



USAID
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

SPRING
Укрепление Глобального Партнерства, Обмена
Результатами, и Инновациями в области Питания

Формативное исследование проекта SPRING в
Кыргызской Республике

Факторы, влияющие на рацион питания семьи



Май 2015

Данный отчет стал возможным благодаря помощи американского народа, оказанной через Агентство США по международному развитию (USAID), в рамках Соглашения о сотрудничестве AID-OAA-A-11-00031 (SPRING) под руководством JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI). JSI несет ответственность за содержание публикации, которое не обязательно отражает позицию USAID или Правительства США.

О проекте SPRING

Проект SPRING (Укрепление Глобального Партнерства, Обмена Результатами и Инновациями в области Питания) является пятилетним Соглашением о сотрудничестве, финансируемым Агентством международного развития США (USAID) с целью усиления национальных мер по расширению использования передовых практик и политик в области питания и улучшению результативности питания детей и матерей. Проект SPRING реализуется под руководством Учебного и Исследовательского Института Джона Сноу, Инк (JSI Research & Training Institute), совместно с партнерами - Хелен Келлер Интернешнл (Helen Keller International), Манофф Груп (The Manoff Group), Организацией «Спасите Детей» (Save the Children) и Международным Исследовательским Институтом по Разработке Продовольственной Политики (IFPRI).

Выражение признательности

Проект SPRING выражает благодарность Консультанту Джудиан МакНалти (Judianne McNulty) за ее важную роль в проведении данного формативного исследования и составление первоначального отчета об исследовании. SPRING также благодарит сотрудников проекта SPRING в Кыргызской Республике за их содействие тому, чтобы разработанный для исследования вопросник был целостным, а опрос населения и обсуждения в фокус-группах были проведены с большой тщательностью, а также за их комментарии к полученным данным и рассказанные ими контекстные забавные случаи из жизни. В частности, Сайкал Бозова сыграла важную роль в оценке учреждений здравоохранения, Аида Шамбетова провела долгие часы в тяжелых поездках для того, чтобы исследование охватило женщин в отдаленных районах. Проект SPRING также выражает признательность Бритте Сейферт (Britta Seifert), волонтеру Корпуса Мира, которая помогла собрать данные в Токтогульском районе, и сотрудникам Кабинетов укрепления здоровья в Жалал-Абадской области и Жумгалском районе, которые помогли организовать опросы и обсуждения в фокус-группах, а в некоторых случаях и сами приняли в них участие.

Многие ознакомились с первоначальным черновым вариантом данного отчета и внесли свои полезные предложения по его улучшению, в том числе Бриджит Роджерс (Bridget Rogers), Тим Уильямс (Tim Williams), Эшли Аакесон (Ashley Aakesson) и Дениш Мурси (Denish Moorthy).

И наконец, SPRING выражает свою особую благодарность Министерству здравоохранения Кыргызской Республики и органам местного самоуправления за готовность к сотрудничеству и предоставление проекту полномочий на проведение исследования, и также жителям Джалал-Абадской области и Джумгалского района за их готовность участвовать в опросах и отвечать на вопросы об их семьях, домах, и практиках, связанных с питанием.

Рекомендуемая ссылка на источник

SPRING, 2015. *SPRING/Kyrgyz Republic Formative Research Report*. The Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) Project. Arlington, VA.

SPRING

JSI Research & Training Institute, Inc.

1616 Fort Myer Drive

16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Phone: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: info@spring-nutrition.org

Internet: www.spring-nutrition.org

Фотография на обложке: собственность Джудиан МакНалти, Консультанта SPRING

Содержание

Аббревиатура.....	vii
Введение	1
Краткая информация о проекте.....	3
Проект SPRING в Кыргызстане	3
Проблемы питания, выявленные медико-демографическим исследованием 2012.....	3
Общая обстановка в целевых районах	5
Цель формативного исследования.....	6
Методология	7
Методы и инструменты	8
Выборка.....	8
Анализ и управление данными	9
Основные результаты и выводы	11
Подробные результаты	15
Модели питания по регионам	15
Факторы, влияющие на разнообразие рациона питания	16
Знания о питании	21
Существующие практики кормления детей.....	21
Водоснабжение, санитария и гигиена.....	25
Гендер и внутрисемейная динамика	29
Результаты оценки учреждений здравоохранения.....	31
Рекомендации	33
Приложение А. Употребление препаратов железа беременными женщинами в целевых районах проекта – Джалал-Абадской и Нарынской областях	35
Приложение Б. График Фазы I полевых работ формативного исследования	41
Приложение В. Инструменты для Фазы I формативного исследования	45
Приложение Г. Разнообразие рациона питания женщин, базовые данные SPRING.....	61
Приложение Д. Схема приобретения продуктов питания по регионам.....	63
Приложение Е. Базовые данные по хранению продуктов питания	69
Приложение Ж. Сводный обзор объектов водоснабжения, санитарии и гигиены	71
Приложение З. Результаты оценки учреждений здравоохранения по всем районам	75

Аббревиатура

МДИ	Медико-демографическое исследование
ФАП	Первичное доврачебное медицинское учреждение, укомплектованное фельдшером или медсестрой
ОФГ	Обсуждения в фокус-группах
ОУЗ	Оценка учреждений здравоохранения
КУЗ	Кабинет укрепления здоровья
КДГРВ	Кормление детей грудного и раннего возраста
JSI	Институт Джона Сноу
ППМ	Порошковые питательные микроэлементы (<i>Гулазык</i>)
SPRING	Укрепление глобального партнерства, обмена результатами и инновациями в области питания
USAID	Агентство США по международному развитию
СКЗ	Сельский комитет здоровья

Введение

Согласно Медико-демографическому исследованию (МДИ) за 2012 год, 18 процентов детей в Кыргызстане до пяти лет имеют задержку роста, в то же время 43 процента детей в возрасте от 6 до 59 месяцев и 35 процентов женщин репродуктивного возраста страдают анемией. Основная деятельность проекта SPRING сосредоточена в десяти административно-территориальных единицах Джалалабадской области и в Джумгалском районе Нарынской области. Данное исследование было проведено с целью лучшего понимания существующих практик питания в семьях с детьми до двух лет и того, какие факторы влияют на потребление продуктов питания в семье, кормление детей и статус питания. Исследование проводилось в течение четырех недель в октябре и ноябре 2014 года, сразу же после завершения базового количественного исследования. Методология исследования включала в себя шесть различных видов деятельности: фокус-группы, состоящие из женщин с детьми раннего возраста, ключевые интервью-опросы с участием мужчин, интерактивные мероприятия с участием женщин всех возрастов, фокус-группы с участием сотрудников Сельских комитетов здоровья, поперечные обходы домохозяйств с использованием структурированного руководства для наблюдения, и оценка учреждений здравоохранения.

Результаты данного исследования окажут влияние на стратегию SPRING и информационные материалы проекта. В целом исследование показало, что для большинства семей недостаток продовольствия не является ограничивающим фактором, однако сезонное разнообразие рациона представляет собой серьезную проблему. Фрукты и овощи редко употребляются в зимний период из-за их ограниченности и цены. Большинство женщин считают, что младенцы нуждаются в дополнительной воде и/или питании в течение месяца или двух после рождения, потому что у матери недостаточно грудного молока. Первая пища ребенка – это чаще всего жидкая каша, приготовленная из обжаренной на животном жире муки с добавлением воды или молока. По всей видимости, женщины не знают о преимуществах раннего начала грудного вскармливания для них самих, а сотрудники родильных отделений не прошли подготовку по раннему началу грудного вскармливания. Также, женщины не осведомлены о надлежащей частоте или количестве прикорма. В то время как большинство женщин вводят прикорм слишком рано, данные базового исследования SPRING показали, что 12 процентов женщин откладывают введение прикорма до восьми месяцев, считая, что грудного молока достаточно для ребенка в этом возрасте. Чистота туалетов с выгребными ямами не является культурным ожиданием, только половина матерей должным образом утилизируют фекалии маленьких детей. В большинстве домохозяйств женщины абсолютно свободно принимают решения о приобретении продуктов питания и об обращении в медицинское учреждение, однако их свекрови принимают участие в кормлении их маленьких детей и дают советы молодым матерям. Медицинские работники воспринимаются, как очень надежный источник информации, что, в свою очередь, дает возможность обучить их навыкам качественного консультирования и усилить их техническую подготовку и потенциал.

Ключевые рекомендации, разработанные на основе оценки учреждений здравоохранения, включают в себя: проведение совместной работы с местными органами власти и районными чиновниками от здравоохранения в целях обеспечения того, чтобы каждое медицинское учреждение имело необходимое количество чистых, функциональных ямочных туалетов или туалетов со смывом для их сотрудников и пациентов; проведение обучающих тренингов по кормлению детей грудного и раннего возраста и анемии для всех соответствующих медицинских работников, проведение последующего поддерживающего наблюдения совместно с районными работниками здравоохранения; и оказание содействия Министерству

здравоохранения в разработке протокола по анемии, в том числе в разработке тренинга для медицинских работников по его реализации.

Краткая информация о проекте

Проект SPRING в Кыргызстане

Проект SPRING (Укрепление Глобального Партнерства, Обмена Результатами и Инновациями в области Питания) является пятилетним Соглашением о сотрудничестве, финансируемым Агентством международного развития США (USAID) с целью усиления национальных мер по расширению использования передовых практик и политик в области питания и улучшению результативности питания детей и матерей. Проект SPRING предоставляет техническую поддержку на самом современном уровне и фокусируется на предотвращении задержки роста и анемии у женщин и детей в первые 1000 дней их жизни. Проект SPRING реализуется под руководством Учебного и Исследовательского Института Джона Сноу, Инк (JSI Research&Training Institute), совместно с партнерами - Хелен Келлер Интернешнл (Helen Keller International), Манофф Груп (The Manoff Group), Организацией «Спасите Детей» (Save the Children) и Международным Исследовательским Институтом по Разработке Продовольственной Политики (IFPRI).

USAID в Кыргызской Республике обратился к SPRING с просьбой улучшить статус питания женщин и детей в пределах зоны влияния программы «Продовольствие во имя будущего» путем улучшения поведения в области питания, улучшения качества и разнообразия рациона питания и поддержки политики в области питания, опирающейся на научно-обоснованные данные. Географический фокус проекта SPRING – это Джумгалский район Нарынской области на севере и 10 административно-территориальных единиц Джалал-Абадской области на юге. Рабочий План SPRING включает в себя работу с местными сообществами и информационную кампанию в СМИ для того, чтобы улучшить практики питания на уровне домохозяйств; также он предусматривает мероприятия, направленные на улучшение качества предоставляемых услуг в области питания, в том числе консультирование в учреждениях здравоохранения.

В октябре и ноябре 2014 года SPRING провел формативное исследование в районах работы проекта. Результаты исследования, в сочетании с дополнительной информацией, собранной во время базового исследования, будут использованы для разработки эффективной стратегии по изменению поведения, в которую войдут различные мероприятия, информационные сообщения и материалы для целевых групп населения.

Проблемы питания, выявленные медико-демографическим исследованием 2012

Согласно Медико-демографическому исследованию (МДИ) за 2012 год, 18 процентов детей в Кыргызстане до пяти лет имеют задержку роста. Показатель распространения различается между регионами, наиболее высокая концентрация наблюдается в Ошской и Баткенской областях. Исследование не показало существование прямой связи между задержкой роста и уровнем благосостояния семьи или уровнем образования матери, нет существенных различий и между показателями задержки роста у городских и сельских жителей. Только 7 процентов женщин страдают от недоедания, тогда как 31 процент женщин имеют избыточный вес. Женщины, у которых недостаточный вес - индекс массы тела меньше 18.5 см. – с большей долей вероятности будут иметь детей с задержкой роста.

В соответствии с МДИ, 43 процента детей в возрасте от 6 до 59 месяцев и 35 процентов женщин репродуктивного возраста страдают анемией. Наиболее высокие показатели отмечаются в Таласской и Чуйской областях, а наиболее низкие в г. Ош и Джалал-Абадской области. Как и при задержке роста,

обнаружена слабая зависимость между анемией и уровнем благосостояния или уровнем образования матери, показатели городского и сельского населения также не имеют существенных различий. МДИ отмечает, что только два процента женщин употребляли препараты железа в течение 90 дней во время беременности.

Рацион питания

Международные рекомендации гласят, что дети в возрасте до шести месяцев должны находиться на исключительно грудном вскармливании, и они должны продолжать получать грудное молоко до двух лет включительно. Прикорм должен быть введен в возрасте шести месяцев. Несмотря на то, что почти все матери в Кыргызстане начинают кормить ребенка грудью после родов, МДИ показывает, что только 38% детей находятся на исключительно грудном вскармливании в возрасте 4 – 5 месяцев. Средний показатель продолжительности исключительно грудного вскармливания всего 3.3 месяца и всего 56% детей получают грудное молоко в течение первых двух лет.

Полученные данные о практиках кормления детей грудного и раннего возраста (КДГРВ) МДИ и базового исследования SPRING, которое было проведено в октябре 2014 года, несколько отличаются между собой, как показано в Таблице 1 ниже.

Таблица 1. Сравнение показателей по КДГРВ, МДИ и базовое исследование SPRING

Показатели	МДИ ¹	Базовое исследование SPRING
	%	%
Разнообразный рацион питания детей в возрасте от 6 до 23 месяцев с фокусом на продукты, содержащие железо и витамин А		
% детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, которые употребляли продукты из четырех или более продуктовых групп в предыдущие 24 часа	44%	45%
% детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, которые употребляли продукты, содержащие железо в предыдущие 24 часа	61%	78%
% детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, которые употребляли продукты, содержащие витамин А в предыдущие 24 часа	66%	56%
Минимальная частота питания детей в возрасте от 6 до 23 месяцев		
% детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, которым предлагали еду необходимого количество раз в течение дня в соответствии с их возрастом и статусом грудного вскармливания	44%	45%
Минимально приемлемый рацион питания детей в возрасте от 6 до 23 месяцев		
% детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, которые получали минимально приемлемый рацион питания в соответствии с их возрастом и статусом грудного вскармливания	16%	22%

¹ Медико-демографическое исследование Кыргызстана 2012, было проведено Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики, Министерством здравоохранения и проектом USAID MEASURE. Выборка включала 8,208 женщин репродуктивного возраста и 2,636 женщин с детьми до пяти лет. Полевые работы были проведены с августа по декабрь 2012 года.

Показатели	МДИ ¹	Базовое исследование SPRING
	%	%
Раннее начало грудного вскармливания		
% детей, которых приложили к груди в течение одного часа после рождения	84%	67%
Исключительно грудное вскармливание с рождения ребенка и до первых шести месяцев		
% детей в возрасте от 0 до 5.9 месяцев, которые получали только грудное молоко в предыдущие 24 часа	56%	32%
Кормление из бутылки		
% детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, которых кормили чем-либо из бутылки	22%	29%
Своевременное введение надлежащего прикорма		
% детей в возрасте от 6 до 8 месяцев, которые получали полужидкую или густую пищу в течение предыдущих 24 часов.	57%	88%

Общая обстановка в целевых районах

На севере республики SPRING работает в одном районе Нарынской области - в Джумгале, где абсолютное большинство населения является этническими кыргызами. Въезд в Джумгал находится на краю широкой равнины, но в основном, это горный район, расположенный вдоль крутой и узкой речной долины. За счет возможности полива вдоль реки выращиваются зерновые и картофель, тем не менее, в данном регионе сельскохозяйственная деятельность сконцентрирована на животноводстве, включая разведение овец, коз, лошадей и крупного рогатого скота. Базовое исследование показало, что, опрошенные семьи, в среднем имеют 17 овец, овцы их преобладающий скот. Большая часть Джумгальского района находится на высоте 1850 метров (6000 футов) или выше, что означает - около трех безморозных месяца и очень короткий вегетационный период. В летнее время домашний скот перегоняется в высокогорные пастбища. В Джумгальском районе есть несколько угольных шахт, где работают некоторые местные мужчины. Небольшое количество мужчин уехало из Джумгала, чтобы работать за границей.

Большинство целевых административных районов в Джалал-Абадской области также расположены в горной местности, но они отличаются более сухим климатом. Это тоже пастбищные районы, хотя люди держат меньше домашнего скота, некоторые домохозяйства имеют дойную корову. Большинство семей выращивает картофель, некоторые также выращивают пшеницу, которую они продают и затем покупают муку для выпечки хлеба. В горах Джалал-Абадской области есть леса, в том числе крупнейший в мире естественный ореховый лес. Некоторые из целевых районов в этой области каждую зиму изолированы в течение четырех-пяти месяцев, в то время когда дороги заблокированы снегом.

В территориальном отношении меньшая, но более плотно населенная часть целевой Джалал-Абадской области является частью широкой, орошаемой, интенсивно обрабатываемой долины. Данный регион имеет намного более высокую плотность населения и большее этническое разнообразие, одна треть населения - не кыргызы – преимущественно узбеки, также здесь проживают турки, казахи и русские. Есть несколько анклавов, где проживают консервативные мусульмане. Большая часть населения в этой области работают на твердом окладе либо в качестве специалистов, квалифицированных рабочих, либо на больших

фермах - бывших советских коллективах. По меньшей мере, в одной трети домохозяйств Джалал-Абадской области есть кто-то, кто работает как сезонный или долгосрочный рабочий за границей: в России, Казахстане или странах Персидского залива. Большинство сельских семей и тех, кто живет в небольших городах, имеют огороды и фруктовые деревья. В последние годы наблюдается миграция семей из сельских районов в город Джалал-Абад, где они чаще всего проживают в неудовлетворительных условиях в изношенных многоквартирных домах. Вегетационный период длится почти шесть месяцев с очень жарким летом. В данном отчете вышеописанный регион будет далее называться "Нижний Джалал-Абад", чтобы отделить его от горных районов.

Цель формативного исследования

Данное формативное исследование было проведено с целью улучшить понимание практик питания семей с детьми до двух лет, понимание статуса кормления и питания детей и факторов, влияющих на рацион питания семьи для того, чтобы на основе полученных данных сформировать стратегию и коммуникационные материалы проекта SPRING. Формативное исследование также дало возможность проверить достоверность и согласованность результатов базового исследования. Данное исследование было задумано таким образом, чтобы ответить на следующие вопросы:

- Что обычно едят семьи в различных частях целевых районов?
- Насколько это зависит от наличия продуктов питания и их экономической доступности?
- Какие продуктовые группы особенно зависят от сезонной доступности?
- Минимизируют ли текущие практики хранения и консервирования продуктов сезонную недоступность?
- Имеются ли продукты с высокой питательной ценностью, которые и физически и экономически доступны, но недостаточно используются?
- Есть ли гендерные различия в распределении продуктов питания внутри домохозяйств?
- Сколько и какие продукты питания приобретаются; какие продукты обеспечиваются, в основном, домашним производством?

