**Лекция 1. Потребности человека в разные возрастные периоды**

**Рост и развитие.**

***Здоровье не все, но все без здоровья ничто.***

***Сократ***

***Здоровье – это драгоценность, и притом единственная,***

***ради которой действительно стоит не только***

***не жалеть времени, сил, трудов и всяких благ,***

***но и пожертвовать ради него частицей самой жизни,***

***поскольку жизнь без него становиться нестерпимой***

***и унизительной.***

***Мишель де Монтень***

(Michel **de** **Montaigne**) (1533-1592), французский мыслитель,

юрист, политик эпохи Возрождения.

**План**

## Здоровье. Его критерии и определяющие факторы

## Качество жизни и его критерии

## Факторы образа жизни и их влияние на здоровье взрослого населения

1. Иерархии потребностей человека по А. Маслоу (1943)
2. Здоровье в иерархии потребностей человека.
3. Основные закономерности роста и развития человека.
4. Понятие о возрасте. Его виды.
5. Определение возраста ребенка.
6. Возрастные периоды.
7. Возрастные особенности взрослых людей.

**Цели темы**

*Студент должен уметь:*

* объяснить понятия «здоровье», «качество жизни», «образ жизни»;
* выявить факторы риска здоровью;
* определить группу риска.
* выявить потребности пациента, оказать ему помощь в реализации потребностей.
* объяснить смысл понятий «хронологический возраст», «биологический возраст» и «юридический возраст»;
* по дате рождения определить возраст человека;
* дать краткую характеристику каждого из возрастных периодов жизни человека.

**Основные понятия**

*Здоровье*

*Факторы, влияющие на здоровье*

*Качество жизни*

*Образ жизни*

*Группы риска*

*Факторы риска*

***апатия —*** состояние полного безразличия, равнодушия; болезненное состояние;

***депрессия —*** подавленное, угнетённое психическое состояние;

***неподвижность*** — состояние, при котором человек не может двигаться или испытывает затруднения при движениях, необходимых для нормального функционирования;

***окружающая среда*** — окружающий человека природный и созданный им материальный мир;

***потребность*** — нужда или недостаток в чём-либо необходимом для поддержания жизнедеятельности организма, человеческой личности, социальной группы, общества в целом;

***самовыражение —*** желание человека реализовать свои таланты и возможности;

***самоуважение*** — уважение к самому себе.

*Возраст*

*Хронологический (паспортный, календарный) возраст*

*Биологический возраст*

*Юридический возраст*

*Возрастные периоды*

*Возрастные особенности человека*

*«Горячие точки» возрастной биографии*

## **Здоровье. Его критерии и определяющие факторы**

## Дано мне тело

## Что мне делать с ним

*Таким единственным*

*И таким моим.*

Слово «здоровье», пожалуй, самое частое в повседневном общении людей. Даже приветствие при встречах и расставаниях мы связываем с этим словом: «здравствуйте», «будьте здоровы» и т.д.

Что же такое «здоровье»? Казалось бы, самый простой ответ должен гласить, что здоровье-это отсутствие болезней. Но такого понимания «здоровья», распространённого в быту недостаточно. Не случайно до сих пор не прекращаются дискуссии специалистов, пытающихся дать определение понятию «здоровье».

**Что же такое здоровье?** И дозволено ли, человеку планировать уровень своего здоровья, будучи убежденным, что многих болезней можно избежать? Как сохранить свое здоровье?

Наличие здоровья констатировать просто, однако определить здоровье как понятие трудно.

В уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1947 г., а затем в 1984 г. в конституции ВОЗ было дано определение здоровья, которое почти не меняется. **Здоровье – состояние полного физического, духовного и социального благополучия.** С 1984 г. вместо "духовного" стали употреблять "душевного".

Но духовный мир человека включает 3 основные группы:

1. Знания.
2. Эмоции (оценочная сторона этих знаний).
3. Воля.

Когда подчеркнули в определении "душевность", то упор сделали на эмоции, но это сужение несколько неоправданно. Следует отметить, что существует более 25 определений понятия здоровье. Определение института практической медицины: здоровье – такое состояние организма и такая форма жизнедеятельности, которые обеспечивают приемлемую длительность жизни, необходимое её качество и достаточную социальную дееспособность.

В 1997 году было последнее уточнение определения понятия здоровья (ВОЗ):

**Здоровье есть состояние полного физического, душевного, духовного и социального благополучия.**

Может ли считаться человек, обладающий недюжинной физической силой, мускулами, но лишенный интеллекта или человек, находящийся в постоянном раздражении и выливающий его на окружающих. Здорова ли мать, бросающая ребенка?

Идеальное определение здоровья представляется четырьмя компонентами – физического, духовного, душевного и социального.

Физическое здоровье относится к телу. Это способность сохранять и использовать тело. Оно измеряется степенью физической подготовленности, физической формой, тренированностью, физической активностью.

Душевное или психическое здоровье относится к разуму, интеллекту, эмоциям. Это способность контролировать свои эмоции и поведения. Духовное здоровье является собственной человеческой компонентой здоровья. Главным условием здорового образа жизни является причастие к творчеству, созидание человеческой цивилизации и, что первично, самого себя. Не хлебом единым жив человек. Каждый должен осознавать, что кроме способности рисовать, писать стихи, петь, думать, он обладает и способностью самосохранения и саморазвития. Эта способность – наше главное отличие от неодушевленных объектов. Так же как способности читать, писать, правильно мыслить, эту способность надо развивать с детства и всю жизнь.

Социальная составляющая – способность сохранять и использовать отношения с другими людьми. Она отражает социальные связи, ресурсы, способность к общению и его качества.

(Д.И. Писарев). "Разве человек, испорченный в нравственном отношении, - не больной?"

"Любовь – доброта, любовь – милосердие и любовь – неосуждение должны встретиться в одном сердце, чтобы была возможность начать творческий путь в жизни".

(К. Антарова "Две жизни").

Здоровье есть свобода от рабства телесных и духовных привычек.

Определяя здоровье надо иметь в виду 3 основных состояния, которые мы должны воспитывать в человеке:

*Я могу – физиологическое состояние здоровья.*

*Я хочу – психологическое состояние здоровья.*

*Я должен – социальное состояние здоровья.*

**Здоровье** – естественное состояние организма, и человек, согласующий свою жизнь с законами природы, не может быть болен.

**Здоровье –** это когда нет в душе раздражения, горечи, обид, затаённого на кого-то зла, зависти, ненависти.

**“Природа излечивает, а медицине достается слава”.** (Монтень)

В каждом физическом теле присутствует известная жизнедеятельность, его жизненная сила, которая постоянно поддерживает огонь жизни. Пока соблюдены правильные условия для сохранения здоровья, никакой организм заболеть не может. При рождении нам определен путь Господом Богом – путь здоровья. Наша беда состоит в том, что мы часто сворачиваем с этого пути, невзирая на толкающий импульс и угрызения совести.

Следовательно, здоровье не просто отсутствие нарушений в организме, отсутствие патологических поражений, поломок, симптомов и синдромов заболеваний, но и нечто большее – условие для свободного выполнения человеком его функций, прежде всего трудовых, морально-нравственных и пр., что делает его социальным существом.

Здоровье человека – это гармоническое единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными воздействиями, а болезнь – нарушение этой гармонии, этого единства.

Дерябин А.М. "Болезнь – одна из форм нашего эгоизма".

Во второй половине 20 века в нашей стране не было культа здоровья, а был культ болезни. В России выгодно было болеть. Очень низка соматическая психологическая культура. Мы безграмотны в вопросах самоуправления собой. Люди не знают телесных и духовных резервов, очень низка культура сексуальных отношений. Почему человек думает одно, говорит другое, делает третье? Извечная дисгармония нейронов, языка и мышц. Мысль, слово и поступок дополняют друг друга. Человека называют прекрасным, у которого слово не расходится с делом, с мыслями. И в вопросах здоровья это имеет исключительное значение. Многие болезни человека (65-75%) связаны с расхождением слова, мысли и дела. Отсутствие меры и такта жизни. Много чрезмерностей в пище, питье, истощение дум и чувств.

**Рецепт вечной молодости и радости, здоровья и жизни человека (этому рецепту 5 тыс. лет):**

* ешь много трав и мало мяса, будь травоядным, но не кровожадным.
* очищай тело от внешней и внутренней грязи. Пусть будет чистым твое лицо, твой желудок, твой кишечник. Нас моет вода и пища.
* очищай душу от мрачных мыслей и душевной грязи, зависти и зла, гордыни и высокомерия. Иди в храм и очищай душу.
* пусть двое живут единой сутью и получают в любви радость и наслаждение. Жизнь начинается с колыбели, но продолжается на ложе любви.
* знай меру во всем.
* живи по законам природы.
* ложись в постель с радостью за прожитый день, вставай ото сна с улыбкой: ты радуешься и улыбаешься – ты здоров; ты стал хмурым – значит ты заболел.

Да помогут тебе

Силы Неба и Гор,

Силы Неба и Богов наших

Справиться с твоими недугами.

Выполняя это, ты проживешь долго, очень долго.

Проблема питания, проблема чистоты тела и души, проблема интимных отношений мужа и жены – вот 3 кита, на которых стоит здоровье.

**Качество жизни и его критерии**

В соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «здоровье является состоянием полного физического, духовного, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических недостатков».

Однако в настоящее время понятие «здоровье» приобретает более широкий смысл, что связано с возможностями самого человека в достижении более высокого уровня благополучия, повышения качества жизни. Благополучие и качество жизни затрагивают все аспекты жизни человека, касаются не только физического состояния, но и других сфер: психической, эмоциональной, интеллектуальной, социальной. Гармоничное сочетание всех этих сфер позволяет говорить о высокой степени самореализации, о достижении высокого уровня здоровья.

**Качество жизни** – определяет степень комфортности нашего быта (этот элемент известен немногим).

В случае здорового человека *качество жизни можно определить как соответствие желаний и потребностей человека его возможностям, ограниченным его физическим, психологическим, социальным состоянием.*

Восприятие качества жизни во многом является субъективным, то есть сам человек определяет степень удовлетворенности своей жизнью.

Для здорового человека важными параметрами качества жизни являются:

* сохранение социального статуса;
* сохранение семейного статуса;
* сексуальная активность;
* соответствие запросов финансовым возможностям;
* удовлетворение от увлечений и отдыха.

