

При этом на первый взгляд кажется, что все это мы делаем и соблюдаем. Однако затем появляется уверенность, что соблюдение этих стандартов важно для обеспечения безопасности пациентов.

Наконец, VI блок стандартов посвящен организации рассмотрения и ограничению жалоб пациентов и их родственников. Здесь детализируется пошаговая оценка причин возникновения жалоб, их содержание и гласности рассмотрения должностными лицами больницы. Причем на каждом этапе разбора жалоб при желании заявителей, они привлекаются к рассмотрению. Такой подход часто удовлетворяет заявителей, особенно в части, касающейся действенности мероприятий, проводимых по результатам рассмотрения жалоб. В целом стандарты этого блока выстроены таким образом, что позволяют глубже изучать больничные процессы и принимать дополнительные управленческие решения.

Таким образом, опыт внедрения международных стандартов JCI, регламентирующих улучшение качества лечения и безопасности пациентов, показывает, что их использование необходимо не только для улучшения качества больничной помощи, но и для вхождения больницы в международное медицинское пространство.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы // Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.

2. Международная аккредитация Joint Commission International, 4е издание, 2011 год

3. Botwinick L, Bisognano M, Haraden C Leadership Guide to Patient Safety. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006.

4. Sharp HealthCare Expands Premier Healthcare Alliance Affiliation to Include Web-based Infection Tracking Tool // Women's Health Weekly, 2008, September.

5. Health Quality Council of Alberta. Patient Safety Framework for Albertans. 2010.

#### ТҮЙІН

Мақалада медициналық ұйымның 6 құрылымдық топтан тұратын және көрсетілетін медициналық қызметтердің қажетті сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ететін JCI қызметтерінің халықаралық стандарттарына біртіндеп көшу мәселесі баяндалған. Осыған орай, аурухана халықаралық медициналық кеңістікте танылған, мойындалған болып, денсаулық сақтау аясында оның үкіметаралық ынтымақтастықтағы айтарлықтай беделді бағдарламаларға қатысу мүмкіндігі ашыла түседі.

Өзекті сөздер: медициналық ұйым қызметінің халықаралық стандарттары, медициналық қызметтердің сапасы, емделушілердің қауіпсіздігі, құжат айналымы.

#### SUMMARY

The article highlights the issues of the gradual transition of the medical organization to the international standards of the JCI, consisting of six building blocks, and delivers the quality and safety of health services. In this case, the hospital becomes recognizable as recognized in international medical space, and revealed to her prospects of participation in the most prestigious programs for intergovernmental cooperation in the health field.

Key words: international standards activities of the medical organization, the quality of medical services, Safety when patients paperwork.

## ПРАКТИКА КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

УДК 613.953.11:613.221

А.Ш.Алишера, А.А.Анарбаева

Национальный Центр охраны материнства и детства, г.Бишкек

Здоровье нации и социально-экономический потенциал страны определяются, прежде всего, здоровьем детей и подростков [4]. Уровень развития подрастающего поколения, а также его физический и умственный потенциал могут стать предпосылками выхода страны из тяжелого социально-экономического кризиса. Конституция Кыргызской Республики, «Кодекс Кыргызской Республики о детях» и законы Кыргызской Республики обеспечивают законодательную базу и определяют основные направления охраны здоровья детей и их матерей в стране.

Вместе с тем, в последние годы отмечается некоторая тенденция к росту числа детей с хронической патологией, функциональными отклонениями, врожденными аномалиями развития, хроническими нарушениями питания [2]. Хронические нарушения питания среди детей первых пяти лет жизни, обусловленные дефицитом железа, цинка, йода, недостаточностью витамина А, фолиевой кислоты и других микро- и макроэлементов, могут стать причиной задержки их физического и умственного развития, познавательной активности в более старшем возрасте, нарушают иммунную систему, увеличивая вероятность смертельного исхода от обычных детских болезней [1, 3].

Следовательно, в стране существует реальная угроза реализации основных прав детей, предусмотренных Законами Кыргызской Республики.

**Целью** данного исследования явилось изучение пищевого статуса у детей раннего возраста для создания базы данных, которая необходима для планирования образовательной кампании и коммуникационных и интерактивных занятий по изменению поведения матерей относительно рационального кормления детей.

