

საქართველოს დავით აღმაშენებლის სახელობის უნივერსიტეტი

ფიზიკური განვითარების და ფსიქოლოგიური ადაპტაციის ხარისხი
უმცროსი სასკოლო ასაკის ბავშვთა პოპულაციაში

ციცინო ჟორჯოლიანი

მედიცინის დოქტორის აკადემიურ ხარისხის მოსაპოვებლად

თბილისი

2017

თემის შესაბამისობა კვლევასთან

ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სოციალური ამოცანაა საზოგადოებისთვის, ვინაიდან ისინი წარმოადგენენ რეპროდუქციულ, ინტელექტუალურ და სოციალურ რეზერვს სახელმწიფოსთვის. უკანასკნელ წლებში ჩამოყალიბდა არაკეთილსასურველი სიტუაცია სასკოლო ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობის მხრივ: შემცირდა აბსოლუტურად ჯანმრთელ ბავშვთა რაოდენობა (10-12%), 68%-ს აღენიშნება ფუნქციური დარღვევები, 13,5%-ს–გადახრები ფიზიკურ განვითარებაში, ხოლო 17%-ს–ქრონიკული დაავადებები. ქრონიკული ავადობის სტრუქტურაში მაღალია საჭმლის მომნელებელი ორგანოების (20,8%), საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის (15,5%), ნერვული სისტემის დაავადებათა და თვალის დაავადებების (11,6%) ხვედრითი წილი.

ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ერთერთ ობიექტურ ინტეგრალურ მაჩვენებელს ფიზიკური განვითარება წარმოადგენს. მრავალრიცხოვან კვლევათა მონაცემებით, მოსწავლეთა 10,5%-ს აღენიშნება სხეულის მასის დეფიციტი, 8,3%-ს–სიმსუქნე, ხოლო 1,7%-ს–ფიზიკურ ზრდაში ჩამორჩენა. 22 ათასი მოსწავლის ანთროპომეტრული მონაცემების მონიტორინგმა გამოავლინა აქსელერაციისა და დეცელერაციის პროცესების გავრცელების მაღალი მაჩვენებლები სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში.

ბავშვის ორგანიზმის სისტემებისა და ორგანოების ეფექტური ფუნქციონირება განსაზღვრავს არა მარტო ფიზიკური განვითარების ხარისხს, არამედ ბავშვის ორგანიზმის ადაპტაციურ შესაძლებლობებს. ოჯახის პირობებიდან სასკოლო დაწესებულებებში ანუ თვისობრივად სხვა ატმოსფეროში გადასვლის პროცესი რთულ მოთხოვნებს აყენებს ბავშვის პიროვნების მიმართ და მოიცავს გონებრივ, ემოციურ და ფიზიკურ დატვირთვას ერთობლიობას. თანამედროვე კვლევებით, ადრეული სასკოლო ასაკის ბავშვთა 60–76%-ს აღენიშნება სასკოლო სწავლების პროცესთან ადაპტაციის სერიოზული პრობლემები.

მრავალრიცხოვანი კვლევებით დადგენილია, რომ მოზარდის ჯანმრთელობაზე მოქმედებს ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, დემოგრაფიული პროცესების სპეციფიკა, მშობლების ზოგადი განათლების დონე, ბიოგენეტიკური ფაქტორები,

კლიმატური პირობები, დღის რეჟიმი, კვებითი ჩვევები და სხვა ფაქტორები. არანაკლებ მნიშვნელოვანია შიდა სასკოლო რისკის ფაქტორები: მაღალი სასკოლო დატვირთვა, სწავლების მეთოდის შეუსაბამობა მოსწავლეთა შესაძლებლობებთან, სწავლების პროცესის ფიზიოლოგიური და ჰიგიენური მოთხოვნების დაუცველობა.