Для человека с нарушенным здоровьем, помимо перечисленных параметров, большое значение имеет и возможность самообслуживания, самоухода.

Критериями качества жизни (ВОЗ, 1995) являются:

* физические (сила, энергия, сон, отдых и др.);
* психологические (мышление, изучение, запоминание, концентрация, положительные эмоции, самооценка, внешний вид, печальные переживания);
* уровень независимости (повседневная деятельность, работоспособность);
* жизнь в обществе (личные взаимоотношения, общественная ценность человека, сексуальная активность);
* окружающая среда (безопасность, быт, материальное благополучие, доступность информации, возможность обучения, досуг; экология — населенность, загрязнение среды обитания и т.д.);
* духовность (чувство ответственности за других, религия, личные убеждения и установки).

**Факторы образа жизни и их влияние на здоровье взрослого населения**

Факторы, определяющие качество здоровья:

* доля реальных денежных доходов населения, % к предыдущему (или базисному - 1991) году;
* ввод в действие жилых домов (тысяч кв. м общей площади);
* ОПЖ при рождении (лет);
* физический объем розничного товарооборота и объем платных услуг населению;
* число зарегистрированных преступлений на 100000 человек населения;
* уровень безработицы, % к экономически активному населению.

Таким образом, на уровень и состояние здоровья человека оказывает влияние множество факторов.

Факторы, которые определяют здоровье человека:

- биологические, психологические свойства человека (наследственность, конституциональные особенности и др.) - 20% .

- экологический – 25 %, который включает экзоэкологические (10%) и эндоэкологические проблемы (15%).

Забота о чистоте организма приобретает исключительное значение (очищение, самоочищение, как соматическое, так и духовное).

- социально-экономические, политические условия, действующие в той или иной стране, главный - питание – 25%.

Закон здоровьесберегающего питания:

**Ешь не то, что у тебя на столе, а то, что ты должен есть.**

**-** духовная жизнь человека – 25% - главный фактор здоровья.

**Не хлебом единым – жив человек. *Каждый должен обладать способностью самосохранения, саморазвития.***

**-** медицинский фактор (уровень развития здравоохранения, степень подготовленности и квалификации медицинских кадров) – 5%

Помимо непосредственных факторов и условий, определяющих здоровье, выделяют и группу *факторов риска* здоровью, то есть факторов, создающих фон для развития заболевания, иначе говоря, они способствуют возникновению и развитию болезни, но не могут служить непосредственной причиной их развития: для возникновения заболевания необходимо действие конкретного причинного фактора.

Факторы риска по своей природе могут быть:

* первичными, действующими изначально и способствующими нарушению здоровья;
* вторичными, служащими провокациями для развития заболеваний;
* третичными и т.д.

Кроме того, выделяют большие, или главные факторы риска. К числу больших первичных факторов риска специалисты ВОЗ относят:

* курение;
* злоупотребление алкоголем;
* нерациональное питание;
* гиподинамию;
* психоэмоциональный стресс.

К числу вторичных больших факторов риска относят:

* диабет;
* артериальную гипертензию;
* гиперлипидемию, гиперхолестеринемию;
* ревматизм;
* аллергию;
* иммунодефицит и др.

Помимо отдельных факторов риска, выделяют и *группы риска,* то есть группы населения, в большей мере, чем основная его часть, подверженные развитию различных патологических процессов. К такой категории людей могут быть отнесены люди различных возрастных, социальных, профессиональных групп. Это

* дети;
* лица пожилого и старческого возраста;
* беременные;
* одинокие;
* люди, работающие во вредных условиях и т.д.

Выделение таких групп, определение факторов риска помогает в работе медицинского персонала, позволяя разрабатывать мероприятия, способствующие сохранению и укреплению здоровья лиц, входящих в ту или иную группу риска.

Существенное влияние на здоровье оказывает и *образ жизни* конкретного человека, доля которого среди всех обуславливающих здоровье воздействий превышает 50%.

Л.Н. Толстой писал: "Для того, чтобы человеку прожить свою жизнь, ему нужно знать, что он должен делать и что не должен делать. Но для того, чтобы знать, нужна вера".

Что такое человек? Для чего он живет на свете? Что такое образ жизни? Образ жизни очень часто подменяют материальными условиями жизни. Это ошибка. Они взаимосвязаны, но часто в хороших материальных условиях человек ведет нездоровый образ жизни и наоборот.

**Образ жизни – это выбор, сделанный человеком. Это духовное представление о том, как я должен жить, мой выбор, моя судьба; способ жизни, избранный человеком.** Мы говорим: твой образ жизни зависит от себя самого, от твоего выбора. **В этом и мудрость религии: грешить и не грешить, но в итоге нужно расплачиваться.**

**Образ жизни – поведение человека в реальной действительности. (Словарь Ожегова).**

Образ жизни входит в понятие культуры. В каждой культуре существуют принятые нормы поведения. Некоторые из них настолько глубоко вошли в наше сознание, что мы часто не осознаем их (например, остановка машины на красный свет). В обществе мы, как индивиды, также принимаем самостоятельные решения (например, чем воспользоваться – лифтом или лестницей? что есть на завтрак?). Совокупность этих решений становится частью нашего образа существования в обществе. В общем, мы следуем тем нормам поведения, которые приняты в обществе. Таким образом, ежедневно принимаемые решения формируют наш личный образ жизни.

Как образ жизни влияет на здоровье? Даже принимая во внимание тот факт, что каждый человек сам принимает решения о том, как ему жить, хорошо известно, что спектр заболеваний и основных причин смерти в индустриально развитых и в слаборазвитых странах разный. Всего 100 лет назад инфекционные заболевания были основной, наиболее важной причиной смерти. В настоящее время инфекционные заболевания, как правило, скоротечны и редко являются причиной смерти. Их место заняли хронические заболевания, такие, как сердечно-сосудистые и онкологические, ставшие основными проблемами современного здравоохранения. Болезнь в нашем обществе в какой-то мере является отражением выбранного нами образа жизни и состояния окружающей нас среды. В процессе освоения природы и достижении изобилия мы загрязняем окружающую нас среду, ставим себя в условия постоянного давления высокоорганизованного общества; слишком много едим, пьем и курим, своими автомобилями мы убиваем и калечим друг друга. Большинству жителей индустриально развитых стран с относительно высоким уровнем жизни, хорошим образованием и доступными медицинскими услугами часто приходится бороться с так называемыми болезнями образа жизни.

Образов жизни много, что ни человек, то и образ жизни.

Иоанн Златоуст: "Если у тебя есть в душе Бог и в теле дух здоровый – у тебя есть все. Ты самый богатый человек на Земле". Эти прекрасные слова выражают здоровьесберегающую концепцию человека.

Образ жизни определяется как *исторически сложившаяся совокупность характерных черт деятельности или активности людей, включающая материальную и духовную сферы и являющаяся отражением уровня развития производства, культуры, уровня развития общества в целом.*

Понятие "образ жизни" включает различные категории деятельности, активности людей:

* характер активности (интеллектуальная и физическая активность);
* сферы активности (трудовая и внетрудовая активность);
* виды или формы активности (производственная, социальная, культурная, образовательная, медицинская активность, деятельность в быту).

В понятие «образ жизни» включается также, во-первых, формирование позитивного поведения, во-вторых, преодоление факторов риска здоровью.

Оценку факторов образа жизни можно производить следующим образом (табл.1.4, по Ю.П. Лисицыну, Н.В. Полуниной).

**Таблица 1.4**

**Факторы образа жизни и их влияние на здоровье взрослого населения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Оценка ведущих факторов образа жизни** | | |
| **1** | **2** | |
| *Благоприятная* | *Неблагоприятная* | |
| **Уровень образования** | | |
| Высшее | Среднее | |
| Среднее специальное | Неполное среднее | |
| **Жизненная позиция** | | |
| Активная | | Пассивная |
| Установка на повышение образования | | Отсутствие установки на самообразование |
| Затраты времени на самообразование 9—10 часов в неделю | | Затраты времени на самообразование менее 9 часов в неделю |
| **Производственно -трудовая деятельность** | | |
| Соответствие должности и места работы уровню образования | Несоответствие должности и места работы уровню образования | |
| Трудовой стаж на последнем месте работы не менее 5 лет | Трудовой стаж на последнем месте работы менее 5 лет | |
| Удовлетворенность организацией  труда | Неудовлетворенность организацией труда | |
| Удовлетворенность местом работы, занимаемой должностью | Неудовлетворенность местом работы, занимаемой должностью | |
| **Морально-психологический климат на работе** | | |
| Благоприятный | Неблагоприятный | |
| Отсутствие конфликтов с коллегами | Конфликтные отношения с коллегами | |
| Ровное, заботливое отношение руководителя | Грубое, безразличное отношение руководителя | |
| **Психофизиологическое состояние** | | |
| Оптимальная продолжительность ночного сна | Недостаточная продолжительность ночного сна | |
| Удовлетворенность ночным сном | Неудовлетворенность ночным сном | |
| Отсутствие избыточной массы тела | Избыточная масса тела | |
| Отсутствие активного и пассивного курения | Активное и/или пассивное курение | |
| Оптимальный уровень здоровья и самочувствия (по самооценке) | Низкий уровень здоровья и самочувствия (по самооценке) | |
| **Физическая активность** | | |
| Оптимальная | Низкая | |
| Регулярные занятия гимнастикой, спортом | Отсутствие занятий гимнастикой, спортом | |
| Регулярные закаливающие процедуры вне дома | Отсутствие закаливающих процедур вне дома | |
| Подвижный образ жизни (прогулки, ходьба и т.д.) | Малоподвижный образ жизни (сидячий образ жизни) | |
| **Морально-психологический климат в семье** | | |
| *Благоприятный* | *Неблагоприятный* | |
| Отсутствие конфликтов в семье | Конфликты в семье | |
| Оптимальная организация  отдыха семьи | Неблагоприятная организация отдыха семьи | |
| Совместное проведение досуга, отпуска | Раздельное проведение досуга, отпуска | |
| Удовлетворенность сложившейся формой отдыха | Неудовлетворенность сложившейся формой отдыха | |

Аналогичным образом можно проводить оценку факторов образа жизни детского населения (табл. 1.5, по Ю.П. Лисицыну, Н.В. Полуниной).

