

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені А. С. МАКАРЕНКА

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я
імені О. М. МАРЗЄЄВА НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК
УКРАЇНИ»

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

КАЛИНИЧЕНКО ДМИТРО ОЛЕГОВИЧ

УДК 613.97:612.6-055.2-057.875(043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ

**ГІГІЄНИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ
РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ДІВЧАТ-СТУДЕНТОК ЗАКЛАДІВ
ВИЩОЇ ОСВІТИ 17 – 22 РОКІВ**

14.02.01 – гігієна та професійна патологія (біологічні науки)

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата біологічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: Скиба Ольга Олександрівна кандидат біологічних наук, доцент кафедри медико - біологічних основ фізичної культури навчально - наукового Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка

Суми – 2019

АНОТАЦІЯ

Калиниченко Д. О. Гігієнічне обґрунтування комплексної оцінки репродуктивного потенціалу дівчат-студенток закладів вищої освіти 17 – 22 років. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата біологічних наук (доктора філософії) за спеціальністю 14.02.01 «Гігієна та професійна патологія». – Сумський державний університет імені А. С. Макаренка, ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзєєва НАМН України», Київ, 2019.

Враховуючи безумовну важливість профілактичного підходу до збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я дівчат, до цього часу недостатньо наукових досліджень з позицій концепції «сприяння здоров'ю» (Health Promotion) і здоров'язберігаючої стратегії стосовно комплексної оцінки репродуктивного потенціалу, де особистість є активним співучасником процесу збереження та відновлення здоров'я. Тому метою дослідження було науково обґрунтувати систему медико-соціальних заходів щодо збереження та підвищення репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку на основі його комплексної оцінки.

У ході виконання дисертаційної роботи вперше виконано аналіз демографічних показників Сумщини, популяційного репродуктивного здоров'я жінок регіону, чинників навколишнього середовища і соціально-економічної складової життєдіяльності населення області.

За результатами ретроспективного аналізу статистичних даних останніми роками проблему забруднення повітря в області визначали, переважно викиди від пересувних джерел, що складає майже 70 % від загального обсягу викидів (40,39 тис. т). За періоди з 1994 – 1997 рр. та 2012 – 2016 рр. низька якість довкілля за усередненим значенням питомої ваги кількості перевищень ГДК речовин визначена у м. Суми і Сумському районі, Роменському, Охтирському, Недригайлівському, Краснопільському районах, і збігається з класифікацією районів за динамікою

викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення.

Вперше виконано класифікацію районів Сумщини за якістю довкілля та встановлено характер впливу на популяційне репродуктивне здоров'я у ретроспективі двадцяти років. У ході дослідження визначено райони із відносно сприятливою, напруженою і кризовою демографічною ситуацією. Трьохрічне зменшення чисельності наявного населення у Сумській області відбувалося переважно за рахунок населення сільської місцевості (-3,13), ніж населення міських поселень (-1,09). Встановлено, що в усіх районах області спостерігається зменшення загальної чисельності населення, проте чинники демографічних процесів – різні. Окремі райони області мають схожу картину демографічних змін, що дало змогу за показниками народжуваності та смертності населення виокремити три типи районів області: високий, середній, низький. Найбільше виражена депопуляція із значним зменшенням населення спостерігається у Конотопському (-4,37%), Буринському (-3,98%), Глухівському (-3,81%), Лебединському (-3,74%), Великописарівському (-3,55%) районах. Демографічне районування може слугувати підґрунтям конкретних медико-соціальних заходів для означених регіонів. Сумська область належить до регіонів з низьким показником середньої кількості народжених дітей жінками у віці 15 років і старше, який становить від 2,0 до 2,1 дитини порівняно із західними областями України, де середня народжуваність – більше 2,2 дитини.

У результаті дослідження встановлено, що за період 1996 – 2016 рр. поширеність хвороб сечостатевої системи серед дорослого жіночого населення Сумської області збільшилася на 3 439,2 ‰ (5 939,2 на 100 тис. населення у 1996 році і 9 378,4 на 100 тис. населення у 2016 році). Серед цієї групи хвороб (станом на 1.01.2017 р) сальпінгіти, оофорити становлять 10,33%, запальні хвороби шийки матки – 17,48%, ендометріоз – 3,31%, ерозія шийки матки, ектропіон – 9,48%, розлади менструацій – 7,37%, жіноча безплідність – 3,11% від хвороб сечостатевої системи. У структурі патологічної ураженості студенток домінували хвороби системи травлення (22,48%); друге місце посідали хвороби дихальної системи (за

рахунок хвороб верхніх дихальних шляхів (13,63%) та нервової системи (13,12% - вегето-судинні дистонії, судинні кризи); на третьому місці – хвороби серцево-судинної системи (ССС) (11,54%) та хвороби сечостатевої системи (11,59%), серед яких 89,87 % становили хвороби репродуктивної системи.

Встановлено, що розлади менструальної функції мають вікові відмінності (з віком ювенільні кровотечі поступаються місцем гіпоменструальному синдрому та аменореям, що свідчить про більш серйозні функціональні порушення репродуктивної системи), а також зменшується частка запальних процесів придатків матки при збільшенні питомої ваги доброякісних пухлин та ерозії шийки матки.

Проведене соціологічне опитування дозволило встановити, що 87,7% дівчат 17 – 22 років мають позитивну репродуктивну установку (РУ) на створення сім'ї у форматі офіційного шлюбу, більшість вважає оптимальним віком для заміжжя період 22 – 25 років.

Проте загальновизнано, що низький рівень гігієнічних знань та інформованості з питань репродуктивного здоров'я (РЗ) сприяє трансформації репродуктивної поведінки молоді. Зокрема середній вік початку статевого життя у дівчат – студенток, які не знаходяться у шлюбі, становить $17,21 \pm 0,11$ років. Мінімальний вік початку статевого життя, який вказали респонденти, для дівчат міст становив 13 років, для жительок сіл – 16 років, що свідчить про більшу тенденцію збереження у сільській місцевості значимості шлюбних відносин. Дебют сексуальної активності припадає максимально на віковий діапазон 17 – 18 років (34,57%) і 15 – 16 років (19,15%) з мінімальною питомою вагою груп «19 – 20 років» (7,68%), «13 – 14 років» (2,13%), «після 20 років» (1,60%) та «до 13 років» (0,53%).

В ході досліджень вперше розроблено та науково обґрунтовано методику скринінгової оцінки індивідуального репродуктивного здоров'я (РЗ) жінок раннього фертильного віку. Оцінка індивідуального РЗ розраховувалася, як середньоарифметичне бальних оцінок за дев'ятьма показниками, що характеризують фізичний розвиток, особливості оваріально-менструального циклу, наявності або відсутності хвороб репродуктивної системи та екстрагенітальної

патології. Виокремлено три рівні індивідуального репродуктивного здоров'я (задовільний стан, група ризику, порушення репродуктивного здоров'я).

Розширено уявлення щодо індивідуального та популяційного репродуктивного потенціалу дівчат 17 – 22 років у сучасних умовах життєдіяльності.

У дисертаційному дослідженні вперше науково обґрунтовано алгоритм діагностики репродуктивного потенціалу та систему медико-психолого-соціальної допомоги дівчатам-студенткам, що є основою діяльності «Клініки, дружньої до молоді» та просвітницької роботи Ресурсного центру закладу вищої освіти «Школа педагогіки здоров'я».

У ході дослідження чинники, що впливають на репродуктивний потенціал (РП), користуючись смисловим розподілом усього масиву даних, було об'єднано у наступні блоки 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).

Використання блочного групування критеріальних ознак дозволило розробити спосіб оцінки РП жінок раннього фертильного віку. По-перше, було розраховано вагові коефіцієнти окремих характеристик згрупованих блоків; 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, проведено розрахунок комплексної оцінки РП шляхом визначення загальної суми усіх отриманих балів.

За сукупністю і значимістю оцінок експертів встановлено, що РП дівчат 17 – 22 років найбільше визначається чинниками «наявність/відсутність спадкових хвороб у родині» (14,55 у.о.) та «здоров'язберезувальна компетентність» (за суб'єктивною оцінкою обізнаності з питань репродуктивного здоров'я) (8,34 у.о.). Крім того, високий рівень РП дівчат залежить від схильності до фемінного типу гендерної ідентичності, невисокої мотивація на досягнення успіху у кар'єрі, зрілої репродуктивної поведінки (відповідальне ставлення до себе і партнера в інтимних стосунках).

На підставі комплексного дослідження репродуктивної поведінки, репродуктивних установок, соціально-гігієнічних чинників життєдіяльності, залежно від типів гендерної ідентичності дівчат 17 – 22 років, визначено соціально-гігієнічні та психолого-педагогічні умови формування репродуктивного потенціалу молоді: 1) усвідомлення і прийняття молоддю засад здорового способу життя, свідомого ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих; 2) широка просвітницька діяльність щодо актуалізації у молодіжному середовищі адекватних установок культури міжстатевих стосунків, репродуктивної поведінки, сімейних цінностей з урахуванням гендерної ідентичності особистості; 3) підготовка медичних працівників, психологів, соціальних педагогів, волонтерів із числа студентів для роботи з молоддю щодо формування навичок здорового способу життя (ЗСЖ); 4) включення у дисципліни вільного вибору студента спеціалізованих курсів здоров'язберезувального змісту, що складаються із теоретичних і тренінгових компонентів; 5) наявність адекватного завданням формування репродуктивного потенціалу навчально-методичного забезпечення навчально-виховного процесу; 6) підтримка адміністрацією навчальних закладів, громадськістю, батьками, студентським самоврядуванням заходів репродуктивного здоров'язбереження.

Враховуючи отримані результати, розроблено і впроваджено комплекс заходів щодо медико-психолого-соціального супроводу навчально-виховної роботи серед студентства з питань формування репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку на базі Ресурсного центру «Школа педагогіки здоров'я» та «Клініки, дружньої до молоді». Ефективність впровадження заходів оцінювалася за рівнем сформованості здоров'язбережувальної компетентності (ЗЗК). Серед дівчат вірогідно переважали особи із достатнім рівнем ЗЗК ($63,81 \pm 3,76\%$), порівняно із групами високого ($23,31 \pm 3,31\%$, $p < 0,05$) та недостатнього рівнів ($11,04 \pm 2,45\%$, $p < 0,05$), у $1,84 \pm 1,05\%$ дівчат встановлено відсутність знань щодо ЗСЖ.

Доведено, що у результаті впровадження запропонованих заходів динаміка зміни показників (за показником проросту (Δ)) була кращою в основній групі (ОГ) порівняно із групою порівняння (ГП). Зокрема приріст зміни питомої ваги групи дівчат з високим рівнем ЗЗК становив $10,14 \pm 2,36\%$, що на $4,86\%$ більше, ніж у ГП ($t=1,65$; $p < 0,05$). Позитивним є вірогідне збільшення приросту питомої ваги дівчат з достатнім рівнем ЗЗК у ОГ ($12,50 \pm 2,59\%$), порівняно із ГП ($1,78 \pm 1,03\%$, $t=3,86$; $p < 0,01$). Крім того, серед дівчат ОГ зменшилася кількість осіб з недостатньою ЗЗК ($\Delta = - 66,64 \pm 3,69\%$) і зникла група студенток із відсутніми знаннями щодо ЗСЖ, У ГП реєструвався аналогічний від'ємний приріст питомої ваги когорти осіб з недостатньою ЗЗК ($\Delta = - 22,19 \pm 3,25\%$), але вірогідно менший, ніж у ОГ ($t=9,03$, $p < 0,05$) і зберігалася стабільною кількість дівчат із відсутністю знань про ЗСЖ.

Ключові слова: репродуктивний потенціал, жінки, ранній фертильний вік, здоров'язбережувальна компетентність, репродуктивна поведінка, репродуктивна установка.

ANNOTATION

Kalynychenko D. O. Hygienic substantiation of the integrated assessment of the reproductive potential of female students from higher educational institutions aged 17 to 22 years. - Qualification scientific work with the manuscript copyright.

The thesis for a candidate of Biological Science degree (Doctor of Philosophy) in speciality 14.02.01 «Hygiene and Occupational Pathology». – Sumy State Pedagogical University named after A. S. Makarenko, State Institution «Institute of Public Health named after O. M. Marseev of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, 2019.

Considering unconditional importance of the preventive approach to the preservation and strengthening of reproductive health of girls, there currently is not enough research in terms of the Health Promotion concept and health-saving strategy as to the integrated assessment of the reproductive potential, where the personality is an active participant in the process of preserving and restoring health. Therefore, the purpose of the study was to provide a scientific basis for the system of medical and social measures for preservation and strengthening of the reproductive potential of women of early reproductive age on the basis of its integrated assessment.

Demographic indicators of Sumy region, population reproductive health of women of the region, environmental factors and socio-economic component of vital activity of the population in the region were analyzed for the first time ever during the course of the thesis work.

The air pollution problem in the region was caused in recent years mainly by emissions from mobile sources, representing almost 70% of the total amount of emissions (40,39 thousand tons) according to the results of the retrospective analysis of statistical data. It was determined the poor environmental quality by average value of specific weight of the number of exceedance in maximum permissible concentrations of substances in Sumy and Sumy region, Romenskyi, Okhtyrskyi, Nedryhailivskyi, Krasnopilskyi regions in the period from 1994 to 1997 and from 2012 to 2016. It coincides with classification of

regions according to the dynamics of emissions of pollutants in atmospheric air from stationary sources of pollution.

It is for the first time executed classification of the regions of Sumy Oblast by quality of the environment and the nature of influence on population reproductive health is established in a retrospective of twenty years. Regions with relatively favorable, tense and crisis demographic situation were identified during the study. The three-year reduction in the number of existing population in the Sumy Oblast occurred mainly at the expense of the rural population (-3.13), compared with the population of urban settlements (-1.09). It is established that in all regions of the oblast there is a reduction of total number of the population, however the factors of demographic processes are different. Some regions of the oblast have a similar picture of demographic changes that made it possible to distinguish between three types of regions in the oblast on indicators of birth rate and mortality of the population: high, average, and low. Most of all expressed depopulation with considerable reduction of the population is observed in Konotopskyi (-4.37%), Burynskyi (-3.98%), Hlukhivskyi (-3.81%), Lebedynskyi (-3.74%), Velykopysarivskyi (-3.55%) regions. Demographic divisions into districts can form a basis of concrete medico-social measures for the specified regions. Sumy Oblast belongs to regions with low indicator of average number of children born to women aged 15 and older, which ranges from 2.0 to 2.1 children compared to the western regions of Ukraine, where the average birth rate is more than 2.2 children.

As a result of the study it was found that in the period from 1996 to 2016 the prevalence of urogenital diseases among adult female population of Sumy Oblast increased by 3 439,2 ‰ (5,939.2 per 100,000 population in 1996 and 9 378.4 per 100,000 population in 2016). Among this group of diseases (as at 1 January 2017) there are salpingitis, oophoritis were estimated at 10.33%, inflammatory diseases of the cervix are 17,48%, endometriosis is 3,31%, cervical erosion is 9,48%, menstrual disorders are 7,37%, female infertility is 3,11%. In the structure of pathological lesions of students dominated digestive system diseases (22,48%); in the second place are diseases of a respiratory system (due to diseases of the upper respiratory tract (13,63%)) and nervous

system (13,12% are vegetative-vascular dystonia, vascular crises); in the third place are cardiovascular diseases (CVD) (11,54%) and urogenital diseases (11,59%), among which 89.87% were diseases of the reproductive system.

It is established that disorders of menstrual function have age distinctions (uterine bleeding at puberty gives way to hypomenstrual syndrome and amenorrhea over time, which indicates more serious functional disorders of the reproductive system), and also the share of inflammatory processes of appendages of a uterus decreases with an increase in specific weight of benign tumors and cervical erosion.

The conducted sociological survey made it possible to establish that 87.7% of girls of 17-22 years have a positive reproductive attitudes (RA) for creating a family in the format of official marriage, the majority considers the optimal age for marriage the period of 22 - 25 years.

It is generally recognized, however, that the low level of hygienic knowledge and knowledge concerning the reproductive health (RH) promotes transformation of reproductive behavior of youth. In particular average age of the beginning of sex life for female students who are not in marriage is 17.21 ± 0.11 years. The minimum age of the beginning of sex life which was specified by respondents was 13 years for girls in the cities, 16 years was for female residents of villages, which indicates a greater tendency to preserve the importance of marriage in rural areas.

The debut of sexual activity is maximal for the age range of 17-18 years (34.57%) and 15-16 years (19.15%) with a minimum specific weight of «19 - 20 years» (7,68%), «13 – 14 years» (2,13%), «after 20 years» (1,60%) and «up to 13 years» (0,53%) groups.

In the course of research it was first developed and scientifically substantiated the screening assessment methodology of individual reproductive health (RH) of women of early reproductive age. The assessment of individual RH was calculated as an arithmetic mean of score by nine indicators characterizing physical development, features of the ovarian menstrual cycle, presence or absence of diseases of the reproductive system and extragenital pathology. Three levels of individual reproductive health were distinguished (satisfactory condition, risk group, reproductive health disorders).

The idea of the individual and population reproductive potential of girls of 17-22 years in modern conditions of life was expanded.

The research for the first time scientifically substantiated the algorithm of diagnostics of reproductive potential and the system of medico-psychological and social assistance to female students, which is the basis of the «Youth Friendly Clinic» and educational work of the Resource Center of higher education institution «School of pedagogics of health».

In the course of the study, the factors influencing the reproductive potential (RP) were united into the following indicator blocks, using the semantic distribution of the whole array of data: 1) social and hygienic factors (place of permanent residence, material wealth of the family, education, permanent place of work, bad habits, food peculiarities, etc.); 2) genetic factors (inherited diseases and birth defects in the family); 3) somatic health state (physical development, constitution type, diseases of the reproductive system and extragenital pathology); 4) psychological features of the personality (chronic stress, type of gender identity, motivation to succeed in a career, vegetative disorders, reproductive attitude, reproductive behavior); 5) knowledge concerning health-saving (health-saving competence, use of contraceptives, availability of specialized medical care).

The use of block grouping of criterion signs allowed to develop a method for assessing the reproductive potential of women of early reproductive age. First, it was calculated weight coefficients of separate characteristics of the grouped blocks; secondly, for each characteristic of the specified blocks was used assessment (in points) with a multiplier (weight coefficients), while the assessment of a separate characteristic was the product of assessment in points and weight coefficient; thirdly, calculation of complex assessment of reproductive potential by determination of total amount of all points was carried out.

According to the totality and significance of experts' assessments, it was established that the reproductive potential of girls of 17-22 years is mostly determined by the factors «presence / absence of inherited diseases in a family» (14,55 standard unit) and «health-saving competence» (by subjective assessment of awareness of reproductive

health) (8,34 standard unit). Besides, the high level of reproductive potential of girls depends on tendency to feminine type of gender identity, low motivation to succeed in a career, mature reproductive behavior (responsible attitude to yourself and a partner in an intimate relationship).

It was defined social and hygienic, psychology and pedagogical conditions of formation of reproductive potential of youth on the basis of an integrated research of reproductive behavior, reproductive attitude, social and hygienic factors of vital activity, depending on the types of gender identity of girls of 17 - 22 years: 1) awareness and acceptance by young people of the principles of a healthy lifestyle, conscious attitude to their own health and the health of others; 2) wide spectrum of educational activities as to actualization among young people of adequate attitude of the culture of intersexual relations, reproductive behavior, family values taking into account the gender identity of the individual; 3) training of health workers, psychologists, social educators, volunteers from among the students for work with young people concerning formation of healthy lifestyle habits (HLH); 4) inclusion in the discipline of the student's free choice of specialized courses of health-saving content, consisting of theoretical and training components; 5) presence of task-adequate formation of reproductive potential of teaching and methodological support of educational process; 6) support of educational institutions by administration, support of reproductive health-saving by the public, parents, student self-government.

Taking into account the received results, a complex of measures for a medical, psychological and social support of educational work among students concerning formation of reproductive potential of women of early reproductive age were developed and implemented on the basis of the Resource Center «School of pedagogics of health» and «Youth Friendly Clinic». The effectiveness of the implementation of actions was evaluated according to the level of formation of health-saving competence (HSC). Among girls prevailed persons with sufficient level of HSC ($63,81 \pm 3,76\%$), compared to high-level groups ($23,31 \pm 3,31\%$, $p < 0,05$) and groups of insufficient level ($11,04 \pm 2,45\%$, $p < 0,05$), $1,84 \pm 1,05\%$ of girls have lack of knowledge about HLH .

It was proved that as a result of the implementation of the proposed measures, the dynamics of the change of indicators (by the growth rate (Δ)) was better in the main group (MG) compared with the comparison group (CG). In particular, the increase of change of specific weight of girls with a high level of HSC was $10,14 \pm 2,36\%$, which is 4.86% more than in the CG ($t=1,65$; $p<0,05$). The growth of increase of specific weight of girls with a sufficient level of HSC in MG ($12,50 \pm 2,59\%$), compared with the CG ($1,78 \pm 1,03\%$, $t=3,86$; $p<0,01$) is positive. In addition, among girls of MG decreases the number of people with insufficient HSC ($\Delta= - 66,64 \pm 3,69\%$) and the group of students with the absence of knowledge about HLH disappeared. In the CG was registered similar negative increase of specific weight of people with insufficient HSC ($\Delta= - 22,19 \pm 3,25\%$), but less than in MG ($t=9,03$, $p<0,05$) and there was a stable number of girls with the absence of knowledge about HLH.

Key words: reproductive potential, women, early reproductive age, health-saving competence, reproductive behavior, reproductive attitude.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

1) *наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

– у наукових періодичних фахових виданнях України:

1. Калиниченко Д. О., Антомонов М. Ю. Використання методу аналізу ієрархії для системного вивчення формування репродуктивного потенціалу дівчат // Biomedical and Biosocial Anthropology. 2017. №29. С. 177 - 181.

2. Калиниченко Д. О. Природний рух населення та дітородна активність (регіональний аспект) // Довкілля та здоров'я. 2018. №2. С. 75 - 79.

3. Калиниченко Д. О. Кількісна оцінка репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку // Довкілля та здоров'я. 2019. №3 (92). С. 11 - 16.

- у фахових наукових періодичних виданнях України, які включені до міжнародних наукометричних баз:

4. Kalynychenko D. O. Social and hygienic aspects of reproductive behavior and reproductive attitudes of 17 - 22 years old girls // Український журнал медицини, біології та спорту. 2019. Т. 4. №5(21). С. 332 – 337. **(Index Copernicus)**

5. Калиниченко Д. О. Вплив еколого-соціальних чинників на стан репродуктивного здоров'я жіночого населення регіону // Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 2. Т. 2(151). С. 72 – 76. **(Index Copernicus)**

у міжнародних наукових періодичних виданнях

6. Kalynychenko D. O. Medical and social aspects of reproductive potential of youth // Science and Education a New Dimension. Natural and Technical Sciences, V(16), Issue: 148, 2017. P. 53 - 56. **(Index Copernicus, Будапешт)**

2) наукові праці, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Скиба О. О., Калиниченко Д. О. Особливості гендерної ідентичності у осіб з різним обсягом рухової активності // Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України : матеріали науково-практичної конференції (дванадцяті марзеєвські читання), 20 – 21 жовтня 2016 р. Київ. С. 209 – 211.

8. Калиниченко Д. О. Гендерні особливості прояву тривожності як чинника розвитку психосоматичної патології // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених «Медична наука в практику охорони здоров'я» (Полтава, 9 грудня 2016 року). Полтава : ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», 2016. С. 121.

9. Калиниченко Д. О. Здоровий спосіб життя молоді як компонент національної самосвідомості // Національна самосвідомість та правова культура в умовах європейської інтеграції: збірник тез Всеукраїнської науково-практичної конференції (Суми, 17 лютого 2017 року) / Укл. Іваній О.М. Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. С. 9 – 12.

10. Калиниченко Д. О. Патологічна ураженість репродуктивної системи дівчат раннього активного репродуктивного віку // Актуальні питання гігієни та

екологічної безпеки України : збірка тез доповідей науково-практичної конференції молодих вчених (тринадцяті марзеєвські читання) (Київ, 19 – 20 жовтня 2017 р.) / головний редактор академік НАМН України Сердюк А. М. К.: ДУ «ІГЗ НАМНУ». С. 179 – 181.

11. Калиниченко Д. О. Перспективи використання освітнього потенціалу щодо збереження репродуктивного здоров'я населення // Педагогіка здоров'я : матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Освіта і здоров'я» : Суми, 24- 25 квітня 2017 р. / відповід. ред. І. О. Калиниченко, наук. ред. М. О. Лянной. Суми : ФОП Цьома С. П., 2016. С. 46 – 49.

12. Калиниченко Д. О. Регіональні особливості репродуктивного здоров'я дівчат // матеріали міжнародної науково – практичної конференції «Актуальні питання розвитку медичних наук у XXI ст.» (м. Львів, Україна 26 - 27 травня 2017 р.). Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2017. С. 69 – 72.

13. Калиниченко Д. О. Використання гігієнічної діагностики довкілля в сучасній профілактичній медицині // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні» (м. Дніпро, 9 - 10 червня 2017 р.). Дніпро: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2017. С. 83 – 87.

14. Калиниченко Д. О. Вплив соціально-гігієнічних чинників на якість життя дівчат 17-22 років // International research and practice conference «Relevant issues of modern medicine: the experience of Poland and Ukraine» : Conference proceedings, October 20–21, 2017. Lublin: Izdevnieciba «Baltija Publishing». P. 147 – 150.

15. Калиниченко Д. О. Медико-соціальні аспекти громадського здоров'я // Перспективи розвитку медичної науки і освіти : збірник тез доповідей Всеукраїнська науково-методичної конференції, присвяченої 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету, м. Суми, 16-17 листопада 2017 року. Суми : Сумський державний університет, 2017. С. 94 – 95.

16. Калиниченко Д. О. Гігієнічні аспекти репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку // Актуальні питання біології та медицини : матеріали

Всеукраїнської наукової конференції, м. Суми, 16-17 листопада 2017 р. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. С. 65 – 71.

17. Калиниченко Д. О. Медико-соціальна характеристика репродуктивної поведінки дівчат 17 – 22 років // «Профілактична медицина сьогодні: внесок молодих спеціалістів»: матеріали науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю присвяченої 25-річному ювілею НАМН України та Дню науки (24 травня 2018 р.) / Ред. рада Г.Д. Фадєєнко (голова). НАМН України. Х., 2018. С. 24.

18. Калиниченко Д. О. Використання методу аналізу ієрархій у медико-біологічних дослідженнях // Академічна культура дослідника в освітньому просторі : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Суми, 17 травня 2018 р.) / за ред. О. М. Семенов. Суми : Видавництво СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2018. С. 216 – 220.

19. Калиниченко Д. О. Репродуктивні установки жінок раннього фертильного віку з різним рівнем репродуктивного потенціалу // матеріали Пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України та науково-практичної конференції з міжнародною участю «Репродуктивне здоров'я в Україні: тенденції, досягнення, виклики та пріоритети» (до 90-річчя академіка Грищенка В.І.) (Київ, 20-21 вересня 2018 р.) С. 65 – 66.

20. Калиниченко Д. О., Скиба О. О. Вплив екологічних чинників на стан репродуктивного здоров'я жіночого населення // Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України : збірка тез доповідей науково-практичної конференції молодих вчених (чотирнадцяті марзєєвські читання) (Київ, 11 – 12 жовтня 2018 р.) / головний редактор академік НАМН України Сердюк А. М. К.: ДУ «ІГЗ НАМНУ». С. 114 – 115.

3) наукові праці, що додатково відображають наукові результати дисертації:

21. Калиниченко Д. О. Фізіолого-гігієнічні аспекти формування здоров'я дітей в системі загальної середньої освіти // Збереження та зміцнення здоров'я дітей в умовах сучасних закладів освіти: проблеми та перспективи : монографія / [за заг. ред. І. О. Калиниченко]. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. С. 11 - 30.

22. Антомонов М. Ю., Калиниченко Д. О., Скиба О. О. Інтегральна оцінка репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку. Київ, 2019. 8 с. (Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я / Укрмедпатентінформ, № 12-2019).

23. Калиниченко Д. О., Скиба О. О., Гриневич Т. М., Концевич В. В. Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку: науково-методичне видання. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. 20 с.

24. Антомонов М. Ю., Скиба О. О., Калиниченко Д. О., Концевич В. В. Діагностика репродуктивного потенціалу та оцінка формування здоров'язбережувальної компетентності щодо репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку : науково-методичне видання. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. – 28 с.

25. Калиниченко Д. О. Гігієнічна оцінка якості та способу життя молоді // ScienceRise: Medical Science. 2017. №11 (19). С. 18 - 22. (**Index Copernicus**,)

26. Калиниченко Д. О. Медико-соціальні чинники здоров'язбереження дітей і підлітків // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2016. Т. 16, Вип. 4 (56), Ч. 2. С. 251 - 255. (**Index Copernicus Master List та CEJSH**).

27. Скиба О. О., Калиниченко Д. О. Соціально-психологічні особливості способу життя молоді та його вплив на формування гендерної ідентичності // Актуальні проблеми сучасної медицини. 2016. Т. 16, Вип. 3 (55). С. 208 – 211. (**Index Copernicus**)

28. Калиниченко Д. О. Здоров'язбережувальні технології як складова навчально-виховного процесу сучасної школи // Молодий вчений. 2016. №11.1 (38.1). С. 52 - 55. (**Index Copernicus**).

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ.....	20
ВСТУП.....	21
РОЗДІЛ 1. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНИХ ДЕМОГРАФІЧНИХ ПРОЦЕСІВ І РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ МОЛОДІ (аналітичний огляд літератури).....	29
1.1. Сучасні тенденції демографічних процесів в Україні	29
1.2. Сучасні тенденції репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку.....	31
1.3. Медико-психо-соціальні чинники формування репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку	40
1.4. Умови формування та шляхи оптимізації репродуктивного потенціалу	45
Висновки до розділу 1.....	53
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ, ПРОГРАМА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	54
2.1. Організація дослідження.....	54
2.2. Методи дослідження.....	62
2.2.1. Дослідження стану здоров'я дівчат та чинників довкілля.....	62
2.2.2. Оцінка соціально - гігієнічних умов життєдіяльності та особистісних якостей особистості.....	66
2.2.3. Математичні та статистичні методи обробки отриманих даних.....	68
РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНО - ДЕМОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕГІОНУ І РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ....	72
3.1. Характеристика стану довкілля.....	72
3.2. Динаміка регіонального природного руху населення та дітородної активності.....	78
3.3. Оцінка репродуктивного здоров'я жіночого населення регіону	85
3.4. Вплив еколого - соціальних чинників на стан репродуктивного здоров'я жіночого населення регіону	94

Висновки до розділу 3.....	101
РОЗДІЛ 4. МЕДИКО – СОЦІАЛЬНО – ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ДІВЧАТ-СТУДЕНТОК ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ 17 – 22 РОКІВ.....	104
4.1 Стан соматичного та репродуктивного здоров'я студенток закладів вищої освіти	104
4.2. Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я дівчат-студенток 17 – 22 років.....	113
4.3. Гігієнічна оцінка якості та способу життя студенток закладів вищої освіти	115
4.4. Медико-соціально-психологічна оцінка репродуктивної поведінки та репродуктивних установок дівчат 17 – 22 років.....	118
Висновки до розділу 4.....	132
РОЗДІЛ 5. ОБГРУНТУВАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ФОРМУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ДІВЧАТ- СТУДЕНТОК ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ 17 – 22 РОКІВ.....	134
5.1. Системне вивчення формування репродуктивного потенціалу дівчат 17 – 22 років.....	134
5.2. Організаційна модель медико-психолого-соціальної допомоги дівчатам-студенткам щодо формування репродуктивного потенціалу.....	148
5.3. Ефективність медико-психолого-соціальної допомоги дівчатам- студенткам в умовах Клініки, дружньої до молоді.....	152
Висновки до розділу 5.....	159
АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	160
ВИСНОВКИ	168
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	170
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	172
ДОДАТКИ	206

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ

ВВР	вроджені вади розвитку
ВГ	вікова група
ГП	група порівняння
ДМТ	дефіцит маси тіла
ДТ	довжина тіла
ЗСЖ	здоровий спосіб життя
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
МДУ	мотивація досягнення успіху
МТ	маса тіла
МЦ	менструальний цикл
НМТ	надлишок маси тіла
ОГ	основна група
ОРА	опорно-руховий апарат
ОТ	особистісна тривожність
РЗ	репродуктивне здоров'я
РП	репродуктивний потенціал
СТ	ситуативна тривожність
ТПЖ	товщина підшкірного жиру
ФР	фізичний розвиток

ВСТУП

Актуальність теми. Сталий розвиток суспільства будь-якої країни значною мірою залежить від стану громадського здоров'я, її демографічної перспективи. Згідно із сучасними принципами формування ефективної соціально-економічної стратегії, здоров'я населення розглядається як один із основних пріоритетів економічного, соціального, політичного і екологічного напрямів державної політики [1, 2, 3]. Основний Закон України утверджує зобов'язання держави у визнанні найвищої соціальної цінності – життя та здоров'я людини (ст. 3, 49) [3].

У Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я — 2020: український вимір» зазначено, що медико-демографічна ситуація, що склалась останнім часом в Україні, ставить під загрозу майбутнє країни і зумовлює посилення уваги до стану репродуктивного здоров'я (РЗ) населення [4, 5]. При цьому серед основних принципів визначається посилення профілактичної спрямованості охорони здоров'я, орієнтація на збереження здоров'я людини, підвищення значимості у життєдіяльності суспільства інституту сім'ї, охорони материнства та дитинства [6]. На сьогодні в Україні триває процес депопуляції, що характеризується найбільшими темпами скорочення населення в Європі. За даними Центру медичної статистики МОЗ України за останні два десятиліття відбулося скорочення населення з 51,636 млн. чоловік у 1990 році до 42584,5 млн. чоловік станом на 01.01.2017 р. При цьому показник природного приросту населення на 1 000 осіб наявного населення зменшився з 0,6 у 1990 році до -3,9 – у 2014 році та -4,4 – у 2016 році. Критичного рівня набувають вказані показники у Сумській області, в якій показник народжуваності становив 8,0 на 1 000 населення (по Україні 9,3‰), а природний приріст (убуток) у 2016 році становив - 8,9‰, що є найнижчими (після Чернігівської області (-10,3‰) показниками по Україні [1].

Актуальність проблеми визначається, по-перше, - демографічною кризою суспільства; по-друге, - низький рівень сформованості репродуктивних установок, репродуктивної поведінки; по-третє, - медичними чинниками; четверте, - чинниками довкілля та соціальними компонентами. В структурі медичних чинників

виділяють: високу частоту безпліддя, невиношування вагітності, високий рівень хронічної патології у подружніх пар, збільшення випадків хронічних інфекцій, що передаються статевим шляхом [6], збереженням значної частоти абортів, що на сьогодні залишається одним із основних методів регулювання народжуваності і планування сім'ї і чинником незворотної шкоди здоров'ю жінки; запальні хвороби жіночих статевих органів [7, 8, 9]; зростанням загальної захворюваності дівчат на 60,1%, зокрема, на хвороби сечостатевої системи (у 4,4 рази), розладів менструацій (у 4,2 рази) [9, 10], ускладнення пологів, перинатальна патологія та вторинне безпліддя; Серед чинників довкілля та соціальних компонентів провідну роль відіграє падіння рівня життя, зростаючі стресові навантаження, погіршення якості харчування, розповсюдження тютюнокуріння, алкоголізму, наркоманії, зниження ролі шлюбу, недостатнє і малоефективне використання контрацептивних засобів (КЗ), ранній початок статевого життя і пов'язаними з цим проблемами підліткових вагітностей, пологів, абортів, інфекцій, що передаються статевим шляхом. [11, 12, 13], зменшення ролі сім'ї у соціалізації підлітків і молоді, вплив мас-медіа з висвітленням надмірно ліберальної статевої моралі [9, 10, 14].

Дослідження, що проведені в останні десятиліття фахівцями профілактичної медицини, спрямовані на вивчення загального впливу чинників навколишнього середовища на репродуктивне здоров'я населення [15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 264, 265, 266], розробку системи медико-соціальної профілактики порушень формування репродуктивного здоров'я населення [24, 25, 26]. Виконані клінічні дослідження щодо патології вагітності і пологів, хвороб репродуктивної системи у підлітків [26, 27, 28, 29].

У наукових дослідженнях останніх років спостерігається значна увага до аналізу поведінкових чинників у формуванні РЗ [30, 267 - 270]. Проте більшість наукових досліджень не дозволяє об'єктивно оцінити репродуктивний потенціал дівчат, які не вступили до шлюбу.

Серед наукових розробок мають місце лише поодинокі і розрізнені наукові дослідження щодо міжсекторального підходу щодо збереження РЗ жінок раннього

репродуктивного віку на рівні регіонів [31]. Також недостатньо наукових досліджень з позицій концепції «сприяння здоров'ю» (Health Promotion) і здоров'язберігаючої стратегії стосовно комплексної оцінки репродуктивного потенціалу, де особистість є активним співучасником процесу збереження та відновлення здоров'я [32, 33]. Крім того, статистичні дані щодо репродуктивного потенціалу, репродуктивної поведінки молоді, рівня інформованості з питань РЗ відсутні. Оптимальним способом для їх отримання є вибіркове обстеження когорти студентської молоді в конкретних соціально-економічних регіональних умовах.

