

ВЛИЯНИЕ СОЦИО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ И КУЛЬТУРНЫХ
ФАКТОРОВ НА РОСТ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ
ОТ 0 ДО 1 ГОДА В ПАКИСТАНЕ
Баканова М.В.¹

¹ – International Care Medical Centre “Dua Hospital” Islamabad Pakistan

IMPACT OF SOCIO-ECONOMIC AND CULTURAL
FACTORS ON THE GROWTH AND DEVELOPMENT
OF CHILDREN AGED 0-1 YEARS IN PAKISTAN
M.V. Bakanova¹

¹ – International Care Medical Centre “Dua Hospital” Islamabad Pakistan)

 РЕЗЮМЕ

Вес новорожденных в Пакистане обычно соответствует нижнему пределу нормы (2,5-3 кг), что связано с особенностями как конституции пакистанок, так и их жизни и питания. Однако, к возрасту 1 года происходить резкое расслоение группы детей по росту и весу: дети в обеспеченных семьях чаще всего страдают от повышенного веса (и даже ожирения), дети из низших социальных групп – от качественного и количественного недоедания. Данный феномен объясняется как медицинскими проблемами, в том числе в организации медицинской педиатрической помощи в стране, так и социо-экономическими и культурными факторами, такими как: недоступность специального детского питания, культура детского питания, культурные традиции региона, уровень образования семьи и прочими. По итогам проведенного исследования предложены рекомендации по регулированию медицинских, социо-экономических и культурных факторов для оптимального развития и роста детей в Пакистане.

 КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

рост детей, развитие детей, медицинская антропология, физическая антропология, педиатрия

 **ABSTRACT**

The weight of newborns in Pakistan is usually kept at the lower limit of the norm (2.5-3 kg), which is associated with both the peculiarities of the constitution of Pakistani women and the peculiarities of their life and nutrition. However, by the age of 1 year, there is a sharp stratification of children in height and weight: children in wealthy families most often suffer from increased weight (and even obesity), children from lower social groups - from malnutrition, both qualitative and quantitative. This phenomenon is associated both with medical problems and the system of organization of medical pediatric care in the country, as well as with socio-economic and cultural factors, such as: the availability of baby food, the culture of baby food, cultural traditions of the region, the level of family education, and others. According to the study, recommendations are made to regulate medical, socio-economic and cultural factors for the optimal development and growth of children in Pakistan.

 **KEY WORDS:**

child growth, child development, medical anthropology, physical anthropology, pediatrics

 **ВВЕДЕНИЕ**

Вопросы роста и развития детей в разных странах мира являются одними из центральных в политике, проводимой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). При этом, структурные центры организации, занимающиеся данной проблематикой в разных регионах, обращают внимание на разные проблемы: так, для части стран характерна проблема детского ожирения, для другой части – детского голода, недоедания и прочие. Между тем, ряд регионов, где наблюдается значительное социально-экономическое расслоение общества, имеет обе проблемы одновременно. К таким их числу можно отнести и Пакистан.

Одним из наиболее точных способов контроля развития ребенка в первые годы жизни является измерение его физических параметров, к которым относятся: вес, рост, окружности головы и грудной клетки. В результате деятельности (ВОЗ) были разработаны нормы, которые в настоящее время считаются эталонными для любой страны. И если до 1997 г. большинство таблиц с нормативами ВОЗ создавались на основе статистики по детям на искусственном вскармливании (как правило, – статистика формировалась в результате наблюдений за детьми из детских домов), то к настоящему времени все нормы были пересмотрены, и сейчас в их основе лежат показатели роста и развития детей на грудном вскармливании. Вскормливаемые гру-

дью дети на данный момент считаются ВОЗ эталоном нормального развития ребенка в естественных условиях. Организация рекомендует кормить малышей младше 6 месяцев только грудью, а после полугода обеспечить детям поступление безопасного и адекватного по своей питательности прикорма, при этом продолжать грудное вскармливание до двух-летнего возраста или дольше. ВОЗ сейчас следует стратегии поддержания кормления грудью и адекватного введения прикорма: эталонные показатели роста и развития изменены с учетом того, что у грудных малышей избытка массы тела не бывает.

