

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ  
ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ  
ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ՀԵՐԱՏՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼ ՍՍՐԱՆ**

**ՈԱԶՄԻԿ ԱՇՈՏԻ ԴՈՒՆԱՄԱԼՅԱՆ**

**ՎԱՂՏԱՐԻՔԻ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿԻ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԻ  
ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ՈՐՊԵՍ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԿԻՃԱԿԻ ՀԱՄԱԼ ԻՐ ԳՆԱՋ ԱՏՄԱՆ  
ՉԱՓՈՐՈՇԻՉ**

ԺԴ.00.17 «Հանրային առողջու թյուն և առողջապահու թյան  
կազմակերպում» մասնագիտու թյամբ  
բժշկական գիտու թյուն և ների թեկնածուի  
գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսու թյան

**ՍԵՂՄԱԳԻՐ**

**ԵՐԵՎԱՆ - 2017**

---

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ  
ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ М. ГЕРАЦИ**

**РАЗМИК АШОТОВИЧ ДУНАМАЛЯН**

**КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА КАК  
СТАНДАРТ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ИХ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук  
по специальности

14.00.17 "Общественное здоровье и организация здравоохранения"

**ЕРЕВАН – 2017**

Ատենախոսությունների թեման հաստատվել է ՀՀ ԱՆ Ս.Խ.  
Ավդալ բեկյանի անվան առողջապահության ազգային  
ինստիտուտի գիտական խորհրդի նիստում

**Գիտական ղեկավար՝**

բ.գ.դ. Կ.Յ. Սիմոնյան

**Պաշտոնական  
ընդդիմախոսներ՝**

բ.գ.դ. Ա.Մ. Քուլչկյան  
բ.գ.թ. Ջ.Մ. Յարուբյան

**Առաջատար  
կազմակերպչուհի**

«Արարկիր» բժշկական  
համալիր, Երեխաների և  
դեռահասների առողջության  
ինստիտուտ

Ատենախոսությունն պաշտպանությունը կայանալու է 2017թ.  
մարտի 28-ին ժամը 14<sup>00</sup>-ին Երևանի Մ. Զեքուրյան անվան պետական  
բժշկական համալսարանում գործող ՀՀ ԲՈՅ-ի 045  
«Առողջապահության կազմակերպում» մասնագիտական խորհրդի  
նիստում (ՀՀ, Երևան 0025, Կոբյունի 2):

Ատենախոսությունը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ-ի  
գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 2017թ. փետրվարի 27-ին:

Մասնագիտական խորհրդի  
գիտական քարտուղար՝  
Հայրապետյան



բ.գ.դ., պրոֆեսոր Ա.Կ.

---

Тема диссертации утверждена на заседании Ученого совета Национального  
института здравоохранения имени С.Х. Авдалбекияна МЗ РА

**Научный руководитель:**

д.м.н. К.Г. Симонян

**Официальные оппоненты:**

д.м.н. А.М. Кушкян  
к.м.н. Дж.М. Арутюнян

**Ведущая организация:**

"Арабкир" медицинский комплекс,  
институт здоровья детей и подростков

Защита диссертации состоится 28 марта 2017г. в 14<sup>00</sup> часов на заседании  
специализированного совета ВАК РА 045 "Организация здравоохранения" при  
Ереванском государственном медицинском университете им. М. Гераци  
(0025, Ереван, ул. Корюна 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ереванского  
государственного медицинского университета им. М. Гераци.

Автореферат разослан 27 февраля 2017г.

Ученый секретарь  
специализированного совета



д.м.н., профессор А.К. Айрапетян

## ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒ Բ ԲՆՈՒ ԹԱԳԻՐԸ

**Թեմայի արդիականությունը:** Այս օր ամբողջ աշխարհում մեծ հետաքրքրություն էն ներկայացնում այն հետազոտությունները, որոնք նվիրված են կյանքի որակի (ԿՌ) ուսումնասիրությանը: ԿՌ-ի չափանիշների մշակումը հնարավորություն է տվել առողջական վիճակի գնահատման գործընթացում մասնակից դարձնել նաև պացիենտներին, որը ժամանակակից բժշկագիտության համար ունի մեծ գիտագործնական նշանակություն [Manificat S. et al., 2012; Cerruto M.A. et al., 2014]: Վերջին տարիներին ԿՌ-ն դարձել է կլինիկական և սոցիալ-հիգիենիկ հետազոտությունների խնդրո առարկա: Առողջության և հիվանդության և կենսաբաժնի կենսաբաժնի մոդելից աստիճանական անցումը կենսահագեցողության, հոլիստիկ է, որ անհրաժեշտություն է առաջացել հաշվի առնել նաև մարդու կարծիքն իր բարեկեցության մասին, իսկ ԿՌ-ի չափանիշների մշակումն այն դարձնում է հնարավոր [Hovik A.A., 2010]: Արտասամանյան հետազոտողները ԿՌ-ի ցուցանիշները կիրառում են պարզաբան հետազոտությունների, տարիքա-սեռային նորմատիվների մշակման, կանխագելիչ միջոցառումների արդյունավետություն գնահատման մոնիթորինգի ժամանակ [Bruner C., 2010; Lee E.H. et al., 2014]: Նպաստական են նաև կանոնակարգել ԿՌ-ին վերաբերող հետազոտությունները, 1995թ. Ֆրանսիայում ստեղծվեց MAPI գիտահետազոտական ինստիտուտը, որը կոորդինացնում է այդ բնագավառի բոլոր հետազոտությունները [Suppiej A. et al., 2014]: Աշխատանքներ, որոնք վերաբերում են պարզաբան մակարդակում ԿՌ-ի գնահատմանը, քիչ են: ՀՀ-ում ԿՌ-ի մեթոդաբանական մոտեցումները դեռևս իրենց կիրառումը չեն գտել:

Այս ամենը պայմանավորում է հետազոտության արդիականությունը:

**Հետազոտության նպատակը:** Վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունների ուսումնասիրության հիման վրա մշակել կյանքի որակի տարիքա-սեռային չափորոշիչներ որպես առողջության համալիր գնահատման չափանիշ:

### **Հետազոտության խնդիրները:**

1. Մշակել QUALIN միջազգային հարցաթերթի հայերեն տարբերակը և վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակի տարիքա-սեռային չափորոշիչներ առողջական վիճակի համալիր գնահատման համար:
2. Գնահատել վաղ տարիքի երեխաների ընտանիքի կենսակերպը և բացահայտել կյանքի որակի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները՝ կախված կենսակերպը բնութագրող հիմնական պրոգնոստիկ ցուցանիշներից:
3. Ուսումնասիրել վաղ տարիքի երեխաների կյանքի որակի չափանիշների փոփոխության վրա առողջական վիճակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների ազդեցության առանձնահատկությունները:

4. Ուսուցման ապահովման 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:** Հայ կական արպուլ լյացիայի վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի բնութագիրը ստանալու համար առաջին անգամ կիրառվել է QUALIN հարցաթերթը, որի հիման վրա մշակվել են ԿՌ-ի չափանիշների տարիքասեռային ցենտիլային չափորոշիչները: 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 և արդյունքների ներդրումը:** Մշակված QUALIN միջազգային հարցաթերթի հայ երեխաների տարբերակը հնարավորություն է տալիս այն կիրառել որպես օբյեկտիվ գործիք վաղ տարիքի երեխաների առողջական վիճակի համալիր գնահատման համար, իսկ ԿՌ-ի տարիքասեռային չափորոշիչները՝ գիտական և հիվանդությունների կանխարգելման, բուժական միջամտությունների արդյունավետության գնահատման համար: Կյանքի որակի վրա ազդող կենսակերպի գործոնների մշակված կանխատեսական աղյուսակները հնարավորություն են տալիս գնահատել ԿՌ-ի ցածր ռիսկը:

Հետազոտության արդյունքների հիման վրա մշակված գործնական առաջարկությունները հաստատվել է ՀՀ ԱՆ կողմից որպես մեթոդական ցուցումներ:

**Պաշտպանության ներկայացված հիմնական դրույթները:**

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

**Արևնախոսության նախնական փորձաքննության ուղի:**

Արևնախոսության հիմնական դրույթները զեկուցվել են հետևյալ միջազգային և տեղական գիտաժողովներում. Հայաստանի մանկական բժշկությունների 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): Ատենախոսություն հիմնական դրույթները տպագրվել են 12 տպագիր աշխատանքներում:

**Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը:**

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

**ՀԵՏԱՉՈՏՈՒ ԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ**

Հետազոտությունը կատարվել է ՀՀ ԿԳՆ ԳՊԿ-ի թեմատիկ ֆինանսավորման ծրագրի շրջանակներում (**Հայ տի ծածկագիրը՝ 15T-3D023**): Հետազոտության օբյեկտ են հանդիսացել վաղ տարիքի (մինչև 3 տարեկան) **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
«Մինչև 3 տարեկան երեխայի ընտանիքի կենսակերպի սոցիալ - հիգիենիկ համալիր հետազոտման»	<b>N=2762 (վաղ տարիքի երեխաներ),</b> n=1180 (մինչև 1 տարեկան), n=1182 (1-3 տարեկան), n=400 (ստացիոնար բուժում ստացող երեխաներ)
Քարտ «Մինչև 3 տարեկան երեխաների առողջական վիճակի ուսումնասիրման»	n=2362 Արաբկիր, N9, «Հերացի», «Մուրացան» պոլիկլինիկաներ
ԵՊԲՀ Մուրացան հիվանդանոցային համալիր, մանկաբուժություն թ.1 կլինիկա	n=400 (մինչև 3 տարեկան) «Հիվանդություն անպատմագիր»
Կանքի որակի տարիքաեռային ցենտրիային ստանդարտների մշակում	Յուրաքանչյուր տարիքաեռային խմբից 100 անկան երեխա:
QUALIN հարցաթերթի օգնությամբ մանկաբուժների և ծնողների կողմից ԿՌ-ի գնահատում	n=1180 (մինչև 1 տարեկան), n=1182 (1-3 տարեկան)
Վաղ տարիքի երեխաների ֆիզիկական զարգացման	n=1180 (մինչև 1), n=1182 (1-3)

գնահատում ըստ պերցենտիլների մեթոդի	
------------------------------------	--

Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի ուսումնասիրման համար կիրառվել է QUALIN հարցաթերթը: Հետազոտության առաջին փուլում համազործակցել ենք MAPI ինստիտուտի և QUALIN (Qualite´ de vie du Nourisson) հարցաթերթի հեղինակների [Manificat S., Dazord A.] հետ: Հետազոտության երկրորդ փուլում ստեղծվել է հարցաթերթի հայերեն տարբերակը, որն անցել է միջազգային պահանջների համար անհրաժեշտ բոլոր փուլերը:

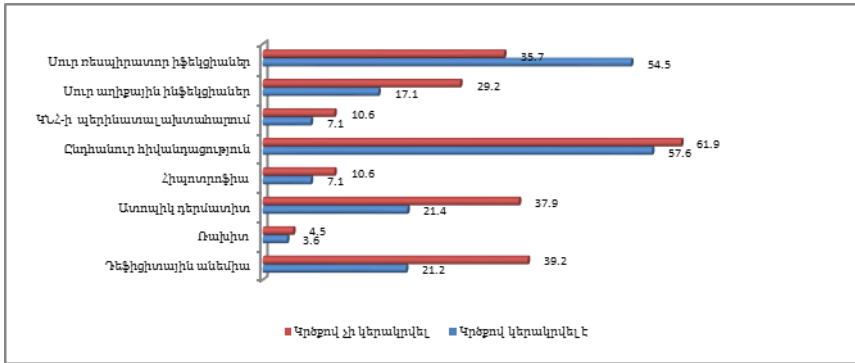
Ընտանիքի կենսակերպի ուսումնասիրման համար հետազոտվող երեխաների ծնողները լրացրել են մեր կողմից մշակված բժշկանոցի պակաս հարցաթերթը: Հետազոտության օբյեկտ են հանդիսացել Արաբկիր, թիվ 9 մանկական, «Մուրացան» և «Հերացի» պոլիկլինիկաներում հավաքագրված, ԵՊԲՀ-ի Մուրացան հիվանդանոցային համալիրի մանկաբուժության թիվ 1 կլինիկայում հիվանդանոցային բուժում ստացած վաղ տարիքի երեխաները: Երեխայի առողջական վիճակի վերաբերյալ տվյալները ստացվել են «Մանկան զարգացման պատմագրեր»-ից, իսկ ֆիզիկական զարգացման մակարդակը գնահատվել է ցենտիլային աղյուսակների օգնությամբ: QUALIN հարցաթերթը բաղկացած է **4 բլոկ հարցերից (34 հարց)**, որոնք նկարագրում են երեխայի կյանքի չորս ասպեկտները՝ «Վարք և շփում» (14 հարց, BC), «Մենակ մնալու ունակություն» (5 հարց, ASA), «Ընտանեկան միջավայր» (4 հարց, FE) «Նյարդա-հոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (11 հարց, NbDPH), «Ընդհանուր բալ» (34 հարց, TS): ԿՌ-ի ընդհանուր գնահատականը տրվել է գումարային սանդղակի օգնությամբ: Ըստ մեթոդաբանության, հաշվարկը կատարվել է 6 բալային սանդղակի օգնությամբ: Որքան բարձր է գումարային բալը, այնքան բարձր է ԿՌ-ը: Կիրառվել են պարամետրիկ (M±m), ոչ պարամետրիկ վիճակագրական մեթոդներ (Q25-Q75 ցենտիլներ), ԿՌ-ի չափանիշների կանխատեսական գնահատման և ռիսկի խմբերի ձևավորման համար կիրառվել է Վալդի վերլուծական մեթոդը: Եթե այդ գործակիցը 13 բալ և ավելի է, ապա 95% հավանականությամբ հաստատվում է, որ կանխատեսվում է ցածր ԿՌ-ի ցածր մակարդակ:

### **ՀԵՏԱՉՈՏՈՒ ԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ԴՐԱՆՑ ՔՆՆԱՐԿՈՒՄԸ**

Ուսումնասիրվող պոպուլյացիայում տղաները կազմել են 48,1%, իսկ աղջիկները՝ 51,9%: Երեխաների մեծ մասը (82,5%) ծնվել է մոր առաջին հղիություններից, 15,8%-ը՝ երկրորդ: Երեխաների 24,3%-ը ծնվել է բարդացած հղիություններից: Ընտանիքների 64,0%-ն ունի մեկ, 12%-ը՝ երեք երեխա:

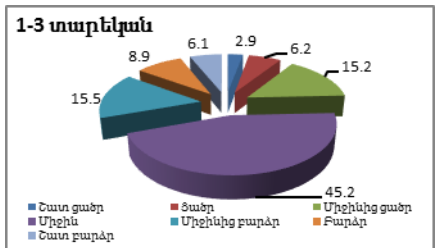
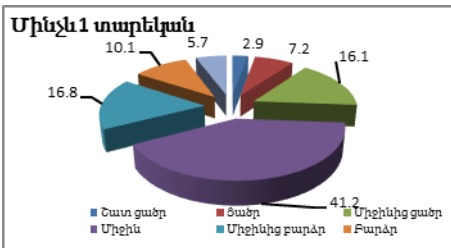
Փոքր ընտանիքները կազմել են 35,0%, միջինը՝ 55,6%: Կրճթով կերակրվող երեխաների մոտ հավասարի հիվանդացության մակարդակը եղել է ցածր, համեմատած ընդհանրապես կրճթով չկերակրվածների խմբի հետ (qժ.1):