Отличительные свойства продуктов

- Существуют ли определенные продукты питания, которые воспринимаются как непригодные для беременных или кормящих женщин или маленьких детей?
- Существуют ли определенные продукты питания, которые считаются особенно питательными?
- Что знают женщины об относительной питательной ценности различных продуктов?
- Как люди относятся к продуктам с низкой питательной ценностью?

Практики кормления детей грудного и раннего возраста

- Как люди относятся к молозиву, предлактационному кормлению и раннему началу грудного вскармливания?
- Какие существуют барьеры для исключительно грудного вскармливания в первые шесть месяцев жизни ребенка?

- Когда (и каким образом и вместе с чем) начинают давать прикорм и когда вводятся другие жидкости?
- Кто в семье принимает решения относительно практик КДГРВ?

Водная санитария и гигиена окружающей среды

- Каковы доступность и состояние туалетов с выгребными ямами?
- Что мешает соблюдать гигиену в туалетах с выгребными ямами?
- Имеются ли вокруг домов такие условия, которые подвергают детей опасности экологической энтеропатии?
- Что такое доступ к чистой воде, и кто приносит воду в дом?

Учреждения здравоохранения

- Насколько хорошо оборудованы учреждения здравоохранения для того, чтобы предоставлять услуги в области питания?
- Имеют ли медицинские учреждения порошковые питательные микроэлементы (*Гулазык*) в наличии для распределения? Имеются ли препараты железа в аптеках?
- Обладают ли медицинские работники практическими знаниями о питании?
- Имеются ли какие-либо учебно-методические материалы по питанию для пациентов, чтобы просмотреть или забрать домой?
- Каковы общие санитарно-гигиенические условия в медицинских учреждениях?

Методология

Формативное исследование проводилось в течение четырех недель в октябре и ноябре 2014 года, сразу же после завершения базового количественного исследования, которое было проведено в конце сентября и начале октября. Полный график полевых работ приведен в Приложении Б.

Исследование провели три сотрудника проекта SPRING в Кыргызской Республике и один консультант. В одном из районов им оказал помощь волонтер Корпуса Мира. В Джумгалском районе два государственных работника Кабинета укрепления здоровья (КУЗ) активно принимали участие в проведении фокус-групп и/или ведении записей. Работники КУЗов в двух районах Джалал-Абадской области оказали помощь в организации фокус-групп и опросов, но они не вели обсуждения в фокус-группах, так как не было достаточно времени для их подготовки.

Оценка учреждений здравоохранения (ОУЗ) в одних и тех же селах была проведена в одно и то же время Специалистом SPRING по усилению потенциала. Она всегда посещала районные родильные отделения и Центры семейной медицины и, когда позволяло время, она также посещала учреждения здравоохранения в близлежащих селах.



Всем участникам опроса была зачитана форма «Официальное заявление о согласии», где разъяснялась цель исследования, тем самым у всех участников была возможность отказаться от участия в опросе. Все подписанные формы согласия были собраны и надлежащим образом сохранены.

Методы и инструменты

Формативное исследование включало в себя проведение шести видов деятельности:

1. Фокус-группы с участием женщин с детьми раннего возраста;
2. Фокус-группы или ключевые опросы с участием мужчин из местных сообществ;
3. Интерактивные мероприятия с участием женщин из местных сообществ для изучения физической и экономической доступности продуктов питания;
4. Фокус-группы с участием сотрудников Сельских комитетов здоровья;
5. Поперечные обходы домохозяйств с использованием структурированного руководства для наблюдения в сообществах и районных центрах;
6. ОУЗ

Команда SPRING и Консультант разработали руководства для проведения каждого вида деятельности, в основном, это адаптированные версии руководств, которые использовались в похожих формативных исследованиях в регионе, либо в любой точке в пределах работы проектов Программы Продовольствие во Имя Будущего. Руководства были переведены на кыргызский язык, затем переведены обратно и протестированы перед использованием. Руководства на английском языке можно найти в Приложение В. Данные мероприятия и руководства дали возможность команде применить методологическую триангуляцию, то есть проверить согласованность важной информации, полученной из различных источников различными методами, и также убедиться в достоверности результатов базового исследования. Кроме того, незапланированные менее-структурированные опросы людей заполнили пробелы в качественной информации.

Инструмент ОУЗ адаптирован на основе аналогичного инструмента, использовавшегося в проекте USAID «Качественное Здравоохранение» для оценки наблюдения за беременными женщинами. Адаптация состояла в том, что ОУЗ была сфокусирована на услугах системы здравоохранения, связанных с питанием, таких как анемия, дородовое консультирование по питанию, консультирование по КДГРВ, распределение витаминно-минеральных пищевых добавок, и ведении соответствующего учета. ОУЗ включала в себя опрос медицинского персонала, просмотр учетной документации и наблюдение.

Члены команды прошли индивидуальные обучающие тренинги для выполнения порученных им мероприятий; Консультант руководил и наблюдал за их работой. После первого дня полевых работ дополнительные поправки были внесены в методы и инструменты.

Выборка

Первый этап выборки основывался на географических различиях. Выборка на этом этапе включала Джумгалский район, Нижний Джалал-Абад, и отдаленные горные районы Джалал-Абадской области, поскольку было предположено, что топография (рельеф местности) является существенным фактором в вопросах физической и экономической доступности продуктов питания, наряду с возможными

культурными различиями в практиках питания и кормления детей между северным и южным регионами страны.

На втором этапе была сделана целенаправленная выборка девяти сел в Джумгальском районе для того, чтобы еще больше отобразить различия вызванные рельефом местности, физическим доступом и экономическим положением населения.

Рельеф местности был менее важным фактором при выборе сел в Нижнем Джалал-Абаде в отличие от других мест, тем не менее, целенаправленная выборка охватила одно село, расположенное в низине и одно предгорное село, а также городские и пригородные поселения.

Одно из выбранных сел - это бывший шахтерский городок, где люди не задействованы в обширном производстве продуктов питания.

Токтогул, крупнейший горный район с точки зрения земельной площади в Джалал-Абадской области, был выбран для представления горного района, так как в ноябре месяце он был по-прежнему доступен по маршруту из Бишкека, где проход остается открытым. В Токтогульском районе были целенаправленно выбраны, как и отдаленные труднодоступные села, так и те которые находятся ближе к райцентру.

Анализ и управление данными

Результаты опросов и работы в фокус-группах были записаны и расшифрованы в тот же день когда они имели место, или вскоре после этого. Записи на бумаге были напечатаны и распределены между членами команды. Члены команды ежедневно обсуждали полученные данные и делали первоначальный синтез выводов. Обсуждение полученных результатов помогло доработать руководства и методику опроса и определить новые темы или дополнительные вопросы исследования.

После завершения работ в каждом районе или регионе, члены команды всегда проводили процесс синтеза полученной информации, используя флипчарты, для того, чтобы выделить результаты. Это упражнение они выполняли на английском языке, чтобы Консультант мог начать кодировку всех результатов вручную. В конечном счете, все заключения полностью совпали с теми, которые были сделаны в ходе предварительного синтеза.

Основные результаты и выводы

Таблица 2 ниже показывает основные результаты и выводы формативного исследования.

Таблица 2. Краткое изложение основных результатов и выводов

Результаты формативного исследования SPRING	Выводы и рекомендации
Факторы, влияющие на употребление продуктов питания и разнообразие рациона питания в домохозяйствах	
<ul style="list-style-type: none"> – Нехватка продовольствия, по-видимому, не является ограничивающим фактором для большинства домохозяйств. – Фрукты и овощи редко употребляются в зимний период вследствие дефицита и цены. – Консервируемые фрукты содержат много сахара и мало питательных веществ. – Семейные сады/огороды в настоящее время не производят достаточное количество продукции, чтобы можно было консервировать избыток. – Неулучшенные методы зимнего хранения используются для хранения картофеля, корнеплодов, капусты и т.д. – Семьи знают либо очень мало, либо ничего о концентрации питательных веществ в различных продуктах. – Из-за плохого ухода за птицей, производство яиц в сельских домохозяйствах низкое. – Некоторые продукты используются недостаточно, такие как тыква. – У семей получающих денежный доход более разнообразный рацион питания. – Все семьи покупают большое количество сахара, растительного масла и сладостей. – Матери дополнительно едят овощи во время приготовления пищи и часто едят между приемами пищи. – Чай является наиболее предпочитаемым напитком во время приема пищи, даже для самых маленьких детей. 	<ul style="list-style-type: none"> – Фокусироваться на увеличении физической и экономической доступности продуктов питания, а не на доступности продовольствия в целом. – Улучшить производство или доступ к фруктам и овощам в зимний период, и улучшить техники их хранения и консервирования. В сотрудничестве с проектом АгроГоризонт, организовать пилотное малое предприятие по сдаче в аренду морозильных камер. – Найти для домохозяйств жизнеспособные методы или технологии производства овощей в начале весны и в конце осени. – Улучшить уход за домашней птицей и систему устойчивой вакцинации с целью повысить выживаемость. – Распространить информацию и материалы о разнообразном рационе питания и о продуктах, которые являются хорошим источником основных питательных веществ. – Продвигать употребление доступных продуктов, богатых витаминами, которые в настоящее время не используются широко. – Привлечь внимание к концепции «пустых калорий» и рискам для здоровья, связанных с избыточным весом и ожирением. – Поощрять употребление взрослыми и детьми травяных чаев или воды вместе с едой, или молока и местных пшеничных напитков. – Дополнительно исследовать продукты, которые запрещаются беременным женщинам или убеждения, связанные с питанием беременных женщин.
Грудное вскармливание	
<ul style="list-style-type: none"> – Женщины не знают о преимуществах раннего начала грудного вскармливания для самих себя. – Работники родильных отделений не подготовлены в области раннего начала грудного вскармливания, и они считают, что женщины слишком устают, чтобы делать это сразу после родов. – Некоторые работники родильных отделений дают 	<ul style="list-style-type: none"> – Провести обучающий тренинг для медицинских работников о необходимости раннего начала грудного вскармливания и опасности пред-лактационного кормления. – Распространить достоверную информацию среди беременных женщин и женщин всех возрастов о преимуществах грудного вскармливания, и о значении

Результаты формативного исследования SPRING	Выводы и рекомендации
<p>младенцам искусственную смесь, воду с сахаром, глюкозой и т.д.</p> <ul style="list-style-type: none"> – В целом женщины не имеют достаточных знаний об исключительно грудном вскармливании и/или они получают ложную информацию. – В традиционной культуре, грудное вскармливание считается очень важным и женщины, чтобы они могли кормить грудью, получают поддержку семьи с точки зрения времени и объема домашних работ. – Сохраняется общее убеждение о том, что грудного молока недостаточно и младенцы нуждаются в дополнительных жидкостях и еде. – Существует распространенное мнение о том, что младенцы испытывают жажду без воды. – Некоторые верят в то, что молочная смесь превосходит грудное молоко. – Женщины считают, что они не производят достаточного количества молока. Это может быть связано с неправильным прикладыванием к груди. – Прикорм вводится очень рано. – Женщины редко оставляют очень маленьких детей другим людям, чтобы они их покормили. 	<p>исключительно грудного вскармливания.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Обучить медработников навыкам консультирования по вопросам исключительно грудного вскармливания, научить их помогать женщинам правильно прикладывать ребенка к груди и справляться с другими проблемами грудного вскармливания. – Изменить социальную норму в пользу не только грудного вскармливания, но исключительно грудного вскармливания в течение шести месяцев, в том числе содействовать пониманию того, что младенцам не нужны другие продукты или жидкости в течение этого времени.
Прикорм	
<ul style="list-style-type: none"> – В основном дети начинают получать пищу в возрасте трех месяцев. Обычно это жидкая каша – <i>буламык</i> – приготовленная из обжаренной муки с добавлением животного жира, молока или воды, и иногда сахара. – Некоторые женщины (12% в базовом исследовании) откладывают введение прикорма до восьми месяцев, считая, что грудного молока достаточно. Женщины не получали рекомендации о том, когда следует вводить прикорм. – Женщины не обладают пониманием того, какие продукты полезны для маленьких детей с точки зрения их относительной питательной ценности. – Существует недостаток осведомленности среди женщин о надлежащей частоте прикорма и о том, на чем основываются такие рекомендации. – Матери полагают, что частое кормление займет слишком много их времени. – Широко распространено использование сладкого печенья в качестве продукта прикорма, также детям начинают давать пирожные, сдобу и конфеты в самом раннем возрасте. 	<ul style="list-style-type: none"> – Необходимо связать информацию о прикорме с концепцией исключительно грудного вскармливания, так чтобы матери и члены семьи понимали целесообразность того, что нужно подождать с введением прикорма. – Вместо того чтобы не рекомендовать употребление <i>буламыка</i>, сосредоточьтесь на улучшении ее консистенции и питательной ценности путем добавления моркови, тыквы, яичного желтка, мясного фарша или бобовых и т.д. – Распространить информацию о сроках введения прикорма, частоте кормления, подборе продуктов с высокой плотностью питательных веществ. Акцентируйте внимание на доступных, здоровых продуктах для перекуса.

Результаты формативного исследования SPRING	Выводы и рекомендации
Водоснабжение, санитария и гигиена	
<ul style="list-style-type: none"> – Большинство семей в Джумгальском районе и Джалал-Абадской области имеют доступ к водопроводной воде. – Некоторые семьи в Джалал-Абадской области пьют воду из незащищенных источников, но, обычно, кипятят ее. – В целом, показатель туалетов с выгребными ямами очень высокий, но большинство туалетов в Джумгальском районе и некоторые в Джалал-Абадской области не имеют цементных плит. – Как правило, ямочные туалеты не содержатся в хорошем состоянии или не чистые. Чистота туалетов не является культурным ожиданием, и нет чувства стыда или отвращения по этому поводу. – Приспособления для мытья рук не были замечены возле туалетов. – Только половина матерей надлежащим образом утилизируют фекалии маленьких детей. 	<ul style="list-style-type: none"> – Доступ к воде не представляется проблемой, что означает, что это, скорее всего, не фактор, влияющий на статус питания или гигиены. Проекту SPRING не придется фокусировать внимание на доступе к воде. – Придать первостепенное значение чистоте ямочных туалетов и надлежащей утилизации детских фекалий. Использование подхода по поощрению чувства стыда или отвращения, связанного с фекалиями, может быть полезным. – Привлечь бывших членов сообщества, которые теперь живут в городской среде с туалетами со смывом, к продвижению чистых ямочных туалетов и/или смывных туалетов внутри помещений. – Более детально изучить потенциал продвижения санитарных норм для того, чтобы вызвать желание иметь [чистые] туалеты внутри помещений.
Другие основные результаты	
<ul style="list-style-type: none"> – Женщины в большинстве домохозяйств абсолютно свободно приобретают и принимают решения в отношении продуктов питания, и также обращаются за медицинскими услугами. – Свекрови вовлечены в процесс кормления детей раннего возраста в своем домохозяйстве, и они дают советы молодым матерям. – Медицинские работники воспринимаются как очень надежный источник информации, но необходимо обучить их навыкам консультирования, а также улучшить их технические знания и потенциал. 	<ul style="list-style-type: none"> – Привлечь свекровей и всех других старших женщин, включая медицинских работников на пенсии в данном сообществе, в качестве важной вторичной аудитории. – Предоставить медицинским работникам достоверную информацию и обучить их навыкам хорошего консультирования, для того чтобы они могли консультировать женщин лучшим образом.

Подробные результаты

Модели питания по регионам

Основные и горячие блюда подаются почти всегда в смешанном виде, чаще всего это питательные супы или рисовый плов, или мучные изделия с мясом или овощами. Супы в основном подаются в отдельных глубоких тарелках, но на юге некоторые варианты плова иногда подаются на одной большой плоской тарелке, из которой ест вся семья. К еде всегда подается хлеб, и иногда овощное блюдо, известное как *салат*, даже если овощи приготовленные. Летом неприготовленные свежие овощи и фрукты часто употребляются во время приема пищи, также их едят в качестве перекуса. Наиболее часто употребляемые свежие продукты – помидоры и огурцы. Укроп, свежий или сухой обильно используется для заправки. Явное предпочтение отдается белому хлебу, но если семьи мелют собственную пшеницу, хлеб может быть цельнозерновым. Пшеница, гречка и другие зерновые обычно подаются в виде каши или утром или вечером.

Существуют отчетливые различия между типичными продуктами питания, употребляемыми в Джумгалском районе и во всей Джалал-Абадской области; менее явные различия прослеживаются между горными районами и долиной в Джалал-Абадской области. В Джумгале, в связи с преобладанием животноводства и более коротким вегетационным периодом, продукты животного происхождения занимают видное место в ежедневном рационе. В Джалал-Абадской области рис гораздо больше распространен, употребление овощей и фруктов также выше, по крайней мере, во время осеннего сезона, когда были проведены базовое и формативное исследования. Таблица 3 перечисляет чаще всего употребляемые продукты питания, по мнению женщин, участвовавших в формативном исследовании и пришедших к консенсусу по данным пунктам.

Таблица 3. Обычно употребляемые продукты питания в каждом регионе

Джумгал	Нижний Джалал-Абад	Токтогул
Хлеб	Хлеб	Хлеб
Варенье	Варенье	Варенье
Молоко и молочные продукты всех видов	Молочные продукты (кефир, йогурт, сливки, <i>сары май</i> *)	Молочные продукты (кефир, йогурт, сливки, <i>сары май</i>)
Картофель	Рис	Рис или макаронные изделия
Лапша (домашняя лапша)	Тыква (тыква мускатная) по сезону	Тыква (тыква мускатная) по сезону
Мясо – курица, козье мясо, баранина или говядина (не каждый день)	Кукуруза по сезону Картофель	Мясо – баранина или козье (не ежедневно)
Яйца	Проросшая пшеница	Сливочное масло
Напитки на основе пшеницы без сахара	Все овощи и фрукты во время летнего сезона	Все овощи и фрукты во время летнего сезона
Салаты домашнего консервирования (пассерованные овощи) зимой	Овощи или салаты домашнего консервирования	Кукуруза
Чай с сахаром	Чай с сахаром	Чай с сахаром

**Сары май – это разновидность топленого масла*

Эти результаты в значительной степени подтверждаются анализом разнообразия рациона питания женщин из базового исследования (см. график в Приложении Г), однако, формативное исследование узнало больше о количестве и частоте потребления. В то время как базовые данные указывают на относительно высокий уровень употребления мяса во всех областях, участники формативного исследования сообщили, что они употребляют мясо только три-четыре дня в неделю, и что количество, которое добавляется в обычный суп, плов или другое смешанное блюдо и затем делится на всех членов семьи, совсем небольшое, около 200 граммов. Учитывая, что средняя семья состоит из пяти человек, соответственно, это будет только 40 грамм или менее чем 1,5 унции на каждого.

