

«Астана Медицина Университеті» КеАҚ

УДК: 613.287.8-053.3

МПК: А23L 1/29

Бримова Мәдина Білімқызы

**ӘМБЕБЕП ЖЕТІЛДІРІЛГЕН ҮЛГІ НЕГІЗІНДЕ 6 АЙҒА ДЕЙІН ТЕК
АНА СҮТІМЕН ТАМАҚТАНДЫРУДЫҢ ЖАҢА ЕНГІЗІЛІП ЖАТҚАН
ҚАҒИДАЛАРҒА СӘЙКЕС ТИІМДІЛІГІ**

7М10101 – «Мейіргер ісі»

Медицина ғылымдарының магистрі академиялық дәрежесіне іздену
диссертациясы

Ғылыми жетекші:

м. ғ. д., проф. _____ Уразова С. Н.

Ғылыми кеңесшісі:

м. ғ. к., доцент _____ Дербисалина Г. А.

Ғылыми оппонент:

м. ғ. к., доцент _____ Садибекова Л. Д.

Нұр-Сұлтан, 2021ж.

МАЗМҰНЫ

НОРМАТИВТІ СІЛТЕМЕЛЕР	3
АНЫҚТАМАЛАР	4
ҚЫСҚАРТУЛАР МЕН ШАРТТЫ БЕЛГІЛЕР	6
КЕСТЕЛЕР МЕН СУРЕТТЕР ТІЗІМІ	7
КІРІСПЕ	9
1 ДӘСТҮРЛІ ЖӘНЕ ӘМБЕБАП ЖЕТІЛДІРІЛГЕН ПАТРОНАЖ ҮЛГІСІНДЕГІ ТЕК КЕУДЕ СҮТІМЕН ЕМІЗУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ.....	11
1.1 Ана сүтімен емізудегі өзекті мәселелер.....	11
1.1.2 Тек кеуде сүтімен тамақтандыру.....	12
1.2 Жүктілік және лактация кезіндегі тамақтану.....	16
1.3 Дәстүрлі патронаждық үлгінің жағдайы.....	18
1.4 Әмбебап жетілдірілген патронаждық үлгі.....	18
1.4.1 Шет елдерде патронаж жүргізу ерекшеліктері.....	25
1.4.2 МСАК - та патронаждың әмбебап- жетілдірілген үлгісін енгізу	27
2 ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ.....	30
2.1 Зерттеу методологиясы.....	30
2.1.1 Зерттеу жоспары.....	30
2.1.2 Ақпараттық іздену.....	32
2.2 Зерттеу материалдары.....	32
2.2.1. Зерттеудің этикалық талаптарға сәйкестігі	33
2.3 Деректерді статистикалық өңдеу.....	33
2.3.1 Эдинбург депрессия шкаласы.....	33
3 ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ	35
3.1 Тек ана сүтімен емізу аспектілері бойынша дәстүрлі патронаждықүлгінің жұмысын бағалау	35
3.2 Әмбебап үдемелі патронаждық үлгіні енгізу	40
3.3 Әмбебап-жетілдірілген патронаждық үлгімен жалпы үлгінің тек ана сүтімен емізуге деген тиімділігін салыстыру	45
ҚОРЫТЫНДЫ.....	55
ШЕШІМДЕР	56
ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР	57
ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ.....	58
ҚОСЫМША А.....	62
ҚОСЫМША Ә.....	63
ҚОСЫМША Б	64
ҚОСЫМША В.....	67
ҚОСЫМША Г	68
ҚОСЫМША Д.....	69

НОРМАТИВТІ СІЛТЕМЕЛЕР

Осы диссертацияда келесі стандарттарға сілтемелер пайдаланылды:

1. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 – 2019 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасы
2. Президент Жарлығы. Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі Стратегиялық даму жоспары туралы "№922»
3. Қазақстан Республикасы Президентінің 2016 жылғы 15 қаңтардағы № 176 Жарлығы /
4. Дүниежүзілік Медицина қауымдастығының Хельсинки декларациясы. Субъект ретінде адамның қатысуымен медициналық зерттеулер жүргізудің этикалық қағидаттары: ВМА-ның 18-ші Бас Ассамблеясында қабылданды, Хельсинки, Финляндия, 1964 ж. Маусым (соңғы өзгерістер: 2013 ж. қазан, ВМА-ның 64-ші Бас Ассамблеясында, Форталеза, Бразилия).
5. МЕМСТ 7.32-2001 (мемлекетаралық стандарт) ақпарат, кітапхана және баспа ісі жөніндегі стандарттар жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмысы туралы есеп. Дизайн құрылымы мен ережелері.
6. Диссертация мен авторефератты ресімдеу жөніндегі Нұсқаулық " - Қазақстан Республикасы БҒМ ЖАК төрағасының 28.09.2004 ж. №377-3ж бұйрығы.
7. ҚР МЖМБС-7.09.108-2009 ҚР ДСМ 17.06.2011 ж. №261 бұйрығымен бекітілген. Магистратура
5. ГОСТ 7.1-84 ақпарат, кітапхана және баспа стандарттары жүйесі. Құжаттың библиографиялық сипаттамасы. Құрастырудың жалпы талаптары мен ережелері.
6. ГОСТ 7.9-95 (ИСО 214-76) ақпарат, кітапхана және баспа саласындағы стандарттар жүйесі. Реферат және аннотация. Жалпы талаптар.
7. Университет стандарты. Терминдер мен анықтамалар. СУ-АМУ-04.
8. ГОСТ 7.54-88 ақпарат, кітапхана және баспа стандарттары жүйесі. Ғылыми-техникалық құжаттарда заттар мен материалдардың қасиеттері туралы сандық деректерді ұсыну. Жалпы талаптар.
9. ГОСТ 7.32-2001 (мемлекетаралық стандарт) ақпарат, кітапхана және баспа ісі жөніндегі стандарттар жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмысы туралы есеп. Дизайн құрылымы мен ережелері.
10. ГОСТ 15.101-98 (мемлекетаралық стандарт) өнімді әзірлеу және өндіріске қою жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмыстарын орындау тәртібі.

АНЫҚТАМАЛАР

Осы диссертацияда мынадай терминдер анықтамалар қолданылады:

Аллергия - (басқа грек. ἄλλος-басқа, басқа, бөтен + ῥῥῶν — әсер ету) - аллергияның осы аллергиямен бұрын сезімтал организмге бірнеше рет әсер етуі кезінде ағзаның иммундық жүйесінің жоғары сезімталдығымен көрінетін типтік иммунопатологиялық процесс.

Диарея - (грек. διάρροια-диарея басқа грек тілінен. δια-рρέω-өту немесе өту арқылы өту—, танымал атау-диарея-бұл науқастың жиі (күніне 2 реттен көп) дефекациясы бар патологиялық жағдай, нәжісі сулы болады, көлемі 200 мл-ден асады және көбінесе іштің ауырсынуымен, жедел шақырумен және анальды ұстамаумен бірге жүреді.

Депрессия – (лат. depressio — көңілсіздік, жабыраңқылық) жабығу, торығу, күйзелу секілді ұғымдарына балама ұғым. Депрессия - көпке созылмайтын, бірақ созылып кетсе невроз немесе психоздың бастауына айналатын түңілу мен пессимизм арқылы бейнеленетін көңіл-күй жағдайы

Қауіп факторы - бұл адамның жағдайы немесе мінез-құлқы ауруға ықтималдығы.

Лактация (сүт шығу) – сүт альвеолаларында сүттің түзілуі, жиналуы және дүркін-дүркін бөлінуінен тұратын, нәрестенің қорекке мұқтаждығын қанағаттандырудың ең тиімді тәсілі.

Мастит - (грек тіл. мастός - "емізік", "кеуде"), кеуде — сүт безінің қабынуы.

Медициналық-санитарлық алғашқы көмек - көрсетілетін көмек амбулаториялық жағдайда Азаматтарға жоспарлы және шұғыл нысандарда: алдын алу, диагностикалау және емдеу бойынша іс-шараларды қамтиды салауатты өмір салтын қалыптастыру, оның ішінде аурудың қауіп факторларының таралуының төмендеуі және санитарлық-гигиеналық ағарту

Мейіргер - орта немесе жоғары медициналық мейірбикелік күтімді жүзеге асыратын Мейірбике ісі саласындағы білім медициналық мекемелерден.

Патронаж - медицина қызметкерлерінің үйде профилактикалық және санитариялық-ағарту іс-шараларын жүргізуі.

Респондент-зерттеуге қатысатын тұлға.

Стресс - (ағылш. stress "жүктеме, кернеу; жоғары кернеу жай — күйі")- организмнің гомеостазын бұзатын әртүрлі қолайсыз факторлар-стресстердің (физикалық немесе психологиялық) әсеріне спецификалық емес бейімделу (қалыпты) реакцияларының жиынтығы, сондай-ақ организмнің (немесе тұтастайалғанда организмнің) жүйке жүйесінің тиісті жай-күйі.

Тек ана сүтімен емізу – нәресте қосымша өзге тағам немесе сусын, соның ішінде су берусіз (дәрі- дәрмектерді немесе дәрумендерді және минералды қоспаларды қоспағанда) тек анасының сүтімен ғана тамақтандырылады, сауылған сүтімен де тамақтандыруға болады

Эдинбург босанғаннан кейінгі депрессия шкаласы -бұл босанғаннан кейінгі кезеңдердегі депрессиялық бұзылуларды анықтауға арналған өзін-өзі зерттеу

түріндегі клиникалық әдіс.

Эко-карта - отбасының схемалық түрде суреттеу және оның қажеттіліктерін, сондай-ақ басқа отбасылармен, әлеуметтік ұйымдармен және институттармен қарым-қатынасты зерттеу мақсатында байланыстар, шиеленістер, қолдау және отбасылық және метасомиялық қатынастардың көптеген басқа көріністері осы әдіс негізінде нақты көрсетілді. Сонымен қатар бұл отбасының эмоционалды және материалдық ресурстарын анықтауға мүмкіндік береді.

Kraamzorg - стандартты сақтандыру полисіне кіретін Голландиядағы босанғаннан кейінгі әйел мен балаға көмек көрсететін әмбебап қызмет (Нидерландыда міндетті медициналық сақтандыру).

ҚЫСҚАРТУЛАР МЕН ШАРТТЫ БЕЛГІЛЕР

АИТВ – адамның иммунды тапшылық вирусы
ӘЖПҮ – әмбебап жетілдірілген патронаждық үлгіБҰҰ - Біріккен Ұлттар Ұйымы
БЕДБ - Баланы ерте дамыту бағдарламалары
БШАБЕ - Балалық шақтағы ауруларды ықпалдастыра емдеу
ДДҰ – дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ЖЖБИ - жыныстық жолмен берілетін инфекцияларды
ЖПД – жалпы практика дәрігер
ЖРВИ – жедел респираторлы вирустық инфекция
МИКС - мульти-индикаторлы кластерлік зерттеу
МСАК - медициналық-санитарлық алғашқы көмек
ПДЭШ – Постнатальды депрессияның Эдинбург шкаласын
ЮНИСЕФ – Біріккен Ұлттар Ұйымының Балалар қоры

КЕСТЕЛЕР МЕН СУРЕТТЕР ТІЗІМІ

1 кесте	7 айға дейінгі балаларды патронаждаудың әмбебап-жетілдірілген үлгінің схемасы (Патронажды жүзеге асыратын мейірбикенің үйге келуі)	25
2 кесте	Зерттеу жоспары	33
3 кесте	«Жүктілігіңіздің 32 жұма мерзімінде сізге патронаж жүргізілді ме?» және «бала кеудемен емізіле ме» Критерийлердің конъюгация кестесі	35
4 кесте	Хи-квадрат критерийі	36
5 кесте	«Босанғаннан кейінгі патронаж кезінде сізге нәрестені қалай дұрыс емізу керектігін көрсетті ме» * «нәрестенізді емізу кезінде қиындықтар болды ма?». Критерийлердің конъюгация кестесі	37
6 кесте	Критерийи хи-квадрат	38
7 кесте	Патронаждық мейіргермен баруларды жоспарлау құжаты	41
8 кесте	Жүкті және бала емізетін әйелдерді тамақтандырудың- 24 сағаттық әдісін жазу нысаны	43
9 кесте	Ұлдардың 6 айға толғандағы бой, салмақ көрсеткіштері	45
10 кесте	Қыздардың 6 айға толғандағы бой, салмақ көрсеткіштері	47
11 кесте	Іштен арқаға айналу	49
12 кесте	Тіреумен отыра алу көрсеткіші	51
13 кесте	Ойыншықты қолында нық ұстау көрсеткіштері	52
14 кесте	Эдинбург шкаласы бойынша топтық статистика көрсеткіштері	53
1 сурет	Әр түрлі жастағы нәрестелерді тамақтандыру құрылымы, Қазақстан, 2015 жыл	11
2 сурет	5 жасқа дейінгі балалар арасында салмақтың жеткіліксіздігі, бойының өсуі жағынан артта қалуы, жүдеу және артық салмақтың таралуы (нормадан ауытқудың бірқалыпты және үлкен дәрежесі). Қазақстан, 2015 жыл	12
3 сурет	Баланы кеудеге салу	15
4 сурет	Жүктілерге тамақтану бойынша ұсыныстар	16
5 сурет	Тамақтану пирамидасы	17
6 сурет	Баланың эко картасының мысалы	21
7 сурет	Зерттеу дизайны	30
8 сурет	Сауалнама нәтижелері	35
9 сурет	Босанғаннан кейінгі терінің теріге тиюі контактісі	36
10 сурет	Босанғаннан кейінгі терінің теріге тиюі контактісі Жүктілігіңіздің 32 жұма мерзімінде сізге патронаж жүргізілді ме?" және "бала кеудемен емізіле ме" критерийлерінің ұштасу диаграммасы	37
11 сурет	"Босанғаннан кейінгі патронаж кезіндегі көмектің, баланы кеудеге қалай дұрыс қою керектігін көрсету" " тамақтандыру	39

	кезінде қиындықтар арасындағы байланыс критерийі"	
12 сурет	ӘЖПҮ сәйкес өткізген патронаж нәтижесі	44
13 сурет	Тек ана сүтімен емізу нәтижелері	47
14 сурет	Екі топ бойынша БМСК ЖРВИ бойынша алғашқы жүгіну	46
15 сурет	Ұлдардың 6 айдағы бой көрсеткіштері	47
16 сурет	Ұлдардың 6 айдағы салмақ көрсеткіштері	48
17 сурет	Қыздардың 6 айдағы салмақ көрсеткіштері	49
18 сурет	Қыздардың 6 айдағы бой көрсеткіштері	50
19 сурет	Нәрестелердің іштен арқаға айналуы бойынша жалпы статистика	51
20 сурет	Сәбилердің тіреумен отыра алу қабілеттіктері	52
21 сурет	Эдинбург шкаласы бойынша қорытынды статистикалық	53

КІРІСПЕ

Зерттеу өзектілігі:

Қазіргі уақытта 5 жасқа дейінгі әрбір үшінші бала дұрыс өсу үшін дұрыс тамақтанбауы аясында "әлемдегі балалардың жағдайы, 2019 жыл" баяндамасында балалардың дұрыс тамақтанбау проблемасы қарастырылады. Дұрыс тамақтанбау салдарынан қауымдар үш есе ауыртпалыққа тап болуда: тиісті көрсеткіштердің төмендеуіне қарамастан, 5 жасқа дейінгі 149 миллион бала әлі де өсуде, ал 50 миллионға жуық бала шаршаудан зардап шегеді; 340 миллион бала дәрумендер мен минералдардың жетіспеушілігінен жасырын аштықты сезінеді; бұл жағдайда артық салмақ көрсеткіштері тез өсуде.

Тек кеуде сүтімен емізу әр баланың дамуы үшін өте маңызды. ДДСҰ мәліметтері бойынша, кеуде сүтімен емізу арқылы жыл сайын 5 жасқа дейінгі 820 000-нан астам баланы құтқаруға болады. ДДҰ елдерге 2012 жылғы мамырда мүше мемлекеттер бекіткен "аналарды, бала емізетін және ерте жастағы балаларды тамақтандыру жөніндегі кешенді жоспарды" іске асыруда және мониторинг жүргізуде қолдау көрсетеді. Жоспарға 6 мақсат кіреді, олардың бірі 2025 жылға қарай алғашқы 6 айда тек кеуде сүтімен емізу мөлшерін кемінде 50% арттыру болып табылады. Қазақстанда 5 жасқа дейінгі балаларда дұрыс тамақтанбаудың салдары: йод, темір, витаминнің жетіспеушілігі. А, Д витамині анемияның таралуы-35,2% (2011 ж.сәйкес). Төмен өсу - таралуы-8% (2015 мәліметтері бойынша). Аласа бойлықтың ең жоғары көрсеткіштері Атырау облысында-11,8%, Қостанай және Оңтүстік Қазақстан облыстарында-11,4%. Артық салмақ-таралуы-9,3% (2015 ж.сәйкес). Артық салмақтың ең жоғары көрсеткіштері Алматыда-21,6%, Астанада -16,2% және Атырау облысында – 14,7%.

Зерттеу мақсаты:

Әмбебап-жетілдірілген патронаждық үлгі негізінде 6 айға дейінгі балаларды тамақтандыру жаңа қағидаларға сәйкес тиімділігін бағалау.

Зерттеу объектісі:

6 айға толмаған балалары бар әйелдер, жүктілік мерзімі 32 жұмадан бастап туғанша дейін және босанғаннан кейін сол әйелдер мен олардың балалары.

Зерттеу міндеттері:

1. Тек ана сүтімен емізу аспектілері бойынша дәстүрлі патронаждық үлгінің жұмысын бағалау;
2. Жүктіліктің 32 аптасынан бастап 6 айға жеткенге дейін бойынша әмбебап-жетілдірілген патронаждық үлгі бойынша патронаж жүргізу;
3. Әмбебап-жетілдірілген патронаждық үлгімен жалпы үлгінің тек ана сүтімен емізуге деген тиімділігін салыстыру

Жұмыстың ғылыми жаңалығы:

Қазақстан Республикасында алғаш рет 6 айға дейінгі балаларды тек қана

кеуде сүтімен емізудің бейілділігін сақтау бойынша жаңа тәсілдің тиімділігіне салыстырмалы талдау жүргізілді.

Жұмыстың тәжірибелік маңызы:

БМСК жұмысына патронаждық қызмет көрсетудің жаңа үлгісін енгізу 6 айға дейін балаларды тек қана ана сүтімен қоректендіруді ұстанатын аналардың үлесін арттыруға мүмкіндік береді.

ӘЖПҮ қағидаларын тәжірибелік денсаулықсақтауға тиімді енгізу бойынша әдістемелік ұсыныстар әзірленді.

Қорғауға ұсынылатын негізгі қағидалар:

1. Дәстүрлі патронаж бойынша көмек алған әйелдерде кеудемен емізу кезінде қиыншылықтар туындайтыны анықталды.

2. ӘЖПҮ енгізу жүкті және бала емізетін аналарға тек кеуде сүтімен емізу мәселелерінде көмекті кешенді түрде жетілдіруге мүмкіндік береді.

3. Зерттеуімізбен біз патронаждың дәстүрлі үлгісімен салыстырғанда ӘЖПҮ-нің тиімділігі дәлелденді: тек кеуде сүтімен емізу бейілділігінің өсуі, соның нәтижесінде балалардың физикалық және моторлық даму көрсеткіштері жақсарды, МСАК-та ЖРВИ-ге байланысты бастапқы қаралу азайды, аналардың босанғаннан кейінгі депрессиясының даму қаупі төмендеді.

4. Әзірленген әдістемелік нұсқаулар ӘЖПҮ-нің тәжірибелік денсаулықсақтау мекемелерінде таралуына және тиімді енгізілуіне көмектеседі

Жұмыстың апробациясы:

Зерттеу нәтижелері келесі конференцияларда баяндалып талқыланды:

1. Студенттер мен жас ғалымдардың Халықаралық ғылыми-практикалық «Страховая медицина. Наука. Образование» конференциясында;

2. 79th international scientific conference of The university of Latvia.

Диссертациялық жұмыстың тақырыбы бойынша публикациялар:

Диссертациялық жұмыстың тақырыбы бойынша және алынған нәтижелер бойынша 2 мақала, 4 тезис және әдістемелік ұсынымдар жарияланды. 2021 жылғы 19 мамырында №13774 авторлық куәлік алынды (А Қосымшасы).

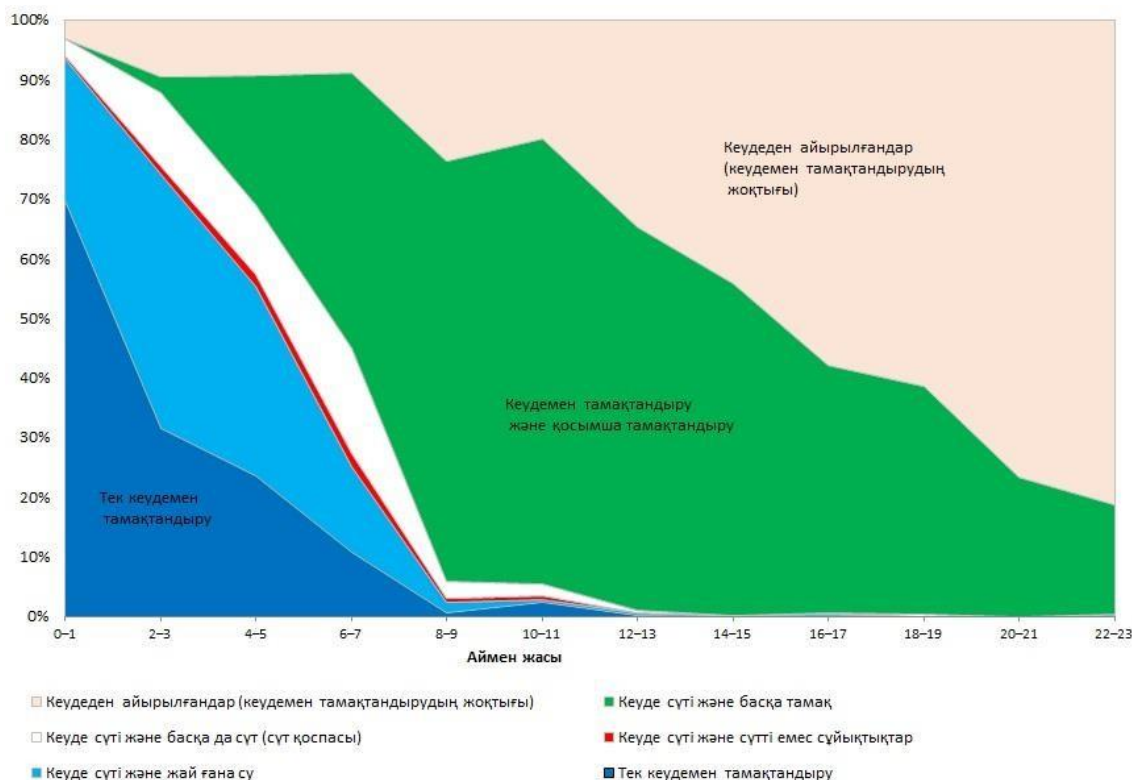
Диссертацияның көлемі мен құрылымы:

Диссертация кіріспеден, үш тараудан, қорытындыдан, тұжырымдардан, тәжірибелік ұсыныстардан, пайдаланылған әдебиеттерден және қосымшалардың тізімінен тұрады. Диссертацияның жалпы көлемі-компьютерлік мәтіннің 71 беті. Әдебиет көрсеткіші 44 дереккөзден тұрады, оның ішінде орыс және шет тілдерінде. Жұмыс 14 кестемен және 21 суретпен суреттелген.