Ընտանիքների 75,5%-ը նշել են, որ ծնողներից մեկը կամ երկուսն էլ ունեն վնասակար սովորույթներ:



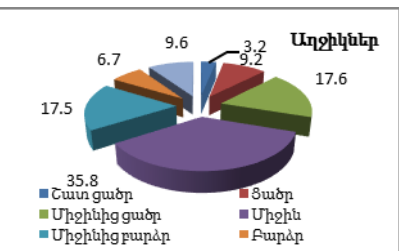
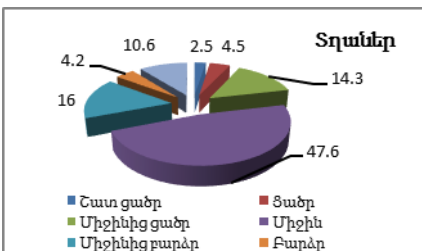
**Գծապատկեր 1. Վաղ տարիքի երեխաների հիվանդացու թյան մակարդակի կախվածությունը սնուցման տեսակից**

Համեմատվող երկու տարիքային խմբերում էլ գերակշռել են միջին մակարդակի հիվանդացող ընտանիքները: Սակայն 1-3 տարիքային խմբում ավելացել է հաճախ հիվանդացող ընտանիքների տեսակարար կշիռը: Մինչև մեկ տարեկան երեխաների 41,2%-ը և 1-3 տարեկանների 45,2%-ն ունեցել են ֆիզիկական զարգացման միջին մակարդակ (գծ. 2):



**Գծապատկեր 2. Վաղ տարիքի երեխաների ֆիզիկական զարգացման մակարդակի համեմատական բնութագրիչը**

Երկու տարիքային խմբերում էլ 35,8% աղջիկներն ունեցել են ֆիզիկական զարգացման միջին մակարդակ (գծ. 3):



**Գծապատկեր 3.** Վարդ տարիքի երեխաների ֆիզիկական զարգացման մակարդակի առանձնահատկություններն ըստ սեռի

Միջին մակարդակի ֆիզիկական զարգացման ցուցանիշը տղաների մոտ եղել է ավելի բարձր համեմատաժողովրդական տղաների հետ (համապատասխանաբար 43,4% և 39,6%): Երեխաների 78,6%-ն ունեցել են նորմալ քաշ: Մնուցման անբավարարություն գրանցվել է 8,2%-ի, իսկ քաշի ավելցուկ՝ 9,7%-ի մոտ: Ճարպակալում հայտնաբերվել է 3,3%-ի մոտ: Աղջիկների մոտ նորմալ սնուցման մակարդակը եղել է ցածր, համեմատաժողովրդական տղաների հետ: Ընդ որում, 1-3 տարիքային խմբում քաշի ավելցուկ ունեցող երեխաների տեսակարար կշիռը եղել է ավելի բարձր, համեմատաժողովրդական տարեկան տարիքային խմբի հետ: Երեխաների մեծ մասի մոտ (83,2%), ըստ մանկան զարգացման քարտում առկա նյարդաբանի եզրակացության, նյարդահոգեկան զարգացումը համապատասխանում է տարիքային նորմերին:

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

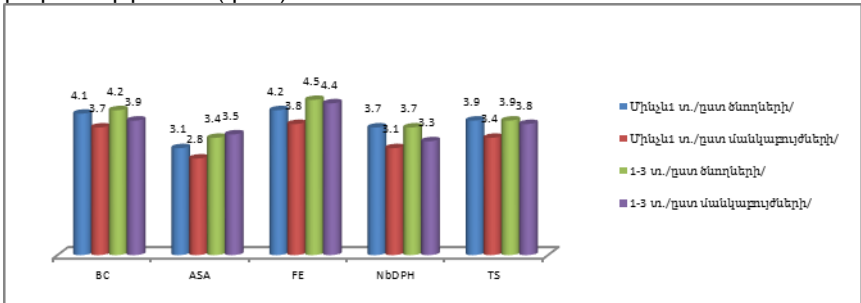
ԿՈ-ի ընդհանուր բալը մինչև մեկ տարեկան երեխաների համար ստացվել է միջինի սահմաններում: Ծնողներն այն գնահատել են 3,9 (3,0-4,9) բալ, իսկ մանկաբույժները՝ 3,4 (3,0-4,5) բալ: ԿՈ-ի ընդհանուր չափանիշը, համեմատաժողովրդական ամավելագույն արժեքի հետ (5 բալ), կազմել է ըստ ծնողների՝ 78,0%, իսկ ըստ մանկաբույժների՝ 68,0%: Ավելի բարձր են գնահատվել ԿՈ-ի «Վարք և շփում»-ը (ըստ մանկաբույժների 74%, ըստ ծնողների՝ 82%) և «Ընտանեկան միջավայր»-ը (ըստ մանկաբույժների 76%, ըստ ծնողների՝ 84%): Առավել ցածր նշանակություն է ունեցել «Մենակ մնալ ու ունակություն» չափանիշը (ըստ մանկաբույժների գնահատման՝ 56%, ըստ ծնողների՝ 62%):

ԿՈ-ի չափանիշներն ունեցել են նաև սեռային առանձնահատկություններ: Ըստ ծնողների գնահատման, կյանքի որակի «Ընդհանուր բալ»-ը, «Մենակ մնալ ու ունակություն» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները բարձր են եղել տղաների մոտ, համեմատաժողովրդական տղաների հետ: ԿՈ-ի «Վարք և շփում» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները ինչպես բժիշկները, այնպես էլ ծնողները բարձր են գնահատել տղաների մոտ: Բժիշկները տվյալ տարիքային խմբի երեխաների մոտ ցածր են գնահատել «Մենակ մնալ ու ունակություն» (52%) և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշները (60%):

Ծնողները 1-3 տարիքային խմբի երեխաների ԿՈ-ն գնահատել են 4,0±0,07 բալ (80%), իսկ մանկաբույժները՝ 3,8±0,05 բալ (76%):



Ծնողները և մանկաբույժները գրեթե նույն ձևով են գնահատել այս տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ն, բացառությամբ «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» և «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշների: ԿՌ-ի «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշը հավաստի բարձր է եղել 1-3 տարեկանների մոտ, համեմատած մինչև մեկ տարեկան երեխաների հետ (գծ.4):



**Գծապատկեր 4.** Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների համեմատական բնութագիրը

Ֆիզիկական զարգացման ցածր մակարդակ ունեցող մինչև 1 տարեկանների մոտ առավել տուժել է «Ընտանեկան միջավայր» (42%), իսկ բարձր մակարդակի դեպքում՝ «Մենակ մնալու ունակություն» (52%) չափանիշը: ԿՌ-ի վրա նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակի (ՆՅՁ) դանդաղումը առավել շատ ազդեցություն է ունեցել «Մենակ մնալու ունակություն» և «Մենակ մնալու ունակություն» (50%) չափանիշի վրա (ըստ ծնողների՝ 52%, մանկաբույժների՝ 50%): 1-3 տարիքային խմբում ֆիզիկական զարգացման ցածր մակարդակ ունեցողների ԿՌ-ի չափանիշներից առավել տուժել է «Ընտանեկան միջավայր» (40%), իսկ բարձրի դեպքում՝ «Մենակ մնալու ունակություն» (50%) չափանիշները: Նյարդահոգեկան զարգացման դանդաղման դեպքում առավել տուժում է ԿՌ-ի «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշը (ըստ ծնողների գնահատականի՝ 50%, ըստ մանկաբույժների՝ 42%): Կարևոր բժշկական գործոն է նաև **ընտանիքի առողջական վիճակի** մակարդակը: Յանտանիքի հիվանդացող ընտանիքներում ցածր են մինչև մեկ տարեկան երեխաների «Մենակ մնալու ունակություն» (56%) և «Վարք և շփում» (62%) չափանիշները: Ծնողները և մանկաբույժները ցածր են գնահատել առողջական II և III խումբ ունեցող երեխաների կյանքի որակը: Այսպես, ցուցանիշը մինչև մեկ տարեկանների մոտ համապատասխանաբար կազմել է ըստ մանկաբույժների 74% և 66%, ըստ ծնողների՝ 76% և 70% (աղ.2), իսկ 1-3 տարիքային խմբում՝ ըստ մանկաբույժների՝ 70% և 62%, ըստ ծնողների՝ 74% և 68% (աղ.3):