Чай, либо черный либо зеленый, является предпочтительным напитком, его пьют и во время еды и в промежутках между приемами пищи. Чай, как правило, подслащивают и дают детям. Базовое исследование показало, что четверти младенцев в возрасте от 0 до 5 месяцев давали чай и этот показатель увеличивается до почти трех четвертей детей в возрасте от 6 до 11 месяцев. Это вызывает озабоченность, учитывая роль чая в препятствовании всасыванию железа из негемовых источников. Женщины во время обсуждений в фокус-группах (ОФГ) также отметили, что семьи пьют молоко и местные напитки, приготовленные из пшеницы или кукурузы. Фруктовые соки с сахаром, либо домашнего приготовления, либо покупные, как правило, употребляются по особым поводам.

Факторы, влияющие на разнообразие рациона питания

Физическая доступность продуктов питания

Широкий ассортимент продуктов доступен во всех регионах. Приложение Д показывает, какие продукты питания производятся, какие приобретаются, какие употребляются на ежедневной основе, и какие хранятся. Потребность организма в питательных веществах в значительной мере может быть удовлетворена за счет употребления местных продуктов большую часть года, за исключением потребности в витамине С. Местные пищевые источники витамина С, в основном, отсутствуют в зимние месяцы, после того как вся хранящаяся капуста съедается. Жители городских районов имеют доступ к магазинам или супермаркетам, которые завозят продукты, богатые витамином С, однако, участники ОФГ указали, что эти продукты слишком дорогие для регулярного употребления. Импортированные лимоны поставляются на большинство городских рынков, но их используют экономно, понемногу добавляя в чай. Недостаток витамина С связан с проблемой анемии, так как данный витамин усиливает всасывание любого употребляемого негемового железа.

Красное мясо доступно и употребляется, самое большее, два или три раза в неделю. Более того, любой один член семьи употребляет малое количество мяса. Семьи, которые имеют кур, едят больше яиц и едят их чаще, чем те, кто не имеет кур. Производство куриных яиц, как правило, ограниченное, однако, это связано с тем, что куры чаще всего не содержатся в закрытых помещениях или их недостаточно хорошо кормят. Домохозяйства, содержащие кур сообщили о частых эпидемиях Ньюкаслской болезни (азиатской чумы птиц) и других заболеваниях, так как уже больше не существует программы вакцинации, а ампулы с вакцинами, при наличии, рассчитаны на 100 кур, что не практично для использования небольшими домохозяйствами. Базовое исследование показало, что среднее число кур в домохозяйствах - это шесть кур в Джумгалском районе и пять в Джалал-Абадской области.

Есть местные доступные высокопитательные продукты, которые в настоящее время используются недостаточно. Отдельно стоит отметить тыкву, которая хорошо растет в Джумгальском районе. Жители района поделились тем, что они не знают, как использовать тыкву и часто просто кормят ею своих кур. Тыква (тыква мускатная) может хорошо храниться всю зиму и она является отличным источником витамина А. Тыква также хорошо растет в Джалал-Абадской области, и местные жители знают различные способы ее приготовления. Листья тыквы, как и листья редиски, свеклы и репы не употребляются вообще, а они могли бы быть хорошим источником железа и также в некоторой мере витамина А.

Экономическая доступность продуктов питания

Семьи с денежным доходом употребляют намного более разнообразные продукты, чем семьи, которые производят большую часть своего продовольствия. Это верно даже для отдаленных горных населенных пунктов, где продукты приходится привозить с городских рынков или покупать в магазинах. Такие семьи сообщили, что они не только едят больше переработанных продуктов питания, но и больше употребляют разнообразного мяса и овощей, в частности. И наоборот, семьи имеющие землю и скот, но с меньшим денежным доходом, судя по всему, ограничивают свой выбор продуктов до того, что они могут производить; покупают они очень мало, исключение составляют масло, сахар, соль и некоторые продукты с низкой питательной ценностью, такие как торты и лапша быстрого приготовления. Как показало исследование в обоих случаях внутри сообществ среди соседей не покупаются продукты и не ведется торговля.

Общее мнение о закупках овощей и фруктов такое, что они всегда дешевле на рынках города, чем в сельских районах. Те же, кто живут в районе городских рынков, считают, что продукты дешевле на соседнем более крупном городском рынке, поэтому иногда они платят за транспорт, чтобы съездить туда за продуктами. Некоторые женщины действительно сообщили, что стоимость проезда до ближайшего рынка или время, которое необходимо для поездки, являются препятствием для приобретения фруктов и овощей. С другой стороны, работающие женщины, опрошенные в качестве ключевых информателей в Джумгальском районе, упомянули нехватку времени в качестве препятствия для приобретения продуктов питания, а именно, у них не хватает времени на поиск разнообразных продуктов на их местных рынках и в магазинах.

Оценка продовольственной безопасности, проведенная Всемирной Продовольственной Программой в сентябре 2013² года, показала, что примерно 14 процентов домохозяйств, в первую очередь, разнорабочие и пенсионеры испытывают недостаток продовольствия. Участники фокус-групп подтвердили, что именно эти группы тратят большую долю своих доходов на питание. Они отметили, что защитным фактором в сельских домохозяйствах выступают молодые пары с маленькими детьми, которые иногда живут с родителями, тем самым уменьшая их необходимость полностью зависеть от собственных доходов.

Консервирование и хранение пищевых продуктов

Большинство семей, опрошенных в ходе формативного исследования, за исключением некоторых городских семей, сообщили, что они хранят и консервируют продукты на зиму. Консервируемые или сохраняемые продукты, это фрукты или овощи, в том числе клубни. Формативное исследование не изучало хранение зерна, так как нет проблемы недостаточного потребления зерновых продуктов. В городских

² <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp262003.pdf> Accessed 11/19/14

домохозяйствах, основным ограничением является площадь, хотя даже некоторые городские домохозяйства хранят клубни, яблоки и капусту в холодном помещении. Семьи также отметили, что они круглый год могут купить свежие фрукты и овощи на рынке и в магазинах, но по высоким ценам в зимний период.

Продукты, которые хранятся, а не консервируются, включают картофель, капусту и корнеплоды, такие как морковь, репа, яблоки, гранаты и тыква. Согласно базовому исследованию, наиболее распространенным местом для хранения продуктов является подвал дома. Картофель, капуста, корнеплоды иногда закапываются в землю и хранятся, таким образом, в течение трех или четырех месяцев, картофель хранится даже дольше. Эта система довольно примитивна, и все может быть потеряно в суровую зиму. Яблоки, гранаты, некоторые корнеплоды и капуста иногда хранятся в неотапливаемом помещении, там их хранят вплоть до трех месяцев. Виноград, хурма, помидоры и баклажаны могут храниться в прохладном месте в течение двух месяцев. Семьи сказали, что они всегда употребляют сохраненные продукты до конца зимы, а затем им приходится приобретать дополнительные картофель, морковь и другие продукты, или, если цены слишком высоки, они обходятся без них.

В ходе базового исследования участников спрашивали конкретно о том, какие продукты они хранят и о приблизительном количестве этих продуктов. Подробная информация приводится в Приложение Е. Количество хранящихся продуктов значительно. В Джалал-Абадской области и в некоторых сообществах Джумгальского района семьи указали, что они дополнительно покупают овощи для хранения, что предполагает, что продукция, которую они производят в своих домашних огородах, не является достаточной для удовлетворения их потребностей.

Ежедневное хранение продуктов питания облегчается тем, что почти все села снабжены электричеством и большинство семей (85 процентов в базовом исследовании) имеют холодильники. Это значительно облегчает семьям хранение скоропортящихся продуктов, таких как мясо и молочные продукты, а также оставшейся еды. Тем не менее, количество продуктов, которые могут храниться одновременно или дольше, чем несколько дней ограничено небольшим размером холодильников и периодическими отключениями электроэнергии в зимний период.

Консервирование продуктов широко практикуется. В ходе базового исследования в 2014 году девяносто пять процентов опрошенных женщин в Джалал-Абадской области и 71 процент в Джумгальском районе указали, что они консервировали продукты. Консервирование пищевых продуктов предполагает обработку свежих продуктов с целью остановить их созревание и замедлить или остановить разложение под влиянием бактерий, дрожжевых грибков и плесени. Это чаще всего делается путем герметизации или путем добавления сахара, соли или кислоты. Такая обработка может также включать нагревание продукта. Наиболее распространенный способ сохранения, а именно консервирования, состоит из сложения пищевых продуктов, которые были стерилизованы нагреванием, в банки и закупоривания банок во избежание попадания воздуха. В идеале, банки также стерилизуются перед их наполнением, и затем заполненные банки дополнительно обрабатываются в кипящей воде или под давлением пара для того, чтобы убить анаэробные патогенные микроорганизмы, например, возбудителей ботулизма. Эти последние два шага, рекомендуемые во всем мире, не всегда практикуются в Кыргызстане.



Женщины Джумгала с их консервированными овощами

Наиболее часто сохраняемые продукты во всех регионах – это огурцы (в виде маринованных огурцов) и помидоры. Также консервируют различные варианты смешанных овощей, которые, как правило, жарятся в масле прежде, чем закатываются в банки. Они известны просто, как "салат", такие салаты несут в себе наибольший риск заболевания ботулизмом, из-за того, что содержат малое количество кислоты. Из мягких фруктов, таких как ягоды, готовят варенье. Другие фрукты, особенно яблоки, вишня, сливы и персики консервируются в виде "компота", который представляет собой небольшое количество фруктов с добавлением воды и сахара. В случае фруктов, не важно законсервировали их в виде варенья или компота, под действием долгого времени приготовления разрушается практически весь витамин С, содержащийся во фруктах, что означает, что они, в первую очередь, добавляют калории и некоторое количество пищевого волокна в зимний рацион питания. Во время проведения полевых работ было очевидно, что сельские женщины очень гордятся своими усилиями по консервированию продуктов, и они заинтересованы в сохранении продуктов таким образом, не только потому, что они получают удовольствие от вкуса и аромата пищи во время консервации, но и в силу потребности в доступе к разнообразным продуктам в зимний период. Основываясь на наблюдениях формативного исследования, можно сказать, что количество законсервированной или маринованной продукции недостаточно в соотношении к размеру домохозяйств.

Другой метод сохранения продуктов, используемый в основном на юге, это солнечная сушка. Восемнадцать процентов опрошенных семей в ходе базового исследования в Джалал-Абадской области засушили некоторое количество продукции. Этот метод используется для сохранения абрикосов, слив и винограда. В ответ на вопрос засушивают ли они овощи, люди говорили, что не слышали о сушке овощей. Следует отметить, что жаркое сухое лето на юге хорошо подходит для этого типа сохранения пищевых продуктов. Большая часть засушенных фруктов продается, а не сохраняется для домашнего употребления.

Жители целевых районов не имеют доступа к морозильникам, они могут использовать лишь крошечные отсеки в своих холодильниках. Замораживание фруктов и овощей могло бы сохранить больше питательных веществ, устранить необходимость добавления сахара или соли, исключить риск анаэробных болезней пищевого происхождения, и к тому же это было бы гораздо более эффективно с экономической точки зрения, чем консервирование, которое требует дорогостоящих банок, крышек и нагрева.

Характеристики продуктов питания

Женщин, во время работы в фокус-группах и обсуждений вопроса доступности продуктов, спрашивали, существуют ли продукты, которые запрещены или не употребляются разными членами семьи, включая беременных женщин и маленьких детей. Во всех регионах, и особенно в Джумгалском районе, женщины получали информацию о том, что замороженная курица, продаваемая на рынках и в магазинах (обычно импортируемая из Китая) полна гормонов и опасна для здоровья каждого человека. Они сообщили, что ранее, до того как они узнали об этом, они употребляли больше куриного мяса. Неясно откуда исходит данная информация, но, кажется, что она была широко распространена в самые последние годы.

В Нижнем Джалал-Абаде женщины поделились тем, что они не стали бы использовать хлопковое масло, предпочитая масло, получаемое из растений, таких как кукуруза или соя. Это может быть связано с тем, что они хорошо знают процесс выращивания хлопка, и осведомлены о том, как интенсивно распыляются пестициды на эту культуру.

Существует также обеспокоенность по поводу безопасности покупного майонеза. Никто не мог сформулировать, какую именно угрозу он в себе несет, тем не менее, постановление правительства

запретило его использование в дошкольных учреждениях и детских садах. Данный вопрос был актуальным в течение достаточно долгого времени.

Женщины слышали, что печень является хорошим продуктом для профилактики и лечения анемии, но они уклоняются от ее употребления, потому что они часто видели гельминтов в печени при разделке животного. Это вопрос здоровья животных, который мог бы быть рассмотрен в рамках сельскохозяйственных программ.

Единственные продукты, которые женщины, определили как неприемлемые для очень маленьких детей, были острые продукты, приготовленные с перцем. Они считают, что детям они не понравились бы. Более детальное изучение продуктов, которые считаются неприемлемыми для маленьких детей, может быть проведено в дальнейшем.

Тема продуктов, которые считаются неприемлемыми для беременных и кормящих женщин, нуждается в дальнейшем изучении, так как ничего не было выявлено в ходе обсуждений. Возможно, это было связано с присутствием медицинских работников в фокус-группах.

Употребление продуктов в домохозяйствах

Семьи сообщили, что они едят вместе два или три раза в день. Некоторые семьи готовят горячую пищу только для вечерней трапезы. Женщины несут ответственность за приготовление пищи. В ходе фокус-групп их спрашивали, едят ли они во время приготовления пищи, и все ответили, что едят, в частности, сырые овощи, такие как морковь, капуста, помидоры, огурцы и лук. Женщины делят эти перекусы с детьми, которые находятся рядом. Женщины также сообщили, что они часто едят во время уборки после приема пищи, например, доедают суп, оставшийся после ребенка.

Продукты, которые употребляют женщины между приемами пищи
Джумгал: хлеб, печенье, яблоки, национальные пшеничные напитки, напитки на основе кукурузы, кефир
Джалал-Абад: хлеб, печенье, яблоки, сушеные или свежие абрикосы, кефир
Токтогул: хлеб, печенье, кукуруза по сезону, пшеничные напитки

Женщины в фокус-группах указали, что они часто едят между приемами пищи, чаще всего три или четыре раза в день. Это больше характерно для женщин, которые не работают вне дома. Перекусы несколько отличаются по регионам, как показано в блоке слева. Употребление продуктов вне приемов пищи может быть существенным источником дополнительных питательных веществ и калорий для женщин.

Отвечая на вопрос, отдается ли предпочтение мужчинам при распределении еды внутри домохозяйств, все сошлись во мнении, что мужчины получают порцию большего размера, но им редко подается какая-то другая еда, чем остальным членам семьи из-за того, что все блюда смешанные. Женщины в фокус-группах отметили, что если мужчинам и мальчикам нужно больше еды, они могут наесться досыта хлебом.

То, что остается от основных блюд с предыдущего дня часто повторно нагревают, чтобы подать мужчинам на завтрак. Женщины и дети, чаще всего, едят кашу, хлеб и варенье на завтрак, всегда с чаем во всех регионах. Таблица 4 показывает обычные приемы пищи в различных регионах.

Таблица 4. Еда, которую чаще всего готовят для семейных приемов пищи

Прием пищи	Приготовленная еда
Завтрак	Все регионы: молоко, сливки, чай с хлебом, чай с вареньем или сахаром, остатки еды с предыдущего вечера (в основном для мужчин), сливочное масло или <i>сары май</i> домашнего приготовления, и иногда гречневая или пшеничная каша
Обед	Джумгал: жареный картофель, макароны, яйца Джалал-Абад: молоко с рисом, тыква с молоком Токтогул: рис или лапша с овощами
Ужин	Джумгал: в основном супы, но также и мучные блюда с мясом или овощами (<i>манты, самсы</i>) (суп это мясной бульон с морковью, картофелем, пряными травами, иногда с мясом и другими овощами) Джалал-Абад: рисовый суп с овощами, плов с рисом, с мясом не реже одного раза в неделю Токтогул: плов с рисом с мясом или без мяса, мучные блюда с мясом и овощами

Участники фокус-групп сообщили, что многие беременные женщины принимают пищу чаще, чем три раза в день. Некоторые рассказали, что когда они были беременны, у них было четыре, пять или даже шесть небольших приемов пищи. Медицинские работники рекомендуют им есть больше во время беременности и есть больше фруктов и овощей.

Знания о питании

Женщины, которые приняли участие в упражнениях формативного исследования, понимают, что некоторые продукты лучше или более питательны, чем другие. Очень немногие женщины, однако, знают каково относительное содержание питательных веществ в различных продуктах. Этот недостаток знаний характерен и для работников здравоохранения. По большей части, когда им показали фотографии ряда продуктов, они были не в состоянии определить продукты, которые являются хорошими источниками различных питательных веществ. Они говорили, что фрукты и овощи "*полезны для организма*" или что "*витамины предупреждают заболевания*". Они знали, что важно использовать йодированную соль, и многие из них были в состоянии объяснить, что йод предотвращает появление зоба, но были и те, кто сказал, что йод "*нужен для того, чтобы дети росли умными*".

Только члены Сельского комитета здоровья (СКЗ) имели некоторое представление о недостаточном питании и анемии и их последствиях. Остальные участники фокус-групп и опросов приравнивали слово питание к пище в целом. Некоторые выразили мнение, что продукты животного происхождения делают людей сильнее и здоровее.

Существующие практики кормления детей

Раннее начало грудного вскармливания

Результаты базового исследования дали наиболее показательную информацию о раннем начале грудного вскармливания. Практически все дети появляются на свет в родильных отделениях и женщины с младенцами находятся в них в течение примерно пяти дней. Исследование показало, что почти всех детей

приложили к груди в течение нескольких часов после рождения, однако, 11 процентов младенцев в Джалал-Абадской области и семь процентов в Джумгалском районе получали предлактационное питание, обычно это молочная смесь или иногда подслащенная вода. Кажется вероятным, что решение о предлактационном кормлении принимается персоналом родильного отделения, а не матерью, что соответствует действующему протоколу для детей с низкой массой тела при рождении или для женщин, которым была проведена операция кесарево сечение.

Исключительно грудное вскармливание

Согласно базовому исследованию 99 процентов рожениц инициируют грудное вскармливание, однако младенцы начинают получать другую жидкость уже в возрасте одного месяца, а каши к трем-четырем месяцам жизни. Только одна треть детей в возрасте от 0 до 5 месяцев, охваченная исследованием, получала исключительно грудное вскармливание, что намного меньше 56 процентов, указанных в Медико-демографическом исследовании (МДИ).