საქართველოს მრავალ რეგიონში და მათ შორის აჭარაში შეინიშნება სასკოლო ასაკის ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის გაუარესების ტენდენციები. „აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და სოციალური მდგომარეობის შესახებ“ რეგიონული მოხსენების მიხედვით 2014 წელს ბავშვებში რეგისტრირებული იყო 65522 დაავადების შემთხვევა; ინცინდენტობა მაღალი იყო დაავადებათა შემდეგ კლასებში: სუნთქვის ორგანოთა დაავადებები (30496), ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები (8836), საჭმლის მომწელებელი სისტემის დაავადებები (3129), ამასთან ერთად ჰოსპიტალიზაციის დონე 1000 ბავშვზე შეადგენდა 74,3-ს (ქ.ბათუმი, 2015 წელი). აჭარის რეგიონის გეოგრაფიულ-რელიეფური სირთულეების გათვალისწინებით მაღალმთიანი აჭარის სოფლების მოსახლეობისათვის ჯერ კიდევ დეფიციტურია სამედიცინო დარგის სპეციალისტთა მომსახურება. ამ პირობებში მთავარ ამოცანას შეადგენს მოზარდთა ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ფიზიკურ განვითარებაზე დაკვირვება, შეფასება და პროგნოზირება ხელმისაწვდომი და ინფორმაციული კრიტერიუმების გამოყენებით.

კვლევის მიზანი

ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ფიზიკური განვითარებისა და ფსიქოლოგიური ადაპტაციის თავისებურებების შესწავლა უმცროსი სასკოლო ასაკის ბავშვთა პოპულაციაში (აჭარის რეგიონი)

კვლევის მეთოდები

კვლევა განხორციელდა ორ ეტაპად. პირველ ეტაპზე ჩატარდა სკრინინგული ერთმომენტითანი კვლევა ქ.ბათუმსა და სოფ. ციხისძირში. შესწავლილი იქნა 800 საჯარო სკოლის მოსწავლის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და ფიზიკური განვითარების ხარისხი. მოსწავლეები გასინჯული იქნა ექიმთა მულტიდისციპლინარული ჯგუფის მიერ. დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით, ბავშვებს ჩაუტარდათ დამატებითი ლაბორატორიული

და ინსტრუმენტული გამოკვლევები. გამოკვლევული კონტინგენტი მიკუთვნებულ იქნა ჯანმრთელობის ოთხ ჯგუფს. I ჯგუფში გაერთიანდნენ ბავშვები ნორმალური ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარებით; II ჯგუფს მიეკუთვნა ბავშვები, რომელთაც გამოუვლინდათ ფუნქციური და მორფოფუნქციური დარღვევები; III ჯგუფს მიეკუთვნა ბავშვები ქრონიკული დაავადებებით, კლინიკური რემისიის ფაზაში; ხოლო IV ჯგუფს მიეკუთვნა ბავშვები ქრონიკული დაავადებებით.

კვლევის მეორე ეტაპისთვის შერჩეული იქნა ფოკუს-პოპულაცია, რომელშიც გაერთიანდა ჯანმრთელობის I, II და III ჯგუფებს მიკუთვნებული 480 მოსწავლე. შერჩეულ კონტინგენტში შესწავლილი იქნა ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ქრონიკული ავადობის სტრუქტურა (დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მეათე გადახედვის მიხედვით, 1995) და სიხშირე, ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლები, სასკოლო მზაობისა და ადაპტაციის ხარისხი, ჯანმრთელობის დარღვევის სამედიცინო-ბიოლოგიური და სოციალურ-ჰიგიენური რისკის ფაქტორები და მათი რაოდენობრივი მაჩვენებლები.

კვლევის პროცესში გამოყენებული იქნა შემდეგი მეთოდები:

1. კლინიკურ-ანამნეზური კვლევა: კვლევის კითხვარი მოიცავდა დემოგრაფიულ მაჩვენებლებს, მიკროსოციალურ ანამნეზს, ფსიქოლოგიურ კლიმატს ოჯახში, ინფორმაციას პერინატალური პერიოდის და სომატური პათოლოგიით მემკვიდრული დატვირთვის შესახებ, გადატანილ დაავადებებს და სხვა. პარალელურად შესწავლილი იქნა სამედიცინო დოკუმენტაცია, ჩატარდა საუბრები მშობლებთან, პედაგოგებთან და სკოლის ექიმებთან. ბავშვებს უტარდებოდა სტანდარტული ლაბორატორიული (სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, ბიოქიმიური კვლევები) და ინსტრუმენტული (ელექტროკარდიოგრაფია, ულტრასონოგრაფიული კვლევა, საჭიროების შემთხვევაში-რენდგენოგრაფია) კვლევები.