**Таблица 1.5 Факторы образа жизни и их влияние на здоровье детского населения**

|  |  |
| --- | --- |
| **Оценка ведущих факторов образа жизни** | |
| **1** | 2 |
| *Благоприятная* | *Неблагоприятная* |
| **Акушерско-гинекологический анамнез матери** | |
| Отсутствие осложнений в период беременности и в родах | Наличие осложнений в период беременности и/или в родах |
| Отсутствие абортов в анамнезе | Наличие абортов в анамнезе |
| **Возраст матери при рождении ребенка** | |
| **До 30** лет | 30 лет и более |
| **Естественное вскармливание ребенка** | |
| Не менее 6 месяцев | Менее 6 месяцев |
| **Психоэмоциональное состояние ребенка** | |
| *Оптимальное* | *Неблагоприятное* |
| Характер жизнерадостный, общительный | Характер пессимистический, замкнутый |
| Наличие друзей | Отсутствие друзей |
| Благоприятное отношение ребенка к посещению детских дошкольных учреждений | Неблагоприятное отношение ребенка к посещению детских дошкольных учреждений |
| Проведение летнего отдыха совместно с родителями и вне города | Проведение летнего отдыха без родителей и в городе |
| **Социальная активность ребенка** | |
| *Высокая* | *Низкая* |
| Начало посещения детского дошкольного учреждения после 2-х лет | Начало посещения детского дошкольного учреждения до 2-х лет |
| Овладение по возрасту санитарно-гигиеническими навыками | Отсутствие навыков по санитарно-гигиеническому воспитанию |
| Наличие дополнительных занятий | Отсутствие дополнительных занятий |
| **Физическая активность ребенка** | |
| *Оптимальная* | *Низкая* |
| Регулярные занятия гимнастикой, спортом | Отсутствие занятий гимнастикой, спортом |
| Регулярные закаливающие процедуры в домашних условиях | Отсутствие закаливающих процедур в домашних условиях |
| Регулярные закаливающие процедуры вне дома | Отсутствие закаливающих процедур вне дома |
| **Внутрисемейный климат** | |
| *Благоприятный* | *Неблагоприятный* |
| Полная семья | Неполная семья |
| Редкие, быстро разрешимые конфликты | Частые, трудно разрешимые конфликты |
| Взаимопомощь и поддержка между членами семьи | Отсутствие взаимопомощи и поддержки между членами семьи |
| Наличие семейных традиций | Отсутствие семейных традиций |

От образа жизни следует отличать *условия жизни —* материальные и нематериальные факторы, воздействующие на образ жизни. К условиям жизни, также оказывающим влияние на здоровье, можно отнести конкретные условия, в которых человек живет, трудится, отдыхает. Это то, что окружает человека, — демографические, материальные, природные, социально-экономические, политические условия и факторы, уровень развития здравоохранения. Конкретному человеку трудно изменить существующие условия, но он может определенным образом использовать их, отреагировать на них, приспособив к ним образ жизни и тем самым повлиять на уровень своего здоровья. Повлиять на формирование здорового образа жизни конкретного человека может и должна медицинская сестра.

**Стратегия укрепления здоровья в отношении взрослых.**

Мероприятия по укреплению здоровья в своем широком понимании включают действия по укреплению и охране здоровья. Они часто разделяются по возрастным группам. Эти мероприятия отражают особенности возраста и развития человека, образ жизни и воспринимаемые факторы риска, характерные для данной возрастной группы.

**Молодой возраст**

Молодой возраст - это период оптимального физического функционирования организма, годы наибольшей силы и быстроты.

Пациенту из этой возрастной группы медсестра/фельдшер может помочь провести мероприятия по укреплению здоровья в следующих областях:

1. предотвращение травмы,
2. раннее выявление заболевания,
3. формирование здорового образа жизни,
4. помощь в вопросах репродуктивного здоровья,
5. профилактика вредных привычек,
6. организация двигательной активности,
7. психическое здоровье.

**Средний возраст**

С наступлением среднего возраста признаки старения начинают преобладать над признаками развития.

Некоторые мероприятия, необходимые для укрепления здоровья в среднем возрасте, включают:

1. принятие старения,
2. регулярные физические упражнения,
3. контроль массы тела,
4. отказ от потребления сигарет и алкоголя,
5. проведение профилактических скрининговых тестов.

**Стратегии по повышению уровня здоровья взрослого человека включают в себя:**

1. индивидуальное или групповое консультирование;
2. получение необходимой информации;
3. описание доступных ресурсов.

**Пожилой возраст**

Наиболее важными аспектами здоровья в пожилом возрасте являются:

1. укрепление здоровья;
2. функциональная независимость,
3. падения (большинство падений случается в доме или рядом с ним, например падения на скользком полу, обледенелых дорожках),
4. использование лекарств,
5. питание,
6. режим двигательной активности.

## Как улучшить здоровье?

Можно значительно улучшить уровень здоровья, если выполнять 7 рекомендаций:

1. ежедневный 7−8-ми часовой сон;
2. трехразовое питание в те же часы без переедания;
3. ежедневные завтраки;
4. поддержка нормальной массы тела ([диета по группе крови](http://zdorovie36i6.ru/dieta-po-gruppe-krovi.html));
5. воздержание от чрезмерного употребления алкогольных напитков;
6. ежедневные физические упражнения;
7. полное воздержание от курения.

Посвящается учителю Петленко В.П.

Материя наша первична, конечно.

Но есть в жизни что-то ценнее и вечней,

Квартира, машина, деньги и вещи.

Они под Луною, к несчастью, не вечны.

Значение их не хочу умалить.

Но только две вещи, что стоит ценить –

Любовь и здоровье – две ценности эти,

Дороже всего остального на свете!

Здоровье поставлю на место на первое,

Горе тому, у кого оно скверное,

НЕ нужен больной человек никому,

Он тягостен даже себе самому!

Быть может на свете здоровье не ВСЕ,

Но все без здоровья бесспорно ничто!

Сократ завещал нам все истины эти –

Нет вещи дороже здоровья на свете.

За деньги не купишь и даже в лото.

Не выиграл здоровье пока никто.

Здоровье твое, я надеюсь, в порядке,

Но, все же неплохо бы делать зарядку,

Бассейн и массаж, тренажеры конечно,

Нельзя относиться к здоровью беспечно,

Когда нет здоровья, не радует жизнь,

Поэтому курса здоровья держись!

Ну а второе, что стоит вниманья,

Так это Любовь и в её оправданье

Скажу пару пламенных искренних слов –

Нужна человеку по жизни Любовь,

Как масло машине, как печке дрова,

Любовь человеку как стимул нужна,

Мужчине и женщине, взрослым и детям,

Нет чувства сильнее Любви на планете!

Любовь – это счастье, Любовь – это сила,

Влюбленные люди, как боги красивы!

Вдаваться в историю шибко не будем,

Но правили миром влюбленные люди!

Поэты, художники, изобретатели

Влюбленными были весьма основательно!

Во славу Любви – поэмы слагались,

Во имя любви открытья свершались,

Порой за Любовь отважно сражались,

Любые преграды Любви покорялись.

Но цепкая память пословицу помнит,

О том, что одна лишь Любовь не накормит

Не будешь одною любовью сыт,

Быть может и прав тот, кто так говорит

Но, если такого же мнения Ты,

Попробуй быть сытым, лишенный Любви.

М.А.Аганова.

**Уровни потребностей человека по А.Маслоу**

Чтобы жить, быть здоровыми и счастливыми, люди нуждаются в пище, воздухе, сне и т.д. Эти потребности человек самостоятельно удовлетворяет на протяжении всей своей жизни. Они во многом зависят от поведения человека. Так, каждый пациент нуждается в пище, однако не все одинаково реагируют на поднос с едой: один, улыбаясь, скажет «спасибо» и с удовольствием начнёт есть, другой, посмотрев на блюда, мимикой и словами даст понять, что «это» он есть, не будет, третий предпочтёт вначале поспать, а затем уже принимать пищу. Таким образом, у всех пациентов разная потребность в еде. Оказывается, болезнь тоже мешает удовлетворению потребностей, приводит к дискомфорту.

В 1943 г. американский психолог А. Маслоу разработал теорию иерархии потребностей, определяющих (направляющих) поведение человека. По его теории, одни потребности для человека важнее, чем другие. Это положение позволило классифицировать их по иерархической системе: от физиологических (низший уровень) до потребностей в самовыражении (высший уровень). А. Маслоу изобразил уровни потребностей человека в виде пирамиды (рис. 3-1). Эта фигура имеет широкое основание (основу, фундамент). В пирамиде физиологические потребности человека составляют фундамент (основу) его жизнедеятельности. Возможность удовлетворять свои потребности у людей различна и зависит от нескольких факторов: возраста, окружающей среды, знаний, умений, желаний и способностей самого человека. Прежде всего, удовлетворяют потребности низшего порядка, т.е. физиологические, чтобы жить, человеку необходимо удовлетворять физиологические потребности в воздухе, пище, воде. Кроме того, каждый из нас нуждается в движении, сне, отправлении физиологических потребностей, а также в общении с людьми, удовлетворении своих сексуальных интересов.

Рис. 3-1. Иерархия потребностей человека по А. Маслоу (1943)

Следует помнить, что физиологические потребности одинаковы у всех людей, но удовлетворяются в разной степени.

Потребность в кислороде (нормальном дыхании) — основная физиологическая потребность человека. Дыхание и жизнь — неразделимые понятия. Человек усвоил давно: dum spiro spero (лат.) — пока 48 нищ, надеюсь. Многие слова в русском языке имеют «дыхательный» смысл: отдых, вдохновение, дух и т.д. Поддержание этой потребности должно стать для медицинской сестры приоритетной задачей. Кора головного мозга очень чувствительна к недостатку кислорода. При недостатке кислорода дыхание становится частым поверхностным (тахипноэ), появляется одышка. Например, длительное уменьшение концентрации кислорода в тканях приводит к цианозу: кожа и видимые слизистые оболочки приобретают синюшный оттенок.

Человек, удовлетворяя потребность в кислороде, поддерживает необходимый для жизни газовый состав крови.

Потребность в пище. Питание имеет значение для поддержания здоровья и хорошего самочувствия. Родители, удовлетворяя потребность младенца в рациональном питании, проявляют не только родительскую заботу, но и обеспечивают ребёнку возможность нормального роста и развития. Рациональное питание взрослого поможет исключить факторы риска многих заболеваний. Например, ишемическая болезнь сердца обусловлена употреблением пищи, богатой насыщенными животными жирами и холестерином.