Зв'язок роботи з науковими програмами

Дослідження виконано згідно плану науково-дослідної роботи кафедри та міжвідомчої наукової лабораторії гігієни навчальної діяльності та вікової фізіології кафедри медико - біологічних основ фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка у межах таких тем: 1) Фізіолого-гігієнічний супровід здоров'язбережувальної діяльності закладів освіти (номер державної реєстрації 0113U004662 01.2013 – 01.2017 рр.)

2) Оцінка репродуктивного здоров'я підлітків і молоді з різними типами гендерної ідентичності (номер державної реєстрації 046 U007542 (09.2016 – 12.2020 рр.)

Мета дослідження - розробити систему медико-соціальних заходів щодо збереження та підвищення репродуктивного потенціалу дівчат-студенток закладів вищої освіти 17 – 22 років на основі комплексної його оцінки.

Для досягнення поставленої мети дослідження вирішувалися наступні **завдання**:

1. Провести аналіз демографічної ситуації у північно-східному регіоні України (на прикладі Сумської області) та визначити провідні чинники, що впливають на основні її показники.

2. Вивчити поширеність і динаміку репродуктивної патології на регіональному та територіальному рівнях.

3. Визначити особливості формування репродуктивної поведінки, репродуктивних установок та соціально-гігієнічні чинників життєдіяльності дівчат-студенток закладів вищої освіти 17 – 22 років.

4. Розробити методику комплексної оцінки репродуктивного потенціалу дівчат-студенток закладів вищої освіти 17 – 22 років.

5. Обґрунтувати систему профілактики порушень репродуктивного здоров'я та підвищення репродуктивного потенціалу молоді.

Об'єкт дослідження: формування репродуктивного потенціалу дівчат-студенток закладів вищої освіти 17 – 22 років

Предмет дослідження: компоненти формування репродуктивного потенціалу дівчат 17 – 22 років (соціальні, медико-біологічні, психологічні).

Для досягнення поставленої в роботі мети були використані наступні **методи дослідження:**

1) епідеміологічні – для виявлення проблем профілактики, причин, умов і механізмів формувань захворюваності з метою обґрунтування заходів профілактики;

2) клініко-статистичні – для аналізу перебігу вагітності і пологів у жінок групи спостереження ,

3) антропометричні – для оцінки фізичного розвитку;

4) соціологічні – для вивчення соціально-гігієнічних умов життєдіяльності, якості життя, сформованості репродуктивної поведінки та репродуктивних установок;

5) статистичні та математичні - для виявлення наявності і характеру залежностей та відмінностей між ознаками досліджуваних явищ.

Наукова новизна дослідження.

Вперше визначено зв'язок демографічних показників Сумщини, популяційного репродуктивного здоров'я жінок регіону та чинників навколишнього середовища та соціально-економічної складової життєдіяльності населення.

Вперше здійснено класифікацію районів Сумщини за якістю довкілля та встановлено характер впливу факторів навколишнього середовища на популяційне репродуктивне здоров'я у ретроспективі двадцяти років.

Вперше науково обґрунтовано алгоритм діагностики репродуктивного потенціалу та систему медико-психолого-соціальної допомоги дівчатам-студенткам, що є основою діяльності «Клініки дружньої до молоді» та просвітницької роботи Ресурсного центру закладу вищої освіти «Школа педагогіки здоров'я».

Розширено уявлення щодо індивідуального та популяційного репродуктивного потенціалу дівчат 17 – 22 років у сучасних умовах життєдіяльності.

На підставі комплексного дослідження репродуктивної поведінки, репродуктивних установок, соціально-гігієнічних чинників життєдіяльності залежно від типів гендерної ідентичності дівчат 17 – 22 років визначено соціально-гігієнічні та психолого-педагогічні умови формування репродуктивного потенціалу молоді.

Доповнено дані попередніх досліджень в галузі профілактичної медицини у частині удосконалення організації медичної допомоги з метою збереження репродуктивного здоров'я жінок.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблено і апробовано методики скринінгової діагностики репродуктивного здоров'я та оцінки репродуктивного потенціалу дівчат 17 – 22 років у дошлюбний період, що може бути використано лікарями під час профілактичних оглядів для розробки заходів первинної профілактики порушень репродуктивного здоров'я; психологами та соціальними педагогами у навчально-виховному процесі закладів освіти для організації просвітницьких та тренінгових заходів.

Експериментально доведено можливість результативної корекції репродуктивного потенціалу дівчат-студенток шляхом використання медико-психолого-соціальних заходів у закладах освіти та оцінку їх ефективності за допомогою.

Методики представлено в науково-методичних виданнях: «Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного

віку» та «Діагностика репродуктивного потенціалу та оцінка формування здоров'язбережувальної компетентності щодо репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку», які впроваджено у навчальний процес кафедри загальної гігієни та екології, соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; кафедри гігієни та екології ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»; кафедри фізичної реабілітації, здоров'я та ерготерапії Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка; кафедри біології і основ здоров'я ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського; впроваджені у практичну діяльність ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», відділення планування сім'ї ДУ «ІПАГ імені акад. О. М. Лук'янової НАМН України», ДУ Клініки, дружньої до молоді КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди», Сумського пологового будинку, що підтверджується відповідними актами впровадження.

Особистий внесок автора. Дисертант самостійно визначив мету та завдання дослідження; розробив його програму; обрав методи дослідження; здійснив збір та копіювання первинної документації; розробив анкети та виконав соціологічне дослідження; провів аналіз статистично опрацьованих матеріалів; здійснив комплексний аналіз медико-психолого-соціальної допомоги дівчатам в умовах закладу вищої освіти; узагальнив отримані результати; розробив та впровадив функціонально-організаційну модель збереження та підвищення репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку на регіональному рівні, та оцінив її ефективність. Особисто дисертантом сформовані основні положення, висновки та практичні рекомендації.

У спільних публікаціях авторів належить розробка та наукове обґрунтування основних ідей і положень дослідження, проведенні аналізу та інтерпретації отриманих результатів.

Особистий внесок здобувача становить понад 90%. У роботі не було використано наукові результати та ідеї співавторів опублікованих робіт.

Апробація роботи. Основні положення дисертації доповідались та обговорювалися на наукових форумах:

на міжнародному рівні: науково-практичні конференції (дванадцяті - чотирнадцяті марзеєвські читання) «Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України» (м. Київ, 20 – 21 жовтня 2016 р., 19 – 20 жовтня 2017 р., 11 – 12 жовтня 2018 р.); міжнародна науково – практична конференція «Актуальні питання розвитку медичних наук у XXI ст.» (м. Львів, Україна 26 - 27 травня 2017 р.); міжнародна науково-практична конференція «Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні» (м. Дніпро, 9 - 10 червня 2017 р.); International research and practice conference «Relevant issues of modern medicine: the experience of Poland and Ukraine» (Lublin, October 20–21, 2017); міжнародна науково – практична конференція «Академічна культура дослідника в освітньому просторі» (м. Суми, 17 травня 2018 року); науково-практична конференція з міжнародною участю «Репродуктивне здоров'я в Україні: тенденції, досягнення, виклики та пріоритети» (до 90-річчя академіка Грищенка В.І.) (м. Київ, 20 - 21 вересня 2018 р.)

на державному рівні: науково-практичні конференції: Всеукраїнська науково-практична конференції молодих учених «Медична наука в практику охорони здоров'я» (Полтава, 9 грудня 2016 року); Всеукраїнська науково-практична конференція «Національна самосвідомість та правова культура в умовах європейської інтеграції» (Суми, 17 лютого 2017 року); IV Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Освіта і здоров'я» (Суми, 24- 25 квітня 2017 р.); Всеукраїнська науково-методична конференція, присвячена 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету «Перспективи розвитку медичної науки і освіти» (м. Суми, 16-17 листопада 2017 р.); науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю присвяченої 25-річному ювілею НАМН України та Дню науки «Профілактична медицина сьогодні: внесок молодих спеціалістів» (Харків, 24 травня 2018 р.)

Публікації. Матеріали дисертації знайшли відображення у 5 статтях у наукових періодичних фахових виданнях України (у т. ч. фахових наукових

періодичних виданнях України, які включені до міжнародних наукометричних баз – 4; в одноосібному авторстві – 4), у наукових періодичних виданнях інших держав – 1; одному розділі колективної монографії, одному інформаційному листі, 20 інших наукових працях.

Обсяг та структура дисертації. Робота викладена на 172 сторінках машинописного тексту, складається із вступу, огляду наукової літератури, 5 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, додатків; ілюстрована 14 таблицями, 28 рисунками. Список використаної літератури складається з 288 наукових джерел (з них 263 - викладені кирилицею, 43 – латиницею).

РОЗДІЛ 1

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНИХ ДЕМОГРАФІЧНИХ ПРОЦЕСІВ І РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ МОЛОДІ

(аналітичний огляд літератури)

Охорона репродуктивного здоров'я, визначена ВООЗ відповідно до Резолюції Всесвітньої Асамблеї ООН з охорони здоров'я 1995 року як пріоритетна галузь, - це сукупність профілактичних методів, прийомів і послуг, що впливають на здоров'я та благополуччя населення. У загальнодержавній програмі «Здоров'я - 2020: український вимір» передбачено розробку і здійснення заходів з профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам, формування системи громадського здоров'я, мотивації населення до здорового способу життя [4].

1.1. Сучасні тенденції демографічних процесів в Україні

Дев'яності роки минулого століття залишили несприятливу демографічну ситуацію і низькі показники здоров'я населення: сьогодні жителі країн СНД живуть у середньому на 14 років менше, ніж жителі Західної Європи. Так, середня тривалість життя в Україні на 5 років нижча, ніж в Європейському регіоні та на 9 років нижча, ніж у країнах Європейського Союзу, а покоління дітей лише на 60% заміщує покоління батьків [34, 35]. У країнах Євросоюзу він становить у середньому 1,5, зокрема у Франції за рахунок ефективної демографічної політики він дорівнює 1,9, в Україні від 1,1 до 1,4 дитини на 1 жінку у різні роки [35, 36]. Як і в багатьох соціалістичних країнах, в Україні аж до початку 1990-х років рівень народжуваності зберігався на досить високому рівні (більше 1,8). В економічно розвинених країнах цей показник був на рівні 1,2-1,3 [37, с. 45]. На жаль показник природного приросту населення в Україні залишається від'ємним, а сумарний коефіцієнт народжуваності

хоч і збільшився з 1,2 у 2002 році до 1,4 дитини на одну жінку у 2016 році є досить низьким і Україна ще далека від досягнення природного рівня заміщення (2,1) [35, 38, 39].

На регіональному рівні динаміка чисельності населення має свою особливість як природного так і механічного походження. Зокрема Сумська область належить до найстаріших областей у демографічному відношенні (Вінницька, житомирська, Чернігівська, Черкаська). Якщо у Закарпатській, Рівненській областях та м. Києві у 2016 році зафіксовано приріст від 1,0 до 1,8‰, то в Сумській області реєструвався найбільший коефіцієнт природного зменшення населення з 2011 по 2016 роки (від -7,2 до -8,2‰), остатнього за рангом є Чернігівська область з показниками від -9,2 до -10,3‰ відповідно [1, с. 19; 37, 38, 40].

За прогнозом на початок 2010 р. чисельність населення України повинна була б становити 47,6 млн. осіб за оптимістичним варіантом та 46,1 млн. осіб – за песимістичним [37]. За даними офіційної статистики, за 25 останніх років населення України скоротилося більш ніж на 9 млн. осіб. У 1991 році в Україні проживало 51,944 млн. осіб, станом на 1 січня 2016 – 42,760 млн. осіб, а на початок 2017 року - 42 584 500 осіб [41].

Несприятлива демографічна ситуація в Україні, насамперед різке падіння народжуваності, пов'язана із загостренням проблем функціонування сімей як осередків відтворення населення, зниженням їх демографічного потенціалу. Деформація шлюбно-сімейних відносин криється у відкладанні шлюбів і народження дітей, безшлюбного материнства та соціального сирітства. Зокрема 28,6% дітей народжені жінками молодше 20 років, а 17,0% сімей з дітьми є неповними (у містах – 19,3%) [42].

Однією з особливостей народжуваності в Україні є перехід до малодітних сімей. Зокрема у 2000 році кількість домогосподарств з однією дитиною становила 61% усіх домогосподарств, у 2011 році таких сімей було 75%. На демографічну ситуацію впливають показники материнської та перинатальної смертності. Хоч вони

знижуються, але серйозне занепокоєння викликає рівень материнської смертності, який набагато перевищує показники країн Європейського Союзу [43].

Твердження, що депопуляція викликана погіршенням економічного становища населення спростовує І. А. Гундаров, який порівняв у 1999 р 10% найбагатших і 10% найбідніших сімей (національна вибірка 49 175 домогосподарств) встановив, що у перших кількість дітей до 14 років виявилось менше в 5,2 раза [44].

Окрім того, як свідчать статистичні данні, динаміка частоти реєстрації абортів та пологів в Україні носить позитивний характер - на фоні зниження частоти абортів у жінок репродуктивного віку, частота пологів має стійку тенденцію до зростання. Починаючи з 2001 року частота пологів стала перевищувати частоту абортів, в 2011 році кількість пологів склала 492 218, кількість абортів - 156 193, з них небажана вагітність (аборти легальні за бажанням жінки, кримінальні) - 101 212 [45]. Поширення абортів в нашій країні має суттєві географічні відмінності. На заході їх найменше, в центральних, східних областях та столичному регіоні – найбільше.

Вкрай негативний вплив на народжуваність має низький рівень репродуктивного здоров'я дівчат та жінок, що у поєднанні з іншими чинниками створює серйозну загрозу відновлення населення країни.

1.2. Сучасні тенденції репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку

Здоров'я людини, його формування, збереження і зміцнення є центральною проблемою фактично усіх країн світу. Стратегія збереження здоров'я людини знаходиться під пильною увагою ООН та ВООЗ, і відображена у таких документах як «Всесвітня Декларація з охорони здоров'я» [46], «Здоров'я-21. Основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ» [36, 47].

Нормативно-правове забезпечення служби планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я в Україні має міжнародні витоки, адже право на охорону репродуктивного здоров'я було означено на конференції ООН з питань

народонаселення і розвитку, що відбулась у вересні 1994 році у Каїрі за участю представників 188 країн світу. Саме тоді було зроблено акцент на необхідності посилення уваги урядів до питань репродуктивного здоров'я [48]. За визначенням ВООЗ, у документі «Моніторинг досягнення загального доступу до репродуктивного здоров'я на національному рівні. Концептуальні і практичні питання. Відповідні індикатори», поняття «*репродуктивне здоров'я*» трактується як *стан повного фізичного, інтелектуального та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або патологічних станів, у всіх сферах, які стосуються репродуктивної системи, її функціонування та процесів* [271, 272, 273].

Міжнародних документів у сфері репродуктивних прав і охорони репродуктивного здоров'я існує достатня кількість. Основними з них слід назвати такі: Декларація Міжнародної конференції з прав людини (Тегеран, 1968); Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (1979); Конвенція про права дитини (1990); Матеріали Міжнародних конференцій ООН з проблем народонаселення і розвитку (Бухарест, 1974; Мехіко, 1984; Каїр, 1994); Матеріали Всесвітньої конференції з прав людини (Відень, 1993); Платформа дій Четвертої Всесвітньої конференції щодо становища жінок (Пекін, 1995); Декларація тисячоліття ООН, прийнята на Саміті Тисячоліття (Нью-Йорк, 2000); Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, прийнята на спеціальній сесії Генеральної Асамблеї ООН (Нью-Йорк, 2001). Особливу увагу в Програмі дій Каїрської конференції приділено необхідності забезпечення підлітків і молоді доступними послугами та інформацією для вирішення таких важливих проблем, як вагітність, профілактика й лікування захворювань, що передаються статевим шляхом, боротьба з протиправними сексуальними діями [48].

Платформою дій, прийнятою Четвертою Всесвітньою конференцією щодо становища жінок (Пекін, 1995) та стратегією ВООЗ, було визначено необхідність проведення урядами та іншими суб'єктами активної гендерної політики в усіх стратегіях і програмах, визнано право жінок на досягнення найвищого рівня фізичного і психічного здоров'я та поліпшення їх доступу до відповідних

високоякісних послуг у сфері охорони здоров'я та до послуг у суміжних сферах. Цим документом передбачено розширення профілактичних програм, спрямованих на зміцнення здоров'я жінок. Особливу увагу діяльності країн у досягненні цієї мети необхідно спрямувати на підготовку і розповсюдження як формальних, так і неформальних просвітницьких програм, здійснення соціальної політики і політики у сфері людських ресурсів [47, 49].

Як зазначено у Концепції загальнодержавної програми «Репродуктивне та статеве здоров'я нації на період до 2021 року», згідно із національним демографічним прогнозом, чисельність жінок дітородного віку (15 - 49 років) у 2020 році зменшиться, порівняно з 2015 роком, на 6%, а до 2025 року – це скорочення сягне майже 11%. За таких умов зростає цінність кожного народження, а збереження репродуктивного здоров'я потенційних матерів та батьків стає національним пріоритетом для відтворення людського потенціалу України [50].

Особливу значимість згаданої Концепції підтверджує той факт, що її було розроблено за підтримки USAID та БФ «Здоров'я жінки і планування сім'ї», беручи до уваги аналіз підсумків попередньої програми та План сталого розвитку ООН на 2016 – 2030 роки та Європейський план дій ВООЗ з посилення охорони сексуального, репродуктивного здоров'я та прав на 2017 - 2021 рр. [51].

Аналізуючи методологію досліджень і оцінки репродуктивного здоров'я М. Ю. Сурмач, Н. С. Полька, О. В. Бердник, О. В. Добрянская справедливо зазначають про відсутність єдиного методичного підходу до оцінки репродуктивного здоров'я, коли використовуються тільки показники «нездоров'я» без врахування якості здоров'я [32, 52 – 55].

Очевидно, що для покращення громадського здоров'я необхідно зменшити негативні тенденції репродуктивного процесу за рахунок поліпшення загального і репродуктивного здоров'я жінок. До **медичних чинників** зміни народжуваності належать: вік матері до 18 і після 35 років, короткий інтервал між вагітностями,

екстрагенітальна патологія, дисгармонійний фізичний розвиток та стан репродуктивного здоров'я [56].

Здоров'я самої жінки, адаптаційні та імунно-захисні можливості організму можуть бути причиною зниження репродуктивної функції і рівня здоров'я. При цьому погіршується життєздатність поколінь на усіх етапах онтогенезу. До числа таких несприятливих чинників можна віднести наявність соматичних, інфекційних і гінекологічних захворювань, наявність шкідливих звичок, недостатнє і незбалансоване харчування [57]. За останні роки збільшилася поширеність інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Це пов'язано із рядом чинників, що не дозволяють ефективно здійснювати первинну профілактику ІПСШ, а саме: бідність, депривація, безробіття, зниження духовного і морального рівня людей, широка комерціалізація сфери інтимних послуг. Кризи тільки посилюються негативними ситуаціями, такими як міграцією населення, урбанізацією, зміна статевої поведінки молоді [57].

У країнах СНД за результатами узагальнення багаторічного досвіду роботи педіатричної служби та міжнародних медичних організацій щодо охорони та зміцнення здоров'я дітей, підлітків та молоді встановлено, що протягом двадцятирічного періоду зберігається тенденція до зростання захворюваності за зверненнями на 2 - 4% в рік, збільшується поширеність хронічної патології, знижується кількість здорових дітей в усіх вікових і статевих групах, що підтверджується даними і офіційної статистики і результатами вибіркового наукового досліджень [58, 59].

За даними Інституту педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України, найбільшу частку серед підлітків становлять хвороби органів дихання, травлення, кістково-м'язової системи, ендокринні хвороби, хвороби ока та його придаткового апарату, нервової системи, шкіри. [38, 60, 61].

На сьогодні більш ніж у 30% юнаків і дівчат виявляється затримка статевого дозрівання. За період з 2001 по 2008 рік частота розладів менструальної функції у дівчаток у віці 15-17 років збільшилася практично в 2 рази (+ 96,5%). Поширеність

запальних захворювань статевих органів серед дівчат зросла на 46,2%. За даними наукових досліджень справжній рівень поширеності розладів менструації вище офіційних даних в 4 рази, а запальних гінекологічних хвороб - в 9,4 рази [30, 62].

Н. В. Касьянова та І. В. Подоляка, вивчаючи стан репродуктивного здоров'я студенток, виявили екстрагенітальну патологію у 57% дівчат з показником її поширеності 515,3 на 1 тис. При цьому перше місце посідають хвороби органів травлення (33%), друге — хронічні тонзиліти (21%), третє — патологія сечостатевої системи (14%), у тому числі ураження репродуктивної системи – 37,2%. Запальні захворювання були найпоширенішими — їх діагностували майже в 70% обстежених, порушення менструальної функції — у 20% [63].

За іншими даними екстрагенітальна патологія реєструється у 72,4% дівчат-підлітків, з переважанням хронічних форм (47,0%). З віком збільшується частота (71,4% - 73,4%) і тяжкість соматичної патології (44,3% - 49,4%). Більше половини дівчат (65,5%) мають дві і більше нозології. Лідируючі позиції займає патологія ОРА (31,6%), системи травлення (29,0%), органів зору (23,9%) і ендокринної системи (18,8%) [13, 23, 60, 64, 65, 66].

В. Н. Бортновским і М. А. Чайковскою встановлено, що у 23% обстежених без клінічних проявів патології реєструвалося стан зриву адаптації. За умови поєднання трьох і більше факторів ризику, відзначалася неадекватна гемодинамічна відповідь на дозоване фізичне навантаження, збільшення частоти випадків з патологічними змінами на ЕКГ [67]. Особливої уваги заслуговує адаптація до умов навчання у вищих навчальних закладах. Стресовий стан, виникає за умови зміни соціального середовища (перші роки навчання), може мати не пристосувальний, а руйнівний характер, що призводить до підвищення емоційної напруги і провокують функціональні порушення менструального циклу і підтверджують їх психосоматичне походження [24, 68].

Отримані дані Л. А. Строзенко із співавторами показують, що у 81,4% дівчат є хронічні соматичні захворювання. При цьому у 60,3% дівчат діагностуються два, три, а іноді і чотири хронічних захворювання, які можуть впливати на

репродуктивну систему. У структурі соматичних захворювань у дівчат значно переважає патологія ОРА – 70%. Синдром вегетативної дисфункції, який може бути пусковим механізмом у розвитку порушень МЦ, виявлено у 38,2% дівчат [69].

Найбільш поширеним варіантом ПМЦ серед сучасних дівчат залишається олігоменорея (ОМ), яка може бути одним з перших ознак синдрому полікістозних яєчників, гіпоталамічного синдрому пубертатного періоду, вторинної аменореї [70, 71].

Серйозною проблемою у дівчат залишається запалення статевих органів. В цьому аспекті сальпінгіти і оофорити є переважною формою запальних захворювань органів малого тазу. Захворюваність зростає з віком, частіше з 15-18 років. Частота запальних захворювань у сексуально активних дівчат у 3,5 рази вища (49,7%) порівняно з однолітками, які не мають сексуальних контактів (14,7%) [72, 73]. Не викликає сумніву той факт, що тягар патологічних станів підліткового віку з роками тільки поглиблюється і формується підґрунтя для порушення репродуктивної функції. Зокрема О. І. Боднарюк із співавторами встановлено, що частота захворюваності на сальпінгоофорити у дівчат 19 – 20 років становила 10,72 випадка, поширеність – 23,25 випадка на 1 000 відповідного населення. При цьому переважали хронічні форми сальпінгоофоритів, з рецидивуючим перебігом на тлі «перинатального сліду» від матерів з генітальними інфекціями [23, 74, 75].

У жінок і дівчаток ановуляція, феномен абсолютної або відносної гіперестрогенії, з яким пов'язаний розлад ритму менструацій, розвиток гіперпластичних процесів ендометрія часто супроводжується ожирінням [76, 77].

Ожиріння є одним з найпоширеніших хронічних захворювань, яким за даними ВООЗ в кінці ХХ століття в світі страждало 30% жителів, а до 2025 року за прогнозами епідеміологів ожиріння збільшиться у 44 країнах світу. У більшості країн Західної Європи на ожиріння страждає від 10 до 25% населення, у США 60% жителів мають надлишкову масу тіла, при чому серед них все частіше зустрічаються молоді люди; 22% із них за класифікацією ВООЗ - мають ожиріння. Крім того, кожна четверта дитина має надмірну вагу, ще 11% страждають від ожиріння, в

Україні цей показник близько 10–11% [78, 274, 275, 276]. За даними епідеміологічних досліджень, проведених в Україні, більше половини дорослого населення страждають від зайвої ваги тіла або ожиріння, при цьому поширеність серед жінок в 1,7 раза вище, ніж серед чоловіків [79; 80, с. 65; 81, 82, 83].

Науковці різних країн зазначають, що у жінок репродуктивного віку метаболічний синдром є однією з найбільш частих причин порушення менструальної та репродуктивної функцій на фоні прогресуючого ожиріння. Поширеність цієї патології складає приблизно 30–35% у структурі порушень репродуктивної функції і до 70% серед пацієнтів з гіперпластичними процесами ендометрія. Частота ранніх втрат вагітності зростає до 40–50% [84 – 86, 87, 277, 278].

У дослідженнях Л. А. Строзенко із співавторами дефіцит маси тіла (ДМТ) спостерігався у 24,4% дівчат, а надлишок – у 18,0% [69]. Популяційні дослідження науковців дозволили визначити надлишкову масу тіла (НМТ) у 4,5% дівчат і ДМТ у 23,0%, затримка статевого дозрівання виявлена у 30%, із збільшенням частоти розладів МЦ практично у 2 рази (+96,5%). Розповсюдженість запальних захворювань статевих органів серед дівчат зросла на 46,2% [88, с. 13, 15].

Різні порушення менструальної функції відзначають 72,3% жінок з ДМТ. Характерними є пізнє менархе, опсоменорея, оліго- та гіпоменорея, болісні та нерегулярні менструації. Частота аменореї, пов'язаної з ДМТ, становить 7,7%, ановуляторний цикл спостерігається у 67,7%, діагноз «безпліддя» має місце у 26,2% жінок з наявним ДМТ. Науковці припускають, що, можливо, затримка менархе у дівчат з ДМТ є своєрідною захисною реакцією організму, яка характеризує недостатній фізичний розвиток і реалізується через підкіркові структури центральної нервової системи [89].

На думку Л. Ю. Шабанової, В. П. Квашенко, О. А. Андрієць, М. Н. Олексина у пацієнток з порушенням менструальної функції і НМТ в гормональному статусі превалюють ознаки активації гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, що у поєднанні з відносною недостатністю ФСГ, низькими показниками прогестерону і

СТГ свідчить про наявність гіперандрогенної дисфункції яєчників. За умови НМТ у пацієток з дисфункцією яєчників у пубертатному періоді життя виявлено патологічний симптомокомплекс, що включає: інсулінрезистентність, гіпосоматотропізм, дисліпідемію, зниження вироблення СТГ [84, 90 – 92]. Виявлена пряма залежність між надлишком або недостатністю жирової тканини і рівнем гормонів, що впливають на репродуктивний потенціал дівчат - підлітків [93, 94, 95].

Б. В. Еникеев вказує, що ризик перинатальної патології та перебіг вагітності у жінок з ДМТ порівняно з жінками із нормальною МТ характеризується високим відсотком акушерських ускладнень. Серед ускладнень під час вагітності найбільш часто відзначається анемія (65% проти 29,9%), ранній токсикоз (46,7% проти 11,9%), гестоз (38,3% проти 16,5%), загрозові передчасні пологи (38,5% проти 14,3%), серед вагітних з ДМТ частота викиднів в 5,2 раза більше, а при НМТ – у 4 рази частіше, ніж у групі з нормальною МТ [96].

У тих підлітків, хто живе статевим життям, частота гінекологічної патології у 3 рази вище, ніж у їх ровесниць, що не вступали в статевий зв'язок. За даними попередніх досліджень, у Росії частота гінекологічних захворювань у 15-літніх дівчат - підлітків становить 77,6%, а до 17 років досягає 92,5%. О. Е. Баряєва пов'язує вказані факти зі світовою тенденцією зростання сексуальної активності молоді. Дослідження, проведені в Англії, США, Канаді, Австрії, Росії та інших країнах, показали, що близько 25-35% дівчат мали сексуальні контакти до 16 років, а у віковому діапазоні 16 - 19 років — від 40% до 70%. При цьому підліткам властиві випадковий характер статевих зв'язків, безграмотність у питаннях профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), і небажаної вагітності [97, 279, 280].

Розлади менструальної функції у ранньому фертильному віці призводить до виникнення безпліддя, акушерської патології, перинатальних втрат, частота якої серед юнок збільшилася за останні двадцять років у 1,7 раза і становить за різними авторами від 1,2% до 3,0% відповідної вікової групи [98, 99, 100]. Частими захворюваннями, за даними медичних оглядів і звернень, є ендочервіцити – 46,6%,

на другому місці – поєднані запальні процеси – 26,6%. Висока частота (10 - 15%) ектопій шийки матки у дівчат-підлітків і молодих жінок є сприятливим фоном для розвитку запалення [101, 102].

Одним з факторів, що знижують репродуктивне здоров'я молоді, є ПСШ. Незважаючи на певні зусилля, спрямовані на боротьбу з ПСШ, захворюваність на означену групу хвороб залишається на досить високому рівні як у світі загалом, так і в Україні. До того ж протягом останніх років реальна захворюваність значно перевищує офіційні статистичні показники, адже багато хворих не звертаються в медичні установи, займаються самолікуванням або користуються послугами приватних клінік, де облік не завжди ведеться. Попередніми дослідженнями визначено, що найбільш суттєвими соціальними факторами, які впливають на ступінь поширення ПСШ серед молоді, є: низький рівень освіти, незадовільні матеріально-побутові умови, відсутність визначеного типу занять, незадовільний стан відносин в сім'ї та з оточуючими людьми, а також надмірне вживання алкоголю, вживання наркотичних речовин та тютюнопаління, особливо серед молодих жінок. Встановлено, що у структурі особливостей статевої поведінки найбільш вагомими факторами ризику щодо виникнення ЗПСШ слід вважати: ранній початок статевого життя, часту зміну статевих партнерів, низький рівень інформованості з питань профілактики венеричних захворювань та відмову від використання бар'єрних контрацептивів [103]. За даними російських науковців у цілому поширеність ПСШ із віком зростає з 564,7 (у 15-17 років) до 2133,9 на 100 тис. осіб відповідного віку у 20-29 років. Так, перевищення захворюваності в 18-19 років над 15-17-літніми становить 3,4 раза, а в 20-29 років — в 3,8 раза [104, 105, 106].

Н. В. Беляєва, Ю. А. Гуркін зазначають, що підлітковий період є одним з найбільш критичних періодів у житті людини. Відомо, що формування і маніфестація хронічної патології, нерідко відбувається саме в цьому періоді, формуються різні форми девіантної поведінки, відбувається «вибух» сексуальної активності. Це призводить до такого явища, як «юнацьке материнство» [107, 108, 109].

Серйозною проблемою є досить високий рівень абортів у жінок з першою вагітністю, що становить 11,5% від загального числа. Причому до 16,8% абортів дають різні ускладнення, а 7–8% жінок після них стають безплідними [110, 111]. Серед акушерів-гінекологів та педіатрів відсутня одностайна думка про вплив вагітності на організм у ранньому репродуктивному віці, про частоту її ускладнень [63, 281]. Частота вагітності у підлітків у останні 20 років зросла і не має тенденції до зниження. Щорічно в світі мають вагітність від 5 до 10% дівчат-підлітків у віці від 13 до 17 років. При цьому у 30% підлітків вагітність закінчується абортами, у 14% - мимовільним викиднем, у 56% - пологами [112, 282, 283].

1.3. Медико-психо-соціальні чинники формування репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку

У сучасній науковій літературі чинники здоров'я населення оцінюються в різних контекстах, що виходять за межі медицини та охорони здоров'я, перебувають у центрі уваги науковців у різних галузях знань. Так, основи соціології здоров'я було закладено в працях Е. Дюркгейма (1898 – 1913 рр.) та М. Вебера (1889 – 1900 рр.), згодом розроблялися А. Барановим (2001 – 2015), Лісіциним Ю. П. [113].

Підлітки і молодь у віці від 15 до 24 років становлять шосту частину населення планети (1 мільярд) і є тим потенціалом, з яким поєднується надія на глибокі зміни у демографічній ситуації [284]. Але для реалізації свого потенціалу і запобігання небезпечних помилок молоді необхідна допомога з боку їхніх сімей, суспільства і держави.

На стан репродуктивного здоров'я сучасних жінок впливає ряд факторів природного, техногенного, соціального характеру, а також і ті, що відносяться до системи охорони здоров'я, і вони суттєво впливають на формування РЗ у ранньому фертильному віці, адже частка нормальних пологів в країні не перевищує 32%, а кожна третя народжена дитина має відхилення у стані здоров'я [1, 2, 110, 114].

Негативні наслідки забруднення навколишнього природного середовища є однією з найважливіших проблем у світі, особливо для країн із розвинутою промисловістю. Забрудненість довкілля стає одним із визначальних факторів впливу на стан здоров'я населення взагалі та РЗ зокрема [72, 115]. Несприятливі техногенні екологічні фактори сприяють збільшенню частоти антенатальної смертності, вроджених вад розвитку (ВВР), гіпотрофії новонароджених і захворюваності новонароджених, ризику розвитку патології вагітності: невиношування вагітності, передчасних пологів, гестозів, анемій вагітних, запальних захворювань сечостатевої системи [116].

На сьогодні пошук чинників ризику виникнення ВВР зосереджується на вивченні анамнезу шлюбної пари, особливостей шлюбної поведінки та умов навколишнього середовища [117, с. 300, 504 – 507; 118].

Крім того, причинами несприятливої демографічної ситуації є погіршення соціально-економічних умов життєдіяльності, якості навколишнього середовища, стану здоров'я населення. Але в сучасних соціально-економічних і еколого-гігієнічних умовах антропогенний фактор відіграє дедалі вагомішу роль як одна з провідних причин захворюваності та смертності як дорослого, так і дитячого населення [119 – 122].

Науковцями було визначено, що найбільш низький показник фонду здоров'я населення виявлено у східному регіоні і високий показник «втрати здоров'я населення» (0,79 — ФЗН і 0,21 — ВЗН). Характерним є і самий низький рівень екологічної збалансованості більшості областей даного регіону [123]. Залежність втрат здоров'я населення від умов довкілля було простежено на прикладі східного регіону. Виявлено статистично достовірне зниження показників фонду здоров'я в мікрорайонах, прилеглих до автомагістралей порівняно з умовно чистими мікрорайонами (0,89 і 0,96 відповідно, $p \leq 0,01$) [124, 125]. До найбільш значущих факторів ризику якості здоров'я жіночої популяції у містах є антропогенна денатурація навколишнього середовища, у першу чергу забруднення атмосферного повітря ксенобіотиками [119, 120].

І. В. Єрмілова встановила, що у вагітних жінок в умовах **екологічного неблагополуччя** існує високий рівень екстрагенітальної патології (91,9%), з високим екологічним ризиком розвитку захворювань органів дихання, захворювань ендокринної системи, печінки і нирок [126]. На формування репродуктивної системи впливає безліч факторів. Особливо слід відзначити вплив шкідливих звичок матері, а також прийом деяких лікарських препаратів у час вагітності. Важливу роль в формуванні функції репродуктивної системи відіграє спадковість [127, 128, 285, 286].

Д. О. Микитенко, О. І. Тимченко, О. В. Линчак встановили, що репродуктивні плоді втрати останніми роками склали $8,19 \pm 0,41\%$ бажаних зареєстрованих вагітностей. Величина експресованого генетичного вантажу репродуктивних втрат

серед них була оцінена в середньому в $3,41 \pm 0,19\%$ від числа бажаних вагітностей, тобто $58,79 \pm 0,83\%$ від кількості репродуктивних втрат [129].

Загальновідомо, що стан РЗ на 50% визначається умовами і способом життя [130, 131]. У дослідженні Л. І. Кох та Г. А. Бурцевої, М. П. Гуліч показано, що матеріальний статок сімей є фоновим для формування навичок здорового способу життя (ЗСЖ) [13, 83].

Фахівцями Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка встановлено, що 48% учнівської молоді мають досвід тютюнокуріння (серед хлопців — 55% та 41% серед дівчат пробували коли-небудь курити). Кількість курців обох статей з віком зростає (з 20% серед шестикласників до 77,5% серед студентів [132].