ԿՌ-ի «Վարք և շփում» չափանիշի վրա ազդում են առողջական խումբը, կրթով կերակրվելու տևողությունը, ծննդաբերության հերթական համարը, «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշի վրա ազդում են առողջական խումբը,

Նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակը և մարմնի զանգվածը, «Ընտանեկան միջավայր»-ի՝ առողջական խումբը, կրճեով կերակրելու տնօրոշյունը և մարմնի քաշը, իսկ «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջոշյուն»՝ մարմնի քաշը, առողջական խումբը, Նյարդահոգեկան զարգացման մակարդակը, հղիոշյան հերթական համարը:

**Աղյուսակ 2**

**Մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակիչ դրակիչի չափանիշների կախվածությունը ատոքական խմբից (M±m, %)**

Կյանքի որակիչի ցուցիչները	Ընդամենը (n=754)			I խումբ (n=754)			II խումբ (n=372)			III խումբ (n=54)		
	M±m	M/5*100%	M±m	M±m	M/5*100%	M±m	M±m	M/5*100%	M±m	M±m	M/5*100%	
												M±m
<b>Ըստ ծնողների գնահատականի</b>												
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	59%	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%			
<b>Ըստ մանկաբույժների գնահատականի</b>												
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%			

**Աղյուսակ 3**

**1-3 տարեկան երեխաների կյանքի որակի արանձնատարությունները կախված ատոքական խմբից (Me, Q25-Q75, M±m, %)**

Կյանքի որակիչի ցուցիչները	Ընդամենը (n=596)			I խումբ (n=596)			II խումբ (n=483)			III խումբ (n=103)		
	M±m	M/5*100%	M±m	M±m	M/5*100%	M±m	M±m	M/5*100%	M±m	M±m	M/5*100%	
												M±m
<b>Ըստ ծնողների գնահատականի</b>												
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 (3,7-4,3)	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%			
<b>Ըստ մանկաբույժների գնահատականի</b>												
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)	4,6 (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%			

Մեծ ընտանիքում բարձր են երեխաների ԿՌ-ի «Մենակ մնալ ու ունակություն» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները: Ոչ լրիվ ընտանիքների երեխաների շրջանում հատկապես տուժում է ԿՌ-ի «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշը: Ծնողների կրթական մակարդակը հավաստի ազդել է ԿՌ-ի միայն «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չափանիշի վրա ( $p < 0,02$ ): Մինչև մեկ տարեկան երեխաների շրջանում ըստ դիսպերսիոն վերլուծության տվյալների ԿՌ-ի վրա ֆակտորալ դիսպերսիայի չափաբաժինը մեծ է եղել բժշկական ասպանական գործոնների համար 79,7%: 1-3 տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ի վրա ազդում է **ընտանիքի հոգեբանական կլիման**: Ըստ ծնողների հարցման տվյալների, կոնֆլիկտային ընտանիքում մեծացող երեխաների շրջանում ցածր են եղել «Վարք և շփում», «Մենակ մնալ ու ունակություն» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշները: **Վնասակար սովորույթների առկայությունն** ընտանիքում իջեցնում է 1-3 տարիքային խմբի երեխաների ԿՌ-ի «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:

Մեր կողմից ուսումնասիրված սոցիալական գործոններից ԿՌ-ի չափանիշների վրա ազդեցություն են ունեցել նաև **ընտանիքում երեխաների թիվը**: Ընտանիքում 3 և ավել երեխայի առկայությունն ազդել է ԿՌ-ի «Վարք և շփում» և «Ընտանեկան միջավայր» չափանիշների վրա ( $p < 0,001$ ): Ըստ հետազոտության տվյալների 1-3 տարեկան երեխաների ԿՌ-ի չափանիշների վրա ազդում են առողջական վիճակի շեղումների առկայությունը, երեխայի առողջության ինդեքսը բժշկական ասպանական գործոնները, իսկ սոցիալ-հիգիենիկ գործոններից՝ ընտանիքի հոգեբանական կլիման, ծնողների կրթական մակարդակը, ծնողների սոցիալական կարգավիճակը, երեխայի դաստիարակությանը հոր մասնակցությունը, ընտանիքի տիպը:

Հետազոտության արդյունքները հնարավորություն են տվել մշակել վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ն գնահատող չափանիշների ցենտիլային բաշխվածության աղյուսակներ ըստ տարիքաեռային խմբերի և ըստ գնահատող սուբյեկտի (ծնողներ և մանկաբույժներ):

Վաղ տարիքի երեխաների շրջանում հանդիպող ռախիտը առավել ազդեցություն են ունեցել ԿՌ-ի «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (50%) և «Մենակ մնալ ու ունակություն» (44%) չափանիշների վրա, պերինատալ շրջանի հատուկ վիճակների դեպքում՝ «Մենակ մնալ ու ունակություն» (56%), սակավարյունություն դեպքում՝ «Մենակ մնալ ու ունակություն» (48%) և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (60%), հիպոտրոֆիայի II և III աստիճանի դեպքում՝ «Մենակ մնալ ու ունակություն» (60%) և «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (42%) չափանիշների վրա:

Թոքաբորբի ձգձգվող ընթացքի դեպքում առավել տուժել են ԿՌ-ի «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» (58%) և «Մենակ մնալ ու ունակություն» (56%)

չ ափանիշ ներք: ՍՈՂ-ի հաճախականությունը առավել ազդեցողություն է ունեցել ԿՈ-ի «Մենակ մնալ ու ունակություն» (44%) չ ափանիշի վրա: ԿՈ-ն, համեմատած գործնական առողջների հետ, ՍՈՂ-ի ժամանակ նվազել է ըստ ծնողների գնահատականի 17,1%-ով, իսկ ըստ մանկաբույժների՝ 33,3%-ով:

Վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել տարածված առոպիկ մաշկաբորբի ծանր ընթացքի դեպքում առավել տուժել են ԿՈ-ի «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական ակտիվություն» (42%), «Ընտանեկան միջավայր» (70%) և «Մենակ մնալ ու ունակություն» չ ափանիշները, թեթև ծանրություն՝ «Մենակ մնալ ու ունակություն», իսկ միջին ծանրություն դեպքում՝ «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական ակտիվություն» (58%) չ ափանիշները ( $p < 0,05$ ):

Վաղ տարիքի երեխաների ընդհանուր հիվանդացության կառուցվածքում մարսողական համակարգի հիվանդություններին բաժին է ընկնում 4,5%-ը: Այս հիվանդությունների ժամանակ առավել տուժել է ԿՈ-ի «Մենակ մնալ ու ունակություն» չ ափանիշը: Այն հատկապես ցածր է եղել գաստրոէզոֆագալ ռեֆլյուկս հիվանդության ժամանակ:

Վաղ տարիքի երեխաների ԿՈ-ի չ ափանիշների վրա առավել հաճախ հանդիպող հիվանդություններն ունեցել են իրենց առանձնահատուկ ազդեցությունը:

Այսպես, ԿՈ-ի ընդհանուր բալն առավել տուժել է առոպիկ մաշկաբորբի (52%), բրոնխիտի (56%), մարսողական համակարգի հիվանդությունների (58%) դեպքում, «Վարք և շփում» չ ափանիշը՝ գաստրոէզոֆագալ ռեֆլուկսի (48%), բրոնխիտի (50%), առոպիկ մաշկաբորբի (58%), «Մենակ մնալ ու ունակություն»-ը՝ հաճախակի ՍՈՂ-ի (40%), բրոնխիտի (42%), ռախիտի (44%), սակավարյունության (48%), թոքաբորբի (56%), «Ընտանեկան միջավայր»-ը՝ առոպիկ մաշկաբորբի (54%), լեղուղիների դիսկինեզիայի (58%), բրոնխիտի (60%), գաստրոէզոֆագալ ռեֆլուկսի (62%), իսկ «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն» չ ափանիշը՝ առոպիկ մաշկաբորբի (40%), հիպոտոֆիայի (42%), բրոնխիտի (46%), ռախիտի (50%) ժամանակ (աղ. 4):

Հիվանդության կանխարգելման և բուժման ծրագրերի արդյունավետության գնահատման համար կիրառելի է ԿՈ-ի չ ափանիշները [Баранов А.А., 2012]: Ապացուցված է, որ հիվանդի ԿՈ-ի չ ափանիշներն օժտված են անկախ կանխատեսական նշանակությամբ և հիվանդի վիճակի կանխատեսման համար հանդիսանում են բուժման արդյունավետության գնահատման հստակ գործոն, [Дегиль О.В., 2012]:

ԿՈ-ի չ ափանիշների մակարդակի կանխատեսման և այդ չ ափանիշների վրա ազդող ռիսկի գործոնների գնահատման համար մեր կողմից կիրառվել է Վալդի վերլուծական մեթոդը:

Յուրաքանչյուր սոցիալ-հիգիենիկ, բժշկական և արտադրական ռիսկի գործոնների համար հաշվարկվել է ավտորոշիչ գործակիցներ:

Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի ցածր մակարդակ կանխատեսող ցուցանիշների ախտորոշիչ գործակիցները ըստ Վալ դի վերլուծական մեթոդի արդյունքների, բարձր է եղել հետևյալ սոցիալ-հիգիենիկ գործոնների համար՝ ընտանիքի տիպ, ընտանիքում կոնֆլիկտների առկայություն, ընտանիքում հաշմանդամ երեխայի և հաճախակի հիվանդացողների առկայություն, ինչպես նաև ծննդյան պահից արհեստական սնուցման առկայություն:

**Աղյուսակ 4**

Վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել հաճախանդիպող հիվանդությունների ազդեցություն  
 առանձնահատկությունները ԿՌ-ի չափանիշներով րա (%)

Վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել հաճախանդիպող հիվանդություններ	ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխություն առանձնահատկությունները				
	BC	ASA	FE	NbDPH	TS
Ռախիտ	74	44	86	50	64
Պերինատալ շրջանի հատուկ վիճակներ	80	56	80	62	70
Յիպոտրոֆիա	62	60	80	42	66
Սակավարյունություն	78	48	78	60	66
Թոքաբորբ	64	56	62	58	60
Բրոնխիտ	50	42	60	46	<b>56</b>
Հաճախակի ՍՌՀ	64	40	88	62	70
Ատոպիկ մաշկաբորբ	58	56	<b>54</b>	40	<b>52</b>
Գաստրիտ	74	60	70	76	70
Գաստրոէզոֆագալ ռեֆլուկս	<b>48</b>	50	62	74	<b>58</b>
Լեղուղիների դիսկինեզիա	64	<b>54</b>	58	78	62

Բժշկական ասպանական գործոններից ԿՌ-ի ցածր մակարդակ կանխատեսող ցուցանիշների ախտորոշիչ գործակիցները ըստ Վալ դի վերլուծական մեթոդի արդյունքների, բարձր է եղել հետևյալ ցուցանիշների համար՝ նեոնատալ շրջանում տարած 2 և ավելի հիվանդությունների առկայություն, ցածր է բարձր ֆիզիկական զարգացման մակարդակ, քաշի դեֆիցիտի և ճարպակալման առկայություն, երեխայի առողջական խումբը, կյանքի առաջին տարվա ընթացքում տարած շնչական (թոքաբորբ, բրոնխիտ), նյարդային և մարսողական համակարգի հիվանդությունները (աղ. 5):

Բուն ժման արդյունավետության գնահատման համար բացի լարոատոր-գործիքային հետազոտության տվյալներից, մենթկիրառել ենք ԿՌ-ի չափանիշների փոփոխությունը որպես բուն ժման արդյունավետության գնահատման լրացուցիչ չափանիշ:

Պարզվում է, որ կրկնակի հոսպիտալիզացիայի 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» -ը՝ 3,4%-ով (հսկողական խմբում ցուցանիշը կազմել է 14,3%):

## Աղյուսակ 5

Վաղ տարիքի երեխաների ԿՌ-ի ցածր մակարդակ  
կանխատեսող ցուցանիշների ախտորոշիչ գործակիցների  
գնահատումը ստվայդի մեթոդի

Կանխատեսման ցուցանիշ	Ցուցանիշի բնութագիրը	A	B	Ախտորոշիչ գործակից 10* Ig (B-A)
1.	2.	3.	4.	5.
<b>Բժշկական արանական գործոններ</b>				
Առողջակամ խումբ	I խումբ	4,1	-0,046	-1
	II խումբ	3,4	0,204	+2,4
	III խումբ	3,0	0,302	+3,0
Մարմնի զանգվածի ինդեքս	Նորմալ սնունդում	4,0	0,0	-1
	բաշի դեֆիցիտ	3,0	0,301	+3
	ճարպակալում	2,9	0,322	+3
Ֆիզիկական զարգացման մակարդակ	շատ ցածր, ցածր	2,3	0,431	+4
	միջին	4,0	0,0	-1
	բարձր, շատ բարձր	2,9	0,322	+3
Երեխայի ինտելեկտի գործակիցը ստԱպարի	7-10	4,1	-0,046	-1
	4-6	3,45	0,19	+2
	1-3	2,4	0,415	+4
Երեխայի առողջության ինդեքս	>100%	4,1	-0,046	-1
	<100%	3,62	0,14	+1,4
Մոր տարիքը	մինչև 35	4,1	-0,046	-1
	35 և բարձր	3,5	0,176	+3
Առողջական վիճակի շեղումներ	բացակայում է առկա է	3,9	0,04	+0,4
		3,2	0,255	+3
ՆՅՁ մակարդակ	Նորմալ	4,0	0,0	-1
	ՆՅՁ դանդաղում	3,2	0,255	+3
Անամնեզում մվադաժամ ծննդաբերություն	առկա է	3,8	0,079	+1
Հղիության ընթացքում բրոնխի հիվանդություն	առկա է	3,5	0,176	+2
Երեխան ծնվել է աֆիկսիայով	առկա է	3,4	0,204	+2
Երեխան ծնվել է անհաս	առկա է	2,9	0,322	+3
Կյանքի նեոնատալ շրջանում 2 և ավելի հիվանդություն	առկա է	2,7	0,362	+4
Ֆիզիկական զարգացման մակարդակ	Ցածր	3,4	0,204	+2
	Միջին	4,0	0,0	-1
	Բարձր	3,0	0,301	+3
ՎԵՌԻՅ –ի հաճախականություն	ոչ ավել 2 անգամ	3,5	0,176	+2
	3-4 անգամ	2,9	0,322	+3
Ռախիտ	առկա է	3,2	0,255	+3
Պերինատալ շրջանի հատուկ վիճակներ	առկա է	3,5	0,176	+2
Սակավարյունություն	առկա է	3,3	0,23	+2
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	առկա է	2,9	0,322	+3
Շնչառական համակարգի հիվանդություններ	բրոնխիտ	2,8	0,342	+3
	թոքաբորբ	2,5	0,398	+4
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	ատոպիկ մաշկաբորբ	2,9	2	+3
Մարսողական համակարգի հիվանդություններ	գաստրիտ	2,9	0,322	+3
	գաստրոէզոֆագալ ռեֆլյուկս	3,0	0,30	+3