Статистика, собираемая ВОЗ, показывает, что ежегодно несколько миллионов детей умирает от недостаточного питания, а как минимум у 20 миллионов детей во всем мире имеется избыточная масса тела. Также данные организации подтверждают, что недостаточность питания выступает наиболее частой причиной смерти и нарушений здоровья малышей грудного возраста. Разработанные ВОЗ нормы позволяют оценивать питание детей и контролировать его, что особенно важно в грудном и раннем возрасте. Оценивая показатели определенного контингента детей и сравнивая их с нормативами, определяют тенденции и риски для здоровья. Это касается как недостаточного питания малышей, так и избыточного.

Однако, стоит отметить, что в Пакистане как стране с определенными проблемами в здравоохранении, нормативы ВОЗ имеют исключительно теоретическое значение и на практике проблемами роста и развития детей практически никто не занимается.

В настоящей работе была поставлена цель: выявить тенденции роста и развития детей в Пакистане в возрасте от 0 до 1 года, а также определить факторы, влияющие на них.

В соответствии с заявленной целью, были выделены следующие задачи:

1. Физически оценить рост и развитие детей от 0 до 1 года, выявить характерные тенденции.
2. Оценить влияние медицинских факторов на рост и развитие.
3. Оценить влияние культурных факторов на рост и развитие.
4. Оценить влияние социо-экономических факторов на рост и развитие.
5. Выработать основные рекомендации по улучшению ситуации в данной сфере.

Характеристика объекта исследования и описание методов исследования.

С учетом того, что данная работа является уникальной для Пакистана, соотнести ее с проведенными ранее исследованиями в этой же стране невозможно. Таким образом, разработка производилась с нуля с учетом общемировых рекомендаций и местных особенностей.

Стоит начать с того, что диспансеризация как явление в Пакистане отсутствует (в целом затраты на здравоохранение в стране составляют около 43 USD на человека, при этом – более 70 % этих денег уходят на военную медицину). Не осуществляются и регулярные наблюдения за ростом и развитием новорожденных (стоит уточнить, что не и системы наблюдения за беременными, постановки их на учет и более половины родов с стране происходят дома без медицинской помощи) в государственных больницах. Очень часто на новорожденного даже не оформляется свидетельство о рождении. В некоторых дорогих частных больницах такая услуга, как ежемесячный осмотр новорожденного, предоставляется, однако – ее стоимость весьма высока, и далеко не все семьи могут ее оплатить. Кроме того, традиционно в пакистанских семьях принято обращаться к врачу только в случае болезни ребенка, а не с целью контроля роста, развития или профилактики болезней. Таким образом, наблюдение за ростом и развитием детей остается полностью ответственностью родителей.

Принимая во внимание эти обстоятельства, а также учитывая тот факт, что женщина с ребенком сама добраться до больницы зачастую не может (требуется участие мужчины: мужа, брата, отца и др., – который обеспечит транспорт и будет их сопровождать), был выбран следующий вариант обследования детей. Оно проводилось в больнице International Care Medical Centre “Dua Hospital” в столице Пакистана Исламабаде для детей, родившихся в ней в 2018–2019 гг. В связи с проблемой приезда детей в клинику ежемесячные обследования не проводились; вместо этого были выбраны пять ключевых точек в день родов для новорожденного, затем в 3, 6, 9 и 12 месяцев. Обследование проводилось бесплатно, чтобы не создавать материальных затруднений для небогатых семей

Общее число обследованных детей составило 1035 человек, что меньше числа родившихся в период проведения работы, поскольку далеко не все семьи соглашались на обследования своего ребенка, часть семей по разным причинам пропускали ключевые точки или приходили в другие даты (а это дало бы сбой в результатах). Из данного количества 735 были мальчики (71 %) и 300 девочки (29 %), что уже на данном этапе показывает приоритетность доступа к медицинской помощи у детей мужского пола. Согласно социальному исследованию, к высшему классу (A/B) относилось 104 ребенка (10 %), к среднему (C1/C2) – 709 детей (68,5 %), к низшему (D/E) – 222 ребенка (21,5 %). И это также очень характерно для страны, имеющей узкий слой людей с высокими доходами, бедным семьям – частная медицина недоступна из-за ее высокой стоимости, и они вынуждены либо обращаться в государственные больницы, либо вовсе оставаться без медицинской помощи.