Рацион, содержащий большое количество круп и растительных волокон, снижает риск развития рака толстой кишки. Адекватное питание при болезнях способствует выздоровлению. Так, высокое содержание белка в пище содействует заживлению ран, в том числе и пролежней.

Отметим, что неудовлетворённая потребность человека в питании часто приводит к ухудшению самочувствия и здоровья.

Потребность в жидкости. Здоровый человек должен выпивать 2,5-3 л жидкости ежедневно. Такое количество жидкости восполняет физиологические потери в виде мочи, пота, кала и испарений при дыхании. Для сохранения водного баланса человек должен употреблять жидкости больше, чем выделять, в противном случае появляются признаки обезвоживания. От знаний и умений медицинской сестры предвидеть обезвоживание зависит возможность пациента избежать многих осложнений.

Потребность в физиологических отправлениях. Непереваренная часть пищи выводится из организма в виде кала. Акт дефекации и мочеиспускания у каждого индивидуальны, и их удовлетворение нельзя отложить на долгое время. Большинство людей считают эти процессы личными, интимными и предпочитают не обсуждать их. В связи с этим медицинская сестра, оказывая помощь пациенту,

имеющему проблемы с отправлением физиологических потребностей, должна быть особенно деликатна и, уважая право человека на конфиденциальность, обеспечить ему возможность уединения.

Потребность во сне и отдыхе А. Маслоу также относит к физиологическим потребностям. Чередование периодов сон — бодрствование является основным фоном для повседневной деятельности человека.

Исследования Т. Гауэра (1997) показали, что женщины чаще страдают от усталости, вызванной недосыпанием. Недосыпание стоит на втором месте после работы по дому среди причин усталости. В случаях, когда человек выкраивает время для занятий делами за счёт сна, он увеличивает долг недосыпания, поскольку продолжительность сна современного человека, необходимая для нормального существования, не менее 7-7,5 ч.

При недосыпании у человека ухудшается здоровье. Уменьшается уровень глюкозы в плазме крови, изменяется питание мозга, замедляются мыслительные процессы (рассеивается внимание, ухудшается кратковременная память, замедляются скорость и точность вычислений), снижается способность к обучению. Исследования, проведённые американскими специалистами (Гауэр Т., 1997), свидетельствуют об уменьшении количества фагоцитирующих клеток в организме недосыпающего человека. Известно, что мы тратим на сон треть своей жизни. Больному человеку сон необходим ещё больше, поскольку способствует улучшению самочувствия.

Потребность в движении. Ограничение подвижности или неподвижность создают множество проблем для человека. Неподвижностью называется «состояние, при котором человек не может двигаться или испытывает затруднения при движениях, необходимых для нормального функционирования» (Дженг М., 1995). Это состояние бывает длительным или кратковременным, преходящим или постоянным. Оно может быть обусловлено вынужденным примене­нием ортопедических систем (шина, вытяжение, корсет или какое-либо специальное средство для удерживания тела), болью (в суставах, спине и т.п.); хроническим заболеванием (артрит, остаточные явления нарушения мозгового кровообращения и т.п.), нарушением психики (делирий, депрессия и т.п.).

Неподвижность — один из факторов риска развития трофических нарушений (возникновение пролежней), патологическое изменение опорно-двигательного аппарата (остеопороз, мышечная атрофия, контрактура суставов), нарушений в работе сердечно-сосудистой и дыхательной систем (особенно в положении лёжа на спине). При длительной полной неподвижности наблюдаются изменения в системе пищеварения (диспепсия, метеоризм, анорексия, диарея или запор). Регулярное и интенсивное натуживание, к которому пациент вынужден прибегать во время акта дефекации в лежачем положении, приводит к геморрою, инфаркту миокарда, остановке сердца. Неподвижность вызывает нарушение мочевыделения, что в свою очередь приводит к развитию инфекций мочевыводящих путей и/или возникновению мочекаменной болезни.

И главное, неподвижный человек лишён общения с окружающей средой, которая оказывает влияние на формирование собственного «Я». Выраженность и продолжительность неподвижности оказывают влияние на психосоциальную сферу человека: изменяются способность к обучению, мотивация, чувства и эмоции.

Помощь медицинской сестры, направленная на восстановление подвижности, имеет важное значение для улучшения качества жизни пациента.

Сексуальная потребность. Она не прекращается даже во время заболевания или при достижении преклонного возраста. Под сексом обычно подразумевается только его биологический компонент (половые отношения). В то же время сексуальность включает в себя потребность в близости, любви, прикосновении и ощущении собственной женственности или мужественности.

По данным ВОЗ, сексуальное здоровье человека влияет на его социальное здоровье и включает три главные составляющие:

* способность получать удовольствие и контролировать половое, репродуктивное поведение в соответствии с социальными и нравственными нормами;
* отсутствие страха, стыда, вины, неправильных представлений и прочих психологических факторов, подавляющих реакции и ухудшающих сексуальные отношения;
* отсутствие органических расстройств, ухудшающих сексуальную и репродуктивную активность.

Рассмотренные физиологические потребности, согласно теории А. Маслоу, являются потребностями низшего уровня и существуют у любого человека независимо от возраста и социокультурного окружения. Значение медсестринского персонала в удовлетворении физиологических потребностей пациентов не должно недооцениваться (табл. 3-2).

Таблица 3-2. Помощь медицинской сестры в удовлетворении физиологических потребностей пациента

|  |  |
| --- | --- |
| Физиологические потребности | Помощь медицинской сестры |
| Потребность в воздухе | Поднять изголовье кровати; обучить технике кашля |
| Потребность в пище | Оказать помощь в приёме пищи; обучить правильному питанию |
| Потребность в жидкости | Помочь с приёмом жидкости и обеспечить её достаточное количество |
| Отправление физиологических потребностей | Помочь пациенту дойти до туалета; обучить пользоваться мочеприёмником |
| Потребность во сне | Обеспечить комфортные условия для сна; выяснить причины его нарушения |
| Потребность в движении | Помочь пациенту в перемещении; обучить пациента и его близких активным и пассивным упражнениям в суставе |
| Потребность в прикосновении | Беседуя с пациентом, взять его за руку; посоветовать близким чаще обнимать его |
| Потребность в сексе | Не нарушать уединение пациента |

3.1.2 Потребности в безопасности

Физическая и психологическая безопасность — это потребности второго уровня. Для большинства людей безопасность означает надежность и удобства. Каждый из нас нуждается в крове, в одежде и человеке, который может оказать помощь.

**Табл**ица 3-3. Помощь медицинской сестры пациенту в удовлетворении потребности в безопасности

|  |  |
| --- | --- |
| Вид  потребности | Помощь медицинской сестры |
| Потребность в надёжности | Опустить кровать на максимально низкий уровень; обучить пациента пользоваться тростью при ходьбе |
| Потребность в защите | Чаще проверять, не нуждается ли лежачий пациент в помощи |
| Потребность в крове | Убедиться, что у выписывающегося из стационара пациента есть кров |
| Потребность в одежде | Убедиться, что пациент одет соответственно погоде |
| Потребность в помощи | Обеспечить пациента средством связи (мобильным телефоном) при первой необходимости |

Например, пациент чувствует себя в безопасности, если кровать или кресло-каталка зафиксированы, покрытие пола сухое и на нём нет посторонних предметов, помещение в тёмное время суток освежено; у человека с плохим зрением есть очки; он одет соответственно погоде, в его жилище комфортная температура и есть уверенность, что при необходимости ему будет оказана помощь. Человек должен быть уверен, что он в состоянии не только обеспечить свою безопасность, но и не причинить вреда окружающим. Каждый чувствует себя в безопасности, когда выполнены его индивидуальные требования к защищённости. Медицинская сестра должна не только уметь обеспечить пациенту безопасность, но и знать его требования к ней (табл. 3-3).

3.1.3. Социальные потребности

Важнейшее значение для человека приобретают потребности третьего уровня — социальные (отношение людей в обществе): семья, друзья, общение, одобрение, привязанность, любовь и т.д.

Большинство людей хотят любви и понимания. Никто не желает ныть покинутым и одиноким, и если это произошло, значит, социальные потребности человека не удовлетворены.

Таблица 3-4. Помощь медицинской сестры пациенту в удовлетворении социальных потребностей

|  |  |
| --- | --- |
| Вид потребности | Помощь медицинской сестры |
| Потребность в одобрении | Похвалить пациента, если ему удалось расширить свои возможности в самоуходе |
| Потребность в понимании | Выслушать пациента, проявляя искренний интерес |
| Потребность в привязанности | Разъяснить родственникам пациента пользу регулярного посещения; дать почувствовать пациенту его важность |
| Потребность в любви | Объяснить родственникам пациента важность проявления знаков любви по отношению к нему |
| Потребность в семье и друзьях | Помочь позвонить домой или друзьям |

Элизабет Кублер-Росс в своей книге «Колесо жизни» пишет: «Мне никогда не доводилось встречать человека, который в чём-либо испытывал бы более сильную потребность, чем в настоящей, безграничной любви. Вы найдёте её в простом проявлении доброты по отношению к тому, кто нуждается в помощи... Это то, что соединяет нас с Богом и друг с другом».

При тяжёлой болезни, нетрудоспособности или в преклонном возрасте часто возникает вакуум, нарушающий социальные контакты, в таких случаях потребность в общении не удовлетворена, особенно у пожилых и одиноких людей.

Необходимо помнить о социальных потребностях человека даже в тех случаях, когда он предпочитает не говорить об этом. Помогая человеку решить его социальные проблемы, можно значительно улучшить качество жизни (табл. 3-4).

3.1.4. Потребности в самоуважении и уважении

Общаясь с людьми, мы не можем быть равнодушными к оценке своего успеха с их стороны.

У человека появляется потребность в уважении и самоуважении. Чем выше уровень социально-экономического развития общества, тем более полно удовлетворяются эти потребности.

Часто больные, нетрудоспособные и пожилые люди ни для кого не представляют интереса и некому порадоваться их успеху, у них пет возможности удовлетворить потребность в самоуважении и уважении окружающих, поэтому важно помочь им в удовлетворении этих потребностей, а в этом роль медицинской сестры огромна (табл. 3-5).