Таблица 5. Жидкости, употребляемые детьми в возрасте от 0 до 5 месяцев

Жидкости, употребляемые детьми в возрасте от 0 до 5 месяцев Базовое исследование SPRING	Регион					
	Джумгал		Джалал-Абад		Всего	
	Число	%	Число	%	Число	%
Грудное молоко	67	85%	99	99%	166	93%
Чистая вода	47	60%	38	38%	85	48%
Чай	21	27%	28	28%	49	27%
Коммерчески производимая молочная смесь	12	15%	15	15%	27	15%
Молоко, такое как консервированное, порошкообразное или животное молоко	6	8%	13	13%	19	11%
Любые другие жидкости	2	3%	13	13%	15	8%
Обогащенные, коммерчески доступные продукты питания для младенцев и детей раннего возраста	4	5%	4	4%	8	5%

В фокус-группах женщины говорили, что они начинали давать другие жидкости, так как считали, что их маленькие дети испытывали жажду. Многие также говорили, что они боятся того, что они не производят достаточно грудного молока, в то время как некоторые сказали, что детская смесь полезна для ребенка. Некоторые рассказали, что медицинские работники объяснили им, что грудное вскармливание по-прежнему считается исключительным, если они дают своим младенцам только другую жидкость, а не пищу. Таблица 5 показывает, какие жидкости получали дети.

Никто не сказал о проблемах с грудью, которые препятствуют грудному вскармливанию. Женщины сошлись во мнении, что они не оставляют грудных детей на попечителей, за исключением действительно чрезвычайных случаев и тогда они могут оставить детскую смесь или коровье молоко для ребенка. Использование бутылочки для того чтобы давать детям другие жидкости широко распространено, даже для детей старше шести месяцев.

Существует общее мнение, особенно в Джумгальском районе, что грудное молоко не является достаточным после двух или трех месяцев, что ребенок голоден и поэтому необходимо начать давать густую пищу. Это, как правило, жидкая каша, описанная ниже в разделе о прикорме.

Около трети женщин в фокус-группах сообщили, что они по-прежнему используют традиционные колыбели, в которой применяется пеленание. Младенцы остаются в колыбелях в течение четырех-пяти часов подряд или на ночь. Не ясно поднимают ли детей для того, чтобы покормить грудью, и если нет, как это может повлиять на выработку грудного молока³.

В целом, грудное вскармливание воспринимается как важное действие и женщины получают поддержку от своих свекровей и других членов семьи в том, чтобы у них было время на грудное вскармливание и чтобы они хорошо ели в период кормления.

Однако, как показывает базовое исследование, женщины прекращают грудное вскармливание задолго до рекомендованных двух лет, только около половины женщин продолжают грудное вскармливание, когда ребенку исполняется один год. Во время фокус-групп, женщины рассказали, что они перестали кормить грудью, когда вновь забеременели или когда они начали принимать лекарства, или когда у них не было больше молока. Лишь немногие женщины отметили, что Коран говорит, что не нужно кормить грудью, когда Вы беременны другим ребенком, однако видные религиозные лидеры заявляют, что Коран не содержит такой информации.

Прикорм

В обеих целевых областях, и в частности в Джумгальском районе, прикорм вводится слишком рано, нежели слишком поздно. Базовое исследование показало, что менее 15 процентов детей между 6 и 8 месяцами не получали питание в дополнение к грудному молоку. К девяти месяцам все дети получали твердую или полужидкую пищу.

Наиболее распространенным первым блюдом в обоих регионах является каша, которая называется *буламык*. Ее готовят из поджаренной на животном масле муки с добавлением либо молока, либо воды, а иногда и сахара. Вначале ее готовят очень жидкой, но по мере роста ребенка, каша становится более густой. Многие женщины в фокус-группах сказали, что давали *буламык* ребенку каждый день, а другие - что через день. Дети также получают другие каши, картофельное пюре и рис в качестве продуктов первого прикорма. Многие женщины также дают детям сладкое печенье или хлеб.

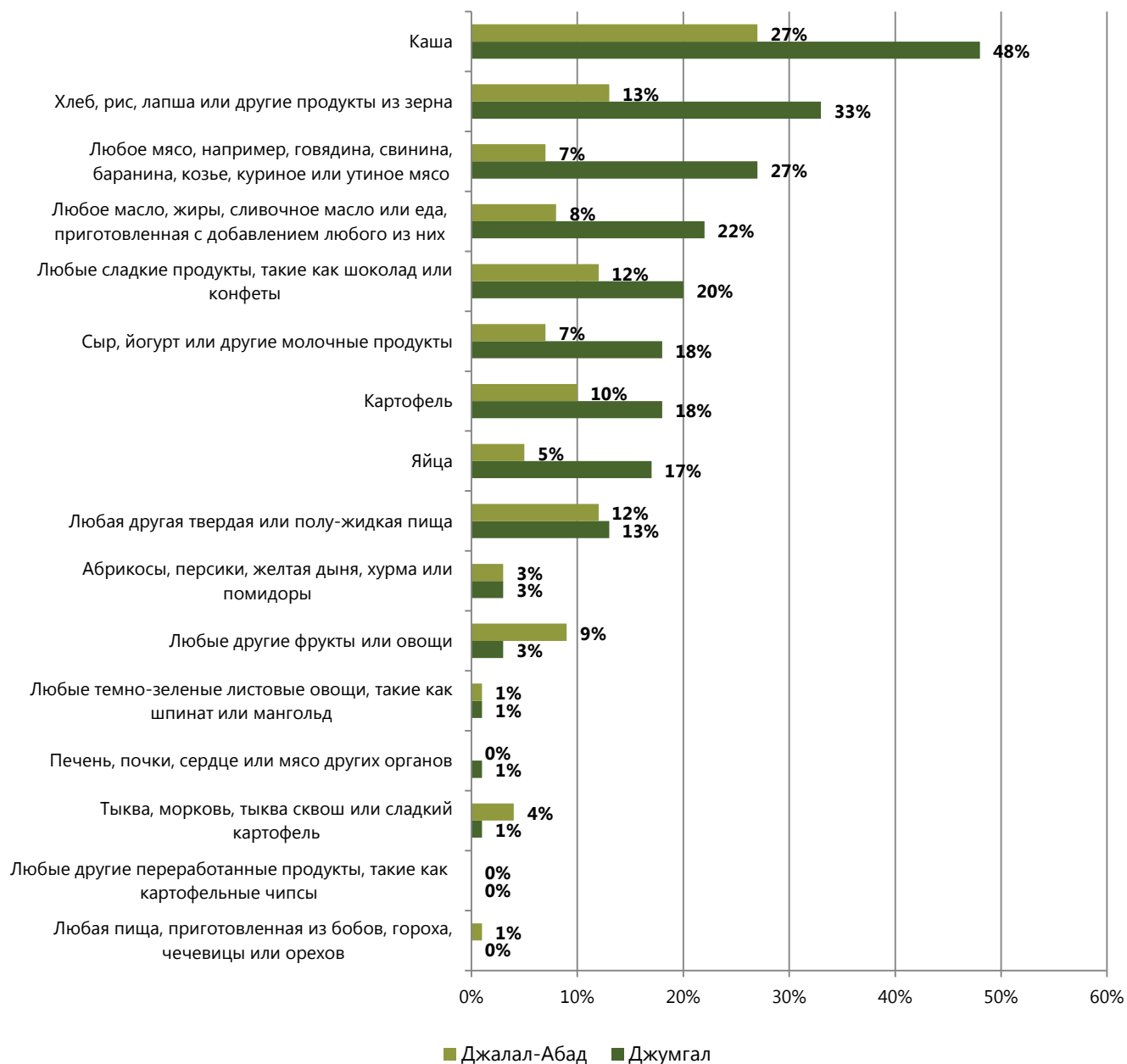
Женщины в фокус-группах сообщили, что они кормят своих детей регулярно, соблюдая время приема пищи, но многие также дают маленьким детям что-то для перекуса. Оказалось, что многие из них не получали информацию о том, как часто кормить своего ребенка а те, кто получал подобные рекомендации думали, что они подразумевают то, что нужно готовить горячую пищу несколько раз день, на что у них бы не хватило времени. Большинство женщин сказали, что дают детям еду на отдельной тарелке.

Таблица 6 перечисляет различные продукты, которые дети употребляли в течение 24 часов, предшествовавших базовому исследованию. Дети 6-23 месяцев в Джумгальском районе употребили в среднем 2.9 групп пищевых продуктов из семи, в то время как в Джалал-Абадской области среднее число составило 3.3 продуктовых групп. Таблица показывает, что дети в Джумгальском районе получили больше

³ Данный вопрос специально спрашивал, поднимает ли мать младенца из колыбели, чтобы держать его/ее на руках во время грудного вскармливания или мать просто наклоняется над колыбелью, чтобы накормить ребенка грудью.

продуктов животного происхождения, а дети в Джалал-Абадской области получили больше овощей, что согласуется с выводами фокус-групп.

Таблица 6. Употребление твердой и полу-жидкой пищи среди детей от 0 до 5 месяцев вчера в течение дня и ночи



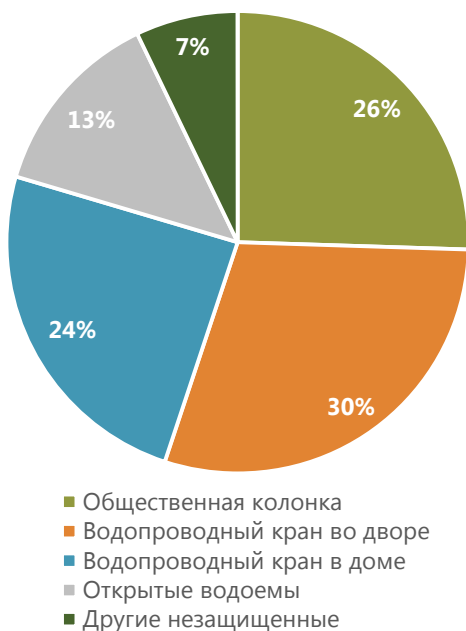
В целом, женщины, участвовавшие в фокус-группах, не казались хорошо осведомленными об оптимальной практике кормления детей. Женщины отметили, что получили несколько советов от медицинских работников, но, как правило, они следуют советам своих матерей и свекровей и кормят детей согласно традициям.

Водоснабжение, санитария и гигиена

Доступ к чистой воде

Доступ к чистой водопроводной воде в Джумгальском районе, в целом, повсеместен. Семьи проходят только короткое расстояние до общественной водоразборной колонки, чтобы получить воду, а некоторые семьи имеют колонку в своем дворе. По словам местных лидеров, примерно 5 процентов семей имеют водопроводы в своих домах. Согласно базовому опросу, немногие семьи в Джумгальском районе обрабатывают воду, что может быть вполне приемлемо, учитывая, что вода поступает из закрытого источника.

Источники воды в домохозяйствах Джалал-Абадской области



В Джалал-Абадской области ситуация более сложная. Как показано на графике слева, много людей имеют доступ к воде через водопроводы в своих дворах или домах, примерно одна четверть семей берет воду из общественной колонки, а остальные получают воду из поверхностных или незащищенных источников. В соответствии с базовым исследованием, 98 процентов опрошенных семей заявили, что они обрабатывают воду, как правило, путем кипячения. Озабоченность вызывают 13 процентов семей, использующих поверхностные воды, которые в этой зоне часто загрязняются агро-химикатами или отходами горнодобывающего производства. Во время формативного исследования, были замечены мальчики, которые пили воду из водоотводного канала вдоль улицы, и также из арка.

Распространенность туалетов с выгребными ямами и туалетов со смывом и их состояние

МДИ 2012 сообщает, что 99 процентов всех домохозяйств и 94 процента сельских домохозяйств имеют вентилируемые улучшенные туалеты или ямочные туалеты с плитой. Данное определение не уточняло материал плиты. Мульти-индикаторное кластерное исследование (МИКИ), проведенное в 2014 году, показало, что 97,5 процентов всех домохозяйств имеют доступ к улучшенным туалетам; не приводя определение тому, что значит "улучшенный". Базовое исследование SPRING также исходило из того, что любой ямочный туалет с плитой является улучшенным, однако перевод слова «плита» на кыргызский подразумевает, что речь идет о цементной/бетонной плите, а не из дерева или другого материала. Учитывая это более конкретное определение, 90 процентов домохозяйств в Джумгальском районе и 31 процент в Джалал-Абадской области используют неулучшенные туалеты. Для подтверждения последних данных в ходе формативного исследования проводились наблюдения, а также обзор ямочных туалетов в общественных учреждениях (школах, медицинских учреждениях, заведения питания и т.д.) и их гигиенических условий. Результаты наблюдений приведены в Приложении Ж.

Наблюдения показали, что многие или большинство ямочных туалетов находятся в плохом состоянии, и иногда в них отсутствуют крыша и дверь. Некоторые были расположены довольно близко к домам, но большинство из них были на разумном расстоянии. Рукомойники не были замечены вблизи туалетов домохозяйств. Самое главное, что осмотренные ямочные туалеты были грязными, с экскрементами вокруг всего отверстия. Практически все исследованные туалеты с выгребной ямой, в Джумгальском районе и многие в Джалал-Абадской области имеют деревянную "плиту", соответственно эти туалеты считаются "улучшенными ямочными туалетами" согласно международному определению, но их сложнее чистить, чем туалеты с цементной плитой, к тому же они быстро гниют.

Не все учреждения здравоохранения имеют ямочные туалеты. Те, в которых были ямочные туалеты, содержали их лишь в немного более чистом состоянии, чем домохозяйства. Туалеты со смывом внутри больниц и родильных отделений были достаточно чистыми, хотя в некоторых не было проточной воды, следовательно, они плохо смывались. Вода и мыло для мытья рук были доступны в медицинских учреждениях.

Ситуация в школах тревожная. Все осмотренные школы имели своего рода ямочные туалеты, которые, как правило, делились на отдельные стороны для мальчиков и девочек, но часто только один туалет приходился на школу с многочисленными учащимися, и всех эти туалеты можно охарактеризовать, как грязные. Наблюдалось два случая, когда доноры построили очень хорошие ямочные туалеты достаточного количества для мальчиков и девочек, и эти новые сооружения были заперты и не использовались. Только эти новые туалеты были оснащены рукомойниками.

Пожалуй, ямочные туалеты, осмотренные в других учреждениях, включая ресторан, мэрию, офисные здания и бизнес учреждения были менее всего гигиеничными. Было очевидно, что любой, кто входит в такой туалет, впоследствии выйдя из него, наследит фекалиями, что грозит серьезными последствиями для здоровья. Несмотря на то, что очень маленькие дети не подходят близко к туалетам, патогенные микроорганизмы приносятся прямо в места, где они играют.

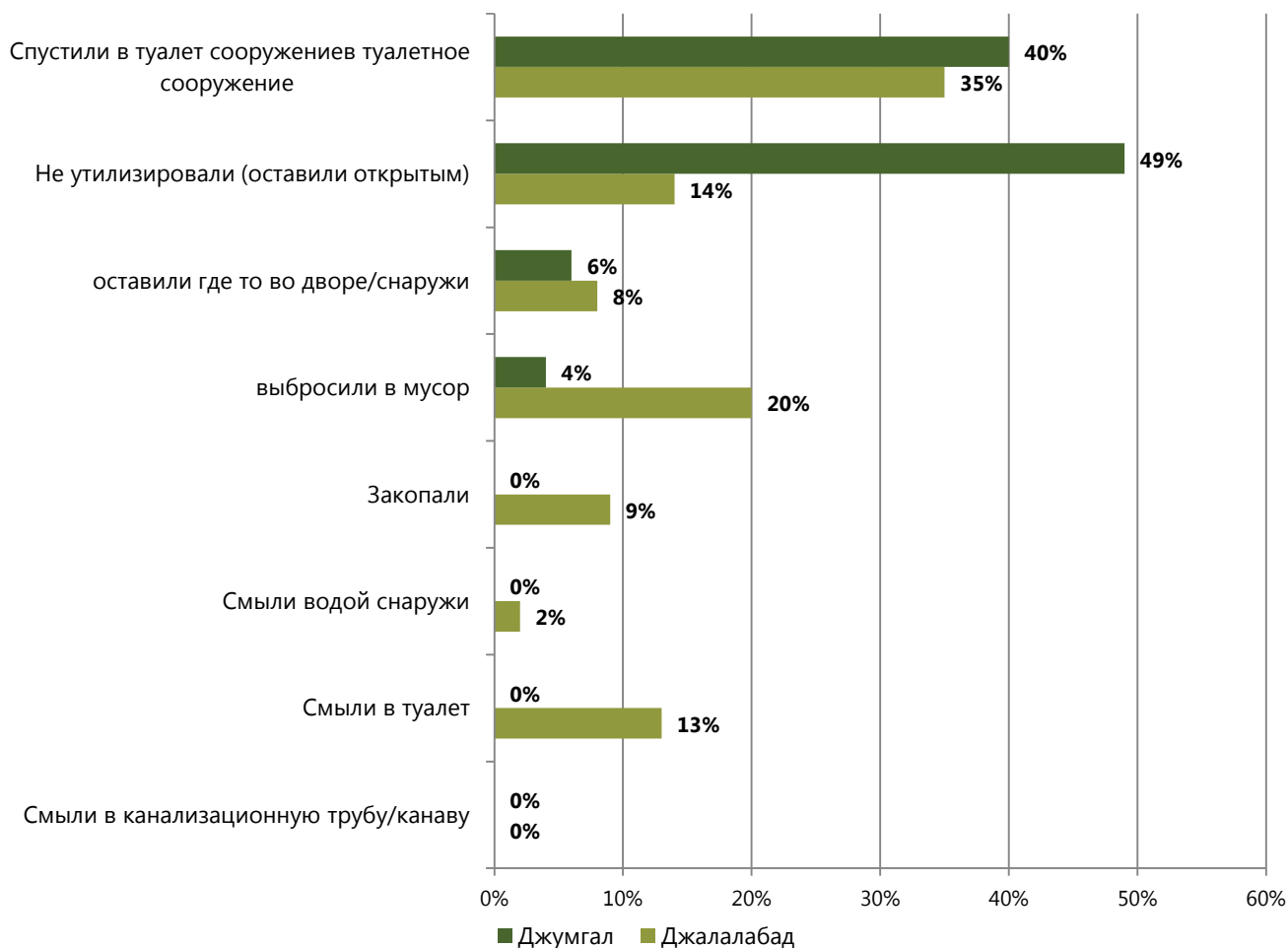
Так как команда, проводившая формативное исследование, не смогла найти чистые ямочные туалеты для того, чтобы применить анализ «Принимающий/Не принимающий» и изучить барьеры и мотивационные факторы для поддержания в них чистоты, исследование опирается на опросы работников школ и СКЗ. Во время опросов последних команда применяла такую тактику, чтобы люди анализировали причины, почему другие люди в их сообществах не используют ямочные туалеты должным образом и не содержат их в чистоте. Для того чтобы оценить возможность продвижения норм санитарии, исследовательская группа также задала вопросы случайным лицам в Джумгальском районе об их заинтересованности, и о том, что мешает им установить сантехническое оборудование внутри домов, а также, о том почему те немногие семьи, которые имеют туалеты со смывом внутри помещений, содержат их в чистоте.