2. ანთროპომეტრული მაჩვენებლების შესწავლა ცენტილური მეთოდით

ანთროპომეტრული მაჩვენებლების (სხეულის მასა, სიმაღლე, გულმკერდის და თავის გარშემოწერილობები, სხეულის მასის ინდექსი) შესწავლა წარმოებდა ცენტილური მეთოდით, სქესის და ასაკის გათვალისწინებით. ნორმატიული ცენტილური ცხილების შემუშავების დროს გამოყენებული იქნა არანაკლებ 100-100 ცენტილისა მოცემულ

ასაკობრივ ჯგუფში. სხეულის მასის ინდექსი (სმი) განისაზღვრა ფორმულით: $SMI = \frac{\text{სხეულის წონა (კგ)}}{\text{სიგრძე(კვ.მ)}^2}$. ფიზიკური განვითარების ხარისხი შეფასდა ორგანოზომილებიანი ცენტილური შკალის–„სხეულის სიგრძე–სხეულის მასა“ გამოყენებით.

3. სკოლისათვის მზაობის და სასკოლო ადაპტაციის ხარისხის შეფასება განხორციელდა დ.სტოტის “დაკვირვების რუქისა” და ლუმერის ფერადი ტესტის გამოყენებით. ადაპტაციური პოტენციალის შეფასება წარმოებდა “დაკვირვების რუქის” ბავშვებისათვის ადაპტირებული სქემის მიხედვით, რომლის შევსებაში მონაწილეობდნენ პედაგოგები და მშობლები. ბავშვთა ასაკის გათვალისწინებით, “დაკვირვების რუქის” 16 პუნქტიდან შერჩეული იქნა 10 სინდრომი. ლუმერის ფერთა ტესტის საფუძველზე განსაზღვრული იქნა ემოციური თვითშეფასების მაჩვენებელი და ვეგეტატური კოეფიციენტი კ. შიპოშის ფორმულის მიხედვით.

4. რისკის ფაქტორების შესწავლა “შემთხვევა-კონტროლის” მეთოდით. რეტროსპექტულ შემთხვევა-კონტროლის კვლევაში გაერთიანდა ჯანმრთელობის I, II და III ჯგუფებს მიკუთვნებული 190 მოსწავლე. შესწავლილი იქნა სოციალურ–ჰიგიენური, სამედიცინო– ბიოლოგიური რისკის ფაქტორები, ქცევითი დარღვევები და სასკოლო რისკის ფაქტორები. რისკის ფაქტორების მიმართ განსაზღვრულ იქნა შანსების შეფარდება (OR) და ატრიბუტული რისკი (AR) 95%-იანი სანდოობის ინტერვალის (CI) გათვალისწინებით.

კვლევის შედეგების სტატისტიკური ანალიზი განხორციელდა Microsoft Excel 2010 და SPSS/v12 პროგრამული პაკეტების გამოყენებით. ანთროპომეტრული მაჩვენებლებისთვის განსაზღვრული იქნა საშუალო სტატისტიკური მონაცემები: MEAN, MEDIANE, MODE, STDEV, მინიმალური და მაქსიმალური სიდიდეები. ანთროპომეტრული მაჩვენებლების ცენტილური ცხრილების შედგენა წარმოებდა არაპარამეტრული ცენტილური მეთოდით, გამოყენებულ იქნა Child Growth Percentile Calculator. რისკის ფაქტორების რაოდენობრივი მაჩვენებლების განსაზღვრა წარმოებდა ცხრილის 2X2–ის მეშვეობით. შესადარებელი ჯგუფების რაოდენობრივ მაჩვენებლებს შორის განსხვავების

სანდობის დასადგენად განისაზღვრა პირსონის χ^2 კრიტერიუმი P-ს შესაბამისი მნიშვნელობით. P-ს სარწმუნოების კრიტიკულ მნიშვნელობად მიჩნეულ იქნა $< 0,05$.