**Таблица 3-5.** Помощь медицинской сестры пациенту в удовлетворении потребности

в самоуважении и уважении

|  |  |
| --- | --- |
| Вид потребности | Помощь медицинской сестры |
| Потребность в поощрении | Искренне похвалить и поздравить пациента за достигнутые успехи |
| Потребность в уважении | Обращаться к пациенту по имени и отчеству; дать понять пациенту значимость его слов |
| Потребность в самоуважении | Помочь пациенту в достижении чувства собственного достоинства |
| Потребность в успехе | Помочь пациенту поделиться своим успехом с другими |
| Потребность в обладании преимуществом | Научить пациента использовать своё преимущество |

3.1.5. Потребности в самовыражении

А. Маслоу называл самовыражение наивысшим уровнем потребностей человека. Он считал: удовлетворяя свою потребность в самовыражении, каждый верит, что делает что-то лучше, чем другие. Для одного самовыражение — это написание книги, для другого — выращивание сада, для третьего — воспитание ребёнка и т.д.

В 1977 г. А. Маслоу увеличил количество уровней в пирамиде до 7 и изменил перечень потребностей (рис. 3-3) [49]. Он ввёл такие важные для развитого общества

**Рис. 3-3.** Иерархия потребностей человека по А. Маслоу (1977)

потребности, как познавательные (в том числе познание самого себя, знание факторов риска своему здоровью и т.п.) и эстетические (чистота, красота и симметрия, окружающие человека, улучшающие настроение, повышающие качество жизни) и т.п.

Безусловно, не каждый человек испытывает необходимость в реализации потребностей всех 7 уровней, на это влияют образование, культура, социальный статус. Так, один пациент стремится узнать всё, чтобы остаться здоровым, другой — всё о своём заболевании, третьего ничего не интересует. Для многих людей в нашем обществе важно удовлетворить свои эстетические потребности даже в условиях медицинского учреждения: опрятность медицинского персонала, не рваные постельные принадлежности, чистота в палате, столовой, хорошая мебель, стены и полы могут серьёзно влиять на самочувствие пациента и его близких.

На каждом уровне иерархии у пациента может быть одна или несколько неудовлетворённых потребностей.

Медицинская сестра, составляя план ухода за пациентом, должна помочь ему реализовать хотя бы некоторые из них.

**Здоровье в иерархии потребностей человека.**

*Человек* — *высшее творение природы. Но для того, чтобы наслаждаться ее сокровищами, он должен отвечать, по крайней мере, одному требованию: быть здоровым.*

*АЛ. Леонов*

Здоровье, потребность и стремление в его сохранении практически у большинства людей выступают на первый план. Иначе говоря, здоровье - это абсолютная и жизненная непреходящая ценность, занимающая самую верхнюю ступень в иерархической лестнице потребностей. Однако положение здоровья на вершине жизненных потребностей носит скорее теоретический аспект (или желанный результат). На практике же, как свидетельствуют исследования, здоровье занимает далеко не первые позиции среди граждан России. Низкий рейтинг здоровья подтверждается тем, что большая часть населения не соблюдает здорового образа жизни, у многих имеются те или иные факторы риска, низка медицинская активность. Кроме того, у определённой категории преобладает стремление к накопительству товаров, значительному расходованию на них средств в ущерб своему здоровью. Наличие же здоровья позволит человеку вести активную, творческую, полноценную жизнь. И чем раньше человек осознаёт это, тем меньше ему придётся расходовать средств в последующие годы на коррекцию здоровья, тем более гармоничной будет личность.

Потребность в здоровье носит всеобщий характер. Она присуща как отдельным индивидуумам, так и обществу в целом, поскольку здоровье оказывает огромное влияние на качество трудовых ресурсов, производительность труда и, следовательно, в итоге на производство национального продукта страны.

## **Мотивация здоровья и здорового образа жизни**

Мотивация здоровья и здорового образа жизни занимает центральное место в формировании и сохранения здоровья каждого человека. Под мотивацией здоровья и здорового образа жизни понимается осознание человеком необходимости сохранения здоровья как основы для проявления в различных сферах жизнедеятельности, как основы его гармонического развития и выполнение в связи с этим тех или иных мероприятий по сохранению и поддержанию здоровья, соблюдения для этих же целей принципов здорового образа жизни. При отсутствии мотивации у человека любые программы и мероприятия по сохранению здоровья будут слабо эффективны или вообще нерезультативны. Например, если человек сам не осознаёт, что курение вредно, не убедится в его пагубности, малоэффективными окажутся любые мероприятия по борьбе с курением. Однако наличие мотивации у человека плюс борьба с ним обеспечивают практически 100%-ный успех.

Чем ниже уровень мотивации здоровья среди населения, тем ниже здоровье и уровень его благосостояния. В современных условиях болезнь является причиной 75% невыходов на работу. Стремление к сохранению здоровья, а точнее к сокрытию патологии, уже проявилось в сегодняшних рыночных отношениях. Это выражается в том, что уменьшилось число обращений граждан в ЛПУ. В ЛПУ практически (а особенно в поликлиниках) отсутствуют очереди на приём к врачам. Уменьшение числа обращений, разумеется, не связано с улучшением здоровья населения. Оно обусловлено тем, что население боится лишний раз не выйти на работу, т.к. может попасть под сокращение и оказаться безработными. Следовательно, у больных больше шансов стать безработными, чем у здоровых. Важно это в связи с тем, что

1) частая болезнь работающего не позволит создать материальные блага, т.е. прибыль предприятию;

2) в случае болезни или травмы работодатель обязан выплатить больному пособие по временной нетрудоспособности.

Поэтому гораздо выгодней работодателю принимать на работу здоровых лиц, чем больных с низким уровнем здоровья. В связи с этим у населения в условиях рыночной экономики возникает к мотивации и сохранению здоровья, чего не было при социализме. Население должно понять, что здоровье - это бесценное социальное качество, которое нужно сохранять и преумножать. Необходимо формировать моду на здоровье, чтобы человек понял, что здоровым быть престижнее, чем больным.

Для этого помимо профилактических мероприятий санитарно-просветительного характера следует использовать экономические стимулы. К таким стимулам по формированию престижа здоровья можно отнести: надбавки к заработной плате, сокращение продолжительности рабочего времени, увеличение числа выходных, увеличение продолжительности отпуска и др. Эти стимулы необходимо применят в отношении тех лиц, которые соблюдают здоровый образ жизни (не злоупотребляют спиртным, не курят, занимаются спортом и т. д.), которые имеют минимальное число невыходов на работу, т.е. высокий потенциал здоровья. Тогда у других людей, у которых ещё не наступила мотивация здоровья и здорового образа жизни, будет хороший стимул для их реализации.

Здоровье человека во многом определяется его поведенческими привычками и реакцией общества на поведение личности в отношении здоровья. Вмешательство, направленное на изменение норм поведения, может мобилизовать огромные ресурсы и является одним из наиболее эффективных путей улучшения здоровья.

Использование множества **стратегий** повышает эффективность профилактических программ. Для обеспечения системных и индивидуальных изменений необходимы разные подходы. Использование только одной стратегии недостаточно, поскольку на здоровье влияют множество факторов.

Основными **стратегиями** в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья являются:

* **изменение условий** и социальных норм (участие прессы, местных организаций, лидеров);
* усиление **политики укрепления здоровья** (запрещение курения, обеспечение безопасности на рабочем месте и др.);
* **экономические стимулы** (налоги на сигареты, штрафы за нарушение правил безопасности на рабочем месте и др.);
* **повышение уровня знаний и навыков** (образовательные кампании, скрининг и последующее наблюдение);
* система здравоохранения (**образование населения** по вопросам здоровья с использованием разработанных рекомендаций);
* **образовательные учреждения**, рабочие места (программы обучения детей и взрослых по вопросам здорового образа жизни);
* **общественные организации** (организуют встречи, собрания, выступления в прессе по вопросам охраны и укрепления здоровья);
* другие возможности.

Применение различных программ не обходится без участия в них **профессиональных медиков**, поэтому у **медицинских сестер/фельдшеров** должны быть сформированы основные представления о возможных масштабах программ и роли в них медицинских работников. Медицинские сестры/фельдшера для участия в программах должны быть подготовлены по вопросам укрепления и охраны здоровья, психологии, коммуникации, особое внимание уделяется таким вопросам, как планирование, мастерство общения.

Опыт реализации множества программ в различных странах продемонстрировал **эффективность профилактики** в снижении заболеваемости и улучшении здоровья населения.

Для России был разработан документ “**К здоровой России:** Политика и стратегия профилактики неинфекционных заболеваний” (М., 1994 г.), в котором представлен анализ состояния здоровья населения по данным официальной статистики, представлены рекомендации по профилактике заболеваний для различных групп населения. В документе указано, что **обучение населения здоровому образу жизни** должно осуществляться с помощью дифференцированных информационных программ, адресованных и адаптированных к определенным группам населения, с учетом возраста, образования, социального положения и других характеристик.

Международная группа экспертов разработала и адаптировала для России руководство **“Профилактика через первичное здравоохранение”,** в котором представляет материал по различным исследованиям в области факторов, влияющих на здоровье, а также содержит рекомендации, которые необходимо учитывать при работе с населением. Данные рекомендации публикуются в журнале “Профилактика заболеваний и укрепление здоровья” (научно-практический журнал).

**Выписка из Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"**

«Статья 12. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем:

1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;

2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;

4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 18. Право на охрану здоровья

1. Каждый имеет право на охрану здоровья.

2. Право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощью.

Статья 23. Информация о факторах, влияющих на здоровье

Граждане имеют право на получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, состоянии среды обитания, рациональных нормах питания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг. Такая информация предоставляется органами государственной власти и органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями, а также организациями в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Статья 24. Права работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья

1. В целях охраны здоровья и сохранения способности к труду, предупреждения и своевременного выявления профессиональных заболеваний работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, работники, занятые на отдельных видах работ, проходят обязательные медицинские осмотры.

2. Перечень вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры, утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. В случае выявления при проведении обязательных медицинских осмотров медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, перечень которых устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, работник может быть признан врачебной комиссией медицинской организации на основании результатов экспертизы профессиональной пригодности временно или постоянно непригодным по состоянию здоровья к выполнению отдельных видов работ.