За даними The GATS Atlas. Global Adult Tobacco Survey (World Health Organization, 2015) серед 15 – 17 річних підлітків курять 18%, серед осіб 18 – 24 років – 34%, в Росії - відповідно 19% і 49%, у Польщі – 11 і 29% відповідно [287 с. 22]. Разом із тим, у Другому національному звіті «Контроль над тютюном в Україні» (2014 р.) встановлено наступне: по-перше, частка тих, хто курить, помітно скоротилась: частка курців серед чоловіків становила 67,8% у 2005 р., 51,3% у 2010 р. та 48% у 2013 р.; у жінок – 19,9%, 11,5% та 12,8% відповідно. По-друге, зменшення показника поширеності тютюнопаління відбулося за рахунок майже усіх вікових груп населення, однак найбільшим було зниження рівня куріння серед підлітків та осіб віком 18–29 років, особливо молодих жінок, у двічі зросла кількість дітей, курців вдома (з 5,7 до 12,1%); менше число курців - підлітків бажають кинути курити (з 72,7 до 70,9%) [133, 134].

Не менш вагомий вплив на рівень репродуктивного потенціалу має біопсихосоціальний чинник і психосоматичні порушення [135, 136, 288, 289, 137, 138]. На сьогодні типовими морально-емоційними рисами суспільства є: конкуренція на ринку праці, тривожність, пристрасть наживи, розбещеність, невпевненість в завтрашньому дні. Подібні стани здатні викликати масове пригнічення репродуктивної енергії населення [44].

Як зазначають психологи, соціальний компонент репродуктивного здоров'я порушений у 61,7% дівчат та 59,4% юнаків (за рахунок, в першу чергу, грубого порушення соціокультурної складової соціального компоненту). Фізичний, психологічний і соціальний компоненти репродуктивного здоров'я залежать від психологічних особливостей чоловіків та жінок, які складають основу темпераменту особистості. Ці особливості проявляються у високих показниках невротичності, спонтанної та реактивної агресивності, утруднення побудови соціальних міжособистісних контактів, низької здатності до адаптації в стресових ситуаціях, підвищеного рівню особистісної і реактивної тривожності, суб'єктивного відчуття самотності, завищеної потреби у екстремальних відчуттях, схильності до депресивного і невротичного реагування, а також трансформації стереотипу статево-рольової поведінки – у 56,7 % юнаків та 56,5 % дівчат [136, 139, 140, 141, 142, 143].

Професор А. М. Куликов відзначає принципову **особливість сучасних підлітків**: розрив між завершенням пубертатного і соціального дозрівання. Ця проблема посилюється наполегливим бажанням вважати людину до 18 років дитиною і не визнавати його особливі медико-соціальні потреби. Внаслідок молоді люди, які вже до 15 років стають статевозрілими з обґрунтованими потребами дорослого життя, в то ж час усе більше стають інфантильними. Фактично відрізок часу довжиною в кілька років між закінченням дозрівання репродуктивної системи і сексуальності і віком повноліття стає асоціальним періодом. Звідси високий ризик небажаної поведінки, особливо репродуктивної. Типова риса сучасних підлітків — невдоволення своєю життєм у поєднанні з високою тривожністю і схильністю до депресії. Така психосоціальна дезадаптація посилює гіпоталамічну дисфункцію з формуванням вегетативної дистонії і ПМЦ — маткових кровотеч і альгодисменореї [144]. Враховуючи зміни в самосвідомості молодого покоління, трансформації соціальних і сімейних ролей, репродуктивні установки (РУ) часто пов'язують із гендерною ідентичністю та дослідженнями статево-рольової сфери особистості. Потреба в дітях розглядається як соціально-психологічна властивість соціалізованого індивіда, котра виявляється в тому, що без наявності дітей і

належного їх числа індивід відчуває не самодостатність себе як особистості [290, 291, 292].

За даними опитування психологів S. Street et al (1995) та теорії соціальних ролей А. Ігли (Eagly, 1981, 1987), ідеальний чоловік у розумінні підлітків і молоді — це маскулінний тип з властивими йому сміливістю, силою, витривалістю, упевненістю, відповідальністю, а жінка — андрогінного тип: ніжна, ласкава, турботлива, м'яка, але в то ж час активна, відповідальна, впевнена [145, 293, 294, 295]. Цілком справедливим є твердження, що в основі формування статевої ідентичності лежить біологічно задана стать, але формування психологічного статі (гендерної ідентичності) є результатом виховання та впливу на особистість соціальних умов і культурних традицій суспільства (R. Unger, 1979). Гендерні поняття формуються у дітей також під впливом літературних творів, кіно і телебачення, лялькових театрів [296, 297].

Австрійські вчені С. Lee і Н. Gramotnev розглядають прагнення мати дітей як елемент психологічного благополуччя. У своїй роботі С. Lee і Н. Gramotnev дослідили особливості репродуктивних установок молодих австралійок: для жінок, бажаних мати одного-двох дітей, важлива можливість мати оплачувану роботу, а ті, хто бажає більшу кількість дітей, готові до традиційної ролі домогосподарки [298]. Автори допустили, що небажання мати дітей є індикатором психологічного неблагополуччя і наслідком впливу несприятливих соціальних факторів, а прагнення до багатодітності насамперед визначається прихильністю до традиційних цінностей [146, 147, 298].

Поняття «гендер» трактується науковцями як психологічний феномен і характеристика особистісних особливостей та соціальних форм поведінки чоловіків і жінок, що сформувалися під впливом соціального середовища і культури [135]. З чого можна зробити висновок, що гендерна ідентичність особистості є продуктом соціально-економічної ситуації і головним чинником його формування є виховання [148].

Дослідження проблематики РЗ саме в гендерному, а не в статеві-віковому аспекті не набуло широкого поширення. Виключення становлять дослідження науковців ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМНУ». Ґрунтуючись на уявленнях про особистісні риси, що мають соціальне походження, зокрема амбітність, незалежність, активність, прагнення до досягненням – усі ці якості, у патріархальному середовищі неприйнятні для жінок, стають сьогодні досить поширеними у характері їх поведінки. Тому питання, що пов'язані з гендерною ідентичністю, тобто відповідність групам «фемінність – маскуліність – андрогінність» на сьогодні входять до числа найбільш обговорюваних в суспільстві і науці, з огляду на те, що ролі жінки сьогодні зазнають значних змін [53, 54, 149 – 153].

1.4. Умови формування та шляхи оптимізації репродуктивного потенціалу

Безперервний пошук, адекватних завданням охорони здоров'я, факторів здоров'я призвів до появи нового напрямку в галузі громадського здоров'я – позитивної концепції здоров'я, орієнтованої на оцінку факторів, що впливають на підтримання динамічної рівноваги здоров'я (балансу здоров'я): факторів навколишнього середовища, поведінки, індивідуальних особливостей організму, потенціалу здоров'я для підтримки його балансу в змінних умовах життя [32, 137, 154, 155].

Вивчення репродуктивного поведінки і репродуктивних установок (потреб) є важливим для розуміння і прогнозування тенденцій народжуваності у регіоні, для розробки конкретних заходів ефективної демографічної і сімейної політики.

На думку багатьох дослідників, наявність несприятливих тенденцій, що характеризують стан здоров'я населення, є не коректним щодо використання терміна «репродуктивне здоров'я» і більш доцільно, особливо щодо підлітків та молоді, вживати термін «репродуктивний потенціал» [156]. Широке використання даного поняття фахівцями різних галузей, започатковане ще в 70-ті роки минулого

століття, призвело до значних розбіжностей у визначенні самого поняття «потенціал», його сутності та принципів оцінювання [155, 157]. Термін *«репродуктивний потенціал»* необхідно трактувати як *«рівень фізичного і психічного стану (комплексний індивідуальний показник, що означає єдність біологічного і соціального стану індивіда) і дозволяє, за умови досягнення розумової, статевої, біологічної та соціальної зрілості, відповідних біологічних, соціальних умов та заходах охорони здоров'я, народжувати та виховувати здорових нащадків і забезпечувати баланс репродуктивного здоров'я»*. Репродуктивний потенціал умовно можна поділити на індивідуальний і суспільний, при цьому індивідуальний потенціал вивчається на рівні окремих осіб чоловічої та жіночої статі, суспільний – на рівні популяції [56, 155, 156, 158, с. 386].

В. Д. Юр'єв ширше характеризує репродуктивне здоров'я і репродуктивний потенціал населення, оскільки розглядає не тільки біологічний, але і соціальний його компонент, поєднання потенційного рівня здоров'я і можливостей його практичної реалізації з використанням наступних критеріїв: соціально-економічний портрет сім'ї, психологічна характеристика, репродуктивні установки, репродуктивна поведінка і інформованість з питань репродуктивного здоров'я, перебіг перинатального і постнатального періоду, фізичний розвиток, статевий розвиток і ступінь статевого дозрівання, інфекційний індекс, наявність хронічної і екстрагенітальної патології і ступінь її компенсації, наявність гінекологічної патології в анамнезі і на момент обстеження [156, 157].

Крім того, організм має певні *репродуктивні ресурси*, тобто можливість змінювати баланс в позитивну сторону і тим самим збільшувати репродуктивний потенціал [52, 156]. Оптимальний випадок настає тоді, коли негативний вплив медико-соціальних факторів ризику зведено до мінімуму і біологічні резерви організму високі. Проте необхідно підкреслити, що характеризувати РЗ з позиції оцінки репродуктивного потенціалу доречно лише розглядаючи населення дитячого і фертильного віку [52].

З точки зору соціології «репродуктивна поведінка – це поведінка суб'єкта, спрямована на біологічне (фізіологічне), психологічне і соціальне відтворення популяції» [159, 160]. Поняття «*репродуктивна поведінка*» розглядається як «система дій та стосунків, що впливають на народження або відмову від народження дитини в шлюбі чи поза шлюбом» [155].

Загальною тенденцією, що виявляється багатьма дослідниками при вивченні особливостей сексуальної поведінки сучасної молоді, є зниження середнього віку початку статевого життя. Наявність сексуального досвіду в групі віком 14-17 років, за різними даними, визнають 25-48% респондентів, при цьому майже половина з них - до 16 років. Досвід випадкових статевих контактів зареєстрований серед 35 - 40% досліджуваних, приблизно 60% вважають своє статеве життя регулярним, біля 50% відмічають часту зміну сексуальних партнерів. Серед мотивів початку статевого життя найбільш часто називали кохання (35 - 40%), цікавість (30 - 37%), прагнення бути дорослими (15 - 17%), випадковість (27 - 30%), наполегливість партнера (21 - 25%), насильство (9 - 12%), стан алкогольного чи наркотичного сп'яніння (13 - 21%). Вивчення інформованості серед молоді про засоби контрацепції та їх застосування на практиці свідчить, що приблизно 40% дівчат використовують контрацептиви постійно, 15% - час від часу та 35% - ніколи [105, 106, 136].

В останнє десятиліття науковцями наголошується на тривожну тенденцію раннього статевого дебюту, який серед дівчат-підлітків у середньому становить $14,5 \pm 2,2$ рока, а середнє число статевих партнерів - 1,5, тому в 50% випадків вагітність настає випадково, частіше поза шлюбом, у результаті першого незахищеного статевого акту [112, 281, 299].

Л. І. Кох, Г. А. Бурцева, Н. А. Буралкіна, Л. А. Строзенко, В. Е. Радзинский вказують на те, що сексуально активний спосіб життя вели 24,6% - 28,38% старшокласниць (15 – 16 років), при цьому засоби контрацепції застосовували тільки 22,73% респонденток [13, 23, 69, 132, 161].

За даними опитування, учнівська молодь виявилася достатньо поінформованою щодо запобіжних засобів з метою контрацепції. Основними джерелами отримання

інформації як про статеві стосунки, так і про методи контрацепції для опитаної учнівської молоді є ЗМІ (66,1% та 41% відповідно), друзі й однолітки (46 та 31% відповідно), інтернет (37 та 31% відповідно), поради з фахівцями (для 7 - 10%) [93, 131, 132, 155].

Аналіз літературних джерел також вказує на низький рівень інформованості жінок раннього репродуктивного віку з питань збереження репродуктивного здоров'я, профілактики ВІЛ-інфекції та ПСШ, безпечної статевої поведінки тощо [162 – 165].

Репродуктивна поведінка реалізується за допомогою системи **репродуктивних установок** — сукупності уявлень і настроїв суб'єкта, що відображають його готовність (схильність) реалізовувати певні типи репродуктивної поведінки [166, 167]. Зміна соціально-нормативних форм сімейно-шлюбних відносин, матеріальні проблеми молодих сімей, відсутність висококваліфікованого медико-психологічного супроводу майбутніх молодих батьків призводить до самодеструктивної репродуктивної поведінки [168]. Згідно з теорією Д. Н. Узнадзе, установка - готовність особистості до певного виду діяльності та активності; внутрішній динамічний і повністю несвідомий стан особистості, який виникає у результаті внутрішніх потреб і оточуючого середовища. З цієї точки зору установка - це початкова ланка відображення дійсності, несвідома форма психічного відображення [169].

Поняття *«репродуктивна установка»* трактують як психічний регулятор поведінки, схильність особистості до позитивного або негативного ставлення до народження певного числа дітей [167, 168]. Репродуктивні установки умовно поділяють на дві групи. По-перше, це – установки дітності, на досягнення головного результату репродуктивної поведінки; по-друге, установки на практику контрацепції. Тому, з психологічної точки зору, репродуктивна установка складається з трьох компонентів, які тісно взаємодіють між собою: когнітивного (пізнавального), афективного (емоційного) і поведінкового (спонукального) [168].

З точки зору вітчизняної школи в рамках діяльнісного підходу *мотив* – матеріальний або ідеальний предмет, котрий спонукає і спрямовує на себе діяльність або вчинок і заради якого вони здійснюються; джерелом спонукальної сили мотиву виступають потреби [170, 171]. Під мотивом А. А. Реан розуміє внутрішнє спонукання особистості до того або іншого виду діяльності (діяльність, спілкування, поведінка), пов'язано із задоволенням певної потреби [173].

Основними зовнішніми індикаторами репродуктивних установок слугують три основних показники: середнє ідеальне, бажане і очікуване (плановане) число дітей. Середнє ідеальне число дітей характеризує уявлення респондента про найкраще число дітей у сім'ї взагалі (у середній сім'ї по країні, у міській родині, сільській і т.п.), але не обов'язково у своїй родині [160].

Є підстави погодитися із думкою Ф. Н. Ільєсова, про те, що на зниження народжуваності може впливати не тільки і навіть не стільки об'єктивна недостатність матеріальних ресурсів, скільки суб'єктивна їх недостатність, яка сприймається у формі відчуття високої конкуренції за них [166, 173]. Таким чином можна говорити, про те, що у осіб із зниженою стійкістю до стресу конкуренції виникає *субдомінантна репродуктивна поведінка* із схильністю до малодітної сім'ї. Такі «раціональні» мотивації стримування народжуваності як: «страх неможливості забезпечити дитині необхідну якість життя, низький рівень доходів, соціальна нестабільність», в рамках екологічного підходу можуть розглядатися як форми прояви субдомінантної репродуктивної поведінки.

Поряд з економічними умовами важливим регулятором дітородного процесу служать соціальні чинники. До них відносяться: зростання культурного потенціалу населення, збільшення часу дозвілля, зниження потреби в дітях, закріплення моди на однодітну і бездітну сім'ї, віддермінування народження дитини. Для цього використовуються два основні механізми: почастишання споживання контрацептивних засобів і зростання кількості абортів, безпліддя [173, 174].

Стратегія збереження РЗ є першою глобальною стратегією ВООЗ, яка була прийнята П'ятдесят сьомою сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (ВООЗ) в

травні 2004 року. Стратегія орієнтована на п'ять пріоритетних аспектів репродуктивного та сексуального здоров'я: поліпшення допологової допомоги, допомоги при пологах, після пологів і допомоги новонародженим; надання високоякісних послуг з планування сім'ї, боротьба з інфекціями, що передаються статевим шляхом; і зміцнення сексуального здоров'я [175].

На основі визначення, даного у Доповіді Міжнародної конференції з народонаселення та розвитку (1994) були виділені три тематичних розділи репродуктивного здоров'я для операційних цілей: умови життя (в тому числі, якість медичного обслуговування, і, пов'язаний з цим рівень добробуту); послуги охорони здоров'я (забезпечення послуг, доступ до них, та їх використання в контексті первинної медичної допомоги) [300, 301].

Через те, що поліпшення стану здоров'я є прямим результатом дії ефективної медичної допомоги, індикатори медичної допомоги широко використовуються для моніторингу здійснення мети «загального доступу», яку іноді інтерпретують не як відображення доступу до «медичної допомоги», а доступу до «здоров'я» [284].

Справедливим є висновок про те, що існують певні суперечності у визначенні вікових меж поняття «молодь» у документах і практичних підходах міжнародних організацій (14 – 24 роки) та в законодавстві України (14 – 35 років) [176]. Широкі вікові рамки, що включають школярів, студентів та молодь, що вже працює, ускладнюють процес розробки і впровадження заходів та завдань щодо державної освітньої політики з питань здорового способу життя української молоді [177].

Мова йде про впровадження освітньої політики щодо ЗСЖ молоді на шкільному, вузівському, державному, міжнародному рівнях; зростання статусу і ролі оздоровчої освіти та розвиток міжнародної освітньої політики з питань забезпечення ЗСЖ молоді [177].

Справедливо зазначає М. Ю. Сурмач, що сучасна система санітарного освіти не стимулює осмислення підлітками і молоддю своєї власної ролі у зміцненні здоров'я. Поведінкові стереотипи щодо репродуктивного здоров'я, що формуються під впливом таких соціальних модераторів, як неформальні норми підліткового соціуму,

з однією боку, і модель здорового способу життя, що пропагується педагогами і медиками, з іншого, не відповідають ні індивідуальним потребам підлітків, ні необхідної для підтримки репродуктивного здоров'я здоров'язбережувальній поведінці [178].

Сучасна система медичного обслуговування підлітків і молоді не враховує сучасні реалії: зростання сексуальності підлітків і пов'язані з нею проблеми – ризикована поведінка, ВІЧ/СПІД, ІПСШ, зниження рівня репродуктивного здоров'я, небажані вагітності, а також початковий рівень відхилень соматичного здоров'я. Усе це диктує нагальну необхідність створення системи медичного і медико-соціально-психологічного забезпечення підлітків і молоді, прикладом чого можуть бути відділення медико-соціальної допомоги і клініки, дружні до молоді, підлітково-молодіжні і студентські поліклініки, консультативно-діагностичні центри, Центри здоров'я тощо [179, 180].

Згідно з Європейською стратегією «Здоров'я і розвиток дітей та підлітків» і Резолюцією Глобальних консультацій ВООЗ, в Україні станом на початок 2014 р. працювало 147 «Клінік, дружніх молоді», мета яких – надання медичної допомоги через взаємопорозуміння і спільний пошук шляхів вирішення проблем підліткам і молоді віком до 18 років, пов'язаних з ризикованою поведінкою та збереженням здоров'я. Ці заклади відіграють також значну роль у профілактиці ВІЛ-інфекції/СНІДу і формуванні відповідального ставлення підлітків та молоді до власного здоров'я [181, 182].

О. М. Балакірева, Р. Я. Левін, О. М. Мешкова, С. І. Осташко, Т. І. Сосідко розглянули організаційні та медико-соціальні аспекти роботи клінік, дружніх до молоді. Проте питання співпраці закладів освіти різних рівнів акредитації та клінік, дружніх до молоді щодо збереження здоров'я студентів не одержала в роботах названих вище авторів детального і вичерпного наукового аналізу [183].

У світі є багато моделей надання інформаційної, профілактичної, медично-соціальної допомоги молоді щодо збереження та зміцнення здоров'я: від організації одноразових заходів до створення спеціалізованих поліклінік і центрів, що

пропонують підліткам і молодим людям комплексні послуги в небезпечних ситуаціях. У 1995 році ВООЗ, спільно з ФНООН та ЮНІСЕФ, розробила спільну програму створення клінік, дружніх до молоді (КДМ), у європейському регіоні. Створення програми КДМ в Україні, як національної ініціативи, стало результатом успішного пілотного проекту, підтриманого ЮНІСЕФ. На сьогодні в країні функціонує понад 90 клінік, що визнані як заклади, дружні до молоді [184].

Основним в реалізації ідеології КДМ є надання медико - психолого - соціального комплексу послуг підліткам і молоді через розуміння їхніх проблем, спільний пошук шляхів зміни поведінки, спрямованих на збереження здоров'я [2, с. 12]. Цільова група КДМ – підлітки, віком від 14 до 18 років, та молодь віком до 24 років. Це пов'язано з психологічними особливостями цієї групи, а саме: з відсутністю у них навичок самостійного звернення за допомогою, з матеріальною і психологічною залежністю від батьків, з відчуттям недовіри до дорослих, з відсутністю відповідального відношення до свого здоров'я [185, 186].

Отже, варто говорити про побудову нової стратегії підтримки здоров'я молоді, формування здорового способу життя та профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі з урахуванням концептуальних засад формування ЗСЖ та нових напрямів діяльності світової спільноти.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

У роботі виконано системний аналіз публікацій вітчизняних та закордонних авторів. Виявлено основні невирішені завдання комплексної оцінки репродуктивного потенціалу дівчат вікового періоду 17 – 22 років, з якими пов'язана на сьогодні надія на відтворення населення і поліпшення здоров'я найближчих поколінь.

Встановлено, що стан репродуктивного здоров'я населення країни залишається однією з найбільш важливих медико-соціальних проблем із збереженням негативних тенденцій демографічних показників.

У сучасних умовах розвитку суспільства особливого значення набуває проведення моніторингу демографічної ситуації, соціологічних досліджень серед молоді організованих контингентів на рівні регіонів, результати якого допоможуть визначитися з заходами оптимізації репродуктивної поведінки і репродуктивних установок, зміцнення інституту сім'ї, материнства і дитинства.

До цього часу залишається дискусійним вплив гендерної ідентичності на формування репродуктивних установок дівчат.

Медико-соціальні проблеми репродуктивного здоров'я підростаючого покоління вимагають самої пильної уваги і міжвідомчого вирішення. Однією з причин складної ситуації можна назвати відсутність координації і наступності у діяльності структур, задіяних у процес становлення репродуктивного здоров'я (медичних, соціальних працівників, педагогів та громадськості).

У зв'язку з вищевказаним проведення подібного дослідження є актуальним і своєчасним.

Матеріали розділу 1 відображені в наступних публікаціях: [137, 138].

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ, ПРОГРАМА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація дослідження

Базою наукового дослідження обрано кафедру медико - біологічних основ фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, клінічні обстеження студенток у межах комплексних медичних оглядів та анкетування виконано на базі поліклінічного відділення КУ міська клінічна лікарня №1. Впровадження заходів щодо формування здоров'язбережувальної репродуктивної поведінки та оптимальних репродуктивних установок молоді здійснювалося у Клініці, дружньої до молоді КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» та Ресурсному центрі «Школа педагогіки здоров'я» кафедри медико-біологічних основ фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (Додаток А).

Методологія дослідження базувалася на аналізі, систематизації, визначенні загальних закономірностей та чинників впливу на стан репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку.

Теоретико-методологічними основами дисертаційного дослідження були:

теорія наукового пізнання (К. Попер, Ф Франк, Р. Карноп, Ф Бекон, Е. В. Ільєнков, В. С. Біблер, Л. С. Виготський);

теорії функціональних систем (Анохін П.К., 1975; Судаков К.В., 1983);

методологія соціально-гігієнічного моніторингу (О. Г. Сухарев, 2000);

концепція донозологічної діагностики (Р. М. Баєвський, 1979).

Вибір методів дослідження базувався на комплексному підході оцінки репродуктивного потенціалу дівчат 17 – 22 років.

Під час проведення досліджень використовували систему логічних, послідовних, пов'язаних між собою єдиною метою наступних методів:

1) методи теоретичного рівня:

- метод теоретичного вивчення і аналізу науково-методичної літератури, нормативних документів та документальних матеріалів;

- моделювання – для виділення проблемного поля дослідження, його основних напрямків, екстраполяції сучасних концепцій управління в простір профілактичної медицини і педагогіки, створення моделі оцінки репродуктивного потенціалу жінок активного репродуктивного віку.

2) емпіричні:

- гігієнічні (багаторічний аналіз факторів навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини, оцінка соціально-гігієнічних чинників життєдіяльності, поширеність шкідливих звичок та особливостей репродуктивної поведінки дівчат;

- медико - статистичні (оцінка демографічних показників, захворюваності, розповсюдженості, патологічної ураженості досліджуваного контингенту);

- медико - біологічні (оцінка фізичного розвитку, типу конституції та показників фізіологічних систем);

- метод групових експертних оцінок для визначення переліку та відносної ваги окремих індикаторів репродуктивного потенціалу;

- методи соціологічного дослідження (спостереження; цільове анкетування та опитування);

- математичні методи обробки статистичної інформації.

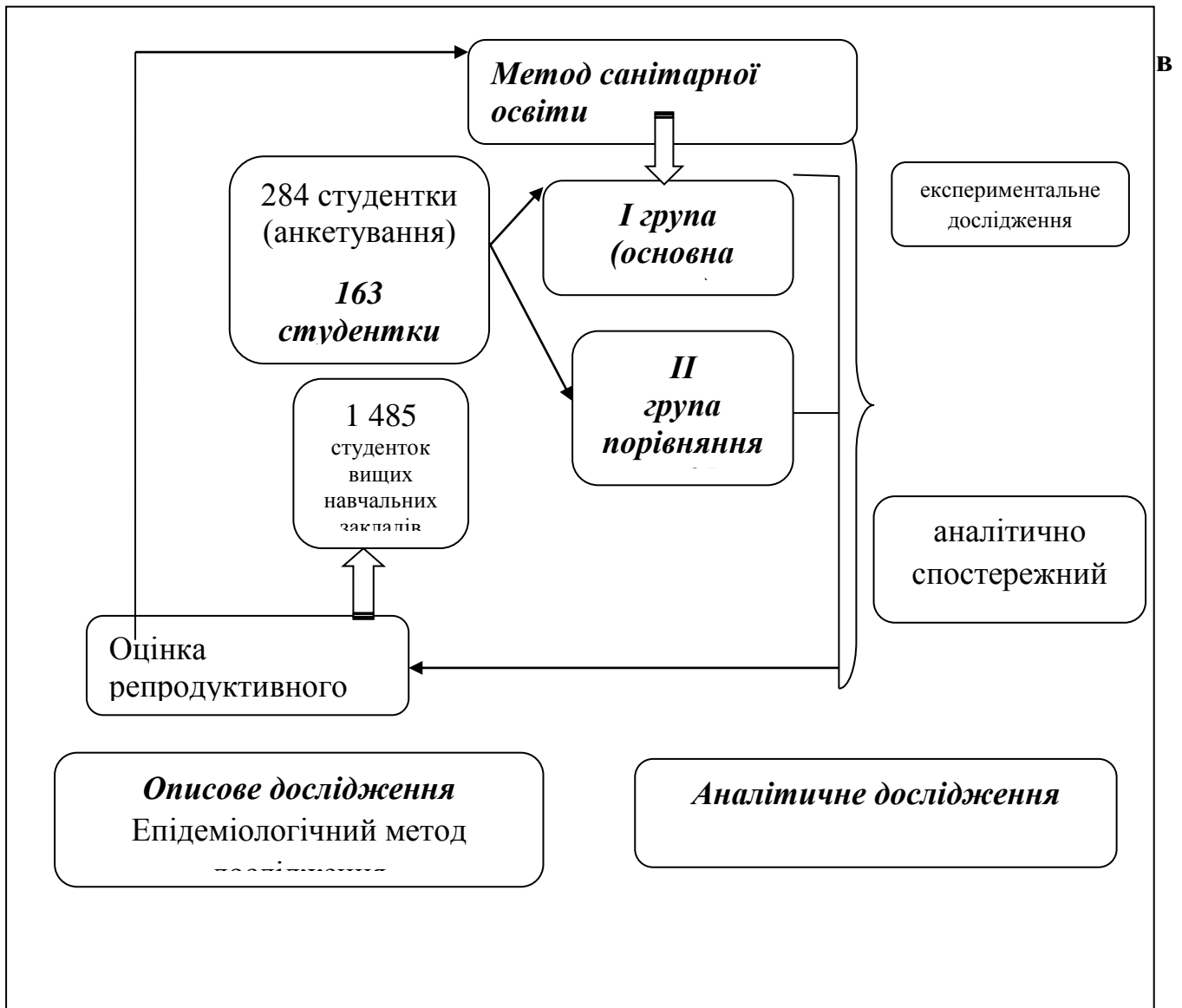
В організації проведення дослідження репродуктивного потенціалу молоді було передбачено такий **порядок роботи**: 1) розробка дизайну дослідження; 2) збір інформації і формування електронних баз даних; 3) обробка, аналіз та візуалізація даних; 4) розробка заходів, впровадження їх у практику та оцінка ефективності. Методологія наукового дослідження передбачала поетапність досягнення поставленої мети, тому розробка дизайну дослідження забезпечила можливість отримувати досить повну і достовірну інформацію по кожній із поставлених задач, а також поетапне їх вирішення.

Дизайн дослідження, як комплексний план для збору даних у емпіричному дослідженні, дозволив виокремити три процеси: 1) збір даних; 2) вибір і розробка інструментів дослідження; 3) формування вибірок [187, с. 48].

Процес збору даних передбачав поперечне і продольне дослідження з використанням методів анкетування та опитування з якісними характеристиками. Для отримання кількісних характеристик використовувалися антропометричні методи, вкопювання даних статистичної звітності та оцінка функціонального стану організму.

Для формування вибірок дисертаційного дослідження використовувалися два методичні прийоми: генералізуючий та індивідуального спостереження. Генералізуючий прийом передбачав проведення одноразових обстежень контингенту студенток з наступним віковим розподілом у 2014 - 2016 рр. Індивідуальне спостереження проводилось за однією когортою студенток [188, 189, с. 104]. Програмно-цільова організація наукових досліджень, що здійснювалися у ході виконання дисертаційної роботи, зумовлювала чітку етапність та послідовність їх проведення, кожен з яких, у свою чергу, включав конкретні завдання (рис. 2.1, табл. 2.1). Дослідження проводили протягом 2015 – 2018 рр.

На **першому етапі** сформульовано мету та завдання дослідження, проведено вибір об'єкта спостереження, джерел отримання інформації, форми експериментального дослідження і методів статистичної обробки даних дослідження. У цей період відбувалося накопичення емпіричного досвіду, формувалася понятійний апарат дослідження. Обрано використання як поточного, так і одномоментного спостережень, суцільного та вибіркового досліджень серед студенток. Визначені методи обліку та збору медико - статистичної інформації: документальний облік, соціологічний метод за допомогою спеціально розроблених анкет та виконано вкопювання з медичної документації і архівних матеріалів.



Джерела інформації, які використовувались у дослідженні:

- дані Державної екологічної інспекції в Сумській області, управління Держсанепідслужби у Сумській області, Сумського обласного центру з гідрометеорології [190, 191, 192];

- довідники показників діяльності установ охорони здоров'я Сумської області (1996 – 2017 рр.);

– статистичні звіти міських та районних санітарно-епідеміологічних станцій Сумської області про фактори навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини (ф-18) (1994 – 2015 рр.) [193 - 196];

– статистична інформація Головного управління статистики у Сумській області [197];

– спеціальні анкети, розроблені для кожного конкретного дослідження, всього 3 види анкет.

На **другому етапі** роботи проведено оцінку стану репродуктивного здоров'я жінок та підлітків Сумської області з використанням статистичних звітів закладів охорони здоров'я області за 1994–2017 рр. Вивчалися динаміка захворюваності жінок на запальні хвороби статевих органів, порушення менструального циклу, безпліддя, кількість пологів, абортів. Проаналізовано демографічні процеси в області та стан навколишнього середовища в районах області за окремими показниками, встановлено зв'язки із показниками репродуктивного здоров'я. Досліджено соціально-гігієнічні чинники життєдіяльності, репродуктивну поведінку, репродуктивні установки, показники функціонального стану серцево-судинної системи, антропометричні показники та особистісні якості студенток.

Для обґрунтування **медико-психолого-соціального супроводу формування репродуктивного потенціалу молоді** використано Програму МОЗ та ЮНІСЕФ «Клініки, дружньої до молоді» КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» і розпочато впровадження її у роботу Ресурсного центру «Школа педагогіки здоров'я» Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка.

Вибір контингенту для дослідження базувався на таких міркуваннях: по-перше, студентки, які навчаються у вищих навчальних закладах, належать до окремої соціальної групи населення, об'єднану віком, специфічними способом та умовами життєдіяльності, типами сексуальної та репродуктивної поведінки; по-друге, вік дівчат відповідав періоду «активний репродуктивний вік» (співпадає з 1 інтервалом

(15–19 років) та 2 інтервалом (20–24 роки) активного дітородного віку [198, с. 42]); по-третє, стан їхнього здоров'я суттєво залежить від комплексу притаманних для більшості студентської молоді соціально-побутових чинників (невисокий рівень життя та матеріального забезпечення, порушення режиму дня, харчування та збалансованості харчового раціону, ризик залучення до шкідливих звичок, недостатній рівень медичної допомоги по причині відсутності часу на необхідне звернення до лікаря, що призводить до хронізації патології).

Наряду із медико-біологічними факторами, здоров'я та поведінка даного контингенту зумовлені чинниками соціально-економічного характеру: зміна місця проживання, розрив з сім'єю та її традиціями, широкі соціальні контакти у середовищі однолітків (часто формуючи недостатньо свідому репродуктивну поведінку), дисонанс між високими життєвими запитами та обмеженістю матеріальних можливостей із необхідністю пошуку додаткових джерел заробітку, неготовність до самостійного життя. Крім того, у 17 – 22 роки завершується період становлення гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникового зв'язку та саме у цей період відбувається формування стійкого поєднання злагодженої функції ендокринної системи та психосоціальної поведінки. Проте вказаний період життя дівчат є найбільш вразливим з точки зору впливу чинників життєдіяльності, соціального оточення та генетично детермінованих особливостей особистості.

У матеріалах ВООЗ (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/ru/>), під час аналізу здоров'я жінок і дівчат, виокремлюються досить широкі вікові діапазони: дівчата-підлітки (10 – 19 років), жінки репродуктивного віку (15 - 44 роки) і дорослі жінки (20 - 59 років), що не дозволяє однозначно виокремити групи для спостереження.

Віковий діапазон 17 – 22 роки включається у групу «молодь», з огляду на те, що відповідно до термінології у практиці ВООЗ діти та молодь поділяються на **дітей** – особи до 18-літнього віку, на **підлітків** – особи у віці 10-19 років (включаючи молодший, середній та старший підлітковий вік), **молодь** – особи у віці 15-24 років, та **молодих людей** – осіб у віці 10-24 років. Законом України «Про сприяння

соціальному становленню та розвитку молоді України» визначено, що молодь, молоді громадяни – громадяни України віком від 14 до 35 років [199, 200].

На думку фахівців, підлітковий період - з 15-17 років і початок раннього репродуктивного періоду до 25 років - це важливий період в житті дівчини, коли встановилася менструація і регулярна овуляція, можлива реалізація репродуктивної функції [201]. Таким чином, закінчення росту, формування організму і статевих ознак до 17 років і перехід до активного репродуктивного періоду (25 – 35 років), дозволяє виокремити діапазон 17 – 22 років як період «раннього фертильного віку».

Генералізуючим методичним способом було створено вибірку з 1 485 студенток вищих навчальних закладів міста, які проходили комплексний профілактичний огляд у 2016 році з метою виконання аналізу патологічної ураженості за три останні роки.

Серед 284 дівчат було проведено анонімне (для забезпечення більшої щирості відповідей) анкетування за допомогою спеціально розроблених опитувальників і створено вибірку (163 студентки, які були постійними жителями Сумської області) для поглибленого дослідження та оцінки ефективності впровадження **медико-соціального супроводу формування репродуктивного потенціалу** у двох вікових групах 17 – 19 років та 20 – 22 роки.

Студентки були поділені на основну групу (ОГ, $n=78$ осіб (17 – 19 років – 42 студентки і 20 – 22 роки – 36 студенток)) і групу порівняння (ГП, $n=85$ осіб (17 – 19 років – 53 студентки і 20 – 22 роки – 32 студентки)).

До складу основної групи увійшли студентки, які активно брали участь у роботі ресурсного центру «Школа педагогіки здоров'я» Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка та протягом двох років були постійними учасниками тренінгів (як слухачі та волонтери у групах підлітків) «Клініки, дружньої до молоді». Група порівняння складалася із студенток, які не були залучені до впровадження заходів **медико-соціального супроводу формування репродуктивного потенціалу молоді**, а інформацію щодо ЗСЖ отримували із матеріалу навчальних дисциплін університету. При цьому жодна

студентка не була у шлюбі і не мала будь-яких серйозних захворювань та потреби у тривалому лікуванні.

Третій етап передбачав розробки способу прогнозування репродуктивного потенціалу на основі вивчення здоров'язберезувальної компетентності щодо репродуктивного здоров'я. За результатами експертного оцінювання розроблено спосіб оцінки індивідуального репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку. Проведено опитування студенток на предмет визначення репродуктивних установок та якості життя, визначено індивідуальний репродуктивний потенціал. Виконано обробку отриманих даних (групування статистичного матеріалу, статистичне зведення даних у таблиці, статистична обробка даних).

На четвертому етапі проведено математичний аналіз отриманих даних досліджень, науково обґрунтовано **медико-соціального супровід формування репродуктивного потенціалу** молоді, сформульовано висновки та рекомендації на підставі проведення кореляційного, дисперсійного, регресійного аналізу за допомогою стандартних пакетів прикладних програм багатовимірною статистичного аналізу «Statistica 10,0» (табл. Д.1).