1 ТАРАУ. ДӘСТҮРЛІ ЖӘНЕ ӘМБЕБЕАП ЖЕТІЛДІРІЛГЕН ПАТРОНАЖ ҮЛГІСІНДЕГІ ТЕК КЕУДЕ СҮТІМЕН ЕМІЗУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

1.1 Ана сүтімен емізудегі өзекті мәселелер

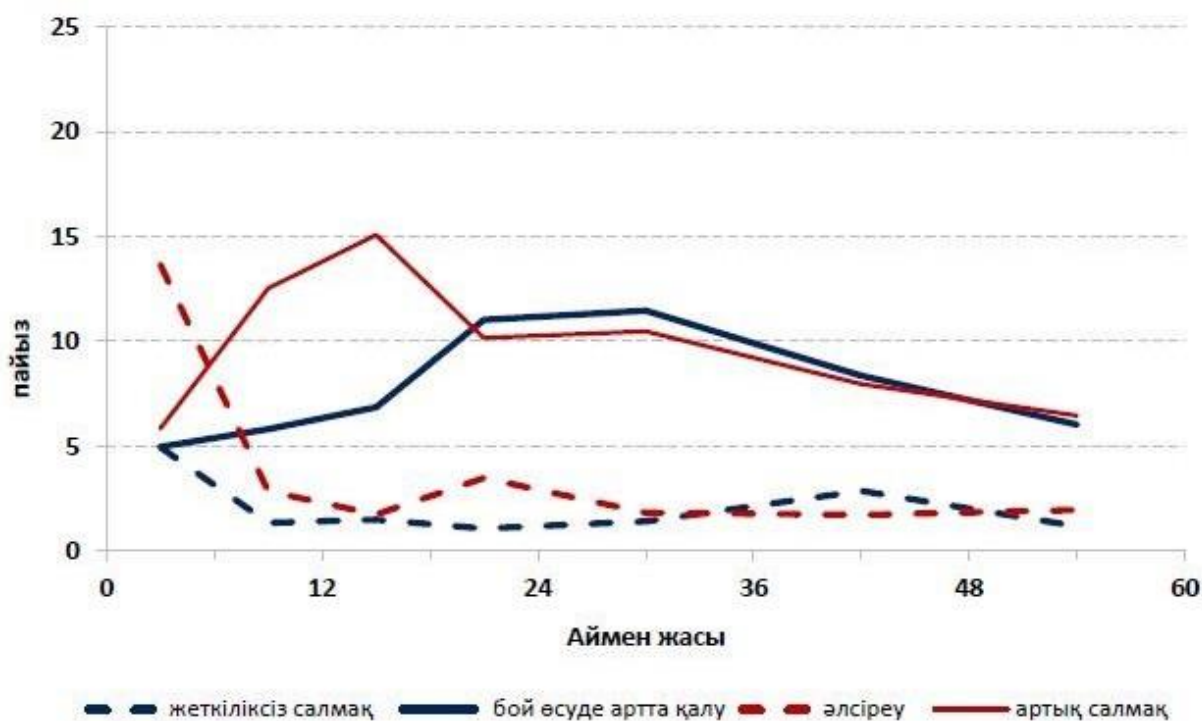
ДДҰ деректері бойынша, Қазақстанда 2006 жылдан бастап 6 айға дейінгі балаларды тек қана кеуде сүтімен тамақтандыру үлесі 2015 жылы 16,8% - дан 37,8% - ға дейін ұлғайды; сонымен қатар қалалық жерлерде тек ана сүтімен емізу ауылдық жерлерге қарағанда анағұрлым кең таралған (34,4% және 29,2% тиісінше) [1]. Соңғы екі онжылдықта қол жеткізілген прогреске қарамастан, 6 айға дейінгі 5 нәрестенің тек 2-і ғана кеуде сүтімен қоректенеді [2]. БҰҰ-ның 2015 жылғы МИКС сәйкес, аналар балаларға тым ерте басқа тамақ бере бастайды. Ата-аналардың 37,5% - ы балаларына 6 айға дейін ана сүтінен басқа тамақты бере бастағанын айтты. (1-сурет) бұл сан Шығыс Қазақстан облысында 47% - ға дейін ұлғаяды. Фокус топтарындағы пікірталастар аналардың пікірінше, нәресте үшін бір кеуде сүті жеткіліксіз екенін көрсетті. Нәрестелерге берілетін ең көп таралған тамақ өнімдері - картоп (44%), жарма (43%) және айран (42%). Көптеген ата-аналар, егер нәресте диареямен ауырса, кеуде емізуді тоқтату керек деп санайды. Балалардағы диарея кезінде отбасылардың 45% - ы кеуде емізуді тоқтатады. Сондай-ақ, ата-аналар балаларға сұйықтық бере бастайды. Сәбилерге шырындар (41%) және шұбат сияқты дәстүрлі сусындар (49%) беріледі. Сәбилер 23% шай ішеді [3].



1 сурет – Әр түрлі жастағы нәрестелерді тамақтандыру құрылымы, Қазақстан, 2015 жыл

Қосымша тамақтар мен сұйық тамақтарда қауіпті бактериялар болуы мүмкін, бұл ауру қаупін тудырады. Жасанды сүтті қолданумен қосымша тамақтану ішек микрофлорасын түбегейлі өзгертеді [4].

Тек ана сүтімен емізу әр баланың дамуы үшін өте маңызды. ДДСҰ мәліметтері бойынша, кеуде сүтімен емізу арқылы жыл сайын 5 жасқа дейінгі 820 000-нан астам баланы құтқаруға болады. ДДҰ елдерге 2012 жылғы мамырда жоспарды қабылдаған мемлекеттер бекіткен "аналарды, бала емізетін және ерте жастағы балаларды тамақтандыру жөніндегі кешенді жоспарды" іске асыруда және мониторинг жүргізуде қолдау көрсетеді. Жоспарға 6 мақсат кіреді, олардың бірі 2025 жылға қарай алғашқы 6 айда тек кеуде сүтімен емізу көрсеткішін кемінде 50% арттыру болып табылады. Қазақстанда 5 жасқа дейінгі балаларда дұрыс тамақтанбаудың салдарынан: йод, темір, витаминнің жетіспеушілігі. А, Д витамині анемияның таралуы - 35,2% (2011 ж.сәйкес). Төмен өсу – таралуы - 8% (2015 мәліметтері бойынша). Аласа бойлықтың ең жоғары көрсеткіштері Атырау облысында - 11,8%, Қостанай және Оңтүстік Қазақстан облыстарында-11,4%. Артық салмақ-таралуы - 9,3% (2015 ж.сәйкес). Артық салмақтың ең жоғары көрсеткіштері Алматыда - 21,6%, Нұр-Сұлтанда - 16,2% және Атырау облысында -14,7 (2 - Сурет) [5].



2 сурет – 5 жасқа дейінгі балалар арасында салмақтың жеткіліксіздігі, бойының өсуі жағынан артта қалуы, жүдеу және артық салмақтың таралуы (нормадан ауытқудың бірқалыпты және үлкен дәрежесі). Қазақстан, 2015 жыл

1.1.1 Тек кеуде сүтімен тамақтандыру

Нәрестелердің жақсы дамуы мен өсуі үшін тек ана сүтімен емізу қажет екендігі бұрыннан белгілі. Бұл ана мен баланың денсаулығына эмоционалды

және биологиялық әсер етеді. Тек кеуде сүтімен емізудің арқасында нәресте мен ана арасындағы терең психологиялық және физиологиялық байланыс босанғаннан кейін де сақталады [1]. Ана сүтімен емізу кезеңінде кеуде сүтінің құрамы бойынша әр анада әр түрлі және лактацияның әр түрлі кезеңдерінде өзгеше болады, нәрестенің қажеттіліктеріне сәйкес өзгеріп отырады [6]. Кеуде сүтінің құрамында жасанды түрде синтезделмейтін гормондар мен биологиялық белсенді заттардың 15-тен астам түрі бар, дәл осы компоненттердің арқасында кеуде сүті баланың метаболизмін басқара алады [7]. Қоректік қасиеттерден басқа, ана сүті нәрестелерді әртүрлі инфекциялардан және созылмалы жұқпалы емес аурулардан қорғайды. Кеуде сүтімен тамақтандырылған балаларда тамақ аллергиясының, аллергиялық бронхиттің және бронх демікпесінің даму ықтималдығы аз [8]. Қазіргі заманғы деректерге сүйенсек кеуде сүтінің қорғаныс әсері лактация тоқтатылғаннан кейін бірнеше жыл бойы сақталатынын көрсетеді. Ана сүтінің идеалды құрамы баланың физикалық және интеллектуалдық дамуы үшін оңтайлы жағдайларды қамтамасыз ететін метаболикалық және энергия алмасуының сипаттамаларын құрайды; ұзақ өмір сүру, әлеуметтік бейімделу, атеросклероз, гипертония, семіздік, қант диабеті, лейкемия және созылмалы ішек аурулары қаупінің төмендеуі [9]. Иммунология тұрғысынан мұны баланың иммундық жүйесін белсенді ынталандыру арқылы түсіндіруге болады. Биомедициналық артықшылықтардан басқа, баланың денсаулығы мен дамуына байланысты кеуде сүтімен емізу отбасы мен қоғам үшін де маңызды. Кеуде сүтімен қоректенетін балалардың санын көбейту арқылы адам мен табиғи ресурстарды үнемдеуге болады. Мемлекеттік деңгейде экономикалық пайда кеуде сүті алмастырғыштарын өндірудің немесе сатып алудың қысқаруында, сондай-ақ балаларды емдеу мекемелерінде емдеуге байланысты шығындардың төмендеуінде көрінуі мүмкін [10]. Отбасы үшін қоспаны, суды, бөтелкелерді және емізіктерді сатып алуға айтарлықтай ақша үнемдеу [11]. Тек кеуде сүтімен емізу – бұл 6 айға дейінгі нәрестенің диетасынан кеуде сүтінен басқа кез-келген басқа тамақ пен сусындарды алып тастау. ДДҰ балалардың өсуі мен дамуын жақсарту үшін ана сүтімен емізуді ұсынады [12]. Ана сүтімен емізуді бірінші жылдан кейін, ал Қазақстан жағдайында өмірдің екінші жылында және одан да ұзақ уақытқа жалғастырған жөн. "6 ай" нәресте өмірінің алғашқы алты айының аяқталғанын білдіреді, яғни, өмірдің алтыншы айының басында емес (21-22 апта) бала 26 аптаға толғанда. Ана сүтімен емізу дегеніміз - баланың ана сүтін тікелей тек кеудеден алуы [13].

Аналардың көбі өздерінің емізе алатындығында күмәні болады. Қолдау болмағасын да қоспа алуды жөн көреді. Аналарда күмәндік туғызатын жағдайлар кезінде мейіргер бере алатын көмек:

1. Маститтер, жарықтар, ауырсыну: баланың кеудеге дұрыс салмаудың белгісі, сүт жеткілікті мөлшерде сорылмайды немесе екі кеудеті де босатпайды. Нәресте емізіктерді ауыр түрде ысқылайды, бұл терінің тітіркенуін тудырады, кейде маститке әкеледі. Шешім: баланың жағдайын түзету және оны кеудеге бекіту. Ананың балаға алдымен бір кеудені, содан кейін екіншісін, ал келесі тамақтандыруды екінші кеудеден бастау.

2. Стресс: стресс сүт мөлшерінің төмендеуіне әкелуі мүмкін. Анасында күйзеліс жағдайы жазылған соң, ол емізуді жалғастыра алады. Шешім: сүттің еркін шығуын қамтамасыз ету үшін ананың арқасын уқалау; отбасы мен достарының қолдауын ұйымдастыруға көмектесу.

3. Ана немесе бала ауруы: ауру, тіпті безгегі болса да, кеудемен емізуге қарсы емес. Кеудемен емізуді жалғастыруға ұсыныс жасау.

4. Нәрестедегі тамақ аллергиясы (мысалы, дерматит): шешім: ананың тамақтануын түзету, кеуде емізуді жалғастыруға кеңес береді.

5. "Сұйық", сулы немесе" майлы "сүт: сүт" сұйық "немесе" майлы " бола алмайды ол әрқашан балаға пайдалы. Азықтандырудың басында сүт ("алдыңғы "сүт, уыз) азықтандырудың соңына қарай" артқы " сүтке қарағанда төмен концентрацияға ие және ол көкшіл болып көрінеді. Мұндай сүт баланың тоюына көмектеседі. Кейінгі сүт - "артқы" сүт деп аталады. Ол қалың, майлы және қоректік. Балаға сүттің екі түрі де қажет. Шешім: кеуде сүтінің табиғатын түсіндіріңіз, ананы оның жақсы сүті бар екеніне сендіре алады.

6. Сүттің генетикалық жетіспеушілігі: мысалы, "менің анам мен әжемде де сүт жеткіліксіз болды". Шешім: сүт өндірісі тамақтану жиілігіне және баланың кеудеті қаншалықты дұрыс қабылдайтынына байланысты екенін түсіндіріңіз. Сүтке деген сұраныс оның ағынын анықтайды (түнде тамақтандыру кезінде сүт мөлшері келесі күнге тапсырыс береді). Баланың кеудеге дұрыс бекітілгеніне көз жеткізіп, дұрыс болмаса дұрыстау.

7. Анемия немесе ананың дұрыс тамақтанбауы: сүттің сапасы ананың тамақтануына байланысты емес. Шешім: ананы сендіріп, оған қол жетімді диетаны жасауға кеңес береді [14].

Көріп отырғаныңыздай, ана сүтімен емізудің барлық мәселелерін үш негізгі себепке жатқызуға болады:

1. Жалған сенімдерге байланысты ананың емізу қабілетіне деген сенімі бұзылады;

2. Дұрыс емес позиция және дұрыс емес кеудеге салу;

3. "Сұраныс-ұсыныс" қағидасы бұзылған – бала кеудеті қаншалықты жиі сорса, соғұрлым көп сүт өндіріледі.

Әрбір әйел тек ана сүтімен емізудің қағидалары мен әдістерін ұстанса, баланы емізе алады. "Сүттің жалған жетіспеушілігі" көбінесе өмірдің 3-4 күнінде, 3-4 аптада және 3-4 айда байқалады. Бұл " сыни кезеңдер " деп аталады, онда баланың тез өсуіне және дамуына байланысты тағамға деген қажеттілігі артады. Нәрсете кеудені көп қажетсінесе, бұл ананың сүт жетіспейтіндігін көрсетеді. Бұл уақытта қосымша тамақтану ұсынылмайды [15]. Мәселені жиі емізу арқылы шешуге болады, әсіресе түнде.

Кеудемен емізудің тиімді және қуаныш әкелетін үш қағидасы:

1. Кеудеге дұрыс орналасу және дұрыс салу қағидалары. Кеудемен емізу ананың ауырсынуына жол бермейтініне және нәресте кеудеге дұрыс бекітілгеніне көз жеткізу.

2. Сұраныс пен ұсыныс қағидасы. Бала кеудеге жиі және қалаған мөлшерде соруы керек. Бала қаншалықты көп сорса, соғұрлым көп сүт өндіріледі.

3. Ананың сенімділік қағидасы. Әрбір әйел өз баласына жеткілікті кеуде сүтін бере алатындығын білуі керек.

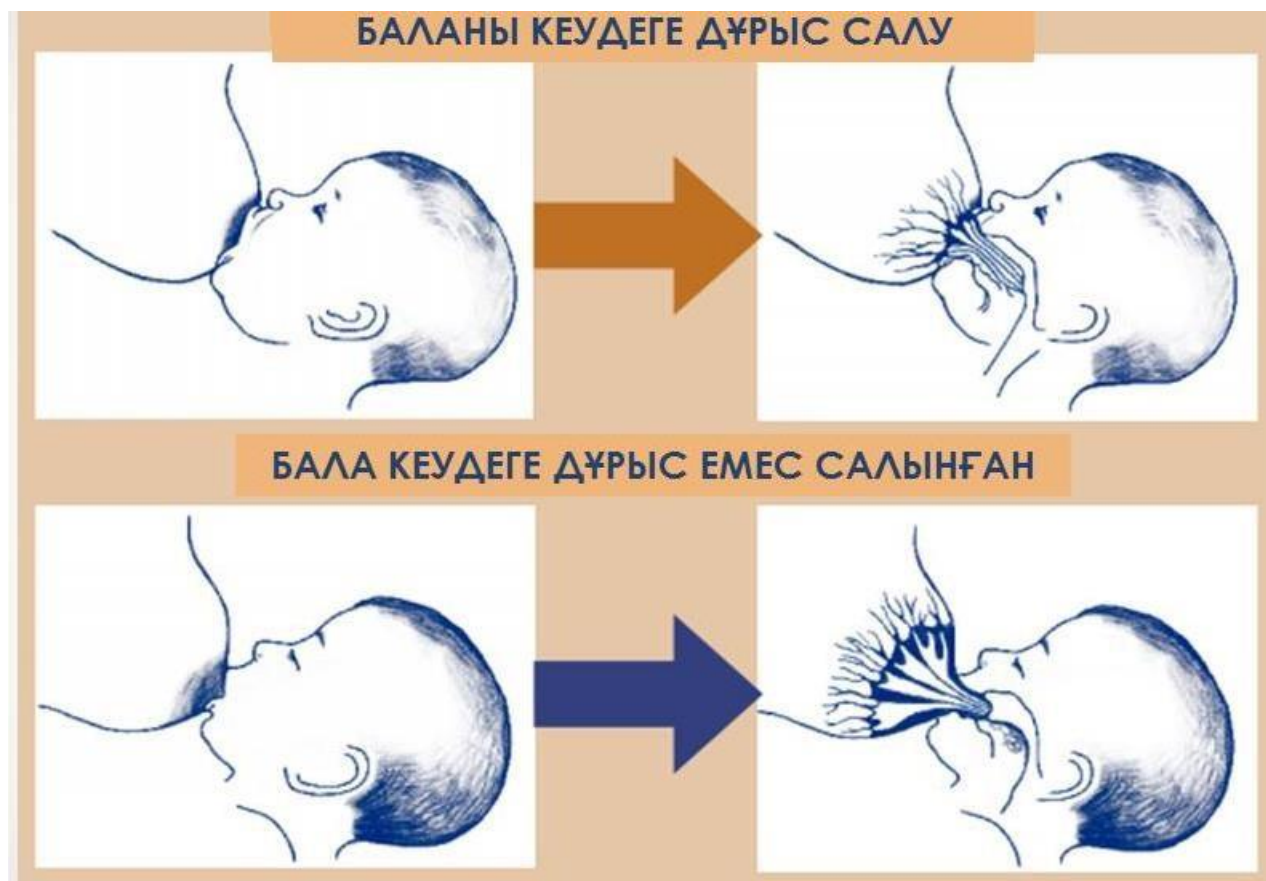
Кеудемен емізу кезінде баланың дұрыс орналасу белгілері:

1. Баланың басы мен денесі түзетілген, бір жазықтықта
2. Баланың денесі мен беті кеудеге қарайды, баланың мұрны емізік деңгейінде
3. Баланың денесі ананың денесіне жақын (ішке-іш)
4. Ана тек мойын мен иықты ғана емес, баланың бүкіл денесін ұстайды

Баланы кеудеге дұрыс салу белгілері:

1. Баланың иегі ананың кеудесіне тиеді
2. Баланың аузы кеңінен ашық
3. Төменгі ерін сыртқа бұрылды
4. Ареоланың көп бөлігі төменнен емес, ауыздың жоғарғы жағынан көрінеді(3-сурет) [16].

Жоғарыда айтылып кеткен қағидаларды ұстанса әр ана тек кеудемен тамақтандыра алады. Тағы бір маңызды жай: аналарға балаға медициналық көрсетілімдерден басқа, кеуде сүтінен басқа тамақ немесе сусын беру ұсынылмайды,. Аналардың өздері дұрыс тамақтануы керек, өйткені ананың тамақтануы ана мен баланың денсаулығына тікелей әсер етеді.



3 сурет – Баланы кеудеге салу

1.2 Жүктілік және лактация кезіндегі тамақтану

Ең алдымен, әйел үшін негізгі дұрыс тамақтану рационын қамтамасыз ету қажет (3 - сурет). Дұрыс тамақтану мөлшерін анықтау үшін күнделікті тамақтануға арналған әртүрлі өнімдердің салыстырмалы мөлшерін көрсететін тамақтану пирамидасын (4 - сурет) қолдана аласыз.