Большинство детей, участвовавших в исследовании, проживало в центральных регионах провинции Пенджаб, граничащей со столичной территорией Исламабад, где расположена больница (только 3 % были приезжими).

Обследование проводилось путем измерения веса и роста детей, оценки параметров общего анализа крови, а также сбора данных о получаемом ими питании, в том числе – прикорме, и культурных и социо-экономических особенностях конкретной семьи. Развитие ребенка оценивалось по комплексу навыков, которыми он должен обладать к конкретному возрасту.

Полученные результаты.

1. Оценки на момент рождения.

Средний вес родившихся детей составлял 2 кг. 723 г. (границу в 3 кг перешли только 145 детей, или - 14 %), что находится на нижней планке нормы веса детей по параметрам ВОЗ, средний рост при этом был 49 см 8 мм. Что характерно, наибольший вес и рост наблюдался у детей из высших социальных групп; это связано с тем, что беременные женщины из данной группы более регулярно посещали врача во время беременности и проходили необходимое обследование (бич Южной Азии – железодефицитная анемия во время беременности и дефицит кальция), вели правильный образ жизни, получали необходимое питание и препараты. Таким образом, в высшей социальной группе средний вес новорожденных составлял 3 кг. 234 г. при росте 51, 2 см, в средней – 2 кг. 861 г. при росте 50,5 см, в низшей – 2 кг. 368 г. при росте 45,6 см. Более крупными были мальчики (средний вес 2 кг. 942 г.), средний вес девочек 2 кг 289 г., средний рост мальчиков – 52,2 см, девочек – 45,1 см.

Параметры ОАК в данном возрасте не оценивались. Гипорефлексия наблюдалась у порядка 21 % новорожденных, что было в основном связано с крайними формами железодефицитной анемии у матери и тяжелом течении родов (как правило, вызванным – поздним поступлением в стационар).

2. Оценка в возрасте 3 месяцев

Средний вес детей составил 5 кг .532 г., мальчиков – 5 кг. 742 г., девочек – 5 кг. 115 г., при среднем росте 59,3 см, мальчиков – 60,9 см, девочек – 56,1 см.

Средние оценки по социальным группам: высшая – 6 кг 120 г. / 61,3 см., средняя – 5 кг 453 г. / 59,0 см., низшая – 4 кг 956 г. / 57,2 см..

Параметры ОАК: анемия наблюдалась в 9 % случаев, в основном у детей на искусственном вскармливании. Общее число детей на искусственном вскармливании достигло 176 человек, или 17 %. Число детей на смешанном вскармливании достигло 37 %. Число детей, попробовавших иную еду, кроме молока / молочной смеси, составило 27 %, при этом основная еда, которую получал ребенок, молочный сладкий чай, чипсы, печенье, пакетированные соки (не детские), газированные напитки.

Основные параметры развития в целом соответствовали возрастным нормам. Оценивались: умение держать голову (96 % умели), приподнимать предплечье (90 % умели), брать погремушку (82 % умели), улыбаться (75 % умели).

3. Оценка ввозрасте 6 месяцев.

Средний вес детей составил 7 кг. 646 г., мальчиков 8 кг. 132 г., девочек – 6 кг 675 г., при среднем росте 66,8 см, мальчиков – 67,8 см, девочек – 64,8 см.

Средние оценки по социальным группам: высшая – 8 кг. 890 г. / 69,9 см., средняя – 7 кг 832 г. / 67,4 см., низшая – 6 кг 469 г. / 63,4 см.

