DOI: 10.17117/na.2016.02.03.036

Поступила (Received): 24.02.2016

<http://ucom.ru/doc/na.2016.02.03.036.pdf>

Динь Тхи Хоанг Ань Государственная политика в отношении физического развития детей во Вьетнаме

Dinh Thi Hoang Anh
Public policy in the relations of physical
development of children in Vietnam

В современном обществе проблема сохранения и укрепления здоровья детей является как никогда ранее актуальной и имеет глобальный характер. Это объясняется тем, что к ним предъявляются весьма высокие требования, соответствовать которым могут только здоровые дети. О здоровье можно говорить не только при отсутствии каких-либо заболеваний, но и при условии гармоничного нервно-психологического развития, высокой умственной и физической работоспособности. Состояние молодого поколения, его физического развития всегда требует к себе пристального внимания всего общества. Педиатры и специалисты в области гигиены детей и подростков, изучая основные закономерности и региональные особенности формирования здоровья, особенно физического развития подрастающего поколения, разрабатывают комплексные программы профилактики заболеваний, меры по охране здоровья детей и подростков.

Ключевые слова: физическое развитие ребёнка, недоедание, защита детей, инфекционное заболевание, детское питание

Динь Тхи Хоанг Ань

Студент

Российский университет дружбы народов (РУДН)
г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6

In modern society preserving and strengthening children's health is becoming a global and urgent problem. This is due to the fact that children's health demands high standards, which only healthy children may correspond to. Health is not only absence of any disease, but also a harmonious neuro-psychological development, high mental and physical performance. The condition of the younger generation and its physical development always ask for attention from the whole society. Pediatricians and specialists in the field of hygiene of children and teenagers, who are studying basic laws and regional features of health formation (especially the physical development of the younger generation), are developing comprehensive programs for disease-prevention and measures to protect the health of children and adolescents.

Key words: physical development of the child, malnutrition, child protection, infectious disease, baby food

Dinh Thi Hoang Anh

Student

Russian university of peoples friendship (RUDN)
Moscow, Miklukho-Maklaya st., 6

В Международной Конвенции о правах ребенка «Ребенком является каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста, если по закону, применимому к данному ребенку, он не достигает совершеннолетия ранее». Во Вьетнаме в статье 1 Закона № 25/2004/QH11 от 15.06. 2004 о защите, уходе и

образовании детей определяется понятие о детях: ... «по настоящему закону детьми является все граждане СРВ до достижения 16-летнего возраста) [1].

Физическое развитие ребёнка

Физическое развитие ребёнка – его рост и вес, а в определённые возрастные периоды окружность головы и груди, измеряются и оцениваются педиатром в динамике и сравниваются с возрастными нормами и половой принадлежностью ребёнка.

Физическое развитие – процесс, строго подчинённый определённым биологическим законам. Например, чем меньше возраст, тем активнее происходят процессы роста. *Самый активный рост организма* происходит внутриутробно и чаще всего рост организма заканчивается к 16 – 18 годам.

Рост ребенка происходит в соответствии с *законами роста*. С точки зрения валеологии по мнению доктора медицинских наук А.Г.Сухарева *, процесс роста и развития детей подчиняется биологическим законам. Существуют шесть таких закономерностей: (1) обусловленность роста и развития генетическими и средовыми факторами; (2) неравномерность темпа роста и развития; (3) неодновременность (гетерохронность) развития отдельных органов и систем; (4) особенности роста и развития в зависимости от пола; (5) обеспечение надежности биологических систем организма; (6) акцелерация и децелерация. При этом выделяется пять возрастных периодов созревания детского организма: дошкольный возраст (до 3 лет), период дошкольного возраста (3–5 лет), младший школьный возраст (6–10 лет), средний школьный возраст (11–14 лет), старший школьный возраст (подростковый) [2].

Для комплексной оценки физического развития ребёнка педиатры используют несколько способов. Наиболее распространённым на сегодня является *метод центильных таблиц* – оцениваются показатели роста, веса, окружности головы и груди в соответствии с полом ребёнка, а заключение даётся с учётом всех показателей и возраста ребёнка. Такой метод и центильные таблицы можно конкретно посмотреть на сайте Медиков.net [3] и для оценки здоровья и развития детей во Вьетнаме он широко используется.

Ученые доказали, что на физическое развитие ребёнка оказывают влияние множество факторов, таких как:

- наследственность, в которой большую роль играют не только гены родителей, но и расовая принадлежность и гены многих поколений предков;
- питание (обеспеченность организма необходимым для развития полным комплексом питательных веществ – нутриентов: белков, жиров, углеводов, минеральных солей, витаминов и множества других веществ). Несбалансированное питание часто приводит к дефициту или избытку определённых веществ, развитию различных заболеваний;
- наследственные болезни, наличие некоторых хронических заболеваний, перенесённые тяжелые травмы или инфекционные болезни;
- психологическая обстановка, окружающая ребенка. В периоды психологически сложных ситуаций рост замедляется. Ученые доказали, что рост замедляется в условиях дефицита любви. Ребенок хорошо растет в атмосфере счастья

и радости, когда он чувствует защищенность и безопасность. И напротив, психические нагрузки, депрессия, чувство угрозы и незащищенности, отсутствие искренней родительской любви и заботы могут привести к замедлению роста или недостаточной реализации генетически заложенной программы высоко-рослое;

- качество ухода;

- пол ребенка. Известно, что мальчики растут быстрее и становятся выше девочек. Исключение составляет лишь короткий возрастной отрезок, предшествующий началу полового созревания, когда происходит ускорение роста. У девочек этот рывок наступает на 1 – 2 года раньше, чем у мальчиков. Примерно в 4-5-6-м классе коллектив детей выглядит очень заметно: маленькие мальчишки среди солидных покрупневших и начинающих округляться девочек с начальными признаками полового созревания. Однако такая ситуация сохраняется недолго, после 13–14 лет мальчишки в целом перегоняют девочек;

- климато-географические условия. Замечено, что большая активизация роста, как и все в живой природе, происходит в весенне-летний период, осенью и зимой ребенок может расти по разному;

- принадлежность человека к определенным этническим группам. Это наиболее отчетливо проявляется в отношении роста жителей европейских стран и этнических групп юго-восточной Азии.

Составной частью любой программы исследования здоровья и питания детей как на популяционном уровне, так и при оценке питания и здоровья индивидуума является отслеживание антропометрических параметров детей в сравнении со стандартными кривыми роста. Во вьетнаме широко применяются методы и таблицы расчётов индекса массы тела (ИМТ –возраст, англ. Body Mass Index или BMI for age) при исследовании и оценке состояния здоровья и питания детей в возрасте от 0 до 5 лет по Z-балл ВОЗ – 2006 и от 5 до 19 по Z-Score ВОЗ – 2007 по рекомендации ВОЗа (Всемирная организация здравоохранения).

Состояние физического развития детей во Вьетнаме.

Вьетнам – государство в Юго – восточной Азии с тропическим климатом. Население Вьетнама к концу 2014г. составляет 97.728.900 чел.[4], в том числе около 24 млн.детей до достижения 16-летнего возраста. Вьетнам является первой страной в Азии и второй в мире, которая ратифицировала (в 1990 г.) Конвенцию о правах детей.

Низкий уровень развития страны, стихийные бедствия является постоянной угрозой бедности даже в послевоенный период. Низкий социально-экономический уровень развития страны – основные причины, ведущие к плохому питанию у большинства населения, и особенно у уязвимого возраста – детей.. В данной статье автором изучаются основные факторы из указанных выше, влияющие на здоровье и физического развитие вьетнамских детей.

Недоедание

Кроме бедности, причиной недоедания является отсутствие необходимых знаний и понимания как у сообщества, так и у родителей о питании и об уходе за детьми. Из-за этого вьетнамские дети в значительной мере были лишены

возможностей нормального физического развития. Типичные климато-географическими условиями заболевания, инфекционные и неинфекционные болезни, недоедание, постоянно оказывают влияние на здоровье и развитие людей, особенно детей.