#### Методология и методы исследования.

В данном исследовании охвачено 30 сел и 640 детей раннего возраста по 20-22 участника из каждого села (кластера). Кластеры и дети в каждом из них были отобраны путем случайной выборки. Выборка производилась в два этапа. На первой стадии с вероятностью, пропорциональной численности детей в возрасте от 0 до трех лет были отобраны тридцать кластеров. Для каждого отобранного кластера был составлен список домов, который использовался как основа выборки на втором этапе отбора. Затем путем систематической выборки были отобраны фамилии детей в соответствии с обновленными списками. Возраст детей рассчитывался с момента рождения до проведения измере-

ний. Даты рождения подтверждались медицинской картой развития ребенка (Ф-112/у). Для оценки физического развития ребенка определяли антропометрические индексы: «вес для данного возраста» (вес/возраст), «рост для данного возраста» (рост/возраст) и «вес для данного роста» (вес/рост) [5].

Для опроса матерей и исследования детей использовался структурированный вопросник. Вопросники заполняли на том языке, на котором говорил респондент, и определяли уровень гемоглобина у всех детей фотометрическим методом (НемоСие). Основными преимуществами метода являются возможность определения уровня гемоглобина в течение менее одной минуты и портативность аппарата НемоСие для проведения полевых исследований.

**Результаты исследования.** Возраст матерей колебался от 17 до 45 лет: до 25 лет – 37,7%, от 25 до 35 лет – 48%, от 35 лет и старше – 14,3%. Почти все опрошенные матери (95,7%) были кыргызской национальности. Из числа опрошенных 24,2% матерей имели одного ребенка, каждая вторая женщина (50,4%) – двух-трех детей и 25,4% матерей – более четырех детей. 99% опрошенных матерей состояли в браке. На момент опроса около 70% матерей не работали и не учились, а из 30% занятых женщин 77% респондентов работали на полях, 16,9% – по специальности, остальные (6,1%) – в сфере коммерции.

Образовательный уровень респондентов был довольно высоким. Полное среднее образование имели 65,4% матерей, среднее техническое – 17,4% и высшее – 16,4%. Единичные матери (0,8%) никогда не посещали школу или закончили 5-9 классов общеобразовательной школы.

Все (100%) матери считали, что ребенка следует кормить грудью, и понимали важность грудного вскармливания для здоровья ребенка. Так, 85,3% матерей считали, что грудное вскармливание имеет очень важное и 14,6% опрошенных – важное значение для здорового роста и развития ребенка. При этом абсолютное большинство (91,8%) матерей уверено в том, что грудное вскармливание важно для здоровья ребенка или матери, оно богато витаминами и минералами (80,9%) и защищает ребенка от инфекционных заболеваний (63,3%). Отметили также экономию времени (9,6%), денег (8,4%) и безопасность грудного вскармливания (5,5%).

Единичные матери (7,8%) недостатками грудного вскармливания считали «невозможность оставлять ребенка на долгое время в ее отсутствие», «необходимость соблюдения диеты матерью во время кормления грудью», «повреждение сосков молочных желез», «переживания матери о том, вырабатывает ли она достаточное количество грудного молока и содержит ли ее молоко достаточно нутриентов для роста и развития ребенка».

Таблица 1. Грудное вскармливание и дополнительное питание

Показатели	Число детей, n=640	
	Абс.	%
Раннее прикладывание к груди	295	46,1
Когда-либо кормила грудью	628	98,1
Исключительно грудное вскармливание до 6-ти месяцев	95	14,8
Грудное вскармливание до 12-ти месяцев	312	48,8
Грудное вскармливание до 24-х месяцев	48	7,5
Начали получать прикорм с 6-ти месяцев	187	29,2

Почти все (98,1%) матери кормили своих детей грудью (табл. 1). Из них каждая вторая женщина кормила ребенка в течение 12 месяцев, единичные матери – до 24 меся-

цев. При этом на исключительно грудном вскармливании в течение первых 6-ти месяцев жизни находились 14,8% детей, а соответствующее возрасту кормление грудью получал каждый второй ребенок. Более того, до одного месяца 11,3% детей помимо грудного молока получали разные жидкости, в том числе чай. К 3-м месяцам каждый второй ребенок (50,2%) получал чай или воду, к 7 месяцам чай пили 91,6% детей.

Детей отнимали от груди в возрасте  $10,8 \pm 5,0$  месяцев, хотя большинство матерей считало оптимальной продолжительностью грудного вскармливания  $19,0 \pm 5,5$  (ДИ 12,2-24,1) месяцев.

При сравнительной характеристике, матери оценивали значение грудного вскармливания значительно выше, чем кормление ребенка молоком животных или молочными смесями промышленного производства. В то же время каждая вторая (44,3%) женщина считала важным кормление ребенка заменителями грудного молока. 6,6% матерей впервые дают детям молоко животных или смеси в возрасте до одного месяца, 26,7% матерей – в течение первых 3-х месяцев.