## աղյուսակ 5-ի շարունակությունը

<b>Սոցիալ հիգիենիկ գործոններ</b>				
Ծնողների կրթական մակարդակը	միջին,	3,9	0,04	+0,4
	միջին	3,9	0,04	+0,4
	մասնագիտական բարձրագույն	4,0	0,0	0
Ցածր եկամուտունեցող ընտանիք	առկա է	3,9	0,04	+0,4
Վնասակար սովորությունների առկայություն	առկա է	3,6	6	+1,5
Ընտանիքում կոնֆլիկտների առկայություն	առկա է	2,9	0,32	+3
Ընտանիքի տիպը	մեծ ընտանիք	4,7	-0,523	-5
	միջին ընտանիք	4,1	-0,046	-0,5
	փոքր ընտանիք	3,6	0,146	+1,5
Ընտանիքում երեխաների թիվը	1 երեխա	3,9	0,04	+0,4
	2-3 երեխա	3,9	0,04	+0,4
	4 և ավելի երեխա	4,0	0,0	0
Ընտանիքի կենցաղային պայմանները	բարենպաստ	4,1	-0,046	-1
	անբարենպաստ	3,9	0,04	+0,4
Երեխայի դաստիարակությանը ծնողների մասնակցությունը	երկու ծնողները միայն մայրը	3,8	0,079	+0,8
Ընտանիքում հաջմանդամ երեխայի առկայություն	բացակայում է	4,1	-0,046	-1
	առկա է	3,0	0,301	+3
Ընտանիքի առողջական վիճակը	հաճախակի	3,2	0,255	+3
Ոչ ցանկալի հղիություն	առկա է	3,9	0,04	+0,4
Ծննդյան օրվանից արհեստական սնուցում	առկա է	3,4	0,204	+2

Վաղ տարիքի երեխաների առողջական վիճակի և ԿՈ-ի վերաբերյալ հետազոտության ընթացքում ստացված տվյալները թույլ են տալիս ներկայացնել այդ տարիքային խմբի երեխաների բժշկական խարգելիչ օգնության օպորտուն ագմանս ուղղված գիտական որոնքներն հիմնավորված առաջարկներ:

### ԵՐԱԿԱՏՈՒ 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 խումբ, իսկ 1-3տարիքային խմբում գուցանիշը կազմել է 50,4%:
2. Մինչև 1 տարեկան երեխաների հիվանդացության կառուցվածքում առաջին տեղում շնչառական համակարգի (25,5%), երկրորդում՝ մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի (10,5%) հիվանդություններն են, իսկ երրորդում՝

պերհինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակները (6,9%) են: 1-3 տարիքային խմբում հիվանդացություն 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 մնալու ունակություն» (համապատասխանաբար 62% և 56%) և «Նյարդահոգեկան առողջություն և ֆիզիկական զարգացում» (համապատասխանաբար 74% և 62%) չափանիշները: ԿՈ-ի բուրբ չափանիշները տղաների մոտ եղել են բարձր, համեմատած աղջիկների հետ: Ֆիզիկական զարգացման ցածր մակարդակը ազդում է «Ընտանեկան միջավայր», իսկ բարձրը՝ «Վարք և շփուլ», «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշների վրա:
4. Մինչև մեկ տարեկան երեխաների ԿՈ-ի վրա առավել ազդեցություն են ունեցել բժշկական սաբանական գործոնները, որոնց ազդեցության դիսպոսիայի չափաբաժինը կազմել է  $\eta^2=79,7\%$ : 1-3 տարիքային խմբում ԿՈ-ի վրա առավել ազդեցություն են ունեցել սոցիալ-հիգիենիկ գործոնները, որոնց դիսպոսիայի չափաբաժինը կազմել է  $\eta^2=66,9\%$ :
5. Վաղ տարիքի երեխաների շրջանում առավել հաճախ հանդիպող հիվանդությունները ազդեցությունը ԿՈ-ի չափանիշների վրա ունեցել է նոզոլոգիական առանձնահատկություններ: ԿՈ-ի ընդհանուր բալլն առավել տուժել է առաջիկ մաշկաբորբի, բրոնխիտի, մարսողական համակարգի հիվանդությունների, «Վարք և շփուլ»-ը՝ գաստրոէզոֆագալ ռեֆլուկսի, բրոնխիտի, «Մենակ մնալու ունակություն»-ը՝ սակավարյունություն, հաճախակի ՍՌՅ-ի, բրոնխիտի, «Ընտանեկան միջավայր»-ը՝ առաջիկ մաշկաբորբի, լեղուղիների դիսկինեզիայի, «Նյարդահոգեկան զարգացում և ֆիզիկական առողջություն»-ը՝ առաջիկ մաշկաբորբի և հիպոտրոֆիայի ժամանակ:
6. Թքաբորբի կապակցությամբ կրկնակի հոսպիտալացվածների ԿՈ-ի չափանիշների բարելավման միտումները եղել են ցածր: Այդ հիվանդության ժամանակ առավել տուժած «Վարք և շփուլ» չափանիշը կրկնակի հոսպիտալացվածների մոտ բուժումից հետո բարելավվել է 5,7%-ով (հսկողական խմբում՝ 21,9%-ով), «Մենակ մնալու ունակություն» չափանիշը՝ 3,4%-ով (հսկողական խմբում՝ 14,3%-ով): ԿՈ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները կարելի է կիրառել որպես բուժման արդյունավետության գնահատման լրացուցիչ չափանիշ:
7. Կատարված հետազոտությունը հնարավորություն է տվել մշակել ԿՈ-ի չափանիշների ցենտիլային աղյուսակներ, ինչպես նաև ըստ Վալդի մեթոդի այդ չափանիշների կանխատեսական գնահատման սանդղակ՝ հիմնվելով բժշկա-

Կենսաբանական և սոցիալ-հիգիենիկ ռիսկի գործոնների  
ախտորոշիչ գործակիցների վրա:

## ԳԻՏԱԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

1. QUALIN սքրինինգ թեսթի օգնությամբ վաղ տարիքի երեխաների ԿՈ-ի գնահատման մեթոդաբանությունը և հետազոտության արդյունքում մշակված ԿՈ-ի գնահատման ցենտիլային արդյունակները նպատակահարմար է ներդնել վաղ տարիքի երեխաների հետազոտության ներքին ծրագրում որպես առողջական վիճակի համալիր գնահատման մոնիթորինգի և բարելավման գործիք:
2. Վաղ տարիքի երեխաների ԿՈ-ի անհատական կանխատեսման համար նպատակահարմար է կիրառել մշակված կանխատեսական արդյունակը: Եթե ախտորոշիչ գործակիցների գումարը ստացվել է +13 և ավելի բալ, ապա այդ երեխաներին անհրաժեշտ է ընդգրկել որպես ԿՈ-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 ԿՈ-ի չափանիշների փոփոխության առանձնահատկությունները կարելի է կիրառել որպես բուժման տարբեր փուլերի և բուժական խարգելիչ միջոցառումների արդյունավետության գնահատման անհատական մոնիթորինգի չափանիշ:
4. ԿՈ-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:

## ԱՏԵՆԱԽՈՒԻ ԹՅԱՆ ԹԵՄԱՅՈՎ ՀՐԱՊՐԱԿՎԱՆՑ ԱՇԽԱՏԱՆՔՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

1. Avetisyan L., Dunamalyan R.A. Reliability, validity and sensitivity of Armenian versions of questionnaire quality of life of children // Masters programmes in public health and social services: International vision and local implementation, 2013, Chişinău, Republic of Moldova, p. 16-17.
2. Ավետիսյան Լ.Ռ., Դունամալյան Ռ.Ա. Մինչև մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի պարամետրերի և բժշկասոցիալական մի շարք գործոնների միջև կախվածության գնահատումը // Բժշկություն, գիտություն և կրթություն, Երևան, 2013, էջ 82-86:
3. Ավետիսյան Լ.Ռ., Դունամալյան Ռ.Ա. Մինչև մեկ տարեկան երեխաների շրջանում տարածված հիմնական դեֆիցիտային վիճակների ազդեցությունը կյանքի որակի վրա // Գիտական հոդվածների ժողովածու, Երևան, 2013, Հատոր II, էջ 328-334:
4. Դունամալյան Ռ.Ա., Ավետիսյան Լ.Ռ., Սիմոնյան Կ.Հ. Արտահիվանդանոցային թոքաբորբի ազդեցությունը մինչև և

մեկ տարեկան երեխաների կյանքի որակի վրա // Հայաստանի մանկական բժիշկների կոնֆերանսի նյութերի ժողովածու, Երևան 2014, էջ 73-75:

5. Միմոնյան Կ.Յ., Ավետիսյան Լ.Ռ., Դուռնամալյան Ռ.Ա. Բժշկական միջառք գործոնների ազդեցությունը թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ պացիենտների կյանքի որակի վրա // Կարապետ Միհրանի Դեղձուկյանի ծննդյան 90-ամյակին նվիրված գիտաժողով, Երևան 2014, էջ 115-120:
6. Dunamalyan R.A., Avetisyan L.R., Mardiyan M.A., Mirijanyan G.M., Chopikyan A.S., Barseghyan A.A., Danielyan L.M. Evaluation of life quality of early age children with International QUALIN questionnaire. // The Second International Conference on Biology and Medical Sciences, Vienna, 2014, p. 245-250.
7. Dunamalyan R.A. Quality of life in younger children as a criterion for the state of health assessment. // The New Armenian Medical Journal, Yerevan 2014, Volume 8 №2, p.63-68.
8. Dunamalyan R.A., Mardiyan M. Medical and social description of life quality of children at an early age. // Oxford Journal of Scientific Research January-June, 2015, No.1. (9), VOLUME III, p.813-817.
9. Dunamalyan R.A., Mardiyan M.A., Chopikyan A.S., The assessment of dependence between the parameters of life quality of children in the 1-3 age group and medical and social factors. // European Journal of Scientific Research, Paris, 2015, №1(11), p. 844-851.
10. Dunamalyan R.A., Mardiyan M.A., Mkrtchyan S.A., Chopikyan A.S. The study of the impact of ENT pathology on the life quality of school age children with international PedsQL questionnaire. // Ottawa University Press.-International Review of Education and Science, 2015, Volume II, №1(8), p. 710-715.
11. Dunamalyan R.A. General medical and social characteristics of young age children's family. // The New Armenian Medical Journal, Yerevan 2015, Volume 9, №3, p.115.
12. Дунамалян Р.А., Мардяян М.А., Чопикян А.С., Мкртчян С.А. Влияние атопического дерматита на качество жизни детей раннего возраста. // Евразийский Союз Ученых (ЕСУ), Ежемесячный научный журнал, №2 (23), 2016, 108-110.

## РЕЗЮМЕ

В последние годы оценка качества жизни (КЖ) стало предметом клинических и социально-гигиенических исследований. Зарубежные исследователи применяют показатели качества жизни в популяционных исследованиях при разработке поло-

возрастных нормативов и мониторинге оценки эффективности применяемых профилактических мер.

Целью данного исследования стало изучение особенностей изменения критериев КЖ детей раннего возраста и разработка поло-возрастных стандартов КЖ для комплексной оценки их здоровья.

Для получения характеристики качества жизни детей раннего возраста армянской популяции впервые был применен опросник QUALIN (Qualite' de vie du Nourisson), на основе которого были разработаны поло-возрастные центильные критерии показателей КЖ. Были оценены особенности изменений показателей КЖ в зависимости от наиболее часто наблюдаемых заболеваний у детей раннего возраста и основных факторов, характеризующих их образ жизни.

Исследование было проведено в рамках проекта тематического финансирования МОН ГКН РА (Код проекта 15Г-3D023).

Объектом исследования стали 2762 ребенка раннего возраста (до 3-х лет). Для изучения КЖ детей был применен армянский вариант QUALIN опросника после получение разрешения от авторов опросника [Manificat S. Dazord A.] и института МАРИ (Франция). Изучаемой группой стали дети, обратившиеся с целью получения медицинской помощи в детскую поликлинику «Арбир», детскую поликлинику N9, поликлиники «Мурацан» и «Гераци», а также госпитализированные в педиатрической клинике N1 Больничного комплекса «Мурацан» ЕГМУ. Данные относительно состояния здоровья детей были получены из амбулаторных карт медицинского наблюдения ребенка и историй болезни. Уровень физического развития оценивался с помощью центильных таблиц. Применялись параметрические ( $M \pm m$ ), непараметрические статистические методы (центили), а для оценивания прогнозирования показателей КЖ и формирования групп риска применялся аналитический метод Вальда.

В изучаемой популяции мальчики составляли 48,1%, девочки 51,9%. Малые семьи составляли 35,0%, средние - 55,6%. Уровень заболеваемости у детей на грудном вскармливании достоверно был низкий. В сравниваемых обеих группах превалировали семьи со средним уровнем заболеваемости. Однако, в 1-3 возрастной группе возрос удельный вес семей с высоким уровнем заболеваемости. 41,1% детей до одного года и 45,2% детей 1-3 лет имели средний уровень физического развития. Родители детей до годовалого возраста оценивали КЖ в 3,9 баллов, а педиатры – в 3,4 балла. Более высоко были оценены критерии "Поведение и общение", "Семейное окружение". Минимальными были значения показателя критерия "Способность оставаться одним" (согласно педиатрам - 56%, согласно родителям - 62%). Родители детей 1-3 возрастной группы оценивали качество жизни в 4 балла (80%), а педиатры – в 3,8 баллов (76%).

У детей до одного года с низким уровнем физического развития наиболее ущербным был показатель критерия "Семейное окружение" (42%), а при высоком уровне - показатель критерия "Способность оставаться одним" (52%).

При низком уровне физического развития в возрастной группе 1-3года показатель критерия "Семейное окружение" составил 40%, а показатель критерия "Способность оставаться одним" 50%.

В семьях с высокой частотой заболеваемости у детей до годовалого возраста низкими отмечались показатели критериев "Способность оставаться одним" (56%) и "Поведение и общение" (62%). Родители и педиатры давали низкую оценку качеству жизни детей второй (74%) и третьей (66%) группы здоровья.