Очевидно, как из наблюдений, так и из обсуждений, что нечистый ямочный туалет – это преобладающая социальная норма. У людей нет ощутимой необходимости поддерживать в них чистоту, они не испытывают чувства отвращения или стыда, так как у всех ямочный туалет находится в таком же антисанитарном состоянии. Другие барьеры, которые указали работники СКЗ, включают в себя отсутствие проточной воды вблизи домов, отсутствие моющих средств и лень. С другой стороны, все согласились с тем, что стимулом для того чтобы содержать смывочный туалет в доме в чистоте, служит желание предотвратить или устранить неприятные запахи. Очевидно, что любой, кто имеет туалет в помещении, также имеет водопроводную воду, что облегчает уборку туалета.

В ответ на вопрос, почему они хотели бы иметь смывной туалет в доме, люди говорили, что основной причиной, по которой они хотели бы иметь, или уже имеют, смывной туалет в доме это для удобства пожилого или нетрудоспособного члена семьи. Никто не упомянул другие преимущества смывного туалета, такие, как отсутствие необходимости выходить в холод на улицу или в целях удобства маленьких детей. Для большинства семей в Джумгале стоимость является основным препятствием для появления туалета в доме, в силу того, что им придется платить не только за установление сантехнического оборудования в доме, но и за подсоединение водопровода к дому из ближайшего источника и строительство септической емкости.

Результаты базового исследования выявили проблемы с правильной утилизацией детских фекалий. Более половины женщин и в Джумгальском районе и в Джалал-Абадской области не утилизировали фекалии своих детей должным образом, т.е. не выбрасывали их в выгребную яму или не смывали в туалете. Таблица 7 ниже показывает, что фекалии зачастую просто оставляются вне дома или выкидываются в мусорное ведро. Формативное исследование не изучило взгляды людей по поводу детских фекалий или почему они не смываются в туалете или не спускаются в туалет с выгребной ямой, поэтому данный вопрос нужно будет включить в следующий раунд исследования

Таблица 7. Место утилизации детских фекалий в последний раз, когда ребенок испражнился



Другие вопросы гигиены окружающей среды

Исследовательская команда также провела наблюдение за дополнительными аспектами гигиены окружающей среды. В небольших селах вывоз мусора был крайне очевидной проблемой. Бытовой мусор выбрасывался в пустырях или оставлялся вдоль края улиц. Одна из таких свалок с отходами с ближайшего рынка была расположена рядом с комплексом Джумгальской районной больницы. Домашние животные роются в мусоре, в то время как дети играют неподалеку.

При наблюдении за условиями, которые связаны с энтеропатией, обусловленной окружающей средой, такими как контакт детей с экскрементами животных, группа отметила, что куры свободно бродят вокруг домов. Прочий домашний скот содержится в загонах дальше от дома, но следы навоза могут быть принесены в дом с обувью, правда обувь всегда снимают перед входом в дом. Было очевидно, что женщины вполне серьезно относятся к тому, что дети кладут себе в рот и дети, как правило, сидят на ковриках, а не непосредственно на земле. Таким образом, мы пришли к выводу, что воздействие экологических возбудителей энтеропатии не является высоким, за исключением лета, когда маленькие дети могут играть на открытом воздухе без непосредственного контроля.

Мытье рук

Согласно отчету базового исследования, большинство женщин сообщили, что они моют руки после посещения туалета, перед едой и перед приготовлением пищи, но меньше, чем половина женщин моют руки перед кормлением ребенка, и очень немногие моют руки после того, как испражнился их ребенок. Последнее является еще одним доказательством существующего убеждения о том, что детские фекалии безвредны.

Рекомендуется провести дальнейшее исследование, чтобы узнать о препятствиях для мытья рук во время всех соответствующих моментов. По всей видимости, учитывая данные о хорошем охвате, доступ к воде не должен являться препятствием. Базовое исследование также показало, что подавляющее большинство семей имеют мыло для рук в месте умывания, однако более четверти женщин признались, что они не всегда используют мыло при мытье рук.

Гендер и внутрисемейная динамика

В современном Кыргызстане, вопрос гендера и роли женщины в обществе отражает влияние не только традиционной кыргызской пасторальной культуры, но и тех столетий, когда кыргызы жили в смешанных сообществах с русскими, а также советское влияние на работающих женщин и на образование для женщин. Согласно МДИ и базовому исследованию SPRING, 99 процентов женщин имеют, по крайней мере, среднее образование. В Джумгалском районе, 46 процентов женщин имеют продолженное среднее образование: либо прошли специальное обучение, либо имеют высшее образование, в то время как в Джалал-Абадской области этот показатель составляет 35 процентов. Базовое исследование обнаружило, что примерно одна четверть женщин пыталась устроиться на работу по какой-либо профессии, относительно высокий процент, учитывая, что большая часть целевой области проекта является аграрной с незначительными возможностями трудоустройства.

Формативное исследование выявило, что Джумгалский район и Верхний Джалал-Абад отличаются от Нижнего Джалал-Абада в плане роли женщины в сельскохозяйственных работах. В Нижнем Джалал-Абаде, по словам женщин, они подолгу работают на их семейных полях или в других фермерских хозяйствах, особенно во время посадки и сбора урожая. В двух других районах, где сельское хозяйство - это, прежде всего, скотоводство, женщины сообщили, что тратят мало времени на сельскохозяйственную деятельность или не занимаются ею вообще, за исключением ухода за птицей и скотом, которые содержатся рядом с домом, например, за дойной коровой.

Во всех районах женщины несут ответственность за уход за огородом, в первую очередь. При этом мужчины принимают активное участие в подготовке почвы и сборе урожая. Решения о том, что сажать и продавать часто принимаются совместно, но, как сообщили женщины, обычно они решают сами или с другими женщинами в домохозяйстве. Решения о продаже крупного домашнего скота, как правило, принимают исключительно мужчины, которые также несут ответственность за уход за крупными животными.

Работа по дому считается женским делом, однако, как показали наблюдения, обязанность носить воду почти полностью лежит на мальчиках. Женщины независимы в своих передвижениях, за исключением некоторых очень консервативных семей. В фокус-группах мужчины сообщили, что женщина сама решает, стоит ли ей обращаться за медицинской помощью для себя или для больного ребенка, но в большинстве

семей, ей придется обсудить это с мужем, так как ей нужно будет попросить у него деньги. Мужчины полагают, что управлять семейным бюджетом - это их роль.

Некоторые молодожены живут с родителями, пока они не могут позволить себе собственный дом.

Свекровь несет основную ответственность за принятие решений о том, какие продукты питания купить и приготовить, хотя она может ожидать, что молодая женщина завершит приготовление еды. Старше по возрасту женщины также влияют на решения по уходу за ребенком в доме, как было отмечено выше, при описании практики кормления детей.

Молодые люди кыргызской национальности должны платить выкуп за невесту, либо в виде наличных денег, либо в виде скота. В свою очередь, семья молодой женщины должна предоставить приданое в виде начального бытового комплекта для семьи, который включает в себя мебель, кухонную утварь и постельные принадлежности, и может включать такие приборы, как плита или небольшая стиральная машина. Таким образом, количество активов, которое имеет молодая пара, может быть отражением достатка родителей невесты или размера полученного выкупа за невесту, а не мерой богатства самой молодой пары.

Результаты оценки учреждений здравоохранения

Цель проведения ОУЗ заключалась в том, чтобы получить обзор условий и материально-технических средств, доступных в медицинских учреждениях, в частности средств, связанных с предоставлением услуг в области питания. ОУЗ была проведена с использованием списка контрольных вопросов (чек-листа) для наблюдения и осмотра историй болезни. Любой медицинский работник, который мог показать исследователю учреждение, также проходил краткий письменный экзамен, состоящий из семи вопросов для оценки практических знаний. Инструменты, используемые для ОУЗ можно найти в Приложении В. Сотрудник SPRING, ответственный за эту часть исследования, врач, имеет многолетний опыт проведения подобных оценок, а также мониторинга объектов здравоохранения на всей территории Кыргызстана



В общей сложности, данная оценка охватила 23 объекта здравоохранения всех размеров. А именно пять родильных домов, шесть Центров семейной медицины (основные информационно-справочные центры для района), и восемь центров более низкого уровня, которые называются Группы семейных врачей и два сельских медпункта, называемые ФАП. Выборка была целенаправленной; данные медицинские учреждения были расположены рядом или в местах выбранных для проведения других исследовательских работ.

Осмотренные медицинские учреждения имели самое необходимое оборудование наряду с картой физического роста. Все медицинские учреждения имели какие-то туалетные сооружения, но 9 из 23 туалетных сооружений были оценены, как в очень плохом состоянии. Шесть медицинских учреждений, где была проведена ОУЗ, не имели внутреннего водопровода; пять других не имели работающих ручномойников. Почти все из них имели протокол мытья рук на видном месте, и мыло было доступно, даже если не было воды. Несмотря на то, что руководство для исследования не рассматривало этот вопрос, было отмечено, что некоторые из медицинских учреждений не имели центрального отопления, в то время как в других стояли угольные печи в одной комнате и еще некоторые имели лишь небольшие электрические обогреватели в нескольких комнатах.

Ни одно из медицинских учреждений не имело ни раздаточных материалов на любые темы питания, ни аудио-видеоаппаратуру. В нескольких на стенах висели плакаты, связанные с питанием, но некоторые из них устарели, а другие не были адаптированы к условиям Кыргызстана. Только в двух учреждениях здравоохранения имелся действующий протокол лечения анемии у беременных женщин, и пять имели протокол лечения анемии у детей. Ни одно из медицинских учреждений не имело в наличии препараты железа для бесплатного распространения. Только медицинские учреждения в Джумгалском районе имели полностью укомплектованные (предоставленные Швейцарским Красным Крестом) для распределения препараты «Гулазык» (порошковая витаминно-минеральная пищевая добавка).

Обзор медицинских карточек беременных женщин показал, что им не только не назначают препараты железа в соответствии с протоколом, но и никто и не ведет рекомендованный протоколом контроль за теми беременными, кому было предписано купить препарат железа. Более подробная информация представлена в отдельном отчете формативного исследования по анемии.

В целом, было представлено недостаточно свидетельств о ведении записей, хотя учет документации в Джалал-Абадской области организован намного лучше, чем в Джумгалском районе. Особого внимания заслуживает один Центр семейной медицины, который не имел никаких карточек детей в возрасте до двух лет. Будет необходимо провести дополнительное исследование с целью определить, что мешает ведению полного и точного учета.

Результаты ОУЗ приведены в таблице в Приложение 3. Более подробное описание доступно на русском языке для использования сотрудниками по запросу.

Дополнительная составляющая ОУЗ состояла в том, чтобы кратко оценить потребности в обучении одного или нескольких профессиональных работников, доступных на момент оценки, в каждом учреждении. Этот короткий экзамен состоял из семи практических вопросов, как показано в Приложение В. Экзамен был проведен для 67 медицинских работников, включая 42 медицинские сестры, 6 гинекологов, 4 фельдшера и 5 семейных врачей. Средний результат составил 2.17 из 7 возможных баллов, и гинекологи и врачи не показали результаты лучше, чем медсестры или фельдшеры. Все протестированные затруднились ответить на два вопроса, связанные с предупреждением анемии и консультированием относительно побочных эффектов при приеме препаратов железа. Удивительное количество респондентов не смогло ни объяснить информацию для консультирования беременных женщин, ни объяснить цель использования йодированной соли. Результаты по рекомендациям для грудного вскармливания и прикорма у всех были относительно лучше.

Рекомендации

1. Провести обучающие тренинги по КДГРВ, БДОР и анемии, как указано в рабочем плане проекта, для всех медицинских работников в целевых областях. Провести последующее поддерживающее наблюдение и выступить в роли менторов для обеспечения институционализации протоколов и развития новых навыков.
2. Провести поддерживающее наблюдение совместно с районными работниками здравоохранения, уделив особое внимание вопросу улучшения заполнения медицинских карт/ ведения документации.
3. Провести совместную работу с местными органами власти и районными работниками здравоохранения с целью обеспечения того, что каждое учреждение здравоохранения имеет чистый работающий ямочный туалет и количество ямочных или смывных туалетов соответствует количеству работников и пациентов.
4. Провести совместную работу с органами местного самоуправления и районными работниками здравоохранения для обеспечения условий для мытья рук и бесперебойного снабжения чистой водой.
5. Удостовериться в том, что стратегия изменения поведения посредством коммуникации включает в себя достаточное число материалов по питанию для распространения или демонстрации в учреждениях здравоохранения.
6. Оказать содействие Министерству здравоохранения в разработке нового протокола по анемии, в том числе в разработке обучающих тренингов для медицинских работников по реализации протокола, и систему для распределения препаратов железа и фолиевой кислоты, которые уже закуплены вместе с порошковыми витаминно-минеральными пищевыми добавками (Гулазык) для Джалал-Абадской области.

Приложение А. Употребление препаратов железа беременными женщинами в целевых районах проекта – Джалал-Абадской и Нарынской областях

краткая информация

Согласно Медико-демографическому исследованию Кыргызской Республики 2012 (МДИ), 35 процентов женщин репродуктивного возраста страдают анемией. Обнаружена слабая зависимость между анемией и уровнем благосостояния или уровнем образования матери, показатели городского и сельского населения также не имеют существенных различий. Среди женщин, которые родили в течение пяти лет, предшествующих опросу, у 39 процентов была определена анемия во время беременности. Сорок пять процентов сообщили, что принимали препарат железа (самостоятельно или в сочетании с фолиевой кислотой) и только восемь процентов получили какой-либо препарат для дегельминтизации. Среди женщин, которым сказали, что у них анемия, 80 процентов принимали препарат железа. Среди тех, кому не был поставлен диагноз анемия, 21 процент принимали препарат железа. Согласно МДИ, 97 процентов женщин состояли на учете по беременности и 84 процента посетили врача четыре или более раз. Это подтверждает, что в Кыргызской Республике нет проблемы доступа к услугам здравоохранения, но указывает на необходимость улучшить качество услуг, в частности, консультирование беременных женщин о важности приема препарата железа и о том, как справляться с побочными эффектами.

Согласно государственному протоколу, выпущенному в 2002 г., семейные врачи (которые ведут наблюдение за беременными женщинами) обязаны назначать препараты железа и фолиевой кислоты беременным женщинам с диагнозом анемия, однако, они обычно не предписывают их для всех беременных женщин. Препараты не предоставляются бесплатно, из-за предположения, что стоимость не является препятствием для потребления. Препараты железа и фолиевой кислоты предоставляются по низкой цене тем женщинам, которые охвачены программой обязательного медицинского страхования. Чтобы понять побудительные факторы, почему беременные женщины принимают или не принимают препараты железа, сотрудники проекта SPRING провели качественное исследование в целевых районах проекта - в Джалал-Абадской и Нарынской областях в октябре и ноябре 2014 года.

МЕТОДИКА

Данное исследование включало в себя получение информации от работников здравоохранения и от посетителей. Для этого исследователи посетили учреждения здравоохранения в каждом регионе. Число и типы посещенных медицинских учреждений следующие:

6 Групп семейных врачей в Нижнем Джалал-Абаде,

1 Центр семейной медицины и 2 Группы семейных врачей в Верхнем Джалал-Абаде (Район Токтогула)

1 Центр семейной медицины и 5 ФАПов в Джумгалском районе

Список контрольных вопросов (чек-лист) использовался для наблюдения за тем, как предоставлялись услуги, связанные с дородовым наблюдением и анемией. Гинеколог, который собирал информацию, отмечал наличие протокола или материалов о железодефицитной анемии, а также просмотрел случайную выборку медицинских карт женщин, которые недавно родили; примерно 30 карточек в каждом месте. Она

отметила, скольким женщинам предписали прием препаратов железа или фолиевой кислоты, у скольких была обнаружена анемия, и было ли проведено последующее наблюдение для того чтобы убедиться, что женщины действовали согласно назначению - принимали таблетки или у них повторно измерили уровень гемоглобина. Врачам и медсестрам в каждом медицинском учреждении был задан вопрос, проходили ли они когда-либо какое-либо обучение лечению или профилактике анемии.

Чтобы определить наличие и стоимость препаратов железа, в том числе мульти-препарата для беременных, комбинированного препарата железа и фолиевой кислоты и препарата железа в виде таблеток с сульфатом железа или сиропа, исследователи посетили три аптеки в отдаленном районе Токтогула. Чтобы узнать об употреблении препаратов железа со стороны клиентов медицинских услуг, SPRING провел 15 фокус-групп с участием женщин, которые были беременны в период последних двух лет. Женщин спросили об услугах, которые они получали в рамках родового наблюдения, назначался ли им препарат железа, принимали ли они его и где они его приобретали, и почему некоторые решили не выполнять назначение врача или не принимать препарат железа. Фокус-группы были проведены в 15 сообществах, в различных местах, как очень отдаленных, так и с хорошим доступом к медицинским услугам. В каждой группе было семь или восемь женщин, каждая из которых имела в среднем трех детей. В Токтогуле, очень большом районе, Джалал-Абадской области были проведены дополнительные мероприятия с целью определения способствующих факторов и барьеров для приема препарата железа или препаратов железа и фолиевой кислоты во время беременности. Был проведен индивидуальный опрос 20 женщин, которые принимали препарат железа во время беременности и 20 женщин, которые этого не делали. Данная методика также определяет существующие уровни понимания преимуществ и потенциальные вторичные аудитории.

результаты

В соответствии с текущей практикой (протокол 2002 года), препарат железа назначают только беременным женщинам, у которых был диагностирован уровень гемоглобина ниже 11. Обзор медицинских карт показал, что одна четвертая часть женщин, которым был поставлен диагноз анемия во время их первого визита за антенатальной помощью, никогда не получали предписание принимать препарат железа, несмотря на то, что у одной женщины гемоглобин был на отметке восемь.

Врачи в основном назначают препарат с сульфатом железа, который включает в себя:

Активный ингредиент - железо, как сульфат железа (III) 256.30 мг, эквивалент железа 80.0 мг

Добавка: аскорбиновая кислота (витамин С) 30.0 мг; картофельный крахмал, 0 мг; триэтилцитрат 20.08 мг и т.д.

Активный ингредиент – фолиевая кислота 0.350 мг

Добавка: натрия гидрокарбонат 0,25 мг, тальк порошок 7.0 мг

Цена данного продукта, французского производства, примерно 400 сомов (7.25 долларов США) за 30 таблеток. Семьи, включенные в национальную схему медицинского страхования, платят только около 200 сомов. Исследование SPRING показало, что сульфат железа или препараты железа и фолиевой кислоты были доступны во многих лекарственных формах даже в отдаленных районах.