По мнению матерей, средняя продолжительность грудного вскармливания должна составлять  $19,0 \pm 5,8$  месяцев, а в возрасте  $4,4 \pm 2,7$  месяцев следует начать поить ребенка другой жидкостью (кипяченой водой, чаем, молоком животных), в  $6,4 \pm 2,2$  месяца вводить мягкую/твердую еду.

До 6-ти месяцев жидкий прикорм получали 46% детей. В то же время 21,8% детям прикорм вводился позже рекомендуемого возраста, т.е., после 7-ми месяцев жизни ребенка. Только 29,2% детей начинали получать прикорм в рекомендуемом возрасте – с 6-ти месяцев. Средний возраст детей, в котором вводится прикорм, составляет  $4,5 \pm 3,1$  месяцев. При этом у 46,6% детей питание состояло из приемлемого минимального разнообразия продуктов, не все дети употребляли пищу, богатую железом (59,2%).

Питание детей, которые не получали грудное вскармливание, также недостаточное, т.к., каждая третья мать использовала бутылки для кормления и только 68,9% детей получали адекватное количество животного молока или смеси промышленного производства.

Из общего числа опрошенных 30,3% матерей работали или учились вне дома. Большинство работающих матерей оставляли своих детей от 4-5 (27,7%) до 6-8 (37,8%) и более (14,2%) часов в сутки, т.е. практически на весь световой день ( $5,9 \pm 2,6$  часа), в течение которого ребенка в возрасте 6-24 месяцев необходимо покормить как минимум 4-5 раз. Между тем 38,1% матерей ответили, что члены семьи никогда не занимаются кормлением ребенка, а каждая вторая женщина – 1-2 раза в сутки члены семьи кормят ребенка в ее отсутствие. При этом абсолютное большинство (77%) матерей работали на поле, т.е. имели свободный график работы, и при правильной организации консультаций могли бы выделить время для кормления ребенка.

На недостатки консультаций указывало также то, что фолиевую кислоту во время беременности с данным ребенком принимали только 17,0% женщин, хотя национальным клиническим протоколом предписывается назначение ее всем женщинам в сроке беременности до 12-ти недель. Более того, во время беременности с данным ребенком 56,4% матерей знали о том, что они страдали анемией. Из них только 36,7% женщин принимали препараты железа в течение непродолжительного времени.

В рамках данного исследования установлено, что советы по питанию во время беременности получали 67,2%

матерей, по грудному вскармливанию – 86,9% опрошенных (таблица 2).

Таблица 2. Консультирование по вопросам питания

Показатели	Число женщин, n=640	
	Абс.	%
Женщины, которые получили консультацию по питанию во время беременности	430	67,2
Женщины, которые получили консультацию по грудному вскармливанию	556	86,9
Консультацию по питанию во время беременности предоставили:		
• медицинские работки	411	64,2
• члены семьи, друзья и соседи	358	55,9
Консультацию по грудному вскармливанию предоставили:		
• медицинские работки	524	81,9
• члены семьи, друзья и соседи	404	63,1
Женщины, которые оценили советы медицинских работников по грудному вскармливанию	327	51,1
• важными	291	45,5
• очень важными		
Женщины, которые оценили советы членов семьи, друзей и соседей по грудному вскармливанию	207	32,3
• важными	161	25,2
• очень важными		

Источниками информации для большинства женщин по вопросам питания во время беременности данным ребенком чаще всего были медицинские работники (64,3%), члены семьи, друзья и соседи (55,9%) и другие источники (6,8%).

Из числа тех матерей, которые обсуждали вопросы грудного вскармливания, 51,0% опрошенных советы медицинских работников и 52,3% женщин советы членов семьи, друзей и соседей оценили как полезными, 45,5% и 39,9% соответственно – очень полезными. При этом советы медработников по продолжительности кормления грудью (17,9±5,9 месяцев) и членов семьи, друзей и соседей (18,4±5,9 месяца) и исключительно грудного вскармливания (7,4±4,4 мес. и 7,6±5,9 мес., соответственно) были практически идентичными. Из общего числа респондентов большая часть матерей склонна считать более полезными рекомендации медицинских работников, чем советы членов семьи, друзей или соседей.

При оценке антропометрических показателей у детей распространенность острого нарушения питания ниже медианного более чем на -2СО была низкой (табл. 3). При этом тяжелое истощение (ниже медианного более чем на -3СО) среди детей указанной возрастной группы не регистрировалось.