Во Вьетнам в по состоянию на 2014 г. имеется более 7 млн. детей в возрасте до 5 лет, из них число недоедающих детей болеет рахитом (отставание в росте) насчитывалось до 2,2 млн. (31%) Всемирная организация здравоохранения по этим показателям внесла Вьетнам в список 20 стран с самым высоким числом недоедающих детей в мире [5]. Недоедание чаще всего вызывает чахлость, рахит и дефицит массы тела и оставляет у вьетнамских детей тяжелые, длительные последствия на их здоровье, физическое развитие и тесно связано с уровнем смертности у детей. К причинам недоедания прежде всего относятся неправильное питание (недостаточное в количественном и качественном отношении, без грудного вскармливания ребенка, дефицит (не достаток в рационе) различных необходимых для нормального развития витаминов и микроэлементов,...), инфекционные заболевания, социально-гигиенические условия и т.д.

Источник: государственный институт питания. Ежегодные стат.данные [6]

Рис. 1. Состояние недоедания детей в возрасте до 5 лет в период 2007 – 2014 гг.

По графику можно отметить, что число страдавших рахитом и дефицитом веса (недовесом) детей в возрасте до 5 лет снижаются по годам и в 2014 продились 24.9% и 14,5%.

Двойное бремя питания.

Детское ожирение опасное и является фактором, обуславливающим более высокую вероятность ожирения, преждевременной смерти и инвалидности во взрослом возрасте. Вместе с тем, помимо повышенного риска в будущей жизни, страдающие ожирением дети испытывают затруднения при дыхании, подвергаются повышенному риску переломов, гипертензии, ранних признаков сердечно-сосудистых заболеваний, инсулинорезистентности и психологическим последствиям. Считавшиеся ранее характерными для стран с высоким уровнем

доходов, избыточный вес и ожирение теперь имеют тенденцию к все большее распространению в странах с низким и средним уровнем дохода, особенно в городах. В развивающихся странах с формирующейся экономикой (страны с низким и средним уровнем дохода) уровень распространения случаев избыточного веса и ожирения среди детей на 30% выше этого уровня в развитых странах.

Во вьетнаме наблюдается парадоксальная ситуация. По данным Государственного института питания (ГИП) Вьетнама, доля детей с избытком массы тела и ожирения в возрасте до 5 лет в 2010 г. приходится 5,6% (6,5% в городах и 4,2% в сельской местности) [7], в 2014 г. – 4,8% (избыток веса – 3,5% и ожирение – 1,3%). К удивлению, этот процент имеет тенденцию к увеличению в больших южных городах, где жара, и как казалось, физическая активность у детей выше. К примеру, в 2014 году такая доля достигла и в Дананге – 10,8%, Хошимине – 12,6%, в Биньзыонг – 13,4% и т.д. [8]. То есть, если в мире по данным ВОЗ в 2013 году в мире 42 миллиона детей в возрасте до 5 лет имели избыточный вес или ожирение, то во Вьетнаме их около 430 тыс. (более 1%) [9].

Структура основных заболеваний детского населения

К распространенным у вьетнамских детей болезням относятся: инфекционные болезни, такие как респираторные, вирусные инфекции, грипп и гриппоподобные заболевания, корь, краснуха, скарлатина, дифтерия, оспа, острые кишечные инфекции, и не инфекционные болезни, такие как рахит, гипотрофия, гиповитаминоз, гипертрофия, пневмония, бронхит, цирроз печени, пищевые токсикоинфекции, ... Остановимся только на более распространенных заболеваниях, которые значительно влияют на их здоровье и физическое развитие.

Пневмония. В Юго-Восточной Азии, по данным, опубликованным ВОЗом в 2012 году у детей в возрасте до 5 лет наблюдается высокая распространенность пневмония, примерно 0,36 случаев на одного ребенка в год, что в 6 раз выше, чем в Европе (0,06 случаев/ребенка/год). Среди 15 стран мира, где ежегодно имеется высокое количество заболевших пневмонией детей 1-ое место занимает Индия с 43,0 млн. случаев, Вьетнам – 9-ое место с 2,9 млн. случаев [10]. Чаще всего пневмония вызывается микробами (пневмококки, стафилококки, синегнойная палочка, легионелла и другие), вирусами (грипп, парагрипп, аденовирусы), грибами, и возможно также развитием воспаления при вдыхании паров ядовитых веществ, газов и других опасных химических соединений.

Статистические данные медицинских учреждений Вьетнама в период 2000-2012 гг. показали, что острые респираторные инфекции у детей является главной причиной посещения и лечения в больницах. В среднем каждый ребенок болеет острой респираторной инфекцией 4-5 раз в году. Пневмония также является ведущими главной причиной смерти среди детей. Летальность от пневмонии составляла одну треть (1/3 от общего случаев смерти среди детей в возрасте до 5 лет [10]).

Диарея (понос) – одна из основных причин смерти среди детей в возрасте до 5 лет. Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют, что в развивающихся странах на одного ребенка приходится более 3-х случаев острой диареи в год. По опубликованным ЮНИСЕФ в 2013 г. данным, каждый год около 1,5 млрд детей до 5 лет болели диареей, из них 1,5-2,5 млн. случаев смерти. Во

Вьетнаме, каждый год приблизительно 1.100 детей в возрасте до 5 лет умирают от диареи [11]. Основная причина – употребление воды и пищи с нарушением санитарно-гигиенических норм.

Корь является острым инфекционным заболеванием, вызываемым вирусом кори, часто встречаются у детей. Корь распространяется от человека к человеку в основном через дыхательные пути и появляется обычно в зимний – весенний период, а также является одной из ведущих причин смерти детей в возрасте до 5 лет. Во Вьетнаме, корь все еще широко распространяется, хотя заболеваемость неуклонно снижается за счет реализации государственной программы вакцинации. В 2013 году зафиксировали 1.048 случаев заболевания корью. С января 2014 г. насчитывался 241 случай в 24 провинциях/городах. По информации Департамента профилактической медицины Министерства здравоохранения по состоянию на 23 апреля 2014 г., корь присутствовала в 61 из 65 провинций и городах страны. В стране зарегистрировано 3.569 случаев заболевания корью из 9.932 случаев сыпного кипения [12].

Простуда и кашель. Типичный тропический климат с повышенной влажностью, резкое изменение погоды постоянно вызывают простуда и кашель. Почти у всех детей было это заболевание в первый год своей жизни. По оценкам, существуют сотни вирусов, заражение которыми может привести к простудам. Кроме того, младенцы имеют слабую иммунную систему и они чувствительны к возбудителям болезни. Как правило, у детей встречаются кашель и простуда чаще в холодный период года. По подсчетам медиков, если у взрослого человека простуда случается 2-4 раза в год, то у малышей она наблюдается в среднем 6-10 раз в год.

Бронхит и бронхиальная астма.

Бронхит у детей – самый распространенный вид заболевания респираторного тракта. Острым бронхитом считается острое воспаление слизистой бронхов без симптомов воспаления легочной ткани. Выделяют острый бронхит, острый обструктивный бронхит, острый бронхиолит; по причинам возникновения, в зависимости от возбудителя воспаления он делится на: вирусный (грипп, аденовирусы, парагрипп), бактериальный – может быть острым и обструктивным (возбудителем является стрептококк, стафилококк, моракселлы, гемофильная палочка, а также микоплазма и хламидии), аллергический, обструктивный, астматический – возникает от раздражающих химических или физических факторов, таких как бытовая химия, домашняя пыль, шерсть животных, пыльца растений и пр.

Бронхиальная астма – это самое распространенное хроническое заболевание среди детей. Более того, с каждым годом количество ребятишек с диагнозом «Бронхиальная астма» становится больше и больше.

По данным анализов международной организации «Глобальное бремя болезней» ((Global Burden of Disease Study – GBD), количество людей, страдающих астмой в мире составило 235 млн. в 2011 г. и выросло до 334 млн. в 2014 г. В Юго-Восточной Азии по данным ГББ доля болеющих астмой детей в группах возраста 6-7 лет и 13-14 лет во Вьетнаме довольно высокие по сравнению с другими странами, именно цифры (в %) следующие: соответственно в Индонезии

4,8 и 5,1, в Малайзии 5,8 и 8,9, в Сингапуре 10,0 и 11,4, во Вьетнаме 18,0 и 29,5. [13].

Бронхиальная астма у детей при недолечении осложняется и часто приводит к ателектазу, пневмомедиастинум, бронхиальной инфекции, пневмотораксу, кистозным бронхоэктазам, хронической сердечной недостаточности, остановке дыхания с церебральным параличом, дыхательной недостаточности и.т.д, что угрожает жизни детей.