Жүкті әйелдер мен кеуде сүтімен емізетін әйелдерге тамақтану бойынша ұсыныстар

Тамақтану рационна жеткілікті мөлшерде А және С дәрумені, кальций, темір және йод:

- А дәрумені сүтте және сүт өнімдерінде, ашық сары және қызғылт сары көкөністер мен жемістерде
- С дәрумені көбінесе жаңа піскен цитрусты көкөністер мен жемістерде
- Кальций сүтте және сүт өнімдерінде
- Темір етте, бұршақтәрізді жармаларда, балықта
- Йод йодталған тұзда, теңіз балығында көп кездеседі

4 сурет – Жүктіліерге тамақтану бойынша ұсыныстар

Күніне бірнеше рет жарма мен макарон, күріш, картоп, нан және ұн өнімдерін жеу керек (I топ). Кем дегенде 400 грамм - әр түрлі көкөністер мен жемістер (картоптан басқа), жергілікті жерде өсірілетін өнімдер жақсырақ және өңделмеген болуы тиіс (II топ). Майы мен тұзы аз сүт өнімдерін таңдау керек (III топ). Майлы ет пен ет өнімдерін майсыз сиыр етімен, қой етімен, құс етімен, балықпен, бұршақпен, бұршақпен, машемен (Орта Азиядағы бұршақ түрі) ауыстыру қажет (IV топ). Қант пен май мөлшері аз тағамдарды таңдаған жөн (v Тобы) және тазартылған қант, джем, бал, алкогольсіз сусындар мен құрамында қант бар басқа да тағамдарды тұтыну жайында мейіргер кеңес береді. Жүкті және емізетін әйел тамақты екі адамның орнына жеу керек деген қате пікір таралған. Жүкті немесе бала емізетін әйелдің энергияға қажеттілігі аз, соңғы триместрде күніне қосымша 200-300 килокалория, бұл 3 кішкене нан немесе 1,5 стакан сүтке тең. Бала емізетін әйелге күніне 400-500 килокалория қажет, бірақ бұл шығындар әйелдің жүктілік кезінде жинаған майының арқасында ішінара қанағаттандырылуы мүмкін [17]. Яғни, жүкті және бала емізетін әйелдің күнделікті диетасы Темірдің, А дәрумені мен кальцийдің жеткілікті мөлшерін қамтамасыз ететін пайдалы тағамнан тұруы керек.



5 сурет – Тамақтану пирамидасы

Жүкті және бала емізетін әйел құрсақішілік кезеңнен бастап баланың сау өсуі мен дамуы үшін тамақпен бірге А, С дәрумендерін, кальцийді, йодты, темірді жеткілікті мөлшерде алуы тиіс. Тиісінше, осы әйелдердің диетасы осы дәрумендер мен минералдардың құрамында толық екеніне көз жеткізу керек. А дәрумені сүт пен сүт өнімдерінде, бауырда (әсіресе балық бауырында), жұмыртқа сарысында, қою жасыл, ашық сары және қызғылт сары көкөністер мен жемістерде кездеседі; С дәрумені - әсіресе жана піскен көптеген жемістер мен көкөністерде; кальций сүт пен сүт өнімдерінде кездеседі; Теңіз балығы, теңіз өнімдері және йодталған тұз-жүкті және бала емізетін әйелге арналған йод көзі. Пісіру үшін тек йодталған тұзды қолдану ұсынылады. Күніне 1 шай қасықтан (жоғарғы жағы жоқ) тұзды (5 Г) тұтыну ұсынылатынын ескеркен жөн. Күнделікті темірдің қажетті мөлшерін алу үшін:

- ет пен балық жеткілікті;
- бұршақты жиі жеуге;
- негізгі тамақтану кезінде шай ішпеу ұсынылады. Жоғарыда келтірілген ұсыныстар бойынша әмбебап жетілдірілген патронаждық үлгіге сәйкес медбикелердің тамақтану, тамақтану және тамақтану бойынша ұсыныстары өткізіледі [18].

1.3 Дәстүрлі патронаждық үлгінің жағдайы

Жүкті әйелдер мен жас балаларға арналған патронаждық сапарлардың қолданыстағы үлгісі бастапқы медициналық-санитариялық көмек сапасының қазіргі заманғы талаптарына сай келмейді, сондықтан патронаждың жаңа моделіне көшу қажеттілігі туындады. ЮНИСЕФ-тің орталық және Шығыс Еуропа елдерінде, оның ішінде Қазақстанда жүргізген зерттеулері патронаждық мейіргер үйде болу кезінде анасымен қысқа мерзімді байланыста болуымен шектелетінін және бірінші кезекте баланың физикалық денсаулығына қамқорлық жасайтынын көрсетті. Сонымен қатар, бала ауруларының, тамақтануының, жарақаттануының және психоәлеуметтік, эмоционалды дамуының алдын алуға бағытталған негізгі мақсаттарға қол жеткізілмейді. Сондай-ақ, үй жағдайында қызмет көрсету реттелмейтінінің көп болуына байланысты патронаж сапасы зардап шегеді [19]. Патронаждық мейіргер келу кезінде баланың денсаулығын, өміршеңдігін, дамуы мен әл-ауқатын анықтайтын әлеуметтік қауіптерді ескермейді. Ол ананың немесе әкенің депрессиясы, отбасындағы шиеленісті қатынастардың болуы, балаға ата-аналық көзқарас және сүйіспеншілік, ата-ананың оң дағдыларының болмауы сияқты маңызды мәселелерге назар аудармайды. Егер патронаждық мейіргер өзінің тәжірибесіне байланысты осындай қауіптерді көретін болса, ол қауіптерді жою немесе азайту үшін қандай нақты қадамдар жасау керектігін білмейді. Патронаждық мейіргер үшін қауіптерді анықтап қана қоймай, оларды жою немесе азайту үшін қандай нақты қадамдар жасау керектігін білу керек [20].

1.4 Әмбебап жетілдірілген патронаждық үлгі

Денсаулық сақтауды дамытудың 2016-2020 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасы балалар денсаулығының, дамуы мен әл-ауқатының көрсеткіштерін жақсартудың тиімді жүйесі ретінде алғашқы медициналық-санитариялық көмек (МСАК) патронаждық қызметінің әмбебап жетілдірілген патронаждық үлгіні енгізуді көздейді [21]. ДДҰ және ЮНИСЕФ МСАК көрсету сапасының қазіргі заманғы талаптарына жауап беретін медициналық-әлеуметтік бағыттағы үлгі ретінде жүкті әйелдер мен ерте жастағы балаларды патронаждаудың әмбебап жетілдірілген үлгіні ұсынды:

1. Ол жоғары тиімділікке ие, өйткені үлгі дәлелді негізге негізделген; жаңа үлгіде қолданылатын хаттамалар мен нұсқаулықтар соңғы халықаралық ғылыми мәліметтерге сәйкес негізделген. Негізделген болып табылады. Ресурстарды пайдалануды оңтайландырады, өйткені қызмет көрсетуде сараланған тәсіл қамтамасыз етіледі. Барлық балалар патронаждық қызметтердің әмбебап пакетін алады, кейбіреулері кеңейтілген қызмет пакетін алады, ал кейбіреулері қажетсіз шығындардың алдын алу мақсатында қарқынды қызмет пакетін алады. Ерте жасқа инвестициялау адамның, отбасының және қоғамның деңгейінде айтарлықтай табыс әкеледі, өйткені бұл жаста адамның денсаулығы мен дұрыс дамып жетілудің негізі қаланады.

2. Қызметтердің қол жетімділігін жақсартады. Патронаждық қызметтер уақтылы, географиялық, экономикалық, мәдени және әр баланың мүддесі үшін кез-келген отбасы үшін басқа жоспарларда қол жетімді. Әсіресе,

осал және әлеуметтік жағынан шеттетілген отбасылардан шыққан балалар үшін қолжетімділік жақсаруда. Патронаждық қызметкер қандай да бір себептермен медициналық-әлеуметтік қызметтерге (қоныс аударатын отбасылар, мәдени немесе діни сенімдер, қиын өмірлік жағдайдағы отбасылар, әлеуметтік шеттетілген және т. б.) қол жеткізу қиын отбасыларға қажетті ақпарат пен сапалы көмек көрсете алады);

3. Науқасқа бағдарланған болып табылады, өйткені көмек көрсету ортасында әрқашан бала, оның мүдделері мен құқықтары болады. МСАК

патронаждық қызметі балаға қатысты отбасы құндылықтарына жедел ден қояды, баланың денсаулығы мен дамуына құқықтарын сақтауға ықпал етеді. МСАК жаңа патронаждық қызметкерінің кәсіби қасиеттері, жақсы қарым-қатынас дағдылары, толерантты, нәзік және сыналмайтын қатынастарға негізделген, отбасымен өзара қарым-қатынас стилі отбасылармен сенімді серіктестік өзара қарым-қатынас құруға мүмкіндік береді. Патронаждық қызметкердің қарым-қатынасын сақтау отбасының өмірлік қиындықтарын жеңуге мүмкіндік беретін күшті жақтарын ашуға ықпал етеді.

4. Қызмет көрсетуде теңдік пен әділдікке ықпал етеді. Нәрестелер мен балалар өлім-жітімі көрсеткіштерінің жалпы төмендеуіне, Балалардың денсаулығы мен дамуының негізгі көрсеткіштерінің жақсаруына (тек қана кеуде сүтімен қоректендіру, физикалық даму көрсеткіштері және т.б.) қарамастан, әл- аумақ деңгейі әртүрлі балалар арасында осы көрсеткіштердің айырмашылығы сақталуда. Мысалы, кедей отбасылардан шыққан балалар арасында салмағы 2,5 есе, ал бойлығы 1,7 есе жиі кездеседі. Бұл модель тұрғылықты жеріне, ата- анасының білім деңгейіне немесе әлеуметтік-экономикалық мәртебесіне қарамастан, теңсіздікті жоюға және әр балаға тең өмір сүруге мүмкіндік береді.

5. Қауіпсіз болып табылады. Патронаждық қызмет көрсетудің бүкіл үрдісі ішінде ата-аналар мен отбасы мүшелерінің толық және дұрыс ақпарат алуға, шешім қабылдауға және баланың денсаулығына, дамуына, қауіпсіздігі мен әл-аумақтына қатер төндіретін қатерлерді жою жөніндегі іс-шараларды жоспарлауға қатысуға мүмкіндігі бар. Ата-аналар серіктес ретінде ақпараттандырылған, оқытылған және баланың әлеуетін барынша ашуға және денсаулығының мүмкін болатын деңгейіне жетуге негізделіп қарастырылады,.

6. Балаларға патронаждық қызмет көрсетудің 3 негізгі моделі бар, олардың әрқайсысының өзіндік артықшылықтары мен кемшіліктері бар:

– Әмбебап модель - бұл белгілі бір жас кезеңдерінде әр балаға міндетті түрде бару арқылы барлық ерте жастағы балаларды патронаждық бақылаумен қамту.

– Мақсатты модель медициналық немесе психоәлеуметтік қауіптерге байланысты ерекше қажеттіліктері бар жоғары қауіп тобынан ғана патронаждықбақылаумен қамту болып табылады.

– Үйде күтім жасаудың әмбебап жетілдірілген үлгі - бұл әмбебап және мақсатты модельдің артықшылықтарын біріктіретін, олардың шектеулерін жеңіп, максималды тиімділікті қамтамасыз ететін аралас модель [22].

Әмбебап пакет төмен қауіпті жағдайларда жүзеге асырылады және отбасына әмбебап көмек көрсету пакетін ұсыну бойынша жұмысты қамтиды:

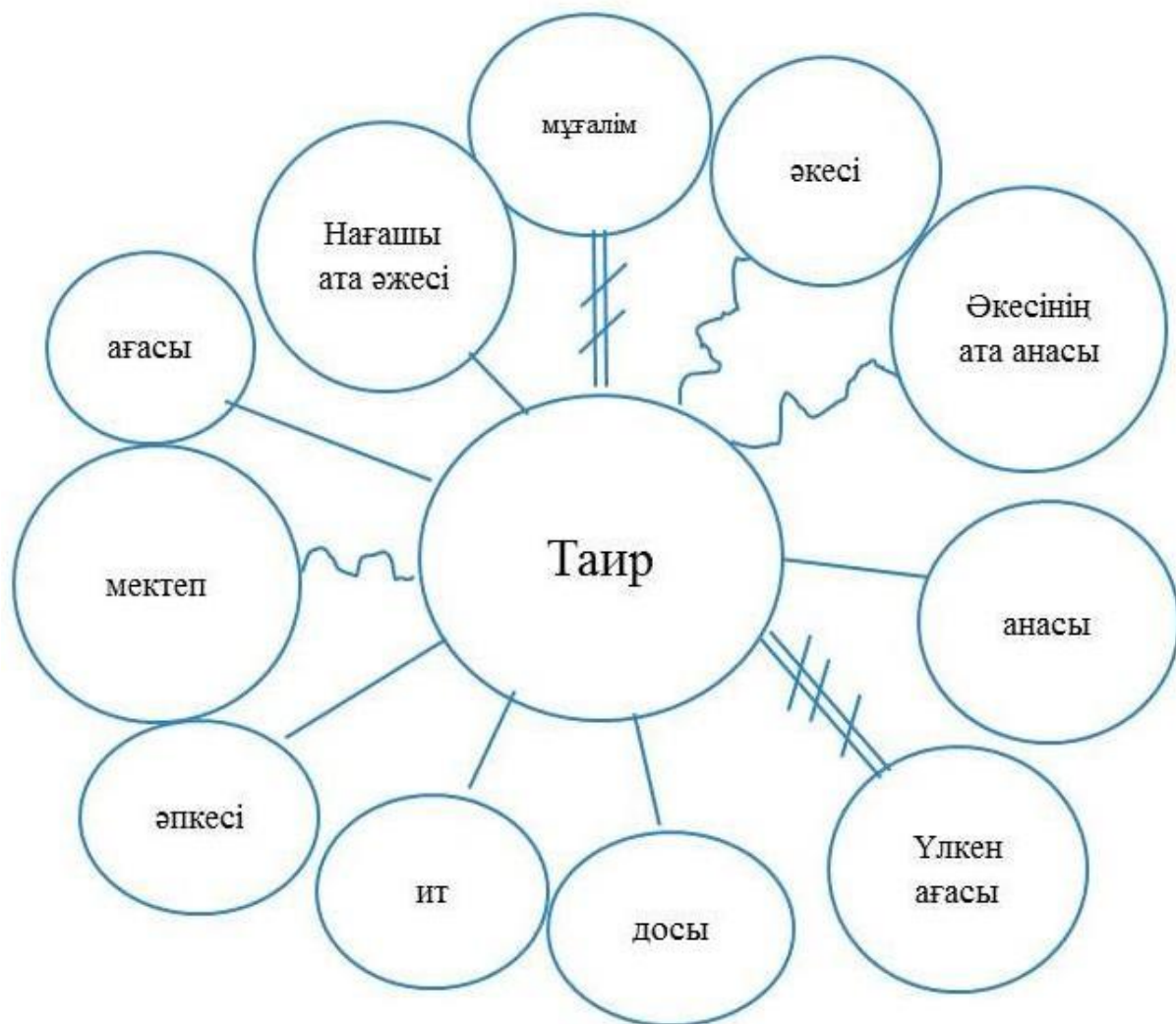
– баланы күту және тәрбиелеу бойынша ата-аналарды ақпараттандыру,

- кеудемен емізу бойынша кеңес беру,
- ата-ана дағдыларын қалыптастыру,
- сенімді тіркеменің мәні,
- қосымша тамақты енгізу жайында,
- қауіпсіз орта, ойын,

қарым-қатынас, физикалық және психоэмоционалды даму. Орташа қауіп анықталған жағдайда жетілдірілген немесе кеңейтілген қызмет көрсету пакеті ұсынылады, ол патронаждық келулердің жеке жоспарын құруды көздейді.

Ең көп таралған қауіптер - бұл тек ана сүтімен емізу, қосымша тамақтануды енгізу мерзімі мен сапасы, әкелерді бала тәрбиесіне тарту, қауіпсіз орта және жарақаттанудың алдын алу, баланың психоэмоционалды қызметін дамыту мақсатында күтім жасау мәселелері бойынша қауіптер. Бұл жағдайда қамқоршы баланың эко-картасын және отбасымен жұмыс жасаудың жеке жоспарын жасайды. Кезінде баланың эко-картасын жасау патронаждық мейіргер бала мен ата-ананың, басқа отбасы мүшелерінің, бала үшін маңызды басқа адамдармен қарым-қатынасын түсіну, осалдықтарды анықтау және отбасының мықты жақтарын табу үшін баланың отбасындағы жағдайды схемалық және қысқа мерзімде елестете алады (5-сурет) [23]. Бала мен ортасы арасындағы қарымқатынастар қандай екенін сызықтар арқылы көрсетіледі:

- Берік = тұтас тік сызық _____
- Шиеленіскен = ирек сызық
- Осал, әлсіз = үзік сызық - - - - -
- Үзілген = тік таяқшалармен кескіленген сызық



6 Сурет – Баланың эко картасының мысалы

Әмбебап-жетілдірілген үлгі шеңберінде маманның үйге баруы бойынша әмбебап (міндетті) қызметтер барлық отбасылар үшін қолжетімді, ал патронаж жұмыскердің жетілдірілген (күшейтілген + қарқынды) бару қызметтері қауіптер

мен қажеттіліктерді бағалау негізінде отбасылардың шектеулі санына ұсынылады. Оңтайлы өсу мен дамуды қамтамасыз ету үшін әлеуметтік-экономикалық қиындықтарды, психоәлеуметтік стрессті, басқа да қолайсыз жағдайларды (мысалы, баланы тамақтандырудағы қиындықтар, даму проблемалары, қауіпсіз ортаны қамтамасыз ету және т.б.) бастан кешіретін отбасылар күшейтілген қолдау алады. Балалардың осалдығы жоғары және қауіпті азайту үшін денсаулық сақтау, әлеуметтік және білім беру қызметтерінің пәнаралық қолдауы мен ынтымақтастығы қажет отбасылар қарқынды қолдау алады. МСАК-та патронаждық қызмет көрсетудің әмбебап - прогрессивті моделінің схемасы 1-кестеде келтірілген [24].

Қауіп-қатерлерді басқару

Үйге барып қараудың негізгі мақсаттарының біріне жету үшін, яғни,

денсаулықтың сақталуына, аман-саулыққа және оңтайлы дамуға септігін тигізу үшін мейіргерге қауіп-қатерлерді басқару керек.

Жарақаттану, нашар денсаулық және нашар даму нәтижелері қауіп үш түрлі деңгейде болады:

– Жеке тұлға деңгейі, мысалы, жүкті әйелдің ішімдікке салынуы ұрықтың алкогольдың синдромына, ал шылым шегуі – нәрестенің салмағы аз болуына алып келеді;

– Қоғам деңгейі, мысалы, иммунизация шарасымен жеткіліксіз қамту қызылша сияқты аурулардың белең алуына алып келуі мүмкін;

– Қоршаған орта деңгейі, мысалы, қалада көлік ағыны қарқынды жолдардың жанында тұратын отбасылар ауа ластануынан зардап шегуі мүмкін немесе оларға балаларымен таза ауада серуендейтін және ойнататан қауіпсіз орын табу қиын болуы мүмкін.

Қауіп қатерді анықтау нәтижесінде әр отбасыға көмек көрсету пакеті тағайындалады [25].

Алғашқы медициналық-санитарлық көмек деңгейінде жағдайды жүргізу алгоритмі кейс-менеджменттің 9 қадамы:

Қадам 1. Патронаттық мейірбикенің баланың қажеттіліктерін бастапқы бағалау.

Патронаждық бике өз жұмысының ерекшелігіне байланысты баланың қажеттіліктеріне бастапқы бағалау жүргізетін және баланың денсаулығы мен дамуына қауіп төндіретін (жоғары, орташа немесе төмен) тәуекелдерді анықтайтын бірінші маман болып табылады. Төмен қауіпті жағдайларда (0) отбасына қызметтердің әмбебап пакетін ұсыну бойынша жүйелі жұмыс жүргізілуде (ата-ана дағдыларын қалыптастыру, ата-аналарға баланың күтімі мен тәрбиесі туралы ақпарат беру, сенімді бекіту мәні, кеуде емізу, қосымша тамақтану, қауіпсіз орта, ойын, қарым-қатынас, физикалық және психоэмоционалды даму және т. б.).д. Прогрессивті кеңейтілген қызметтер мен қосымша сапарлар (дамудың кешігу қауіпі, ата-ананың депрессиясы, балаға деген сенімді сүйіспеншілік пен көңіл-күйдің болмауы, Тамақтану проблемалары, жарақаттар мен жазатайым оқиғалар қауіпі және т.б.) қажет болған жағдайда, патронаттық мейірбике баланың эко-картасын және отбасымен жұмыс жасаудың жеке жоспарын жасайды. Баланың эко-картасын

жасау патронаж әпкесіне қысқа мерзімде схемалық түрде мүмкіндік береді (эко-картаны жасау орта есеппен 15-20 минутты алады)

Егер орташа қауіп жағдайын жүргізу үшін әлеуметтік қызметкерді, психологты тарту қажет болса, сондай-ақ басқа секторларды тарта отырып, көрсетілетін қызметтердің прогрессивті қарқынды пакетін ұсынуды талап ететін жоғары қауіптің барлық жағдайларында отбасы туралы ақпарат осы күні МСАКәлеуметтік қызметкеріне беріледі [26].

Қадам 2. Жоғары қауіп жағдайын жүргізуге жауапты адамды (кейс-менеджерді) тағайындау)

Осыдан кейін, 1 күн ішінде бас дәрігер отбасын басқаруға жауапты

қызметкерді тағайындайды. Жауапты қызметкер-бұл отбасымен жұмыс жоспарында көрсетілген іс-шараларды іске асырудың барлық кезеңінде Отбасын және баланы жүргізетін, көрсетілетін қызметтердің сапасына мониторинг жүргізетін, сондай-ақ қажетті консультациялар жүргізетін маман.

Қадам 3. Отбасына бару және қайталама бағалау

Қайталама бағалау отбасылардың әлеуметтік осалдығының орташа және жоғары тәуекелі жағдайларында жүзеге асырылады, әлеуметтік қызметкер отбасына барған кезде патронаж жұмыскерді бастапқы бағалау нәтижелері негізінде жүргізеді. Бастапқы бағалау туралы ақпаратты беруді ЖПД үйлестіреді және береді.

Қадам 4. Отбасын қолдау жоспарының жобасын жасау.

Әлеуметтік қызметкерге барғаннан және екінші рет бағалағаннан кейін 7-10 күн ішінде МСАК мамандарының командасы (патронаждық медбике, ЖПД, әлеуметтік қызметкер қажеттілігіне қарай мемлекеттік ұйымдар мен үкіметтік емес сектордың басқа да мамандарын тарта отырып) баланы және ата-ана әлеуетін дамыту бойынша отбасын сүйемелдеудің жеке жоспарын жасайды. Отбасы мақсаттары мен отбасы жоспарының әрекеттері баламен, ата-аналармен/қамқоршылармен және жоспардың орындалуына ықпал ететін басқа серіктестермен және/немесе ұйымдармен тығыз ынтымақтастықта жасалуы керек. Баламен / отбасымен келісілген міндеттер негізделген және қол жетімді болуы керек. Қажетті нәтижеге жету үшін жеткілікті уақытты жоспарлау керек. Жоспарланған іс-шаралар баланың/отбасының оларды орындау қабілетін, сондай-ақ осы әрекеттерді қаржыландыруға қол жетімді ресурстарды ескеруі керек. Жасалған жоспарға іс-шараларды жүзеге асыруға, олардың сапасын мониторингтеуге және олардың орындалуын үйлестіруге қатысатын баланың ата-аналары/қамқоршылары, патронаждық медбике, әлеуметтік қызметкер және ЖПД қол қояды [27].

