

Калиниченко Ірина Олександрівна 

д-р. мед. наук, професор, професор кафедри громадського здоров'я
та медичко-біологічних основ фізичної культури

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка, Україна

МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-СОЦІАЛЬНИЙ СУПРОВІД ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ МОЛОДІ

Основною умовою розвитку і стабільності держави є достатній трудовий потенціал, якість якого може бути забезпечена шляхом ефективної соціальної, демографічної, освітньо-виховної політики та доступності охорони здоров'я [1]. Незважаючи на численні роботи з вивчення репродуктивного здоров'я (РЗ), до останнього часу не можуть вважатися вирішеними такі проблеми, як наукове обґрунтування організації спеціалізованої медико-соціальної допомоги студентській молоді, створення системи моніторингу репродуктивного потенціалу (РП). У ході дослідження термін «репродуктивний потенціал» трактувався як комплексний індивідуальний показник фізичного і психічного стану, що характеризує єдність біологічного і соціального стану індивідууму, і дозволяє на час досягнення розумової, статевої, біологічної та соціальної зрілості, та наявності відповідних біологічних, соціальних умов та заходів охорони здоров'я, народжувати та виховувати здорових нащадків і забезпечувати баланс репродуктивного здоров'я

З метою узагальнення даних про досліджувані характеристики було використано спеціально розроблену «Карту медико-соціальної оцінки індивідуального репродуктивного потенціалу». У онлайн опитуванні брали участь 163 студентки 17 – 22 років.

Результати аналізу наукових джерел дозволили стверджувати, що у формуванні репродуктивного потенціалу бере участь чисельна, поліетіологічна та неоднорідна когорта чинників. Тому для характеристики РП індивідууму виокремлено такі провідні компоненти: соціально-гігієнічні, генетичні чинники, стан соматичного здоров'я, психологічні особливості особистості, інформованість з питань здоров'язбереження [2, 3].

Вищезазначені чинники фактично є блоками таких показників: 1) соціально-гігієнічні чинники (місце постійного проживання, матеріальний статок сім'ї, освіта, наявність постійного місця роботи, наявність шкідливих звичок, особливості харчування тощо); 2) генетичні чинники (наявність спадкових хвороб та вроджених вад у родині); 3) стан соматичного здоров'я (фізичний розвиток, тип конституції, наявність хвороб репродуктивної системи та екстрагенітальної патології); 4) психологічні особливості особистості (хронічний стрес, тип гендерної ідентичності, мотивація на досягнення успіху у кар'єрі, вегетативні порушення, репродуктивні установки, репродуктивна поведінка); 5) інформованість з питань здоров'язбереження (здоров'язбережувальна компетентність, використання контрацептивних засобів, доступність спеціалізованої медичної допомоги).

На думку експертів, найбільший внесок у РП молоді мають такі блоки показників: генетичні чинники ($0,572 \pm 0,11$ у.о.), стан соматичного здоров'я ($0,406 \pm 0,05$ у.о.) та інформованість з питань здоров'язбереження із доступністю медичної допомоги ($0,372 \pm 0,13$ у.о.). Соціально-гігієнічні чинники знаходяться на четвертому місці, проте вони досить часто сприяють посиленню негативних медико-біологічних чинників (стан здоров'я, генетичні зміни тощо).

Серед соціально-гігієнічних чинників, що впливають на РП молоді, експерти виокремили перші позиції для вживання наркотичних препаратів жінкою та чоловіком

($0,334 \pm 0,08$ у. о. та $0,304 \pm 0,06$ у. о. відповідно), вживання алкогольних напоїв жінкою і чоловіком ($0,282 \pm 0,05$ у. о. та $0,234 \pm 0,03$ у. о. відповідно). У блоці характеристик стану соматичного здоров'я перші місця за значимістю у формуванні РП молоді визначені для таких чинників: наявність хвороб ендокринної систем ($0,389 \pm 0,03$ у. о.), хвороб серцево-судинної системи ($0,319 \pm 0,03$ у. о.), хвороб крові та кровотворних органів ($0,319 \pm 0,07$ у. о.), інфекційних хвороб ($0,301 \pm 0,09$ у. о.). Серед характеристик блоку оцінок «психологічні особливості особистості» першочергову значимість визнано за «ознаками депресії» ($0,320 \pm 0,05$ у. о.), «типом гендерної ідентичності» ($0,310 \pm 0,08$ у. о.), «безладним статевим зв'язком» ($0,299 \pm 0,06$ у. о.), «хронічним стресом» ($0,281 \pm 0,04$ у. о.) та «рівнем особистісної тривожності» ($0,250 \pm 0,04$ у. о.).

Серед дівчат переважали особи із середнім рівнем РП, причому із віком частка студенток високого рівня досліджуваного показника має тенденцію до збільшення. Високий рівень репродуктивного потенціалу дівчат залежить від схильності до фемінного типу гендерної ідентичності, невисокої мотивації на досягнення успіху у кар'єрі, зрілої репродуктивної поведінки.

Висновки. Використання блочного групування критеріальних ознак дозволило розробити спосіб оцінки РП жінок раннього фертильного віку. По-перше, було використано вагові коефіцієнти окремих характеристик згрупованих блоків (соціально-гігієнічні чинники, генетичні чинники, стан соматичного здоров'я, психологічні особливості особистості, інформованість з питань здоров'язбереження; по-друге, для кожної характеристики означених блоків використовувалася оцінка (у балах) із множителем (вагові коефіцієнти), при цьому оцінка окремої характеристики була добутком власне оцінки в балах і вагового коефіцієнту; по-третє, розрахунок комплексної оцінки РП шляхом визначення загальної суми усіх отриманих балів.

Список використаних джерел:

1. Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я - 2020: український вимір» (2017). Вилучено з: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=244717787>.
2. Maryam Hajizade-Valokolaee, Fereshteh Yazdani-Khermandichali, Zohreh Shahhosseini, Zeinab Hamzehgardeshi. Adolescents' sexual and reproductive health: an ecological perspective (2017). *International Journal of Adolescent Medicine and Health* (29), 1 - 12.
3. UNFPA strategy on adolescents and youth. Towards realizing the full potential of adolescents and youth. URL: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA%20Adolescents%20and%20Youth%20Strategy.pdf>