Анемия – это патологическое состояние, характеризующееся снижением количества гемоглобина и эритроцитов из-за недостатка железа в организме, а также трофических расстройств с нарушением структуры тканей. Причины, вызывающие анемию, многообразны, но могут быть объединены в три большие группы: анемии, вызванные усиленным разрушением эритроцитов (гемолитические); анемии, возникающие в результате снижения интенсивности эритропоэза; анемии, вызванные выходом эритроцитов из циркуляторного русла при острых и хронических кровопотерях. Особенностью этих анемий является потеря организмом вместе с эритроцитами и железа. Анемия у детей – патологическое состояние организма, характеризующееся снижением содержания эритроцитов и гемоглобина в единице объема крови. Чаще всего анемия встречается у детей, особенно в возрасте до 3-5 лет и у беременных женщин.

В нашей стране, анемия характеризуется дефицитом железа. По данным ГИП Вьетнама 2010 г., общая доля заболевших анемией детей раннего возраста (до 5 лет) составляет 29,2%, в том числе в равнинных районах – 9,1%, в районах плато Тайнгуен (центральной части страны) – 20,9% и в горных районах северо-запада – 43%; по возрастам, самый высокий процент страдающих – 44-45% у малышей до 2 лет, и снижается постепенно до 14,2% у малышей возрастной группы 4-5 лет; у женщин репродуктивного возраста приходится 28,8%, у беременных женщин – 36,5%. [7].

Близорукость (миопия, *Miopia*) – частая патология рефракции глаза при которой изображение предметов формируется перед сетчаткой. В зависимости от степени снижения остроты зрения различают: слабую миопию – до 3 диоптрий, среднюю миопию – до 6 диоптрий и сильную миопию – выше 6 диоптрий. Близорукость может быть диагностирована в любом возрасте, но чаще всего миопия возникает у детей с 7 до 13 лет.

Во Вьетнаме миопия катастрофически распространяется у детей. По статистике центральной офтальмологической больницы показало, что в 2012 году в стране имеется около 3 миллионов страдающих детей от рефракции, среди которых доля близоруких приходится 67% (2/3) и в основном сосредотачивается в крупных городах, таких как Ханой и Хошимин (от 35% до 40%) [14].

Причины возникновения близорукости до конца не изучены, но по мнению офтальмологов, становленными являются некоторые факторы риска, а именно:

- наследственность (родители близоруки);
- недостаток в рационе питания различных микроэлементов (таких, как Zn, Mn, Cu, Cr и др.), необходимых для синтеза склеры;

– перенапряжение глаз (длительные и интенсивные зрительные нагрузки на близком расстоянии, плохое освещение рабочего места, неправильная посадка при чтении и письме, чрезмерное увлечение телевизором и компьютером). по появление близорукости совпадает по срокам с началом школьного обучения;

– не правильная коррекция – отсутствие коррекции зрения при первом появлении близорукости ведет к дальнейшему перенапряжению органов зрения и способствует прогрессированию близорукости, а иногда развитию амблиопии (синдром ленивого глаза), косоглазия.

Средний рост и вес вьетнамцев

Хотя правительство, общество и весь народ приложили для этого при-
стальные усилия, темп снижения удельного веса недоедавших детей не значи-
тельное за десятки лет. К примеру можно привести отчетные данные. Среди де-
тей в возрасте до 5 лет доля заболевших рахитом подалась с 43,3% в 2000 г. на
29,3% в 2010 г. и 24,9% в 2014 г. (в среднем 1,3% в год). С дефицитом массы тела
последовательно 30,1%, 17,5% и 14,5% (1,04%)[7 и 8]. Таким образом, впослед-
ствии этого в настоящее время, вьетнамцы сильно отстают в росте от гражда-
нам некоторых стран Азии и далеко от европейцев. Средний рост у мужчин
только 164см, на 13см ниже, чем предлагаемый ВОЗом стандарт; у женщин -
153,4 см (ниже10,7см). За 35 лет, вьетнамцы стали выше лишь только на 4см.
Разница в росте и весе по сравнению с международными нормами более четко
выражена у малышей в возрастной группе от 6 до 12 месяцев и от 6 до 11 лет. И
весьма огорченно, что средний рост вьетнамцев и даже меньше, чем в соседней
стране Лаосе, где у мужчин средний рост 170см. Смотрим дальше в Сингапур –
средний рост у мужчин 171 см и женщин 160см; в Южном Корее – 173,7 см и
161,1см; в Китае 172,1 см и 160,1см [15].

Вместе с другими причиной этой ситуации являются не только гены, но и
не правильное, и неразумное питание для каждой возрастной группы.

Источник: [7]

Рис. 2. Средний рост вьетнамцев (по полам), см

Такое состояние с средним весом вьетнамцев. Для изучения дополнительно приведутся в графиках 2 и 3 данные о среднем ростом и весом вьетнамцев в период с 1975 по 2009гг..

Источник: [7]

Рис. 3. Средний вес вьетнамцев в период 1975 – 2009гг. (по полам), кг.

Состояние репродуктивного здоровья женщин

Охрана репродуктивного здоровья охватывает репродуктивные процессы, функции и систему на всех этапах жизни. Во всем мире репродуктивное здоровье населения рассматривается преимущественно как здоровье женщин. Критериями оценки эффективности охраны репродуктивного здоровья всегда считались материнская и младенческая смертность, частота осложнений при родах, а также уровень доступности акушерско-гинекологической и педиатрической помощи.

Таблица 1. Материнская смертность в мире, оценка 2013 г. [17]

	Абсолютное число смертей, тысяч		Коэффициент материнской смертности, на 100 тысяч живорождений	
	Оценка Межведомственной группы ООН (ММЕИГ)	Оценка Института измерений и оценок здоровья (IHME)	Оценка Межведомственной группы ООН (ММЕИГ)	Оценка Института измерений и оценок здоровья (IHME)
Мир	289	293	210 (160-290)	209,1 (186,3-233,9)
Развитые страны	2,3	1,8	16 (12-23)	12,1 (10,4-13,7)
Развивающиеся страны	286	291	230 (180-320)	232,8 (207,3-260,6)

Примечание: в скобках даны интервалы неопределенности.

Источники: Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. World Health Organization, 2014. Dr. Kassebaum Nicholas J. et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 // The Lancet, 2 May 2014

По результатам ближайшей генеральной переписи 2009г. процент женщин репродуктивного возраста (15-49) составляет 57,2% [16] от общей численности женщин. Общая численность женщин 2014 г. – 45.971.000 [4], то есть из них примерно 26,3 млн. женщин репродуктивного возраста.

Коэффициент материнской смертности существенно снизился за последние два десятилетия, с 233 на 100.000 родившихся живыми в 1990 году на 69 на 100.000 родившихся живыми (примерно на 66% меньше) в 2009 году, что приблизительно к достижению цели тысячелетия (58,3 на 100000 живорождений). По сравнению с другими развивающимися странами такой Коэффициент во вьетнаме на много меньше (см. табл.1).

Вьетнам прилагает большие усилия для упрощения доступа к услугам репродуктивного здоровья для всех, и прежде всего матерей и новорожденных – это планирование семьи, расширение использования современных противозачаточных средств, формирование различных программ, политики и правовых актов по вопросам репродуктивного здоровья и прав на доступ к качественным услугам для бедных групп населения. Данные исследования показывают, что одна треть молодых людей Вьетнама до сих пор сталкивается с препятствиями в доступе к информации и услугам в области репродуктивного здоровья. Согласно MICS 2010 года (Multiple Indicator Cluster Surveys), у молодых большой спрос на контрацепцию. Например, проценты неудовлетворенных контрацептивом молодых групп от 15 до 19 лет и от 20 до 24 лет были 35,4% и 34,6%. Так и было много случаев нежелательных беременностей у молодых незамужних девочек и они из-за стыдливости обращались к небезопасному аборту. Более того, у подростков суммарный коэффициент рождаемости приходится 46‰ [18].