Большое количество медицинских карточек показали, что некоторые врачи выписывали рецепты, не упоминая название или состав лекарственного препарата, оставляя женщинам решать с фармацевтом, что

покупать. Многие медицинские рецепты были написаны без упоминания о дозировке. Фармацевты, которых посетили исследователи в Токтогуле в конце исследования, прояснили ситуацию. Женщины, которые имеют страховку, имеют право получить официальный рецепт с информацией о лекарственном составе и дозировке. Для того чтобы получить скидку, они должны обратиться в страховой фонд, чтобы получить справку о том, что у них нет никаких задолженностей по страховым взносам. У многих женщин есть задолженность и они не хотят возиться с этим; однако, если врач выписывает полный рецепт, и они идут прямо в аптеку и получают препараты по назначению, врач затем несет ответственность за задолженность по страховым выплатам. Кажется, это серьезный сдерживающий фактор для врачей от того, чтобы выписать любой полный рецепт. Они предпочитают просто назначить "сульфат железа", и позволить женщине пойти с таким назначением в аптеку, где она не получит скидку. Фармацевты сообщили, что, из-за стоимости, большинство женщин приобретают только несколько таблеток за один раз.

Протокол 2002 года рекомендует женщинам с диагнозом анемия вернуться в течение двух недель для последующего контроля. Гемоглобин должен быть проверен дважды в течение беременности. (Рекомендованы шесть посещений врача до родов). Обзор медицинских карт, проведенный SPRING, показал отсутствие каких-либо действий с целью подтверждения, что женщины принимают предписанный препарат железа, и большинство из женщин не сдавали повторный анализ на гемоглобин. Ситуация была одинаковой в обоих регионах. Не было никакой разницы в следовании протоколу между гинекологами и семейными врачами. Также в обоих регионах медицинские карты заполнялись неудовлетворительно. (В одной Группе семейных врачей, не было никаких записей/ медицинских карт детей в возрасте до двух лет)

Результаты фокус-групп

У большинства женщин в фокус-группах, во время одной или нескольких беременностей, была обнаружена анемия. Некоторые рассказали о сильно выраженных симптомах анемии у себя и у своих детей, включая *ликацизм*, т.е. поедание глинозема. Только одна или две женщины в каждой группе принимали препарат железа или фолиевую кислоту. Фолиевая кислота назначается редко, только две из 110 участниц ОФГ когда-либо принимали ее. Женщины указали стоимость в качестве основного барьера для приема каких-либо препаратов железа. Они сказали, что 30 таблеток простого сульфата железа стоят около 300 сомов или \$6.00. Несколько отметили, что им не понравился вкус, и они перестали принимать его по этой причине. Никакие другие побочные эффекты не были отмечены. Большинство женщин сказали, что они не получали никакого консультирования по вопросам питания во время беременности, правда те женщины, которые их получили, услышали от медсестер рекомендации о том, что им надо есть больше фруктов и овощей в целом. В целом, женщины проявили большую заинтересованность в получении дополнительной информации о том, как предотвратить анемию.

Женщины и медицинские работники не имеют практически никаких достоверных знаний о том, какие продукты могут содержать железо или витамин С, и только один медработник упомянул, что чай связан с усвоением железа. Широко распространено убеждение, что яблоки являются хорошим источником железа.

Индивидуальные опросы; методика «Принимающий/Не принимающий»

Женщины, участвовавшие в опросе, имели только смутное представление о том, что анемия связана с кровью, и никогда не получали информацию о последствиях анемии для матери или ребенка. Ни одна из них не могла четко сформулировать преимущества употребления препарата железа во время беременности, кроме того, как сказать, что это «сделает кровь сильнее». В отношении побочных эффектов,

только одна женщина упомянула запор, одна - тошноту и две женщины отметили, что препарат железа имеет плохой вкус. Большинство женщин определили стоимость, как барьер для приема препарата железа. Одна из них сказала, что если получить его по рецепту от врача [по схеме страхования], то цена будет в два раза дешевле. Две женщины отметили, что мужья поддерживают их в том, чтобы они принимали его, несмотря на стоимость; на самом деле, когда одна из них не решалась приобрести для себя препарат из-за его цены, ее муж вышел и купил его для нее. Еще одна женщина сообщила, что ее свекровь и другие люди старшего возраста, говорили ей, что она должна улучшить свой уровень железа в организме и для этого пить сок и бозо (ферментированный напиток из ростков пшеницы), а также есть яблоки и мед.

последствия проектных мероприятий SPRING

Улучшение статуса обеспеченности препаратами железа и фолиевой кислоты у беременных женщин

Министерство здравоохранения находится в процессе разработки нового протокола по анемии. Обсуждение включает в себя вопрос бесплатного распространения препаратов железа и фолиевой кислоты всем беременным женщинам на 90 дней. Неясно, будет ли протокол включать также дегельминтизацию либо для женщин, либо для детей. В свою очередь, SPRING предоставит эксперта-консультанта по анемии для рассмотрения протокола, выработки предложений, основанных на научно-обоснованных передовых практиках, и участия в разработке учебной программы и подготовке национальных лидеров и тренеров.

Протокол и обучающий тренинг должны учитывать следующее:

1. Консультирование о преимуществах приема препаратов железа и фолиевой кислоты и о последствиях анемии для женщины и ребенка
2. Пробная дегельминтизация
3. Последующий контроль над пациентами с диагнозом анемия
4. Важность точного ведения медицинских карт
5. Консультирование женщин по вопросу изменения рациона питания с целью улучшения уровня гемоглобина

Коммуникационная кампания

Анемия будет одной из двух основных тем массовой коммуникационной кампании SPRING.

Распространяемая информация о железе будет фокусироваться на следующем:

1. Определение анемии
2. Последствия анемии у беременных женщин и детей грудного возраста
3. Преимущества употребления препаратов железа и фолиевой кислоты
4. Рацион питания, приводящий к анемии и рекомендации по предотвращению анемии, включая изменения в рационе питания

Образовательные программы для местного сообщества

Членам комитета потребуется тренинг, который будет включать ту же самую информацию, перечисленную выше для коммуникационной кампании. В рамках учебных занятий или консультаций, которые они проводят в сообществах, они должны также помочь женщинам и их мужьям задуматься над тем, какие существуют возможности для того, чтобы можно было позволить себе продукты богатые железом и заплатить за препараты, если это необходимо.

Приложение Б. График Фазы I полевых работ формативного исследования

Дата	Сообщество	Мероприятия	Оценка учреждений здравоохранений	Ключевые наблюдения
Джумгалский район, Нарынская область				
23 октября	Город Чаек	Поперечный обход Ключевые информители КУЗ	Роддом, ЦСМ	Это районный центр, в городе есть крупный базар, жители большинства сел приезжают в город за покупками.
23 октября	Кызыл-Джылдыз		ФАП	Недалеко от Чаека, 15 км к востоку
23 октября	Кок-Ой		ЦСМ	Недалеко от Чаека, 15 км к западу
24 октября	Байзак	ОФГ с участием женщин ОФГ с участием мужчин Поперечный обход	ЦСМ	Самое большое село в Джумгалском районе, продуктивное сельское хозяйство, мельница, ближайшее село к Чаеку. В этом селе есть большой базар и из других сел приезжают за покупками.
25 октября	Дыйкан	ОФГ с участием женщин ОФГ с участием мужчин Поперечный обход СКЗ	ЦСМ	Пустыня, шахтеры с наличным доходом; это большая деревня, разделенная на части, одна часть близко к горам, другая в долине
25 октября	Эпкин	ОФГ с участием женщин Поперечный обход СКЗ	ФАП	Около 20 км от Чаека в широкой орошаемой долине, СКЗ очень активен в этом селе
27 октября	Орнок	ОФГ с участием женщин ОФГ с участием мужчин Поперечный обход		Удаленные горы, очень плодородная долина с большим количеством фруктов и овощей в течение короткого теплого сезона. В 60 км от г. Чаек
27 октября	Арал	ОФГ с участием		Небольшая деревня с 64

Дата	Сообщество	Мероприятия	Оценка учреждений здравоохранений	Ключевые наблюдения
		женщин Поперечный обход СКЗ		зарегистрированными домохозяйствами, 17 км вверх в горы от села Чаек. Слишком скалистая местность для широкого культивирования.
28 октября	Доскыл	ОФГ с участием женщин Поперечный обход СКЗ	Группа семейных врачей (нет туалета)	Самое холодное село в Джумгалском районе, зимой минус 60 градусов, холодный ветер, в 60 км к северо-востоку от Чаека в другом горном хребте, где снега выпадает меньше

Нижний Джалал-Абад				
3 ноября	Микро район «Джениш-Дача»	ОФГ с участием женщин Поперечный обход	ЦСМ, ГСВ 8, Роддом	Это новое поселение сельских иммигрантов в городе Джалал-Абад, люди имеют возможность держать скот в этом месте, однако в обветшавших многоквартирных домах плохое обеспечение водой или канализацией
4 ноября	Город Кочкор-Ата	ОФГ с участием женщин 2 группы Поперечный обход	ГСВ 16, ГСВ 17	В 70 км от города Джалал-Абад, продуктивная земля сельскохозяйственного назначения с достаточным орошением, фруктовые сады
4 ноября	Село Комсомол	ОФГ с участием мужчин Поперечный обход СКЗ		Село рядом с городом Кочкор-Ата
5 ноября	Город Кок-Джангак	ОФГ с участием женщин ОФГ с участием мужчин Поперечный обход СКЗ	ЦСМ, Центр объединенной практики, Родильное отделение	В период до перестройки это был шахтерский городок, 40 жилых блоков, почти село, высокий уровень безработицы и много людей вынужденных работать в других странах

Дата	Сообщество	Мероприятия	Оценка учреждений здравоохранений	Ключевые наблюдения
Токтогул				
13 ноября	Город Токтогул	ОФГ с участием женщин Поперечный обход	ЦСМ, 3 ГСВ, Родильный дом	Один из отдаленных районов Джалал-Абадской области, имеет 25 сел и 42 СКЗ
14 ноября	Село "Озгоруш"	ОФГ с участием женщин ОФГ с участием мужчин Поперечный обход СКЗ	ГСВ, Родильное отделение	69 км от города Токтогул, отдаленное село, очень холодно, суровые зимы и нехватка воды
14 ноября	Село «Уч-Терек»	ОФГ с участием женщин ОФГ с участием мужчин Поперечный обход	ГСВ, Роддом	45 км от г. Токтогул, рядом с автомагистралью
15 ноября	Село «Таласбай	ОФГ с участием женщин Поперечный обход	ГСВ	Новое поселение в Токтогуле, рядом с городом
15 ноября	Село «Комсомол»	ОФГ с участием мужчин Поперечный обход СКЗ		Село рядом с городом Токтогул

Приложение В. Инструменты для Фазы I формативного исследования

Интерактивное упражнение для изучения физической и экономической доступности продуктов питания

Участники: От шести до десяти замужних женщин любого возраста, проживающих в сообществе

Материалы: Цветные фотографии всех возможных продуктов, продаваемых на центральном рынке и в магазинах. На каждой фотографии изображен только один тип продукта, но могут быть показаны несколько сортов данного продукта. Например, одна фотография колбасы будет показывать различные распространенные формы, в которых она продается.

1. Получите согласие женщин на участие, они должны подписать письменную форму согласия.
2. Рассадите женщин по кругу, либо вокруг стола, либо на полу.
3. Объясните, что мы здесь для того, чтобы понять, что едят люди в сообществе.
4. Разложите все фотографии на полу. Попросите каждую женщину громко назвать продукты на фотографиях, которые лежат ближе всего к ней. Если она не может определить продукт, попросите других женщин помочь ей. Только в крайнем случае, фасилитатор может назвать продукт на фотографии.
5. Теперь попросите женщин собрать фотографии любых продуктов, которые они не узнают или никогда не ели. Они должны прийти к консенсусу по этой группе продуктов. Если они знают данный продукт питания, но никогда его не едят, спросите, почему. Попросите человека, который ведет записи, перечислить список этих продуктов вместе с причинами, почему они не едят их.
6. Далее, попросите женщин собрать фотографии продуктов, которые они употребляют только по праздникам и особым случаям. Протоколист будет откладывать эти фотографии в сторону, и перечислять их в соответствующем столбце.
7. Попросите женщин собрать фотографии продуктов, которые они едят редко, чтобы выяснить, почему они редко едят эти продукты, и какое количество раз они едят их. Протоколист будет тщательно вести записи.
8. Попросите женщин собрать фотографии продуктов, которые они едят на регулярной основе, по крайней мере, три раза в неделю. Затем рассортировать эту стопку на продукты, которые они едят каждый день. По поводу каждого продукта в стопках "употребляется часто" или "употребляется ежедневно", спросить, где он приобретается, в какие времена года он доступен, его стоимость, если его покупают, и как его готовят. Протоколист отмечает всю эту информацию в форме.
9. Теперь попросите женщин собрать стопку продуктов, которые они едят чаще всего в каждом сезоне: весна, лето, осень и зима. Протоколист будет тщательно записывать сезонные изменения.
10. Спросите женщин, откладывают ли они какую-либо еду на зиму (в сохраненном или консервированном виде). Насколько долго в зимний период хранился каждый тип продуктов в

последний раз? Когда они заканчиваются? Как они хранятся? Какие методы консервирования пищевых продуктов используются?

11. Опять разложите все фотографии употребляемых продуктов. Есть ли продукты, которые не дают очень маленьким детям? Почему не дают? Есть ли продукты, которые беременным женщинам не следует есть? Почему не следует?
12. Попросите женщин выбрать фотографии продуктов с высоким содержанием железа. Какие продукты дают нам витамин А? Какие продукты дают нам только энергию, но не дают никаких питательных веществ?

Руководство по проведению обсуждений в фокус-группах с участием женщин с детьми до двух лет

1. Как часто Вы ходите на рынок? Где он находится?

2. Где Вы берете продукты?

Перечислите типы продуктов по источникам, узнайте источники масла и соли; продуктов, которые они могут и не покупать. Кто их покупает?

Вы собираете какие-либо продукты в лесах / реках / с краев полей?

Продукты питания	Собственного производства	Где были куплены?	Как часто покупаете?
Молоко			
Молочные продукты			
Пшеница или другое зерно			
Мука или хлеб			
Мясо – баранина или говядина			
Мясо птицы			
Яйца			
Овощи			
Фрукты			
Растительное масло, сахар, соль			
Колбаса ⁴			

⁴ Колбаса покупается, ее не готовят дома, поэтому она включена в качестве отдельной категории.

3. Сколько раз в день Вы готовите еду? Что Вы готовите?

Время	Приготовленная еда
Завтрак	
Обед	
Ужин	

4. Как часто Вы едите? Вы едите между приемами пищи? Что Вы едите между приемами пищи? Вы обычно едите какие-либо ингредиенты, в то время как готовите еду? Какие ингредиенты Вы едите?

Между приемами пищи:

Во время приготовления еды:

5. Ваши маленькие дети едят между приемами пищи? Что они едят? Кто решает, что они будут есть между приемами пищи? Кто решает, что они будут есть во время приема пищи? Вы кормите своего ребенка из отдельной посуды?
6. Какие овощи Вы готовите для вашей семьи для употребления во время приема пищи? Где Вы берете овощи, которые готовите? Как вы их готовите? Когда Вы подаете горячую пищу, кто-нибудь в семье получает больше, чем другие? Какую именно еду? Почему?
7. Вы знаете, что такое йодированная соль? Каковы преимущества ее использования?
8. Какое количество масла Вы используете каждый день? Где Вы его берете/покупаете? Какова цена масла?
9. Какое количество масла Вы используете каждый день? Какое количество сахара Вы используете каждый день? Как Вы используете сахар? Сколько он стоит?
10. Какие переработанные продукты питания (легкие закуски, лапша) вы едите? Как часто?

11. Работают ли большинство женщин на полях/ пастбищах часть года? Когда они работают в поле, сколько часов в день они отсутствуют дома?

Когда у них есть маленький ребенок, которому менее чем шесть месяцев, то, что они делают для того, чтобы накормить этого ребенка?

Если они не берут с собой ребенка, тогда как его кормят? (тип питания, метод)?

Если ребенок старше и остается дома, кто заботится о ребенке и кормит его?

12. Какие рекомендации дают медсестры или врачи беременным женщинам? Принимали ли Вы препарат железа или получали назначение врачом препарата железа? Сколько таблеток железа Вы приняли? Были ли у Вас какие-либо трудности при приеме их каждый день?

13. Когда женщины в данном селе дают своим детям жидкости, помимо грудного молока? Какие первые жидкости они дают? Почему матери думают, что ребенку нужно больше жидкости, а не только грудное молоко?

14. Когда женщины в этом селе дают своим детям еду, кроме грудного молока? Какие первые продукты они дают? Как долго они продолжают давать грудное молоко?

15. Что принимают во внимание женщины, когда решают прекратить грудное вскармливание?

16. Много ли семей, которые кладут ребенка в колыбель с пеленанием? Сколько часов в день ребенок проводит вне колыбели? Каковы преимущества нахождения ребенка в колыбели большую часть времени? Каковы недостатки для ребенка, от того что он в колыбели большую часть времени?

Руководство по проведению обсуждений в фокус-группах с участием мужчин

1. Где вы получаете новости и информацию? (Распросите о радио, телевидении, мобильных телефонах)
Если по радио, то в какое время суток? Если по телевизору, то, в какое время и где? С семьей, с другими мужчинами? Если мобильный телефон уже был упомянут, изучите, сколько мужчин имеют мобильные телефоны, их основное применение, стоимость мобильной связи.
2. Как часто вы выезжаете из села? Когда вы выезжаете из села (городка, города), куда вы едете?
3. Какую еду обычно ест Ваша семья? (Изучите источник каждого продукта питания, производится ли он, покупается ли, добывается ли из других источников, таких как рыбалка, охота и т.д.)
4. *Если рынок уже упомянут:* какие члены семьи идут на рынок, чтобы купить еду? Как часто? Расстояние и стоимость транспорта? Если идет мужчина, решает ли он сам один, что купить или он покупает то, что попросила его жена? В среднем, сколько тратится в неделю или за одну поездку? Откуда он знает, сколько он может потратить в этот день?
5. Покупаете ли Вы какую-то еду, которую едите только Вы сами?
6. Покупаете ли Вы когда-нибудь специальные продукты для ваших детей? Как часто? Какие виды? Почему именно эти продукты?
7. Имеет ли большинство людей место для выращивания овощей для употребления? Кто ухаживает за этим огородом/местом? Кто решает, что там посадить? Сколько месяцев в году они могут выращивать овощи для употребления? Есть ли вода для орошения/полива овощей в сухие месяцы? Что затрудняет подключение воды к ним?
8. Люди выращивают фрукты? Какой вид фруктов выращиваете Вы? Что Вы делаете с фруктами? Как много Вы храните для употребления семьи? Есть ли фрукты, которые растут сами по себе (дикие)? Какие? Их много?
9. Держат ли люди кур в этом селе? Как они их используют? Сколько кур в одном домохозяйстве? Кто смотрит за курами? Какие здесь есть проблемы с разведением кур?

