզ

- հարցերին պատասխանել իսկ վերհիշել անցած 42 աբաթներում երեխայի ինքնազգացողությունը
- Ձեզ առաջարկվող պատասխաններից ընտրել ամենահարմար տարբերակը և համապատասխան վանդակում դնել **"V"** նշանը

	Հարցերի բովանդակությունը	Բացարձակ սխալ է	Ավելի շատ սխալ է	Չեմ կողմնորոշվում	Ավելի շատ ճիշտ է	Լիովին ճիշտ է	Չգիտեմ
1	Երեխան լավ է ուտում	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Երեխան լավ տեսք ունի	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Երեխան աշխույժ է	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Երեխան հաճախ է ցավեր ունենում	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Երեխան լավ է խաղում (ակտիվ է, շարժուն է)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Երեխան նյարդային է	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Երեխան սիրում է, երբ զբաղվում են իրենով	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Երեխան ուրախ է, հեշտությամբ է ժպտում	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Երեխան հաճույքով թույլ է տալիս մոտենալ գրկել իրեն	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Երեխան միջտպահանջում է իրենով զբաղվել	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Մտերմիկ (հարազատ) միջավայրում (սիրում է քնել, խաղալ նույն տեղում)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Երեխան առողջ է	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Երեխան երբեմն կարողանում է խորամանկորեն խաղալ ծնողների հետ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Երեխան հաճախ է անհանգիստ լինում	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Երեխան ձգտում է ուշադրություն գրավել	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Երեխան աշխույժ և կենսունրախ է	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Երեխան լաց է լինում, երբ մենակ է մնում	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Երեխան սիրում է խաղալ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Երեխան փոփոխություններին հարմարվում (ընտելանում) է հեշտությամբ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Երեխան կամակոր է	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Երեխան լավ է թոթովում	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Երեխան հետաքրքրատեր է և բաց	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Երեխան սիրում է, երբ իրեն անընդհատ գրկում են	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Երեխան կարողանում է արձագանքել մեծերի խնդրանք-պահանջներին	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Երեխան սիրում է ծանոթանալ շրջապատին	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Երեխայի և ծնողների միջև կապ ունկապ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Երեխան հաճախ է հիվանդանում	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Երեխան լավ է քնում	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Երեխան ասյում է կանոնակարգված օրվա ռեժիմով	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Երեխան հաճախ է լաց լինում	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Երեխայի ինքնապաշտպանությունը բավարար է	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Երեխան քնքուշ և նուրբ է	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Երբ երեխան լաց է լինում, ծնողները ճիշտ են հասկանում պատճառը	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Երեխան հաղորդակցվող և մարդամոտ է	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Հավելված 3

QUALIN ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ ՄԻՆՉԵՎ ԵՐԵՔ ՏԱՐԵԿԱՆ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՄԱՆ

Հարգելի մանկաբույժ

Մենք ցանկանում ենք Ձեզ մի քանի հարց ուղղել վերջին 4 շաբաթների ընթացքում Ձեր երեխայի
ինքնազգացողության վերաբերյալ :

Խնդրում ենք Ձեզ

- հարցերին պատասխանել իսկ վերհիշել անցած 4 շաբաթներում երեխայի ինքնազգացողությունը

- Ձեզ առաջարկվող պատասխաններից ընտրել ամենահարմար տարբերակը և համապատասխան վանդակում դնել **"V"**

նշանը



ԵՐԵՎԱՆԻ Մ,ՅԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՔԱՐՏ

ՄԻՆՉԵՆ 3 ՏԱՐԵԿԱՆ ԵՐԵՒԱՑՅԻ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԿԵՆՍԱԿԵՐՊԻ ՍՈՑԻԱԼ-ՀԻՔԻԵՆԻԿ ՀԱՄԱԼԻՐ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ

Ա,Ա,Յ _____

Ծննդյան ամիսը, ամսաթիվը _____

Սեռը _____

Բնակության վայրը _____

Հավաքագրված է թիվ _____ պոլիկլինիկայում

1, ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՂԵՄՈՐԱՖԻԿ ԵՎ ՍՈՑԻԱԼ-ՀԻՔԻԵՆԻԿ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