Қадам 5. Жоспарды бекіту

Жоспар жобасы талқылауға және консилиумды қабылдауға шығарылады (орташа тәуекел болған жағдайда - аға әпкесінің, ЖПД – ның, әлеуметтік қызметкердің, қажеттілік бойынша - басқа мамандардың, жоғары тәуекел болған жағдайда-бөлімше меңгерушісінің, бас дәрігердің орынбасарының немесе бас дәрігердің қатысуымен, сондай-ақ басқа секторлар мен ҮЕҰ мамандарын қатыстыра отырып). Мұндай жоспарды қабылдау 3 күннен кешіктірілмей жүзеге асырылуы керек. Егер отбасына шұғыл шаралар қажет болса, онда шұғыл кеңес өткізіледі [28].

Қадам 6. Қызмет көрсету бойынша жағдайды жүргізу және басқа секторлармен және ҮЕҰ-мен байланыс.

Әлеуметтік қызметкер мен патронаттық апа міндетті түрде баланың мүдделері мен құқықтарын қорғау жөніндегі мемлекеттік және мемлекеттік емес ұйымдардың көрсетілетін қызметтер тізбесі, жауапты адамдардың мекенжайлары мен байланыс телефондары бар дерекқорына ие болуы керек. қолжетімді ресурстарды көзбен анықтау үшін жергілікті қоғамдастықта отбасын қолдау ресурстарын картаға түсіру қажет.

Қадам 7. Жоспарды қайта қарау

Белсенді патронаждың жеке жоспарларына және отбасын дамыту жоспарларына мезгіл-мезгіл шолу жасау қажет. Отбасын сүйемелдеудің жеке жоспарын қайта қарау жұмысты түзетуге, жаңа мақсаттар мен міндеттерді, мерзімдерді белгілеуге, өзара іс-қимыл бойынша басқа мамандарды тартуға, сондай-ақ егер баланың өмір сүру жағдайлары тұрақты және қауіпсіз болса, жұмысты ресми түрде аяқтауға мүмкіндік береді.

Қадам 8. Мониторинг

Тұрақты мониторинг патронат қызметкерге баланың/отбасының қажеттіліктерінің өзгеруіне тез жауап беруге және соған сәйкес қызмет көрсетуді қайта қарауға мүмкіндік береді.

Қадам 9. Істің жабылуы

Істің жабылуы-бұл отбасы мен әлеуметтік қызметкер және мүмкін МСАК тобы арасындағы қарым-қатынасты тоқтату процесі. Істі жабу туралы шешім қабылдамас бұрын, қызметтерді жоспарлауға және іске асыруға қатысатын мамандардың көп салалы тобы жоспардың орындалу барысын қайта қарауы керек. Іс жабылғаннан кейін бала мен отбасын ертіп жүрген патронаттық медбике/әлеуметтік қызметкер жағдайға байланысты 1-3 айдан 6-12 айға дейін жағдайды бақылауды жалғастыруы керек [29].

1 кесте – 6 айға дейінгі балаларды патронаждаудың әмбебап-жетілдірілген үлгінің схемасы (Патронажды жүзеге асыратын мейірбикенің үйге келуі)

ПАКЕТ ТИПІ	МАҚСАТТЫ БЕНЕФИЦИАРЛАР	УАҚЫТ	ҮЙ ЖАҒДАЙЫНДА ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТЕТІН МАМАН
ӘМБЕБАП ПАКЕТ	Барлық жүктіәйелдер	1. Жүктілік мерзімі 12 жұма әйелдер 2. Жүктілік мерзімі 32 жұма әйелдер	Учаскелік мейіргер
	Барлық нәрестелермен үш жасқа дейінгі балалар	1. Перзентханадан шыққан соң алғашқы үш күнде. 2. Өмірінің 7 күнінде 3. 1 -2 ай 4. 3 ай 5. 6 ай	Учаскелік мейіргер
ҮДЕМЕЛІ ПАКЕТ	Қауіп қатер тобындағы жүкті әйелдер	Индивидуалды жоспар бойынша	Учаскелік мейіргер, әлеуметтік қызметкер
	Қауіп қатер тобындағы нәрестелермен үш жасқа дейінгі балалар	Индивидуалды жоспар бойынша	Учаскелік мейіргер, әлеуметтік қызметкер, жалпы тәжірибедегі дәрігер – науқас баланың жеке қажеттіліктері байланысты анықталады

1.4.1 Шет елдерде патронаж жүргізу ерекшеліктері

Бүгінгі таңда нәрестелердің патронажы баланың ерте даму бағдарламаларының (БЕДБ) бір бөлігі және нәресте өмірі мен оның отбасының өмірінің барлық салаларына әсер етеді:

- баланың денсаулығына;
- баланың дамуы;
- ана денсаулығы;
- ата-ананың оңтайлы тәрбие дағдыларын қалыптастыру;
- отбасының әлеуметтік-экономикалық жағдайы;
- отбасындағы қатыгез қарым-қатынас пен зорлық-зомбылықтың алдын

алу.

Баланы ерте дамыту бағдарламалары (БЕДБ) ерте жастағы балалардың өмірсүруін, өсуі мен дамуын жақсартуға, қауіптердің туындауын болдырмауға және орын алған қауіптердің теріс салдарын жақсартуға арналған.

Әр түрлі елдерде БЕДБ ұйымдастыру қағидалары, көрсетілетін қызметтердің спектрі мен сапасы, мамандардың біліктілігі және сәйкесінше тиімділігі бойынша ерекшеленеді.

Ерте көмек көрсету жүйелері әртүрлі құрылымға, жабдықтау дәрежесіне және қаржыландыру жүйесіне ие болуы мүмкін. Бұл елдің экономикалық даму деңгейіне, Денсаулық сақтау, білім беру және әлеуметтік қызмет модельдеріне, тарихи қалыптасқан дәстүрлерге, мәдени және отбасылық құндылықтарға және т. б. байланысты [30].

Швецияда нәрестелер өлімінің көрсеткіші Еуропадағы ең төмен көрсеткіш болып табылады. Балаларға ерте көмек көрсетудің бастапқы деңгейі - медициналық қызмет көрсететін және баланың отбасына қатысты білім беру функциясын орындайтын Балалар денсаулық қызметтері. Алғашқы 3 ай ішінде Балалар денсаулық қызметтері баланы жалпы бейінді дәрігердің (сирек педиатрдың) тексеруі, кеңес беру және иммундау үшін аптасына бір рет барады. Содан кейін бірінші жылы 14-20 рет, кейін бала мектепке барғанша жылына бір рет. Үйге алғашқы келу бала өмірінің алғашқы 10 күнінде өтеді. Мейіргер бала күтімі, тамақтану, қауіпсіздік бойынша кеңестер береді [31].

Зерттеулер көрсеткендей, әйелдердің шамамен 13% - ы босанғаннан кейін депрессия дамиды және бұл баланың дамуына ұзақ мерзімді теріс әсер етуі мүмкін. Швецияда Эдингбург депрессия шкаласын қолдана отырып, мейіргер 5- 6 минут ішінде көмек пен қолдауды қажет ететін аналарды анықтай алады[32].

Kraamzorg - стандартты сақтандыру полисіне кіретін Голландиядағы босанғаннан кейінгі әйел мен балаға көмек көрсететін әмбебап қызмет (Нидерландыда міндетті медициналық сақтандыру). Босанғаннан кейінгі көмек бойынша ұлттық нұсқауларға сәйкес kraamzorg 3 деңгейге ие.

Бала туылғаннан кейінгі алғашқы 8-10 күн ішінде крамзорг мейіргері отбасында болғанда, ананың босанғаннан кейін қалпына келуіне көмектеседі және ата-аналарға жаңа туған нәрестеге қалай күтім жасау керектігін көрсетеді, негізгі үй жұмыстарын орындайды, мысалы, нәресте бөлмесін тазарту, анасына тамақ дайындау. Отбасынан кетіп, ол жауапкершілікті жақын маңдағы денсаулық орталығынан учаскелік мейіргерге тапсырып кетеді. Мұқтаж отбасылар үшін (егіздердің тууы, көп балалы отбасылар, тұрақсыз отбасылық жағдай және т.б.) көмектің одан да кең спектрі қарастырылған [33].

Финляндиядағы нәрестелер өлімі әлемдегі ең төмен көрсеткіштердің бірі болып табылады. Ана мен бала денсаулығын қорғау қызметтері жоғары санатта. Барлық назар отбасылардың балалармен кездесетін мәселелерді мүмкіндігінше ертерек анықтауға және тиісті қолдауды ұйымдастыруға бағытталған. Ұлттық ұсыныстарға сәйкес, балалар клиникалары баланы 16

профилактикалық тексеруден өткізеді (олардың бесеуін дәрігер, ал қалғанын медбике жүргізеді):

8 рет – бір жасқа дейін,

Жылына 4 рет-бір және екі жылдан бастап,

Жылына 1 рет-бала мектепте Медициналық қызметке ауысқанға дейін.

Мейіргер үйге босанғанға дейін және одан кейін және қажет болған жағдайда барады. Қосымша қолдау ата-аналар топтары арқылы көрсетіледі.

Сапарлардың жиілігі, ұзақтығы және мазмұны бағдарлама мен елге байланысты өзгереді:

Дания, Ұлыбритания, Ирландия және Нидерландыдағы жаңа туған нәрестелер мен сәбилерге өмірдің бірінші жылында бірнеше рет барады;

Финляндияда, Францияда, Германияда және Италияда тек 1-2 босанғаннан кейінгі сапарлар, ал қажет болған жағдайда қосымша сапарлар қарастырылған.

Әдетте, мейіргерлер, Нидерландыда – фельдшерлер, Данияда – педиатрияда тәжірибесі бар маман барады [34].

1.4.2 МСАК - та патронаждың әмбебап- жетілдірілген үлгісін енгізу

МСАК-та патронаждық қызметтің әмбебап-жетілдірілген үлгісін енгізу бірнеше кезеңде жүзеге асырылды. Алғашқы кезеңде пилоттық жоба шеңберінде БҰҰ-ның 16 оқу ақпараттық модулін пайдалана отырып, Қызылорда қаласы емханаларының патронаждық қызметкерлері оқытылды. Пилоттық жобаны талдау нәтижесінде учаскелерде басқарылатын себептерден балалардың өлімі төмендеді, патронаждық мейіргерлердің білімі мен құзыреттілігі артты, бұл осы модельдің тиімділігін растайды. Екінші кезең МСАК қызметкерлерін оқыту және алған білімдерін кейіннен тәжірибеге енгізу мақсатында медициналық университеттер оқытушыларының қатарынан жаттықтырушылар оқытылды [35]. Келушілердің көп болуы патронаж сапасының нашарлауына әкеледі. Отбасылар патронаттық мейірбикелерге жеткіліксіз сенеді. Мейіргерлердің әлеуметтік қауіптер мен қажеттіліктерді анықтау дағдыларының болмауы. Патронаждық сапарлар кезінде баланың физикалық, психоәлеуметтік және эмоционалдық дамуының траекториясын бұзатын тәуекелдерді ерте анықтауға, аурулардың, жарақаттардың, жазатайым оқиғалардың, қатыгез қараудың және зорлық-зомбылықтың бастапқы профилактикасына бағытталған негізгі мақсаттарға қол жеткізілмейді [36]. Үйге барудың артықшылықтарының бірі-патронаждық мейіргердің баланы өзіне таныс үй ортасында көрудің ерекше мүмкіндігі; оның мінез-құлқын, қоршаған ортаны бақылау, ата-аналар мен басқа отбасы мүшелерінің өзара және балаға қатысты қарым-қатынасын көру. Бұл патронаждық мейіргерлерге баланы отбасы жағдайында қарауға мүмкіндік береді және баланың денсаулығына, дамуына және қауіпсіздігіне қауіп төндіретін қауіптерді ерте анықтауға көмектеседі. Патронаж кезінде отбасында және жергілікті қоғамдастықта бар патронаждық сапарларды ұтымды жоспарлау патронаждық қызметтерді толық қамтуға және уақтылы көрсетуге ықпал етеді [37].

Медициналық ұйымдарда әмбебап жетілдірілген патронаждық үлгіні

енгізу мақсатында келесі ұсыныстарды орындау қажет:

1. Патронаждық қызмет көрсетудің әмбебап жетілдірілген моделі ЖТД жұмыс істейтін учаскеде енгізілуі мүмкін, өйткені жұмыс бүкіл отбасы деңгейінде жүргізіледі. Баланың айналасындағы топтың негізгі мүшелері болып табылатын денсаулық сақтау ұйымында әлеуметтік қызметкер мен психологтың болуы міндетті.

2. Үш учаскелік мейірбикенің болуы, оның біреуі толық үйлерге баруға ауыстырылады (жүкті әйелдің, жаңа туған нәрестенің және 5 жасқа дейінгі балалардың, босанғанға дейінгі патронажы) [38].

3. Патронаждық мейіргерлердің жұмысы отбасылармен тиімді жұмыс істеуге жеткілікті уақыт бөле алатындай етіп ұйымдастырылуы керек. Сарапшылардың бақылауы мен пилоттық жобаның тәжірибесі көрсетіп отырғандай, орта есеппен әрбір 5 отбасының бір отбасы орташа немесе жоғары қауіп тобында болады, олармен патронаж мейірбикесі жеке жұмыс жүргізеді. Ең жиі кездесетін қауіптер тек кеуде сүтімен емізу, қосымша тамақты енгізу мерзімі мен сапасы, баланың дамуы (әсіресе белсенді сөйлеуді дамыту), әкелерді бала тәрбиесіне тарту, қауіпсіз орта және жарақаттанудың алдын алу, баланы дамыту мақсатында күтім жасау (оқу, ойнау, қарым-қатынас). Қауіптерді бастапқы бағалауды жүргізу және отбасын оқыту үшін орындалатын жұмыс түріне байланысты орта есеппен 40-60 минут, жеке жоспар бойынша қайта бару үшін 15-30 минут қажет болады. Осылайша, жұмыс күні ішінде патронаж мейіргері сапалы түрде 6-8 отбасыға көмек көрсете алады [39].

4. Патронаждық қызметкерлер жақсы дайындалған, қажетті көмекті ұсыну үшін жеткілікті білім мен дағдыларға ие болуы керек.

5. Облыс басшылығы ресурстық тренингтік орталықтардың тиімді жұмыс істеуін қамтамасыз етуі тиіс (көптеген облыстарда бұл әмбебап-үдемелі патронаж үлгісі бойынша даярлау курсынан өткен жаттықтырушылар мен үйлестірушілер жұмыс істейтін БЖАЫҚ орталықтары). Орталықтар жаңа бағдарлама бойынша патронаждық мейіргерлерді жоспарлы дайындау үшін дайын болуы тиіс [40].

6. Алғашқы оқытуды сертификатталған жаттықтырушылар өндірістен қол үзіп, тренинг орталықтары немесе жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру мекемелері негізінде жүргізуі керек. Жаттықтырушылар жақсы уәжделген болуы керек, ұсынылған техниканы жақсы білуі және ұстануы керек.

7. ИВБДВ-ны және тәжірибелік дағдыларды білу патронаж мейіргерінің жұмысы үшін міндетті шарт болып табылады, ИВБДВ патронаж мейіргерінің негізгі дайындығына кіретін 16 модульдің бірі болып табылады. ИКАТ бойынша оқыту (ИВБДВ компьютерлендірілген оқыту) ресурстық орталықтар базасында жоспарлануы тиіс, ИВБДВ білімі мен дағдылары тұрақты сақталуы тиіс.

8. Қолдау көрсететін кураторлық жүйені дамыту үшін материалдық және техникалық мүмкіндіктер (төлем, көлік) құрылуы тиіс. Ресурстық орталықтың үйлестірушісі және тренерлері тәжірибелік дағдыларды бекіту, туындаған мәселелерді талдау және оларды шешу үшін оқытылған қызметкерлерге үнемі кураторлық сапарларды өткізуі керек [42].

9. Ұйымдар деңгейінде патронаждық мейіргерлер сабақ өткізе алатын, жағдайларды талқылай алатын, құжаттама мен үлестірме материалдарды сақтай алатын арнайы бөлме болуға тиіс. Бөлмеде проектор, компьютер, оқу тақтасы, кілтпен жабылатын шкаф (құпия құжаттаманы сақтау үшін) болуы тиіс [43].

10. Патронаж қызметкерлері патронажды сапалы жүргізу үшін тасымалданатын бой өлшегіш пен таразы, см-лента, термометрдің 2 түрі – дене температурасын және бөлме температурасын өлшеу үшін, тонометр, мобильді қосымшасы бар планшет немесе смартфон, қолды өңдеуге арналған дезинфектант, алғашқы көмек көрсетуге арналған ең аз жиынтық, қажетті ақпарат көзі (ИВБДВ схемаларының буклеті және ақпараттық схемалардың буклеті, шұғыл жағдайларда хабарлау схемасы), кеңес берудің болжанатын тақырыбы бойынша отбасына арналған үлестірме материал (брошюралар, жадынамалар және басқалар) [44].

2 ТАРАУ. ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ

2.1 Зерттеу методологиясы

Зерттеу дизайны: бірінші міндетті жүзеге асыру үшін көлденең зерттеуді пайдаландық. Екінші және үшінші міндет бойынша Интервенционды тарихи бакылаумен зерттеу қолданылды (7-сурет).



7 сурет – Зерттеу дизайны

2.1.1 Зерттеу жоспары

Қойылған міндеттерді шешу үшін зерттеу жоспары әзірленді.

2 кесте – Зерттеу жоспары

Алгоритм	Материалдар	Әдісі	Нәтижелері
1	2	3	4
Тек кеуде емізу мәселелерінің өзектілігін талдау	Шетелдік және отандық ғылыми әдебиеттерді, ҚР нормативтік- құқықтық актілерін зерттеу	Ақпараттық-аналитикалық	Әдебиеттерге шолу
Тек ана сүтімен емізу аспектілері бойынша дәстүрлі патронаждық үлгінің жұмысын бағалау.	6 айға дейінгі балалары бар 207 ана	БШАБІЕ карточкасынан сауалнаманы пайдалана отырып, аналарға сауалнама жүргізу. Статистикалық әдіс	2 және 3 тараулар жазылды
Жүктіліктің 32 аптасында әмбебап жетілдірілген патронаждық үлгі бойынша патронаж жүргізу	Іріктеуге диспансерлік есептетілмеген жүктілігі 32 аптадағы 50 жүкті әйелді құрады.	ӘЖПҮ сәйкес әйелдерге кеңес беру	3 тарау жазылды
Жүктіліктің 32 аптасынан бастап нәрестелері 6 айға толғанша дейін әмбебап жетілдірілген патронаждық үлгі бойынша патронаж жүргізу	Іріктеу 50 ана мен нәрестені құрады	Әмбебап пакет бойынша 37, үдемелі пакет бойынша 6 әйел мен балаға кеңес беру және қолдау жүргізілді	3 тарау жазылды
Әмбебап- жетілдірілген патронаждық үлгімен жалпы үлгінің тек ана сүтімен емізуге деген тиімділігін салыстыру	Дәстүрлі үлгі бойынша қызмет көрсетілген 63 бала және Әмбебап-жетілдірілген патронаждық үлгі бойынша көмек көрсетілген 43 баланың Амбулаторлық карталарынан деректер алынды	Статистикалық әдіс	3 тарау жазылды

2.1.2 Ақпараттық іздену

Әзірленген зерттеу жоспарына сәйкес, бірінші кезеңде кеуде сүтімен емізу және аналарды қолдау мәселелерінің өзектілігі зерттелді. Ақпараттық іздестіру шеңберінде зерделеніп отырған мәселе бойынша шетелдік ғылыми әдебиеттерге талдау жүргізілді.

Ақпараттық іздеу келесі кілт сөздер бойынша жүргізілді: breastfeeding, homevisitors, breastmilk сияқты ақпараттық базаларда:

- 1) PubMed (Medline: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)
- 2) Trip Medical Database (<https://www.tripdatabase.com>)
- 3) EBSCOhost Research Databases (<https://www.web.a.ebscohost.com>)
- 4) Google Scholar (<https://www.scholar.google.ru>)

Зерттеу барысында әдеби дереккөздерді іздеу жүйелі түрде жүргізілді.

2.2 Зерттеу материалдары

Бірінші міндетке сәйкес, 6 айдан аспаған балалары бар әйелдерге сауалнама жүргізілді. Сауалнама 10 сұрақтан тұрды. (Қосымша Ә)

Зерттеуге ШЖҚ "№ 10 Қалалық емхана" МКК базасындағы 207 ана қатысты.

Зерттеуге қосу критерийлері: 6 айға дейінгі балалардың болуы.

Зерттеуден шығару критерийлері: аналардың зерттеуге қатысудан бас тартуы.

Екінші міндетке сәйкес әмбебап-жетілдірілген патронаждық үлгіге сәйкес патронаж жүргізілді. Зерттеуге жүктілік мерзімі 32 апта 50 әйел құрады.

Зерттеуге қосу критерийлері: диспансерлік есепте тұрмаған әйелдер.

Зерттеуден алып тастау критерийлері: аналардың зерттеуге қатысудан бас тартуы, босану кезіндегі және босанғаннан кейінгі перзентханадағы асқынулар.

Патронаждық кеңестердің әмбебап пакетін ұсыну бойынша сапарларды жоспарлау және орындау толтыру жөніндегі Нұсқаулық өз учаскесінде жоспарлы сапарларды жоспарлауды патронаждық мейіргер жүргізеді. Жоспарлау Excel бағдарламасында орындалады. Жоспардың электрондық көшірмесі бөлімшенің аға мейіргеріне беріледі. Аға мейіргер жоспардың дұрыстығын бақылайды және жоспардың орындалуын қадағалайды. Айдың басында патронаждық мейіргер осы айдың ішінде жоспарлы патронаждық сапарға жататын мекен-жай жоспары болуы керек.

Келу жоспары айдың әр аптасына бөлінеді. "1-ші апта" белгісі бар барлық бағандар нақты күндермен толтырылады. Мысалы "12.02.- 16.02.2018». Жоспарланған сапарлар пациенттің тегіне қарама-қарсы 1 санымен белгіленеді. Бір апта ішінде патронаттық әпке аптаның соңына қарай жоспар орындалатын етіп келу кестесін дербес реттейді. Сапарды орындағаннан және тәуекелдерді бағалауды жүргізгеннен кейін баған қызыл (жоғары тәуекел), Сары (орташа тәуекел) немесе жасыл (тәуекел жоқ) түспен боялады. Егер сапар орындалмаса, Сан 0 - ге өзгереді. Сома формулалары "бір айдағы сапарлар саны", "бір тоқсандағы сапарлар саны", "бір жылдағы сапарлар саны" бағандарында көлденеңінен, тігінен – "келушілер жиыны жасалды" деген қарама-қарсы бағандарда беріледі». Әйелдерге көмек көрсету барысында арнайы жазба

формасы толтырылды (Қосымша Б).