4. В целях охраны здоровья работодатели вправе вводить в штат должности медицинских работников и создавать подразделения (кабинет врача, здравпункт, медицинский кабинет, медицинскую часть и другие подразделения), оказывающие медицинскую помощь работникам организации. Порядок организации деятельности таких подразделений и медицинских работников устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Работодатели обязаны обеспечивать условия для прохождения работниками медицинских осмотров и диспансеризации, а также беспрепятственно отпускать работников для их прохождения.

**Статья 27. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья**

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Статья 29. Организация охраны здоровья

1. Организация охраны здоровья осуществляется путем:

1) государственного регулирования в сфере охраны здоровья, в том числе нормативного правового регулирования;

2) разработки и осуществления мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и по формированию здорового образа жизни населения;

3) организации оказания первой помощи, всех видов медицинской помощи, в том числе гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, редкими (орфанными) заболеваниями;

4) обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

5) обеспечения определенных категорий граждан Российской Федерации лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания в соответствии с законодательством Российской Федерации;

6) управления деятельностью в сфере охраны здоровья на основе государственного регулирования, а также саморегулирования, осуществляемого в соответствии с федеральным законом.

2. Организация охраны здоровья основывается на функционировании и развитии государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

3. Государственную систему здравоохранения составляют:

1) федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы, Российская академия медицинских наук;

2) исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти (за исключением федеральных органов исполнительной власти, указанных в пункте 1 настоящей части);

3) подведомственные федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

4. Муниципальную систему здравоохранения составляют:

1) органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья;

2) подведомственные органам местного самоуправления медицинские организации и фармацевтические организации.

5. Частную систему здравоохранения составляют создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

Статья 30. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни

1. Профилактика инфекционных заболеваний осуществляется органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

2. Профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни.

3. Формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом.

Статья 54. Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья

1. В сфере охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на:

1) прохождение медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, при занятиях физической культурой и спортом, прохождение диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, оказание медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на условиях, установленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации;

2) оказание медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

3) санитарно-гигиеническое просвещение, обучение и труд в условиях, соответствующих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;

4) медицинскую консультацию без взимания платы при определении профессиональной пригодности в порядке и на условиях, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации;

5) получение информации о состоянии здоровья в доступной для них форме в соответствии со статьей 22 настоящего Федерального закона.

2. Несовершеннолетние, больные наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет и иные несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с настоящим Федеральным законом, за исключением случаев оказания им медицинской помощи в соответствии с частями 2 и 9 статьи 20 настоящего Федерального закона.

3. Дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, до достижения ими возраста четырех лет включительно могут содержаться в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на условиях, установленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации.»

***Факторы, детерминирующие здоровье***

**Труд и здоровье**

В течение жизни 1/3 общего времени человек участвует в трудовой деятельности. Поэтому важно, чтобы под влиянием труда не наступило ухудшения в состоянии здоровья. С этой целью:

1)усовершенствовать или свести до минимума неблагоприятные производственные факторы;

2)совершенствовать оборудование, технику и.д.;

3)улучшать организацию рабочего места;

4)уменьшить долю физического труда;

5)уменьшить нервно-психическое напряжение.

Основными неблагоприятными производственными факторами являются:

загазованность; пыль; шум; вибрация; монотонность; нервно-психическое напряжение; неудобная рабочая поза.

Для предупреждения заболевания и обеспечении высокой производительности труда необходимо в рабочем помещении поддерживать оптимальную температуру, влажность, скорость движения воздуха, устранять сквозняки. Также на состояние здоровья работающих важное влияние оказывает психологический климат на предприятии, ритмичность работы предприятия.

Однако невыполнение указанных мероприятий по улучшению условий труда может привести к следующим социальным последствиям:

***1)*** общей заболеваемости,

***2)*** возникновению профессиональной заболеваемости,

***3)*** возникновению травматизма,

***4)*** инвалидности,

***5)*** смертности.

На сегодняшний день в неблагоприятных производственных условиях трудятся около 5 млн. работающих, что составляет 17% от всех работающих. Из них во вредных условиях работает 3 млн. женщин, а 250 тыс. – в особо вредных.

Необходимо отметить, что в современных условиях работодателя появилась заинтересованность в улучшении условий труда, но она слабо реализуется.

Вместе с тем требуется решить ещё множество задач, чтобы труд был действительно фактором здоровья, а не патологии.

**Сознание и здоровье**

Сознание, которое присуще человеку в отличие от животных, побуждает его уделять определённое внимание здоровью. В связи с этим забота о здоровье у большинства людей должна стоять на первом плане. В действительности же из-за низкого уровня сознания у большей части населения такого ещё не наблюдается. Результатом этого является то, что доминирующая часть населения не соблюдает элементов здорового образа жизни. В качестве примеров, подтверждающих влияние сознания на отношение к здоровью можно привести:

-- низкий уровень сознания у пьющих, которые буквально разрушают своё здоровье (потомство – генофонд);

-- лица, которые не соблюдают режима и предписаний врачей;

-- несвоевременное обращение за медицинской помощью.

**Информация и здоровье**

Информация может оказать двоякое влияние на здоровье человека в зависимости от того, какого содержания она: позитивная, способствующая укреплению здоровья, или негативная. Источником позитивной информации являются медицинские работники. Они пропагандируют основы здорового образа жизни, дают рекомендации по интересующим вопросам профилактики заболеваний, по вопросам укрепления здоровья, о факторах риска и т.д. Наряду с медработниками позитивную информацию распространяют педагоги, средства массовой информации. Однако некоторые из них распространяют негативную информацию, псевдонаучную. Понятно, что такая информация, а также реклама алкогольных напитков, курения, других факторов риска оказывает отрицательное влияние на здоровье, т.к. увеличивается число лиц с нездоровым образом жизни, не соблюдающих гигиенические рекомендации или неправильно их выполняющих. Поэтому информация должна быть достоверной и своевременной.

Необходимо отметить, что наше население имеет низкий уровень информированности. И причина этого в недостатке соответствующей литературы. Медицинская литература в основном посвящена лечению, а не профилактике заболеваний, больным, а не здоровым.

**Возраст и здоровье**

Между возрастом и состоянием здоровья человека существует определённая зависимость, которая характеризуется тем, что с увеличением возраста здоровье постепенно угасает. Но эта зависимость не является строго прямолинейной, она имеет вид образной кривой. Именно так изменяется один из показателей общественного здоровья – смертность. Наряду со смертностью в старческом возрасте, смертность встречается и в молодых возрастных группах. Наиболее высокие уровни смертности наблюдаются в возрасте до 1 года и в пожилом возрасте старше 60 лет. После 1 года уровень смертности снижается и достигает минимума в возрасте 10-14 лет. Для этой группы возрастной показатель смертности минимальный (0,6%). В последующем возрасте смертность постепенно возрастает и особенно быстро после 60 лет.

Следует подчеркнуть, что здоровье необходимо беречь смолоду, поскольку, во-первых, большая часть детей ещё здорова, а у некоторых имеются начальные признаки заболеваний, которые можно устранить; во-вторых, детский и подростковый возраст имеет ряд анатомо-физиологических особенностей, психофизические особенности, отличается несовершенством многих функций и повышенной чувствительностью к неблагоприятным факторам среды. Вот почему именно с детства нужно научить ребёнка соблюдать здоровый образ жизни и другие мероприятия по укреплению здоровья.

**Питание и длительность жизни**

Оценивания роль питания в долголетии человека, следует учитывать следующее:

***1)*** соотношение его роли, как и любого фактора среды, с наследственными факторами долголетия, а также значительную генетическую неоднородность популяции человека;

***2)*** участие питания в формировании адаптационного фона, обуславливающего состояние здоровья;

***3)*** соотносительную долю вклада в долголетие в сравнении в сравнении с другими факторами здоровья;

***4)*** оценку питания в качестве фактора, участвующего в адаптации организма к среде.

Питание долгожителей характеризуется резко выраженной молочно-растительной направленностью, низким потреблением соли, сахара, растительного масла, мяса, рыбы. Также высокое содержание в рационе зернобобовых (кукуруза, фасоль), кисломолочных продуктов, острых приправ, разнообразных растительных соусов, пряностей.

Питание населения с низкой продолжительностью жизни отличалось низким потреблением молока и кисломолочных продуктов, овощей (кроме картофеля), фруктов. Однако существенно выше потребление свиного сала, свиного мяса, растительного масла, и в целом питание носило углеводно-жировую направленность.

На основании изложенных выше материалов Институт геронтологии разработал один из вариантов рациона с профилактической направленностью. Суточная калорийность – 1900 ккал, белка – 73 г, жира – 60 г, углеводов – 300 г. Такой рацион состоит из следующих продуктов питания (суточный):

хлеб пшеничный – 75 г;

хлеб ржаной – 150 г;

макароны, крупы – 50 г;

масло сливочное – 20 г;

масло растительное – 20 г;

мясо, колбаса –60 г;

сметана –20 г;

творог –50 г;

рыба –50 г;

яйцо – 1-2 шт. в неделю;

мёд (вместо сахара) – 30 г.;

капуста – 200 г.;

морковь – 100 г;

свекла – 100 г;

картофель – 150 г;

лук и чеснок – 50 г;

горошек зелёный –500 г.

яблоки, другие фрукты – 500 г

**Культура и здоровье**

Уровень культуры населения имеет непосредственное отношение к его здоровью. Культура в данном случае понимается широко (т.е. культура вообще) и медицинская культура – как часть общечеловеческой культуры. Конкретно влияние культуры на здоровье сводится к тому, что чем ниже уровень культуры, тем выше вероятность возникновения заболеваний, тем ниже другие показатели здоровья. Непосредственное и наиболее важное значение для здоровья имеют следующие элементы культуры:

культура питания,

культура проживания, т.е. поддержание жилья в соответствующих условиях,

культура организации досуга (отдыха),

гигиеническая (медицинская) культура: соблюдение правил личной и общественной гигиены зависит от культуры человека (культурный их соблюдает, и наоборот).

При соблюдении указанных гигиенических мероприятий показатель уровня здоровья будет выше.