Результаты исследования дали возможность разработать таблицы центильного распределения оцениваемых критериев КЖ детей раннего возраста по половозрастным группам и согласно оцениваемому субъекту (родители и педиатры). Рахит, встречающийся у детей раннего возраста оказывал наиболее выраженное воздействие на показатели критериев “Нейро-эмоциональное развитие и физическое здоровье” (50%) и “Способность оставаться одним” (44%); при особых состояниях перинатального периода - на “Способность оставаться одним” (56%); при анемии “Способность оставаться одним”(48%) и “Нейро-эмоциональное развитие и физическое здоровье” (60%); при гипотрофии второй и третьей степени - на “Способность оставаться одним” (60%), “Нейро-эмоциональное развитие и физическое здоровье”(42%). В случае продолжительного течения пневмонии наиболее ущербными оказались показатели критериев “Нейро-эмоциональное развитие и физическое здоровье” (58%) и “Способность оставаться одним” (56%). Частота ОРЗ оказывала воздействие на “Способность оставаться одним” (44%), а атопический дерматит - на критерии “Нейро-эмоциональное развитие и физическое здоровье” (42%), “Семейное окружение” (70%) и “Способность оставаться одним” (58%).

Таким образом, у детей раннего возраста воздействие наиболее часто встречающихся заболеваний на критерии качества жизни имеет нозологические особенности.

Для прогнозирования уровней критериев качества жизни и оценивания воздействующих на эти критерии факторов риска нами был применен аналитический метод Вальда. Из социально-гигиенических факторов наиболее значимыми в этом смысле были тип семьи, наличие семейных конфликтов, дети с инвалидностью и высокой частотой заболеваемости семьи, а так же искусственное вскармливание с момента рождения. Из медико-биологических факторов - наличие двух или более заболеваний, перенесенных в неонатальном периоде, низкий и высокий уровни физического развития, дефицит веса и ожирение, группа здоровья ребенка, перенесенные за первый год жизни ребенка различные заболевания дыхательной, нервной и пищеварительной систем.

Для оценивания эффективности полученного лечения кроме данных лабораторно-инструментального исследования мы применили изменение показателей критериев КЖ в качестве дополнительного критерия. Оказалось, что при повторных госпитализациях детей, показатели улучшения критериев КЖ были низкими.

Результаты данного исследования состояния здоровья и КЖ детей раннего возраста дали возможность представить научно-обоснованные рекомендации, направленные на оптимизацию медико-профилактической помощи в исследуемой возрастной группе детей.

**APPLICATION OF THE LIFE QUALITY CRITERIA AS A STANDARD FOR THE HEALTH STATE COMPLEX EVALUATION OF IN THE EARLY AGE CHILDREN**

**SUMMARY**

In recent years the life quality became an issue of the clinical and socio-hygienic investigations. Foreign investigators apply the life quality indices in the population studies, development of the age norms, monitoring of the preventive measures' effectiveness evaluation.

**The goal of investigation** was to develop the sex-age criteria of life quality as an index of the health state complex evaluation basing on study of peculiarities of the life quality indices changes in the early age children.

**The scientific innovation** of the work is in the QUALIN questionnaire first time using to provide a life quality characteristic in the early age children of Armenian population, basing on which the sex-age centile criteria of the life quality indices have been developed. Peculiarities of the life quality indices changes were evaluated in dependence on the most common illnesses in the early age children, as well as on the main factors characterizing the mode of life. The investigation was performed in terms of the project of thematic financing of the Science Governmental Committee (SGC) of the Ministry of Education and Science (MES) of Republic of Armenia (**Project Code 15T-3D023**).

As objects for the investigation provision **2762** children of early age (till 3 years of ages) served. To study the early age children life quality the QUALIN questionnaire was used. At the first stage of investigation we collaborated with MAPI Institute and the QUALIN (Qualite' de vie du Nourisson) questionnaire authors (Manificat S., Dazord A.). As objects for the investigation provision the early age children administered and examined in the "Arabkir" polyclinic, the children polyclinic N9, the "Muratsan" and "Heratsy" polyclinics and also the children treated in the clinic N1 of "Muratsan" clinical complex of YSMU served. Data regarding the children health state were collected from the "case reports of children" and the data regarding the children physical development level were evaluated with the help of the centile tables. The parametric ( $M \pm m$ ) and non-parametric statistical methods (Q25-Q75) were used in investigation. For the life quality indices predictive evaluation and also for the risk group formation the Wald's analytical method was used. In the studied population the boys made up 48,1% and the girls made up 51,9%. Small families made up 35,0% and the average families – 55,6%. In the breast fed children the authentic morbidity level was low. For the both comparing age groups the families of average morbidity level prevailed. But in the 1-3 years aged group of children a moiety of the high intensity illness level families have been increased. The children till 1 year of age (41,2%) and those of 1-3 years of ages (45,2%) have had an average level of physical development. The life quality evaluated by themselves parents was of 3,9 scores, and that by pediatricians was of 3,4 scores. The "Behavior and Communication" and the "Family Environment" criteria were evaluated to be comparably higher. The least values of scores were for the "Ability to Stay Alone" criterion (as per pediatricians – 56% and as per parents – 62%). The parents of 1-3 aged children have evaluated the life quality as 4,0 scores (80%) and the pediatricians – as 3,8 scores (76%). In 1 year below age group children of low level of physical development the "Family Environment" criterion was of the least value (42%) and in those of high level of physical development of the same age group the "Ability to Stay Alone" criterion (52%) was the least. In the 1-3 age group children in case of low physical development level the least value was for the "Family Environment" criterion (40%) and in those of high level of physical development it was the least for the "Ability to Stay Alone" criterion (50%). In the group of high intensity illness children up to 1 year of age the criteria "Ability to Stay Alone" (56%) and "Behavior and Communication" (62%) were of low levels. Both



the parents and pediatricians have evaluated the children of II (74%) and III (66%) health groups to be the groups of low level life quality.

The investigation results enabled us to develop the evaluating criteria centile distribution tables for the early age children as per the sex-age groups and as per evaluating subjects (the parents and pediatricians). In the early age children rickets was registered as a pathology mostly affecting the “Neuro-Emotional Development and the Physical Health” (50%) and the “Ability to Stay Alone” (44%) criteria; in case of the specific conditions intrinsic in prenatal period of development - the “Ability to Stay Alone” (56%) criterion was; in case of anemia – the “Ability to Stay Alone” (48%) and the “Neuro-Emotional Development and the Physical Health” (60%) criteria were; in case of hypotrophy of II and III stages – the “Ability to Stay Alone” (42%) and the “Neuro-Emotional Development and the Physical Health” (60%) criteria were. In case of the prolonged duration of pneumonia the least value was registered for the “Ability to Stay Alone” (56%) and the “Neuro-Emotional Development and the Physical Health” (58%) criteria. Rate of the acute respiratory diseases (ARD) has influenced on the “Ability to Stay Alone” (44%) criterion and the rate of atopic dermatitis has influenced on the “Neuro-Emotional Development and the Physical Health” (42%), the “Family Environment” (70%) and the “Ability to Stay Alone” (58%) criteria.

Thus, in the early age children an influence of the most common diseases onto the life quality criteria is of nosological peculiarities. To predict the level of criteria and to evaluate the risk factors influencing on these criteria the Wald's analytical method was applied by us. From the socio-hygienic factors the most affective were the type of a family, happening conflicts, presence of disable children and the high risk of illnesses in a family, as well as the artificial nutrition from the birth moment. From the medico-biological factors – two and more diseases in neonatal period of life, a low or a high level of the physical development, hypotrophy and obesity, the health group of a child, the experienced respiratory, neuronal and digestive illnesses during the first year of life were significant.

To evaluate the efficacy of got treatment beyond the laboratory objective examination data we have used also a life quality criterion change as an additional criterion for evaluation. It was revealed that the tendency to the life quality criterion bettering for the children experienced repetitive hospitalization after they got treatment was rather low.

The data related to the early age children health state and their life quality enable us to represent the scientifically approved recommendations directed to optimization of the health care medical - preventive assistance in the investigated age cohort of children.