Үшінші міндетті жүзеге асыру үшін бақылау тобына ШЖҚ "№ 10 Қалалық емхана" МКК базасындағы жалпы патронажбен қамтамасыз етілген 6 айға толған 63 нәрестеменің амбулаторлы карталарынан емханаға жүгіну, физиологиялық, моторлық көрсеткіштер алынды. Ал олардың аналарынан Эдинбург депрессия шкаласы бойынша сауалнама жүргізілді. Сауалнамаға 63 ананың тек 31 ғана келісті. Жоғарыда айтылған деректер зерттеу тобындағы 43 нәресте мен 43 ананың көрсеткіштері салыстырылды.

2.2.1. Зерттеудің этикалық талаптарға сәйкестігі

Зерттеуді бастамас бұрын этикалық мақұлдау алынды "Астана медицина университеті" КеАҚ жергілікті биоэтикалық комитетінің» (2019 жылғы 19 желтоқсандағы №2 хаттама). (Қосымша В)

Зерттеуді жеке жүргізу үшін ӘЖПҮ бойынша арнайы біліктілікті жоғарлату циклінен 108 сағат оқу курстары өтілді (Қосымша Г).

Зерттеудің барлық қатысушылары сауалнама жүргізер алдында зерттеу мақсаттары туралы хабардар болды, қатысуға келісімге қол қойылды.

Зерттеудің барлық кезеңдерінде деректердің құпиялылық қағидалары сақталды. Жүкті әйелдерге зерттелетін фактор, зерттеудің мақсаттары, міндеттері, сондай-ақ зерттеуге қатысу қажеттілігі туралы толық ақпарат берілді. Этикалық Комитетке және Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес зерттеудің әрбір қатысушысы оның кез келген кезеңінде зерттеуге қатысудан бас тартуға толық құқылы болды.

2.3 Деректерді статистикалық өңдеу

Зерттеуде алынған деректердің статистикалық талдауы MS Excel және IBM SPSS Statistica 13 бағдарламаларын қолдану арқылы жеке компьютерде жүргізілді. Статистикалық өңдеу кезінде арифметикалық орташа мән және әр көрсеткіштің стандартты қатесі есептелді.

Барлық сапалық айнымалылар сандық болып қайта кодталған. Зерттеу нәтижелерін статистикалық талдау сипаттамалық және аналитикалық статистиканың стандартты әдістерін қолдана отырып жүргізілді. Сапалық белгілердің екі немесе одан да көп тобын салыстыру үшін Хи-квадрат (χ^2) өлшемі есептелді. Формула бойынша:

$$\chi^2 = \sum \frac{(Q - E)^2}{E}$$

2.3.1 Эдинбург депрессия шкаласы

Үшінші міндетті орындау барысында босанған әйелдердің депрессиялық жағдайын анықтау мақсатында Эдинбург шкаласы бойынша сауалнама жүргізілді. Постнатальды депрессияның Эдинбург шкаласын (ПДЭШ) J. L. Cox,

J. M. Holden, R. Sagovsky 1987 жылы Эдинбург пен Ливингстонда жасаған. Шкала -босанғаннан кейінгі депрессиямен ауыратын әйелдерді анықтауға арналған қарапайым және сенімді скринингтік тест. Эдинбург шкаласының

негізін қалағандар болып: депрессияны анықтау Зунга шкаласы, Snaith, Bedford және Foulds мазасыздық және депрессия шкаласы. Шкаланың болжамды мәні, жоғары сезімталдығы және депрессияны диагностикалайтын басқа сауалнамаларға қатысты ерекшелігі бар. Барлық босанған әйелдер үшін, босанғаннан кейінгі уақытқа қарамастан. Кез келген балалы әйел, босанғаннан кейінгі кезеңдегі эмоционалды күйін анықтау үшін осы тесттен өте алады. Депрессия көбінесе жасырын болуы мүмкін. Бір айқын симптомға ие болыңыз, ал басқалары аз. Сондай-ақ, депрессияның белгілері эгосинтонды болуы мүмкін, яғни ол жеке қасиет ретінде қабылданады. Бұл жағдайда депрессиялық эпизод ұзақ уақыт бойы анықталмауы мүмкін. Босанғаннан кейінгі жабық депрессия міндетті түрде ананың, содан кейін баланың, содан кейін бүкіл отбасының әл-ауқатына әсер етеді. Депрессиялық жағдайды анықтау әйелдерге маманның көмегіне уақытында жүгінуге мүмкіндік береді. Сирек жағдайларда (1-2 %) ауруханаға жатқызу қажет.

Тест өткізу үшін:

1. 5 минуттан аспайтын уақыт бөлінеді.
2. Баланың анасы соңғы 7 күнде өзін қалай сезінгенін сипаттайтын сұраққа жауапты таңдауы керек.
3. Баланың анасы Жауап нұсқасын өз бетінше таңдауы керек.
4. Тест ауруханада, емханада немесе үйде өткізілуі мүмкін.

ПДЭШ босанғаннан кейінгі депрессияның эмоционалды және танымдық белгілерін зерттейді. Депрессияның соматикалық белгілері осы шкаладан мақсатты түрде алынып тасталады, өйткені босанғаннан кейінгі кезеңдегі соматикалық белгілерді зерттеу Ақпараттық емес. Шкала 10 сұрақтан тұрады, әрбір сұрақ ұпаймен бағаланады (0 – ден 3-ке дейін). Әр сұрақта төрт жауап беріледі (Қосымша Д).

Алынған нәтижелерден күйзеліске икем жандарды белгілеу үшін барлық ұпай сандары қосылады. Егер ұпай саны 7-ден төмен болса депрессияның жоқтығын білдіреді. Егер жетіден жоғары болған жағдайда әйелге көмек көрсету шаралары ұйымдастырылады.

3 ТАРАУ. ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

3.1 Тек ана сүтімен емізу аспектілері бойынша дәстүрлі патронаждық үлгінің жұмысын бағалау

Іс жүзінде кез-келген ана кеуде сүтімен емізе алады, егер оған тиісті кеңестер мен қолдау көрсетілсе, сонымен қатар емізу кезінде пайда болатын кез-келген мәселелерді шешуге тәжірибелік көмек көрсетілсе. Біздің зерттеулерімізде бірінші тапсырманы орындау үшін анонимді түрде 207 әйелге сауалнама жүргізілді

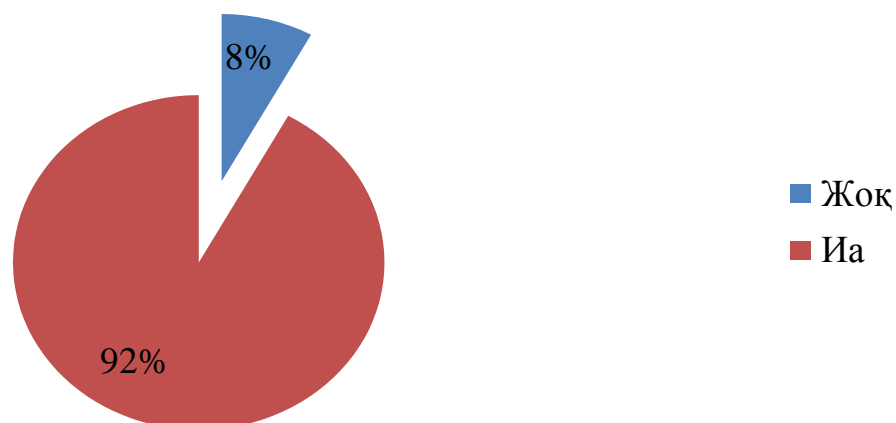
Сауалнама нәтижелері бойынша аналардың 86% - ы кеудемен емізетіні, бірақ 6 айға дейінгі жаңа туған балалары бар әйелдердің 87% - ы балаға қосымша тамақ беретіні анықталды. 62% босанғаннан кейінгі алғашқы апталарда кеудемен емізу мәселелерінің болғандығын көрсетті. 207 әйелдің тек 35% - ына ғана үйде 32 аптада патронаж өткізілді. Патронаж жүргізілген әйелдердің ара қатынасынан тек 47% -ына ғана кеудемен емізудің пайдасын түсіндірді, кеудемен емізу техникасын көрсетті (8-сурет).



8 Сурет – Сауалнама нәтижелері

Сондай-ақ, маңызды фактордың бірі: "бала туылғаннан кейін сізге баланы бірден кеудеге салды ма?" сұрағына Респонденттердің 92% – ы оң жауап берді (9-сурет).

Босанғаннан кейін нәрестенізді бірден кеудеге бастыңыз ба?



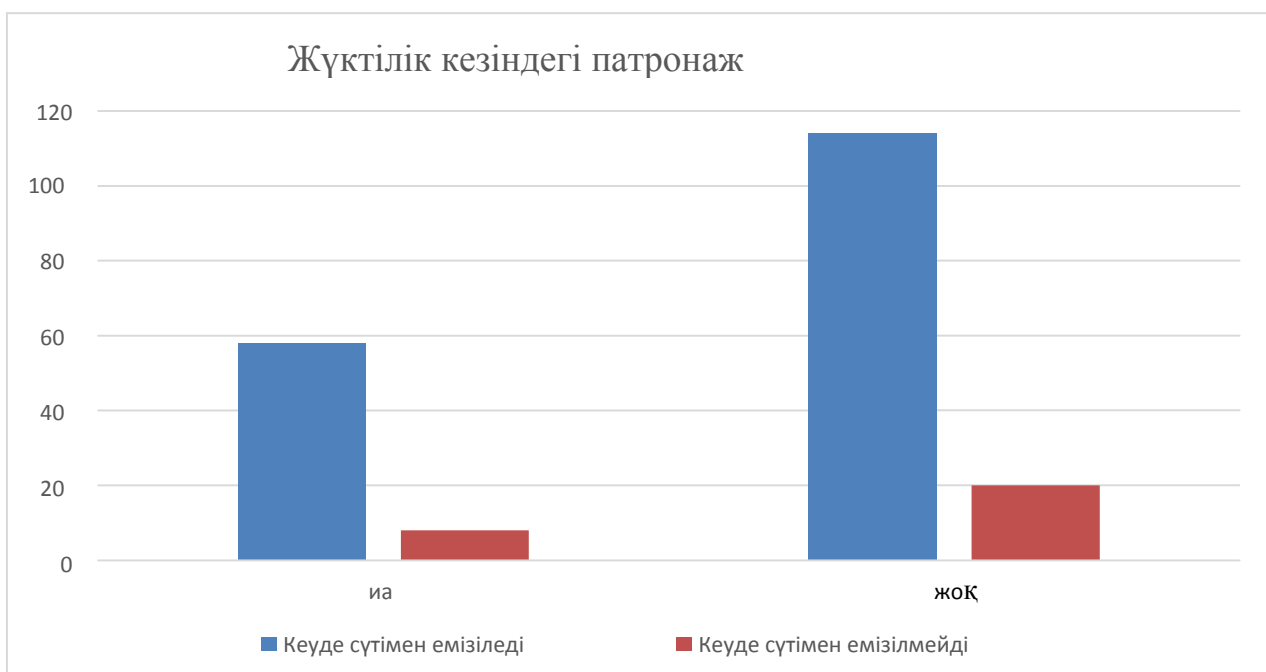
9 сурет – Босанғаннан кейінгі терінің теріге тиюі контактісі

Респонденттердің сауалнамасының нәтижелері хи-Квадрат критерийі бойынша талдау жүргізу үшін топтастырылған. Талдау жүргізу үшін бірінші тапсырма контекстінде " Жүктілігіңіздің 32 жұма мерзімінде сізге патронаж жүргізілді ме?" және "бала кеудемен емізіле ме" деген екі критерий таңдалды, критерийлердің әрқайсысы үшін "Иә/Жоқ" типі бойынша екілік мән анықталды. Осылайша, жоғарыда аталған екі критерийдің конъюгациясының 3 кестесі жасалды.

3 Кесте – "Жүктілігіңіздің 32 жұма мерзімінде сізге патронаж жүргізілді ме?" және "бала кеудемен емізіле ме" Критерийлердің конъюгация кестесі

		Бала кеудемен емізіле ме		Нәтижесінде
		да	нет	
Жүктілігіңіздің 32 жұма мерзімінде патронаж жүргізілгенбе	а	58	8	66
	ет	114	20	134
Нәтижесінде		172	28	200

Алынған деректерді көрнекі түрде визуализациялау үшін суретке сәйкес 3.1 кестесінің статистикалық мәліметтерін графикалық интерпретациялауды ұсынатын диаграмманы да 10-суретті қарастырамыз.



10 сурет – " Жүктілігіңіздің 32 жұма мерзімінде сізге патронаж жүргізілді ме?" және "бала кеудемен емізіле ме" критерийлерінің ұштасу диаграммасы

Көріп отырғаныңыздай, пайыздық қатынаста - " Жүктілігіңіздің 32 жұма мерзімінде сізге патронаж жүргізілді ме?" және "бала кеудемен емізіле ме" критерийі екілік мәнде "иә"/"иә" осы критерийлер үшін екілік мәнмен салыстырғанда жоғары мәнге ие (86,2%) "жоқ"/ "иә" мәні бар (82,4%). Сондай-ақ, 4-кестеге сәйкес бірінші тапсырмадағы Хи-Квадрат критерийлерін талдау нәтижелерін қарастырылады.

4 Кесте – Хи-квадрат критерийі

	Мәні	ст.св.	Асимпт. маңыздылығы (2-стор.)	Нүктелік мәні (2-стор.)	Дәлдік мәні (1-стор.)	Нүктедегі ықтималдық
Хи-квадрат Пирсона	9 ^a	1	0,591	0,669	0,381	
Үздіксіздіккетүзету	3	1	0,748			
Сенімділікқатынасы	5	1	0,587	0,669	0,381	
Фишердің нақты өлшемі				0,669	0,381	
Сызықтық-сызықтық байланыс	,287 ^c	1	0,592	0,669	0,381	0,153
Валидті бақылаулар саны	207					

Алынған нәтижелерді ескере отырып, хи-квадрат критерийлері бойынша, "Жүктілік кезінде патронаж жүргізілді ме" * "Бала_кеуде сүтімен емізіле ме" жиілік критерийлерінің тәуелділігі статистикалық маңызды емес екенін атап өтуге болады. Осы Критерийлердің өзара байланысының маңыздылық деңгейі $p > 0.05$ ($p = 0.669$) сәйкес келеді.

Алынған p мәні Пирсонның хи-квадрат критерийінің критикалық мәндер кестесіндегі критикалық мәннен жоғары, сондықтан бұл өлшемдердің корреляциясы маңызды емес.

Осы зерттеу міндет аясында екінші міндет қойылды, атап айтқанда келесі критерийлер арасындағы корреляцияны анықтау:

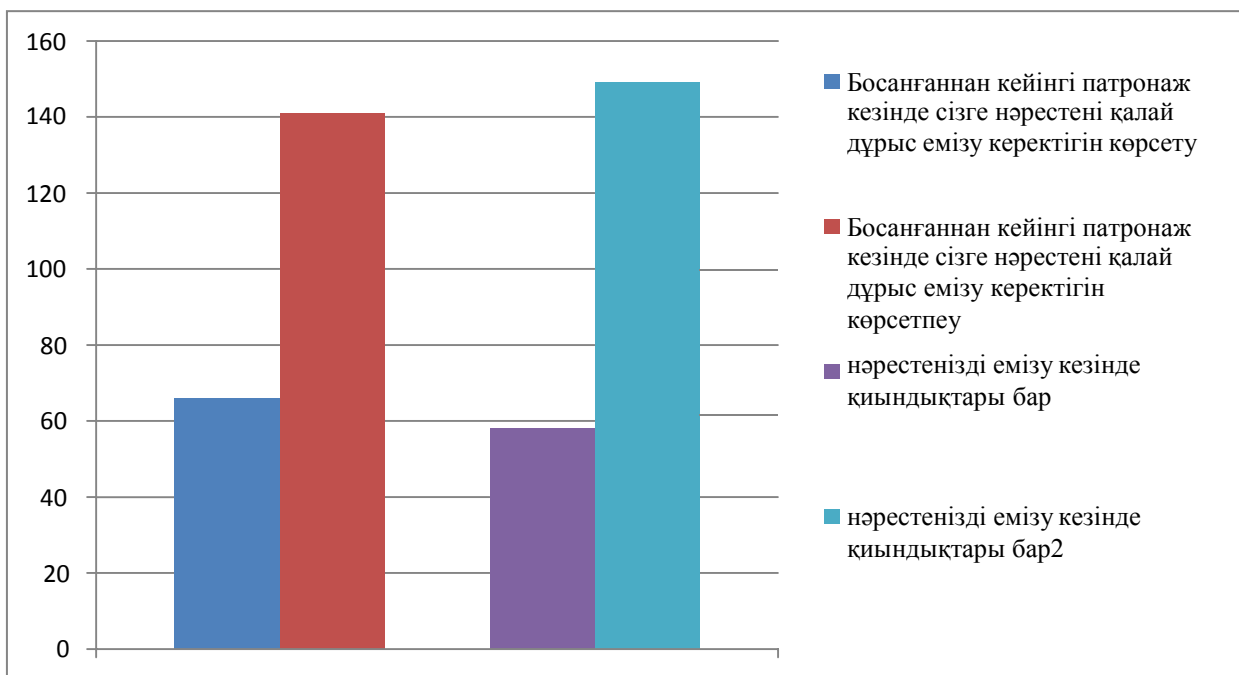
"Босанғаннан кейінгі патронаж кезінде патронаж мейіргері көмектесіп, баланы кеудеге қалай дұрыс қою керектігін көрсетті»;
Сізде тамақтану кезінде қиындықтар бар ма?"

Бұл критерийлер "иә"/ "жоқ" типінің екілік мәні тұрғысынан қарастырылды. Осы критерийлер бойынша алынған ақпарат, атап айтқанда респонденттердің жауаптары 5-кестеге сәйкес хи-шаршы критерийлерін талдауды кейіннен қолдану үшін кесте түрінде құрылымдалған.

5 Кесте - «Босанғаннан кейінгі патронаж кезінде сізге нәрестені қалай дұрыс емізу керектігін көрсетті ме» * «нәрестенізді емізу кезінде қиындықтар болды ма?». Критерийлердің конъюгация кестесі

		Нәрестенізді емізу кезінде қиындықтар болды ма?		Барлығы
		иә	жоқ	
Босанғаннан кейінгі патронаж кезінде сізгенәрестені қалай дұрыс емізу керектігін көрсетті ме	иә	27	116	143
	жоқ	25	39	64
Нәтижесінде		52	155	207

Алынған деректерді көрнекі түрде визуализациялау үшін біз 6-кестенің статистикалық мәліметтерін 11-суретке сәйкес графикалық түсіндіруді ұсынатын диаграмманы қарастырамыз.



11 сурет - "босанғаннан кейінгі патронаж кезіндегі көмектің, баланыкеудеге қалай дұрыс қою керектігін көрсету" " тамақтандыру кезінде қиындықтар арасындағы байланыс критерийі"

Көріп отырғаныңыздай, пайыздық мөлшерлемеде "босанғаннан кейінгі патронаж кезінде сізге көмектесті, баланы кеудеге қалай дұрыс салу керектігін көрсетті" * "сізде тамақтану кезінде қиындықтар бар ма?" екілік мәнде "иә"/"иә" мәні төмен (23%) сол өлшемдер үшін екілік мәнмен салыстырғанда "жоқ"/ "иә" мәні бар (64,8%). Сондай-ақ, 6-кестеге сәйкес бірінші тапсырмадағы хи- квадрат критерийлерін талдау нәтижелерін қарастырыңыз.

6 Кесте - Хи-квадрат критерийі

	Мәні	ст. св.	Асимпт. маңыздылығы (2-стор.)	Нүктелік мәні (2-стор.)	Дәлдік мәні (1-стор.)	Нүктедегі ықтималдық
Хи-квадрат Пирсона	9,632 ^a	1	0,002	0,003	0,002	
Үздіксіздіккетүзету	8,562	1	0,003			
Сенімділік қатынасы	9,189	1	0,002	0,004	0,002	
Фишердің нақты өлшемі				0,003	0,002	
Сызықтық-сызықтық байланыс	9,583 ^c	1	0,002	0,003	0,002	0,001
Валидтібақылаулар саны	207					

Қорытынды: тамақтанудың қиындығы бойынша теріс жауаптар жиілігінің

босанғаннан кейінгі патронажға тәуелділігі статистикалық тұрғыдан маңызды. Осы өзара байланыстың маңыздылық деңгейі $p < 0.05$ ($p = 0.003$) сәйкес келеді.

Нәтижелерді ескере отырып, хи-шаршы критерийлері бойынша критерийлердің тәуелділігі "босанғаннан кейінгі патронаж кезінде көмектесті, баланы кеудеге қалай дұрыс қолдану керектігін көрсетті" * "сізде тамақтану кезінде қиындықтар бар ма" статистикалық маңызды екенін атап өтуге болады. Осы өлшемдердің корреляциясының маңыздылық деңгейі $p < 0.05$ ($p = 0.003$) сәйкес келеді.

Алынған p мәні Пирсонның хи-квадрат критерийінің критикалық мәндер кестесіндегі критикалық мәннен төмен, сондықтан бұл өлшемдердің корреляциясы мәні бар.

Демек бұл дәстүрлі патронаждың әйел мен баланың барлық сұраныстарына жауап бере алмайтындығын көрсетеді.

3.2 Әмбебап үдемелі патронаждық үлгіні енгізу

Жүкті әйелдерді босанғанға дейінгі кезеңде бірқатар емдеу-профилактикалық іс-шаралармен қамту олардың денсаулығы мен әл-ауқаты үшін, сондай-ақ балаларының денсаулығы мен әл-ауқаты үшін өте маңызды және өмірлік маңызды болып табылады. Ұрықтың (эмбрионның) өсуі мен даму процесін, сондай-ақ оның ана денсаулығымен байланысын тереңірек түсіну ана мен жаңа туған нәрестелердің денсаулығын жақсартуға мүмкіндік беретін құралретінде босанғанға дейінгі бақылау мүмкіндіктеріне көбірек көңіл бөлуге көмектеседі. Мысалы, босанғанға дейінгі бақылау кезеңінде әйелдер мен олардың отбасы мүшелері жүктіліктің қауіптері мен белгілері туралы, босану және тікелей босану кезіндегі қауіпті қауіптер туралы қажетті және сенімді ақпарат ала алады. Осылайша, босанғанға дейінгі бақылау кезінде алынған ақпарат жүкті әйелдер арасында босану кезінде білікті медициналық қызметкерлердің көмегіне уақтылы жүгіну үшін оң рөл атқаруы мүмкін.