Дослідження проводилося з дотриманням принципів добровільності, з гарантією захисту прав і свобод людини, недоторканості його фізичної та психічної цілісності, з дотриманням принципів справедливості і рівності, з попереднім детальним інформуванням волонтерів про суть дослідження; від кожного суб'єкта наукового дослідження отримано письмову згоду на участь у дослідженні та на проведення діагностичних заходів згідно з «Гельсінкською декларацією Всесвітньої медичної асоціації» (2005).

2.2. Методи дослідження

2.2.1. Дослідження стану здоров'я та чинників довкілля. Для оцінки стану навколишнього середовища Сумської області було використано архівні матеріали статистичної звітності міських та районних санітарно-епідеміологічних станцій Сумської області про фактори навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини (форма 18) (1994 – 2015 рр.) [193 – 196]. Вибір років спостереження було обрано з огляду на те, що стан навколишнього середовища місць проживання матерів студенток (у період вагітності) впливав на закладку репродуктивної системи дівчат, яким на сьогодні виповнилося 17 – 22 роки.

Для дослідження було обрано такі показники:

- 1) господарсько-питного водопостачання (кількість проб із джерел централізованого та децентралізованого водопостачання на санітарно-хімічні показники, що не відповідали санітарно-гігієнічним нормативам (у %) (протягом усіх років спостереження не було зафіксовано невідповідності санітарно-гігієнічним вимогам проб води на радіоактивні речовини);
- 2) рівні забруднення атмосферного повітря (за кількістю проб повітря з перевищенням ГДК вмісту окису азоту, окису вуглецю, концентрації сірчистого газу, пилу, сажі, формальдегіду, аміаку, фенолу та його похідних (у %));
- 3) гігієнічна характеристика продовольчої сировини та харчових продуктів (кількість проб на хімічні показники, пестициди та радіоактивні речовини, що не відповідали санітарно-гігієнічним нормативам (у %)).

Репродуктивне здоров'я на регіональному рівні розглядали з точки зору методології наукових досліджень у галузі громадського здоров'я з дослідженням таких показників:

- 1) демографічні показники даного регіону (загальні і спеціальні коефіцієнти природного руху населення, дитяча та перинатальна смертність, материнська смертність);
- 2) показники, що характеризують стан здоров'я населення регіону (частота екстрагенітальної патології вагітних, характер гестаційних ускладнень і ускладнень

пологів, частота безпліддя, поширеність генітальної та екстрагенітальної патології, поширеність ПСШ;

3) статистичні дані про використання методів контрацепції і частота штучного переривання вагітності.

Для аналізу демографічної ситуації в Україні та Сумській області використовували дані Всеукраїнського перепису населення 2001 року [202], Державної служби статистики України [203, 204]. Підлягали аналізу такі показники: загальний приріст (скорочення) населення, у тому числі природній та міграційний приріст (скорочення) та темп зростання (зменшення) чисельності населення; природний рух населення за показниками народжуваності, смертності та природного приросту (скорочення) на 1 000 населення. Джерелами інформації про стан здоров'я жіночого контингенту області були довідники показників діяльності установ охорони здоров'я Сумської області (1996 – 2017 рр.). Використовувалися показники захворюваності та поширеності хвороб репродуктивної системи форми 12, за категорією «P120069 Зареєстровано хвороб серед всього населення» та «P120041 Зареєстровано хвороб серед підлітків 15-17 років».

Для розробки прогностичної моделі екологічних та соціальних ризиків для реалізації репродуктивної функції було виконано викопіювання даних про місце постійного проживання, сімейний стан, побутові умови, гінекологічний анамнез, особливості пологів, наявність екстрагенітальної патології і створення електронної бази даних.

Аналіз стану соматичного здоров'я студенток міста виконано за результатами звітної документації щодо комплексних медичних оглядів.

Фізичний розвиток студенток оцінювали на підставі соматометричних показників.

Соматометричне обстеження включало вимірювання довжини і маси тіла, околу грудної клітки за загальноприйнятими методиками [205]. Масу тіла визначали напільними вагами з точністю до 0,1 кг у осіб у легкому одязі без взуття, довжину тіла вимірювали з точністю до 0,5 см в осіб без взуття.

Товщину підшкірної жирової складки вимірювали за допомогою каліпера на правій стороні тіла в обраних точках: 1) під нижнім кутом лопатки у косому напрямку (зверху-вниз, зсередини-назовні); 2) на задній поверхні плеча на опущеній руці у верхній третині плеча в області триголового м'яза, ближче до його внутрішнього краю (складка береться вертикально); 3) на передній поверхні плеча у верхній третині внутрішньої поверхні плеча, в області двоголового м'яза (складка береться вертикально); 4) складка передньої стінки живота вимірювалася справа на рівні пупка, на відстані 5 см (береться вертикально); 5) на тильній поверхні кисті на рівні головки ІІІ пальця.

Середня товщина підшкірної жирової складки визначалася за формулою 2.1:

$$d = \frac{d_1 + d_2 + \dots + d_n}{2 \times n}, \quad (2.1)$$

де d_1, d_2, \dots, d_n – товщина підшкірної жирової складки (мм) в обраних точках;
 n – кількість складок.

Вважали, що при слабкому жировідкладенні товщина жирової складки може бути менше 1 см, при середньому – 2 – 3 см, при вище середнього – більше 3 см [206].

Відносний вміст жиру (ВВЖ) (за *Gallagher et al., 2000*) з достатньо припустимою похибкою (5%) дозволив визначити вміст жиру в організмі на підставі значення ДТ, МТ з урахуванням віку:

$$ВВЖ = 64,5 - \frac{848}{IMT} + 0,079 \times B, \quad (2.2)$$

де: B - вік у роках; IMT – співвідношення МТ (кг) до ДТ(м²) [302].

Оцінка відсоткового вмісту жиру в організмі для жінок до 29 років: дуже низький - < 16; низький – 16 – 19; оптимальний – 20 – 28; помірно високий – 29 – 31; високий - > 31.

Гармонійність фізичного розвитку визначалася відповідно до класифікації ВООЗ з розрахунком індексу маси тіла (індекс Кетле) за формулою [207]:

$$IMT = \frac{MT}{DT^2}, \quad (2.3)$$

де МТ – маса тіла (*кг*); ДТ – довжина тіла, (*м*).

Загальновідомими критеріями оцінки ІМТ для дорослих є такі значення: показник менше 18,50 $\text{кг}/\text{м}^2$ - недостатня МТ, 18,50–24,99 $\text{кг}/\text{м}^2$ – нормальна МТ, 25,00 – 29,99 $\text{кг}/\text{м}^2$ – надмірна МТ, ожиріння — понад 30 $\text{кг}/\text{м}^2$ [207].

Тип конституції дівчат визначали за індексом соматотипу Антомонова-Калиниченко:

$$ICT = \frac{(DT - MT) \times (DT - ОГК)}{DT}, \dots\dots\dots(2.4)$$

де ICT – індекс соматотипу; МТ – маса тіла (*кг*); ДТ – довжина тіла (*м*); ОГК – окружність грудної клітки (*см*). Значення ICT для нормостенічного типу конституції: від 47,94 до 62,60 у.о., для астенічного типу: більше 62,61 у.о., для гіперстенічного: менше 47,93 у.о. [208].

Оцінка стадії статевого розвитку за статевою формулою (за Танером) була виконана тільки студенткам 17 річного віку згідно з протоколами надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча ендокринологія» (2007 р.) (Додаток Е).

Під час медичного огляду було виявлено тільки поодинокі випадки затримки статевого розвитку за визначеними протоколом критеріями: Ах - ріст волосся у пахвинних ділянках, Р - ріст волосся на лобку, Ма - розвиток молочної залози (які не були включені до груп спостереження).

Для оцінки статевого розвитку студенток інших вікових груп використовували інформацію про характер менструальної функція: Ме 1 - менструації відсутні; Ме 2 - поодинокі менструації на період обстеження; Ме 3 - менструації нерегулярні; Ме 4 - регулярні менструації. Враховуючи відсутність єдиного підходу до оцінки статевого розвитку дівчат 17 – 22 років вважали доцільним використовувати інформацію про характер менструальної функція як узагальнюючий критерій для обраної когорти учасниць дослідження. При цьому було доповнено інформацію протоколу даними про вік менархе, тривалість встановлення МЦ, його варіації, по тривалості менструації [209], наявності ознак альгодисменореї і передменструального

синдрому [210], що було використано для розробки комплексної індивідуальної оцінки РЗ дівчат 17 – 22 років.

До груп спостереження були включені дані студенток, які мали розвиток вторинних статеві ознак відповідно до віку.

Усі отримані дані заносили до електронної бази даних, підготовлену для проведення статистичної обробки.

2.2.2. Оцінка соціально-гігієнічних умов життєдіяльності та особистісних якостей особистості. З метою вивчення соціально-гігієнічних умов життєдіяльності студенток було використано спеціально розроблену анкету «*Умови та спосіб життя молоді*». Питання анкети включали інформацію про соціально-побутові умови, спосіб життя молоді, режим дня, особливості харчування, рухової активності, шкідливі звички, оцінку самопочуття (Додаток Ж, Анкета 1).

Для характеристики відношення студентства до здоров'я збереження була використана спеціально розроблена комплексна анкета: питання першої частини (пункти 1 – 12) стосувалися питань формування навичок здорового способу життя, а питання другої частини (1 – 11) – якості життя (Додаток Ж, Анкета 2).

Якість життя студенток оцінювали за допомогою неспецифічного опитувальника «SF-36 Health Status Survey» [303, 304], що підготовлений компанією «Эвиденс» (Клинико-фармакологические исследования) і адаптованих А. А. Новик, Т. И. Ионовой для використання у популяційних дослідженнях [211]. Опитувальник складається з восьми шкал, що дають змогу оцінити загальний стан здоров'я (GH), фізичне функціонування (PF), рольове фізичне функціонування (RP), рольове емоційне функціонування (RE), соціальне функціонування (SF), інтенсивність болю (BP), життєва активність (VT) та самооцінку психічного здоров'я (MH). Дані за кожною шкалою оцінювалися у балах від 0 до 100.

Анкета «Про репродуктивне здоров'я – відверто» включала питання стосовно місця постійного проживання, сімейного стану, початку статевого життя, причини сексуального дебюту, використання засобів контрацепції, особливостей

менструального циклу, характеру передменструального синдрому, питання щодо репродуктивної установки («ідеальна» кількість дітей у родині, кількість дітей за умови необхідної якості життя, кількість дітей у своїй сім'ї на сьогодні), інформованості з питань статевого виховання та власного ВІЧ-статусу (анкета розроблена спільно з «Клінікою, дружньої до молоді») (Додаток Ж, Анкета 3).

Для *діагностики мотиваційної спрямованості* студенток на досягнення успіху (підґрунтя для пріоритетності створення професійної кар'єри на противагу створення дітної сім'ї) використовувався опитувальник [212]. Опитувальник складається із 41 твердження, на які респонденту необхідно дати один з двох варіантів відповідей «так» чи «ні» (Додаток Ж, опитувальник 1). Тест відноситься до моношкальних методик.

Для визначення наявності та рівня невротичних порушень використано опитувальник *«Оцінка психо-емоційного стану»*, який було адаптовано для використання серед підлітків і молоді [213] (Додаток Ж, опитувальник 2).

Рівень особистісної та реактивної тривожності визначали за методикою Ч. Спілберга та Ю. Ханіна (2001). Методика дозволяє зробити уточнення про якість інтегральної самооцінки особистості: чи є нестабільність цієї самооцінки ситуативною або постійною, тобто особистісною (Додаток Ж, опитувальник 3).

Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілберга є єдиною методикою, що дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як особистісне властивість, і як стан [214, с. 59 – 63].

З метою *оцінки гендерної ідентифікації особистості* виділяли чотири основні статево-рольові типи: 1) маскулінний тип - високий показник вираженості чоловічих рис і якостей (маскулінності) при мінімальній наявності жіночих (фемінних); 2) фемінний тип - високий показник жіночих (фемінних) характеристик при мінімальній представленості чоловічих (маскулінних) рис і якостей; 3) андрогінний тип - поєднання високих показників маскулінності і фемінності в одному індивіді; 4) недиференційований тип - поєднання низьких показників маскулінності та фемінності особи. Така класифікація статево-рольових типів була запропонована

Сандрою Бем [215, 292], які є альтернативою традиційній системі поділу, в якій виділяли два типи - маскулінний і фемінний (Додаток Ж, опитувальник 4)).

2.2.3. Математичні та статистичні методи обробки отриманих даних. Отримані дані зведені до єдиної бази даних за допомогою ліцензованого пакету Microsoft Excel v.7.0. Статистична обробка даних проведена з використанням класичних методів параметричної і непараметричної статистики [189].

Математична обробка включала такі методи:

- а) розрахунок первинних статистичних показників (середнього арифметичного - \bar{x} , помилки середнього - $S_{\bar{x}}$, середньоквадратичного відхилення - σ та ін.).
- б) виявлення відмінностей у групах за статистичними ознаками;
- в) установлення взаємозв'язку між змінними за допомогою параметричного та непараметричного кореляційного аналізу;
- г) установлення виду залежностей (показників від досліджуваних факторів) за допомогою регресійного аналізу;
- д) оцінка (розрахунок) внеску дії фактора у зміну показників за допомогою дисперсійного аналізу.

Крім того, для усіх вибірок оцінювалася відповідність емпіричних розподілів нормальному закону (розподілення Гауса) за критеріями Колмогорова-Смірнова та χ^2 -Пірсона.

Відмінності між вибірками, що розподілені за нормальним законом, оцінювалися за параметричним критерієм Стьюдента (t) і критерію Фішера (F). Відмінності значень досліджуваних параметрів вважали статистично значимими при 95% порозі ймовірності ($p < 0,05$).

Для оцінки впливу факторів на зміни показників та розрахунок частки внеску факторів у мінливість показників використовувався однофакторний (ANOVA) дисперсійний аналіз.

Для рангових змінних взаємозв'язок визначався за допомогою рангового коефіцієнта кореляції Спірмена (r_s).

Для номінальних змінних (шкали найменувань) взаємозв'язок розраховувався за таблицями спряженості за допомогою критерію χ^2 - Пірсона з рівнем вірогідності $p < 0,05$.

Для визначення залежності показників від діючих факторів використовувався регресійний аналіз. Для лінійного однофакторного регресійного аналізу використовувалась модель вигляду:

$$y = a + bx, \quad (2.5)$$

де a та b - параметри моделі; y - значення показника; x - значення фактора.

Розраховувалися коефіцієнти еластичності, які показують на скільки відсотків зросте (чи знизиться) залежна змінна (y) – у даному випадку СД, при зміні незалежних змінних (x) на 1%:

$$E = a_1 \times \frac{x}{a_0 + a_1 x} \quad (2.6)$$

Значення a_0 – «фонове» значення функції, тобто таке, яке має функція при нульових значеннях аргументів. Визначення коефіцієнтів супроводжувалось розрахунком їх похибок $S(a_i)$ та вірогідностей $t(a_i)$.

Як допоміжні математичні методи на окремих етапах дослідження використовувались: дискримінантний, кластерний та факторний аналізи.

На сьогодні у галузі громадського здоров'я актуальними є обробка відповідної інформації на основі комплексу логічних і статистичних методів та процедур для підготовки і вибору раціональних рішень. Досить часто інформація, яка надходить від фахівців, має різноманітний характер у вигляді якісних, кількісних оцінок, а інколи оцінка міжгалузевої проблеми (у випадку даного дослідження – формування репродуктивного потенціалу дівчат) здійснюється фахівцями, які відрізняються за спеціальностями, професійною підготовкою, стажем роботи. Тому у даному випадку

застосування експертних методів оцінювання виправдане тим, що вибір, обґрунтування й оцінка РП не можуть бути виконані на основі точних розрахунків. Адже об'єкт дослідження (соціально-гігієнічні умови життєдіяльності, стан навколишнього середовища, показники стану здоров'я жіночого населення, особистісні якості студенток) містять інформацію, що потребує як точних розрахунків кількісних (цифрових) характеристик так і якісної вербальної оцінки.

З метою ранжування значимості критеріальних ознак **медико-соціальної оцінки репродуктивного потенціалу дівчат 17 – 22 років** використано метод колективної експертизи, способом «анкетування – інтерв'ю», що дозволило максимально врахувати рівень підготовки і фах кожного експерта [216, 217].

Крім того, цим методом було визначено значимість блоків характеристик **репродуктивного потенціалу дівчат 17 – 22 років**.

Процедура колективної експертизи за допомогою анкет складалась із кількох етапів: 1) формування мети експертизи;

2) підбір основного складу робочої групи;

3) розробка робочою групою докладного сценарію проведення збору й аналізу експертних думок (оцінок);

4) підбір експертів відповідно до їх компетентності;

5) проведення збору експертної інформації;

6) аналіз експертної інформації;

7) інтерпретація отриманих результатів і підготовка висновку

Бланки-матриці анкетного опитування експертів оброблялися методом аналізу ієрархій.

Основні методи математичної обробки експертних оцінок, які широко використовуються у дослідженнях – це перевірка погодженості думок експертів і усереднення думок експертів всередині погодженої групи [188, 189] з розрахунком вагових коефіцієнтів окремих показників і визначенням інтегрального показника досліджуваного показника або об'єкту.

З цією метою використано метод аналізу ієрархій, який складався із ряду послідовних операцій:

1) проведення парних порівнянь обраних характеристик і створення матриці парних порівнянь;

2) розрахунок вектора пріоритетів за створеною матрицею з розрахунком головного власного вектора, який після нормалізації можна вважати вектором пріоритетів. На цьому етапі роботи використовувалися способи наближених розрахунків [218, с. 23 – 24] і обробка даних програмою Mathcad.

3) розрахунок інтегральної оцінки досліджуваного показника або об'єкту.

Частина найпростішої математичної обробки виконувалась на калькуляторах. В основному математична обробка здійснювалась на ПК, аналіз інформації проводили в пакеті статистичного аналізу STATISTICA 10,0. Для первинної підготовки таблиць та проміжних розрахунків використовувався пакет Excel.

Результати дослідження, що представлено у розділі 3, відображено у таких друкованих працях: [217].

РОЗДІЛ 3

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕГІОНУ І РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ

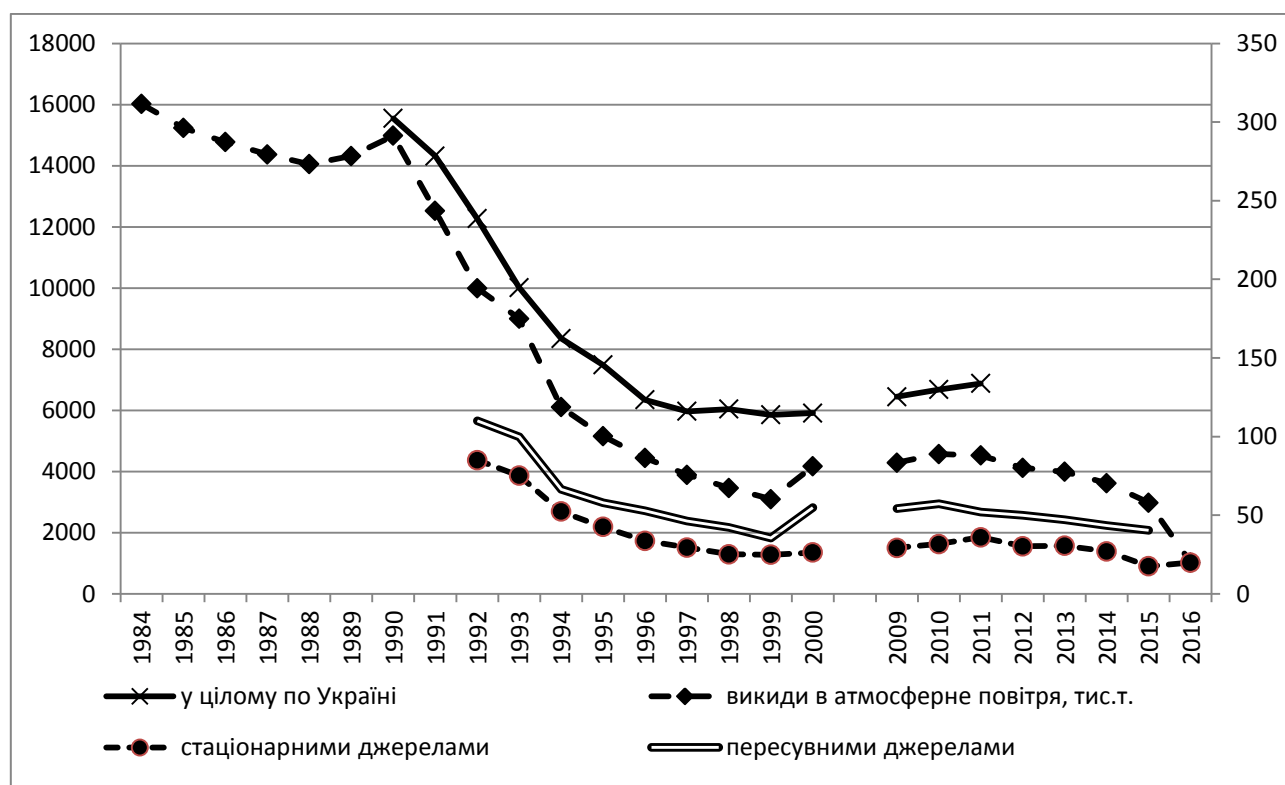
У статті 6 Закону України «Про основи національної безпеки України» зазначено, що зміцнення фізичного здоров'я нації, розвиток духовності, моральних засад, інтелектуального потенціалу Українського народу, створення умов для розширеного відтворення населення є пріоритетними національними інтересами.

3.1. Характеристика стану довкілля

За даними Доповідей про стан навколишнього природного середовища в Сумській області у 2012 - 2016 роках, Сумська область розташована на північному сході України. На півночі та сході область межує з Брянською, Курською та Белгородською областями. На півдні, на південному сході та на заході Сумщина межує з Харківською, Полтавською та Чернігівською областями України. В області налічується 18 адміністративних районів, 15 міст (з них 7 – обласного підпорядкування: Суми, Конотоп, Шостка, Охтирка, Глухів, Ромни, Лебедин), 20 селищ міського типу, 1455 сільських населених пунктів. Більша частина населення – 68,7 % – проживає в містах. Розташована у межах двох природних зон – лісостепової та поліської. Гідрографічна мережа області, яка вся належить до басейну ріки Дніпро, порівняно густа: на 5 кв. км площі припадає 1 км річок.

На території Сумської області розташовано 32 родовища вуглеводнів, більша частина яких комплексні, у т. ч. 9 - нафтових, 5 - газоконденсатних, 1 - газоконденсатнонафтове, 17 - нафтогазоконденсатних. Видобуток нафти становить 44,97% від видобутку в Україні, газу - 33,83% від загального видобутку в Україні [192].

За даними Сумського обласного центру з гідрометеорології загальний рівень забруднення атмосферного повітря за останні тридцять два роки має загальну тенденцію до зниження (рис. 3.1, Додаток 3, табл. 3.1).



Примітка: * - у 2000 р. наводяться дані щодо викидів шкідливих речовин від стаціонарних джерел забруднення та автотранспорту; починаючи з 2005 р. включені дані щодо викидів від залізничного, авіаційного транспорту, а з 2007 р. – від виробничої техніки

Рис. 3.1. Динаміка викидів в атмосферне повітря (в т. ч. стаціонарними та пересувними), тис. т.

У цілому за вказаний період кількість викидів в атмосферне повітря зменшилася у 15,72 раза. У цілому динаміка викидів в атмосферне повітря збігається із загальнодержавними показниками. Загальновідомо, що кількість викидів залежить від діяльності промисловості та транспорту, тому збільшення викидів у 2010 – 2011 рр. пояснюється саме вказаними чинниками. В останні роки проблему забруднення

повітря в області визначали, в основному, викиди від пересувних джерел, що складає майже 70 % від загального обсягу викидів (40,39 тис. т). Тому проблема загазованості міст області викидами від автотранспорту є основною [191]. Однак починаючи з 2016 року показник викидів від пересувних джерел було вилучено із звітної документації.

Протягом 2016 року в атмосферне повітря Сумської області викинуто 19,81 тис. т шкідливих речовин від стаціонарних джерел забруднення, що на 13,2% більше порівняно з 2015 роком. Найбільш суттєве збільшення відбулося за рахунок наступних речовин: сполуки азоту (на 1,0 тис. т або на 53,2%), оксид вуглецю (на 0,8 тис. т або на 17,6%), метан (на 0,1 тис. т або на 4,8%), діоксид сірки (на 0,1 тис. т або на 4,1%), сірчаної кислоти (на 36,7 т або на 43,3%), СОЗ (бензапірен) (на 0,006 т або у 7 разів), бром та його сполуки (на 0,031 т або у 2,7 раза).

Збільшення викидів сірчаної кислоти у 2016 році спричинено збільшенням обсягів виробництва двоокису титану на 2 078 тонн і кількості переробленої гідролісної сірчаної кислоти (ЦКСК) на 6 918 тонн.

Співвідношення викидів по деяких речовинах від автотранспорту і стаціонарних джерел зберігає пріоритет для окису вуглецю (77% усього обсягу викидів по області), у той же час головними постачальниками оксидів азоту є стаціонарні джерела викидів.

Однією з основних проблем області щодо охорони атмосферного повітря є питання морально та фізично застарілого технологічного обладнання промислових підприємств. За останні роки майже на всіх підприємствах області установки очистки газу, технологічне обладнання не оновлювались (кількість обладнання з терміном експлуатації 40 років і більше складає більше 70%), а на промислових підприємствах області протягом останніх років майже не впроваджувались найкращі доступні, екологічно чисті технології.

Загальне скорочення викидів зумовлено загальним зменшенням обсягу виробництва провідних галузей промисловості: хімічна промисловість – на 47,3% (що пояснюється насиченістю внутрішнього ринку імпортованими мінеральними

добривами та низькою ціною динамікою мінеральних добрив на зовнішніх ринках; обсяг виробництва цього виду продукції в ПАТ «Сумхімпром» у 2016 році скоротився на 39,6 %), добувна промисловість і розроблення кар'єрів – на 14,4%, машинобудування – на 7,8 %, виробництво харчових продуктів, напоїв – на 2,7 %. Негативні тенденції у сфері видобутку вуглеводнів пов'язані з виснаженням родовищ, складною процедурою відведення земельних ділянок під видобуток, постійним зростанням рентних платежів, зниженням ціни на нафту.

У структурі промислового потенціалу області більшість викидів забруднюючих речовин припадає на екологічно небезпечні виробництва наступних галузей: добувна промисловість – 6,65 тис. т або 33,57%, постачання електроенергії, газу, пари та кондиційованого повітря – 19,49%, виробництво добрив і азотних сполук 10,8%, наземний і трубопровідний транспорт 12,92% від загальних викидів стаціонарними джерелами по області [192].

Серед населених пунктів Сумської області, як і в попередні роки, найбільшого антропогенного навантаження зазнає атмосфера міст Суми, Охтирки, Шостки, Конотопу, Ромен (табл. 3.1).

У ході дослідження було проранжовано показники забруднення міст і виконано групування населених пунктів за чотирма рівнями: високий (м. Суми), середній (Охтирка), низький (Глухів, Конотоп, Лебедин, Ромни, Шостка).

За даними Головного управління статистики у Сумській області у містах та районах, де розташовані основні забруднювачі атмосферного повітря області (НГВУ — Охтирканафтогаз, філія управління магістральних газопроводів «Київтрансгаз» дочірньої компанії «Укртрансгаз» НАК «Нафтогаз України», ПАТ — Сумхімпром, Качанівський ГПЗ) спостерігаються найбільші обсяги викидів в атмосферне повітря: м. Суми - 7,04 тис. тонн або 35,5 % від викидів стаціонарних джерел по області, Охтирський р-н - 2,97 тис. тонн або 15,0 %, Роменський р-н - 2,60 тис. тонн або 13,14 %, Сумський р-н - 2,86 тис. тонн або 14,45% [192].

Таблиця 3.1

Динаміка викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря від
стаціонарних джерел забруднення по окремих населених пунктах, тис. т

Назва населених пунктів	Роки								Ранг 2016
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Всього	29,19	31,67	35,93	30,23	30,53	26,97	17,50	19,81	
м. Суми	9,43	10,36	12,89	10,93	9,86	8,86	6,48	7,04	1
м. Охтирка	0,29	0,46	0,63	0,65	0,68	0,59	0,59	0,70	2
м. Глухів	0,11	0,09	0,09	0,13	0,16	0,13	0,12	0,13	3
м. Конотоп	0,32	0,29	0,28	0,24	0,26	0,22	0,28	0,28	3
м. Лебедин	0,07	0,04	0,03	0,03	0,04	0,04	0,07	0,06	3
м. Ромни	0,26	0,27	0,39	0,27	0,24	0,16	0,18	0,38	3
м. Шостка	0,37	0,39	0,44	0,50	0,57	0,55	0,27	0,18	3

Для ранжування районів області було виконано нормування показників, орієнтуючись на найвищий показник Охтирського району (2973,214 тис. т), з виключенням найвищого показника по м. Суми. Аналіз динаміки викидів в атмосферне повітря по районах області дозволив виокремити три групи регіонів: з високим (**Сумський район, м. Суми; Охтирський район, Роменський район**), середнім (**Глухівський, Конотопський, Кролевецький, Липоводолинський райони**) та низьким рівнем забруднення (**Білопільський, Буринський, Великописарівський, Краснопільський, Лебединський, Недригайлівський, Путивльський, Середино-Будський, Тростянецький, Шосткинський, Ямпільський**) (Додаток 3, табл. 3.2.)

Середні значення гамма фону в Сумській області протягом періоду дослідження становили 10 - 13 мкР/годину, а максимальний рівень складав 13 - 19 мкР/год, що не перевищує норми. Протягом 2016 року на 6 метеостанціях області (Дружба, Конотоп, Глухів, Ромни, Лебедин, АМСЦ Суми) радіаційний фон на території був у межах 10 – 12 мкР/годину. Випадки забруднення ґрунту відстежуються на 5 контрольних майданчиках Ямпільського та Шосткинського районів, де за даними уточнюючого обстеження у 2006-2010 років площа забруднених земель зменшилась з 11,8 тис. га до 7,1 тис. га. Радіологічний стан

поліпшився завдяки природним реабілітаційним процесам (радіоактивний розпад, фіксація і перерозподіл радіонуклідів в ґрунті) [192].

У ході дослідження було проведено аналіз якості стану навколишнього середовища за санітарно-хімічними показниками забруднення атмосферного повітря, води і продуктів харчування за періоди з 1994 – 1997 рр. та 2012 – 2016 рр., керуючись тим, що перший період співпадає з вагітністю матерів тих дівчат (жінок), котрим на досліджуваній звітний період є 17 – 25 років, і які на сьогодні належать до групи раннього репродуктивного періоду [201], а як відомо, закладка жіночих статевих органів відбувається у внутрішньоутробному періоді.

Розраховано узагальнений показник якості довкілля, що розраховувався як відношення кількості показників з перевищенням норм ГДК до загального числа вимірюваних показників досліджуваних середовищ (атмосферне повітря, вода, ґрунт, продукти харчування). На основі узагальненого показника якості довкілля розраховано середнє значення і виконано ранжування районів з виокремленням трьох рівнів якості довкілля (низький, середній, високий).

Використовуючи сигмальні відхилення було визначено кількісні характеристики рівнів якості довкілля: низька якість довкілля (1) – більше 0,68; середня якість довкілля (2) – 0,45 – 0,67; оптимальна якість довкілля (3) – менше 0,44 (табл. 3.3).

Низька якість довкілля за усередненим значенням питомої ваги відхилень показників від санітарних норм і правил визначена у м. **Суми і Сумському районі, Роменському, Охтирському, Недригайлівському, Краснопільському** районах) і відповідає класифікації районів за динамікою викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення.

Виняток становить значне збільшення з роками кількості показників з перевищенням ГДК у Недригайлівському та Краснопільському районах за рахунок погіршення якості питної води з джерел централізованого та децентралізованого водопостачання.

Рівень довкілля, із середніми значеннями якості, визначено для таких районів: **Кролевецький, Липоводолинський та Білопільський**. У Глухівському та Конотопському районах, які за кількістю викидів посідали другу позицію у 1994 – 1997 рр., менше виявлено показників із перевищенням рівня ГДК в останні роки.

Оптимальна якість довкілля (за найменшою кількістю показників, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам) визначена у **Буринському, Глухівському, Конотопському, Лебединському, Великописарівському, С. Будському, Тростянецькому, Шосткинському, Ямпільському** районах, незважаючи, що в деяких постійно реєструється підвищена кількість викидів у атмосферне повітря.

Таким чином, з урахуванням кількості викидів в атмосферне повітря і якості довкілля за санітарно-хімічними показниками виділено три групи регіонів для подільного аналізу зв'язку із станом репродуктивного здоров'я жінок.

3.2. Динаміка регіонального природного руху населення та дітородної активності

За кількістю населення Україна входить до п'ятірки найбільших країн Європи (Велика Британія, Італія, Німеччина, Франція). Проте, починаючи з 1994 року відбувається зменшення населення, що зумовлено поступовим зниженням показника народжуваності і збільшенням смертності [1, 43].

За даними офіційної статистики, за 25 останніх років населення України скоротилося більш ніж на 9 млн. осіб. У 1991 році в Україні проживало 51,944 млн. осіб, станом на 1 січня 2016 – 42,760 млн. осіб, а на початок 2017 року - 42 584 500 осіб [202]. Як видно чисельність населення України має неухильну тенденцію до скорочення, що залишатиметься серйозним викликом державного значення для майбутнього у вигляді депопуляції, старіння населення, зменшення тривалості життя та природного приросту населення.

Згідно з Всеукраїнським переписом населення, станом на 5 грудня 2001 року, кількість населення України становила 48 млн. 457 тис. осіб, що на 3 млн. менше, ніж у 1989 році. Протягом наступних 16 років населення України зменшилося ще на 5 млн. 696 тис. осіб (з 48 457 000 осіб у 2001 році до 42 760 516 осіб у 2016 році), що у динаміці 27 років становить 16,9% від кількості населення у 1989 році [202, 203]. Населення Сумської області за даними перепису зменшилося з 1 432 700 до 1 299 700 осіб (у 1989 та 2001 роках відповідно), а за даними Державної служби статистики України, на кінець 2016 року становило 1 113 256 осіб, що становить 22,3% від кількості населення Сумщини у 1989 році, що свідчить про більш інтенсивні темпи депопуляції в області порівняно із загальнодержавними тенденціями [202, 203].

У складі репродуктивного контингенту жінок в Україні найбільш активним дітородним віком традиційно є вік 20–29 років.

За період 2014 – 2016 рр. чисельність населення в усіх районних центрах Сумської області зменшилася на 1,74%, що порівняно із показником по Україні (-5,87%) є більш оптимістичним.

Для аналізу демографічних змін в області було проранжовано трьохрічну динаміку змін кількості населення кожного районного центру. Аналіз скорочення чисельності наявного населення у розрізі районів області дозволив виокремити райони із відносно сприятливою демографічною ситуацією (3), напруженою (2) і кризовою (1).

Найбільше виражена депопуляція із значним зменшенням населення спостерігається у Конотопському (-4,37%), Буринському (-3,98%), Глухівському (-3,81%), Лебединському (-3,74%), Великописарівському (-3,55%) районах (табл. 3.4). Напружена демографічна ситуація реєструється у Роменському (-3,32%), Тростянецькому (-3,21%), Липоводолинському (-2,83%), Ямпільському (-3,08%), Путивльському (-2,68%), Серединобудському (-2,58%), Кролевецькому (-2,47%) районах. Незначне зменшення кількості населення встановлено у м. Суми (-0,46%)

та Сумському районі (-0,40%), що можна пояснити урбанізацією та меншою міграцією з обласного центру (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Зміна чисельності наявного населення у районах і містах Сумської області (осіб) у динаміці трьох років (%) (за даними Державної служби статистики України (2014 – 2016 рр.) [187])

Райони	Міське населення	Сільське населення	У цілому	Ранг
Білопільський	-1,60	-3,36	-2,32	2
Буринський	-2,16	-4,94	-3,98	1
Глухівський	-1,42	-3,89	-3,81	1
Конотопський	-0,67	-4,60	-4,37	1
Краснопільський	-1,33	-2,59	-2,14	2
Кролевецький	-0,83	-4,91	-2,47	2
Липоводолинський	-1,28	-3,41	-2,83	2
Лебединський	-0,77	-3,74	-3,74	1
Недригайлівський	-1,16	-2,77	-2,21	2
Охтирський	-0,48	-1,97	-2,00	2
Великописарівський	-1,19	-4,96	-3,55	1
Путивльський	-1,97	-3,61	-2,68	2
Роменський	-3,03	-3,32	-3,32	2
Середнобудський	-0,48	-5,03	-2,58	2
Сумський	-0,68	-0,34	-0,40	3
Тростянецький	-2,41	-4,34	-3,21	2
Шосткинський	-1,72	-2,72	-2,38	2
Ямпільський	-2,39	-4,47	-3,08	2
Україна	-5,60	-6,47	-5,87	
Сумська область	-1,09	-3,13	-1,74	

Трьохрічне зменшення чисельності наявного населення у Сумській області відбувалося переважно за рахунок сільського населення (-3,13), ніж міського (-1,09), хоч показник державного рівня свідчить про баланс вказаного показника за критерієм «місце поселення». У районах з кризовою демографічною ситуацією скорочення чисельності населення відбувалося аналогічно, за рахунок мешканців

сільської місцевості, за виключенням Роменського району, де зменшення населення не залежало від місця проживання.