1, Մոր տարիքը երեխայի ծնվելու պահին-----

2 Հոր տարիքը երեխայի ծնվելու պահին-----

3, Մոր սոցիալական կարգավիճակը

- a) ծառայող
- b) սովորող
- c) տնային տնտեսուհի

4, Հոր սոցիալական կարգավիճակը

- a) ծառայող
- b) սովորող
- c) գործազուրկ

5, Մոր կրթական մակարդակը

- a) ոչ լրիվ միջնակարգ
- b) միջնակարգ
- c) միջին մասնագիտական
- d) ոչ լրիվ բարձրագույն
- e) բարձրագույն

6, Հոր կրթական մակարդակը

- a) ոչ լրիվ միջնակարգ
- b) միջնակարգ
- c) միջին մասնագիտական
- d) ոչ լրիվ բարձրագույն
- e) բարձրագույն

7, Բնակարանային-կենցաղային պայմանները

- a) բավարար
- b) ոչ բավարար

8, Ընտանիքում երեխաների թիվը _____

9, Ընտանիքում որերորդ երեխան է _____

10, Կրճքով կերակրվել է _____ ամիս

11, Ընտանիքում հաճախ(4 և ավելի անգամ) հիվանդացողների առկայություն

- a) այո
- b) ոչ

12, Ընտանիքում հազվադեպ (4-ից պակաս) հիվանդացողների առկայություն

- a) այո
- b) ոչ

13, Ընտանիքի անդամների թիվը`

- a) փոքր ընտանիք (2-3 մարդ)
- b) միջին ընտանիք (4-5 մարդ)
- c) մեծ ընտանիք (6 և ավելի մարդ)

14, Ընտանիքում երեխաների թիվը` _____

15, Ընտանիքի տիպը`

- a) ոչ լրիվ ընտանիք/ բաժանված/
- b) լրիվ ընտանիք/ մայր, հայր/
- c) այրի

16, Ինչպես եք գնահատում ընտանիքում փոխհարաբերությունները:

- a) լավ(համերաշխ, հանգիստ)
- b) բավարար (հազվադեպ վեճեր, միմյանց նկատմամբ ոչ բավարար ուշադրություն)
- c) անբավարար(ոչ համերաշխ հարաբերություններ, հաճախակի վեճեր)
- d) դժվարանում են պատասխանել

17, Ընտանիքի վերաբերմունքը ծխելուն

- a) ընտանիքի ոչ մի անդամ չի ծխում,
- b) ընտանիքում ծխում է հայրը կամ մայրը
- c) ընտանիքում կան մի քանի ծխողներ

18, Ծխում են արդյոք բնակարանում երեխայի ներկայությամբ:

- a) այո
- b) ոչ

19, Օրվա ընթացքում օդափոխում եք արդյոք երեխայի սենյակը`

- a) այո
- b) ոչ

20, Ընտանիքի եկամուտը բավարարում է արդյոք ընտանիքի հիմնական կարիքները հոգալուն

- a) այո
- b) ոչ

II, Ընտանիքի և երեխայի առողջական վիճակի ու ծնողների բժշկական ակտիվության նկարագիրը

21, Ընտանիքի առողջական վիճակի մակարդակի գնահատում

- a) քիչ հիվանդացող ընտանիք (ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամ տարեկան միջին հաշվով հիվանդանում է մեկ անգամ և ընտանիքում չկան քրոնիկ հիվանդությամբ տառապողներ)
- b) միջին մակարդակի հիվանդացող ընտանիք (ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամ տարեկան հիվանդանում է միջինը 3 անգամ և ընտանիքում չկան քրոնիկ հիվանդության կապակցությամբ դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվողներ)
- c) հաճախակի հիվանդացող ընտանիք (ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամ տարեկան միջին հաշվով հիվանդանում է 3-ից ավել անգամ և ընտանիքում կա քրոնիկ հիվանդությամբ տառապող անձ)