Сондай-ақ, босанғанға дейінгі сапарлар әйелдерге нәрестелердің туылу уақытын жоспарлау туралы ақпарат беруге мүмкіндік береді, бұл жаңа туған нәрестелердің өмір сүруін арттырудың маңызды факторы болып саналады. Жүктілік кезінде жасалған сіреспеге қарсы вакцинация өмірді сақтап қалуы мүмкін - аналарға да, жаңа туған нәрестелерге де. Жүкті әйелдердің безгегінің алдын-алу және емдеу, жүктілік кезіндегі анемияны емдеу және жыныстық жолмен берілетін инфекцияларды (ЖЖБИ) емдеу ұрықтың жүктілік нәтижелері мен ана денсаулығын едәуір жақсартып алады. Жүктіліктің төмен салмағы сияқты қолайсыз нәтижелерін әйелдердің тамақтануын жақсарту және инфекциялардың алдын-алу шараларын (мысалы, безгек және ЖЖБИ) біріктіру арқылы азайтуға болады.

Жүкті әйелдер мен 3 жасқа дейінгі балаларды патронаждық бақылаудың екінегізгі мақсаты бар:

1. Болашақ ана мен оның отбасын оқыту, кеңес беру және қолдау;
2. Ананың денсаулығы мен баланың сау дамуын қамтамасыз ету үшін қауіпфакторлары бойынша анықтау және кеңес беру.

Жүкті әйелдерге кеңес беру мақсаттары:

1. Жүкті және бала емізетін әйелдің тамақтануын жақсарту.
2. ЖЖБИ, туберкулез және АИТВ алдын алу.
3. Микронутриенттік жеткіліксіздіктің (дәрумендер мен минералдардың жетіспеушілігі), әсіресе анемияның алдын алу.
4. Жүкті әйелге күтім жасау және жаман әдеттерден арылу туралы кеңес беру.
5. Жаңа туған нәрестеге дайындық, оның ішінде кеуде емізу туралы шешім қабылдауға көмектесу және жаңа туған нәресте үшін қанағаттанарлық жағдай жасау.

Қазақстанда балалардың тамақтануы проблемаларының кеңінен таралуын назарға ала отырып, біздің негізгі мақсатымыз аналардың балаларды тек қана кеуде сүтімен тамақтандыру тілегі мен мүмкіндігінің туындауына жәрдемдесу және олардың өз балаларын кеуде сүтінің жеткілікті мөлшерімен қамтамасыз ете алатынына сенімділігін арттыру болды. Өйткені, патронаждық мейірбикеге кеуде емізу мәселелері бойынша кеңес беру дағдылары тек кеуде сүтімен қамтуды арттыруға ықпал етеді.

Патронаж кезіндегі кеңес берудің негізгі дағдылары:

- Сұрау және тыңдау;
- Мақтау;
- Кеңес беру;
- Түсіну үшін тексеріңіз;
- Отбасына мәселені шешуге көмектес.

Кеудепен емізетін ананың әр сапарында аналарға кеуде сүтімен кеңес беру:

Анадан баланы тамақтандыруда қиындықтар бар ма деп сұраңыз. Оны не мазалайтынын тыңдаңыз.

Кішкентай баласы үшін жақсы тамақтану үшін ананы мадақтаңыз. Ананың баланы емізетінін бақылаңыз.

Егер мазасыздық немесе қиындық болса, анасына кеуде емізуді қалай жақсартуға кеңес беріңіз.

Анасына оған не көмектесе алатындығын түсіндіріп, оны қалай жасау керектігін көрсеткіңіз келетінін сұраңыз. Ананың өзін жайлы сезінетініне және ол шиеленісті емес екеніне көз жеткізіңіз. Өзіңізге ыңғайлы және ыңғайлы жағдайда анаңызға жақын отырыңыз.

Әмбебап үдемелі патронаждық үлгіні енгізу үшін біз 32 апта жүктілік мерзімінде 50 әйелді өз келісімі бойынша бақылауға және кеңес беруге алдық. "№10 Қалалық емхана" ШЖҚ МКК жүктілігі бойынша есепте тұрған. Олар созылмалы аурулар бойынша диспансерлік есепте тұрмайды.

Әмбебап үдемелі патронаждық үлгіге сәйкес 32 апта мерзімінде 43 жүкті әйелге патронаж жүргізілді. Балалары 6 айға толғанға дейін 43 әйелге және олардың балаларына әмбебап үдемелі патронаждық үлгіге сәйкес патронаж өткізілді.

Жетілдірілген қызметтер пакетін ұсыну бойынша сапарларды жоспарлау және орындау (жеке жоспар бойынша) (7-кесте).

7 кесте – Патронаждық мейіргермен баруларды жоспарлау құжаты

		Мекен жайы	Туған күні	1-жұма (күні)	2-жұма (күні)	...	Бір айдағы сапарлар саны	Бір квартал ішіндегі сапарлар саны	Бір жылдағы сапарлар саны
	Жүкті әйелдің аты жөні								
1	...								
2	...								
	...								
	Барлығы жүкті әйелдерге бару								
	Бағалау нәтижелері:								
	Жоғары қауіп тобында								
	Орташа қауіпті топта								
	Қауіпсіз топ								
Перзентханадан шығарылған жаңа туған нәрестелерге жоспарлы бару (1-ші сапар)									
		Мекен жайы	Туған күні	1-жұма (күні)	2-жұма (күні)	...	Бір айдағы сапарлар саны	Бір квартал ішіндегі сапарлар саны	Бір жылдағы сапарлар саны
	Нәрестенің аты жөні								
1	...								
2	...								
	...								
	Барлығы жүкті әйелдерге бару								
	Бағалау нәтижелері:								
	Жоғары қауіп тобында								
	Орташа қауіпті топта								
	Қауіпсіз топ								

Excel бағдарламасында орындалады. Қауіптерді бағалауды және анықтауды жүргізгеннен кейін патронаждық мейіргер прогрессивті қызметтер жоспарына тәуекелдері бар (жоғары және орташа) адамдардың деректерін енгізеді. Жеке есепке алу себебін және алған күнін көрсетеді. "1-ші күн" белгісі бар барлық бағандар нақты күндермен толтырылады. Бірден 1 санын отбасымен келіскен ең жақын келу күніне қарама-қарсы қояды. Жеке жоспар жасалғаннан кейін әрі қарайғы сапарлардың күндері де кестеге 1 санымен енгізіледі. Барлық орындалған сапарлар сақталатын қауіп дәрежесіне байланысты қызыл, сары немесе жасыл түспен таңбаланады. Егер қауіп жойылса, есептен шығару күні тиісті бағанға енгізіледі. Егер жоспарланған сапар орындалмаса, 1 саны 0-ге ауыстырылады. Сома формулалары "бір аптадағы сапарлар саны" және "бір айдағы сапарлар саны" бағандарындағы әрбір текке қарама – қарсы көлденеңінен, "жеке жоспар бойынша келушілер жиыны жасалды" деген бағанға (күн сайын, апта сайын, ай сайын сапарлар саны) қарама-қарсы әр бағанда тігінен қойылады.

Ал баланың тамақтану жағдайын бағалау үшін шамамен 4 минут қарау керк. 1-жазба формасы баланың дұрыс орналасуы мен кеудеге бекітілуін тексеруге көмектеседі. Егер сіз қандай да бір проблемалар тапсаңыз, оларды форманың оң жағына жазыңыз. Содан кейін парақты бүгіп, ананың ұсыныстарын артқы жағына жазамыз (Қосымша Б).

Патронаж жүргізу барысында қауіптерге байланысты 37 отбасыға әмбебап пакет бойынша 6 анаға үдемелі пакет бойынша көмек көрсетілді (12-Сурет).

Жүктілік кезінде аналарға дұрыс тамақтану жайында кеңес берілді. Кеңес беру кезінде мейіргерлерде толтырылатын арнайы кесте болады (8-кесте). Осы кесте бойынша жүктілердің тамақтану тәртібі дұрысталды.

6 анаға үдемелі пакет бойынша көмек көрсетілді. Бұның себебі босанғаннан соң алғашқы айда аналарға депрессияны анықтау үшін скринингтік сауалнама жүргізілді. Эдинбург шкаласы бойынша есептелді. Сауалнаманың нәтижесінен алты ананың депрессияға бейімі бар екені анықталды. Кейс менеджмент толтырылып, көмекке жалпы тәжірибедегі дәрігер мен психологтың көмекіне жүгінуге тура келді. Өйткені, аналарда депрессияның болуы баласын емізуге кері әсерін тигізуі мүмкін. Депрессияны уақытылы анықтап алдын алу шараларын жүргізіп отырған жөн.



12 сурет – ӘЖПҮ сәйкес өткізген патронаж нәтижесі

8 кесте – Жүкті және бала емізетін әйелдерді тамақтандырудың - 24 сағаттық әдісін жазу нысаны

Тамақтану уақыты	Тәуліктік рацион	Саны	I тобы	II тобы	III тобы	IV тобы	V тобы
Ұсынылған порция саны			6-11	5-9	2-3	1-3	1-2

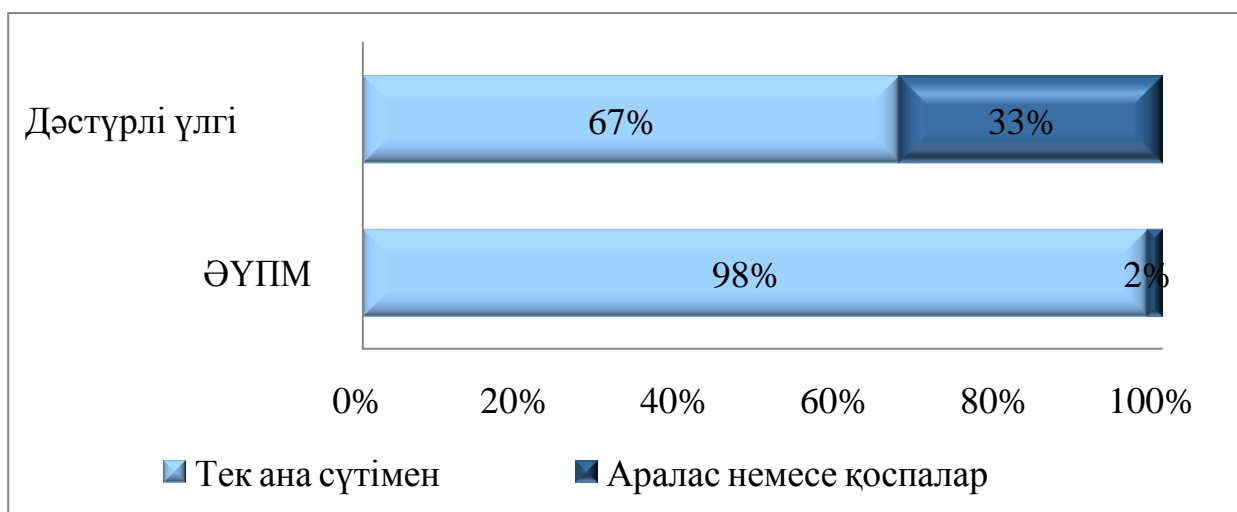
3.3 Әмбебап-жетілдірілген патронаждық үлгімен жалпы үлгінің тек ана сүтіменемізуге деген тиімділігін салыстыру

Үшінші міндет бойынша әмбебап жетілдірілген патронаждық үлгімен дәстүрлі патронаж жүргізілген екі топтың:

- тек ана сүтімен емізу,
- емханаға алғаш ЖРВИ бойынша жүгіну,
- физикалық даму,
- моторлық даму,
- аналардың депрессиялық жағдайлары салыстырылды.

Дәстүрлі үлгі бойынша көмек көрсетілген топтың (бақылау тобы) көрсеткіштері амбулаторлық карталарынан алынды. Ал депрессиялық жағдайды бағалау мақсатында амбулаторлық карталардан алынған нәрестелерінің аналарынан сауалнама жүргізуге келісім сұралды. Нәтижесінде бойынша әмбебап жетілдірілген патронаждық үлгіге сәйкес көмек алған аналардың барлығы, ал дәстүрлі патронажбен қамтамасыз етілген аналардың 31 ғана сауалнамадан өтуге келісті.

Үшінші міндеттің бірінші нәтиже көрсеткіші болып әмбебап жетілдірілген патронаждық үлгі бойынша көмек көрсетілген әйелдердің 98%-ы сәбилерін тек ана сүтімен емізген. Дәстүрлі патронажға көңіл бөлсек аналардың 67%-ы ғана тек ана сүтімен емізеді, қалған 33% балаларына қосымша тамақ немесе қоспа береді. Бұл көрсеткіштің статистикалық мәні бар (13-Сурет).

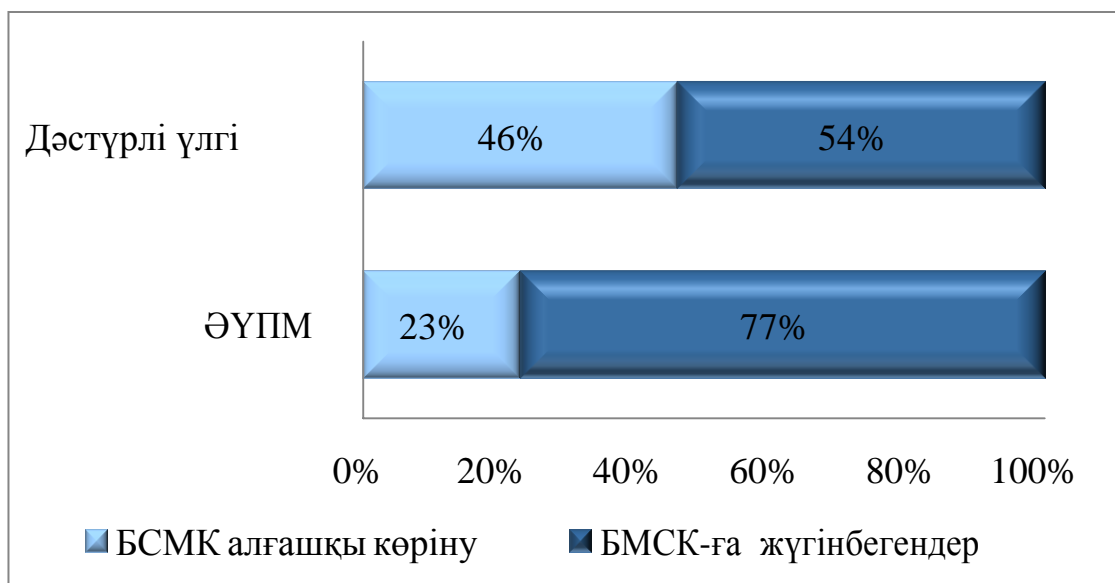


13 сурет – Тек ана сүтімен емізу нәтижелері

МСАК жұмысына патронаждық қызмет көрсетудің жаңа моделін енгізу балаларды 6 айға дейін тек қана ана сүтімен тамақтандыруды ұстанатын аналардың санын көбейтеді. Тек ана сүтімен емізу бала мен ана денсаулығына оңтайлы әсер етеді. Жоғарыда айтып кеткеніміздей баланың аурушаңдығына ықтимал әсер етеді, бой және салмақты жасына сай қосуға, физикалық және моторлық дамуға жақсы әсер етеді. Нәрестелердің көрсеткіштерін жинау мақсатында алты айға толып жатқан зерттеу тобындағы нәрестелер көрсеткішін

белгілі бір пішінде толтырылды. Б Қосымшасына сәйкес. Алынған барлық нәтижелерді статистикалық өңдеуден өткіздік. Сол кезде тек кеуде сүтімен емізу көрсеткіші статистикалық мәні бар болып шықты. Себебі, $p=000$. $P<0,005$ болған кезде есептеудің статистикалық мәні бар болады.

Ерте жастағы балаларды тамақтандырудан кейінгі маңызды көрсеткіш, ол аурушаңдық. Кеуде сүтімен емізілетін сәбилер вирустық ауруларға тұрақты болады. Оны біз 14-суреттен байқай аламыз.



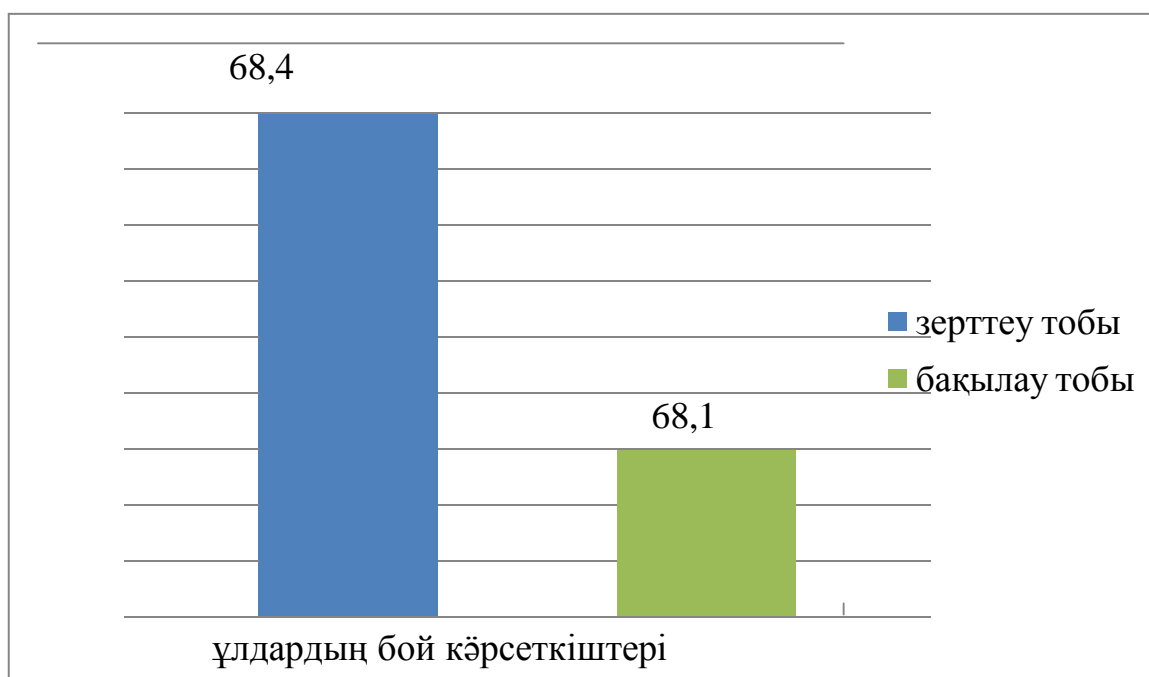
14 сурет – Екі топ бойынша БМСК ЖРВИ бойынша алғашқы жүгіну

3 міндеттің 3 көрсеткіштері екі топтағы балалардың алты айға толғандағы бой және салмақ көрсеткіштері салыстырылды. Алынған деректерді көрнекі түрде визуализациялау үшін біз 15-суретке сәйкес 9-кестедегі ұлдардың өсуі туралы статистикалық мәліметтерді графикалық түсіндіруді ұсынатын диаграмманы қарастырамыз.

9 кесте – Ұлдардың 6 айға толғандағы бой, салмақ көрсеткіштері

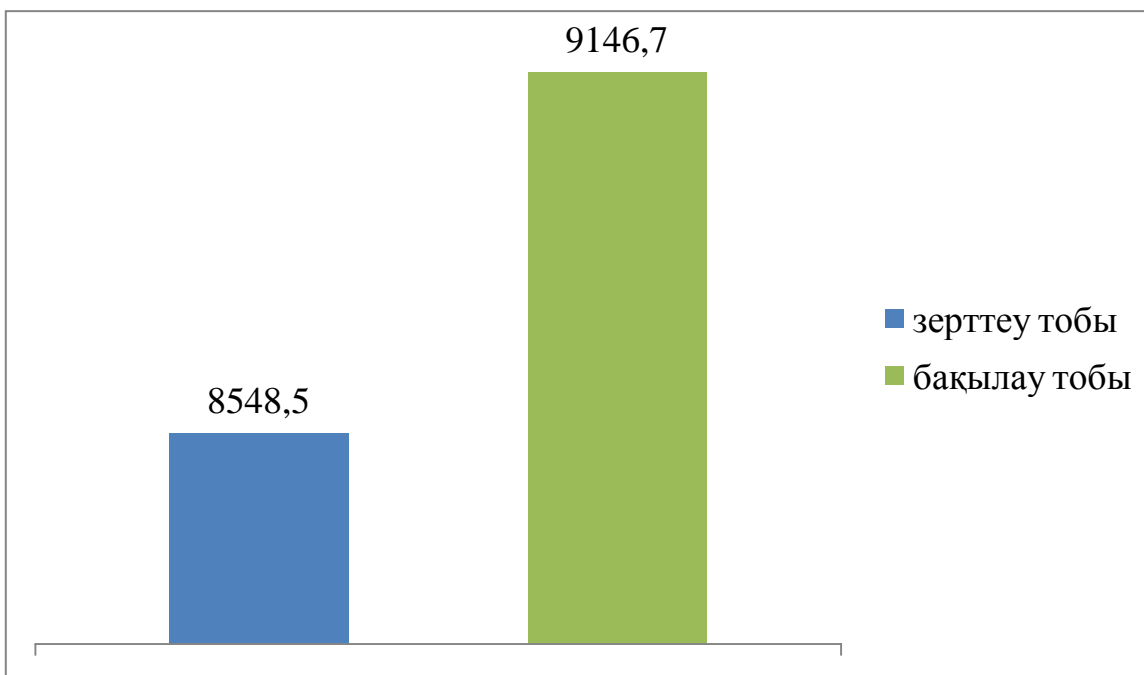
Топтық Статистика					
топтар		N	Орташа	Стд. ауытқу	Стд. Орташа қателігі
6 айға толған ұлдардың бойы	Негізгі топ	30	68,1	2,15519	,39348
	Зерттеу тобы	20	68,4	1,38697	,31014
6 айға толған ұлдардың салмағы	Негізгі топ	30	9146,7	610,99881	111,55261
	Зерттеу тобы	20	8548,5	388,53673	86,87945

Нәрестелер 6 айға толған соң бой көрсеткіштерінде айтарлықтай өзгеріс жоқ, бірақ тек кеуде сүтімен емізілетін балалар салмақты жасына сай қосады. Ал қоспа ішетін сәбилердің көбінде артық салмақ көрсеткіштері байқалады.