**Жилищные (бытовые) условия и здоровье**

Основную часть времени (2/3 от общего времени) человек проводит вне производства, т.е. в быту, находясь при этом в жилье и на природе. Поэтому комфортность и благоустроенность жилья имеет большое значение для восстановления работоспособности после трудового дня, для поддержания здоровья на должном уровне, для повышения культурного и образовательного уровня и т.д. Вместе с тем в РФ жилищная проблема стоит очень остро. Это проявляется как в большом дефиците жилья, так и в низком уровне его благоустроенности и комфортности. Положение усугубляется общим экономическим кризисом страны, в результате чего прекратило существование бесплатное предоставление государственного жилья, а строительство за счёт личных сбережений из-за их дефицита  развито крайне слабо. Поэтому в силу этих и других причин большая часть населения проживает в плохих жилищных условиях. В сельской местности не везде решены проблемы с отоплением. Низкое качество жилья 21% населения считает основной причиной ухудшения своего здоровья. На вопрос, что же необходимо для улучшения их здоровья – 24 % опрошенных ответили: улучшение жилищных условий. С низким качеством жилья связано возникновение таких заболеваний, как туберкулёз, бронхиальная астма. Особенно неблагоприятное влияние оказывает низкая температура жилья, запылённость, загазованность. Отрицательно сказывается на здоровье низкая механизация бытовых условий (домашнего труда). Вследствие этого граждане, и прежде всего женщины, затрачивают большое количество времени, сил и здоровья на выполнение домашней работы.  Уменьшается или совсем не остаётся времени для отдыха, повышения образовательного уровня, занятий физической культурой, для выполнения других элементов здорового образа жизни.

**Отдых и здоровье**

Разумеется, для сохранения и укрепления здоровья человеку необходим отдых. Отдых -- это такое состояние покоя либо такого рода деятельность, которая снимает утомление и способствует восстановлению работоспособности. Важнейшим условием полноценного отдыха является его материально-техническое обеспечение, которое включает многообразные категории. К ним относятся: улучшение жилищно-бытовых условий, рост числа театров, музеев, выставочных залов, развитие телевидения и радиовещания, расширение сети библиотек, домов культуры, парков, санаторно-курортных учреждений и т.д.

В условиях современного производства, когда рост процессов автоматизации и механизации, с одной стороны, приводит к снижению двигательной активности, а с другой – к увеличению доли умственного труда или труда, связанного с нервно-психическим  напряжением, эффективность пассивного отдыха незначительна. Более того, формы пассивного отдыха нередко оказывают неблагоприятное влияние на организм, в первую очередь на сердечно-сосудистую и дыхательную системы. Следовательно, возрастает значение активного отдыха. Эффект активного отдыха проявляется не только в снятии утомления, но и в улучшении функционального состояния ЦНС, координации движений, сердечно-сосудистой, дыхательной, других систем, что несомненно способствует улучшению физического развития, укреплению здоровья и снижению заболеваемости.

**Роль физкультуры в жизни человека**

Недостаток физической культуры (гиподинамия) - оборотная сторона научно технического прогресса -- характерная черта нашего времени. Этот недостаток ощущается на производстве, даже в сельском хозяйстве, в быту и повседневной жизни.

Наукой доказано, что долголетие и высокая трудоспособность невозможны без активного двигательного режима. "Самое дорогое у человека--это движение",- говорил И. П. Павлов. Движение - основа жизни.

В нашей стране сформирована система физического воспитания, занятия физ. культурой и спортом проводятся в детских садах, школах, пионерских лагерях, лечебно профилактических учреждениях.

Занимающиеся находятся под медицинским наблюдением, что обеспечивает благоприятный эффект от тренировок. С чего же начинать? Конечно же с твёрдого убеждения в необходимости занятий физ. упражнениями, борьбы за здоровье.

В процессе физ. тренировок успешно укрепляется мышечно-суставный аппарат, снижается масса тела, улучшается липидный (жировой) обмен, снижается содержание в сыворотке крови холестерина и триглицеридов, артериальное давление, улучшается функция центральной нервной системы, кровоснабжение в сердечной мышце, повышается переносимость больными физических нагрузок, улучшается толерантность к нагрузке, кроме того, наступает выраженный закаливающий эффект, укрепляется сопротивляемость организма к различным экстремальным воздействиям и т.д.

Из всего вышеперечисленного заметно, что влияние физ. упражнений многообразно. Оно сказывается на функциях практически всех органов и систем организма. Но наиболее важно действие их на сердечно-сосудистую систему. Отсюда и значимость метода для предупреждения заболевания сердца и их лечения.

Лист сестринской оценки состояния здоровья

(является вкладышем в амбулаторную карту или историю болезни пациента и заполняется при первом обращении)

ФИО, возраст, адрес пациента........................................................

Дата приема......................................................................................

Медицинский (врачебный) диагноз…………………...................

Жалобы в настоящее время.............................................................

Основные проблемы пациента........................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели повседневной жизнедеятельности | Данные, полученные при обращении |
| Физиологические потребности  Аллергия  Медикаментозное лечение  Дыхание  Боли/комфорт  Двигательная активность  Безопасность (способность избегать опасности, не навредить другим)  Отдых/сон  Питание, адекватная еда и питьё  Отправления организма:  испражнения  мочеиспускание  Выбор соответствующей одежды:  одевание  раздевание  Кожа, содержание тела в чистоте, забота о внешности  Пульс, давление  Постоянная температура тела  Общение:  слух  зрение  речь  Психологическое и душевное состояние  Эмоциональное состояние  Общение, выражение эмоций, нужд, страха и мнения  Реакция на заболевание, на необходимость пребывания в больнице  Средства преодоления боли  Эмоциональные потребности  Чувство самоуважения и собственного достоинства  Чувство внутреннего благополучия  Ценностные ориентации, вера в добро и зло, отношение к болезни, религиозные верования  Социальное здоровье  Жилищные условия  Семья, друзья  Материальное благополучие, доход  Работа  Досуг (отдых), интересы  Вредные привычки  Наличие социальной поддержки  Потребность в информации в целях развития и познания |  |

**В любых делах при максимуме сложностей**

**Подход к проблеме может быть один:**

**Желание – это множество возможностей,**

**А нежелание – множество причин.**

**Рост и развитие**

**“Жизнь есть путь, а человек**

**– строитель этого пути”**

**(Пришвин)**

**Основные закономерности роста и развития человека**

С понятиями период жизни, возрастной период, биологический возраст тесно связаны такие понятия, как рост и развитие. На каждом этапе возрастной биографии имеются специфические черты, отражающие стадии роста и степень развития организма. *Рост и развитие* человека — это непрерывный процесс, происходящий на протяжении всей его жизни, при котором простые количественные изменения ведут к коренным качественным сдвигам. Процессы роста и развития взаимосвязаны и взаимообусловлены.

Физическое развитие является одним из ведущих признаков здоровья. От уровня физического развития зависят другие показатели здоровья.

Под термином «физическое развитие» понимают состояние морфологических и функциональных свойств и качеств, а также уровень биологического развития — биологический возраст.

Физическое развитие в каждый период жизни — это комплекс морфофункциональных свойств, характеризующих возраст достигнутого биологического развития и физическую дееспособность (работоспособность) организма.

Термин «физическое развитие» отражает не моментальную характеристику состояния (развития), а динамику процесса. С этих позиций физическое развитие понимается как процесс обусловленных возрастом изменений размеров тела, телосложения, внешнего облика, мышечной силы и работоспособности организма.

Физическое развитие детей и подростков характеризуется комплексом соматометрических, соматоскопических, функциональных, физиометрических показателей.

*Соматометрические показатели* (основные, наиболее часто используемые) — длина и масса тела, окружность грудной клетки.

*Соматоскоптеские показатели —* форма грудной клетки, спины, стоп; осанка; состояние мускулатуры; жироотложение; эластичность кожи; половое созревание.

*Функциональные, физиометрические показатели* — жизненная емкость легких (ЖЕЛ), силы сжатия кистей рук.

При определении уровня биологического развития ребенка, степени соответствия его биологического возраста паспортному учитывается длина тела и ее погодовые прибавки, число постоянных зубов, степень полового созревания. Однако недостаточно определить лишь соответствие или несоответствие уровня биологического развития возрасту. Необходимо дать оценку морфофункционального состояния.

По показателям массы тела, окружности грудной клетки, ЖЕЛ, мышечной силы можно установить, является ли морфофункциональное состояние гармоничные, дисгармоничным или резко дисгармоничным.

Закономерности роста и развития организма являются теоретической основой гигиенического нормирования факторов окружающей среды для детей и подростков. Знание этих закономерностей позволяет понять и объяснить деятельность отдельных органов и систем, их взаимосвязь, функционирование целостного организма ребенка в разные возрастные периоды и его единство с внешней средой.

На всем этапе созревания (от момента рождения до полной зрелости) рост и развитие организма протекают в соответствии с объективно существующими законами: неравномерности темпов роста и развития; неодновременности роста и развития отдельных органов и систем (гетерохронность); обусловленности роста и развития полом ребенка (половой диморфизм); биологической надежности функциональных систем и организма в целом; генетической обусловленности роста и развития; обусловленности роста и развития средовыми факторами; акселерации роста и развития.

**Понятие о возрасте**

Под *возрастом* принято понимать:

1. период времени от рождения организма до настоящего или любого иного момента;
2. биологическую эволюцию организма, то есть характеристику его жизни, отражающую момент рождения, рост, развитие, созревание и старение.

Различают хронологический (паспортный, календарный) и биологический (анатомо-физиологический) возраст.

*Хронологический возраст —* это период от рождения организма до момента его исчисления.

*Биологический возраст* — совокупность признаков, характеризующих биологическое состояние организма, уровень его жизнеспособности и общего здоровья.

Хронологический возраст имеет четкие границы во времени — час, день, месяц, год. При этом биологические особенности данного конкретного организма не учитываются.

Биологический возраст определяется всей совокупностью обменных, анатомических, функциональных, регуляторных, психологических особенностей, а также приспособительными возможностями организма. Он тоже представляет собой определенные отрезки времени, но, в отличие от календарного, его временные интервалы, на протяжении которых происходят необратимые возрастные изменения, ограничены менее четко. Именно эти временные промежутки используются в качестве критериев возрастной периодизации жизни человека, так как многие показатели функционального развития организма, его систем соотносятся, прежде всего, с биологическим возрастом и в меньшей степени с календарным.

Биологический возраст может не соответствовать хронологическому. При некоторых патологических состояниях (например, при прогерии) биологический возраст опережает календарный, при некоторых — отстает от него (например, при инфантилизме).