Параметры ОАК: анемия наблюдалась в 13 % случаев, в основном у детей на искусственном вскармливании. Общее число детей на искусственном вскармливании достигло 31 %. Число детей на смешанном вскармливании достигло 56 %. Число детей, попробовавших иную еду, кроме молока / молочной смеси, составило 60 %, при этом основная еда, которую получал ребенок, молочный сладкий чай, чипсы, печенье, паке-тированные соки (не детские), газированные напитки, блюда с общего стола (овощи, бобовые, лепешки).

Основные параметры развития в целом соответствовали возрастным нормам. Оценивались: умение ползать по-пластунски, попытки садиться (95 % умели), умение уверенное держать игрушки и переключать их из руки в руку (87 % умели), произносить слоги (87 % умели), пить из чашки (65 % умели).

4. Оценка ввозрасте 9 месяцев.

Средний вес детей составил 8 кг. 617 г., мальчиков – 9 кг 238 г., девочек – 7 кг 375 г., при среднем росте 71,0 см, мальчиков – 72,6 см, девочек – 67,8 см.

Средние оценки по социальным группам: высшая – 10 кг 115 г. / 74,5 см., средняя – 8 кг. 625 г. / 71,8 см., низшая – 7 кг 889 г. / 66,8 см.

Параметры ОАК: анемия наблюдалась в 59 % случаев вне зависимости от типа вскармливания и получения прикорма. Число детей на искусственном вскармливании достигло 61 %. На смешанном вскармливании находились все остальные дети, исключительно грудного вскармливания в возрасте 9 месяцев не сохранил ни один ребенок. Специальный прикорм, соответствующий возрасту (каши, пюре из овощей и/или фруктов), получали только 7 % детей. Остальные либо получали возрастной прикорм только частично (каша Nestle), а остальной прикорм добирали со взрослого стола (плюс мусорная еда), либо не получали возрастного прикорма вообще.

Основные параметры развития в целом соответствовали возрастным нормам. Оценивались: умение ходить и стоять у опоры (97 % умели), дотягиваться до находящейся в поле зрения игрушки (94 % умели), работать

с бумагой (84 % умели), понимать значение слов, находить называемые предметы глазами (75 % умели).

5. Оценка в возрасте 12 месяцев.

Средний вес детей составил 10 кг. 554 г., мальчиков – 11 кг. 566 г., девочек – 8 кг. 529 г., при среднем росте 76,0 см., мальчиков – 77,6 см., девочек – 72,8 см.

Средние оценки по социальным группам: высшая – 12 кг 713 г. / 79,3 см., средняя – 10 кг 932 г. / 75,8 см., низшая – 8 кг 335 г. / 75,1 см.

Параметры ОАК: анемия наблюдалась в 64 % случаев вне зависимости от типа вскармливания и получения прикорма. Число детей на искусственном вскармливании достигло 80 %. На смешанном вскармливании находились все остальные. Специальный прикорм, соответствующий возрасту (каши, мясо, овощи/фрукты), получали только 5 % детей. Остальные либо получали возрастной прикорм только частично (каша Nestle), а остальной прикорм добирали со взрослого стола (плюс мусорная еда), либо не получали возрастного прикорма вообще.

Основные параметры развития в целом соответствовали возрастным нормам. Оценивались: умение ходить и стоять без поддержки (90 % умели), присесть и подбирать игрушку (90 % умели), понимать смысл разговора, произносить несколько слов (83 % умели), владение бытовыми навыками (63 % владели).

Таким образом, выявляются основные тенденции:

- Рост и вес новорожденных в Пакистане в основном соответствует нижним границам нормы, мальчики немного крупнее девочек, дети из высшего класса общества также несколько крупнее;
- Начиная с 6 месяцев заметно социальное расслоение в весе и росте детей (в высшем социальном классе наблюдается ожирение, тогда как в низшем – вес недостаточен), однако – развитие во всех классах приблизительно одинаковое и соответствующее возрасту;
- Низкий приоритет грудного вскармливания;
- Высокий процент неполноценного прикорма.