Зменшення кількості населення зумовлено загальним стійким природним перевищенням числа смертей над числом новонароджених та значними міграційними процесами, що є характерним для загальнодержавної демографічної статистики. За останні роки чисельність населення Сумської області, як і України у цілому, змінювалася не лінійно, а характеризувалася періодами уповільнення скорочення населення (з 2005 року по 2012 рік), з подальшим погіршенням показника природного приросту (скорочення) до -4,36 по Україні і -8,87 – у Сумській області (рис. 3.2).

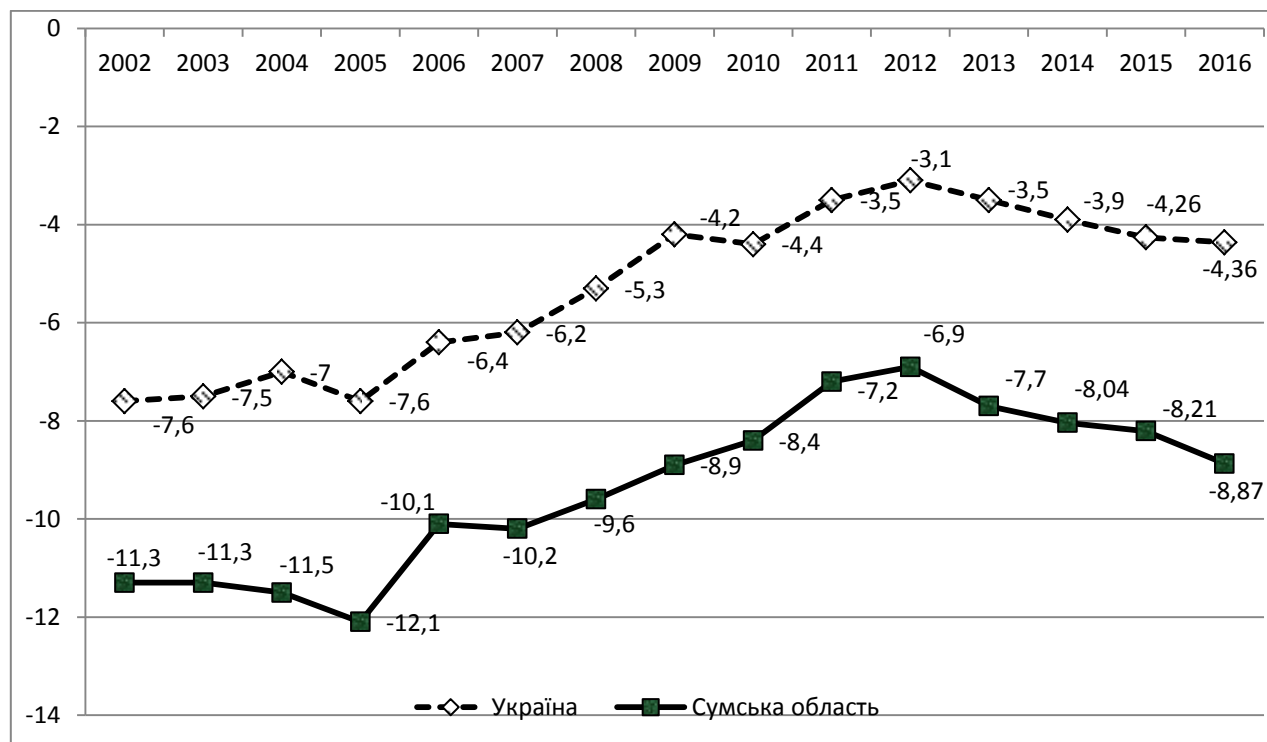


Рис. 3.2. Динаміка показника природного приросту (скорочення) в Україні та Сумській області

Уповільнення природного скорочення населення до 2012 року можна пояснити таким чином: по-перше, збільшенням числа жінок фертильного віку, які народилися на початку 80-х років; по-друге, зменшенням кількості смертей серед нечисленного покоління осіб 40-х років народження, які перетнули 60-ти річну межу за вказаний період [1]; по-третє, репродуктивний ресурс було вичерпано коли

потенційними матерями стали дівчата, які народилися у 90-х роках, у період різкого зниження народжуваності. Четверте, до 2012 року у державі проводилася активна соціально-демографічна політика, яка в останні роки нівелюється складними соціально-економічними та політичними негараздами.

Доведено, що Сумська область відноситься до групи найстаріших у демографічному відношенні областей України, серед яких такі як Чернігівська, Вінницька, Житомирська, Черкаська області [1]. Показник смертності серед дорослого населення області становить 16,9, що на 18,93% перевищує державний показник (13,7) Крім того, співвідношення чоловіків та жінок (чисельність чоловіків на 1 000 жінок) в Сумській області коливається від 840 до 850, що є несприятливим фоном репродуктивних ресурсів.

Ймовірно, вказаними причинами можна пояснити той факт, що у Сумській області у 2016 році реєструвався найвищий (після Чернігівської області -10,3) показник природного убутку населення -8,87 на 1 000 населення [1, с. 13].

З використання загальноприйнятих демографічних показників за 2014 – 2016 рр. (народжуваності, смертності населення) та розрахунку їх різниці у динаміці трьох років (у %) було виокремлено чотири типи районів Сумської області (Додаток 3, табл. 3.4).

I тип характеризувався зниженням показника народжуваності і приростом показника смертності вище 2% (Недригайлівський, Тростянецький райони);

II тип – незначні коливання показника народжуваності і збільшення показника смертності населення (Буринський, Липоводолинський райони);

III тип – зниження народжуваності і приріст показників смертності до 1,3% (Глухівський, Конотопський, Охтирський райони);

IV тип – зниження показника народжуваності і зниження показника смертності (Білопільський, Великописарівський, Краснопільський, Кролевецький, Лебединський, Путивльський, Роменський, Серединобудський, Сумський, Шосткінський, Ямпільський райони).

За даними Всеукраїнського перепису 2001 року кількість населення від 0 до 9 років – 4 533 000 осіб, це той контингент (9,4% усього населення України), який на сьогодні складає вікову групу від 17 до 25 років, що, за визначенням ВООЗ, є групами раннього та активного репродуктивного періоду, питома вага якої на 5,9% менше даних перепису населення 1989 року. Крім того, разюче скоротилася кількість дітей у 2013 році - майже удвічі порівняно із 1991 роком: з 13,225 млн. - до 7,614 млн. [219].

Загальновідомо, що інтегральним показником РЗ населення є показник народжуваності. Сумська область належить до регіонів з низьким показником середньої кількості народжених дітей жінками у віці 15 років і старше, який становить від 2,0 до 2,1 дитини порівняно із західними областями України, де середня народжуваність – більше 2,2 дитини.

За даними опитування серед жінок із вищою освітою середня кількість народження дітей у віці 15 – 19 років на 1 жінку становила 1,03 (як в Україні так і в Сумській області), серед жінок із загальною середньою освітою – 1,06 і 1,04 відповідно. У період раннього репродуктивного віку (20 – 24 роки) жінок України і Сумської області середня кількість народжених дітей на 1 жінку із вищою освітою становить 1,09 і 1,06 відповідно. Розрахунковий показник для жінок України із загальною середньою освітою становив 1,22 і 1,17 – для жінок Сумщини. Кількість дітей на 1 жінку в Сумській області є меншою, ніж за загальнодержавним показником, вирівнювання досягається у наступній віковій групі 25 – 29 років (1,25 та 1,22), що можна пояснити трансформацією вікової моделі репродуктивних установок з перенесенням дітородної активності на вікову групу 25 – 29 років у Сумській області, що характеризує регіональні особливості порівняно із західними областями України, в яких зберігається перевага багатодітності, непопулярність абортів та позашлюбних народжень дітей.

За даними перепису населення, як в Україні так і в Сумській області, частка жінок, які народили 1 дитину, становить 35,59% та 34,03% відповідно (табл. 3.3).

При цьому у містах майже у двічі більше жінок мають одну дитину (41,85% в Україні та 40,45% - у Сумській області), ніж у сільських поселеннях (23,43% та 23,24% відповідно). Найбільш поширеною є репродуктивна установка на народження двох дітей як у містах так і в селах. Для жінок Сумщини характерним є середній загальнодержавний показник репродуктивної установки.

Таблиця 3.3

Розподіл жінок від 15 років і старше за кількістю народжених дітей (%) [190]

Кількість дітей	Кількість та питома вага груп жінок від 15 і старше					
	у цілому (абс. ч.)	%	міське населення (абс.ч.)	%	сільське населення (абс.ч.)	%
1 дитина у Сумській області	163665	34,03	121 245	40,45	42 420	23,24
в Україні	6 148 897	35,59	4 772 485	41,85	1 376 412	23,43
2 дитини у Сумській області	224 200	46,61	142 746	47,63	81 454	44,94
в Україні	7 967 698	46,11	5 333 982	46,77	2 633 716	44,83
3 дитини у Сумській області	64 423	13,39	26 867	8,96	37 559	20,72
в Україні	2 121 777	12,28	973 274	8,53	1 148 503	19,55
4 і більше дитини у Сумській області	28 628	5,95	8 809	2,94	19 819	10,93
в Україні	1 039 506	6,02	323 996	2,84	715 510	12,18
Всього жінок: у Сумській області	480 978		299 729		181 249	
в Україні	17 278 995		11 404 715		5 874280	

В останнє десятиліття підвищилася частка позашлюбних народжень. За анамнестичними даними жінок Сумського обласного перинатального центру 33,7% опитаних народжують дітей не перебуваючи у зареєстрованому шлюбі. Збільшення таких випадків зумовлено не тільки зростанням позашлюбної дітородної активності, але і поширенням незареєстрованих шлюбів, що мають тенденцію до збільшення. Частка жінок, які народжують дітей поза шлюбом, найвища у ранньому репродуктивному віці, що часто є наслідком небажаної вагітності. При цьому питома вага позашлюбних народжень вищою є серед жінок сільської місцевості,

порівняно із жінками міських поселень і найчастіше зустрічається під час народження першої дитини.

У ході дослідження встановлено райони із відносно сприятливою, напруженою і кризовою демографічною ситуацією. Трьохрічне зменшення чисельності наявного населення у Сумській області відбувалося переважно за рахунок населення сільської місцевості (-3,13), ніж населення міських поселень (-1,09). Установлено, що в усіх районах області спостерігається зменшення загальної чисельності населення, проте чинники демографічних процесів – різні. Окремі райони області мають схожу картину демографічних змін, що дало змогу за показниками народжуваності та смертності населення виокремити чотири типи районів області. Демографічне районування може слугувати підґрунтям конкретних перспективних медико-соціальних заходів для означених регіонів.

Сумська область належить до регіонів з низьким показником середньої кількості народжених дітей жінками у віці 15 років і старше, який становить від 2,0 до 2,1 дитини порівняно із західними областями України, де середня народжуваність – більше 2,2 дитини. У період раннього репродуктивного віку (20 – 24 роки) жінок України і Сумської області середня кількість народжених дітей на 1 жінку із вищою освітою становить 1,09 і 1,06 відповідно. Серед жінок фертильного віку, як у містах так і в селах, найбільш поширеною є репродуктивна установка на народження двох дітей. Питома вага групи жінок, які народжують дітей поза шлюбом, найвища у ранньому репродуктивному віці, що часто є наслідком небажаної вагітності.

3.3. Оцінка репродуктивного здоров'я жіночого населення регіону

Проведений аналіз сучасної демографічної ситуації, а також її динаміки протягом останніх років свідчить про наявність в Сумській області, як і в Україні, глибокої демографічної кризи, більш інертної та практично некерованої, негативні наслідки якої для подальшого розвитку країни важко передбачити.

Головною ознакою сучасної демографічної кризи є те, що в Україні відбуваються негативні зміни не тільки у кількості, але й у якості населення.

Для аналізу стану репродуктивного здоров'я жінок використано показники діяльності установ охорони здоров'я Сумської області щодо надання лікувально-профілактичної допомоги населенню, зокрема обрано три групи показників, що характеризують РЗ жіночого контингенту: стан репродуктивної системи (запальні хвороби жіночих тазових органів (N70-N77) - сальпінгіт, оофорит (N70), запальні хвороби шийки матки (N72); незапальні хвороби жіночих статевих органів (N80-N98) - ендометріоз (N80), розлади менструацій (N91-N92, N94), жіноча безплідність (N97)) як такі, що мають високий ступінь ризику за чинниками несприятливого стану довкілля.

Проаналізовано показники **патології вагітності, пологів** (згідно МКХ – 10 **Клас XV: Вагітність, пологи й післяпологовий період (O00-O99)**: вагітність із абортивним результатом, набряки, протеїнурія та гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді, медична допомога матері у зв'язку зі станом плоду, ускладнення пологів, ускладнення, пов'язані переважно з післяпологовим періодом).

Для опосередкованої характеристики впливу РЗ матері на стан здоров'я новонародженого обрано нозологічну групу МКХ – 10 «**Клас XVI: Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді (P00-P96)**» (ураження плоду та немовляти, зумовлені станами матері, ускладненнями вагітності, пологів, розлади, пов'язані із тривалістю вагітності та ростом плоду, дихальні та серцево-судинні порушення, характерні для перинатального періоду, геморагічні та гематологічні порушення у плода та немовляти, інші порушення, що виникають у перинатальному періоді).

Крім того ретроспективно (за показниками 2011 – 2015 2008 – 2010 рр.) розглядали стан репродуктивного здоров'я дівчат 15 – 17 років, які на сьогодні входять у вікову групу «18 - 22 роки» і є раннім репродуктивним віком та демографічним резервом країни на найближче десятиліття.

У структурі поширеності захворювань за класами хвороб серед населення України у 2015 році четверте місце посідали хвороби сечостатевої системи (5,5%; 9 382,3‰) протягом 2011 – 2015 рр. у структурі поширеності хвороб відзначалося зростання питомої ваги класу хвороб сечостатевої системи з 5,4% у 2011 році до 5,5% - у 2015 році.

Ретроспективний аналіз щорічних звітів щодо діяльності галузі охорони здоров'я у Сумській області дозволив проаналізувати динаміку деяких нозологічних груп хвороб, що характеризують РЗ жіночого населення.

У результаті дослідження встановлено, що за період 1996 – 2016 рр. поширеність хвороб сечостатевої системи серед дорослого жіночого населення Сумської області збільшилася на 3 439,2 ‰ (5 939,2 на 100 тис. населення у 1996 році і 9 378,4 на 100 тис. населення у 2016 році). Серед цієї групи хвороб (станом на 1.01.2017 р) сальпінгіти, оофорити становлять 10,33%, запальні хвороби шийки матки – 17,48%, ендометріоз – 3,31%, ерозія шийки матки, ектропіон – 9,48%, розлади менструацій – 7,37%, жіноча безплідність – 3,11% від хвороб сечостатевої системи.

Загальновідомо, що суттєвий вплив на реалізацію РП населення має рівень гінекологічної захворюваності жінок у віці 18 років і старше, який протягом останніх десяти років залишається стабільно високим.

Запальні захворювання придатків матки (сальпінгоофорити) є однією з провідних медичних, соціальних і економічних проблем, що істотно впливають на здоров'я жінки. В останні роки у структурі запальних захворювань жіночих статевих органів сальпінгоофорити знаходиться на першому місці і виявляються у 60 – 80% жінок, що звертаються до жіночих консультацій [220, 305]. За останні роки (згідно з офіційними статистичними даними) у Сумській області частота запальних хвороб репродуктивної системи залишається майже на одному рівні без значних коливань (рис. 3.3). Можна зазначити, що за десятилітній період частота запальних хвороб шийки матки збільшилася на 31,58 ‰ зі збереженням майже стабільних показників.

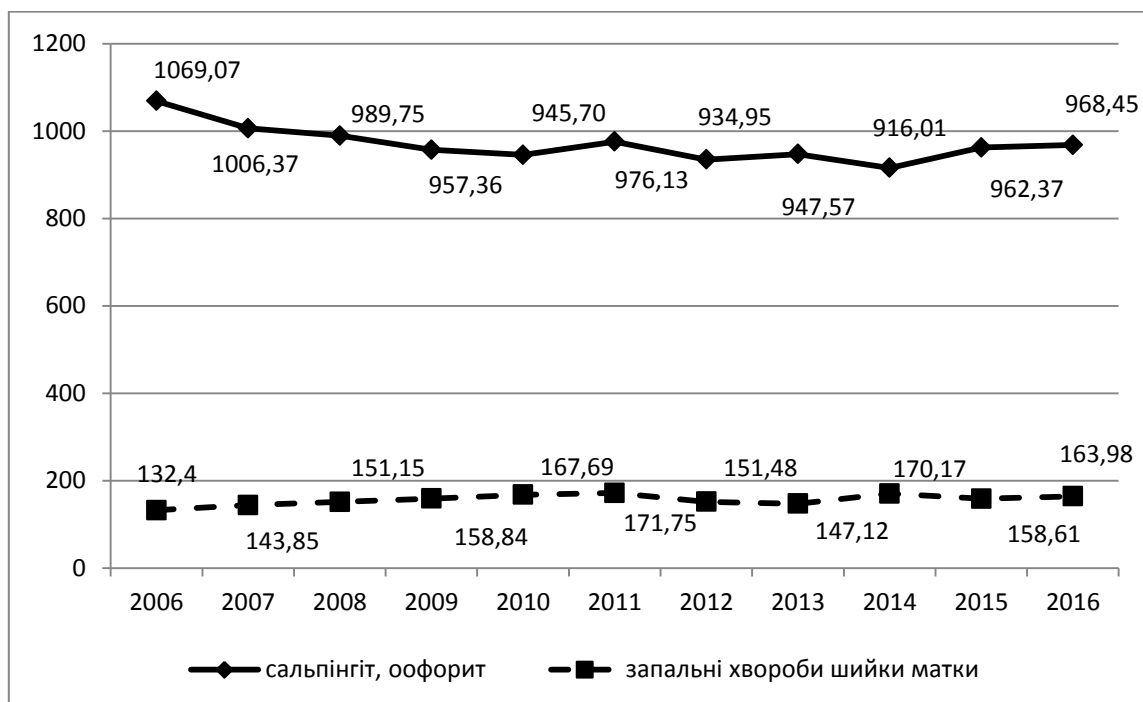


Рис. 3.3. Динаміка поширеності запальних хвороб репродуктивної системи (на 100 тис. населення)

Доброякісні гіперпластичні процеси матки включають в себе різні нозологічні форми гормонозалежних захворювань статевих органів жінки. Усі вони мають певну спільність етіопатогенетичних факторів, що пояснює значний відсоток їх поєднаного розвитку. Ендометріоз зустрічається у поєднанні з фіброміомою та іншими гіперпластичними процесами матки в 60-80 %, а неплідність може бути наслідком хронічного неспецифічного або специфічного (атипового) запалення. За статистичними даними протягом періоду дослідження частота ендометріозу серед жінок має тенденцію до збільшення з 186,66‰ у 2008 році до 291,95‰ у 2016 році, що підтверджує загальнодержавні дані про поширення патології та якість діагностичних підходів (рис. 3.4).

Пошкодження багат шарового плоского епітелію шийки матки та його десквамація у нозологічних формах ерозії та ектропіону шийки матки зустрічалися з майже постійною частотою від 997,7‰ у 2006 році до 889,28‰ у 2016 році.

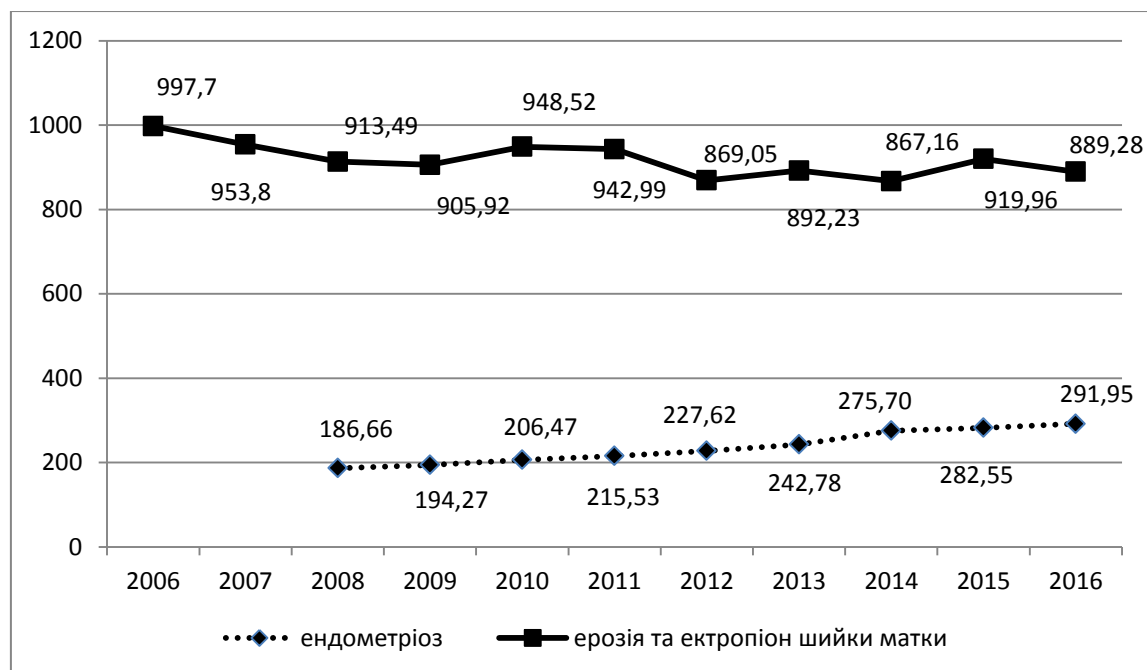


Рис. 3.4. Динаміка поширеності доброякісних гіперпластичних процесів (на 100 тис. населення)

Контингент жінок з розладами менструацій за статистичними даними поширеності збільшилася з 2009 року до 2016 року на 46,56% (рис. 3.5). Загальновідомо, що гормональний дисбаланс внаслідок порушення регулятивного впливу гіпоталамічно-гіпофізарної системи, різні патологічні стани, що викликають овуляторні проблеми є причинами безпліддя. За останніми даними Європейського товариства репродуктології та ембріології людини (ESHRE), в Україні на безпліддя страждає близько 1 млн. подружніх пар, тобто 15-17%. За даними досліджень, причиною безпліддя у пари в 39-40% випадків є порушення фертильності у жінок; чоловічий фактор неплідності має місце у 20-30% випадків; поєднання жіночого і чоловічого – у 20-26%. У 10-15% осіб причина безпліддя залишається не виявленою [15, 221, 222, 223].

Аналіз показників статистичної звітності дозволив констатувати стабільні показники чоловічої безплідності протягом періоду спостереження, на відміну від показників жіночої безплідності, яка має постійну тенденцію до зростання станом на

початок 2017 року (на 55,6‰ порівняно з 2008 роком). Причому зростання поширеності жіночої безплідності відбувається аналогічно із показником розладів менструацій, що доводить пріоритетність гормонального компоненту у патогенезі безплідності.

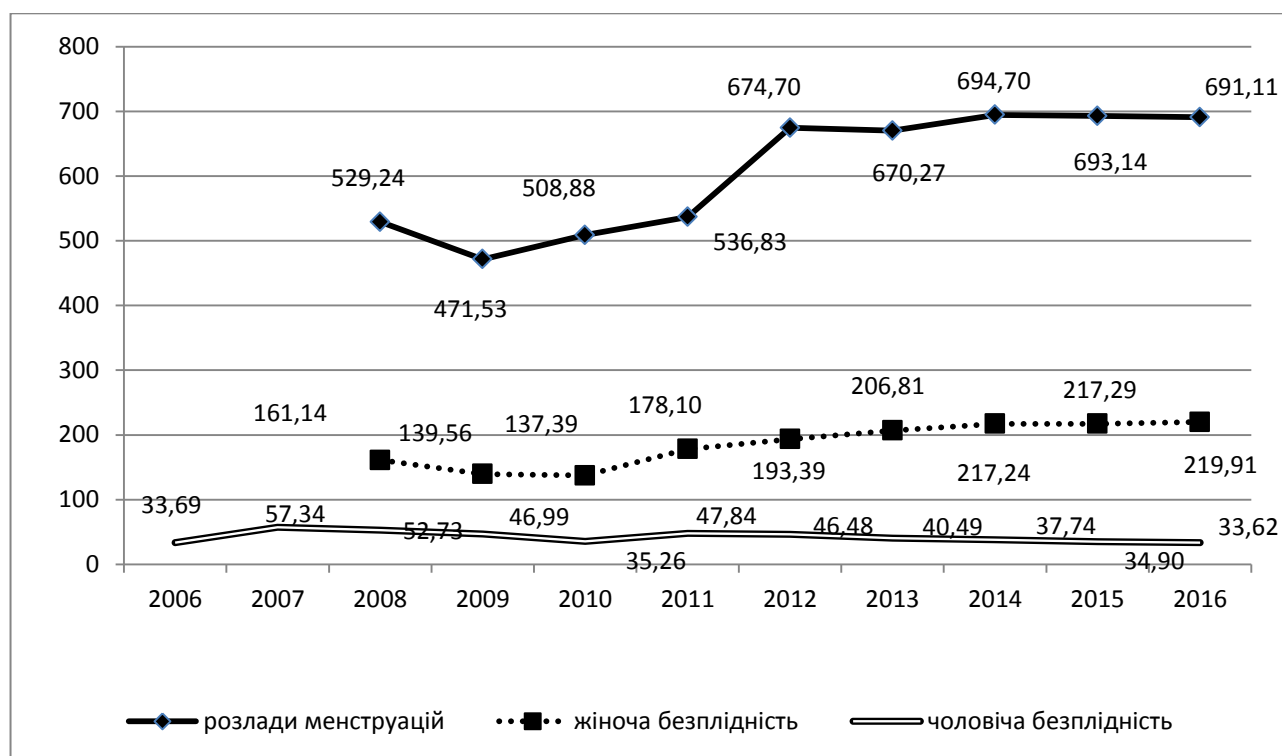


Рис. 3.5. Динаміка поширеності розладів менструацій, жіночого та чоловічого безпліддя (на 100 тис. населення)

Частота патологічних змін на початок 2017 року, що пов'язані із вагітністю, пологами та ускладненнями у післяпологовий період, починаючи з 2014 року, збільшилася на 8,13% (рис. 3.6.). Ймовірно, негативна динаміка пов'язана із збільшенням частоти геніальної, екстрагенітальної патології, що у результаті впливає на закінчення вагітності абортивним результатом, виникнення гіпертензивних розладів під час вагітності, пологів та ускладнень у післяпологовому періоді.

Важливою характеристикою РЗ жінок є показник ураження плоду та новонародженого, зумовлені станами матері, ускладненнями вагітності, пологів та розродження. Незважаючи на те, що протягом 2011 – 2016 роки показник

ускладнень пологів залишається майже стабільним (з незначним зростанням за період 2014 – 2016 рр.), патологія перинатального періоду (за вказаний період) збільшилася на 57,30%, що є надзвичайно загрозливим показником якості здоров'я дитячого населення.

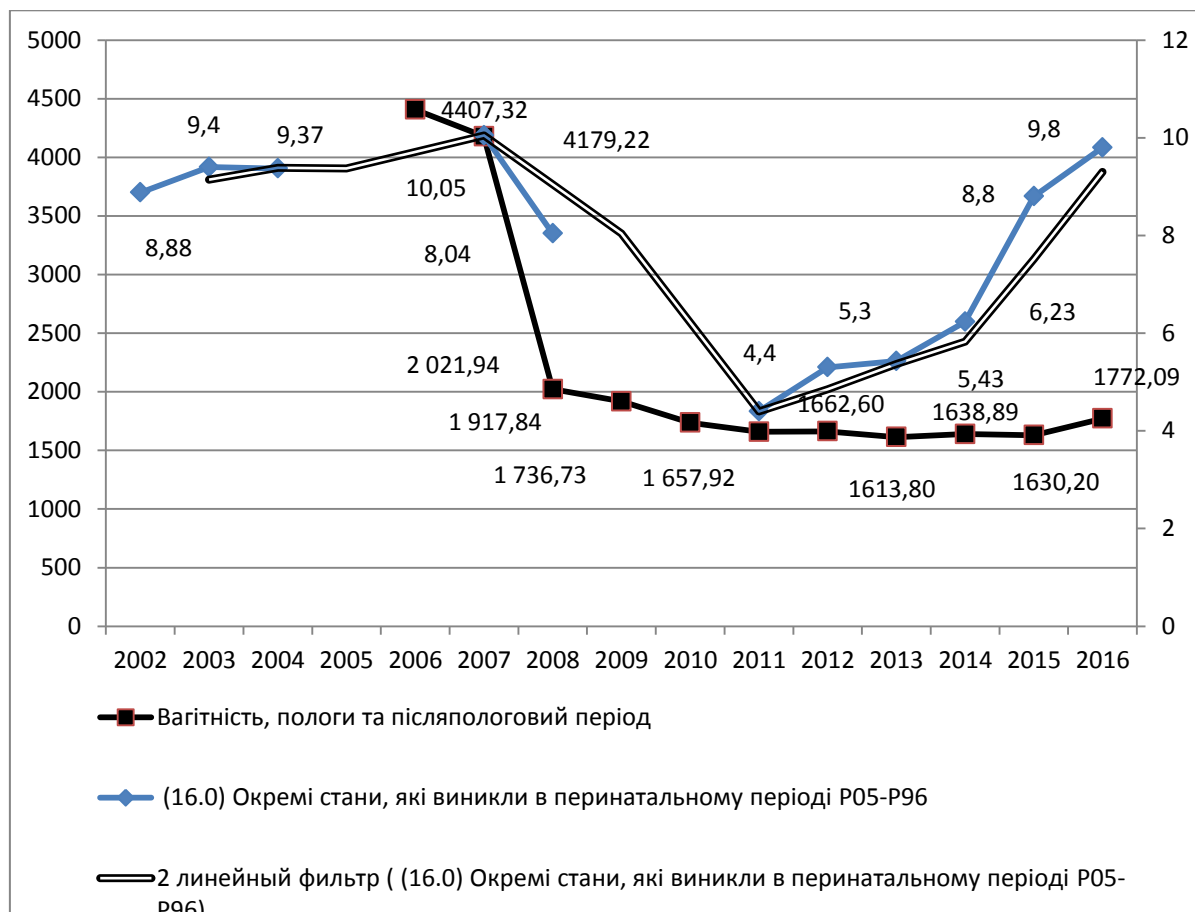


Рис. 3.6. Динаміка поширеності ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду (на 100 тис. населення)

Однією з причин погіршення РП населення є зниження фертильності, що проявляється зростанням частоти безплідності. За даними попередніх наукових досліджень у структурі причини безплідності зростає частка патологічних змін репродуктивної системи, виявлених у дитячому та підлітковому віці, що свідчить про ймовірні першопричини порушень її формування у діапазоні від моменту утворення зиготи до реалізації дітородної функції.

Для опосередкованої оцінки популяційного РЗ дівчат старше 17 років (на момент проведення дослідження) виконано аналіз показників поширеності хвороб сечостатевої системи дівчат підліткового віку за 2010 – 2015 рр. (період підлітковості досліджуваного контингенту). Установлено, що поширеність сальпінгофоритів на той час мала тенденцію до зменшення (з 175,85‰ у 2010 році до 143,49‰ – у 2015 році). На противагу порушенням менструацій, показник поширеності яких з 2013 року до 2015 року стабільно збільшувався (з 468,49‰ та 562,09‰ відповідно) (рис. 3.7).

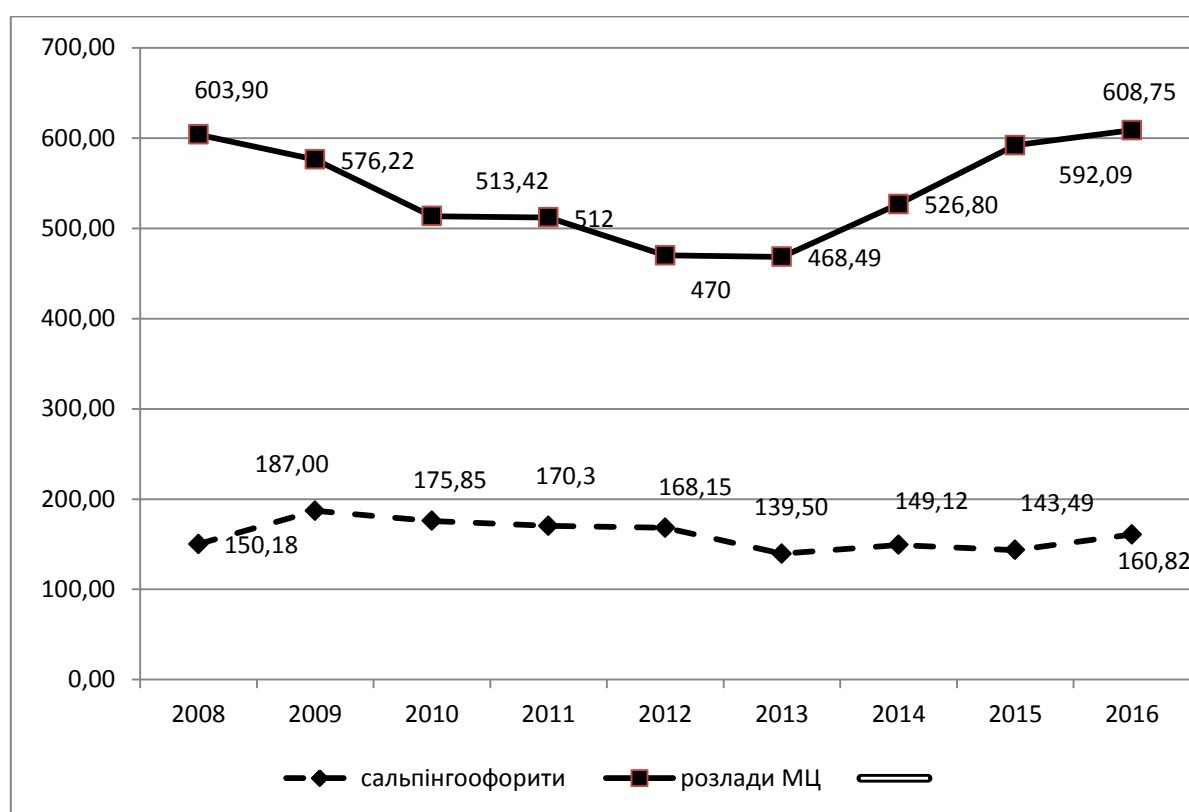


Рис. 3.7. Поширеність хвороб репродуктивної системи дівчат 15 – 17 років (на 10 тис. населення)

Зменшення поширеності запальних процесів репродуктивної системи у дівчат-підлітків (на тлі стабільних показників поширеності сальпінгофоритів серед жінок 18 років і старше), ймовірно, можна пояснити ефективністю впровадження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року, та зменшенням випадків ПСШ, що часто є причиною запалення органів

репродуктивної системи (рис. 3.8) [224, 225]. Частота сальпінгітів та оофоритів у дівчат-підлітків Сумщини у 2015 році знаходилася на рівні загальнодержавного показника (143,49 та 134,4 на 10 тис. дівчат відповідно).