Таблица 3. Распространенность нарушений питания среди детей раннего возраста, проживающих в сельской местности, n = 640

Нарушения питания	n	%
Низкорослость	168	26,3
Недостаточная масса тела к росту (истощение)	7	1,1
Недостаточная масса тела к возрасту	33	5,2
Избыточная масса тела к возрасту	39	6,1

Низкорослость (признак хронического недоедания) ниже медианного более чем на -2СО установлена у 26,3% детей. Из них 2,5% детей имели выраженную (ниже медианного более чем на -3СО) низкорослость. Недостаточная масса тела к возрасту ниже медианного более чем на -2СО

(показатель как острого, так и хронического нарушения питания) диагностирована у 5,2% детей.

Распространенность низкорослости среди детей увеличивается к 24 месяцам в 2,8 раза. Аналогичную динамику имеет истощение, т.е. его распространенность к двум годам увеличивается в 4,4 раза, хотя в целом его показатели укладываются в биологически допустимые пределы.

По результатам настоящего исследования довольно частой формой микронутриентной недостаточности среди детей оказалась анемия, которая обнаружена у 323 (50,5%) детей. При этом средний уровень гемоглобина составил 108±14,0 г/л, что соответствует умеренной степени анемии. Тяжелая анемия (уровень гемоглобина менее 70,0 г/л) установлена у 1,0% детей. В структуре анемии удельный вес тяжелой анемии составил 2,1%, умеренной анемии – 97,9%.

Из данных, приведенных на рисунке видно, что анемия несколько чаще встречалась среди детей старше 12 месяцев и среди мальчиков, у которых средний уровень гемоглобина был несколько ниже, чем у девочек.

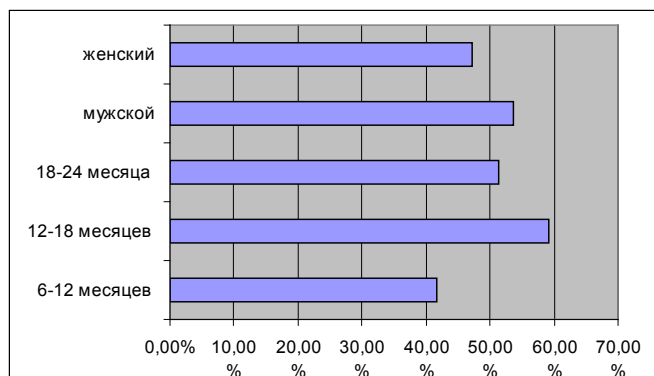


Рисунок. Распространенность анемии среди детей.

На распространенность анемии среди детей определенное влияние оказывали уровень образования и семейный статус матери. У матерей, которые имели низкое образование, воспитывали ребенка без мужа, дети чаще страдали анемией. Оценка влияния национальности матери на распространенность анемии не представляется возможной, поскольку абсолютное большинство (95,5%) матерей были этническими кыргызами.

До настоящего исследования информацию о том, что у ребенка обнаружена анемия, получили 22,7% матерей, из них только 48,7% матерей подтвердили, что ребенок принимал препараты железа для лечения анемии.

Таким образом, установлено, что распространенность нарушений питания (анемия, низкорослость, избыточная масса тела) среди детей раннего возраста, проживающих в сельской местности, довольно высокая. При этом информированность матерей о значении грудного вскармливания и адекватной практике кормления детей указанного возраста была довольно высокой. Однако мнения матерей о якобы недостатках грудного вскармливания, низкая распространенность исключительно грудного вскармливания в течение первых 6-ти месяцев жизни ребенка, широкое использование чая в питании детей, низкий процент женщин, которые принимали фолиевую кислоту во время беременности и препараты железа для лечения анемии у себя и лечили своих детей с анемией, указывают на значительные различия между знаниями и поведением у матерей и низкую их приверженность выполнению советов медицинских работников и других источников информации. Следовательно, информационно-образовательные мероприятия по вопросам питания должны быть направлены на изменение привычек и поведения у матерей.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Каганова Т.И., Михайлова Е.Г., Кучумова О.В. *Задержка роста у детей: факторы риска и клиничко-патогенетическая характеристика различных форм //Педиатрия. - 2009. - Том 88. - № 6.*
2. *Мульти-индикаторный кластерный обзор (МИКО), ЮНИСЕФ, 2006*
3. *Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. /A.D.Lopez, C.D.Mathers, M.Ezzati, D.T.Jamison, Murray C.J.L. //Lancet. - 2006. - Vol. 367. - P. 1747-57*
4. *Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital /C.V.Victora, L.Adair, C.Fall et al. //The Lancet. - 2008. - Vol. 371, Issue 9609. - P. 340-357*
5. *World Health Organization: Geneva: Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height, and body mass index-for-age: Methods and development. 2006.*