Выявленные медицинские факторы сложившейся ситуации.

Как было отмечено выше, пакистанская система медицинской помощи крайне ограничена в плане бюджета, а потому никакие профилактические меры ей не предпринимаются, а культура пакистанского общества не предполагает обращения в медицинские учреждения с целью профилактики (Баканова 2014).

С учетом этого основными медицинскими факторами, влияющими на рост и развитие ребенка, стали:

1. Состояние здоровья матери, ее питание и режим работы и отдыха во время беременности.

Поскольку в Пакистане не налажена система женской консультации, наблюдение за беременностью сводится исключительно к личному контролю и контролю со стороны семей матери и супруга. Решение о посещении больницы/врача, приеме необходимых препаратов, проведении важных анализов и процедур, выборе режима отдыха и питания полностью находится в ведении близких матери (решения принимает не женщина, а ее родственники, и зачастую далеко не в пользу здоровья женщины и ребенка). (Баканова 2016). Таким образом, врач в Пакистане не может контролировать состояние здоровья беременной и выступает в роли источника рекомендаций, которые к тому же обращены более к родственникам женщины. Также не существует в стране нет возможности выдать женщине бесплатно необходимые препараты и контролировать их прием или положить женщину в стационар для сохранения беременности. Что оказывает значительное влияние на здоровье и развитие плода, а позже и новорожденного.

2. Наблюдение ребенка педиатром, контроль роста и развития, диспансеризация у специалистов согласно срокам.

Выше мы отмечали, что данной практики в государственных больницах не существует (кроме системы вакцинации, но ответственность за следование ей тоже лежит на родителях) и ребенок попадает в больницу только в случае болезни (тоже не всегда, часто в терминальном состоянии). Что касается частных больниц, то в ряде дорогих учреждений упрощенная система диспансеризации имеется, но ее стоимость слишком высока для среднестатистических граждан Пакистана, кроме того, подобные клиники расположены исключительно в крупных городах. Соответственно, страна не имеет наработанной статистики по росту и развитию детей разного возраста, несоответствию их нормам и не соблюдает никаких международных требований по охране детства. Не удивительно, что Пакистан находится в конце второй сотни стран по детской смертности со значением порядка 67,2 ребенка до 5 лет на 1000 новорожденных. Впрочем, в 50-е годы прошлого века этот показатель составлял – 200/1000, а значит, прогресс в медицине медленным темпом, но идет. Таким образом, поскольку наблюдение за детьми в большинстве случаев не ведется, становится невозможным выявить ранние нарушения роста и, развития и болезни ребенка.

3. Питание ребенка.

Отсутствие регулярных консультаций с педиатром / семейным врачом ведет к тому, что прикорм согласно медицинским рекомендациям ВОЗ не вводится. И наоборот, вводится так называемый традиционный прикорм с общего стола, зачастую с обилием соли, сахара, специй и без необходимого баланса нутриентов. Многие расстройства пищевого поведения формируются у детей в возрасте до года (употребление фаст фуда, «мусорной» еды). Во многих семьях традиционно считается, что материнское молоко «слабое», не содержит необходимых для ребенка веществ (в определенной сте-

пени это верно, поскольку кормящая мать сама не получает достаточного и необходимого питания), поэтому оно быстро заменяется на коровье/буйволиное (как более густое и жирное, а значит, «более полезное» для ребенка), в обеспеченных семьях грудное вскармливание не поддерживается - из-за влияния западного образа обеспеченной семьи: бутылочки и смеси считаются признаком состоятельности. Кроме того, стоит отметить, что в связи с дефицитом грудного молока и невозможностью приобретения достаточного количества молока от коровы/буйволицы (в силу недостатка средств очень часто детей вскармливают/докармливают крепким сладким чаем на молоке с водой, разведенных в отношении 1/2 или 1/3, что при отсутствии иного прикорма ведет к резкому замедлению набора веса и нарушению развития когнитивных способностей зафиксировано два таких случая, один из которых во время удалось скорректировать).