Таблица 2. суммарный коэффициент смертности у детей возраста до 1 года и 5 лет (число умерших детей/1000 родившихся живыми)

	2010	2011	2012	2013	2014
В возрасте до 1 года					
Всего	15,8	15,5	15,4	15,3	14,9
Из них по полам					
Мальчики	17,9	17,5	17,5	17,4	16,9
Девочки	13,6	13,4	13,3	13,2	12,9
По месту жительства					
В городах	9,2	8,5	8,9	8,9	8,7
В деревнях	18,2	18,1	18,3	18,3	17,9
В возрасте до 5 года					
Всего	23,8	23,3	23,2	23,1	22,4
Из них по полам					
Мальчики	30,7	30,2	30,1	29,9	29,1
Девочки	16,3	16,0	15,9	15,8	15,4
По месту жительства					
В городах	13,7	12,8	13,4	13,4	13,1
В деревнях	27,4	27,2	27,6	27,6	26,9

Источник: [4]

В 2014 году 75,7% женщин репродуктивного возраста применяли противозачаточные средства. 95,8% беременных женщин постоянно обращались к периодическому осмотру и 93,8% женщин получили акушерские услуги при рождении [19].

Вьетнам добился целей развития тысячелетия 4 (ЦРТ 4) по сокращению детской смертности среди детей в возрасте до 5 лет. Для примера приведем данные Главного статистического управления.

Только в период с 1990 по 2009, число умерших детей в возрасте до 1 года на 1.000 родившихся живыми снизилось вдвое за период с 1990 по 2009 год: детская смертность снизилась с 44,4 случаев на 1.000 родившихся живыми (44,4/1.000) в 1990 году на 16/1.000 в 2009 году; коэффициент смертностей среди детей в возрасте до 5 лет была значительно снижена с 58 на 24,4/1.000 родившихся живыми. Также доля малышей в возрасте до 5 лет с недостатком веса за период с 2005 г. по 2009 г. снизился с 25,2% на 18,9% [21]. По данным в табл.1 можно отметить, что вышеуказанные показатели снижаются по годам и в 2014 г. составляют 14,9 и 22,4 умерших малышей на 1.000 родившихся живыми. При этом в городах эти показатели почти в два раза меньше, чем в деревнях. Такой же расклад по полам: число смертностей у мальчиков больше чем у девочек.

В зависимости от условий жизни во Вьетнаме к этим критериям оценки добавляется еще доля малышей до 6 месяцев, *полностью* или *в основном* вскармливаемых грудью (по рекомендации ВОЗ грудное вскармливание исключительно младенца до завершения шести месяцев) [22]. По опубликованным данным MICS 2011 [23] и MICS 2014 эти цифры составили 17% и 43,3% (в 2011г.) и 24,3% и 49% (в 2014г.). Грудное вскармливание обязательно лишь обеспечением ребенка питательными веществами необходимого качества и в необходимом количестве.

Роль семьи в физическом развитии детей

Семья – ячейка общества, где люди рождаются, воспитываются, получают уход и развитие. Она также является опорным очагом каждого человека, первой школой, в которой родители являются первыми учителями своих детей.

В каждой семье ребенок – это особый будущий преемник традиционной семьи и как принято во Вьетнаме испокон века, роль семьи в защите, заботе и воспитании детей признается как первичной. Родители рожают, воспитывают ребенка с любовью, проявляя огромную и безграничную ответственность. Можно сказать, что родители наиболее близки к своим детям и ведут всестороннее воспитание в их первых шагах хода, формировании личности, создании языка и привычки, моральном поведении, физическом и интеллектуальное развитии, художественной уклонности и т.д. Большое значение для правильного физического воспитания детей в семье имеет отношение родителей к вопросам здорового быта. Естественно, что быт семьи зависит от многих причин, поэтому его не всегда можно строго ограничивать определенными рамками.

В современной жизни знания у родителей по воспитанию уходу за детьми постепенно становятся больше. Однако по результатам исследований можем сказать, что сегодня во вьетнаме ситуация намного сложнее: не только в окружающей среде, но и в собственных семьях нередко бывают случаи, когда дети

подвергаются суровому наказанию за их ошибки, насилию, эксплуатации труда, издевательствам, оставлению без внимания. Иными словами, дети не защищены даже в их домах. Данные Министерства труда, инвалидов и социальных вопросов (MOLISA) предполагают, что в 2007 году в стране имелось более 2,5 миллиона детей с «особыми обстоятельствами» (почти 10% от общего количества мальчиков и девочек во Вьетнаме). В эти цифры включают: 1,2 млн. малообеспеченных, 300.000 пострадавших от ВИЧ и СПИДа, в том числе 4.720 заболевших СПИДом; 168.000 сирот и без попечаемых, 27.000 детских работников; более 13.000 беспризорных, 20.000 живущих в центрах социальной защиты, 3.800 наркоманов и по крайней мере 850 подвергнувшихся сексуальному насилию над детьми [24]. Причины можно назвать следующее:

- восприятие в какой-то степени феодальной идеологии у части родителей (обычно в деревнях и у народов этнических меньшинств). Например, дети считаются «собственностью» родителей; родители спрашивают, заставляют детей действовать, делать что-то, не слушая их мнения; многие родители бьют ребенка за их поступки, считая, что это способ "воспитания" детей; неуважение к женщинам (в т.ч. девочкам) в семьях и обществе, и т.д.;

- низкий уровень образования, отсутствие знаний об уходе за детьми у определенных групп родителей. Во многих семьях, дети получают достаточное питания, но страдают от недоедания; больного ребенка не направляют в медицинские учреждения за помощь, а приглашают шамана;

- привлечение детей для разрешения вопросов и конфликтов взрослых; без присмотра к детям вообще и после развода,...

Здесь нужно отметить, что семья – важный фактор в воспитании детей. Сплочение семьи, совместная деятельность родителей и детей в семейной жизни способствует укреплению нравственного климата, созданию добрых традиций, решению общих интересов и физическому воспитанию ребенка.

Забота Правительства и общества о физическом развитии детей

Правительство Вьетнама, наряду с социально-экономическим развитием, постоянно выделяет пристальное внимание развитию детей.

Нормативно-правовая база

Для защиты детей необходимо создать нормативно – правовую базу и систему социальной защиты, чтобы все дети были защищены и их права осуществляются везде. Так, как только ратифицировал Конвенцию о правах ребенка ООН (1990 г.), во Вьетнаме в 1991 году впервые был принят Закон о защите, уходе и образовании детей. В этот закон были внесены изменения и поправки в 2004 году (Закона № 25/2004/QН11 от 15.06. 2004). В статье 3 данного закона определено, что "Защита, уход и воспитание детей является обязанностью семьей, школ, государственных и общественных организаций и каждого гражданина. Государство поощряет и создает благоприятные условия для организаций и физических лиц, находящихся во Вьетнаме и за рубежом, желающих участия в защите, уходе и воспитании детей". Закон также установил права детей и ответственность всех органов власти, министерств и ведомств за реализацию прав детей на регистрацию рождения и гражданство; охрану здоровья, образование;

собственности и на удовольствие, развлечение, культурные мероприятия, искусство, физкультуру, спорт, туризм,... кроме данного Закона в пакете Законодательства, части которых относятся к уходу и защите детей имеются следующие законы:

– *Закон о браке и семье*. Первый Закон о браке и семье № 2-SL от 29.12. 1959, с изменениями и поправками в 1987 г., 2000 г и 2014г (№ 52/2014/QN13 от 19.06.2014). определил основные принципы: порядок бракосочетания, легитимные и нелегитимные супружеские жизни; государство, общество и семья отвечает за защиту женщин и детей; не признал дискриминации детей, сына и дочери, и приемных детей, рожденных в браке и вне брака детей; права детей; ответственности родителей, соответствующих органов власти, юридических и физических лиц, всего общества за заботу и защиту детей и.т.д.;

– *Законе о равенстве полов* № 73/2006/QN11 от 29.11.2006. Закон предусматривает гендерное равенство во Вьетнаме;

– *действующий Закон о трудовой деятельности (Трудовой кодекс)* №10/2012/QN13 от 18.06.2012. В Трудовом кодексе предусматриваются запреты и обязательства для работодателя в использовании детского труда; защита женщин во время беременности и декретности, воспитание детей; порядки, условия работы,...в соответствии с здоровьем работников; обеспечение их физического, психического и морального развития, индивидуальности. Трудовой кодекс предусматривает также санкции, применяемые к нарушению Закона;

– *Гражданский кодекс* № 33/2005/QN11 от 14.06.2005. с изменениями и поправками в 2012 г. В нем существуют положения по защите прав детей в рамках правовой основы, такие как определения вопросов о несовершеннолетних детях, институциональных опекунах, порядок наследования,...;

– *Закон № 15/2012/QN13* от 20 июня 2012 г.о рассмотрении административных правонарушений. С статьи 133 по статье 140 Закона предусматриваются рамки административных правонарушений, принципов обработки и применения санкций и мер по устранения нарушений, меры административных санкций в отношении несовершеннолетних детей при их административных правонарушениях и. т. д.