15 сурет – Ұлдардың 6 айдағы бой көрсеткіштері

Көріп отырғаныңыздай, алынған мәліметтер индикаторларда кейбір айырмашылықтар бар екенін көрсетеді, бірақ ол мәндердің өзгергіштігінің шектеулі диапазонына ие. Алынған мәліметтердің үлесі сонымен қатар тәуелсіз үлгілердің критерийлері, атап айтқанда Ливин дисперсиясының теңдігі және Т-Орташа теңдік критерийі зерттелді. Жоғарыда көрсетілген статистикалық әдістермен жүргізілген талдау 6 айдан кейін салыстырылатын топтардағы өсу көрсеткіштері де айтарлықтай ерекшеленбейтінін көрсетті ($p=0,649$). Дегенмен, орташа салмақ көрсеткішінің статистикалық маңызды айырмашылығы бар ($p=0,000$), яғни зерттелетін топта балалар айтарлықтай жақсы салмақ қосатыны мәлім болды, бұл мәліметтер 16-Суретте да келтірілген.



16 сурет – Ұлдардың 6 айдағы салмақ көрсеткіштері

Осылайша, статистикалық талдау және зерттеу деректерін визуализациялау, тұтастай алғанда, қарастырылған топтарда ұлдардың өсу қарқынында айтарлықтай өзгеріс болмағанын растайды. Алайда, сонымен бірге өсу көрсеткіштері статистикалық маңызды айырмашылыққа ие, бақылау тобында салмақ өсуі көрсеткішінің мағыналылығын байқадық.

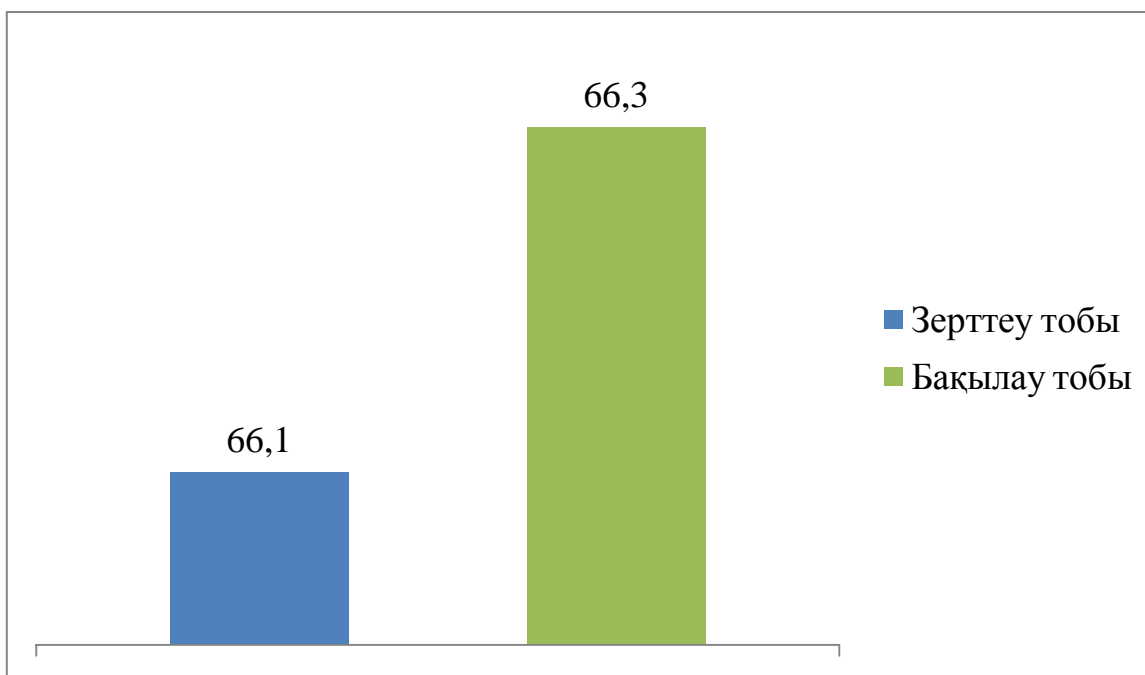
Біз ұқсас параметрлерді қарастыруға көшеміз, қыздардың бой және салмақ көрсеткіштері. Қыздардың бойы мен салмағы бойынша деректер 10-кестеге сәйкес ұсынылған.

10 кесте – Қыздардың 6 айға толғандағы бой, салмақ көрсеткіштері

Топтық Статистика					
топтар			N	Орташасы	Стд. ауытқу
6 айға толған қыздардың бойы	Негізгі топ	34	66,3	1,47135	,25234
	Зерттеу тобы	23	66,1	,99604	,20769
6 айға толған қыздардың салмағы	Негізгі топ	34	8339,7	630,78347	108,17847
	Зерттеу тобы	23	7794,3	479,13583	99,90673

Алынған деректерді көрнекі түрде визуализациялау үшін біз 17-суретке сәйкес 11-кестедегі қыздардың өсуі туралы статистикалық мәліметтерді

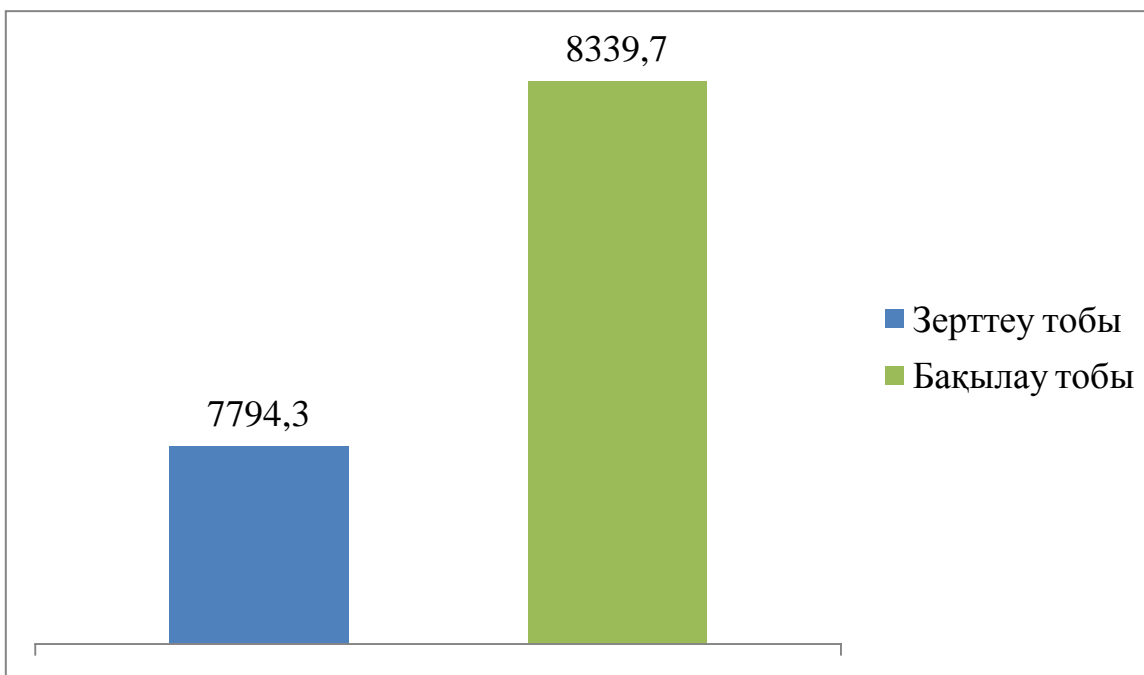
графикалық түсіндіруді ұсынатын диаграмманы ұсынып отырмыз.



17 сурет – Қыздардың 6 айға толғандағы бой көрсеткіштері

Көріп отырғаныңыздай, алынған мәліметтер индикаторлардағы айырмашылық бар екенін көрсетеді, бірақ ол мәндердің өзгергіштігінің шектеулі диапазонына ие. Алынған мәліметтердің үлесі сонымен қатар тәуелсіз үлгілердің критерийлері, атап айтқанда Ливин дисперсиясының теңдігі және Т-Орташа теңдік критерийі зерттелді.

Жоғарыда көрсетілген статистикалық әдістермен жүргізілген талдау 6 айдан кейін салыстырылатын топтардағы өсу көрсеткіштері де айтарлықтай ерекшеленбейтінін көрсетті ($p=0,504$). Дегенмен, орташа салмақ көрсеткішінің статистикалық маңызды айырмашылығы бар ($p=0,000$), яғни зерттелетін топта балалар айтарлықтай жақсы салмақ қосады, бұл мәліметтер 18 - Суретте келтірілген.



18 сурет - Қыздардың 6 айдағы салмақ көрсеткіштері

Осылайша, статистикалық талдау және зерттеу деректерін визуализациялау, тұтастай алғанда, қарастырылған топтарда қыздардың бойының өсуі айтарлықтай айырмашылықтар болмағанын растайды. Бірақ салмақ қосу көрсеткіштері статистикалық маңызды айырмашылыққа ие, бақылау тобында салмақ өсуі көрсеткіші статистикалық мәнді болып табылады.

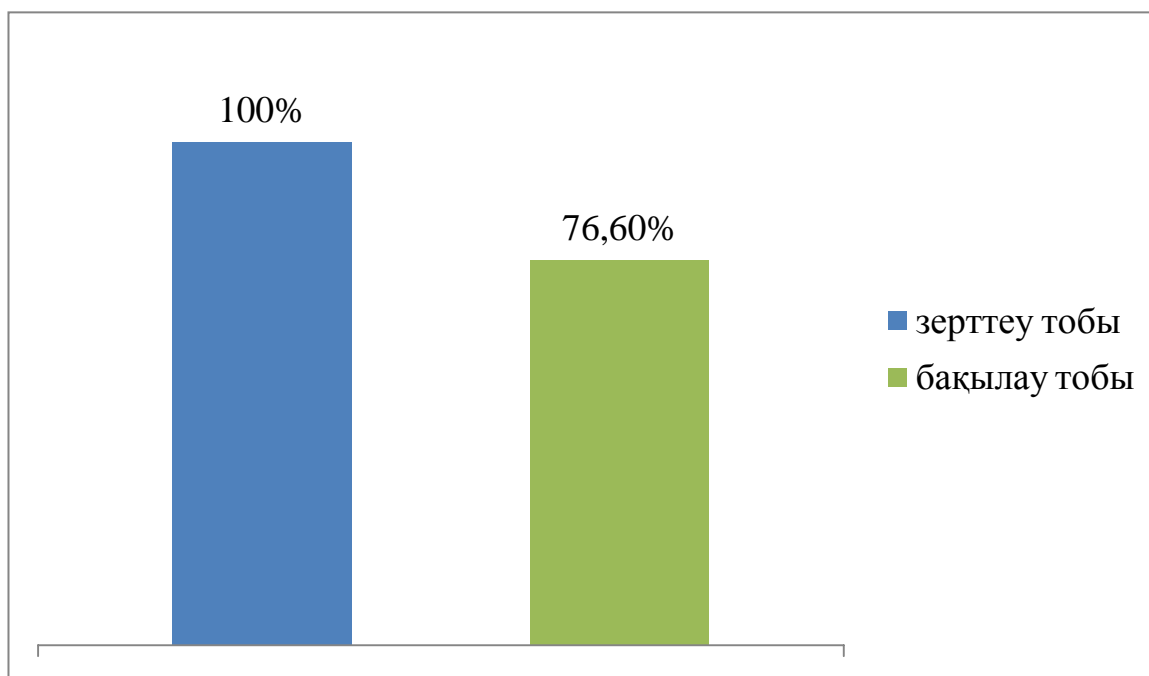
Енді 11-кестеге сәйкес нәрестелердің іштен арқаға айналу статистикасын қарастыруға көшейік.

11 кесте – Іштен арқаға айналу

Бақылауларды өңдеу қорытындысы						
	Бақылау					
	Валидті		Өткізілгендер		Барлығыо	
	N	Пайыз	N	Пайыз	N	Пайыз
Топтар бойынша арқаға айналу	107	100,0%	0	0,0%	107	100,0%
–	107	100,0%	0	0,0%	107	100,0%
–	107	100,0%	0	0,0%	107	100,0%

Алынған деректерді көрнекі түрде визуализациялау үшін біз 19-суретке сәйкес 12-кестені статистикалық өңдеуден кейін іштен арқаға айналу туралы статистикалық мәліметтерді графикалық түсіндіруді ұсынатын диаграмманы қарастырамыз.

ДДҰ мәліметтер мен зерттеулері бойынша нәрестелердің іштен арқаға алты айға дейін айналуы тиіс. Егер айналмаса нәрестені ЖТД немесе невропатологқа жолдама беру керек.



20 Сурет - Нәрестелердің іштен арқаға айналуы бойынша жалпыстатистикалық көрсеткіш

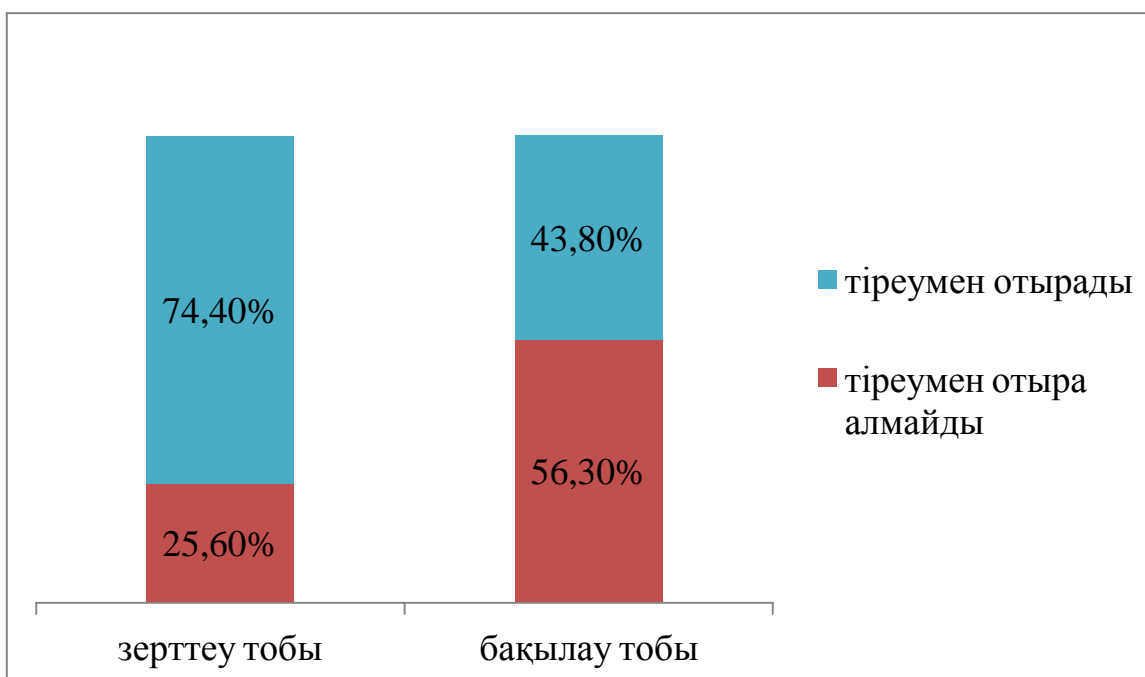
Зерттеу барысында алынған мәліметтер көрсеткендей, зерттелетін топта іштен арқаға бұрыла алатын балалардың саны бақылау тобына қарағанда статистикалық мәні бар ($p=0,000$).

Енді 12-кестеге сәйкес тіреумен отыруға қатысты төңкерістердің статистикасын қарастырамыз.

12 кесте – Тіреумен отыра алады

	Тіреумен отыра алады:	
	Жоқ	Иә
Негізгі топ	56,3%	43,8%
Зерттеу тобы	25,6%	74,4%

Алынған деректерді көрнекі түрде визуализациялау үшін біз 12-кестеге сәйкес 21-сурет статистикалық өңдеуден кейін іштен арқаға айналу қабілеті туралы статистикалық мәліметтерді графикалық түсіндіруді ұсынатын диаграмманы қарастырамыз.



21 сурет – Сәбилердің тіреумен отыра алу қабілеттіктері

Зерттеу барысында алынған мәліметтерге сәйкес, атап өтуге болады. Зерттелетін топта өздігінен отыратын балалардың саны бақылау тобына қарағанда статистикалық маңызды ($p=0,003$).

13-кестеге сәйкес ата-аналармен байланыс туралы деректерді қарастыруға көшейік.

13 кесте – Ойыншықты қолында нық ұстау көрсеткіштері

	Ойыншықты қолында нық ұстау:	
	Жоқ	Иә
Негізгі топ	39,1%	60,9%
Зерттеу тобы	30,2%	69,8%

Салыстырылатын топтар бойынша ойыншықты қолында нық ұстайтын балалар санында статистикалық маңызды, бір-бірінен ерекшеленбейді ($p=0,413$). Келесі 13-кестеге сәйкес ұсынылған қорытынды статистикалық нәтижелерді қарастырсақ зерттеу тобының барлық әйелдері сауалнамаға келісті.

Бақылау тобының 63-нен тек 31 ғана Эдинбург шкаласы бойынша сауалнамадан өтуге келісімдерін беріп, зерттеуге қатысты.

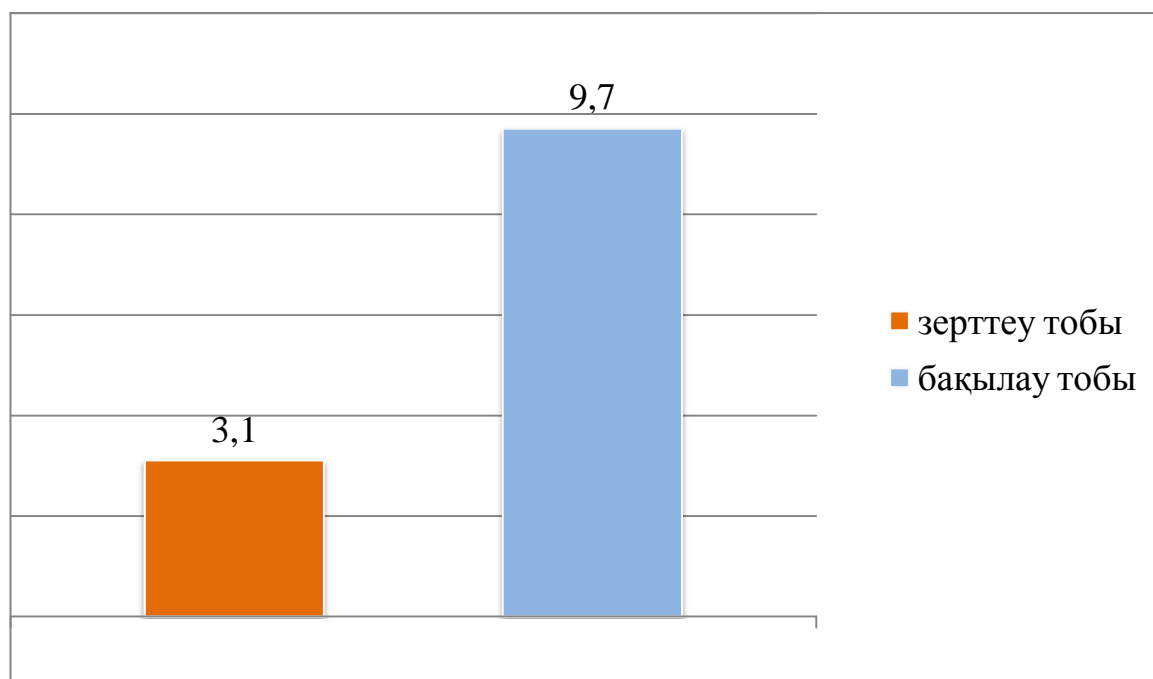
Босанғаннан кейінгі депрессия маңызды Медициналық және әлеуметтік мәселе болып табылады. Қазіргі уақытта ұлттық және мәдени ерекшеліктерді ескере отырып, босанғаннан кейінгі депрессияның тиімді скринингтік құралдарын құру қажеттілігі сақталуда. Бұл жұмыста біз тандалған әдістердің ерекшелігі және сенімділігі мен тиімділігінің басқа көрсеткіштері. Алынған

нәтижелер босанғаннан кейінгі диагноз қою үшін арнайы жасалған салыстырғанда ең көп зерттелген және қол жетімді скринингтік құрал екенін көрсетеді.

14 кесте – Эдинбург шкаласы бойынша топтық статистика көрсеткіштері

Топтық Статистика					
Ұпай бойынша топтар		N	Орташа	Стд. ауытқу	Стд. орташа қате
ұпайлар	Негізгі топ	43	3,1	1,26893	,19351
	Зерттеу тобы	31	9,7	1,69249	,30398

Алынған деректерді көрнекі түрде визуализациялау үшін біз 22-суретке сәйкес 9-кестені статистикалық өңдеуден кейін жалпыланған статистикалық деректердің графикалық түсіндірмесін ұсынатын диаграмманы қарастырамыз.



22 сурет – Эдинбург шкаласы бойынша қорытынды статистикалық көрсеткіштер

Осылайша, топтар арасындағы ұпайлардың айырмашылығы статистикалық маңызды ($p=0,000$), зерттелетін топта ұпайлардың орташа мәні бақылау тобына қарағанда үш есе аз. Бұл нәтиже бойынша тек кеуде сүтімен емізу, әйелді қолдау және түсіну арқылы депрессияның алдын алуға болады. Егер дәстүрлі патронаждық үлгіде перзентханадан шыққан аналарға осы скринингтік тест

жүргізіліп отырса, еліміздегі депрессияға шалдыққан аналарға дер кезінде медициналық көмек көрсетіліп. Көптеген отбасылардағы шиеленіскен жағдайларды, баланы тек ана сүтімен тамақтандыру көрсеткішін ұлғайту мүмкін.

ҚОРЫТЫНДЫ

Ана сүтімен емізуді бірінші жылдан кейін, ал Қазақстан жағдайында өмірдің екінші жылында және одан да ұзақ уақытқа жалғастырған жөн. Бірақ аналардың көбі өздерінің емізе алатындығында күмәнданады. Босанғаннан кейін әйелдің гормоналды өзгерістері нәтижесінде әйелдерге сапалы көмек пен қолдау көрсеткен жағдайда ол ана сүтімен емізе алады. Қолдау болмағасын да қоспа алуды жөн көретін аналар бар. Аналарда күмән туғызатын жағдайлар кезінде мейіргер көмек бере алатын жағдайлар аз емес. ДДҰ балалардың өсуі мен дамуын жақсарту үшін ана сүтімен емізуді ұсынады. ДДҰ және БҰҰ МСАК көрсету сапасының қазіргі заманғы талаптарына сай көмек беретін медициналық-әлеуметтік бағыттағы үлгі ретінде жүкті әйелдер мен ерте жастағы балаларды патронаждаудың әмбебап жетілдірілген үлгісін ұсынды.