Таким образом, медицинские факторы в Пакистане оказывают значительное влияние на рост и развитие детей.

Влияние культурных факторов.

Культурные факторы, оказывающие влияние на рост и развитие детей в Пакистане, можно разделить на две большие группы: связанные и не связанные с питанием.

Факторы, связанные с питанием:

- грудное вскармливание считается не полезным для здоровья ребенка, происходит раннее введение докорма коровьим/буйволиным молоком или в лучшем случае – смесью;
- вскармливание ребенка смесью воспринимается как «элитный», «европейский» стиль питания, более полезный ребенку;
- угощение ребенка любого возраста взрослой «вкусной» пищей (чипсы, печенье, газированные напитки и др.) не признается опасным, а напротив, считается даже полезным и демонстрирующим широту души;
- поощряется быстрое приобщение ребенка к общему традиционному столу с блюдами, содержащими большое количество соли, сахара, специй, кислот;
- полезным считается кормление ребенка фаст фудом и «мусорной» едой для его более быстрого роста и особенно – набора веса;
- длительный докорм ребенка сладким молоком или чаем из бутылочки (вплоть до средней школы) воспринимается как полезный.

Факторы, не связанные с питанием:

- приоритет интересов взрослых над интересами ребенка (например, если приходят гости посмотреть на ребенка, а он спит, его разбудят ради гостей и т.п.), что приводит к нарушению режима питания, режима сна и бодрствования и др.;
- приоритет домашней работы матери перед обязанностями по уходу

ду за ребенком, т.е. в первую очередь молодая мать будет заниматься не ребенком и его развитием, а домашним хозяйством. Ребенок в это время будет оставлен без присмотра либо за ним будут присматривать младшие родственники;

- отсутствие понимания необходимости контроля за ростом и развитием ребенка; обычно беспокойство за своего ребенка возникает в случае явного расхождения параметров с параметрами детей родственников и знакомых.

Таким образом, культурные факторы оказывают значительное влияние на рост и развитие пакистанских детей, причем оно тем выше, чем более традиционный уклад характерен для семьи и чем ниже уровень образования ее членов.

Влияние социо-экономических факторов.

Следует отметить, что данные факторы коррелируют с культурными и, следовательно, не формируют прямую зависимость. Например, высокий уровень благосостояния семьи, которая при этом придерживается сугубо традиционного мировоззрения, никак не будет способствовать более высокому уровню медицинской помощи, оказываемой беременной и новорожденному, может препятствовать покупке детского питания и регулярному наблюдению ребенка у педиатра.

Основные социо-экономические факторы:

а) образование родителей, особенно отца; их профессия; чем выше уровень образования, тем больше шансов на адекватное медицинское сопровождение и питание беременной женщины и ребенка. К отцу – медицинскому работнику прислушиваться в организации быта и питания ребенка будут больше;

б) доход семьи; поскольку большинство пакистанцев живут традиционными расширенными семьями, то имеет значение не доход конкретного человека, а общее соотношение всех доходов и расходов в семье, которые в большинстве случаев контролирует старший мужчина. Содержание конкретного ребенка будет зависеть не только от уровня доходов семьи, но и от того количества средств, которое из них будет выделено главой семьи (мнения отца и матери ребенка во внимание, как правило, не принимаются);

с) жилищные условия; поскольку в доме живет большая традиционная семья, своей комнаты у ребенка не будет долго или никогда; передвижение также может быть ограничено комнатой отца и матери и внутренним двором, поскольку прогулок в парке (тем более ежедневных) традиционная система ценностей не предусматривает;

д) число детей в семье; в семьях со средним достатком и не радикальными традиционными взглядами в настоящее время число детей ограничивается тремя-пятью, при том, что среди них должны быть хотя бы два сына.