– *Закон № 25/2008/QN12 от 14.11.2008* о медицинском страховании.

В ноябре 2015 г. на десятой сессии XIII созыва Национального собрания СРВ снова был обсужден Закон № 25/2004/QN11 от 15.06. 2004 о защите, уходе и образовании детей, в который будут внесены новые поправки и изменения в соответствии с новой Конституции 2013 г. и признанными Вьетнамом международными правовыми актами. Например, определение о ребенке – человек до достижения 18-летнего возраста (вместо до достижения 16 лет), о детском труде и возрасте детского труда; борьба с эксплуатацией детского труда и насилием над детьми и т. д. В соответствии с этим Законом корректируются положения других законодательных актов, таких как Закон о труде, Закон о браке и семье и т. д.

Организация защиты детей.

В настоящее время в организационном составе Министерства труда, инвалидов и социальной защиты был создан Департамент социальной защиты и ухода за детьми с функцией координации действий всех министерств и ведомств, органов власти всех уровней и общества, направленных на уход и защиту детей; разработки и рекомендации мер по защите и уходу за детьми. В административных органах власти и общественных организациях также создаются аналогичные учреждения.

Для защиты и ухода за сиротами, беспризорных и беспомощных (инвалиды, уроды и страдавших детей последствием от гербицида диоксина, брошенного американцами во Вьетнам во время войны и т. д.) детей открыто много центров социальной защиты различных типов при финансовой поддержке государства, юридических и физических лиц в стране и за рубежом. По данным Департамента социальной защиты и ухода за детьми, по состоянию на 2013 г., в стране имеются более 300 центров социальной защиты всех видов, в том числе 138 центров (по разному называют: центр социальной защиты, детдом, дом SOS,...) для детей вышеуказанных категорий, а остальные центры социальной защиты для престарелых людей без попечителей или смешанные центры для престарелых и детей [25].

Важной организацией в системе социальной защиты детей является единый Государственный фонд социальной защиты детей Вьетнама (The National Fund for Vietnamese Children – NFVC), который был создан 05 апреля 1992 г. в соответствии с Законом о защите, уходе и образовании детей с целью привлечь внутренние ресурсы и международную поддержку, осуществлять права ребенка по Конвенции прав ребенка и целевые программы правительства Вьетнама по субсидии и уходу за детьми. Председатель совета фонда по принципу назначается из государственных деятелей (обычно вице-президент). Такой фонд формируется также на всех уровнях. На пример до конца 2013 г., из общего числа 708 уездов в 618 уездах имеется фонд (87%), из 11.162 общин – 6.632 (60%). Количество сотрудников, работающих в системе фонда (не считая в общинах, так как там работают по совместительству) составило 1.250 человек. К концу 2014 года, за 10 лет суммарный объем средств, привлеченных приходился более 3.110 млрд VND (около 160 млн. долл. США); выдали около 15 млн. алиментов детям [26]. Деятельность Фонда направляется на поддержку детей с особо трудными обстоятельствами жизни, реализацию их прав и проведение следующих мероприятий: бесплатная хирургия сердца, глаза, хирургия вольчей пасти и заячьей губы, строительство водоснабжения, бесплатное распределение молока и питательных компонентов и т. д.

Физическое воспитание в учебных заведениях

Физическое воспитание – это вид воспитания, специфическим содержанием которого являются обучение движениям, воспитание физических качеств, овладение специальными физкультурными знаниями и формирование осознанной потребности в физкультурных занятиях. Значение физической культуры в школьный период жизни человека заключается в создании фундамента для всестороннего физического развития, укрепления здоровья, формирования

разнообразных двигательных умений и навыков. Все это приводит к возникновению объективных предпосылок для гармонического развития личности. В учебном 2014-2015 году по статистическим данным в школах учатся более 14,9 млн. школьников, из них 7,5 млн. в возрасте 6-11 лет (см. табл. 3), что озадачивает вопросы физического воспитания детей школьного возраста в целом и затрудняет обеспечение школ помещениями и спортивно-тренировочным оборудованием для занятий по физкультуре.

Таблица 3. Количество школ, учителей и школьников 2011-2015гг [4]

Количество/учеб. год	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Кол. школ	28.803	28.916	28.977	28.931
Из них в начальных школах	15.337	15.361	15.337	15.277
Кол. учителей	828.100	847.500	855.500	856.500
Из них в начальных школах	366.000	381.400	387.300	392.100
Кол. школьников (млн.)	14,8	14,7	14,7	14,9
Из них в начальных школах	7,1	7,2	7,5	7,5

В школьном возрасте достигается определенный уровень физической и умственной работоспособности, что в целом позволяет успешно осваивать программный материал теоретических учебных дисциплин и физкультурных программ обучения, исключить негативные проявления ряда антисоциальных поступков. К сожалению, не все учебные заведения всех степеней от детских садов до университетов имеют возможности организации занятий по физкультуре; не все их руководители понимают важность вопроса физического развития.

С целью избежания этого положения Правительство издало Постановление № 11/2015/ND-CP от 31 января 2015 [27] года о физическом воспитании и спортивной, физкультурой деятельности в учебных заведениях в системе национального образования (детские сады, начальные школы, средние школы общего образования, школы, колледжи, государственные, и региональные университеты и институты).

Постановление предусматривает, что физическое воспитание в учебных заведениях является одной из программ образования, обязательным предметом обучения всех уровней образования и подготовки с целью формировать у детей дошкольного и школьного возраста, студентов знания, основные двигательные навыки, привычку к спортивным упражнениям, улучшить здоровье, развивать физическую силу, рост, тем самым способствовать достижению целей общего образования. Спортивные мероприятия в школах тоже преследуют за физическим воспитанием детей, но отличаются от него тем, что они являются добровольной деятельностью учащихся, организованные внеклассным образом в виде фитнес-клуба, спортивных тренировок и соревнования и т. п., подходящих к каждому в зависимости от пола, возраста и состояния здоровья.

В Постановлении также указывается, что Министр образования и подготовки имеет право установить программу физического воспитания в рамках учебной программы дошкольного образования, общего образования; ректора

университетов, институтов несут ответственность за разработку и утверждение учебной программы своего заведения, в том числе учебная программа физического воспитания в соответствии с установленными Министерством образования и подготовки положениями; директора колледжей и специальных школ отвечают за разработку и утверждение учебной программы своего заведения, в том числе учебная программа физического воспитания в соответствии с установленными Руководителями своего ведомства положениями. Учители и инструктора физического воспитания должны быть подготовлены по стандартам квалификации учителей в соответствии с положениями статьями 70 и 77 Закона об образовании. Финансирование выполнения Постановления осуществляется из двух источников: бюджет на образование через Министерство образования и подготовки и местный бюджет; другие юридические и физические лица могут принять участие в создании материально-технической базы для физического воспитания в учебных заведениях.

В области защиты здоровья и ухода за детьми

Во Вьетнаме существует три уровня управления медицинскими учреждениями.

- центральный уровень: Министерство здравоохранения, и в его подчинении промышаются больницы, поликлиники, профилактические центры и другие подразделения своего уровня;

- городской/провинциальный уровень: При органе власти (Народный комитет) города/провинции имеется департамент здравоохранения, которому подчиняются лечебные и профилактические больницы, поликлиники, экспертизы, профилактические центры и другие подразделения защиты населения своего уровня;

- уездный/районный уровень: при Народном комитете уезда/района имеется отдел здравоохранения, которому подчинятся больницы, клиники, осмотровые центры и профилактические центры своего уровня. Кроме того, медпункты общин или микрорайонов (в городе) также подчиняются отделу здравоохранения уездов и районов.

Общее количество медицинских учреждений государственного сектора приведено в таблице 4 ниже.

Кроме того, существуют в Министерстве Национальной обороны своеобразная система медслужбы, которая имеется на всех инстанциях, при министерстве и в воинских частях. Военная медслужба участвует в оказании помощи населению этнических меньшинств, проживающего в труднодоступных местах и в случае ЧС.