Расхождение сроков хронологического и биологического возраста зависит от:

* конституциональных и расовых особенностей организма;
* состояния здоровья человека;
* региональных отличий, связанных с климатическими условиями;
* режима и характера питания и т. д.

В подростковом возрасте можно выделить и так называемый *юридический* возраст, который связан с возникновением правовой, юридической ответственности, началом разрешенной трудовой деятельности и прекращением действия трудовых и правовых льгот (с 14 до 18 лет). С 15-летнего возраста пациент сам дает согласие на оказание ему медицинской помощи (операция, сложная диагностическая или лечебная процедура и т. д.). До этого возраста согласие на медицинское вмешательство дают родители ребенка.

Большое значение в профессиональной деятельности медицинских работников, в частности при оценке физического развития детей, имеет правильное определение возраста ребенка. В настоящее время принята следующая группировка по возрасту (табл. **1**.2).

**Таблица 1.2 Определение возраста ребенка в различные периоды жизни**

|  |  |
| --- | --- |
| **Определение возраста на первом году жизни** | |
| **1** мес. | от **16** дней до 1 мес. 15 дней |
| **2** мес. | от 1 мес. 16 дней до 2 мес. 15 дней |
| **3** мес. | от 2 мес. 16 дней до 3 мес. 15 дней |
| **4** мес. | от 3 мес. 16 дней до 4 мес. 15 дней |
| **5** мес. | от 4 мес. 16 дней до 5 мес. 15 дней |
| **6** мес. | от 5 мес. 16 дней до 6 мес. 15 дней |
| **7** мес. | от 6 мес. 16 дней до 7 мес. 15 дней |
| **8** мес. | от 7 мес. 16 дней до 8 мес. 15 дней |
| **9** мес. | от 8 мес. 16 дней до 9 мес. 15 дней |
| **10** мес. | от 9 мес. 16 дней до 10 мес. 15 дней |
| **11** мес. | от 10 мес. 16 дней до 11 мес. 15 дней |
| **1** год | от 11 мес. 16 дней до 12 мес. 15 дней |
| **Определение возраста на втором году жизни** | |
| 1 год 3 мес. | от 1 года 1 мес. 16 дней до 1 года 4 мес. 15 дней |
| 1 год 6 мес. | от 1 года 4 мес. 16 дней до 1 года 7 мес. 15 дней |
| **1** год 9 мес. | от 1 года 7 мес. 16 дней до 1 года 10 мес. 15 дней |
| 2 года 3 мес. | от 1 года 10 мес. 16 дней до 2 лет 4 мес. 15 дней |
| 2 года 6 мес. | от 2 лет 4 мес. 16 дней до 2 лет 7 мес. 15 дней |
| **Определение возраста на третьем году жизни** | |
| 3 года | от 2 лет 9 мес. до 3 лет 2 мес. 29 дней |
| 3 года 6 мес. | от 3 лет 3 мес. до 3 лет 8 мес. 29 дней |
| 4 года | от 3 лет 9 мес. до 4 лет 2 мес. 29 дней |
| **Определение возраста в период от 7 до 10 лет** | |
| 7 лет | от 6 лет 6 мес. до 7 лет 5 мес. 29 дней |
| 8 лет | от 7 лет 6 мес. до 8 лет 5 мес. 29 дней |
| 9 лет | от 8 лет 6 мес. до 9 лет 5 мес. 29 дней |
| **10** лет | от 9 лет 6 мес. до 10 лет 5 мес. 29 дней |

***Возрастные периоды***

*Возрастные периоды —* это те или иные сроки, временные промежутки, которые необходимы для завершения определенного этапа морфологического и функционального развития отдельных тканей, органов, систем организма и всего организма в целом.

Выделение возрастных периодов носит достаточно условный характер, а представление о возрастных периодах относительно. Но для практических целей такое деление необходимо. Критерии, по которым определяются те или иные этапы жизни, те или иные возрастные периоды человека, их продолжительность, зависят от ряда факторов. Это, в первую очередь, биологические особенности организма, во-вторых, социальные факторы (условия среды обитания, уровень жизни), в-третьих, уровень научных знаний и состояние здравоохранения. Имеют значение и другие факторы, влияющие как на состояние здоровья человека, так и на его мировоззрение.

На протяжении жизненного цикла человека — от зачатия до смерти — выделяют три основных периода:

* период роста и развития, становления функциональных систем, продолжающийся до возраста морфологической, половой, психологической зрелости;
* период относительной стабильности, зрелости функциональных систем организма;
* период угасания, ослабления и деструкции функциональных систем во время старения организма, который наступает после прекращения репродуктивной функции.

Границы между теми или иными возрастными периодами не всегда можно четко установить, особенно у взрослого человека. Деление на возрастные периоды наиболее детально разработано для детства, и оно отражает, прежде всего, этапы созревания нервной системы, внутренних органов, жевательного аппарата, становление высшей нервной деятельности. Это объясняется тем, что именно в детстве качественно новые изменения протекают динамичнее, быстрее. Для периода детства характерен непрерывный процесс роста и развития, когда органы и функциональные системы ребенка изменяются в соответствии с известными возрастными границами.

Периоду детского возраста предшествует период внутриутробного развития, в котором можно выделить *стадии* (или периоды) эмбрионального (первые 2 лунных месяца) и плацентарного (с 3-го по 10-й лунный месяц) развития.

Таким образом, в детском возрасте выделяют:

А. Внутриутробный этап:

1. стадия эмбрионального развития (первые 2 лунных месяца);
2. стадия плацентарного развития (с 3-го по 10-й лунный месяц).

Б. Внеутробный этап:

1. период новорожденности (до 4 недель);
2. период грудного возраста (с 4 недель до 12 месяцев);
3. преддошкольный, или старший ясельный, период (от 1 года до 3 лет);
4. дошкольный период (с 3 до 6—7 лет);
5. младший школьный период (с 6—7 до 11 —12 лет);
6. старший школьный, или подростковый, период (с 12 до 16—18 лет). Такое детальное и точное разграничение невозможно осуществить ни

в какой другой возрастной период.

Тем не менее, в жизни взрослого человека также можно выделить определенные этапы, или возрастные периоды.

В настоящее время выделяют следующие периоды в жизни взрослого человека:

1. юношеский возраст (от 16 до 20 лет у женщин, от 17 до 21 года у мужчин);
2. зрелый возраст (от 20 до 55 лет у женщин, от 21 до 60 лет у мужчин). Он, в свою очередь, подразделяется на два подпериода:

а) от 20 до 35 лет у женщин, от 21 до 35 лет у мужчин;

б) от 35 до 55 лет у женщин, от 35 до 60 лет у мужчин.

Некоторые исследователи выделяют в зрелом возрасте следующие группы:

а) молодой возраст — до 45 лет;

б) средний возраст — 45—60 лет.

На границе зрелого и пожилого возраста ввиду важности происходящих в организме процессов выделяют особый возрастной промежуток — климактерический период (от 45 до 60 лет у женщин, от 50 до 60 лет у мужчин);

1. пожилой возраст (от 55 до 75 лет у женщин, от 60 до 75 лет у мужчин);
2. старческий возраст (от 75 до 90 лет);
3. позднестарческий, или макробиотический (после 90 лет; таких людей называют долгожителями).

В этапах жизни человека можно выделить несколько наиболее важных, критических периодов, так называемых «горячих точек» возрастной биографии, которые характеризуются более значительными физиологическими, психологическими и морфологическими изменениями, требующими повышенного внимания как со стороны медицинского персонала, так и самого человека и его ближайшего окружения. К таким периодам относятся, прежде всего, период *новорожденности,* период *полового созревания (пубертатный), климактерический и период пожилого и старческого возраста.*

Такие критические периоды есть и в зрелом возрасте и связаны они как с физиологическими, так и в большей степени с психологическими и социальными особенностями того или иного периода жизни. Это третья «горячая точка» возрастной биографии человека (первая - период новорожденности, вторая — пубертатный возраст), приходящаяся на период от 20 до 25 лет (с возможными колебаниями в зависимости от этнических, культурных особенностей тех или иных групп в пределах четырех лет). Этот период в целом совпадает и для мужчин, и для женщин. Следующие «горячие точки» жизненных этапов мужчины и женщины по возрасту не совпадают. Для женщин это возраст около 30 лет, для мужчин — около 40.

В каждом возрастном периоде имеются свои характерные особенности, касающиеся как всех органов и систем (табл. 1.3), так и психической и интеллектуальной сфер.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Параметры** | **Система анализаторов** | **Движения** | **Адаптационные возможности** | **Психическая деятельность** | **Способность к самостоятельному удовлетворению потребностей** | **Половая функция** |
| **Пожилой и старческий возраст** | Снижение зрения и слуха, развитие старческой дальнозоркости и тугоухости; снижение вкусового восприятия | Ограничение подвижности суставов, походка медленная, неуверенная, движения теряют плавность | Снижаются в процессе старения | Лабильная, с преобладанием процессов торможения, психическая активность снижается | Ограниченная, во многом зависит от состояния здоровья | Сексуальная активность, потенция, эякуляторные возможности снижаются; медленнее наступает половое возбуждение, уменьшается увлажнение влагалища |
| **Зрелый возраст** | Острота зрения 1,0 с расстояния 5 метров, шепотная речь — 6 метров; вкусовое восприятие — индивидуально | Точные, координированные в полном объеме, плавные | Достаточно высокие, устойчивые | Стабильная, в большой степени зависит от типа высшей нервной деятельности | Полная возможность самостоятельного удовлетворения потребностей | Гиперсексуальность в подростковом и юношеском периоде, индивидуальная стабильная в последующем |
| **Период роста** | Дальнозоркость в периоде новорожденности сменяется нормальным зрением, слух острый; постоянное развитие вкусовых ощущений | Некоординированные в раннем периоде, более точные — в последующих | Невысокие в раннем периоде, повышаются в процессе роста | Зависит от стадии развития: лабильная, ранимая в критические периоды, стабильная в периоды равновесия | Полная зависимость от окружающих в раннем возрасте, ограниченная — в дошкольном, полная самостоятельность — в старших возрастных периодах | Неразвита в ранних периодах, появление полового влечения в подростковом периоде |

**Таблица 1.3 Возрастные особенности здорового человека**