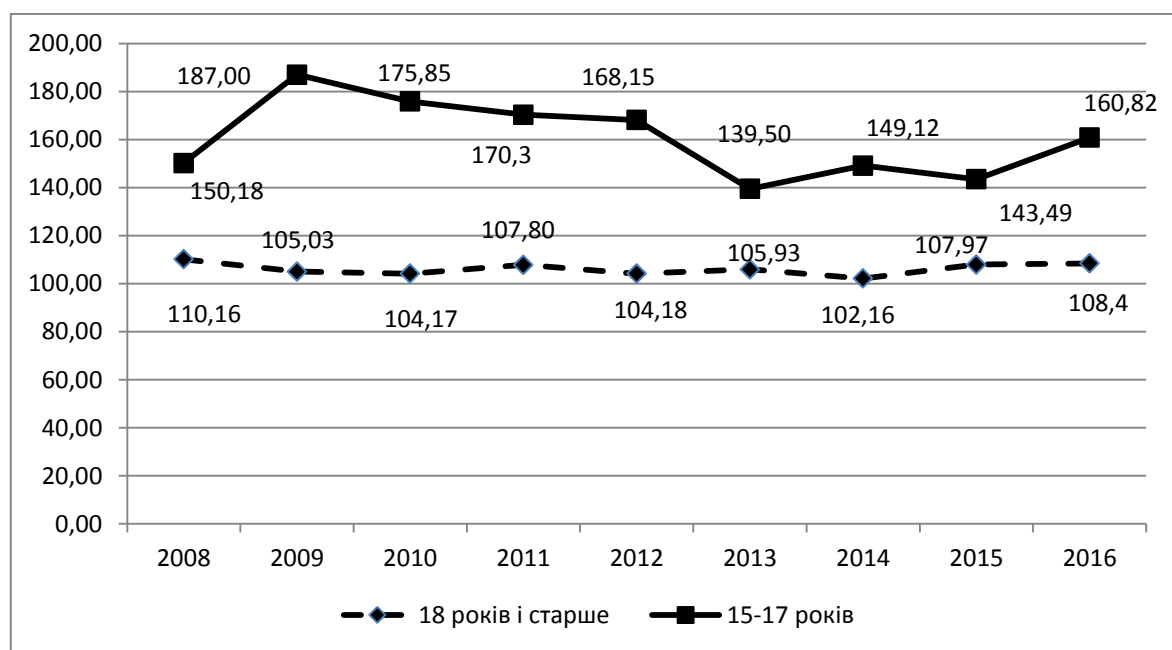


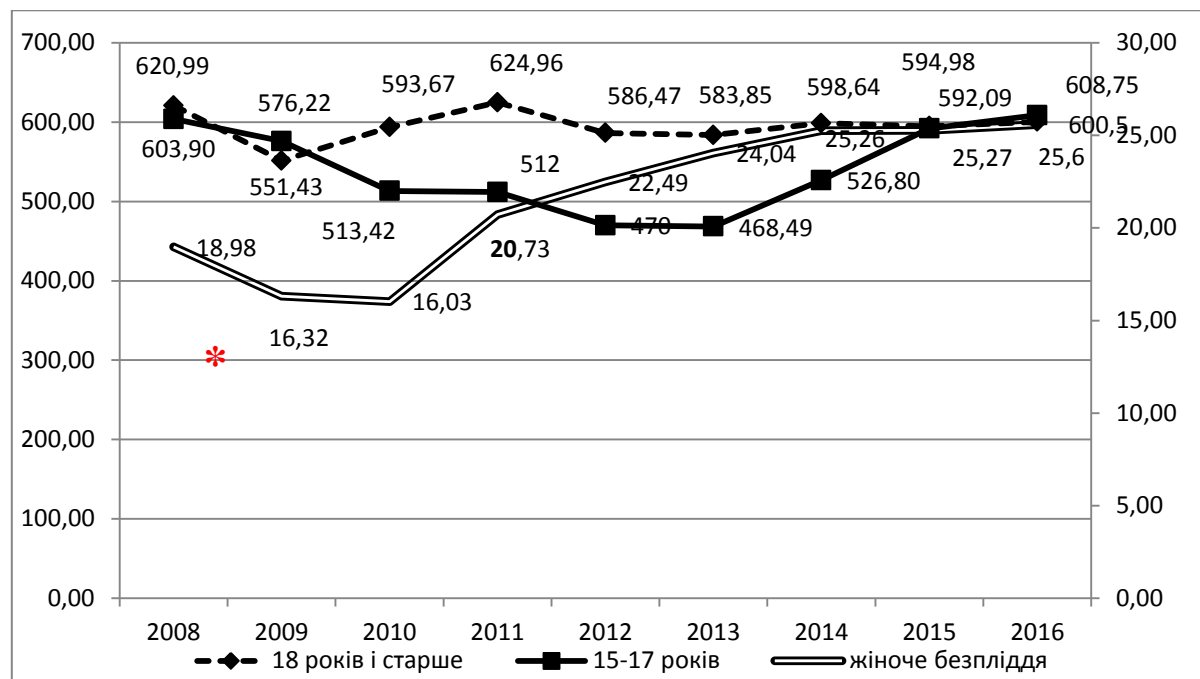
Рис. 3.8. Поширеність сальпінгоофоритів серед дівчат 15 – 17 років (на 10 тис. населення) та жінок старше 18 років (на 100 тис. населення)

Зважаючи на те, що найбільші групи ризику за поширеністю ПСШ становлять підлітки і молодь, санітарно-просвітницька робота була орієнтована на вказаний контингент, тому отримані дані мажуть слугувати підтвердженням дієвості заходів Державної програми і необхідності затвердження Загальнодержавної програми «Репродуктивне та статеве здоров'я нації на період до 2021 року».

Показник поширеності порушень менструацій у дівчат 15 – 17 років Сумської області за період з 2011 – 2015 рр. знаходився у межах загальнодержавних показників (512,00‰ та 608,55‰; 646,40‰ і 590,60‰ відповідно) з тенденцією до зростання.

Станом на початок 2017 року частота порушень менструацій у дівчат і жінок старше 17 років співпадає з показником дівчат 15 – 17 років (600,5 та 608,75 на 100 тис. відповідного населення), навіть з незначною перевагою останніх (рис. 3.9). Починаючи з 2013 року динаміка змін показника жіночої безплідності аналогічна

динаміці показника порушення менструальних функцій у підлітковому віці, а з 2015 року порушення менструацій серед жіночого населення обох визначених вікових груп співпадають за тенденціями з жіночою безплідністю, що підтверджує особливу значимість гормонального статусу у збереженні природної фертильності.



Примітка: * - серед дорослого населення

Рис. 3.9. Поширеність порушень менструацій серед дівчат 15 – 17 років (на 10 тис. населення) і жінок старше 18 років (на 100 тис населення) та жіночої безплідності (*)

Частка абортів серед дівчат підліткового віку зменшилася з 4,98 (2011 р.) до 1,72 на 1 000 дівчат відповідного віку (2015 р.), що може свідчити про ефективність просвітницької роботи і використання контрацептивних засобів.

3.4. Вплив еколого - соціальних чинників на стан репродуктивного здоров'я жіночого населення регіону

Згідно з метою дослідження було проведено оцінку і співставлення стану репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку різних районів Сумської області

за 22 роки з урахуванням різних чинників навколишнього середовища [226, 227, 228, 229].

Серед районів області було виокремлено райони з низькою якістю довкілля (31,57%) за частотою випадків перевищення ГДК хімічно - активних і біологічно агресивних речовин в атмосферному повітрі, воді, харчових продуктах, середньою (15,79%) та оптимальною якістю довкілля (52,63%).

В усіх районах з високим рівнем забруднення викидами в атмосферне повітря зафіксоване найбільшу кількість випадків перевищення ГДК речовин і сполук у досліджуваних середовищах (рис. 3.10).

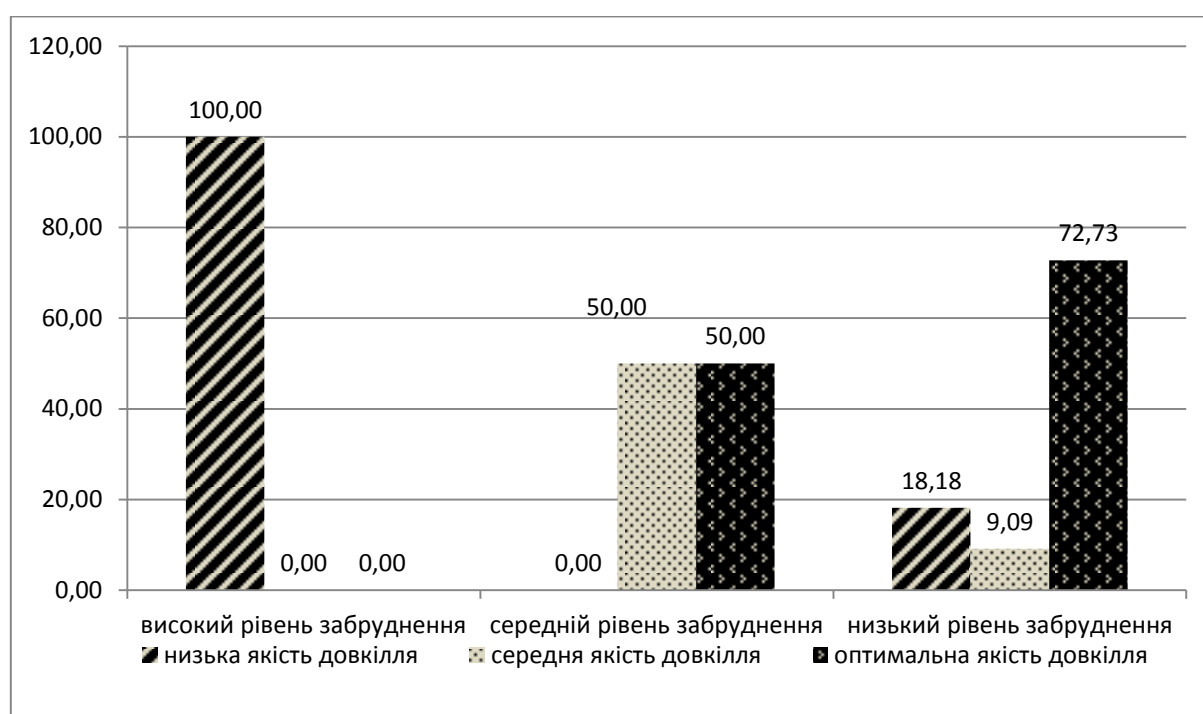


Рис. 3.10. Питома вага регіонів за критерієм якості довкілля серед районів області з різним рівнем викидів в атмосферне повітря (%)

Загальновідомо, що стан здоров'я є індикатором, що акумулює вплив численних факторів (генетичних, соціальних, виробничих, умов довкілля тощо) і віддзеркалює якість життя.

Аналіз показників популяційного репродуктивного здоров'я дозволив констатувати, що поширеність порушень **менструацій та жіночої безплідності** перевищувала у районах із середнім рівнем забруднення атмосфери за загальним обсягом викидів порівняно із районами з високим і низьким рівнем забруднення (Додаток 3. табл. 3.5).

Відмінності середніх значень поширеності порушень менструацій від району постійного проживання підтверджується дисперсійним аналізом, згідно з яким вказана патологія залежала від району проживання у 2013 році ($F=6,86$, $p<0,05$), 2014 році ($F=4,22$, $p<0,05$), 2015 році ($F=6,64$, $p<0,05$), 2016 році ($F=6,82$, $p<0,05$).

Заслуговує на увагу той факт, що **народжуваність** у районах із середнім рівнем за обсягом викидів в атмосферу була нижчою, ніж у районах з високим та низьким рівнем викидів (у різні роки – вірогідно або з тенденцією відмінностей). Ймовірно, можна підтвердити положення теорії екологічної репродуктології (Айламазян Э. К. та ін., 1996–2000), згідно якої, репродуктивна система жінок чутлива до впливу несприятливих чинників довкілля будь-якого походження та інтенсивності, у тому числі і допорогової. При цьому клінічні розлади проявляються підвищенням частоти порушень менструального циклу, неспецифічних хронічних захворювань статевих органів, гіперпластичних процесів, зниженням фертильності, збільшенням частоти патології вагітності та пологів, погіршенням стану плода та новонародженого, збільшенням неонатальних втрат [230].

Підтвердженням вищезазначеного положення теорії екологічної репродуктології, частота **патології вагітності та пологів** мала тенденцію до перевищення у районах з високим рівнем викидів порівняно з районами із середнім та низьким рівнем забруднення атмосфери ($p<0,05$), а згідно зі статистичними даними 2016 року вірогідно перевищувала у районах зі значним обсягом викидів над районами з низьким рівнем забруднення ($3071,82\pm 689,16$ та $572,03\pm 208,76$, $t=2,19$, $p=0,50$ відповідно), незважаючи на загальну тенденцію до скорочення обсягів викидів у атмосферу (див. рис. 3.1)

Поширеність **окремих станів, що виникають у перинатальному періоді** у цілому, мали аналогічну тенденцію до перевищення їх частоти у районах зі значним обсягом викидів.

Для підтвердження гіпотези про несприятливий вплив комплексу чинників довкілля на період перинатального розвитку репродуктивної системи було проаналізовано залежність окремих показників РЗ жінок Сумської області за останні

роки, серед яких найбільша питома вага (67%) припадає на жінок активного репродуктивного віку 18 – 25 років від якості довкілля окремих районів області у 1994 – 1997 рр., зважаючи на те, що народження жінок вказаного вікового діапазону припадає саме на цей період.

Серед досліджуваних показників простежується тенденція до перевищення частоти **жіночого безпліддя** у районах з найбільшою кількістю перевищення ГДК хімічно-активних і біологічно агресивних речовин у 1994 – 1997 рр. (Додаток 3, табл. 3.6). При цьому порушення **менструацій** у вказаних регіонах протягом 2013 – 2016 рр. були мінімальними порівняно з умовно «чистими».

Частота **патології вагітності та пологів** у 2013 – 2016 рр. переважала у районах області з низькою якістю довкілля у минулі роки, а поширеність **патологічних станів перинатального періоду** не мала закономірностей у динаміці 2013 - 2015 рр.

У цілому народжуваність переважала у районах області з низькою якістю довкілля порівняно з районами середньої та оптимальної якості довкілля за питомою вагою перевищень ГДК ксенобіотиків в атмосфері, ґрунті, воді та харчових продуктах, таке протиріччя можна пояснити відсутністю однокомпонентного впливу чинників довкілля на РП населення.

Крім того, території з «низькою якістю» довкілля представлені районам нафтодобувної галузі, промислових підприємств, міста Суми, Охтирка, Ромни, в яких більшою є урбанізація з перевагою населення фертильного віку.

Оцінка залежності статистичних показників РЗ жіночого населення Сумської області від якості довкілля за частотою перевищення ГДК ксенобіотиків у 2013 – 2016 рр. підтверджує встановлені попередні закономірності: по-перше, поширеність **порушень МЦ та жіноча безплідність** переважала у районах із середньою якістю довкілля; по-друге, **патології вагітності пологів та поширеність патологічних станів перинатального періоду** переважали у районах з низькою якістю довкілля з різним рівнем вірогідності (табл. 3.4). Вказані висновки підтверджують положення теорії екологічної репродуктології, що екологічно залежні порушення

репродуктивної системи жінок проявляються клінічними, патофізіологічними, гормональними, біохімічними, імунологічними симптомами, які, в основному, носять односпрямований, однотипний характер і мають значну схожість за умови впливу різних антропогенних факторів.

Таблиця 3.4

Поширеність за окремими класами хвороб репродуктивної системи та станами у районах Сумської області з різним рівнем якості довілля у 2014 – 2016 рр. (на 100 тис відповідного населення)

Класи захворювань і станів	Якість довілля районів Сумської області (2014-2016 рр.)			t 1-2	t 1-3	p1-2	p 1-3
	Низька (1)	Середня (2)	Оптимальна (3)				
	M±σ	M±σ	M±σ				
порушення МЦ 2013	1030,34±557,06	1848,49±852,22	1207,89±646,17	-1,77	-0,55	0,12	0,59
порушення МЦ 2014	1194,41±778,29	2076,47±1164,29	1257,22±776,00	-1,38	-0,15	0,21	0,88
порушення МЦ 2015	582,04±292,31	1091,23±646,15	663,73±413,69	-1,70	-0,42	0,13	0,68
порушення МЦ 2016	541,61±285,02	1047,22±561,95	664,34±443,82	-1,86	-0,60	0,11	0,56
жіноча безплідність 2013	291,56±149,80	493,10±213,31	299,43±119,51	-1,67	-0,11	0,14	0,91
жіноча безплідність 2014	325,31±170,32	549,86±299,94	282,31±115,09	-1,47	0,59	0,18	0,57
жіноча безплідність 2015	170,37±117,93	249,86±147,53	136,1±78,80	-0,88	0,68	0,41	0,51
жіноча безплідність 2016	177,17±118,46	247,37±118,22	142,01±79,15	-0,84	0,69	0,43	0,50
народжуваність 2014	9,54±0,70	8,57±0,68	8,42±0,89	1,92	2,45	0,10	0,03
народжуваність 2015	8,64±0,55	8,33±0,21	8,21±0,80	0,90	1,08	0,40	0,30
народжуваність 2016	8,10±0,73	7,20±0,82	7,45±0,71	1,62	1,66	0,16	0,12
патологія вагітності та пологів 2013	2122,65±1876,85	1275,72±844,13	1003,19±790,85	0,72	1,66	0,50	0,12
патологія вагітності та пологів 2014	2384,60±2488,03	1376,07±795,02	945,45±651,06	0,66	1,77	0,53	0,10
патологія вагітності та пологів 2015	1702,82±2142,78	1595,12±937,73	958,26±666,58	0,08	1,04	0,94	0,32
патологія вагітності та пологів 2016	2586,98±3638,67	1154,96±818,17	874,54±736,59	0,65	1,48	0,54	0,16
патологічні стани у перинатальному періоді 2013	5,84±4,15	3,99±1,88	3,66±2,13	0,71	1,40	0,50	0,18
патологічні стани у перинатальному періоді 2014	6,54±4,87	2,68±0,76	4,29±2,69	1,32	1,20	0,23	0,25
патологічні стани у перинатальному періоді 2015	8,73±3,42	3,03±0,31	8,86±3,52	2,78	-0,07	0,03	0,94
патологічні стани у перинатальному періоді 2016	9,43±3,81	3,70±1,39	6,85±3,71	2,45	1,34	0,04	0,20

Пошук взаємозв'язку поширеності хвороб репродуктивної системи та різних станів (з ним пов'язаних) з комплексом чинників забруднення довкілля дозволив встановити тільки розрізнені зв'язки, що не дає можливості встановити однозначні закономірності.

У ході дослідження встановлено існування прямого кореляційного зв'язку між кількістю проб атмосферного повітря з перевищенням ГДК забруднюючих речовин і показником поширеності безпліддя жінок фертильного віку у 2013 ($r=0,730, p<0,05$), 2014 ($r=0,686, p<0,05$) та 2015 роках ($r=0,676, p<0,05$). Крім того, середня поширеність порушень менструальної функції за чотири останніх роки залежала від забруднення атмосферного повітря за узагальненим показником якості повітряного середовища ($r=0,811, p<0,05$). Підтвердженням вказаного факту є виявлена залежність між поширеністю безпліддя жінок і обсягами викидів від стаціонарних і пересувних джерел забруднення атмосферного повітря ($r=0,504, p=0,017$). Проте серед підліткового контингенту у 2008 – 2010 роках вірогідний кореляційний зв'язок між поширеністю порушень менструальної функції і забрудненням довкілля відсутній, що дає підстави припустити існування поєднаного впливу етіологічних чинників вказаної патології.

Проте попередні наукові дослідження щодо вивчення впливу окремих хімічно-активних речовин доводять активну участь у формуванні даної патології аміаку ($r=+0,9$), сірчистого ангідриду ($r=+0,3$), пилу ($r=+0,2$), двоокису азоту ($r=+0,13$) і сірководню ($r=+0,05$). Причому, порушення менструального циклу значуще корелюють з наявністю в атмосферному повітрі аміаку, фенолу, двоокису азоту, окису вуглецю і сірководню; ускладнення вагітності, пологів і післяпологового періоду - аміаку, пилу і сірчистого ангідриду; сальпінгіти і оофорити - аміаку, сірчистого ангідриду і парів сірчаної кислоти [231].

З огляду на те, що ступінь несприятливого впливу антропогенного середовища і стійкість до нього організму визначаються генотипом і фенотипом жінки, віком, професією, умовами побуту, величиною дози і експозицією дії шкідливих агентів, було проаналізовано зв'язок показників РЗ жіночого населення із соціально-

економічною складовою життєдіяльності населення – середньомісячними доходами по окремих районах області з 1998 по 2016 роки.

Кореляційний аналіз дозволив визначити відсутність зв'язку матеріальної забезпеченості із показниками популяційного РЗ, натомість визначається зв'язок із такими значимими показниками демографічних процесів, як приріст та смертність серед населення окремих районів області (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Значення коефіцієнтів кореляції між середньомісячними доходами населення і демографічними показниками Сумської області

Показники	Роки			
	2013	2014	2015	2016
народжуваність 2014	0,4387	0,3874		
	$p=0,205$	$p=0,269$		
народжуваність 2015	0,5026	0,4593	0,1786	
	$p=0,139$	$p=0,182$	$p=0,622$	
народжуваність 2016	0,1621	0,1107	- 0,0258	- 0,0993
	$p=0,654$	$p=0,761$	$p=0,944$	$p=0,785$
смертність 2014	- 0,3795	- 0,7230-		
	$p=0,279$	$p=0,018$		
смертність 2015	- 0,1959	- 0,2226	- 0,4092	
	$p=0,588$	$p=0,537$	$p=0,240$	
смертність 2016	- 0,0887	- 0,1349	- 0,3879	- 0,2903
	$p=0,807$	$p=0,710$	$p=0,268$	$p=0,416$
приріст населення 2014	0,5248	0,6758		
	$p=0,119$	$p=0,032$		
приріст населення 2015	0,4039	0,4193	0,5347	
	$p=0,247$	$p=0,228$	$p=0,111$	
приріст населення 2016	0,1542	0,1750	0,3505	0,2295
	$p=0,671$	$p=0,629$	$p=0,321$	$p=0,524$

Прямий кореляційний зв'язок приросту населення Сумщини і рівня доходів населення, який простежується у 2014 році ($p<0,05$), співпадає із закономірною залежністю збільшення смертності і зменшення доходів населення у 2014 році ($r = - 0,7230, p<0,05$).

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

1. В останні роки проблему забруднення повітря в області визначали, в основному, викиди від пересувних джерел, що складає майже 70 % від загального обсягу викидів (40,39 тис. т). Тому проблема загазованості міст області викидами від автотранспорту є основною. Найбільш суттєве збільшення відбулося за рахунок наступних речовин: сполуки азоту (на 1,0 тис. т або на 53,2%), оксид вуглецю (на 0,8 тис. т або на 17,6%), метан (на 0,1 тис. т або на 4,8%), діоксид сірки (на 0,1 тис. т або на 4,1%), сірчаної кислоти (на 36,7 т або на 43,3%), СОЗ (бензапірен) (на 0,006 т або у 7 разів), бром та його сполуки (на 0,031 т або у 2,7 раза). Збільшення викидів сірчаної кислоти у 2016 році спричинено збільшенням обсягів виробництва двоокису титану на 2 078 тонн і кількості переробленої гідролізної сірчаної кислоти (ЦКСК) на 6 918 тонн.

2. За періоди з 1994 – 1997 рр. та 2012 – 2016 рр. низька якість довкілля за усередненим значенням питомої ваги відхилень показників від санітарних норм і правил визначена у м. Суми і Сумському районі, Роменському, Охтирському, Недригайлівському, Краснопільському районах) і відповідає класифікації районів за динамікою викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення.

3. У ході дослідження встановлено райони із відносно сприятливою, напруженою і кризовою демографічною ситуацією. Трьохрічне зменшення чисельності наявного населення у Сумській області відбувалося переважно за рахунок населення сільської місцевості (-3,13), ніж населення міських поселень (-1,09). Установлено, що в усіх районах області спостерігається зменшення загальної чисельності населення, проте чинники демографічних процесів – різні. Окремі райони області мають схожу картину демографічних змін, що дало змогу за показниками народжуваності та смертності населення виокремити чотири типи районів області. Найбільше виражена депопуляція із значним зменшенням населення спостерігається у Конотопському (-4,37%), Буринському (-3,98%),

Глухівському (-3,81%), Лебединському (-3,74%), Великописарівському (-3,55%) районах Демографічне районування може слугувати підґрунтям конкретних перспективних медико-соціальних заходів для означених регіонів.

У Сумській області у 2016 році реєструвався найвищий (після Чернігівської області -10,3) показник природного убутку населення -8,87 на 1 000 населення

4. Сумська область належить до регіонів з низьким показником середньої кількості народжених дітей жінками у віці 15 років і старше, який становить від 2,0 до 2,1 дитини порівняно із західними областями України, де середня народжуваність – більше 2,2 дитини. Серед жінок фертильного віку, як у містах так і в селах, найбільш поширеною є репродуктивна установка на народження двох дітей. Питома вага групи жінок, які народжують дітей поза шлюбом, найвища у ранньому репродуктивному віці, що часто є наслідком небажаної вагітності.

5. У результаті дослідження встановлено, що за період 1996 – 2016 рр. поширеність хвороб сечостатевої системи серед дорослого жіночого населення Сумської області збільшилася на 3 439,2 ‰ (5 939,2 на 100 тис. населення у 1996 році і 9 378,4 на 100 тис. населення у 2016 році). Серед цієї групи хвороб (станом на 1.01.2017 р) сальпінгіти, оофорити становлять 10,33%, запальні хвороби шийки матки – 17,48%, ендометріоз – 3,31%, ерозія шийки матки, ектропіон – 9,48%, розлади менструацій – 7,37%, жіноча безплідність – 3,11% від хвороб сечостатевої системи.

6. Частота патологічних змін на початок 2017 року, що пов'язані із вагітністю, пологами та ускладненнями у післяпологовий період, починаючи з 2014 року, збільшилася на 8,13%. Ймовірно, негативна динаміка пов'язана із збільшенням частоти геніальної, екстрагенітальної патології, що у результаті впливає на закінчення вагітності абортивним результатом, виникнення гіпертензивних розладів під час вагітності, пологів та ускладнень у післяпологовому періоді.

Частка абортів серед дівчат підліткового віку зменшилася з 4,98 (2011 р.) до 1,72 на 1 000 дівчат відповідного віку (2015 р.), що може свідчити про ефективність просвітницької роботи і використання контрацептивних засобів.

7. Поширеність порушень менструацій залежить від району постійного проживання (у 2013 році ($F=6,86$, $p<0,05$), 2014 році ($F=4,22$, $p<0,05$), 2015 році ($F=6,64$, $p<0,05$), 2016 році ($F=6,82$, $p<0,05$)) і перевищує показник у районах із середнім рівнем забруднення атмосфери за загальним обсягом викидів, порівняно із районами з високим і низьким рівнем забруднення.

Частота патології вагітності та пологів, поширеність окремих станів, що виникають у перинатальному періоді у цілому, мали тенденцію до перевищення у районах з високим рівнем викидів порівняно з районами із середнім та низьким рівнем забруднення атмосфери ($p>0,05$).

8. Не встановлено зв'язок матеріальної забезпеченості населення із показниками популяційного РЗ, натомість визначається зв'язок із такими значимими показниками демографічних процесів, як приріст та смертність серед населення окремих районів області.

Результати дослідження, що представлено у розділі 3, відображено у таких друкованих працях: [224, 225, 226, 227, 228, 229].

РОЗДІЛ 4

МЕДИКО – СОЦІАЛЬНО – ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ДІВЧАТ-СТУДЕНТОК ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ 17 – 22 РОКІВ

Загальновідомо, що здоров'я у цілому опосередковано рядом чинників: станом навколишнього середовища, соціально-гігієнічними умовами життєдіяльності, способом життя та генетичною детермінацією. Стан здоров'я молоді викликає занепокоєння з огляду на негативний вплив наявних нестабільних соціально – економічних, природніх умов життєдіяльності та існуючої протягом багатьох років демографічної кризи.

4.1. Стан соматичного та репродуктивного здоров'я студенток закладів вищої освіти

Аналіз результатів комплексних профілактичних медичних оглядів студенток, що були проведені на базі поліклінік міста протягом 2014 – 2016 рр., дозволив виокремити три групи студенток: Д1 (без відхилень у стані здоров'я), Д2 – (особи із функціональними змінами), Д3 (особи, які мають хронічні захворювання).

За трьохрічними даними комплексних профілактичних медичних оглядів питома вага групи «здорових» зберігає тенденцію до зменшення ($40,69 \pm 1,07\%$, $37,60 \pm 0,99\%$, $39,88 \pm 0,94\%$, відповідно у 2014, 2015 і 2016 роках). Функціональні відхилення реєструвалися у $55,14 \pm 1,09\%$ оглянутих у 2014 році і $54,85 \pm 0,96\%$ - у 2016 році. Хронічна патологія із тенденцією до зростання була виявлена у $4,17 \pm 0,43\%$ (2014 р.), $5,01 \pm 0,45\%$ (2015 р.) та $5,26 \pm 0,43\%$ (2016 р.) оглянутих, причому за рахунок зменшення як частки групи Д1 так і групи Д2, що свідчить про підвищення хронізації патології серед студенток (рис. 4.1).

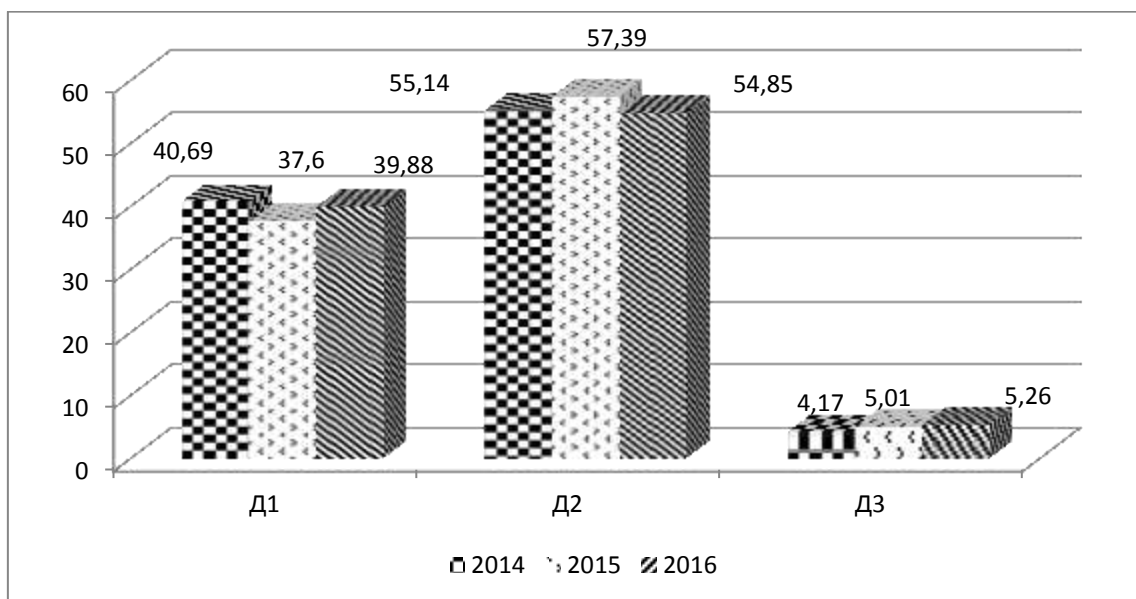


Рис. 4.1. Розподіл студенток за групами здоров'я у динаміці 2014 – 2016 рр. (%)

Спеціальна медична група для занять фізичним вихованням формувалася з $14,01 \pm 0,77\%$, $11,66 \pm 0,73\%$ та $14,54 \pm 0,73\%$ оглянутих відповідно у 2014 – 2016 роках (рис. 4.2). Однак реєструвалося збільшення кількості студенток, які були звільнені від занять фізичним вихованням (з $2,96 \pm 0,37\%$ у 2014 році до $4,71 \pm 0,45\%$ - у 2016 році) за рахунок виявленої та існуючої хронічної патології [232].

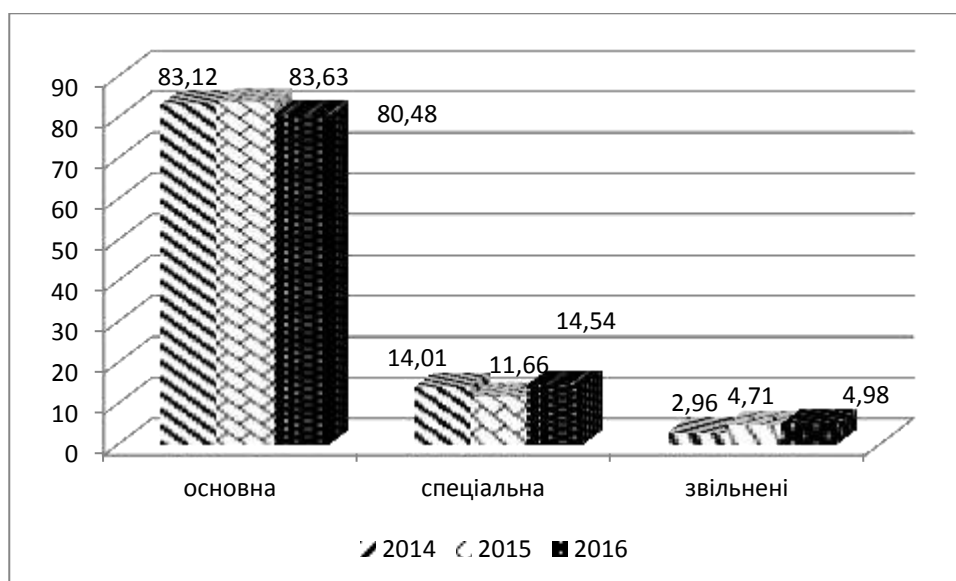


Рис. 4.2. Розподіл студенток за медичними групами для занять фізичним вихованням у динаміці 2014 – 2016 рр. (%)

Серед контингенту студенток (за даними медичних оглядів), у динаміці трьох років патологічна ураженість зберігалася досить високою від $584,85 \pm 10,55\%$ до $785,51 \pm 7,83\%$ (рис.4.3).

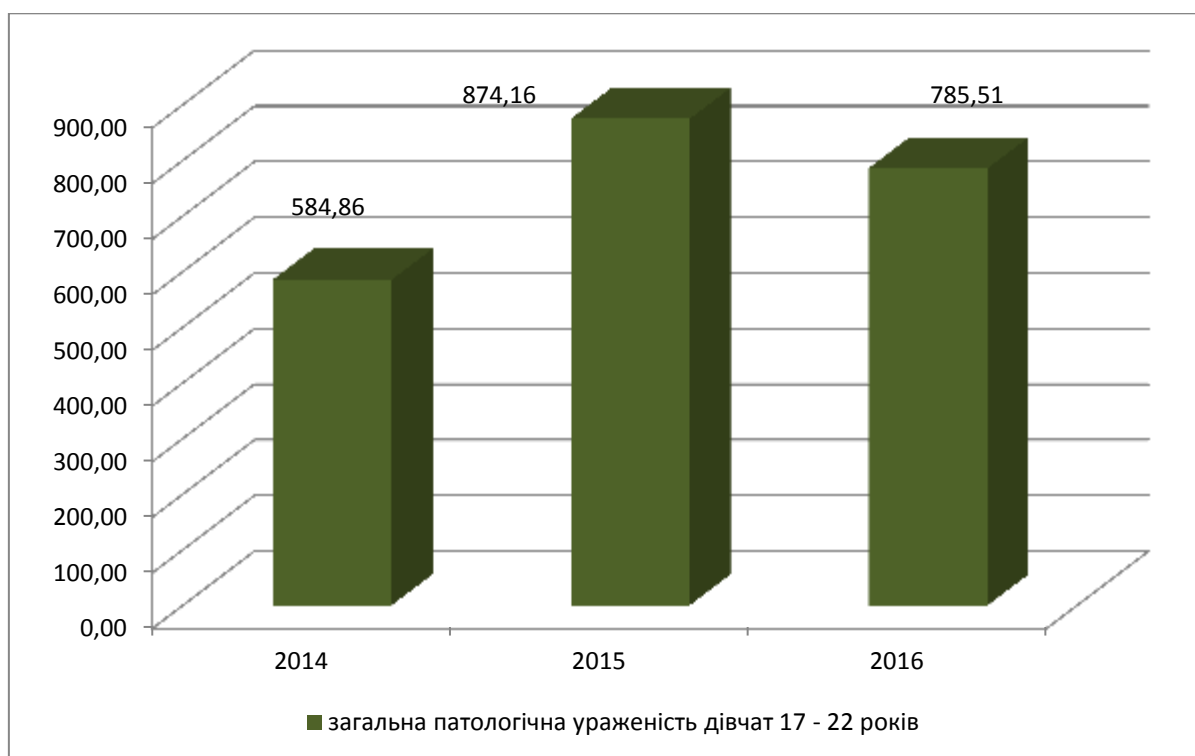


Рис. 4.3. Динаміка патологічної ураженості студенток закладів вищої освіти (на 1 000 відповідного контингенту)

Згідно даними комплексного медичного огляду 2016 року, у структурі патологічної ураженості студенток домінували хвороби системи травлення (22,48%), що переважно були представлені такими хворобами як хронічний гастрит, дискінезія жовчно-вивідних шляхів; друге місце посідали хвороби дихальної системи (за рахунок хвороб верхніх дихальних шляхів (13,63%)) та нервової системи (13,12% - вегето-судинні дистонії, судинні кризи); на третьому місці – хвороби ССС (11,54%) та хвороби сечостатевої системи (11,59%), серед яких 89,87 % становили хвороби репродуктивної системи. (табл. К.1). У динаміці трьох останніх років найбільший приріст виявленої патології встановлено за групою хвороб ендокринної системи (+287,6%) і сечостатевої системи (+183,53%).

Кількість хвороб ендокринної системи, в основному, збільшувалася за рахунок виявленої гіперплазії щитоподібної залози, ймовірною причиною чого можуть бути несприятливі чинники довкілля, адаптаційний період до умов навчання та соціалізації підлітків. Збільшення поширеності хвороб сечостатевої системи переважно за рахунок патологічних змін репродуктивної системи є тривожною ознакою несприятливого впливу чинників репродуктивної поведінки та низького рівня сформованості навичок здорового способу життя.