В системе здравоохранения есть детские больницы среди медицинских учреждений. Детские больницы имеется почти во всех 65 городов и провинций страны. Например, такие как Центральная детская больница в г. Ханое, Первая и Вторая педиатрическая поликлиника в г. Хошимине являются крупнейшими многопрофильными лечебными учреждениями. Педиатрическое отделение формировано отдельно в составе больших больниц и во многих случаях, в городских/гороских и уездных больницах и поликлиниках формируется смешанное акушерско-педиатрическое отделение.

**Таблица 4. Количество медицинских учреждений и
коек. Состояние на 01.01.2014.**

	Медицинские учреждения	Койки
А. Мед. учреждения гос.сектора (1-5)	13.681	264.064
1. центральное подчинение	46	23.555
- больница	17	11.810
- специализированные поликлиники	23	10.266
- больница традиционной медицины	3	1.240
- дерматологические больницы	1	120
- мед. центр	2	120
2. провинциальное/городское подчинение	434	103.343
- больница	155	75.170
- специализированные поликлиники	122	16.170
- больница традиционной медицины	49	6.367
- дерматологические больницы	19	1.356
- поликлиники реабилитации и санатория	31	3.305
- мед. центр	58	975
3. уездное и районное подчинение	1.310	75.943
- поликлиники	622	68.959
- районные мед. центры	651	6.752
- род.дома	37	232
4. Общинные медицинские пункты	11.105	49.627
5. Ведомственные мед. учреждения	786	11.595
Б. Медицинские учреждения частного сектора	155	9.501
Итого	13.836	273.565

Источник: [28]

С целью обеспечения населения широким доступом к первичной медико-санитарной помощи и качественным медицинским услугам, увеличения продолжительности жизни и улучшения физического и морального развития населения, особенно для детей и женщин репродуктивного возраста, снижения заболеваемости, инвалидности Указом № 122/QĐ-TTg от 10.01.2013 Правительство Вьетнама утвердило Национальную стратегию защиты, ухода и улучшения здоровья населения на период 2011 – 2020гг., взгляд на 2030 г. Основные целевые показатели приведены в таблицу 5.

Вышеуказанные в таблице показатели подтверждают решительные усилия Правительства Вьетнама и цели охраны здоровья населения. Большинство показателей непосредственно связываются с защитой здоровья населения и женщин репродуктивного возраста, физическим развитием детей.

Целеустремленное внимание государства уходу за детьми еще ярко отражается в Законе № 25/2008/QН12 от 14.11.2008 о медицинском страховании и Законе № 46/2014/QН13 от 13.06.2014 о внесении изменений и поправок в Закон № 25/2008/QН12 от 14.11.2008 о медицинском страховании. По положениям этих законов всем детям в возрасте до 72 месяцев жизни полис медицинского страхования выдается бесплатно по местам жительства и оказываются бесплатные медицинские услуги за счет госбюджета [30].

Таблица 5. Конкретные целевые показатели на период 2015 – 2020гг.

пп	Показатели	2010 г.	2015 г.	2020 г.
1	Количество врачей на 10 тыс. населения	7,0	8,0	9,0
2	количество фармацевтов на 10 тыс. населения	1,78	2,0	2,2
3	Доля нас. пунктов, имеющих мед. работников (в%)	85	90	>90
4	Доля медпунктов в общинах (в %)	70	80	90
5	Доля медпунктов в общинах, имеющих акушера и медсестры (в %)	>95	>95	>95
6	Кол-во коек на 10 тыс.населения (без учета коек медпунктов в общинах)	20,5	23,0	26,0
	Из них кол-во коек медучреждений частного сектора	0,76	1,5	2,0
7	Проценты детей до 1 года, прошедших полную обязательную вакцинацию (в %)	>90	>90	>90
8	Проценты общин, достигнувших гос. стандарты по здравоохранению (в %)	-	60	80
9	Доля населения, участвующих в мед.страховании (в %)	60	75	>80
10	Доля пациентов, лечащихся трад. медициной (в %)	14	20	25
11	Доля мед.учреждений с стандартной обработкой мед. отходов (в %)	75	85	100
12	Средняя продолжительность жизни (лет)	72,8	74,0	75,0
13	Коэф-т мат. смертности, на 100 тыс. живорождений	68,0	58,3	<52,0
14	Коэф-т умерших детей в возрасте до 1 года/1000 родившихся живыми (в о.%)	15,8	14,0	11,0
15	Коэф-т умерших детей в возрасте до 5 года/1000 родившихся живыми (в о.%)	23,8	19,3	16,0
16	Численность населения (млн.чел)	86,9	<93,0	<98,0
17	прирост годового роста населения (в %)	1,04	1,00	1,00
18	соотношение полов при рождении (число малышей/100 девочек)	111	<113	<115
19	Доля детей недоедания в возрасте до 5 лет (вес/год) (%)	18,0	15,0	10,0
20	коэффициент зараженных вич/спид (в %)	<0,3	<0,3	<0,3
21	Доля прямых расходов от семьи на заботу о здоровье от общих расходов на здравоохранение (%)	52	<45	<40

Источник: [29]

Борьба с недоеданием

В последнее десятилетие, наряду с экономическим и социальным развитием и обеспечением национальной продовольственной безопасности, благодаря вниманию, усилию и заботе государства, системы здравоохранения и активному участию всего общества, Вьетнам добился значительных результатов в улучшении состояния питания и здоровья людей. Большинство из целей Национальной стратегии по питанию на период 2001-2010гг. достигнуто и превысилась поставленных. Знания и практика питания у людей значительно улучшились; число недоедавших детей в возрасте до 5 лет типом недовеса относительно снизилось. На 35-й пленарной сессии Постоянного комитета ООН по питанию, состоявшейся в Ханое в марте 2008 г., ЮНИСЕФ и ВОЗ оценили Вьетнам как одну из немногих стран, которые достигли целей развития тысячелетия по

снижению числа недоедающих детей. Однако не смотря на достигнутые успехи, по-прежнему Вьетнам, сталкивается с серьезными проблемами питания. В то время как доля недоедающих детей в возрасте до 5 лет все-таки высока. В месте с этим, избыточный вес, ожирение и некоторые неинфекционные хронические заболевания, связанные с питанием имеет тенденцию к увеличению и создает проблему двойного бремени питания.

Таблица 6. Целевые показатели национальной стратегии питания на период 2011-2020гг., взгляд до 2030 г.

пп	Цели и показатели	2015 г.	2020 г.
	Цель 1. улучшение питания детей и матерей		
1	Снижение энерг. дефицита у женщин репродукт. возраста, в %	15	12
2	Доля новорожденных с массой ниже 2.500 гр., в %	<10	<8
3	Доля детей недоедания в возрасте до 5 лет типа рахита, в %	15	12
4	Доля детей недоедания в возрасте до 5 лет типа ДМТ, в %	15	12,5
5	Увеличение роста малышей до 1 года, на см		1,5-2
6	Доля детей с ожирением в возрасте до 5 лет, в %		в город. <10 в дерев. <5
	Цель 2. ликвидация авитаминоза и дефицита микроэлементов		
7	Процент детей в возрасте до 5 лет, имеющих низкий уровень витамин А в сыворотке крови ($<0,7 \mu\text{mol/L}$), в %	<10	<8
8	Процент заболевших анемией беременных женщин, в %	28	23
9	Процент заболевших анемией детей в возрасте до 5 лет, в %	20	15
10	Доля семей, употребляющих стандарт. йодированную соль, в %)	90	90
11	Цель 3. Контроль за ожирением и неинфекц. хронич. заболеваниями у взрослых	8	12
	Цель 4.		
12	доля малышей до 6 мес., полностью вскармливаемых грудью, в %	27	35
13	Доля матерей, имеющих знания об уходе за больными детьми, в %	75	85
14	Доля молодых женщин, имеющих знания о питании и прошедших курсы будущей мамы, в %	60	75
15	Доля семей, употребляющих стандарт. йодированную соль (в %)	90	90
	Цель 5. Повышение эффект. работы общественных организаций и медицинских учреждений в сфере питания		
16	Доля специалистов по питанию, прошедших курсы подготовки, в %, из них:		
	- в провинциях, городах	75	100
	- в уездах	50	75
17	Доля сотрудников, занимающихся питанием в общинах, прошедших курсы подготовки, в (%)	100	100
18	Доля мед.учреждений, имеющих спец. диетологи, в %, из них:		
	- в мед.учреждений центрального подчинения	90	100
	- в провинциальных мед.учреждений	70	95
	- в уездных мед.учреждений	30	50

Источник: [31]

Решением № 226/QĐ-TTg от 20.02.2012 Премьер-министра правительства утвердил национальную стратегию питания на период 2011-2020гг., взгляд до 2030 г [31]. Общей целью стратегии являются улучшение рациона вьетнамцев в качественном и качественном, санитарно-гигиеничном отношении, снижение число недоедавших детей в возрасте до 5 лет, эффективный контроль за состоянием избыточного веса и ожирения, предотвращение неинфекционных хронических заболеваний, связанных с питанием.