The results of research

უმცროსი სასკოლო ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის კომპლექსურმა შესწავლამ გამოავლინა, რომ პრაქტიკულად ჯანმრთელი იყო გამოკვლეული კონტინგენტის 28.3%, 55%-ს აღენიშნებოდა მორფოფუნქციური დარღვევები, ხოლო 16.7%-ს – ქრონიკული დაავადებები. ფუნქციური დარღვევების და ქრონიკული დაავადებების მქონე ბავშვთა რიცხვი მეტი იყო 6–7 წლის ასაკში, ვიდრე 8–9 წლის ასაკში. ფუნქციური დარღვევები მეტი იყო სოფლის მოსახლეობაში, ხოლო ქრონიკული დაავადებები – ქალაქის მაცხოვრებლებში.

ქრონიკული ავადობის სტრუქტურაში საჭმლის მომნელებელი სისტემის პათოლოგიის ხვედრითი წილი შეადგენდა 15.8%-ს, სასუნთქი სისტემის დაავადებების–10.0%-ს, ენდოკრინული სისტემის –9.2%-ს, ნერვული სისტემის–7.5%-ს, საყრდენ მამოძრავებელი სისტემის– 7.3%-ს, თვალის – 6.7%-ს და სისხლის მიმოქცევის სისტემის –5.4%-ს. საჭმლის მომნელებელი სისტემის ($\chi^2-9.771$, $p-0.002$), სისხლისა და სისხლწარმომქმნელი ორგანოების ($\chi^2-5,960$, $P-0.015$), ნერვული სისტემის ($\chi^2-6.794$, $P -0.012$), ოფთალმოლოგიური ($\chi^2 - 4.051$, $P -0.044$) და საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დაავადებათა ($\chi^2-4.438$, $P-0.035$) ხვედრითი წილი სარწმუნოდ მეტი ქალაქში მცხოვრებ მოსწავლეებში. სხვა სისტემების მხრივ გამოვლინდა ქრონიკულ დაავადებათა თანაბრად განაწილების მაჩვენებლები.

ანთროპომეტრული მონაცემები განესაზღვრა უმცროსი სასკოლო ასაკის 800 მოსწავლეს. 6–დან 9 წლამდე ასაკის გოგონების სხეულის მასის მონაცემები (23.2–34.8 კგ) აღემატებოდა იმავე ასაკის ვაჟთა მონაცემებს (20.4–33.2კგ); ანალოგიური ტენდენცია დაფიქსირდა სხეულის სიგრძის მხრივ: გოგონების მონაცემები (111.9–138.7სმ) მეტი იყო, ვიდრე ვაჟების (109.7–135.0სმ). თავის გარშემოწერილობა პრაქტიკულად იდენტური იყო ორივე ჯგუფში (გოგონები – 51.5–54.8სმ, ვაჟები – 51.5–55.8სმ), გულმკერდის გარშემოწერილობა 6 წლის ასაკში მეტი იყო გოგონებში, ხოლო 9 წლისთვის ჭარბობდა ვაჟებში (გოგონები – 56.4–

67.8სმ, ვაჟები – 54.2 – 68.9სმ). გოგონების სმი-ს ნორმალური ცენტილური მაჩვენებლები შეადგენდა 18.5–19.1–ს, ხოლო იმავე ასაკის ვაჟების – 16.9–17.5–ს. სხეულის მასის დეფიციტზე მიუთითებდა პირველ ცენტილურ დერეფანში მოხვედრილი მაჩვენებლები (გოგონები–14.7–14.6, ვაჟები–15.0–15.4), ჭარბ წონაზე მეტყველებდა მეექვსე ცენტილურ დერეფანში განთავსებული მონაცემები (გოგონები–19.0–18.3, ვაჟები 18.1–17.5), ხოლო სიმსუქნის არსებობაზე– მეშვიდე ცენტილური დერეფნის მონაცემები (გოგონები – 18.7–18.8, ვაჟები – 18.1–17.5).