22, Եթե ընտանիքում կա քրոնիկ հիվանդ, ապա նա դիմում է բժշկի հիվանդության

- a) բոլոր դեպքերում
- b) խիստ անհրաժեշտության դեպքում,

- c) երբ գտնում է նպատակահարմար
 d) չի դիմում
- 23, Բժշկի նշանակումները և խորհուրդները կատարում էք
 a) միշտ
 b) այն ժամանակ, երբ գտնում եք, որ անհրաժեշտ է,
 c) չեք հետևում բժշկի խորհուրդներին
- 24, Դիմում եք պոլիկլինիկա կանխարգելիչ նպատակով
 a) այո
 b) ոչ
- 25, Երեխայի սնուցման ռեժիմը պահպանում եք
 a) այո
 b) երբեմն
 c) ոչ
- 26, Պահպանվում է երեխայի գիշերային քնի ռեժիմը)
 a) այո
 b) երբեմն
 c) ոչ
- 27, Երեխան ամեն օր լինում է նաքուր օդում
 a) 2-3 ժամ
 b) 1-2 ժամ
 c) չի լինում
- 28, Երեխայի կոփումը կազմակերպում եք հետևյալ կերպ
 a) օդային վանաներ,
 b) տաք վաննաներ հետագա սառեցմամբ,
 c) խոնավ սրբիչով շփում,
 d) չեք կազմակերպում
- 29, Ունե՞ք գիտելիքներ երեխայի խնամքի, ռեժիմի, մանկական հիվանդությունների կանխարգելման վերաբերյալ
 a) այո
 b) ոչ
- 30, Ձեր գիտելիքների ծավալը բավարարում է արդյոք երեխայի խնամքը ճիշտ կազմակերպելու համար
 a) այո
 b) ոչ
- 31, Երեխայի խնամքին վերաբերող գիտելիքները ստացել եք
 a) հարազատներից
 b) հեռուստացույցից, ռադիոյից, թերթերից, ամսագրերից
 c) բժշկի և բուժքրոջ հետ զրույցի միջոցով
 d) հատուկ բժշկական գրականությունից
 e) այլ աղբյուրներից
- 32, Մանկական պոլիկլինիկա հաճախում եք
 1. պարբերաբար
 2. ոչ պարբերաբար
- 33, Եթե ոչ պարբերաբար, ապա
 a) գտել եք, որ դա անհրաժեշտ չէ
 b) վախեցել եք, որ երեխան պոլիկլինիկայում կհիվանդանա

- c) ունեք ժամանակի խնդիր
 d) այլ պատճառներ:
- 34, Երեխայի հիվանդության դեպքում բժշկի դիմել եք
 a) հիվանդության առաջին օրը
 b) 2-րդ, 3-րդ օրերին
 c) չեք դիմել
 d) օգտվել եք ծանոթների տված խորհուրդներից
- 35, Բժշկի նշանակումները և խորհուրդները կատարում եք
 a) ամբողջ ծավալով
 b) մասնակի
 c) չեք կատարում
- 36, Պոլիկլինիկայի բժշկի կողմից ստացե՞լ եք խորհուրդ երեխայի խնամքի վերաբերյալ:
 a) այո
 b) ոչ
- 37, Բավարարվա՞ծ եք երեխայի բժշկական սպասարկման մակարդակից:
 a) այո
 b) ոչ
- 38, Ինչպե՞ս եք գնահատում Ձեր երեխայի առողջական վիճակը
 a) լավ
 b) բավարար
 c) վատ
- 39, Եթե վատ, ապա պատճառը
 a) հաճախակի նրսածության հիվանդություններ
 b) քրոնիկ հիվանդություններ
 c) վատ նյութական-կենցաղային պայմաններ
 d) այլ պատճառներ
- 39, Ի՞նչ հաճախականությամբ է հիվանդանում Ձեր երեխան
 a) հաճախ (տարեկան 4 և ավելի անգամ),
 b) հազվադեպ (տարեկան 1-2 անգամ)
 c) չի հիվանդանում:
- 40, Ինչպե՞ս է սովորաբար ընթանում հիվանդությունը
 a) ծանր
 b) միջին ծանրության
 c) թեթև