Бірінші міндет бойынша: сауалнама нәтижелері бойынша негізінен медициналық жоспарларға бағытталған патронаждың дәстүрлі үлгісі бойынша мейіргерлер патронаждық сапарлар кезінде тек ана сүтімен емізу мәселелеріне назар аудармайды. Аналардың көбі ана сүтімен емізгенмен қосымша тамақты ерте қосатыны және қиыншылық пайда болғанда көмекті кімнен сұрарын білмегендіктен қоспаға көшетіндері анықталды.

Екінші міндет бойынша: жүкті әйелдер мен ерте жастағы балаларға патронаждық қызмет көрсетудің әмбебап жетілдірілген үлгісін енгізу баланың өміріне, денсаулығына, дамуына және қауіпсіздігіне қауіп төндіретін жайтты анықтауға ғана емес, басқаруға да мүмкіндік береді.

Үшінші міндет бойынша: МСАК жұмысына патронаждық қызмет көрсетудің жаңа үлгісін енгізу балаларды 6 айға дейін тек ана сүтімен қоректендіруді ұстанатын аналардың пайызын арттыруға мүмкіндік береді. Алғашқы 6 айда тек ана сүтімен емізудің оң әсері:

Балалардың аурушандығына;

Балалардың физикалық және моторикалық дамуына;

Аналардың депрессиялық жағдайына тікелей әсер етеді.

ШЕШІМДЕР

1. Сауалнама нәтижелері бойынша дәстүрлі патронаждың кемшіліктерін байқадық. Себебі аналардың 86% - ы кеудемен емізгеннің өзінде, 6 айға дейінгі жаңа туған балалары бар әйелдердің 87% - ы балаға қосымша тамақ беретіні анықталды. 62% босанғаннан кейінгі алғашқы апталарда кеудемен емізу кезінде қиыншылықтар болды. 200 әйелдің тек 35% - ы үйде 32 аптада патронаж өткізілгені және патронаж жүргізілген әйелдердің арақатынасынан тек 47% - ына ғана ана сүтінің пайдасын түсіндіріп, баланы кеудеге дұрыс салу әдісін көрсетті.

2. Егер сауалнама нәтижесінде аналардың 87% балаларына қосымша тамақ берсе, ӘЖПҮ енгізу нәтижесінде 43 ана баласын 6 айға толғанша 98% тек ана сүтімен емізді. 6 айға дейінгі аналар мен балалардың 2 тобы салыстырылған кезде тек қана кеуде сүтімен емізу кезіндегі нәтижелер статистикалық мәнді болды ($p < 0,05$)

ӘЖПҮ мен дәстүрлі патронаж арасында ЖРВИ бойынша БМСК алғаш жүгіну, балалардың физикалық даму (салмақ), моторлы дамуындағы айырмашылықтары статистикалық маңызды ($p < 0,05$) деген көрсеткіштерге ие болдық.

3. Зерттеу бойынша балалардың ғана көрсеткіші емес, аналардың депрессиялық жағдайы да Эдинбург депрессия шкаласы бойынша бағаланды. Сауалнама нәтижесінде екі топ арасындағы маңызды айырмашылықты байқадық ($p < 0,05$), зерттелетін топта баллдардың орташа мәні бақылау тобына қарағанда үш есе аз. Зерттеу нәтижесінде көз жеткен қорытындымыз: әр ана өз баласын 6 айға дейін тек ана сүтімен, егер оған уақтылы көмек пен қолдау көрсетілсе, тамақтандыра алатындығын анықтады. Бұл көмек пен қолдауды ӘЖПҮ сәйкес көмек көрсететін білікті медицина қызметкерлерінен қауіп жойылғанға дейін ала алады.

ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР

1. МСАК жағдайында әмбебап жетілдірілген үлгі бойынша аналарға көмек қолдау жүргізу арқылы тек ана сүтімен емізілетін балалар үлесін әлде қайда ұлғайтуға болады.
2. МСАК ұйымдарына орта мерзімді әмбебап жетілдірілген үлгібойынша мейіргерлерді оқыту ұсынылады
3. Қазақстанның барлық емханаларына ӘЖПҮ енгізу.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. ДДҰ (Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы): 54-ші сессия Дүниежүзілік денсаулық сақтау ассамблеясы. Нәрестелерді және ерте жастағы балаларды тамақтандыру. ВАЗ 54.2, 18 мамыр 2001 ж. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r2.pdf (17 қаңтар 2012 ж. қалпындағы)
2. Балалар мен әйелдер жағдайының мониторингі/ [Электронды ресурс]. – Қатынау тәртібі: <https://stat.gov.kz/cluster/survey/intro> (дата обращения: 05.01.2021ж).
3. Kristy M. Hackett, Umme S. Mukta, Chowdhury S.B. Jalal, Daniel W. Sellen. Maternal and child nutrition, 15 October 2012/ <https://doi.org/10.1111/mcn.12007>
4. Bernardo L. Horta, Cesar G. Victora, Long-term effects of breastfeeding: a systematic review, WHO 2013. –С.5-7.
5. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, WHO, 2003. –Б.11-14.
6. Бабаева Б.Н., Ким Н.Г., Есимова Д.Г., Суханбердиев К.А., Тихонова Л.С., Иманова Ж.А. / Мультипрофильный патронаж на основе интеграции служб первичной медикосанитарной помощи, социальной защиты, общественного здоровья, включая медикосоциальную реабилитацию: Методические рекомендации для внедрения в организациях первичной медико-санитарной помощи.- Астана, 2018.-Б. 87.
7. NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. Lancet Glob Health. 2016;4(4):e266–75. DOI:10.1016/S2214-109X(16)00040-1
8. Тамара Гоцадзе / Оценка патронажной службы и предложения по ее оптимизации. ЮНИСЕФ, 2015. -С. 30.
9. Шалхарова Ж.С., Байгожина З.А., Акимниязова Н.Д., Татибекова А.М., Нурмагамбетова Ж.А. / Универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи: методические рекомендации для внедрения в образовательные программы колледжей.- Астана, 2018, -Б. 35.
10. Ellen G Piwoz, Sandra L Huffman. The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices. Food Nutr Bull. 2015 Dec;36(4):373-86. DOI: 10.1177/0379572115602174.
11. Бурмистрова Т.И., Глушко И.В., Лучанинова В.Н., Абольян Л.В. Экономическая эффективность внедрения программы грудного вскармливания. Пробл. управления здравоохранением, 2004; 16 (3): -Б. 54–56
12. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың мемлекеттік бағдарламасы «Денсаулық» 2016 – 2019 жж. / [Электронды ресурс].- Қатынау тәртібі: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1800000634>.
13. World Health Organization, UNICEF –Care for child development: improving the care for young children
14. [<https://www.euro.who.int/en>]
15. [<https://www.wavetrust.org/how-wavebegan>]
16. Еуропалық аумақтық комитет EUR/RC64/5 алпыс бесінші сессия

Копенгаген, Дания, 15–18 қыркүйек 2014 ж. 24 маусым 2014, -Б. 1-10.

17. Баян Бабаева национальный консультант ЮНИСЕФ Коркмазов Арсен – координатор ИВБДВ Современная система патронажного сестринского обслуживания в Казахстане, 2017ж

18. ДДҰ/Лучшее начало жизни Грудное вскармливание для профилактики неинфекционных заболеваний и достижения Целей в области устойчивого развития в Европейском регионе ВОЗ/
https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/447560/The-best-start-in-life-rus.pdf

19. Мониторинг положения детей и женщин / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://stat.gov.kz/cluster/survey/intro> (дата обращения: 05.01.2021г).

20. Президент Жарлығы. Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі Стратегиялық даму жоспары туралы "№922» / [Электронный ресурс].- Режим доступа: https://online.zakon.kz/document/?doc_id=30559730 (дата обращения:05.01.2021г).

21. United Nations Children’s Fund. UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Access the data: infant and young child feeding <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/> по состоянию на 7 марта 2018 г.)

22. Қазақстан Республикасының президентінің жарлығы 15 қаңтар 2016 ж. № 176 [Электронды ресурс].- Қатынау тәртібі: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1600000176/history> (датаобращения: 05.01.2021г).

23. Salvatori G, Guaraldi F. Effect of breast and formula feeding on gut microbiota shaping in newborns. *Front Cell Infect Microbiol.* 2012;2:94. DOI:10.3389/fcimb.2012.00094.

24. World Health Organization, United Nations Children’s Fund. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva: World Health Organization; 2009. (WHO/NMH/NHD?09.1, WHO/FCH/CAH/09.1; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69938/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf?sequence=1, по состоянию на 7 марта 2018 г.)

25. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):402–17. DOI:10.1111/mcn.12294

26. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(2):CD001141. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub5

27. Sydney L Hans, Renee C Edwards, Yudong Zhang. Randomized Controlled Trial of Doula-Home-Visiting Services: Impact on Maternal and Infant Health. 2018 Oct;22(Suppl 1):105-113. DOI: 10.1007/s10995-018-2537-7.

28. Фурцев В.И. Грудное вскармливание: основные принципы успешного становления и поддержки практики грудного вскармливания/ Сибирское медицинское обозрение, 2012. -Б.95-102.

29. New role of patronage nurse. ISSA. Resource Modules for homevisitors. © The United Nations Children’s Fund, 2016.

30. Fostering cooperation between the health and social sectors to deliver better nurturing care services. Kazakhstan. UNICEF. 2018. Retrived from <http://nurturing-care.org/wp-content/uploads/2018/05/nurturing-care-case-study-kazakhstan>
31. The child care transition. Child rights: in early childhood. Innocenti Research Centre. Florence. © The United Nations Children’s Fund, 2008.
32. Uche H. Nnebe-Agumadu, Elizabeth F. Racine, Sarah B. Laditka, Maren J. Coffman International Breastfeeding Journal Associations between perceived value of exclusive breastfeeding among pregnant women in the United States and exclusive breastfeeding to three and six months postpartum: A prospective study. 2016. DOI 10.1186/s13006-016-0065-x
33. Cesar G Victora, Rajiv Bahl, Aluísio J D Barros, Giovanny V A França, Susan Horton, Julia Krusevec, Simon Murch, Mari Jeeva Sankar, Neff Walker, Nigel C Rollins, *Lancet Breastfeeding Series Group*. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. –Б. 387, 475-490. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
34. Проблемы в грудном вскармливании ЮНИСЕФ /<https://weshare.unicef.org/Package/2AMZIF2XCKTB>
35. United Nations Children’s Fund, World Health Organization. Country experiences with the Baby-friendly Hospital Initiative: Compendium of case studies from around the world. New York: United Nations Children’s Fund; 2017 https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Case_Studies_FINAL.pdf
36. Institute of Health Visiting (2015) Lifelong Learning in Health Visiting. DH and NEE <http://ihv.org.uk/for-health-visitors/resources/frameworks>
37. Бабаева Б.Н., Ким Н.Г., Есимова Д.Г., Суханбердиев К.А., Тихонова Л.С., Иманова Ж.А/Методические рекомендации для внедрения в организациях первичной медико-санитарной помощи/ Астана 2018. –С.37-44 Nigel C Rollins, Nita Bhandari, Nemat Hajeerbhoy, Susan Horton, Chessa K Lutter, Jose C Martines, Ellen G Piwoz, Linda M Richter, Cesar G Victora. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Breastfeeding Series Group, Lancet 2016 Jan 30;387(10017):491-504 DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2
38. Отчет технической рабочей группы по внедрению универсальной-прогрессивной модели домашних визитов в Кызылординской области. ЮНИСЕФ Казахстан 2017 / [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://rcrz.kz/docs/metodic/method.recommend_patron..pdf (дата обращения: 05.01.2021г).
39. Breastfeeding medicine, Volume 11, Number 6, 2016. –P.5. DOI: 10.1089/bfm.2016.29014.jat
40. Queensland clinical guidelines/ www.health.qld.gov.au/qcg
41. ЮНИСЕФ. Учебные модули. Партнерство между семьями и патронажными работниками для повышения благополучия детей раннего возраста. 2017. –С.81.
42. Perinatal Services BC, Obstetrics guidelines 20. Postpartum Nursing Care Pathway, March, 2011. –С.39.

43. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 декабря 2017 года № 1027. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 25 января 2018 года № 16279. Об утверждении Стандарта организации оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан/ <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1700016279>

44. An Evidence Check rapid review brokered by the Sax Institute for the Department of Health. May, 2018. –С.38.

ҚОСЫМША А



ҚОСЫМША Ә

Сауалнама

1. Сәбиіңіз емшек еме ме?
А. Иа
Б. Жоқ
2. Емізу кезінде қиындықтар бар ма?
А. Иа
Б. Жоқ
3. Сәбиге басқа тағамдар немесе сұйықтықтар берілді ме?
А. Иа
Б. Жоқ
4. Сәбиді тәулігіне неше рет емізесіз?
А. Сұрау бойынша
Б. 8-10 рет
5. Жүктілігіңіздің 32 жұма мерзімінде сізге патронаж жүргізілді ме?
А. Иа
Б. Жоқ

Егер №5 сұраққа «Иа» деп жауап берсеңіз 6 сұраққа көшініз.

6. Патронаж кезінде сізге емізудің артықшылықтары жайында айтылды ма?
А. Иа
Б. Жоқ
7. Босанғаннан кейін нәрестенізді бірден кеудеге бастыңыз ба?
А. Иа, бірден босанғаннан соң.
Б. Жоқ
8. Босанғаннан кейінгі патронаж кезінде сізге нәрестені қалай дұрыс емізу керектігін көрсетті ме?
А. Иа
Б. Жоқ
9. Патронаж кезінде сізге 6 айға дейін тек ана сүтімен емізудің маңыздылығы жайында айтылды ма?
А. Иа
Б. Жоқ
10. Босанғаннан кейін алғашқы күндерде нәрестенізді емізу кезінде қиындықтар болды ма?
А. Иа
Б. Жоқ

ҚОСЫМША Б

ЖАЗБА ФОРМАСЫ 1

6 АЙҒА ДЕЙІНГІ НӨРЕСТЕЛЕРДІҢ ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА ТАМАҚТАНДЫРУ МЕН КҮТУ

Аты жөні: _____ Жасы: _____ ай. Салмағы: _____ кг Бойы: _____	
Картаны пайдалана отырып физикилық дамуын бағалау: _____	
ТАМАҚТАНУ БОЙЫНША ПРОБЛЕМАЛАР БАР МА АНЫҚТАУ	ТАМАҚТАНУ БОЙЫНША ПРОБЛЕМАЛАР
Ана сүтімен емізу:	
Емізу кезінде қиыншылықтар бар ма? Иә _____ Жоқ _____	
Балаңыз ана сүтімен емізіле ме? Иә _____ Жоқ _____	
Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? _____ рет	
Түнде емізесіз бе? Иә _____ Жоқ _____	
Балаңыз қосымша тамақ не сұйықтық іше ме? Иә _____ Жоқ _____	
Егер Иә болса, жиілігі қанша? _____ Күніне рет	
Қосымша тамақты немен бересіз бутылкамен _____ кесемен _____	
Егер нәрестенің жасы 1 айға толмаған болса, емізу кезінде қиыншылықтар болса, (егер ана сүтін күніне сегізден аз емсе, ана сүтінен басқа қосымша тамақ берілсе, жасына сай салмақ қоспаса):	
Ана сүтімен емізуді бағалау :	Егер нәрестені соңғы сағат ішінде емізбесе, анаға сәбиді емізуді сұрау. Емізіп жатқанын 4 минут бақылау.
Соңғы сағатта ана сүтімен емізілді ме?	• Сәби емшекті аузына ала алама? Кеудеге дұрыс салынуын тексеру үшін:
	- Иегі кеудеге тие ме Иә _____ Жоқ _____
	- Аузы Иә _____ Жоқ _____
	Астыңғы ерні сыртқа қайырылған Иә _____ Жоқ _____
	- Ареола ауыздың үстіңі жағынан көбіне көрінеді астынан емесл Иә _____ Жоқ _____
	<i>Салынбаған Қате салынған Кеудеге дұрыс салынға</i> Приложен хорошо

	<ul style="list-style-type: none"> • Сәби тиімді еме ме (<i>сүтті ақырын терең тоқтап тоқтап іше ме</i>)? <i>Ембейді</i> <i>Тиімсіз емеді</i> <i>Т и і м д і е м е д і</i> • Сәбидің аузынан ақ дақтар немесе жаралар бар ма екенін тексеру. 	
	<p>Нәресте ана сүтінен басқа қосымша тамақ немесе сұйықтық іше ме?</p> <p>Иә болса, қандай қосымша тамақ _____</p> <p>Қанша мөлшерде және қандай жиілікте _____мл _____рет</p> <p>Қосымша тамақты не қоспаны қалай дайындайсыз қалай сақтайсыз?</p> <p>Тамақтандыру үшін нені қолданасыз? бутылка _____ кесе _____</p>	
	<p>ДАМУ МАҚСАТЫҢДА ҚАРАУДЫ БАҒАЛАУ:</p> <p>Сәбимен қалай ойнайсыз?</p> <p>Сәбимен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Қарау кезіндегі қиыншылықтар</p>

ҚОСЫМША В



«АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» ҚСАҚ
Локальды Биотикалық комитет

Решение ЛЭК НАО МУА

Выписка из Протокола заседания № 2

Дата (Д/М/Г) 19.12.19 г.

Название протокола: Өмбебап жетілдірілген үлгі негізінде 6 айға дейін тек ана сүтімен тамақтандырудың жаңа енгізіліп жатқан кағидаларға сәйкес тиімділігі					
Основной исследователь:		Бримқова М.Б. Научный руководитель: д.м.н., профессор Уразова С.Н.			
Институт:					
Рассмотренные элементы		v Приложены		Не приложены	
Повторное рассмотрение да нет v		Дата предыдущего рассмотрения:			
Решение:		v Разрешено (Р) Разрешено с рекомендациями (Рек) Повторная заявка (ПЗ) Не разрешено (НР)			
№.	Голосование членов ЛЭК	решение			
		Р	Рек	ПЗ	НР
1	Тажибаева Дамира Сабировна	v			
2	Хамчиев Курейш Мавлович	v			
3	Бекбергенова Жанагуль Боранбаевна	v			
4	Канбаба Махамбет Бекболатұлы	v			
5	Аканов Амангали Балтабекович	v			
6	Базарова Анна Викентьевна	v			
7	Дербисалина Гульмира Аждадиновна (воздержалась)				
8	Латыпова Наталья Александровна	v			
9	Жусупова Гульнара Даригеровна	v			

Примечание: Р - Разрешено; Рек - Разрешено с рекомендациями; ПЗ - Повторная заявка; НР - Не разрешено

Обсуждение:

Были рассмотрены документы исследования на предмет этической совместимости, представленные на рассмотрение ЛЭК. Дизайн данного исследования не требует вмешательства, является наблюдательным.

Принятое решение:

Одобрить и рекомендовать к исполнению мероприятий по выполнению исследования с последующим мониторингом исполнения с учетом этических норм при тестировании объектов исследования. Назначить следующее слушание через 12 месяцев по предварительным результатам исследования с учетом рекомендаций ЛЭК.

Подпись:

Председатель ЛЭК НАО МУА
Д.м.н., проф. Тажибаева Д.С.

Секретарь ЛЭК НАО МУА
MD, MSh Бекбергенова Ж.Б.

ҚОСЫМША Г

«Астана медицина университеті» КеАҚ

**Біліктілігін арттырғаны туралы
КУӘЛІК
№ 003442**

Осы куәлік,


Бримова Мәдина Білімқызына

ол 2019 жылғы “18” қарашадан бастап
ол 2019 жылғы “29” қарашаға дейін

**«Жүкті әйелдерге және ерте жастағы
балаларға патронаждық қызмет
көрсетудің амбебап прогрессивті моделі»**

бойынша біліктілігін арттыру циклында

108 сағат көлемінде өткені үшін берілді.


Ректор **Д. Павалькис**

Берілген күні: 29 қараша 2019 ж.

НАО «Медицинский университет Астана»

**СВИДЕТЕЛЬСТВО
о повышении квалификации
№ 003442**

Настоящим удостоверяется, что

Бримова Мәдина Білімқызы

том, что он(а)
с “18” ноября 2019 года
по “29” ноября 2019 года

прошел(а) повышение квалификации по циклу

**«Универсальная прогрессивная модель
патронажного обслуживания беременных
женщин и детей раннего возраста»**

в объеме 108 часов.


Ректор **Д. Павалькис**

Дата выдачи: 29 ноября 2019 г.

Активация Windows

ҚОСЫМША Д

1. Постнаталды депрессияның Эдинбург шкаласы
Мен күлемін және өмірдің жақсы жақтарын көре аламын.
Әдеттегідей
Әдеттегіден аздау
Кейде
Ешқашан.
2. Мен болашаққа оптимистік көзқараспен қараймын
Әдеттегідей
Әдеттегіден аздау
Кейде
Ешқашан
3. Кейбір жағдайларда өзімді себепсіз кінәлаймын
Өте сирек
Анда санда
Жиі
Әрдайым
4. Себепсіз мазаланып алаңданамын
Өте сирек
Анда санда
Жиі
Әрдайым
5. Мен себепсіз қорқып дүрбелене бастаймын
Жиі
Анда санда
Сирек
Ешқашан
6. Мен жағдай менің бақылауымнан шығып жатқанын сездім.
Ия, көп көбінесе мен жағдайға әсер ете алмадым
ИЯ, кейде Мен жағдайды әдеттегідей шеше алмадым
Жоқ, көп жағдайда мен жағдайды өз қолыма аламын
Жоқ, мен әдеттегідей жағдайды қолыма ала аламын
7. Өзімді сондай бақытсыз сезінгенім соншалық ұйықтап кету қиын
қиын болды
Көп жағдайда
Жиі
Анда санда
Ешқашан
8. Мен қайғырамын
Көп жағдайда
Жиі
Анда санда
Ешқашан
9. Өзімді сондай бақытсыз сезіндім, тіпті жылап қоямын

Көп жағдайда

Жиі

Анда санда

Ешқашан

10. Менің өзіме зиян келтіру туралы ойым болды

Көп жағдайда

Жиі

Анда санда

Ешқашан