ფიზიკური განვითარების ხარისხის ცენტილური ცხრილების მეთოდით შეფასებამ გამოავლინა, რომ ნორმატიული მაჩვენებლები აღენიშნებოდა გამოკვლეულთა 74.7%-ს. გადახრები ფიზიკურ განვითარებაში აღენიშნებოდა დაბალი და მაღალი მაჩვენებლების მქონე 139 ბავშვს (17.4%), რომლებმაც შეადგინეს ე.წ. „ყურადღების“ ანუ დაკვირვების ჯგუფი, რომლებიც საჭიროებენ სპეციალურ სამედიცინო დაკვირვებას და ფიზიკური განვითარების მონიტორინგს. ფიზიკური განვითარების ძალიან მაღალი მაჩვენებლების მქონე 63 მოსწავლე (7.9%) ჩაირთო ე.წ. „დიაგნოსტიკის ჯგუფში“ დამატებითი დიაგნოსტიკური კვლევებისა და მულტიდისციპლინარული კონსულტაციების ჩასატარებლად.

მოსწავლეთა ადაპტაციური შესაძლებლობების შეფასებამ დ.სტოტის “დაკვირვების რუქით” გამოავლინა, რომ უნდობლობა უცხო ადამიანების მიმართ აღენიშნებოდა გამოკვლეულთა 47,8%-ს, დეპრესიული განწყობა –23.6%-ს, შფოთვა მოზრდილების მიმართ – 27.8%-ს, მტრული განწყობა ბავშვების მიმართ –21.5%-ს, ხოლო მოუსვენრობა – 20.4%-ს. ზოგადად სასკოლო ადაპტაციის დარღვევები გამოუვლინდა გამოკვლეულთა 20–40%-ს, უფრო მეტად დაწყებით კლასებში, როგორც პიროვნულ დონეზე, ისე ირგვლივმყოფებთან ურთიერთობაში.

ლუშერის ფერთა დიაგნოსტიკური ტესტის შედეგებით მოსწავლეთა უმრავლესობას (90%) დაუფიქსირდა ნორმალური ემოციური განწყობა სასწავლო პროცესის მიმართ, დადებითი ემოციები, ოპტიმალური შრომისმოყვარეობა და ფიზიკური აქტივობა. 10%-ში გამოვლინდა არასასიამოვნო განცდები, ნეგატიური განწყობა სასწავლო პროცესის მიმართ, ბავშვის ენერგეტიკული რეზერვების და ფიზიკური აქტივობის დაქვეითება.

შემთხვევა-კონტროლის კვლევით შესწავლილი იქნა სამედიცინო-ბიოლოგიური, სოციალურ-ჰიგიენური და შიდა სასკოლო რისკის ფაქტორები. ქრონიკული დაავადებების მქონე ბავშვებში ხშირად გვხვდებოდა სოციალური მიმართულების ფაქტორები: არადამაკმაყოფილებელი საყოფაცხოვრებო პირობები (OR-1.558), ოჯახის დაბალი ეკონომიური შემოსავალი (OR-1.114), არასრული ოჯახი (OR-1.011), არასტაბილური კლიმატი ოჯახში (OR-1.741) და მშობლების პროფესიული მავნეობა (OR-2.429). სომატური დაავადებებით მემკვიდრული დატვირთვის თვალსაზრისით ჭარბობდა ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგია (57,8%) და სიმსუქნე (OR-2.094). ბიოლოგიური ფაქტორებიდან მნიშვნელოვანი იყო: ბავშვის დაბადების მომენტისთვის დედის ასაკი 30 წელზე მეტი (OR-2,719), ორსულობის პათოლოგია (OR-1.245) და მშობიარობის პათოლოგია (OR-3.917).

ქცევითი დარღვევის ყველა შემთხვევაში გამოვლინდა შეფარდებითი და ატრიბუტული რისკის მაღალი მაჩვენებლები: კვების რეჟიმის დარღვევა (OR-2.562, AR-0.22), ცხიმოვანი საკვების ჭარბი მიღება (OR-2.625, AR-0.23), ნახშირწყლოვანი საკვების ჭარბი მიღება (OR-2.321, AR-0.20), ძილის რეჟიმის დარღვევა (OR-2.545, AR-0.22), კომპიუტერზე, ვიდეო-თამაშებზე და ტელევიზორზე დახარჯული დრო >3სთ (OR-2.655, AR-0.23).