10. Как много продуктов, которые ест ваша семья, Вы производите сами? Как много Вы покупаете? Или продаете?

Продукты питания	% произведенные	% проданные	% купленные	Как часто покупаете?
Молоко				
Молочные продукты				
Пшеница или другие зерновые				
Мука или хлеб				
Мясо - говядина или баранина				
Мясо птицы				
Яйца				
Овощи				
Фрукты				

11. Есть ли что-нибудь еще, что Вы хотели бы рассказать мне о производстве продуктов питания в вашем сообществе?

12. Знаете ли Вы о каких-либо недоедающих детях в Вашем сообществе? Каковы, по Вашему мнению, причины этого недостаточного питания? Какие будут долгосрочные последствия недостаточного питания для этих детей в будущем?

13. Если заболела женщина или ребенок, кто принимает решение пойти в ФАП (сельский медпункт) / к врачу?

14. Хотели бы Вы узнать, какие продукты являются наиболее питательными для Вас и Вашей семьи?

поперечный обход с фокусом внимания на вопросы питания и гигиены

Задачи:

- Сделать моментальный «снимок» условий в целевых селах
- Точно определить существующие ресурсы и возможности, на основе которых можно сформировать желаемые практики
- Распознать барьеры для предстоящих проектных мероприятий
- Определить существующие практики и социальные нормы

Результаты:

- Подробное описание намеренно выбранных типичных сел
- Сводная таблица для оценки потенциальных проектных мероприятий

Шаги

Выберите села, которые можно считать типичными представителями разнообразия целевой области. Примите во внимание их расположение по отношению к основным дорогам, различным экологическим зонам, размер села, этничность и т.д.

Определите одного или двух человек из вашей команды для проведения поперечного обхода в каждом селе. Эти люди должны ознакомиться с Руководством по наблюдению во время поперечных обходов.

Прибыв на место, объясните сельским лидерам, что цель данного визита - узнать больше о селе. Возможно, будет разумно, если один из членов сообщества будет сопровождать "ходоков" в качестве гида и развеет опасения жителей о незнакомцах, проходящих мимо. Старайтесь, чтобы у вас было не более одного гида. Остальные лидеры сообщества могут быть вовлечены в другие мероприятия.

Начните в одном углу села и проложите ваш путь по диагонали через все село. Потратьте время, для того, чтобы наблюдать внимательно. В то время как вашей основной целью является наблюдение, вы можете задать вопросы для разъяснения. Когда вы закончили движение по диагонали, вы можете пойти в другом направлении, чтобы рассмотреть что-то конкретное, например, чтобы увидеть источник воды для сообщества, магазины в центре, школу и т.д.

Когда вы закончите, сядьте и запишите все, что вы увидели. Если позволяет время, сразу же опишите подробно. Или же, вы можете написать подробный отчет вечером, но выделите время для того, чтобы написать его, пока ваш обход еще свеж в вашей памяти.

После того как все посещения будут завершены, заполните сводную таблицу необходимой информацией.

Руководство по наблюдению для использования во время поперечных обходов

1. Имеют ли ямочные туалеты большинство домохозяйств? Они выглядят, как используемые? Чистые? Где они расположены по отношению к дому? (вверх по склону, вниз по склону, очень далеко, через болото и т.д.) Есть ли свидетельства дефекации в других местах вне туалета?
2. Как близко крупный домашний скот содержится к дому? Это место, где находится скот, содержится в чистоте? Какие крупные животные содержатся? Оцените, сколько семей имеет крупный домашний скот.
3. Имеют ли большинство семей кур, индюков или уток? Их содержат на свободном выгуле? Есть ли сооружения, где они проводят ночь? Оцените среднее количество на семью. Есть ли домохозяйства, которые, по-видимому, не разводят домашних птиц?
4. Есть ли фруктовые деревья вокруг домов? Какие виды деревьев? Имеет ли большинство домохозяйств одно или больше фруктовых деревьев? Есть ли плодовые деревья, которые растут не близко к домам? Какие виды?
5. Есть овощи, которые растут рядом с домами? Какие виды? Они защищены от животных? Примерно сколько домохозяйств выращивают овощи?
6. Если овощных грядок немного или вообще нет рядом с домами, есть ли место рядом с домами, освещенное солнцем, для выращивания каких-либо овощей?
7. Какие виды строений существуют для хранения основных зерновых культур? Их состояние?
8. Вокруг домов видите ли вы доказательства наличия источников доходов, кроме сельского хозяйства?
9. Люди носят воду в свои дома? Кто приносит воду? Как далеко находится источник воды? (Если возможно, посетите источник и опишите его) Относят ли женщины белье для стирки к источнику воды или стирают дома?
10. Есть ли маленькие магазины? Они разбросаны по всей деревне или сосредоточены в одном месте? Каковы основные виды товаров, которые они предлагают? Как много продается вредных продуктов питания?

11. Какие общественные здания вы видите? (школы, мечети, медпункт, и т.д.) Есть ли у них ямочные туалеты? Каково состояние этих ямочных туалетов? Источник воды? Насколько чистая местность вокруг них? Из них какие-нибудь расположены в центре?

12. Видите ли Вы какие-нибудь источники диких продуктов питания? (зелень, ягоды, орехи и т.д.)

13. Где находятся самые маленькие дети? Кто наблюдает за ними? Какова их гигиена?

Сводная таблица для поперечных обходов

Следующая диаграмма позволит нам увидеть потребности и возможности для мероприятий проекта. На основании отметок и подробного отчета по каждому поперечному обходу, поставьте + напротив условий, которые достаточно хорошие и ✓напротив потребностей, которые могут быть рассмотрены в рамках проекта.

Выявленные потребности					
	Село 1 название	Село 2 название	Село 3 название	Село 4 название	Село 5 название
Доступ к улучшенному источнику воды					
Надлежащее использование источника воды					
Гигиена детей					
Рукомойники					
Ямочные туалеты					
Чистота ямочных туалетов					
Чистота палисадников					
Производство овощей для употребления					
Птицеводство					
Наличие фруктовых деревьев					
Пользуются преимуществами существующих продуктов					
Употребление вредной еды					
Доступность медицинских услуг					
Разнообразие источников дохода					

Руководство по проведению обсуждений в фокус-группах с участием работников сельских комитетов здоровья (СКЗ)

1. Как долго каждый из Вас является членом СКЗ?
2. Какие специальные программы осуществил Ваш СКЗ?
3. Какие тренинги Кабинет укрепления здоровья провел для СКЗ?
4. Какие другие организации проводят тренинги в Вашем сообществе? На какие темы? Когда?
5. Вы ведете список беременных женщин? Какой у Вас с ними контакт?
6. Что такое анемия? Каковы последствия анемии для матери и ребенка?
7. Каковы причины анемии?
8. Какие проблемы могут иметь дети из-за недостаточного питания?
9. Какие свежие продукты питания доступны в летнее время в Вашем сообществе?
 - а. Какие свежие продукты питания доступны в зимнее время в Вашем сообществе?
 - б. Какие продукты недоступны в зимнее время?
10. Сколько домохозяйств сохраняют овощи на зиму? Сколько домохозяйств консервируют фрукты на зиму?
11. Сколько домохозяйств имеют холодильник с морозильной камерой?
12. Почему семьям так трудно содержать в чистоте ямочные туалеты?

Список контрольных вопросов для оценки учреждений здравоохранения

Пункты	Оценка + или -
Наличие отдельного закрытого пространства для консультирования беременных женщин и детей	
Видимый график приема пациентов	
Наличие туалета со смывом	
Состояние туалета со смывом	
Условия для мытья рук	
Наличие алгоритма мытья рук	
Фонендоскоп	
Детский ростомер	
Ростомер для взрослых	
Весы для взрослых	
Весы для младенцев	
Сантиметровая лента	
Гемоглобинометр	
Алгоритм определения гемоглобина	
Раздаточные материалы (РМ) «Опасные признаки у детей» в виде плаката	
РМ «Питание беременных женщин»	
РМ «Исключительно грудное вскармливание»	
РМ «О прикорме»	
РМ «О питании детей грудного и раннего возраста»	
Наличие диаграммы веса и роста, рекомендованных ВОЗ	
Протокол лечения анемии у детей	
Наличие препаратов железа для бесплатного распределения	
Наличие порошковой витаминно-минеральной добавки «Гулазык»	
Наличие и использование Протокола лечения анемии у беременных женщин	
Наличие аптек с широким выбором железосодержащих и антипаразитарных препаратов	
Наличие телевизора/видео материалов и материалов, связанных с питанием, для населения	
Из обзора записей	
Медицинское назначение препарата железа, дозировка и продолжительность приема	

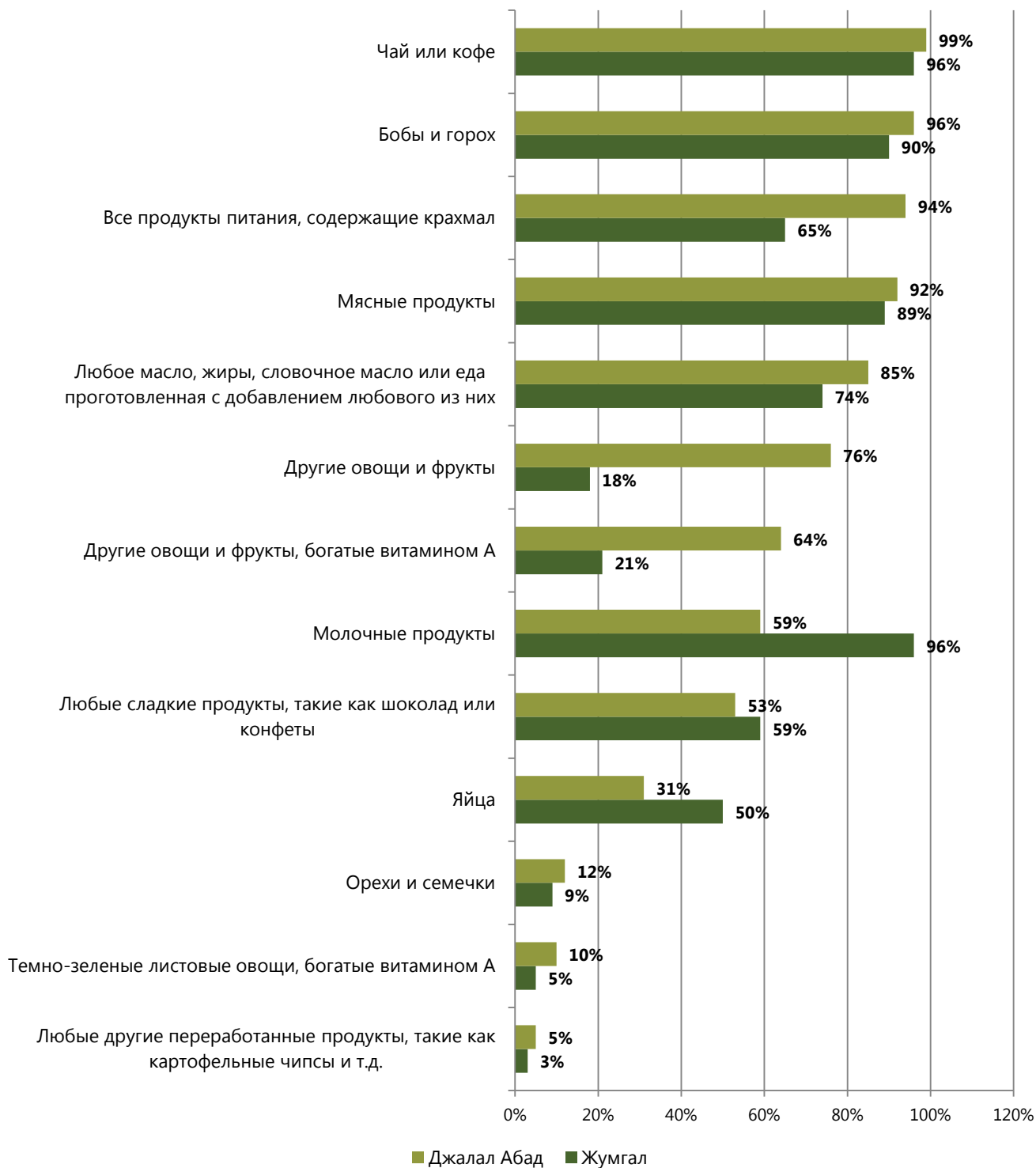
Пункты	Оценка + или -
для детей	
Мониторинг приема препарата железа беременными женщинами	
Мониторинг приема препарата железа детьми	
Диаграмма статуса питания ребенка	
Замечания и рекомендации для матери по проблемам питания ребенка	
Отслеживание распространения порошковых питательных микроэлементов и витамина А	

вопросник для медицинских работников

1. Если молодая мама с ребенком в возрасте одного-двух месяцев подойдет к вам и скажет, что у нее недостаточно грудного молока, какой совет вы ей дадите?
2. Когда матери следует начать давать ребенку мягкую пищу в качестве дополнения к грудному молоку?
3. Какую пищу вы бы рекомендовали ей в качестве первого прикорма?
4. Когда у маленького ребенка диарея, следует ли матери давать ребенку еду или нет? Почему да и почему нет?
5. Многие женщины страдают от анемии во время беременности. Что могут они предпринять для профилактики анемии?
6. Вы знаете, что такое йодированная соль? В каких целях йод добавляют в соль?
7. Какие советы относительно еды или рациона питания вы даете беременным женщинам?
8. Вы знаете о каких-либо побочных эффектах железосодержащих препаратов?
9. Что вы говорите женщинам о том, как они могут предотвратить эти побочные эффекты?

Приложение Г. Разнообразие рациона питания женщин, базовые данные SPRING

Еда и напитки, которые употребляла опрашиваемая женщина в течение предыдущих 24 часов ($N_{jm}=300$, $N_{jl}=300$)



Приложение Д. Схема приобретения продуктов питания по регионам

Ниже приведена приблизительная оценка, предоставленная сельскими мужчинами, которые участвовали в фокус-группах. Диапазон представляет максимум и минимум для разных сел в каждом регионе.

Источники обычно употребляемых продуктов питания

Регион	Производится %	Покупается %	% проданной продукции
Молоко и молочные продукты			
Джумгал	90-100%	0 – 10%	0-5%
Нижний Джалал-Абад	50%	50%	10%
Токтогул	90%	10%	10%
Пшеница или мука			
Джумгал	60 – 90%	10 – 40%	50%
Нижний Джалал-Абад	0 – 20%	80 – 100%	0
Токтогул	0 – 50%	50 – 100%	0
Мясо			
Джумгал	70-100%	30%	30 – 40%
Нижний Джалал-Абад	30%	70%	0%
Токтогул	40-100%	50-60%	0%
Яйца			
Джумгал	70-90%	10-30%	0 – 20%
Нижний Джалал-Абад	40-60%	40-60%	0%
Токтогул	40%	60%	0%
Картофель			
Джумгал	0-70%	30-100%	0-30%
Нижний Джалал-Абад *	0-50%	50-100%	10%
Токтогул	80-90%	40-50%	10-30%
*Рис больше относится к основным продуктам питания, и он производится в соседних регионах. Во всех целевых областях он покупается.			
Овощи			
Джумгал	10-80%	20-90%	10-15%
Нижний Джалал-Абад	30-100%	50-70%	20%
Токтогул	70-100%	30%	10%

Регион	Производится %	Покупается %	% проданной продукции
<p>Примечания: Наиболее часто выращиваемые овощи включают в себя травы (укроп, кориандр), огурцы, помидоры, лук, перец, баклажаны и морковь. Некоторые домохозяйства выращивают тыкву, сколько для употребления, столько же и для продажи. Другие культивируемые овощи включают капусту, репу и редьку (большой зеленый редис). Семьям необходимы помидоры и лук круглый год, их часто покупают. Травы сохраняются в больших количествах путем сушки. Огурцы, баклажаны, перец и капуста маринуются. Капуста, баклажаны, морковь и репа хранятся в заполненных землей траншеях в течение нескольких месяцев. Тыква может храниться в прохладном сухом месте до пяти месяцев. Помидоры чаще всего консервируются. Комбинации овощей часто консервируются в виде готовых "салатов".</p>			
Фрукты			
Джумгал	10-70%	20-90%	10%
Нижний Джалал-Абад	90-100%	10-30%	50%**
Токтогул*	50-100%	10-50%	20%
<p>* Включает в себя обилие дикорастущих фруктов во многих сообществах. ** Многие хозяйства производят избыток, в основном арбузы и абрикосы для продажи.</p> <p>Примечания: Наиболее часто выращиваемые фрукты в Джумгальском районе – это малина, яблоки, сливы, некоторое количество винограда и абрикосов, а также дикорастущие ягоды в ограниченных местах. Те же фрукты выращиваются в Токтогульском районе, за исключением винограда, но здесь есть также хурма и вишня плюс есть еще много диких ягод, а также грецкие орехи. В Нижнем Джалал-Абаде фрукты растут в изобилии. Здесь есть абрикосовые сады, персики, нектарины (лысье персики), сливы, гранаты и некоторых, дыни выращиваются в коммерческом масштабе.</p>			

Основные продукты питания в Джумгальском районе	
Продукты, которые не употребляют	
Замороженные куриные окорочка (считается, что они вредны для здоровья)	Овсяная крупа
Кислая капуста, за исключением немногих домохозяйств	Цветная капуста, брокколи
Продукты, которые покупают сельские домохозяйства	
Мука	Картофель, после того, как съедены свои запасы
Морковь	Лук
Мясо – еженедельно или до трех раз в неделю	Вкусоароматические добавки – суповые смеси
Яйца, когда в домохозяйстве нет курей	Масло, сахар, соль
Продукты, которые хранят	
Под землей или в подвалах:	Консервированные:
Картофель	Варенье из ягод
Морковь	Помидоры

Лук	Смешанные салаты
Капуста	Компоты – из вишни, яблок, слив
Тыква	Маринованные огурцы
	Соки – яблочный или ягодный
Растительные продукты, производимые сельскими семьями	
Некоторый объем пшеницы	Картофель – все
Малина, в селе Орнок также собирают дикие ягоды	Фруктовые деревья – яблоки, сливы, немного винограда
Тыква, репа, редис, свекла, морковь	Травы, помидоры, огурцы
Баклажаны, перец на нижних участках склонов	
Продукты ежедневного питания	
Хлеб	Молоко
Айран/кефир – домашнего приготовления	Суп с мясом и овощами два-три раза в неделю
Картофель	Сливочное масло или <i>сары май</i>
Яблоки по сезону или сохраняемые в течение некоторого времени	Иногда тыква и морковь, капуста ⁵
Варенье или мед	Зимой компот или консервированный салат, консервированные помидоры, маринованные огурцы
Каша, в некоторых семьях	
Летние продукты, которые употребляют все	
Помидоры	Огурцы
Перец	Морковь – поздним летом
Малина, если она растет сама по себе	Желтая репа или дайкон (гигантский зеленый редис)
Редис	Травы, используемые в небольших количествах - укроп, кинза, базилик
Рыба доступна селам, расположенным рядом с рекой	

Многие семьи продают свою пшеницу и затем покупают муку для выпечки собственного хлеба.