В Стратегии указываются конкретные цели и показатели по каждой, которые в кратце группированы автором в виде таблицы (см. табл. 6).

По целевым показателям в табл. 6 можно отметить, что многие из них совпадают с целями и задачами ситемы здравоохранения, Стратегии защиты, ухода и образования детей. И понятно, что все это – усилия государства и общества, направленные на всестороннее развитие молодого поколения Вьетнама.

В условиях Вьетнама вложение в питание является инвестицией в развитие человеческих ресурсов страны. Национальная стратегия питания на период 2011- 2020гг. представляется неотъемлемой частью стратегии экономического и социального развития страны для решения вопросов, вызываемых питанием, для дальнейшего улучшения состояния питания населения в целом и женского, детского населения в частности, повышения здоровья, роста и интеллектуального развития вьетнамцев.

После 20-летней реализации национального плана действий в интересах детей, наряду с многими положительными достижения, много недостатков в деле защиты, ухода и воспитания детей было раскрыто. Эти недостатки привели к угрозе невыполнения целевой программы защиты детей.

Специалисты и управленцы, исследуя это положение, указали основные причины, а именно: неполное осознание каждой семьи и всего сообщества; слабая компетентность сотрудников; услуги по защите и уходу за детьми не полноценные; отсутствие дружелюбной для детей правовой системы; роль государственного управления нечеткая, не эффективная.

Предложение

Изучив состояние и особенности физического развития вьетнамских детей на фоне общей защиты и ухода за ними, автором предлагаются следующие меры.

1. по совершенствованию нормативно-правовой базы и политики в области защиты детей и ухода за ними:

– усовершенствовать законодательных актов и документов , связанных с вопросами защиты детей;

– улучшить межотраслевые координационные механизмы взаимодействия и сотрудничества между министерствами, ведомствами (Министерство здравоохранения, Министерство сельского хозяйства и развития сельских районов, Министерство образования и подготовки, Министерство культуры, спорта и Туризм, Министерство труда – инвалидов и социальных вопросов,...) и общественными организациями (Национальный фронт, Союз молодежи, Женский совет, Профсоюзы, ...) в реализации государственных стратегий и государственных программ (Государственная стратегия по питанию в период 2011 –

2020гг., Государственная стратегия развития образования в период 2011-2020гг. Государственная стратегии сельское хозяйство и развитие сельских районов в период 2011 – 2020гг., Государственная программа по защите детей в период 2011 – 2020гг., и т. д.); разработать конкретные меры по улучшению здоровья, питания населения и детского населения, механизмы и политику по мобилизации и поощрению участия организаций и лиц в защите детей и уходе за ними;

– формировать концепцию и правила по питанию и безопасности пищевых продуктов, регламенты на производство, правила продажи и инструкции по употреблению питательных продуктов для детей; установить целеобразный декретный режим для женщин; поощрить матерей вскормить ребенка грудью; изучить и предложить мероприятий в поддержку школьного питания, в первую очередь для дошкольного возраста и учащихся начальных школ; стимулировать инвестиции в производство и поставку конкретных питательных продуктов беременным женщинам, детям в возрасте до 5 лет и детям этнических меньшинств в бедных районах.

2. по ресурсам.

а) в отношении человеческих ресурсов:

– подготовить и эффективно использовать педиатрический персонал, ведущих экспертов и диетологов, специалистов по питанию; предложить меры по продовольственной безопасности; повысить квалификацию учителей-инструкторов физического воспитания в школах;

– подготовить в необходимом количестве сотрудников, работающих в сфере питания и социальной защиты детей; повысить возможности работы для сотрудников и административно-управленческого персонала на всех уровнях, которые курируют государственные программы питания.

б) в отношении финансовых ресурсов:

– социализировать и диверсифицировать финансовые ресурсы и постепенно увеличить уровень инвестиций для ухода за детьми. финансовые ресурсы для этой цели включают в себя: государственный бюджет, местный бюджет, международной помощи и правовой мобилизации, в том числе государственного бюджета, прежде всего, средства от инвестиционных проектов;

– эффективно управлять финансовыми ресурсами, обеспечивая справедливости и равенства для всех граждан; провести инспекции, мониторинг и оценку эффективности использования бюджетных средств.

в) в отношении создания материально-технической базы спорта для школ:

– финансировать создание материально-технической базы спорта для школ (помещение, оборудование), при этом привлекая участие доброжелательных юридических и физических лиц.

3. по проведению пропаганды и распространению знаний о питании через средства массовой информации.

– усилить пропаганду для повышения у населения и руководителей всех уровней знаний о важности работы по воспитанию и уходу за детьми, роли правильного питания для физического и интеллектуального развития;

- разумно использовать средства массовой информации, провести агитацию с выдачей листовок с методом и содержанием, соответствующим для различных групп населения каждого региона, с тем чтобы улучшить понимание и практику правильного питания с целью предотвращения задержки роста и контроля за состоянием избыточного веса, ожирения и неинфекционными хроническими заболеваниями, связанными с питанием у населения;

- продолжать проводить физическое воспитание и занятия по питанию в школьной системе (от детского сада до университета); разработать и внедрить программы школьного питания (программы «за рост вьетнамских детей, «стантан молока детям дошкольного возраста и начальных школ) в зависимости от условия каждого региона и местности;

4. по техническим вопросам.

- разработать программы, проекты и конкретные мероприятия, направляемые на улучшения состояния питания, физического развития и зорovia групп бедного населения и этнических меньшинств;

- сосредоточить внимание на правильном питании для матерей до, во время и после родов; поощрить матерей в грудном вскармливании ребенка течение первых 6 месяцев и более после рождения;

- вести контроль за качеством продуктов питания в городах и на всех местностях;

- диверсифицировать производства продуктов питания с использованием имеющих продуктов на местах для детей;

- создать системы мониторинга и раннего предупреждения о продовольственной безопасности на государственном уровне; разработать план оперативное реагирование в случае чрезвычайной ситуации.

5. по вопросам науки и технологий и международного сотрудничества

- наращивать научные исследования по вопросам питания и пищевых продуктов; поощрить исследования, разработки и передачи технологий с тем, чтобы выбрать и создавать новые породы для животноводства и растениеводства, богатые питательными веществами; расширить производство и обработку пищевых добавок и микроэлементов, пищевых продуктов и конкретных питательных элементов для детей в стадии их физического развития;

- содействовать компьютеризации и формировать специализированную базу данных о питании и безопасности пищевых продуктов;

- усилить использования информации и научных данных на всех уровнях при планировании, разработке политики, программ и проектов по вопросам питания и борьбе с недоеданием, задержкой роста и дефицитом микроэлементов;

- применить опыт и научные достижения в профилактике ожирения и хронических неинфекционных заболеваний, связанных с питанием;

- поддержать активное сотрудничество с институтами и университетами стран мира и региона в области ведения совместных научных исследований и доступа к международным научным стандартам и передовым технологиям для производства пищевых продуктов; повысить квалификации сотрудников, работающих в сфере питания; укрепить сотрудничество с международными организациями и привлечь их содействие в осуществлении Стратегий.

В заключение можно сказать, что молодое поколение – будущее любого государства. Говорят, «в здоровом теле здоровый дух». Важнейшим инструментом первичного контроля за состоянием здоровья является оценка развития подрастающего поколения, основанная на изучении параметров физического развития детского населения. Разработка эффективных мер, направленных на охрану и укрепление здоровья детей и подростков, должна базироваться на основе максимально точных данных о состоянии здоровья с учетом факторов его формирующих. Здоровье подрастающего поколения, развитие и совершенствование его защиты является одной из приоритетных задач современного государства, т.к. от эффективности ее решения зависит дальнейший ход социально-экономического и культурного развития общества.