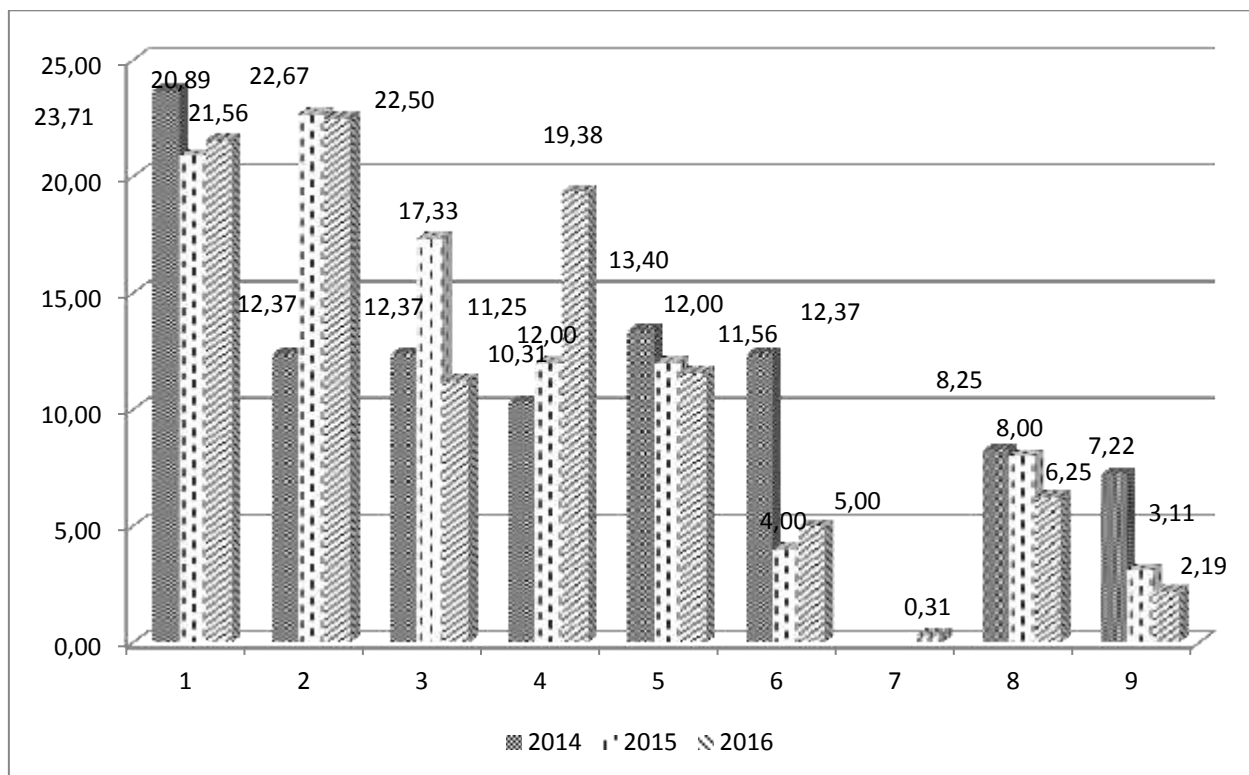
Слід зазначити, що зменшення виявленої патології системи травлення на 16,84% може свідчити про підвищення уваги до організації харчування студентів протягом робочого дня.

За результатами цільових гінекологічних оглядів студенток вищих навчальних закладів м. Суми було встановлено, що патологічна ураженість репродуктивної системи за останні три роки збільшилася з 32,11‰ у 2014 році до 100,67‰ у 2016 році.

У структурі гінекологічної патології студенток 17 – 22 років перше місце (за даними 2016 року) посідали розлади менструації (22,67‰) та ерозії шийки матки (22,50%). Зважаючи на те, що менструальна функція є інтегрованою функцією різних регулюючих систем організму, вона відображає не тільки ендогенний стан організму та ступінь біологічної зрілості, але і екзогенний вплив навколишнього середовища (у тому числі і соціального). Причому у вікових групах 17 – 19 та 20 – 22 роки не зафіксовано відмінностей питомої ваги порушень менструальної функції.

Встановлено ряд особливостей: по-перше, всередині нозологічної форми «розлади менструальної функції» встановлено вікові відмінності (з віком ювенільні кровотечі поступаються місцем гіпоменструальному синдрому та аменореям, що свідчить про більш серйозні функціональні відхилення репродуктивної системи); по-друге, зменшується частка запальних процесів придатків матки при збільшенні питомої ваги доброякісних пухлин та ерозії шийки матки (рис. 4.4). Серед запальних захворювань репродуктивної системи найчастіше реєструвалися сальпінгофорити (11,56‰), кольпіти (19,38‰), що можуть провокувати безпліддя, позаматкову

вагітність, виникнення новоутворень, розлади менструального циклу. Причому питома вага сальпінгофоритів у старшій віковій групі студенток протягом трьох останніх років зменшилася з 17,39% до 11,11%, паралельно із зменшенням вагінітів (з 17,39% до 11,11%).



Примітка: 1 - порушення менструальної функції;
 2 - ерозії шийки матки;
 3 - вульвовагініти;
 4 - кольпіти;
 5 - сальпінгофорити;
 6 - кісти яєчників;
 7 - лейоміома матки;
 8 - ПСШ;
 9 - інші хвороби РС

Рис. 4.4. Питома вага окремих хвороб репродуктивної системи дівчат 17 – 22 років (%)

Проте частота кольпітів у структурі патології РС в обох вікових групах збільшується з 9,80% до 17,86% (I вікова група) та з 10,87% до 20,56% (II вікова група) (табл. 4.1). Простежується закономірність: збільшення кількості кольпітів супроводжується збільшенням кількості ерозій шийки матки, що, ймовірно, можна

пояснити порушенням цілісності епітелію шийки матки за умови існування запальних процесів

Кісти яєчників частіше вперше діагностуються у молодшому віці з подальшим лікуванням, чим і пояснюється менша питома вага цієї групи хвороб у II віковій групі. Проте ІПСШ мають більшу перевагу у студенток перших курсів, порівняно із студентками старшокурсниками по причині раннього початку статевого життя та відсутності знань щодо безпечної репродуктивної поведінки.

Таблиця 4.1

Питома вага окремих хвороб у структурі патології репродуктивної системи

Хвороби і стани репродуктивної системи	Вікова група 17-19 років						Вікова група 20 - 22 років					
	2014		2015		2016		2014		2015		2016	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
всього виявлено	51		102		140		46		123		180	
порушення менструальної функції	12	23,53	22	21,57	30	21,43	11	23,91	25	20,33	39	21,67
ерозії шийки матки	7	13,73	21	20,59	25	17,86	5	10,87	30	24,39	47	26,11
вульвовагініти	4	7,84	12	11,76	16	11,43	8	17,39	27	21,95	20	11,11
кольпіти	5	9,80	10	9,80	25	17,86	5	10,87	17	13,82	37	20,56
сальпінгофорити	5	9,80	10	9,80	17	12,14	8	17,39	17	13,82	20	11,11
кісти яєчників	10	19,61	8	7,84	11	7,86	2	4,35	1	0,81	5	2,78
лейоміома матки											1	0,56
ІПСШ	5	9,80	14	13,73	12	8,57	3	6,52	4	3,25	8	4,44
інші хвороби	3	5,88	5	4,90	4	2,86	4	8,70	2	1,63	3	1,67
вагітність	2		3		3		2		5		1	

Із загальної кількості осіб з гінекологічною патологією 52,06% дівчат мають комбіновану патологію двох або трьох систем організму. Вони у подальшому, під час вагітності, пологів, формують групи високого ризику акушерської патології.

Серед факторів, що викликають захворювання статевих органів, інфекційні займають перше місце. У 70% випадків причиною інфекційного запалення є бактерії і гриби, в 20% - віруси, в 10% випадків, при одноразовому бактеріологічному дослідженні, не вдається виділити яку-небудь патогенну флору. Майже в 50% усіх спостережень констатується змішана інфекція.

За результатами антропометричного обстеження виявлено, що середня ДТ студенток становила $165,42 \pm 0,33$ см, МТ – $58,19 \pm 0,89$ кг, ОГК – $85,42 \pm 0,59$ см, товщина підшкірного жиру (ТПЖ) – $1,14 \pm 0,04$ см.

Середні значення ДТ і ОГК дівчат I ВГ ($165,75 \pm 0,43$ см та $86,33 \pm 0,64$ см) перевищували відповідні показники дівчат II ВГ ($164,87 \pm 0,53$ см та $85,47 \pm 0,51$ см) ($p > 0,05$). Середні значення МТ не мали вікових відмінностей у I ВГ та II ВГ ($55,91 \pm 0,69$ кг та $55,69 \pm 0,76$ кг, відповідно ($p > 0,05$)).

Порівняльний аналіз цих показників у дівчат із міської і сільської місцевості дозволив виявити певні відмінності між групами, а саме: показники ДТ, МТ, ОГК у студенток, постійне місце проживання яких була сільська місцевість, мали тенденцію до перевищення аналогічних показників міських дівчат ($165,06 \pm 0,69$ см, $59,75 \pm 1,07$ кг, $86,59 \pm 0,82$ см та $163,91 \pm 1,10$ см, $57,30 \pm 1,30$ кг, $85,18 \pm 0,73$ см відповідно ($p > 0,05$)). Крім того ТПЖ у дівчат міських поселень ($1,09 \pm 0,07$ см) була меншою порівняно з показником дівчат сільських поселень ($1,22 \pm 0,08$ см), ($p > 0,05$).

Використання показника маси тіла, що побічно характеризує кількість жирової тканини в організмі, вважали головним фізіологічним фактором який визначає час появи і ступінь розвитку вторинних статевих ознак, а також вік менархе і характер становлення менструальної функції. Вищевказаним пояснюється використання індексних оцінок (ІМТ та ВВЖ) для оцінки фізичного розвитку дівчат 17 – 22 років.

У цілому гармонійний ФР, за індексом Кетле, визначався у $68,33 \pm 2,61\%$ оглянутих, з дефіцитом МТ виявлено $24,56 \pm 2,55\%$ студенток і надмірна МТ була притаманна $7,12 \pm 1,53\%$ оглянутих.

Частка дівчат з гармонійним ФР була більшою у II ВГ, порівняно з I ВГ за рахунок меншої питомої ваги групи дівчат з дефіцитом МТ ($p > 0,05$), (рис. 4.5).

Встановлені особливості ІМТ можна пояснити незначною перевагою ДТ у дівчат І ВГ при однаковій МТ в обох вікових групах. Проте серед дівчат ІІ ВГ визначена тенденція до більшої частки осіб з надлишковою МТ ($p>0,05$).

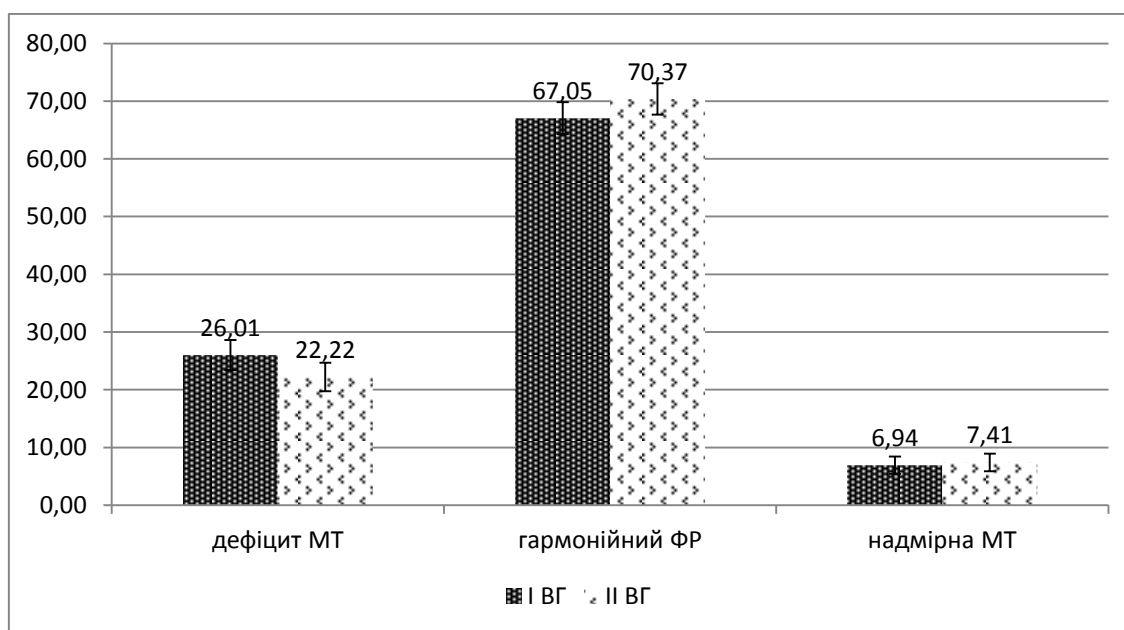


Рис. 4.5. Розподіл дівчат І ВГ та ІІ ВГ за гармонійністю фізичного розвитку (%)

Встановлено, що питома вага груп студенток з гармонійним ФР відрізнялася за критерієм місця постійного проживання, зокрема більша частка осіб з гармонійним ФР зустрічалася серед дівчат сільської місцевості ($70,59\pm 2,52\%$) порівняно з дівчатами міст ($64,06\pm 2,65\%$), ($p<0,05$). Студенток з ожирінням у групах спостереження не було виявлено. Проте необхідно зауважити, що серед дівчат із сільської місцевості, які мали дисгармонійний розвиток, виявлено менше осіб з дефіцитом і надлишковою масою тіла ($20,59\pm 2,23\%$ і $8,82\pm 1,57\%$ відповідно), ніж у міських дівчат ($23,44\pm 2,34\%$ і $12,50\pm 1,83\%$ відповідно), ($p<0,05$). Встановлений факт можна трактувати як вплив характеру харчування, особливостями побуту з активною участю молоді у трудовій діяльності, більшою фізичною активністю жителів сільської місцевості.

Серед студенток переважав нормостенічний тип конституції ($71,43\pm 2,50\%$), гіперстенічний тип зустрічався у $18,37\pm 2,14\%$ оглянутих, майже вдвічі менше встановлено осіб з астеничним типом ($10,20\pm 1,67\%$).

Серед дівчат із сільської місцевості нормостенічний тип зустрічався частіше ($73,53 \pm 2,44\%$), ніж серед дівчат міст ($70,31 \pm 2,53\%$), ($p > 0,05$).

При цьому жительки міст були більш схильні до астенічного типу конституції ($10,94 \pm 1,72\%$) порівняно з дівчатами сільської місцевості ($8,82 \pm 1,57\%$), ($p > 0,05$).

Виявлена тенденція підтверджується більш пізнім менархе у дівчат міст ($13,26 \pm 0,27$ року) порівняно з дівчатами сільських поселень ($12,47 \pm 0,17$ року), ($p > 0,05$). Зв'язок ростових процесів і статевого дозрівання підтверджується зворотнім кореляційним зв'язком між показником ДТ і початком менархе ($r = -0,357$, $p < 0,05$).

Перевагу питомої ваги групи студенток із сільської місцевості з гармонійним ФР, нормостенічного типу конституції і більш ранніми темпами статевого розвитку порівняно з жительками міст, ймовірно, можна пояснити меншим аеротехногенним забрудненням довкілля, на що вказують науковці у попередніх дослідженнях (Даниленко Г.М., Пашкевич С.А., 2003; Бусел Л. А., Циркин В. И., 2006; Антипкін Ю. Г., 2008; Шилова О. Ю., 2011; Филатова О. В., 2007, 2014; Сенаторова Г.С., Тельнова Л.Г., 2013; Кох Л.И., Бурцева Г.А., 2015). Встановлений зв'язок між ростовими процесами і гормональним статусом підтверджується тим, що гінекологічна патологія, пов'язана із його нестабільністю, вдвічі частіше зустрічається серед осіб астенічного типу конституції (30,0%), ніж серед дівчат гіперстенічного (17,02%) та нормостенічного (21,79%) типів. Якщо зважати на той факт, що накопичення необхідної підшкірної жирової тканини у період росту і формування систем організму не тільки визначає початок і підтримку репродуктивної функції у дівчат, але і забезпечує потреби вагітності, перешкоджає розвитку метаболічних порушень, хронічних неінфекційних захворювань і підтримує репродуктивне здоров'я, то можна пояснити меншу кількість виявленої гінекологічної патології неінфекційної етіології.

Хвороби репродуктивної системи частіше діагностувалися у дівчат міст (28,13%), порівняно з дівчатами сільських поселень (14,71%), ($p < 0,05$). При цьому різниця у кількості виявленої патології не може пояснюватися більшою доступністю

до медичних послуг у місті, адже студентки протягом 2 – 3 років перебувають у спільних умовах організованих колективів навчальних закладів.

4.2. Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку

Загальновідомо, що пріоритетом у галузі громадського здоров'я повинні бути профілактичні та оздоровчі заходи. Основу визначення ступеня потенційної небезпеки для РЗ жіночого населення від впливу різноманітних факторів повинна становити донозологічна діагностика за інтегральною характеристикою злагодженості функціонування організму.

У деяких випадках скринінг, профілактичний огляд і диспансеризація можуть поєднуватися або бути етапами діагностичного маршруту дівчини за умови виявлення ризику хвороб репродуктивної системи.

Методологія донозологічної діагностики передбачає використання єдиного алгоритму дій фахівців і використання стандартних методик для оцінки резерву здоров'я [232].

Методика розрахунку оцінки індивідуального РЗ (ОІРЗ) базувалася на опосередкованому визначенні рівня функціонування репродуктивної системи, що безпосередньо пов'язана з регулюючим впливом з боку ендокринної системи, обміну речовин, наявності екстрагенітальної патології та ІПСШ.

Для розрахунку ОІРЗ враховувалися такі дані:

- 1) вік (роки), гінекологічний анамнез щодо особливостей менструального циклу;
- 2) довжина тіла (м), маса тіла (кг) ІМТ (індекс Кетле) за формулою (2.1);
- 3) відносний вміст жиру (ВВЖ) (за *D. Gallagher et al., 2000*) розраховувався з використанням ІМТ за такою формулою:

$$ВВЖ = 64,5 - \frac{848}{ІМТ} + 0,079 \times В, \quad (4.1)$$

1) де: B - вік у роках; IMT – співвідношення МТ (кг) до ДТ(м²) [302], дані зводилися у таблицю К.2.

Оцінка індивідуального РЗ розраховувалася, як середньоарифметичне бальних оцінок за дев'ятьма показниками за формулою 4.2:

$$OIP3 = \frac{1}{9} \sum_{i=1}^9 (n_i) \quad (4.2),$$

де $OIP3$ – оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я;

n_i – бальна оцінка i -того показника;

9 - кількість показників, за якими оцінюється РЗ.

$OIP3$ оцінюється за спеціальною шкалою (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Шкала оцінки індивідуального репродуктивного здоров'я

ІРЗ	Оцінка (бали)	Характеристика ІРЗ	Висновок та рекомендації
задовільний стан ІРЗ	$\geq 2,51$	Мінімальний ризик порушення репродуктивного здоров'я	Відсутні або існують незначні відхилення з боку репродуктивної системи та фізичного розвитку
група ризику за $OIP3$	1,89 – 2,50	існують відхилення статевого розвитку, функції ендокринної системи	Рекомендовано моніторинг ІРЗ та консультація лікаря-гінеколога, лікаря-ендокринолога
порушення репродуктивного здоров'я	$\leq 1,88$	існують відхилення статевого розвитку, функції ендокринної системи, обміну речовин, в анамнезі екстрагенітальна патологія та ПСШ.	Рекомендовано консультації лікаря-гінеколога, лікаря-ендокринолога, індивідуальна програма обстеження та лікування з метою збереження і підвищення резервів здоров'я.

Встановлено, що частка дівчат із задовільним станом ІРЗ становить 48,30%, група ризику – 47,17%, ознаки порушення ІРЗ виявлено у 4,53% опитаних. З віком кількість осіб, які мають задовільний стан репродуктивної системи зменшується (з 50,29% серед дівчат 17 – 19 років до 46,30% - серед дівчат 20 – 22 років). При цьому збільшується група ризику з 45,71% до 47,22% у відповідних вікових діапазонах.

Серед дівчат, які постійно мешкають у містах, більше осіб із низьким рівнем ІРЗ (5,71%), ніж серед дівчат із сільської місцевості (3,45%).

Для визначення можливості скринінгової діагностики було проаналізовано чутливість і специфічність запропонованого способу діагностики. У ході дослідження керувалися тим, що чутливість, як характеристика ймовірності, - це частка дійсно хворих дівчат в обстеженій популяції, які за результатами тестування належать до групи з низьким рівнем ІРЗ та групи ризику.

Використовуючи чотирьохпільну abcd-таблицю, було визначено, що чутливість становить 64,38%, специфічність – 53,55%. Звичайно, якщо прогностична цінність способу становить 64,38%, то використовувати його для клінічної діагностики не припустимо, проте для скринінг-діагностики в умовах організованих колективів спосіб дозволяє виокремити групу ризику щодо відхилень з боку РС.

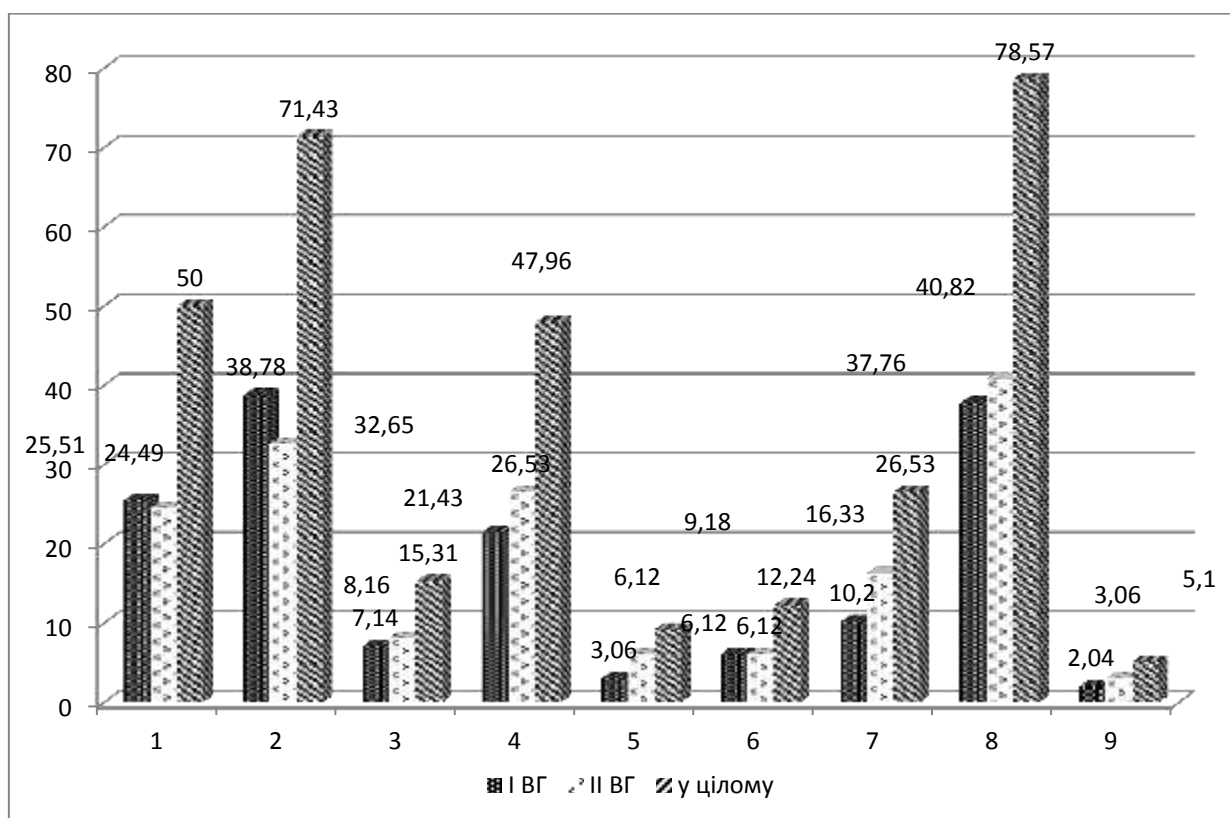
4.3. Гігієнічна оцінка якості та способу життя студенток закладів вищої освіти

В умовах соціальної напруженості та зниження життєвого рівня населення саме діти та молодь стають однією з найбільш соціально вразливих груп населення. негативним наслідком вказаних тенденцій є зниження потенціалу здоров'я кожного подальшого покоління по відношенню до попереднього.

Вирішенням проблеми може стати вивчення якості життя та її залежність від соціально-гігієнічних чинників життєдіяльності молоді для обґрунтування заходів профілактики порушень здоров'я жінок раннього репродуктивного віку, які становлять репродуктивний, соціальний та інтелектуальний потенціал суспільства [233, 234, 235, 236].

Сім'ї 63,92% опитаних студенток постійно мешкали у власних будинках, 32,99% - у квартирах, 3,09% - у гуртожитках. Найбільше сімей мали двоє дітей (51,55%), троє дітей було у 14,43% сімей опитаних студенток, а опитані дівчата були єдиною дитиною у 30,93% сімей.

У дослідженні соціальних аспектів стилю життя дівчат необхідно зупинитися на розподілі і використанні вільного від навчання часу [306]. Встановлено, що найчастіше (78,57%) вільний час використовується для спілкування з друзями (рис. 4.6). Другу позицію посідає «прослуховування музики» (71,43%), причому студентки молодших курсів більше надають перевагу подібному виду дозвілля, порівняно із старшокурсницями ($p < 0,05$). Значна частка студенток вільний час заповнює переглядом телепередач (47,96%) та читанням художньої літератури (50,00%).



Примітки: 1 – худ. література; 2 – прослуховування музики; 3 – хореографічні гуртки; 4 – TV; 5 – ПК; 6 – рукоділля; 7 – спорт – 8 – спілкування з друзями; 9 – інше.

Рис. 4.6. Розподіл респонденток за використанням вільного часу (%)

Активний відпочинок і заняття спортом використовують 26,53% студенток з вірогідною перевагою дівчат II ВГ (16,33%), порівняно із дівчатами I ВГ (10,2%), ($p < 0,05$). Вікову позитивну динаміку вибору активного відпочинку і вільний час, ймовірно, можна пояснити усвідомленням необхідності реалізації навичок ЗСЖ.

За даними соціологічного дослідження серед дівчат 17 – 22 років, частка тих, хто курить, становить $8,16 \pm 1,62\%$ опитаних. Причому $5,10 \pm 1,30\%$ студенток курять щодня, $3,06 \pm 1,02\%$ - кілька разів на тиждень відповідно до обставин. Отриманий загальний показник частки жінок - курців у 2,76 раза менший за показник опитування молоді 18 – 30 років фахівцями ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» [133]. За стажем куріння у студентському середовищі найбільш чисельною є група дівчат, які почала свою кар'єру курця в 15 років ($48,0 \pm 2,96\%$), хоч дебютували до 13 років $5,0 \pm 1,29\%$ дівчат; у віці 16 – 17 – $50,0 \pm 2,96\%$ дівчат (вік співпадає з навчанням у закладах середньої освіти і перші курси ЗВО). Найбільша частка студенток курять за звичкою ($62,24 \pm 2,28\%$), яка з роками має тенденцію до збільшення (I ВГ – $29,59 \pm 2,71\%$, II ВГ – $32,65 \pm 2,78\%$).

Встановлено, що $96,94 \pm 1,02\%$ студенток мають досвід вживання будь-якого алкогольного напою. Ніколи не вживали пиво $56,12 \pm 2,94\%$ дівчат, щонеділі вживали пиво – $9,18 \pm 1,71\%$, рідко – $30,61 \pm 2,73\%$ опитаних. Вино і горілку вживають менше одного разу на місяць $74,49 \pm 2,58\%$ і $11,22 \pm 1,87\%$ дівчат відповідно, не вживають вино і горілку $17,35 \pm 2,25\%$ та $86,73 \pm 2,01\%$ опитаних. Ніколи не були в стані алкогольного сп'яніння $57,14 \pm 2,94\%$ дівчат; тричі перебували у стані сп'яніння – $21,43 \pm 2,44\%$; до десяти раз – $16,33 \pm 2,19\%$ опитаних. За даними попередніх наукових досліджень більше половини 17-річної молоді (61%) зазначили, що хоч раз були у стані сп'яніння [237, 238, 239].

Серед причин вживання алкогольних напоїв студентки, перш за все, визначають традиційне їх використання за святковим столом ($79,59 \pm 2,39\%$) та позитивний вплив на настрій ($51,02 \pm 2,97\%$) і подолання неприємностей ($44,90 \pm 2,95\%$).

Під час опитування встановлено, що $2,04 \pm 0\%$ студенток вживали марихуану, гашиш, транквілізатори хоча б один раз протягом життя. У $70,41 \pm 0\%$ дівчат взагалі немає близьких знайомих, які б вживали наркотичні речовини або транквілізатори. Один або два знайомих у $26,53 \pm 0\%$ студенток вживають вищезазначені речовини, у

3,06±% студенток третина знайомих вживають наркотичні речовини або транквілізатори.

Серед причин вживання наркотичних речовин 71,43±2,67% студенток надають пріоритет фактору цікавості від нових відчуттів під час вживання наркотиків. На другій позиції серед означених причин – підвищення настрою (36,73±2,86%), нудьга (31,63±2,76%) та подолання неприємностей (30,61±2,73%).

Підтвердженням того факту, що здоровий спосіб життя не є затребуваною нормою серед молоді, є результати опитування про рівень фізичної активності дівчат. Зокрема на факт заняття у спортивних секціях і спортивних клубах вказали тільки 15,41±2,14% студенток, причому з віком частка осіб, які займаються спортом, має тенденцію до зменшення (8,65±1,67% - I ВГ, 6,77±1,49% - II ВГ, $p>0,05$).

Для дівчат I ВГ був характерним прямий кореляційний зв'язок між IPЗ та умовами проживання ($r_s=0,3439$, $p=0,01$), зворотний кореляційний зв'язок із вживанням наркотичних препаратів друзями ($r_s=-0,3167$, $p<0,05$).

Рівень IPЗ дівчат II ВГ вірогідно, з різною направленістю, корелював зі збалансованістю харчового раціону ($r_s=0,3482$, $p=0,01$), частотою тютюнопаління ($r_s=-0,3473$, $p=0,01$), кількістю викурених сигарет протягом дня ($r_s=-0,3491$, $p=0,01$), наявністю друзів, які вживають наркотики ($r_s=-0,3251$, $p=0,02$).

4.4. Медико-соціально-психологічна оцінка репродуктивної поведінки та репродуктивних установок дівчат 17 – 22 років

Проведене соціологічне опитування дозволило встановити, що 87,7% дівчат 17 – 22 років мають позитивну установку на створення сім'ї у форматі офіційного шлюбу, більшість вважає оптимальним віком для заміжжя період 22 – 25 років [240, 241].

Проте загально визнано, що низький рівень гігієнічних знань та інформованості з питань РЗ сприяє трансформації репродуктивної поведінки молоді. Зокрема середній вік початку статевого життя у дівчат – студенток, які не

знаходяться у шлюбі, становить $17,21 \pm 0,11$ рока. Мінімальний вік початку статевого життя, який вказали респонденти, для дівчат міст становив 13 років, для жительок сіл – 16 років, що свідчить про більшу тенденцію збереження у сільській місцевості значимості шлюбних відносин.

За результатами анонімного опитування 96,85% дівчат вважають, що вагітність повинна бути запланованою і бажаною, а 69,57% студенток називають оптимальним для народження першої дитини вік 20 - 25 років. Таким чином, при середньому віці коітархе 17 років, період, коли можливе настання свідомо бажаної вагітності, відтермінується на 3 – 8 років.

Про наявність сексуального досвіду вказали $66,37 \pm 2,80\%$ дівчат, серед них жительки сільських поселень становили 28,15%, районних центрів – 34,33%, обласних центрів – 37,52% опитаних.

Дебют сексуальної активності припадає максимально на віковий діапазон 17 – 18 років (34,57%) і 15 – 16 років (19,15%) з мінімальною питомою вагою груп «19 – 20 років» (7,68%), «13 – 14 років» (2,13%), «після 20 років» (1,60%) та «до 13 років» (0,53%) (рис. 4.7).

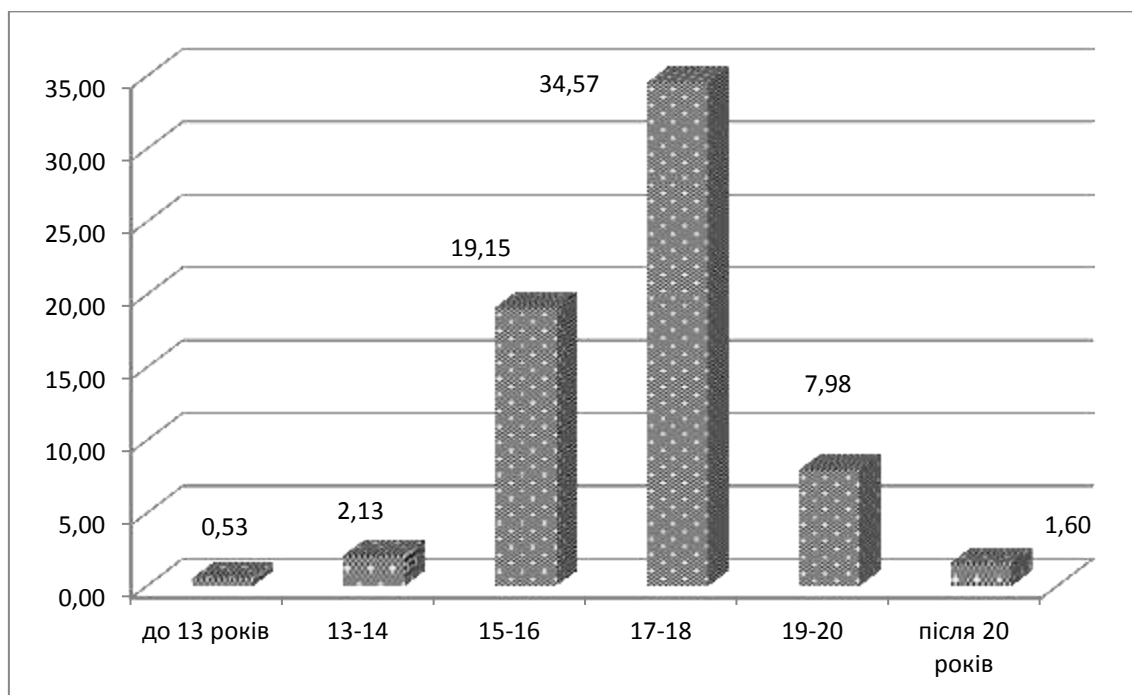


Рис. 4.7. Розподіл дівчат 17 – 22 років за віком коітархе (%)

При цьому тільки 3,76% опитаних жалкують про ранній початок статевого життя. У 5,53% студенток статеві зв'язки супроводжувалися вагітністю з подальшим її перериванням. У 38,83% студенток, які мали сексуальний досвід, стосунки існували з одним партнером, 21,28% дівчат мали від двох до п'яти партнерів, 4,26% - більше п'яти партнерів (рис. 4.8).

На жаль 13,83% опитаних не гребували випадковими статевими зв'язками, причому вказана категорія дівчат переважала у II ВГ ($22,95 \pm 2,49\%$) порівняно з I ВГ ($9,45 \pm 1,47\%$) ($\chi^2=20,89$, $p<0,001$).

У студенток значимою причиною першого сексуального дебюту було кохання (58,12%) та цікавість (9,75%), незначний внесок у I та II вікових групах мали випадкові зв'язки по причині алкогольного сп'яніння (6,56% та 3,94% відповідно), наполегливості партнера (2,30% та 1,81% відповідно). З віком значимість почуття до протилежної статі для дівчат у взаємовідносинах зростає, свідченням чому є перевага кохання у статевих відносинах для дівчат 20 – 22 років (70,87%), ніж у групі 17 – 19 – річних студенток (50,57%), ($\chi^2=10,95$, $p<0,001$).