**ТҮЙІН**

Ауылдық аймақтарда тұратын ерте жастағы 640 балалардан алынған сауалнаманың негізінде зерттеу жүргізілді. Қан аздылықтың жоғары таралуы анықталған (50,5%), аласа бойлылық (26,3%), дененің артық салмағы ауылда тұратын ерте жастардағы балалардың артық мас-

сасы (5,2%). Соған қарамастан аналардың балаларды емізуі және сәйкес тәжірибелік тамақ беруі көрсетілген жастағы балалардың мәліметтері бойынша өте жоғары, ал медициналық қызметкерлердің кеңестерін орындауға және басқа да ақпараттардың жолын ұстаушылық - төмен.

Өзекті сөздер: ерте жастағы балалар, емізу, аналардың балаларға тәжірибелік дұрыс тамақ беру ақпарат, қан аздылық, дененің артық салмағы.

**SUMMARY**

The study is based on an analysis of data 640 young children living in rural areas. The high prevalence of anemia (50.5%), stunting (26.3%), overweight (5.2%) are found out among young children living in rural areas. In this case, the awareness of mothers about the importance of breastfeeding and appropriate child feeding practices of that age was quite high, and their commitment to the advice of medical professionals and other sources of information - low.

Key words: young children, breastfeeding mothers awareness about adequate child feeding practices, anemia, stunting, overweight.

---

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МОТИВАЦИИ ТРУДА СОТРУДНИКОВ ХОСПИСА

УДК 614.25:614.2.003

**Нуркеримова А. К., Нургазиев А.К., Оспанова Д.А.**

*НИИ онкологии и радиологии, Алматинский государственный институт усовершенствования врачей*

Важной составляющей системы управления человеческими (кадровыми) ресурсами, организации труда персонала является психологическая мотивация труда работников и сохранение в процессе труда их здоровья и работоспособности. В проводимом исследовании путем оценки психологического статуса медицинского персонала, работающего с инкурабельными больными, определяются мероприятия по снижению влияния «синдрома эмоционального профессионального выгорания» (СЭВ) у медсестер Алматинского городского центра паллиативной помощи.

Для исследования синдрома профессионального выгорания у медицинских сестер была сформирована группа обследуемых из 133 человек в возрасте от 20 до 59 лет со стажем работы в данной организации от 2 месяцев до 12 лет. Группа была поделена на три подгруппы в зависимости от стажа:

1. работники со стажем работы до 2-х лет (48 человек);
2. сотрудники со стажем 3- 5 лет (42 человек);
3. более пяти лет (43 человек).

Все обследуемые - женщины. Для определения уровня эмоционального выгорания был выбран опросник «Эмоциональное выгорание», разработанный В.В. Бойко, который состоит из 84 закрытых вопросов.

Выделяются три стадии или фазы в развитии профессионального стресса с соответствующим делением по силе формирования:

1. начальная стадия - «Напряжение»;
2. вторая - «Резистенция»;
3. наиболее продвинутая - «Истощение».

Дополнительно опросник позволяет выявить выраженность симптомов, характерных для каждой стадии.

Каждая стадия состоит из четырех симптомов, которые собственно и определяют поведенческие, эмоциональные и ценностные характеристики личности, подверженной СЭВ.

Характеристики первой стадии - «НАПРЯЖЕНИЕ»

1. Переживание психотравмирующих обстоятельств
2. Неудовлетворенность собой
3. «Загнанность в клетку»
4. Тревога и депрессия.

Характеристики второй стадии - «РЕЗИСТЕНЦИЯ»

1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование

2. Эмоционально-нравственная дезориентация
3. Расширение сферы экономии эмоций
4. Редукция профессиональных обязанностей.

Характеристики третьей стадии - «ИСТОЩЕНИЕ»

1. Эмоциональный дефицит
2. Эмоциональная отстраненность
3. Личностная отстраненность (деперсонализация)
4. Психосоматические и психовегетативные нарушения.

В последующем для каждого из симптомов выделяются четыре стадии его развития - не сложившийся симптом, складывающийся, сложившийся и доминирующий (или ведущий) симптом. Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов.

Проведенное исследование выявило, что у 60% ( $t > 2$ ) медицинских сестер сформирована стадия «Резистенция». Это наибольший процент по фазе развития СЭВ в целой группе медсестер (рисунок 1).