შიდა სასკოლო რისკის ფაქტორების მხრივ გამოიკვეთა: საშინაო დავალებების დიდი მოცულობა და სირთულე (OR-1.673), სკოლაში კვების (OR-1.942) და გათბობის პრობლემები (OR-2.103), არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური პირობები (მოუხერხებელი მერხები, არასაკმარისი განათება და სხვა) (OR-1.509).

ჩატარებული კვლევის შედეგად შესწავლილი იქნა ქრონიკული ავადობის და ფიზიკური განვითარების თავისებურებები აჭარის რეგიონში მცხოვრებ უმცროსი სასკოლო ასაკის ბავშვებში, შეფასდა სასკოლო ადაპტაციის ხარისხი, განისაზღვრა პრიორიტეტული რისკის ფაქტორები. მიღებული მონაცემები დღის წესრიგში აყენებს სამი ურთიერთდამოკიდებული მიმართულებით: ფსიქოლოგიური, სამედიცინო და პედაგოგიური ღონისძიებების ერთობლივად განხორციელების აუცილებლობას, რაც მნიშვნელოვანია ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის და სასკოლო ადაპტაციის ხარისხის გასაუმჯობესებლად და ეფექტური პროფილაქტიკური ღონისძიებების შესამუშავებლად.

დასკვნები

1. აჭარის რეგიონში მცხოვრებ უმცროსი სასკოლო ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის კომპლექსურმა შესწავლამ გამოავლინა, რომ პრაქტიკულად ჯანმრთელი იყო გამოკვლეული კონტინგენტის 28.3%. ბავშვთა უმრავლესობას (75.7%) გამოუვლინდა ჯანმრთელობის მხრივ არსებული დარღვევები, მათ შორის მორფოფუნქციური დარღვევები აღენიშნებოდა 55%-ს, ხოლო ქრონიკული დაავადებები – 16.7%-ს.
2. ფუნქციური დარღვევების და ქრონიკული დაავადებების სიხშირე ორჯერ მეტი იყო 6–7 წლის ასაკში, ვიდრე 8–9 წლის ასაკში. ჯანმრთელობის პირველ ჯგუფს მიკუთვნებულ ბავშვთა 16.6% წარმოადგენდა ქალაქის, ხოლო 11.7% – სოფლის მაცხოვრებელს. ფუნქციური დარღვევები ჭარბობდა სოფლის მოსახლეობაში (29.2%), ხოლო ქრონიკული დაავადებების ხვედრითი წილი მეტი იყო ქალაქის მაცხოვრებლებში (9.2%).
3. ავადობის სტრუქტურაში მაღალი ხვედრითი წილით იყო წარმოდგენილი საჭმლის მომნელებელი სისტემის (15.8%), სასუნთქი სისტემის (10%), ენდოკრინული სისტემის (9.2%), ნერვული სისტემის (7.5%), საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის (7.3%), თვალის (6.7%) და სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები (5.4%).
4. საჭმლის მომნელებელი სისტემის (P-0.002), სისხლისა და სისხლწარმომქმნელი ორგანოების(P-0.015), ნერვული სისტემის(P-0.012), ოფთალმოლოგიური(P-0.044) და საყრდენ-მამოძრავებელი (P-0.035) სისტემების დაავადებათა ხვედრითი წილი სარწმუნოდ მეტი იყო ქალაქში მაცხოვრებელ მოსწავლეებში. სხვა სისტემების მხრივ ორივე საცხოვრებელ არეალში (ქალაქი, სოფელი) გამოვლინდა ქრონიკულ დაავადებათა თანაბრად განაწილების მაჩვენებლები.
5. ფიზიკური განვითარების ხარისხის ნორმატიული მაჩვენებლები აღენიშნებოდა გამოკვლეული კონტინგენტის 74.7%-ს (598 ბავშვი). ფიზიკური განვითარების დაბალი და მაღალი მაჩვენებლების მქონე 139 ბავშვი (17.4%) მიეკუთვნა ე.წ.

„ყურადღების“ ანუ დაკვირვების ჯგუფს, ხოლო ფიზიკური განვითარების ძალიან მაღალი ხარისხის მქონე 63 მოსწავლე (7.9%) ჩაირთო ე.წ. „დიაგნოსტიკის ჯგუფში“, რომლებიც საჭიროებენ სპეციალურ სამედიცინო დაკვირვებას და დამატებით დიაგნოსტიკური კვლევებს.