**Зав. кафедрой валеологии МИОО, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ А.Г. Сухарева.*

Список используемых источников:

1. Закон № 25/2004/QH11 от 15.06. 2004 о защите, уходе и образовании детей.
URL: <http://thuvienphapluat.vn/van-ban/Giao-duc/Luat-Bao-ve-cham-soc-va-giao-duc-tre-em-1991-57-LCT-HDNN8-38064.aspx>
2. Детские болезни – как оценить развитие ребенка. URL: http://www.medikov.net/det_bol/002.html
3. Главное статистическое управление СРВ. Статистический справочник, 2014/на вьетнам. и англ. языке. Ханой: Статистика, 2014. С. 17, 21, 27, 28.
URL: <https://www.gso.gov.vn/Default.aspx?tabid=628&ItemID=14277>
4. Профессор Ле Тху хон. 2,2 млн. недоедающих детей болеют рахитом.
URL: <http://tuoitre.vn/tin/song-khoe/20140801/22-trieu-tre-em-viet-nam-suy-dinh-duong-the-thap-coi/629365.html>
5. Государственный институт питания. Ежегодные стат.данные по состоянию недоедания вьетнамских детей.
URL: <http://viendinhduong.vn/news/vi/106/61/0/a/so-lieu-thong-ke-ve-tinh-trang-dinh-duong-tre-em-qua-sac-nam.aspx>
6. Государственный институт питания вьетнама и ЮНИСЕФ. Обзорный доклад о результатах генеральных исследований состояния питания 2009-2010. Ханой, 2012. С. 2-5.
URL: <http://viendinhduong.vn/FileUpload/Documents/3.%20Bao%20cao%20tom%20tat%20Bao%20cao%20Tong%20Dieu%20Tra.pdf>
7. Государственный институт питания. Данные по состоянию недоедания вьетнамских детей в возрасте до 5 лет за 2014.
URL: http://viendinhduong.vn/viewpdf.aspx?n=/TT%20tin%20Dd_2014/SDD_2014.pdf
8. Obesity and overweight (Ожирение и избыточный вес). Fact sheet, January 2015.
URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
9. Ву Кыонг. Пневмонией среди детей./электронный портал о пневмонии.
URL: <http://benhvathuoc.com/thuoc-dieu-tri-viem-phoi-o-tre-em>
10. ЮНИСЕФ Вьетнам. Дети по-прежнему умирают каждый день из-за отсутствия чистой воды и плохих санитарных условий. URL: http://www.unicef.org/vietnam/vi/media_20692.html
11. Чан Тхи Бик Нгок, Шпехт Л. С. Расширение обязательного медицинского страхования – путь к снижению расходов населения на медицинские услуги // Вестник науки Сибири. 2015. № 1 (16). С. 157-174. URL: <http://sjs.tpu.ru/journal/article/view/1289/874>
12. The Global Asthma Report 2014. Global Asthma Network. 2014. P. 80-81.
URL: http://www.globalasthmareport.org/resources/Global_Asthma_Report_2014.pdf
13. Миллионы вьетнамских школьников подвергаются угрозе слепоты. Официальный электронный портал Офтальмологической Ассоциации Вьетнама.
URL: <http://hoinhankhoa.vn/tin-tuc-noi-bat-chi-tiet/hang-trieu-hoc-sinh-viet-nam-doi-dien-truoc-nguy-co-tu-loa-khong-dang-co>
14. Средний рост вьетнамцев еще в низкий топ в Азии. Официальный электронный портал Офтальмологической Ассоциации Вьетнама.
URL: <http://vtv.vn/xa-hoi/chieu-cao-trung-binh-cua-nguoi-viet-van-thuoc-top-thap-nhat-chau-a-20151019163710039.htm>

15. Главное статистическое управление. ГСО Вьетнам. Перепись населения и жилищного фонда 2009 года. Структура по возрасту – полу и семейного статуса населения Вьетнама. Ханое, 2011. С. 31.
URL: http://vietnam.unfpa.org/webdav/site/vietnam/shared/Census%20publications/Age-Sex%20Structure%20and%20Marital%20Status_Viet.pdf
16. Виктория Сакевич. Опубликованы глобальные оценки материнской смертности // Demoscope Weekly. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2014/0599/reprod01.php>
17. ПРООН (UNDP) во Вьетнаме. Улучшение здоровья женщин // Официальный электронный портал ПРООН, Вьетнам.
URL: <http://www.vn.undp.org/content/vietnam/vi/home/mdgoverview/overview/mdg5.html>
18. ГСУ СРВ, MICS и ЮНИСЕФ Вьетнам. Вьетнам- обследование и оценка целей детей и женщин 2014.
URL: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CCkQFjACahUKEwjO3MOYqJHJAhULUo4KHcDqAHM&url=https%3A%2F%2Fwww.gso.gov.vn%2FModules%2FDoc_Download.aspx%3FDocID%3D18163&usq=AFQjCNFFw141DE_Itus3BslkL3Qf0FEY7Q
19. ООН во Вьетнаме. Доклад о достижении ЦРТ 4 в справедливости.
URL: http://www.un.org.vn/images/stories/pub_trans/MDG4_Vn.pdf
20. ООН во Вьетнаме. Доклад о достижении ЦРТ 4 в справедливости.
URL: http://www.un.org.vn/images/stories/pub_trans/MDG4_Vn.pdf
21. Cristina M.G. Monte Elsa R. J. Giugliani. Recommendations for the complementary feeding of the breastfed child. // Jornal de Pediatria. J. Pediatr. (Rio J.) vol.80 no.5 suppl. Porto Alegre Nov. 2004.
URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700004>
22. General Statistics OFFICE, Viet Nam- UNICEF. Multiple Indicator Cluster Survey 2011. Viet Nam – Monitoring the situation of children and women. С. 57.
URL: http://www.childinfo.org/files/MICS4_Vietnam_FinalReport_2011_Eng.pdf
23. Обзор о защите детей. /официальный электронный портал ЮНИСЕФ, Вьетнам.
URL: <http://www.unicef.org/vietnam/vi/15436.html>
24. Департамент социальной защиты и ухода за детьми. Перечень организаций и центров социальной защиты. /официальный электронный портал Правительства Вьетнама.
URL: <http://treem.molisa.gov.vn/Site/vi-VN/13/193/17447/Default.aspx>
25. Государственный фонд социальной защиты детей Вьетнама . история и развитие. /официальный электронный портал Правительства Вьетнама.
URL: http://nfvc.org.vn/gioi-thieu/lich-su-hinh-thanh-va-phat-trien_t120c65
26. Министерство юстиции Вьетнам. Архив Правовых актов. Постановление № 11/2015/ND-CP. Офиц. электр. портал минюстиции Вьетнама.
URL: http://www.moj.gov.vn/vbpq/Lists/Vn%20bn%20php%20lut/View_Detail.aspx?ItemID=30117
27. Минздрав Вьетнама. Статистический справочник здравоохранения. Ханой, 2013. С. 46.
URL: <http://kcb.vn/wp-content/uploads/2015/07/Nien-giam-thong-ke-2012.pdf>
28. Указ № 122/ҚД-ТТг от 10.01.2013 Правительства. Утверждение Национально стратегии защиты, ухода и улучшения здоровья населения на период 2011 – 2020гг., взгляд на 2030г. Официальный электронный портал мин юстиции Вьетнама.
URL: http://chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/noidungchienluocphattrienkinhtexahoi?_piref135_16002_135_15999_15999.strutsAction=ViewDetailAction.do&_piref135_16002_135_15999_15999.docid=1635&_piref135_16002_135_15999_15999.substract
29. Закон № 25/2008/ QH12 от 14.11.2008 о медицинском страховании. Официальный электронный портал правительства Вьетнама.
URL: http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&mode=detail&document_id=81142
30. Решение № 226 / QD-ТТГ Премьер-министра о утверждении Национальную стратегию питания на период 2011 – 2020 гг. взгляд до 2030 годг. Официальный электронный портал правительства Вьетнама.
URL: http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=2&mode=detail&document_id=155431