Иные варианты возможны, но редки. Однако, поскольку система рождения принята быстро-последовательная (рождение детей в короткий ограниченный промежуток времени – каждый следующий ребенок появляется максимум через 1–2 года после предыдущего), т.е. все дети фактически являются погодками), то женщина, занятая к тому же домашним хозяйством, не имеет времени для полноценного развития своих детей. Принято раннее (с 3-х лет) отправление детей в школу;

е) личностные особенности членов семьи, особенно тех, кто принимает ключевые решения; влияние этого фактора индивидуально и может сильно варьировать для каждого ребенка.

Таким образом, социо-экономические факторы также являются весьма значимыми, при этом они зачастую зависят не от отца/матери ребенка, а от главы рода/семьи.

По итогам данного исследования можно сделать следующие выводы.

Основные особенности роста и развития детей в Пакистане зависят от социальной группы, к которой принадлежит ребенок. В более высоких социальных группах с относительно высоким уровнем образования и доходов дети растут и набирают вес быстрее, иногда вплоть до ожирения, однако развитие в целом одинаково для всех групп. Ожирение у детей в высоких социальных группах связано с отсутствием культуры питания и невозможностью получить рекомендации педиатров по питанию ребенка, а наличие дополнительных денежных средств дает возможность кормления ребенка «неправильной» едой (фаст фуд, джан фуд и прочее). Кроме того, традиционные представления о том, что толстый ребенок здоровый ребенок, может приводить к закармливанию ребенка не полезной, но способствующей ожирению пищей. Отсутствие в большинстве случаев возможностей для активного движения ребенка также усугубляет ожирение. При этом, в низких социальных группах, хотя ребенок рано переводится за общий стол и вследствие этого недополучает часть питательных веществ, развитие также соответствует нормальному уровню, при том, что вес и рост детей низки. Кроме того, развитие детей из низких социальных групп зачастую определяется их активной жизнедеятельностью: – ребенок весьма рано выходит на улицу в компании сверстников и детей постарше.

Основные рекомендации, которые могли бы значительно улучшить рост и развитие будущих поколений пакистанцев, а также укрепить здоровье их матерей и снизить показатели детской и младенческой заболеваемости и смертности:

I. Увеличить финансирование гражданской медицины, увеличить число государственных врачебных учреждений, в том числе в сельской местности;

II. Создать государственную систему обязательной диспансеризации беременных и детей, в том числе с частичным обеспечением бесплатными лекарствами и питанием;

III. Наладить систему производства детского питания, возможно, за счет иностранных инвестиций, обеспечить информированность о его необходимости для детей раннего возраста;

IV. Провести мероприятия, направленные на популяризацию детства, как особого периода развития и увеличения ценности детей среди взрослых поколений; активизировать заботу о детях; ослабить традиционные представления о детстве и детях.

V. Активизировать пропаганду здорового образа жизни для детей, связанную как с перекормом, так и с недокормом; уменьшить представление о «мусорной» еде как о здоровой пище.

Таким образом, как показало исследование, современные рост и развитие детей младшего возраста в Пакистане зависят от целого комплекса факторов, которые могут быть скорректированы при активной политике государства.

ЛИТЕРАТУРА

Баканова М.В. Современная медицина Пакистана: проблемы и перспективы // Медицинская антропология и биоэтика 2014 №2 (8). URL: <https://journals.iea.ras.ru/medanthro/article/view/421> (дата обращения: 18.01.2023).

Баканова М.В. Социо-психологические факторы, влияющие на возникновение и развитие железодефицитной анемии женщин Южной Азии. // Медицинская антропология и биоэтика 2016 №1 (11). URL: <https://journals.iea.ras.ru/medanthro/article/view/450> (дата обращения: 18.01.2023).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Баканова Марина Владимировна, Главный врач (Chief of Hospital) International Care Medical Centre “Dua Hospital”

Адрес: Pakistan, Islamabad, I 10/4, street 31D, house 1234B

Тел: +92 (332) 869-18-94

E-mail: mari-ina@mail.ru