Հավելված 5

Երևանի Մ.Ջերաջուկ անվան պետական

բժշկական համալսարան

ՔԱՐՏ

Մինչև և երեք տարեկան երեխաների առողջական վիճակի ու սուղ մնասիրման

- 1. Սեռ՝ Արական (1), իգական (2)
- 2. Տարիքը՝ նորածնային 0-28 օրական (1), կրճքային 29օրականից մինչև մեկ տարեկան (2), 2 տարեկան (3), 3 տարեկան (4)
- 3. Անթրոպոմետրիկ տվյալները՝ քաշ _____, հասակ _____, կրճքի շրջագիծ _____
- 4. Մանկական հասակում տարած հիվանդություններ՝ _____
- 5. Բժշկական հանձնաժողովի եզրակացությունն՝ _____
- 6. Մանկաբույժի եզրակացությունն _____
- 7. Նյարդաբանի եզրակացությունն _____
- 8. Օրթոպեդ-տրավմատոլոգի եզրակացությունն _____
- 9. Ակնաբույժի եզրակացությունն _____
- 10. ԼՕՌԲժշկի եզրակացությունն _____
- 11. Հիվանդություն, որի կապակցությամբ գտնվում է դիսպանսեր հսկողություն տակ

12. Դեֆիցիտային վիճակներ վաղ հասակի երեխաների մոտ

- 12.2 Վիտամին D դեֆիցիտային ռախիտ, այո (1), ոչ (2)
- 12.2 Սնուցման քրոնիկ խանգարում, դիստրոֆիա(1), հիպոտրոֆիա I (2), II(3), III(4) .
- 12.3 Հիպովիտամինոզ, այիմենտար (1), էնդոգեն (2)
- 12.4 Դեֆիցիտային անեմիա, երկաթդեֆիցիտային (1), մեգալոբլաստային (2), ֆոլիեոդեֆիցիտային (3), այլ (4),
- 13, Ամբուլատոր այցելություններին թիվը /մեկ տարվա ընթացքում _____, որից
- 13,1 կանխարգելիչ նպատակով՝ _____
- 13,2 բուժական նպատակով՝ _____
- 14, Առողջական խուլմբը՝ առաջին (1), երկրորդ (2), երրորդ (3), չորրորդ (4)

154

Հավելված 6

Վաղ տարիքի տղաների ԿՌ-ի գնահատման ցենտիլային աղյուսակ (ըստ ծնողների գնահատականի)

Տարիքային խումբ	ԿՌ-ի չափանիշներ	Տղաներ / ծնողներ / սերոցենտիլ (Q5-Q95)						
		Q 5	Q 10	Q 25	Q50 (Me)	Q 75	Q 90	Q 95
		Մինչև 1 տարեկան	«Վարք և շփուկ» (BC)	2,8	2,95	3,45	4,1	4,75
«Մենակ մնալու ու նակոթյուն» (ASA)	2,5		2,5	3	3,1	4	4,5	4,75
«Ընտանեկան միջավայր» (FE)	2,5		3	3,5	4,6	90	5,0	5
«Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջ ու թյուն» (NDPhH)	2,5		2,5	3	3,6	80	90	4,75
«Ընդհանուր բայ» (TS)	2,65		2,85	3,2	4	82	87	4,5
1-3 տարեկան	«Վարք և շփուկ» (BC)	2,65	2,95	3,7	4,1	4,55	4,4	5
	«Մենակ մնալու ու նակոթյուն» (ASA)	2	2,5	3	3,75	4,25	5	5
	«Ընտանեկան միջավայր» (FE)	2,5	2,75	3,5	4	4,5	4,75	5
	«Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջ ու թյուն» (NDPhH)	2,5	2,75	3,25	3,75	4	4,75	4,75
	«Ընդհանուր բայ» (TS)	2,6	2,9	3,35	3,85	4,25	4,5	4,75

Հավելված 7

Վաղ տարիքի տղաների ԿՌ-ի գնահատման ցենտիլային աղյուսակ (ըստ մանկաբույժների գնահատականի)