Основные продукты питания в Джалал-Абадской области и Токтогульском районе	
Продукты, которые не употребляют	
Замороженные куриные окорочка (считается, что они вредны для здоровья)	Овсяная крупа
Кислая капуста	Цветная капуста, брокколи
Утиное мясо	Хлопковое масло – считается не безопасным

⁵ Данные продукты являются сезонными и доступны только в определенное время года.

Продукты, которые покупают сельские домохозяйства	
Мука	Картофель после того, как съедены свои запасы
Морковь	Лук
Мясо – дважды в месяц (продают свой скот)	Вкусоароматические добавки – суповые смеси
Яйца (мало домохозяйств разводят птицу) дважды в неделю	Масло, сахар, соль
Рыба – замороженная из неизвестного источника	
Продукты, которые хранят	
Под землей или в подвалах:	Консервированные:
Картофель – больше в Токтогуле	Все виды варенья
Морковь и желтая морковь	Абрикосы – сушеные и маринованные
Лук	Помидоры
Капуста в Токтогуле	Смешанные салаты
Тыква	Компоты – из вишни, яблок, персиков
Дозревающие помидоры	Маринованные огурцы
	Тыква фестончатая (сквош)
	Сок
	Яблоки
Растительные продукты, производимые сельскими семьями	
Немного пшеницы и картофеля	Ягоды всех видов, также собирают дикие ягоды
Фруктовые деревья – яблоки, сливы, абрикосы и персики	Тыква, репа, редис, свекла, морковь
Травы, помидоры, огурцы	Баклажаны, перец, перец чили в Нижнем Джалал-Абаде
Продукты ежедневного питания – в городской местности	
Хлеб	Мясо (говядина, баранина) два или три раза в месяц
Мед	Рис – в виде плова с овощами или просто с молоком
Варенье	Компот из яблок или абрикосов
Сливочное масло в некоторых домохозяйствах	Лапша
Картофель	Айран/кефир
Проросшая пшеница	Дикие грибы с гор – осенью
Продукты ежедневного питания – в сельской местности	
Хлеб	Сгущенное молоко с сахаром домашнего приготовления

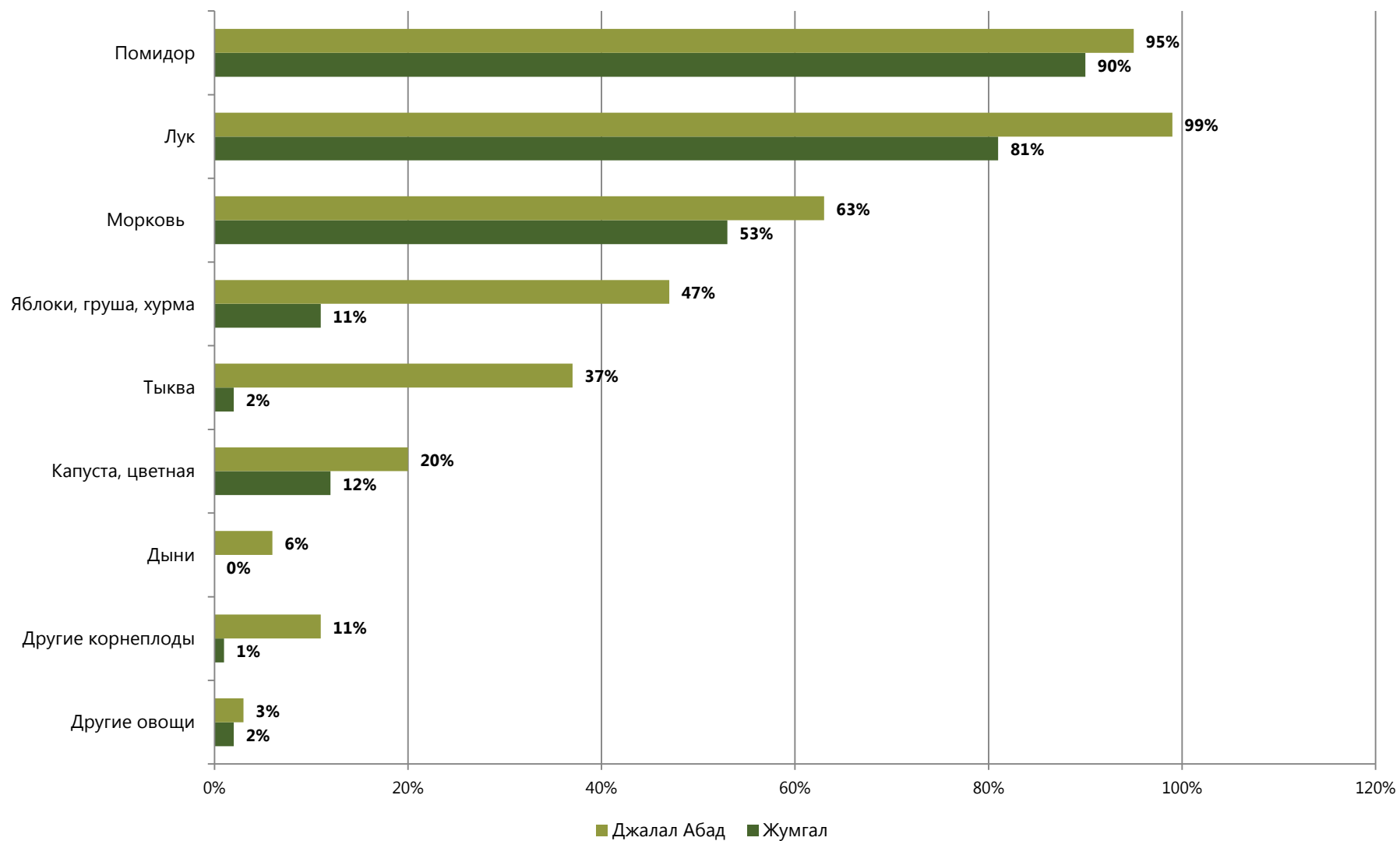
Айран/кефир – домашнего приготовления	Рис с мясом, молоко, овощи
Картофель	Сливочное масло, если готовят дома
Яблоки, абрикосы, грецкие орехи (сохраненные)	Иногда тыква, морковь, капуста ⁶
Летние продукты, которые употребляют все	
Помидоры	Огурцы
Баклажаны – Нижний Джалал-Абад	Перец
Арбуз или дыня (время от времени в Токтогуле)	Все виды ягод
Желтая репа или дайкон (гигантский зеленый редис)	Редис
Травы, используемые в небольших количествах - укроп, кинза, базилик	

Уязвимые группы населения покупают муку только килограммами для выпечки хлеба. Жители многоквартирных домов очень редко едят мясо, едят небольшое количество свежих овощей, и не хранят продукты.

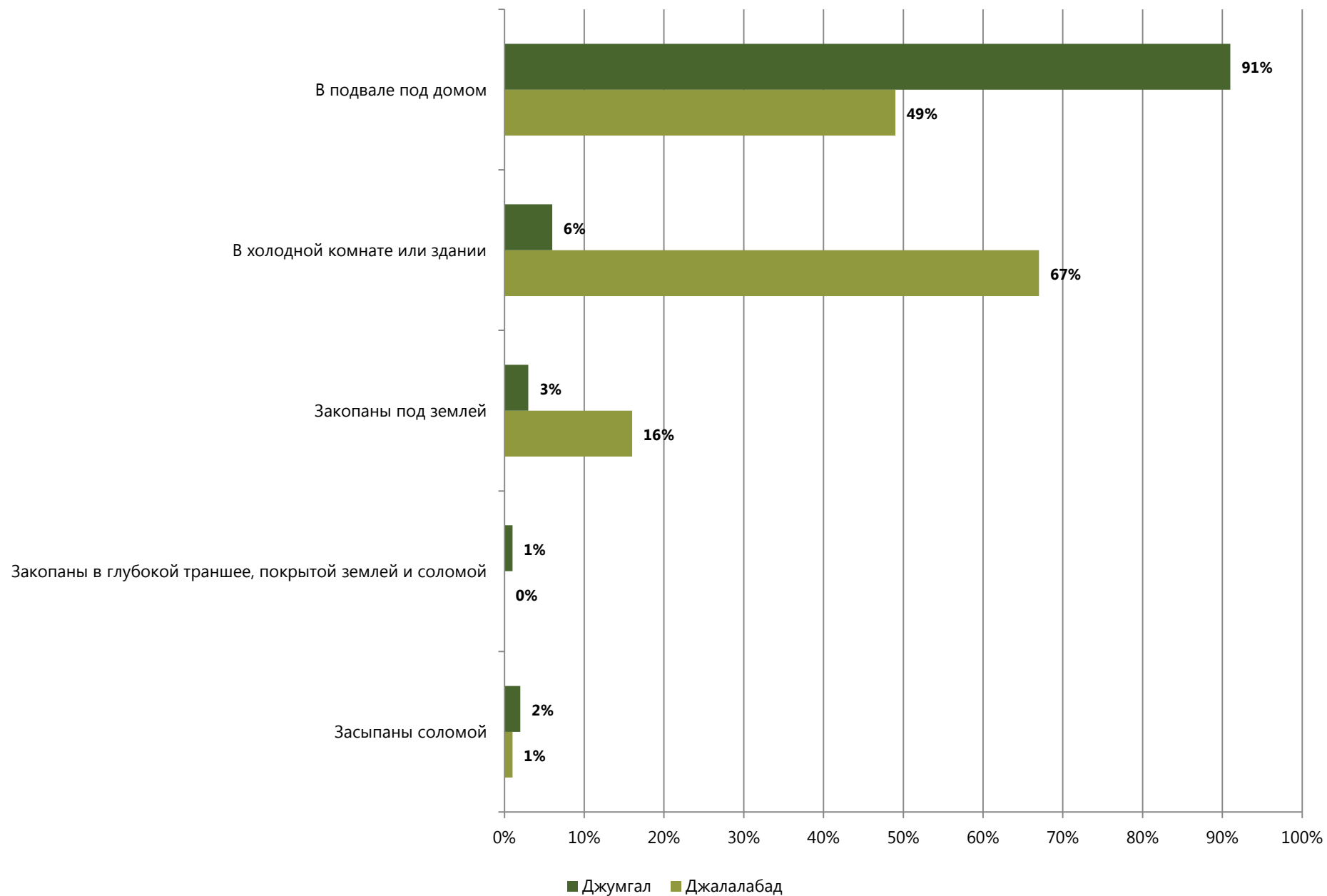
⁶ Данные продукты являются сезонными, и они есть в наличии только в определенное время года.

Приложение Е. Базовые данные по хранению продуктов питания

Овощи и фрукты, которые сохраняют матери (N_{жм}=210, N_д=279)



Место хранения овощей и фруктов (N_{Джм}=210, N_{Джл}=279)



Приложение Ж. Сводный обзор объектов водоснабжения, санитарии и гигиены

	#	Села	Расположение	Чистота	Доступность воды	Отношение/Оправдания
Токтогул	1	Озгоруш	> 50 км, глубоко в горах	Менее чем средней чистоты	Носят воду издалека (в машине, на осле)	Проблемы с водой, они пьют из тех же самых источников, что и животные.
	2	Учтерек	~ 30 км	Чисто	В изобилии: вода доступна, как для орошения, так и для питья (водопроводы).	"Мы не имеем насосов или специальных машин для очистки ямочных туалетов, когда они полны". Вода в кранах доступна 2-3 часа в день.
	3	Комсомол (pop. 3236)	~5-10 км	Туалеты со смывом в ФАПах чистые; жители дезинфицируют хлорамином. Пять или шесть семей имеют туалеты внутри домов.	Много воды для орошения, поступает 24 часа. Водопроводные краны на улицах.	"Лучше иметь снаружи". В селе есть "клуб пожилых женщин", чтобы контролировать вопросы гигиены
	4	Джаны-Джол	~5 км	Чисто	Есть общественная сауна, 20-30 домохозяйств имеют бани	«Мы привыкли к кочевому образу жизни среди гор, так что если даже кто-то построит нам евро-туалеты, мы будем ходить на улицу».
	5	Балачичкан	~ 10 км	Средней чистоты	Вода течет свободно везде, но нет кранов, получают воду из родников	«Нам нужен пример для подражания в строительстве ямочных туалетов»
Джалал-Абад	6	Кок Джунгак	~ 50-60 км	Чисто	Вода поступает с гор. Хорошая материальная база. Домохозяйства имеют бани во дворе. Деревня была ранее занята русскими.	«Старая советская система изношена и нам нужны новые трубы и краны».
	7	Коммунизм	~ 50-60 км	Чисто	СКЗ имеют специальные программы по чистоте и вентилированию выгребных	Много воды для орошения. СКЗ имеет слабые знания по другим вопросам.

	#	Села	Расположение	Чистота	Доступность воды	Отношение/Оправдания
Джумгал					туалетов.	
	8	Дачное (Окрестности Джалал- Абада)	~ 5 км	Чисто	Обветшалые квартирные дома делят одну водоразборную колонку и ямочный туалет со многими домохозяйствами.	«Мы не можем изменить это сами. Все здание нуждается в новых трубах»
	9	Чаек	0	Общественные ямочные туалеты очень грязные	Вода доступна, как поливная, так и питьевая. Около 10% имеют ванные комнаты внутри дома.	«Нам нужны система канализации и очистительные установки, это причина, почему мы не торопимся устанавливать теплые ванные комнаты»
	10	Байзак	~ 10 км (равнина)	Ямочные туалеты возле больниц чистые и имеют отдельные помещения для женщин и мужчин	Вода доступна, как поливная, так и питьевая. Ямочные туалеты в 20-25 метрах от домов.	«Нам не нужно устанавливать туалеты в домах. Будет грязно»
	11	Дыйкан	~ 8 км (равнина)	Очень грязно, горы фекалий	Нет воды для орошения, но Агентство развития и инвестирования сообществ (АРИС) установило систему водоснабжения, которая может быть использована для туалетов со смывом	«Пожалуйста, помогите нам построить водохранилище».
	12	Эпкин	~ 15 км (холмы)	Average	Какое-то количество воды для орошения	«СКЗ имеет очень хорошую программу мониторинга»
	13	Орнок	~ 70 км (горы)	Dirty	Река протекает в 30 метрах от села, однако село нуждается в установке насоса для того, чтобы вода поступала в село, что улучшит гигиену	Жители попросили построить баню. Видели мать, которая помогала ее маленькому ребенку испражняться на улице. Другой мальчик мыл свое лицо в воде, протекающей вдоль улицы.
14	Арал	~ 40 км (каньон, вдоль юго-северной)	Грязно, некоторые домохозяйства не имеют ямочных туалетов и два-три	Вода доступна, однако это грязное село, где вперемежку домашний скот и дома	«Люди не обращают внимание на важность наличия туалетов со смывом»	

	#	Села	Расположение	Чистота	Доступность воды	Отношение/Оправдания
			дороги)	делят один ямочный туалет		
	15	Доскулу	~ 50 км (последнее село, горы)	Ямочные туалеты расположены рядом с домашним скотом, не чистые	Вода проходит по центру села	«У нас всего 50-летняя история».

Приложение 3. Результаты оценки учреждений здравоохранения по всем районам

Разъяснение: номер в скобках - это общее количество учреждений здравоохранения, посещенных в этом регионе.

+ означает, что данный пункт существует и используется в этом количестве медицинских учреждений – означает, что данный пункт отсутствует или непригоден для использования.

#	Пункты	Джумгал (7)	Джалал-Абад (9)	Токтогул (7)
1	Наличие отдельного закрытого пространства для консультирования беременных женщин и детей	4+ ; 3-	9+	7+
2	График приема семейного врача, фельдшера и семейной медсестры	3+ ; 4-	9+	6+ ; 1-
3	Наличие туалета со смывом	7+	9+	7+
4	Состояние туалета со смывом	3+ ; 4 poor	8+ ; 1 very poor	3+ ; 4 poor
5	Условия для мытья рук	2+ ; 5-	5+ ; 2-	4- ; 3+
6	Наличие алгоритма мытья рук	6+ ; 1-	7+ ; 2-	5+ ; 2-
7	Фетоскоп	7+	7+	7+
8	Детский ростомер	7+	9+	7+
9	Ростомер для взрослых	7+	9+	7+
10	Весы для взрослых	7+	9+	7+
11	Весы для младенцев	7+	9+	7+
12	Сантиметровая лента	7+	9+	7+
13	Гемоглобинометр	2 лаборатории в Чаеке ; 5-	9 лабораторий	2 лаборатории ; 5-
14	Алгоритм определения гемоглобина	7-	9-	7-
15	Раздаточные материалы (PM) «Опасные признаки у детей» в виде плаката	7-	9-	7-

#	Пункты	Джумгал (7)	Джалал-Абад (9)	Токтогул (7)
16	РМ на тему «Рациональное питание беременных женщин»	7-	7- ; 2+	7-
17	РМ на тему «Исключительно грудное вскармливание»	7-	3+ ; 6-	7-
18	Раздаточные материалы на тему «Прикорм»	7-	9-	7-
19	Раздаточные материалы на тему « Питание младенцев»	7-	9-	7-
20	Наличие диаграммы веса и роста, рекомендованных ВОЗ	1+ ; 6-	9+	3+ ; 4-
21	Протокол лечения анемии у детей	2+ ; 5-	9+	2+ ; 5-
22	Бесплатное распределение препаратов железа	7-	9-	7-
23	Наличие порошковой витаминно-минеральной добавки «Гулазык»	7+	9-	7-
24	Наличие и использование Протокола лечения анемии у беременных женщин	2+ ; 5-	9-	7-
25	Наличие аптек с широким выбором железосодержащих и антипаразитарных препаратов	7+	8+ ; 1-	7+
26	Медицинское назначение препаратов железа, дозировка и длительность для беременных женщин	7-	9-	7-
27	Медицинское назначение препаратов железа, дозировка и длительность для детей	7-	9-	7-
28	Мониторинг приема препаратов железа беременными женщинами	7-	9-	7-
29	Мониторинг приема препаратов железа детьми	7-	9-	7-
30	Наличие телевизора и материалов по питанию для населения	7-	9-	7-
31	Наличие телевизора и материалов по анемии для населения	7-	9-	7-
32	Связи с местными органами власти, СКЗ, НПО	2+ ; 5-	9-	7-