6. 6–დან 9 წლამდე ასაკის გოგონების სხეულის მასის ნორმატიული მონაცემები (23.2–34.8 კგ) აღემატებოდა ვაჟთა მონაცემებს (20.4–33.2კგ); ანალოგიური ტენდენცია დაფიქსირდა სხეულის სიგრძის (გოგონები-111.9–138.7სმ, ვაჟები 109.7–135.0სმ) და სმი–ს (გოგონები–18.5–19.1, ვაჟები–16.9–17.5) მხრივ. თავის გარშემოწერილობა იდენტური იყო ორივე ჯგუფში (გოგონები – 51.5–54.8სმ, ვაჟები – 51.5–55.8სმ). გულმკერდის გარშემოწერილობა 6 წლის ასაკში მეტი იყო გოგონებში, ხოლო 9 წლისთვის ჭარბობდა ვაჟებში (გოგონები – 56.4–67.8 სმ, ვაჟები – 54.2 – 68.9სმ).
7. დ.სტოტის “დაკვირვების რუქით” სასკოლო ადაპტაციის დარღვევა და დეზადაპტაციური სინდრომების არსებობა აღენიშნებოდა გამოკვლეულთა 20–40%-ს. დეზადაპტაციის პიროვნულ გამოვლინებებს წარმოადგენდა დეპრესიული განწყობა, მოუსვენრობა, დათრგუნვა, მოუთმენლობა და ნევროზული სიმპტომები, ხოლო ირგვლივმყოფებთან მიმართებაში – უნდობლობა უცხო ადამიანების მიმართ, შფოთვა და მტრული დამოკიდებულება მოზრდილებისა და თანატოლების მიმართ.
8. ლუშერის ფერთა დიაგნოსტიკური ტესტის მონაცემებით მოსწავლეთა უმრავლესობას (90%) დაუდგინდა ნორმალური ემოციური განწყობა, დადებითი ემოციები, ოპტიმალური შრომისმოყვარეობა და ფიზიკური აქტივობა; შემთხვევათა 10%-ში გამოვლინდა ნეგატიური ემოციური განწყობა სასწავლო პროცესის მიმართ, ბავშვის ენერგეტიკული რეზერვების დაქვეითება და სასკოლო ადაპტაციის პროცესის მნიშვნელოვანი დარღვევა.
9. რისკის ფაქტორებს, რომლებიც ზემოქმედებენ სასკოლო ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მიეკუთვნა ოჯახის დაბალი ეკონომიური შემოსავალი (OR–1.114), არასრული ოჯახი (OR–1.011), კონფლიქტური ოჯახური გარემო (OR–1.741), არადამაკმაყოფილებელი საყოფაცხოვრებო პირობები (OR–1.558), მშობლების პროფესიული მავნეობა (OR–1.011), ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიით

(OR–2.778) და სიმსუქნით (OR–2.094) მემკვიდრული დატვირთვა მშობლებში, ბავშვის დაბადების მომენტისთვის დედის ასაკი 30 წელზე მეტი (OR–2,719), მშობიარობის პათოლოგია (OR–3.917).

10. გამოიკვეთა ქცევითი დარღვევების ხვედრითი წილი: კვების რეჟიმის დარღვევა (OR–2.562), არარაციონალური კვება (OR– 2.153), ცხიმოვანი საკვების ჭარბი მიღება (OR–2.625), ნახშირწყლოვანი საკვების ჭარბი მიღება (OR–2.321), ძილის რეჟიმის დარღვევა (OR–2.545), კომპიუტერზე, ტელე– და ვიდეო–თამაშებზე დახარჯული დრო >3სთ (OR–2.655). სოფლის მაცხოვრებლებთან შედარებით, ქალაქის მოსახლე მოსწავლეთა ჯგუფში სარწმუნოდ მეტად დაფიქსირდა კვების რეჟიმის დარღვევა (OR–8.813), არარაციონალური კვება (OR–4.472), ძილის რეჟიმის დარღვევა (OR–2.550) და დაბალი ფიზიკური აქტივობა (OR–3.857) .