Տարիքային խումբ	ԿՌ-ի չափանիշներ	Տղաներ /մանկաբույժներ / սերոցենտիլ (Q5-Q95)						
		Q 5	Q 10	Q 25	Q 50 (Me)	Q 75	Q 90	Q 95
		Մինչև 1 տարեկան	«Վարք և շփուկ» (BC)	2,8	2,9	3,25	4,4	5
«Մենակ մնալու ու նակոթյուն» (ASA)	2		2	3	4,5	4,75	5	4,75
«Ընտանեկան միջավայր» (FE)	2,5		2,75	3,4	4	5	5	4,75
«Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջ ու թյուն» (NDPhH)	2,4		2,5	3	4,35	4,5	5	4,75
«Ընդհանուր բայ» (TS)	2,5		2,85	3,15	4,35	4,6	4,75	5
1-3 տարեկան	«Վարք և շփուկ» (BC)	2,5	3,15	3,75	4,5	5	5	4,75
	«Մենակ մնալու ու նակոթյուն» (ASA)	2,25	2,75	3,25	4,5	5	5	4,75
	«Ընտանեկան միջավայր» (FE)	3	3,5	4	4,75	5	5	5
	«Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջ ու թյուն» (NDPhH)	2	2,25	3	4,5	4,75	4,75	4,75
	«Ընդհանուր բայ» (TS)	2,75	2,9	3,4	4,5	4,65	4,85	4,75

Հավելված 8

Վաղ տարիքի աղջիկների ԿՌ-ի գնահատման ցենտիլային աղյուսակ (ըստ մանկաբույժների գնահատականի)

Տարիքային խումբ	ԿՌ-ի չափանիշներ	Աղջիկներ /մանկաբույժներ/ պերցենտիլ (Q5-Q95)						
		Q 5	Q 10	Q 25	Q 50 (Me)	Q 75	Q 90	Q 95
		Մինչև 1 տարեկան	«Վարք և շփուլ» (BC)	2,5	2,8	3,3	3,9	4,7
«Մենակ մնալ ու ունակ ություն» (ASA)	2		2,5	3	3,75	4,25	4,5	5
«Ընտանեկան միջավայր» (FE)	2,5		2,5	3,5	4,25	4,25	5	5
«Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջ ություն» (NDPhH)	2,25		2,75	3	3,75	4,35	4,75	4,75
«Ընդհանուր բալ» (TS)	2,55		2,85	3,4	3,9	4,35	4,6	5
1-3 տարեկան	«Վարք և շփուլ» (BC)	2,5	3,15	3,75	4,2	4,55	5	5
	«Մենակ մնալ ու ունակ ություն» (ASA)	2,25	2,75	3,25	3,75	4,5	5	5
	«Ընտանեկան միջավայր» (FE)	3	3,5	4	4,5	4,75	5	5
	«Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջ ություն» (NDPhH)	2	2,25	3	3,75	4,5	4,75	4,75
	«Ընդհանուր բալ» (TS)	2,75	2,9	3,4	3,9	4,5	4,65	4,85

Հավելված 9

Վաղ տարիքի տղաների ԿՌ-ի գնահատման ցենտիլային աղյուսակ (ըստ ծնողների գնահատականի)

Տարիքային խումբ	ԿՌ-ի չափանիշներ	Աղջիկներ /ծնողներ/ պերցենտիլ (Q5-Q95)						
		Q 5	Q 10	Q 25	Q 50 (Me)	Q 75	Q 90	Q 95
		Մինչև 1 տարեկան	«Վարք և շփուլ» (BC)	2,5	2,8	3,3	4	3,9
«Մենակ մնալ ու ունակ ություն» (ASA)	2		2,5	3	2,9	3,75	4,5	5
«Ընտանեկան միջավայր» (FE)	2,5		2,5	3,5	4,3	4,25	5	5
«Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջ ություն» (NDPhH)	2,25		2,5	3	3,1	75	4,75	5
«Ընդհանուր բալ» (TS)	2,35		2,75	3,25	3,8	3,9	4,6	4,75
1-3 տարեկան	«Վարք և շփուլ» (BC)	2,35	2,5	3,45	3,45	4,6	5	5
	«Մենակ մնալ ու ունակ ություն» (ASA)	2,25	2,5	3	3	4	5	4,75
	«Ընտանեկան միջավայր» (FE)	2,5	2,75	3,5	3,5	4,75	5	4,5
	«Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջ ություն» (NDPhH)	2,5	2,5	3	3	4	4,5	4,55
	«Ընդհանուր բալ» (TS)	52	2,75	3,25	3,25	4,15	4,55	5