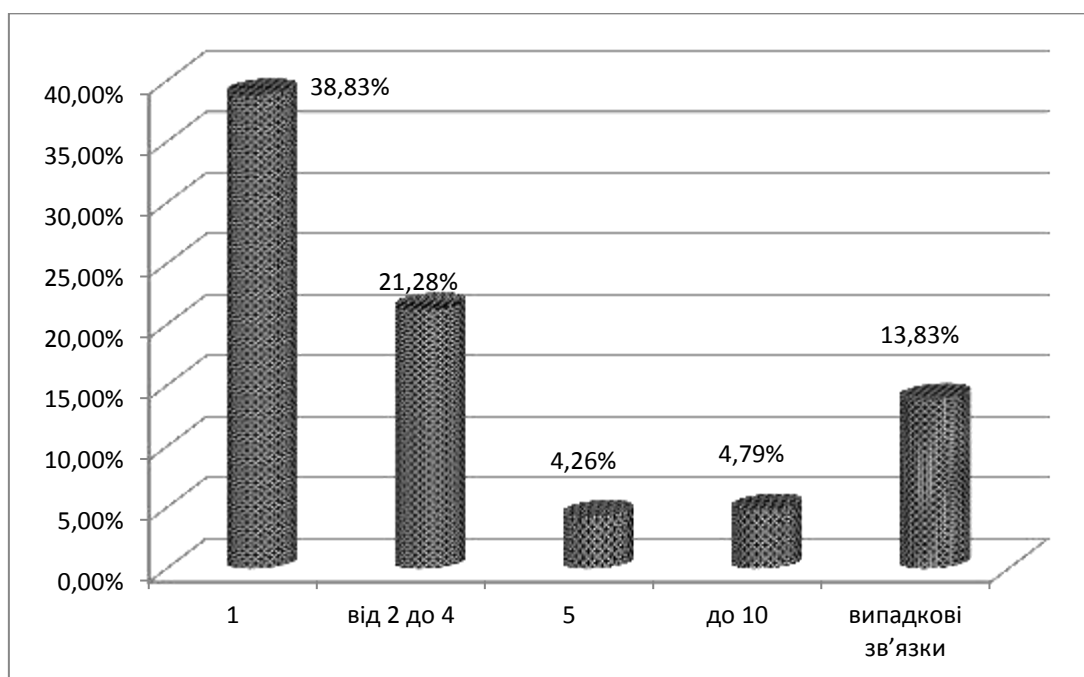


Рис. 4.8. Розподіл дівчат 17 – 22 років за кількістю сексуальних партнерів (%)

Встановлені особливості можна пояснити більшою відповідальністю та усвідомленням своєї репродуктивної поведінки, що відбувається з віком у процесі соціалізації особистості. Для обґрунтування негативного впливу на РЗ ранньої та безладної сексуальної поведінки було проаналізовано патологічну ураженість дівчат на хвороби репродуктивної системи залежно від кількості статевих партнерів. За даними опитування у 31,71% студенток, які мали в анамнезі випадкові статеві зв'язки, існують хвороби репродуктивної системи; з кількістю сексуальних партнерів від 2 до 5, групу диспансерного спостереження склали 25,15% опитаних, із одним – 18,92% студенток.

При порівнянні груп дівчат за критерієм наявності/відсутності статевих зв'язків не встановлено вірогідних відмінностей у характеристиках МЦ, проте виявлена менша кількість дівчат з нормальною тривалістю і незначними крововтратами у групі сексуально активних студенток, порівняно із групою дівчат, які не мали сексуальних партнерів в анамнезі (63,86% та 65,38% відповідно). У дівчат, які живуть статевим життям, більша тривалість менструальної фази (15,66%), збільшені крововтрати (10,84%), порівняно з іншою групою (11,54% та 7,69% відповідно).

Основним джерелом інформації стосовно репродуктивної поведінки, репродуктивного здоров'я у молодіжному середовищі є однолітки та друзі (48,40%), медичні інтернет-ресурси (45,74%), бесіди з батьками (32,45%), ЗМІ та реклама (28,72%), тематичні заняття у закладах освіти (17,02%).

При цьому 89,36% дівчат вважають себе повністю поінформованими з означених питань. На нашу думку, студентки значно переоцінюють власний обсяг спеціальної інформації, зокрема дівчата 17 – 19 років вважають себе більш обізнаними (90,55%), ніж дівчата 20 – 22 років (86,89%). Однак потреба в інформації все ж таки існує, підтвердженням цьому є необхідність отримати додаткову інформацію щодо статевого виховання та репродуктивної функції для 53,78% респонденток у формі лекцій (30,32%), тренінгів (11,17%), отримати буклети і літературу (10,64%).

Вплив на репродуктивний потенціал молоді має не тільки репродуктивна поведінка, але і **репродуктивні установки (РУ)**. Незважаючи на те, що репродуктивні установки розглядають як один з компонентів феномена батьківства, на сьогодні не вивченим залишається процес їх формування і розвитку [175].

Більшість дівчат (91,87%) мають позитивні репродуктивні установки і вважають, що жінка повинна мати дітей. Кількісні аспекти репродуктивної установки виражаються в орієнтації на те чи інше число дітей. Середня «ідеальна кількість дітей у сім'ї» - $2,26 \pm 0,14$ дитини, «бажана кількість дітей за умови відповідної якості життя» - $1,94 \pm 0,09$ дитини і «очікувана кількість дітей в умовах сьогодення» - $1,41 \pm 0,13$ дитини. Як свідчать отримані дані, РУ дівчат переважно залежать від умов життєдіяльності [242].

У ході дослідження встановлено, що 73,31% респонденток вважає дві дитини – *ідеальною кількістю дітей у сім'ї*, перевагу надають трьом дітям у сім'ї 16,17% дівчат, одній дитині – 7,89% дівчат (рис. 4.9). Бездітність вважають «ідеальним» варіантом 2,26% студенток.

За умови *необхідної якості життя* двоє дітей у сім'ї хотіли б мати 70,40% опитаних, одну і три дитини – 11,55% і 12,27% студенток відповідно. За вказаних умов 4,33% дівчат не хотіли б взагалі мати дитину у сім'ї.

Однак *на момент опитування* (фактичне очікування) тільки 49,82% дівчат хотіли б мати дві дитини, 5,05% - три, 19,86% - одну дитину і 25,27% - не планують мати дітей. На сьогодні на заваді реалізації репродуктивної функції є низький матеріальний рівень статку (63,54%), проблеми із здоров'ям (49,82%), відсутність сім'ї (21,30%), небажання змінювати свій соціальний статус і виходити із зони «соціального комфорту» (11,91%).

Причини малодітності та відтермінованості дітонародження, ймовірно, можна пояснити раціональною реакцією дівчат на соціально-економічну ситуацію, що характеризується високим рівнем невпевненості у майбутньому через безробіття, відсутності перспектив на ринку праці і наданням переваги інвестиціям в освіту та набуттю професійного досвіду на ринку праці.

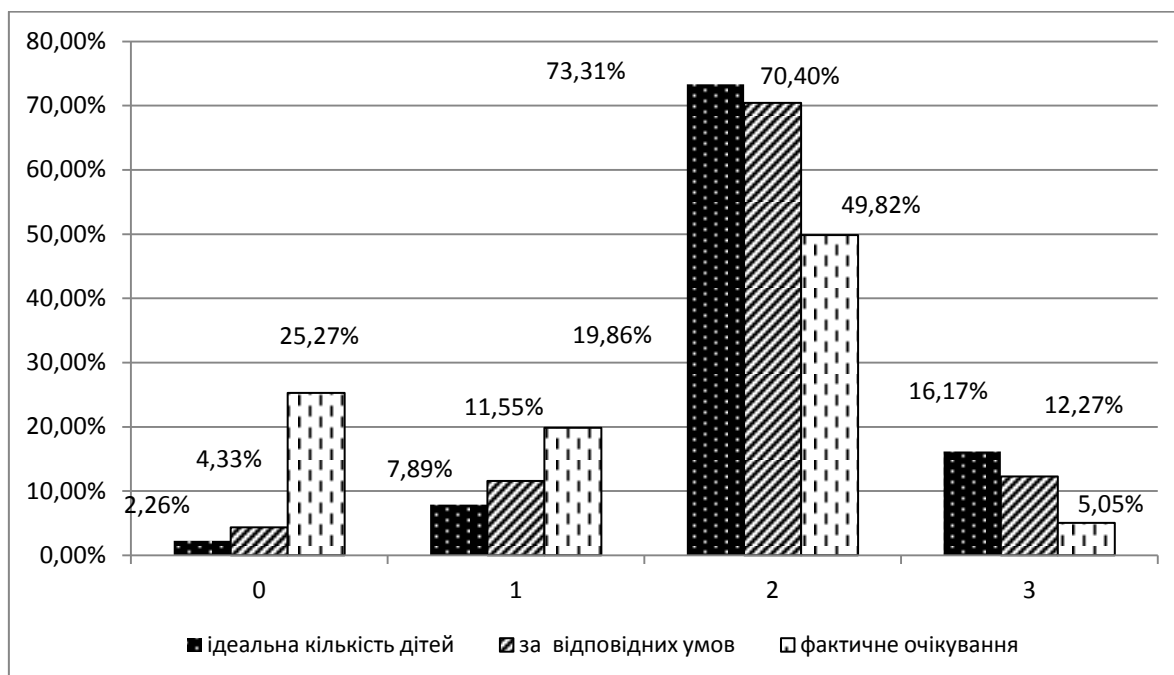


Рис. 4.9. Розподіл дівчат за репродуктивними установками дітності (%)

Крім того, у формуванні РУ значиму роль відіграють психологічні особливості особистості, а також тип гендерної ідентичності.

Для аналізу особистісних якостей дівчат у сучасній системі їх соціальних ролей, що впливають на РУ і створюють «коридор» соціальних можливостей для реалізації РП, було використано *діагностику мотиваційної спрямованості* студенток на досягнення успіху, що є підґрунтям для пріоритетності створення професійної кар'єри. Встановлено, що найбільші групи становили студентки із середнім рівнем (40,32%) та помірно високим рівнем (37,10%) *мотивації на досягнення успіху* (МДУ) (рис. 4.10). Причому питома вага дівчат II ВГ переважала серед осіб із високим рівнем МДУ над дівчатами I ВГ (23,53% і 17,78% відповідно, $t=1,70$, $p>0,05$), що можна пояснити більшим усвідомленням старшокурсницями свого професійного самовизначення, необхідністю подолати невизначеність майбутнього для реалізації своєї соціальної ролі, керуючись особистісними мотивами з урахуванням ситуації суспільного розвитку [243].

Проте висока мотивація на успішну діяльність не має зв'язку із станом ІРЗ, про що свідчить однакова частка дівчат високого рівня МДУ у групах з різним ІРЗ

(із порушеннями РЗ – 20,00%; група ризику порушень ІРЗ – 19,44%; із задовільним ІРЗ – 19,05% опитаних).

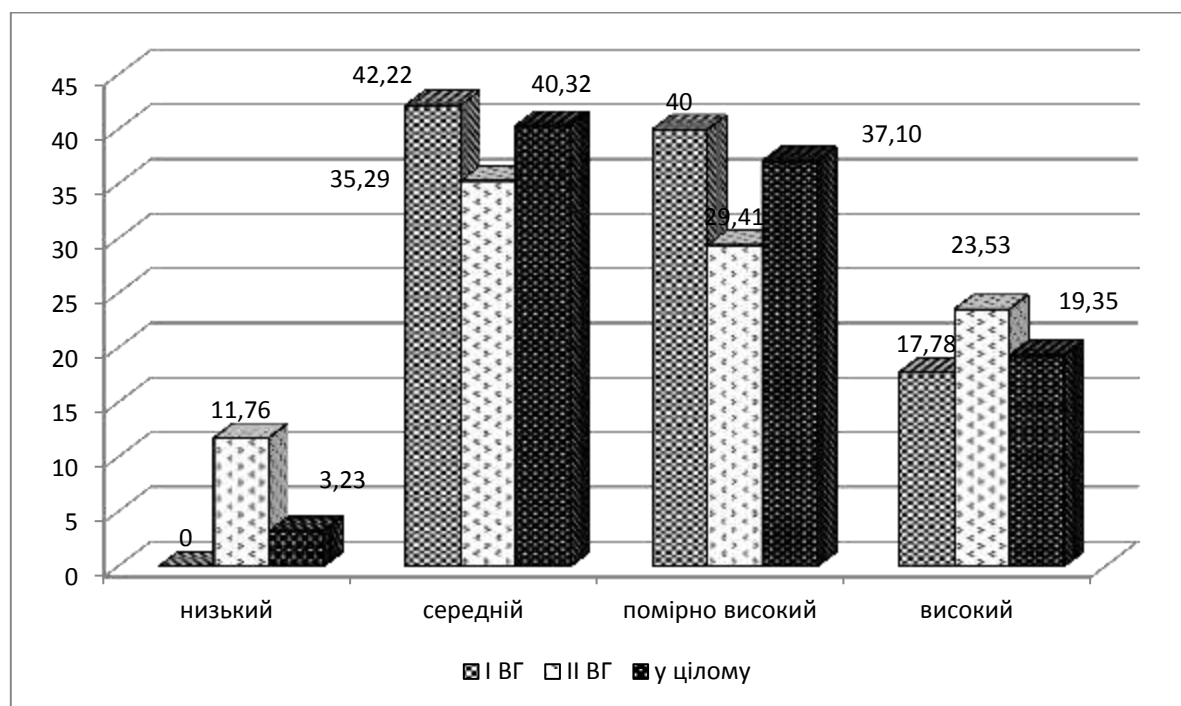


Рис. 4.10. Розподіл студенток за рівнями мотивації на досягнення успіху (%)

Серед 66,37% сексуально активних дівчат переважали студентки із середнім (38,10%) та помірно високим (35,71%) рівнями МДУ. Значно меншою була група сексуально ативних дівчат із високим рівнем МДУ (21,43%), ймовірно, мотивація на успішність діяльності поєднується із цінностями здорового способу життя та відповідальною поведінкою.

Про факт небажаної вагітності, яка закінчилася абортom, вказують 11,29% сексуально активних дівчат, причому питома вага випадків вагітності майже однакова в усіх групах з різними рівнями МДУ.

На думку студенток, прийнятною *ідеальною «нормою»* у суспільстві повинна бути така кількість дітей, щоб можна було говрити про відтворення населення. Однак студентки не були однотайними в оцінці суспільної «норми», так переважна більшість (79,31%) опитаних вважали наявність двох дітей достатньою у родині.

Серед студенток, які вважають ідеальною кількістю у родині одну дитину і троє дітей (16,36% та 32,73% відповідно) переважають особи із високим рівнем МДУ. Спостерігається закономірність: чим нижчим є рівень МДУ тим більша частка дівчат вважає «ідеальним» наявність двох дітей у сім'ї.

Готовність мати двох дітей, за умови високої якості життя, визнали 70,40% опитаних. При цьому дівчата з високим рівнем МДУ хочуть мати одну дитину (14,55%), порівняно із іншими групами за показником мотивації.

Перевага «бажаним» трьом дітям у родині надається дівчатами з низьким рівнем МДУ (50,00%), які, ймовірно, вбачають пріоритетну цінність у багатодітній родині. Проте 25,45% дівчат з високим рівнем МДУ також визначають бажання мати у сім'ї трьох дітей.

Доведено, що репродуктивні установки молодих жінок значно нижчі, ніж у чоловіків [140]. Отже, роль жінки є вирішальною у продовженні роду, із соціальної точки зору. Тому дослідження репродуктивних установок і поведінки зосереджено саме на жінках, серед яких 14,45% опитаних можуть *очікувати* тільки одну дитину у сучасних життєвих ситуаціях, 58,09% - дві і 11,27% - три дитини.

Встановлено несприятливу тенденцію: 16,19% дівчат раннього репродуктивного віку (із середнім (21,23%) та помірно високим (21,69%) рівнем МДУ) не бажають взагалі мати дітей станом на сьогоднішній день.

Посилення агресивності соціального середовища, необхідність пристосування до підвищених інтелектуальних вимог і психологічних навантажень, гіподинамія, несприятливий стан навколишнього середовища, на перший план виводять проблему нейроендокринних порушень у патогенезі захворювань репродуктивної системи. При цьому найбільш частою причиною гіпоталамічної дисфункції вважається саме психоемоційний стрес [244, 245].

Піл час опитування $79,03 \pm 2,42\%$ студенток зберігали низький рівень ситуативної тривожності (СТ), без вірогідних вікових відмінностей у I ВГ та II ВГ ($77,78 \pm 2,46\%$ та $82,35 \pm 2,30\%$ опитаних, $p > 0,05$). Хоч із середнім рівнем СТ було на 8,24% студенток молодших курсів більше ($20,04 \pm 2,37\%$), ніж старшокурсниць

($11,76 \pm 1,91\%$), ($t=2,71$, $p<0,05$), що можна пояснити ймовірно більшим емоційним напруженням під час відповідей на питання анкет щодо РЗ, репродуктивної поведінки, репродуктивних установок.

Серед опитаних найбільшу групу становили студентки із середнім рівнем особистісної тривожності (ОТ) ($64,52 \pm 2,84\%$), $28,81 \pm 2,69\%$ респонденток належали до групи високотривожних особистостей і $9,68 \pm 1,75\%$ - групу з низьким рівнем ОТ.

З урахуванням типу гендерної ідентичності (за даними дисперсійного аналізу), студентки відрізнялися тільки за показником особистісної тривожності ($F=7,76$, $p=0,00078$), на показник ситуаційної тривожності критерій «фемінність – маскулінність» значимо не впливала ($F=1,36$, $p=0,2629$) [246].

Визначалася тенденція до переваги питомої ваги групи осіб із високим рівнем ОТ серед дівчат I ВГ ($26,67 \pm 2,62\%$) порівняно із дівчатами II ВГ ($23,53 \pm 2,52\%$), ($p>0,05$). Серед студенток перших курсів тільки у $4,44 \pm 1,22\%$ опитаних установлено низький рівень ОТ, що у 5,29 рази менше, ніж серед старшокурсниць ($t=6,84$, $p<0,01$), що також підтверджує значний вплив соціальних чинників, віку, СТ на прояви особистісних якостей.

З огляду на те, що ОТ визначається генетичними та соціальними чинниками, особливу увагу було приділено аналізу залежності характеристик РП від рівня ОТ дівчат.

В аспекті вирішення вказаного завдання із загальної вибірки ($n = 284$) були виділені полярні за рівнями особистісної тривожності групи студенток. Під час їхньої диференціації за крайні значення досліджуваної ознаки обирали її величини за межами $X \pm 0,67\sigma$ ($40,82 \pm 5,53$ бала). За таких умов, полярні за значенням показника ОТ, групи становили: низький рівень – 84 дівчини ($29,57\%$) і високий рівень – 69 дівчат ($24,29\%$ опитаних студенток).

Кореляційний аналіз між характеристиками ІРЗ та ЯЖ із показником ОТ у цих груп показав, що для високотривожних студенток існує вірогідний зворотній кореляційний зв'язок ОТ із тривалістю менструацій (в днях) ($r= - 0,489$, $p<0,05$), рольовим емоційним функціонуванням (RE) ($r= - 0,402$, $p=0,05$) та самооцінкою

психічного здоров'я (МН) ($r = -0,422$, $p = 0,05$), що підтверджує роль емоційного стану у нейрогуморальній регуляції діяльності репродуктивної системи. Адже вплив подразників навіть невисокої інтенсивності у людей з вихідним високим рівнем тривожності здатне настільки різко підвищувати активність симпатoadреналової та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової систем, що само по собі може стати причиною розвитку різної психосоматичної патології - дистоній, неврозів, розладів ендокринної системи у формі функціональних порушень або органічної патології [139, 140].

Встановлено, що $2,70 \pm 0,96\%$ опитаних мають високий рівень проявів невротичних розладів, причому дівчат II ВГ у 2,68 раза більше, ніж I ВГ ($4,65 \pm 1,24\%$ і $1,73 \pm 0,77\%$ відповідно, $\chi^2 = 2,28$, $p = 0,318$).

У цілому серед студенток найчастіше зустрічається емоційна лабільність ($14,29 \pm 2,08\%$) і порушення сну ($13,13 \pm 2,00\%$) на фоні вегетативних реакцій ($11,58 \pm 1,89\%$) у формі головних болей, підвищеної втоми, головокружіння, метеочутливості (рис. 4.11). Вказані симптоми найчастіше виникали у дівчат II ВГ, порівняно із дівчатами I ВГ. Висока емоційна лабільність з вегетативними порушеннями у дівчат II ВГ, ймовірно, є початковими проявами астеничного синдрому, який є психосоматичним порушенням і характеризується зниженням працездатності, уваги і функціональними змінами в діяльності фізіологічних систем організму. Встановлені вікові відмінності свідчать про можливі стресові ситуації, емоційне напруження, що часто виникають при вирішенні побутових питань, працевлаштування, міжособистісних стосунках.

Серед тих, хто вважає, що одна дитина є ідеальною кількістю у родині найбільшу частку складають дівчата з високим рівнем прояву невротичних порушень вважають ($11,00 \pm 3,44\%$), вони ж надають перевагу дводітній родині ($89,0 \pm 1,85\%$).

Дівчата з високою схильністю до невротичних порушень обмежують свої життєві плани тільки двома дітьми ($83,89 \pm 2,18\%$). Встановлені особливості можна пояснити вищою тривогою за майбутнє, невпевненістю у своїх можливостях

матеріального забезпечення дітей, низькій самооцінці, почуттям пригніченості та зниженням життєвого тону.

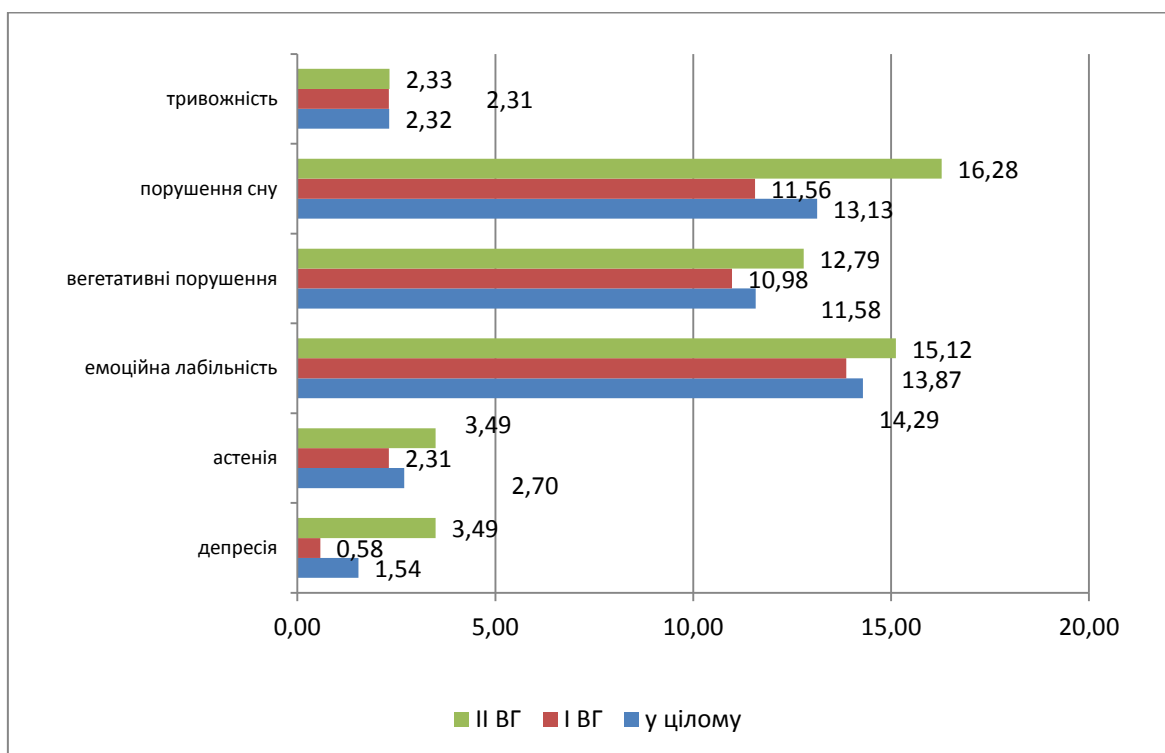


Рис. 4.11. Поширеність окремих проявів невротичних порушень серед дівчат I ВГ та II ВГ (%)

Аналіз отриманих даних свідчать про не оптимістичні результати перспективної реалізації репродуктивного потенціалу і хоч простого відтворення населення: від 44,44% до 52,08% дівчат визначилися із бажаною дводітною сім'єю.

Вікові особливості відповіді стосовно відмови взагалі розглядати будь-яку очікувану кількість дітей полягали у тому, що у I ВГ частка осіб які не планують мати дітей була значно вищою і становила $29,07 \pm 2,69\%$, на противагу II ВГ ($14,81 \pm 2,11\%$ опитаних) ($t=4,17$ $p<0,01$). Зрозуміло, що на перших курсах дівчата мають високу мотивацію до навчання і плани створення сім'ї не у всіх є на часі. Серед старшокурсниць небажання мати дітей у найближчому майбутньому висловили дівчата із низьким рівнем прояву невротичних розладів, що можна пояснити більшою прагматичністю дівчат цієї групи.

Аналіз результатів опитування студенток показав, що $68,90\pm 2,74\%$ опитаних відносяться до фемінного типу, $25,09\pm 2,57\%$ - маскулінного і $6,01\pm 1,41\%$ - до андрогінного типу (рис. 4.12).

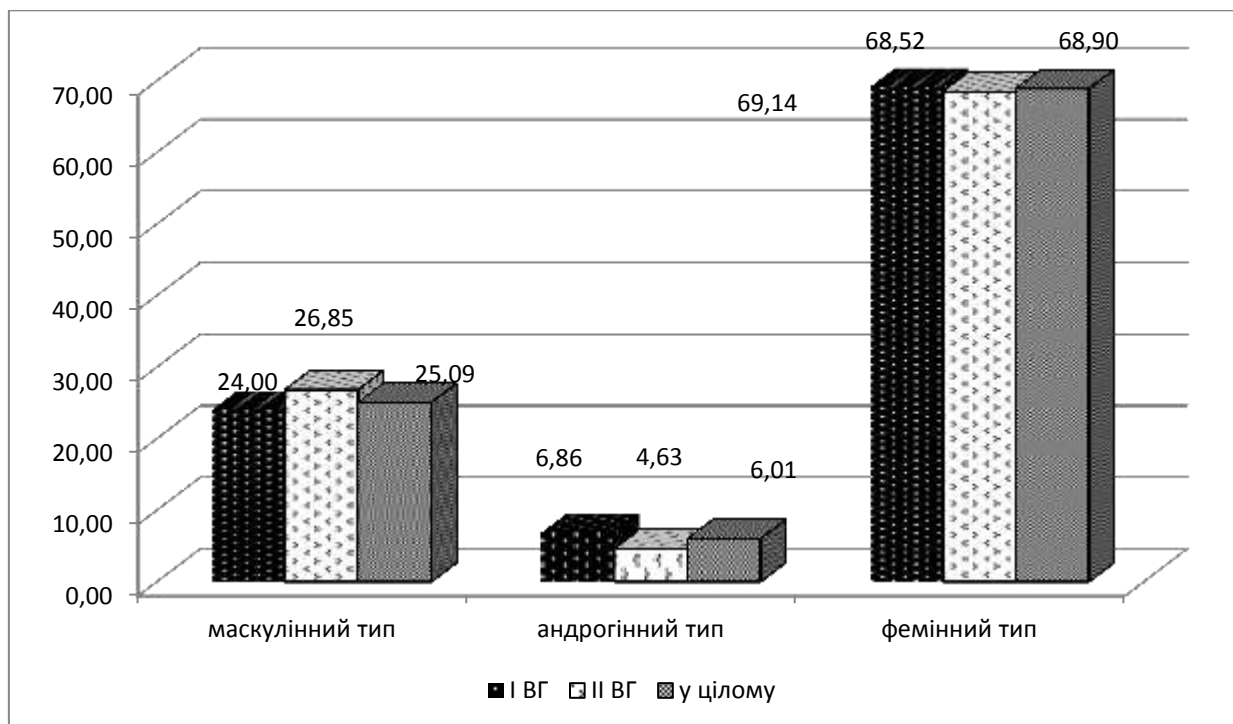


Рис. 4.12. Розподіл дівчат I ВГ та II ВГ за типами гендерної ідентичності (%)

В обох вікових групах питома вага фемінного типу не відрізнялася, проте маскулінний тип зустрічався частіше серед старшокурсниць ($26,85\pm 2,62\%$), ніж серед студенток перших курсів ($24,00\pm 2,53\%$), ($p > 0,05$).

Для усіх дівчат маскулінного типу притаманним був середній рівень ОТ ($12,90\pm 1,98\%$), серед $4,84\pm 1,27\%$ осіб андрогінного типу – $3,73\pm 1,12\%$ зберігали середній рівень, а $1,61\pm 0,74\%$ - високий рівень ОТ. Серед дівчат фемінного типу ($82,26\%$) особи із середнім і високим рівнями ОТ становили $48,39\%$ і $24,19\%$ відповідно.

У групі дівчат маскулінного типу ГІ відсутні особи з низьким рівнем МДУ, проте є найвища частка дівчат з високим рівнем МДУ ($62,50\%$), $25,0\%$ - з помірно високим і $12,5\%$ - із середнім рівнем МДУ.

Аналізуючи отримані дані опитування, встановлено, що низький рівень проявів невротичних розладів закономірно притаманний більше особам маскулінного типу ГІ (92,31%), на другому місці – дівчата з андрогінним типом ГІ (87,50%), на третьому – фемінного типу (79,89%) ГІ.

Гендерна ідентифікація є соціально-набутою характеристикою, що формується під впливом статево-рольових стереотипів через «агентів» соціалізації (сім'я, однолітки, вчителі, викладачі, друзі, мистецтво, реклама тощо) тому стереотип материнства бере початок із сім'ї. У ході дослідження встановлено, що у сім'ях дівчат маскулінного типу ГІ було одна (37,50%) або дві (62,50%) дитини. У дівчат андрогінного типу ГІ вже зустрічаються сім'ї з трьома дітьми (20,0%), поряд із дводітними (20,0%) та одnodітними сім'ями (60,0%) [247].

Для дівчат андрогінного типу ГІ притаманна більш зважена репродуктивна поведінка стосовно початку активного статевого життя поза шлюбом, серед них тільки 8,11% дівчат дали ствердну відповідь, на противагу дівчатам маскулінного та фемінного типів, серед яких мають статеві зв'язки 27,03% та 64,86% респонденток відповідно.

Отримані дані свідчать, що дівчата з різними типами ГІ не мали вірогідних відмінностей у наданні переваги кількості дітей у сім'ї. Виключення становить група дівчат фемінного типу, серед яких 2,09% опитаних вважають «ідеальним» мати у сім'ї чотири дитини.

Встановлено, що бажання мати три дитини є меншим у дівчат андрогінного (на 11,56%) та фемінного типу (на 4,71%). Проте у 1,41% дівчат фемінного типу існують установки на народження більше трьох дітей.

На жаль у 23,25 разів збільшилася у цілому частка дівчат, які не хотіли у найближчій перспективі мати дітей, порівняно із їх відповідями про «ідеальну» кількість дітей. Дівчата групи андрогінної ГІ у 35,29% випадків відмовилися б від народження дитини, серед маскулінного типу таких респондентом було 30,00%, найменша кількість (22,51%) – дівчата фемінного типу.

Крім того, три дитини зовсім не очікують особи андрогінного типу, серед «фемінних» дівчат – 6,28% опитаних, що все ж таки свідчить про тенденцію до переваги значимості дітності у житті жінки осіб фемінного типу ГІ.

У цілому серед опитаних пріоритетною причиною обмеження очікування певної кількості дітей є низький рівень матеріального забезпечення (63,67%), на другому місці – проблеми зі здоров'ям (49,64%), третє - відсутність сім'ї на момент опитування (21,22%), четверте – небажання виходити із зони соціально-психологічного комфорту (11,87%).

У групах дівчат фемінного та маскулінного типів зберігається пріоритет матеріального забезпечення дитини, її виховання та майбутнього (63,35% та 68,57% відповідно) з тенденцією переваги у групі маскулінного типу. Дівчата фемінного типу надають особливого значення наявності сім'ї (24,08% опитаних), на відміну від осіб групи маскулінного та андрогінного типів (17,14% та 5,88% відповідно).

Порушення соціально-психологічного комфорту, який пов'язаний із стабільними побутовими умовами, навчанням, працевлаштуванням, по причині ймовірно народження дитини є важливим переважно для дівчат маскулінного типу ГІ (14,29% опитаних), порівняно із дівчатами фемінного (11,52%) та андрогінного (5,88%) типів.

Таким чином результати дослідження свідчать, що для успішної реалізації материнської функції, а також попередження формування девіантних форм материнської поведінки, необхідно створити певні умови, однією з яких є оптимізація емоційно-мотиваційної сфери особистості жінки раннього репродуктивного віку. Дослідження підтверджують попередні напрацювання у галузі психології, що неадекватна мотивація, в основі якої лежить не власне бажання мати дитину, а інші мотиви (страх вагітності, втрати роботи, незакінченого навчання, зменшення матеріального доходу тощо) визначають підсвідоме неприйняття дитини і можуть стати чинником, що сприяє розвитку внутрішньо-особистісного невротичного конфлікту [167, 248].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 4

1. За трьохрічними даними комплексних профілактичних медичних оглядів студенток питома вага групи «здорових» зберігає тенденцію до зменшення ($40,69 \pm 1,07\%$, $37,60 \pm 0,99\%$, $39,88 \pm 0,94\%$, відповідно у 2014, 2015 і 2016 роках). Функціональні відхилення реєструвалися у $55,14 \pm 1,09\%$ оглянутих у 2014 році і $54,85 \pm 0,96\%$ - у 2016 році. Кількість хронічних захворювань має тенденцією до зростання (у $4,17 \pm 0,43\%$ (2014 р.), $5,01 \pm 0,45\%$ (2015 р.) та $5,26 \pm 0,43\%$ (2016 р.) оглянутих). У структурі патологічної ураженості студенток домінували хвороби системи травлення ($22,48\%$); дихальної системи (за рахунок хвороб верхніх дихальних шляхів ($13,63\%$)), нервової системи ($13,12\%$), хвороби ССС ($11,54\%$), хвороби сечостатевої системи ($11,59\%$), серед яких $89,87\%$ становили хвороби репродуктивної системи.

2. Частка дівчат із задовільним ІРЗ становить $48,30\%$, група ризику – $47,17\%$, ознаки порушення ІРЗ виявлено у $4,53\%$ опитаних. З віком кількість осіб, які мають задовільний стан репродуктивної системи зменшується (з $50,29\%$ серед дівчат 17 – 19 років до $46,30\%$ - серед дівчат 20 – 22 років). При цьому збільшується група ризику з $45,71\%$ до $47,22\%$ у відповідних вікових діапазонах.

3. Якість життя студенток залежить від ряду соціально-гігієнічних факторів, серед яких: освіта матері, рівень фізичної активності, куріння, вживання алкоголю, наявність патології системи дихання, травлення, нервової та репродуктивної систем. Значимим соціально-гігієнічним чинником здоров'язбереження є репродуктивна поведінка молоді. Від наявності хвороб репродуктивної системи залежав психологічний компонент здоров'я ($F=3,69$; $p=0,029$) та оцінки за шкалами життєвої активності ((VT) $F=13,99$; $p<0,0001$) і психічного здоров'я ((МН) $F=4,79$; $p=0,010$).

4. Позитивну установку на створення сім'ї у форматі офіційного шлюбу мають $87,7\%$ дівчат 17 – 22 років, більшість з яких, вважає оптимальним віком для заміжжя період 22 – 25 років. Мінімальний вік початку статевого життя, який вказали респонденти, для дівчат міст становив 13 років, для жительок сіл – 16 років,

що свідчить про більшу тенденцію збереження у сільській місцевості значимості шлюбних відносин. Про наявність сексуального досвіду вказали $66,37 \pm 2,80\%$ дівчат, серед них жительки сільських поселень становили $28,15\%$, районних центрів – $34,33\%$, обласних центрів – $37,52\%$ опитаних.

5. Середнє значення показника «ідеальна кількість дітей у сім'ї» для жінок раннього фертильного віку становить $2,26 \pm 0,14$ дитини, «бажана кількість дітей за умови відповідної якості життя» - $1,94 \pm 0,09$ дитини і «очікувана кількість дітей в умовах сьогодення» - $1,41 \pm 0,13$ дитини.

6. Серед опитаних найбільшу групу становили студентки із середнім рівнем ОТ ($64,52 \pm 2,84\%$), $28,81 \pm 2,69\%$ респонденток належали до групи високотривожних особистостей і $9,68 \pm 1,75\%$ - групу з низьким рівнем ОТ. Встановлено, що $2,70 \pm 0,96\%$ опитаних мають високий рівень проявів невротичних розладів, причому дівчат II ВГ у 2,68 рази більше, ніж I ВГ ($4,65 \pm 1,24\%$ і $1,73 \pm 0,77\%$ відповідно, $\chi^2=2,28$, $p=0,318$).

7. Серед студенток 17 – 22 років пріоритетною причиною обмеження очікування певної кількості дітей є низький рівень матеріального забезпечення ($63,67\%$), на другому місці – проблеми зі здоров'ям ($49,64\%$), третє - відсутність сім'ї на момент опитування ($21,22\%$), четверте – небажання виходити із зони соціально-психологічного комфорту ($11,87\%$).

Результати дослідження, що представлено у розділі 4, відображено в таких друкованих працях: [232, 233, 234, 235, 236, 238, 240, 241, 242, 243, 246, 247].

РОЗДІЛ 5

ОБГРУНТУВАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ФОРМУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЖІНОК РАННЬОГО ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ

Незважаючи на численні роботи з вивчення 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 з урахуванням особливостей особистості та якості життя жіночого контингенту раннього репродуктивного віку.

5.1. Системне вивчення формування репродуктивного потенціалу дівчат 17 – 22 років

На сьогодні спектр методів для розробки інтегральних оцінок, є досить широким: метод рангів, попарних порівнянь, надання переваги, аналізу ієрархій з різними методами організації проведення експертиз (анкетування експертів, інтерв'ю, метод Делфі, комісій тощо) [248, 249]. Проте не існує науково обґрунтованої класифікації методів експертних оцінок і тим більше - однозначних рекомендацій щодо їх використання [251].

Для дослідження було обрано метод аналізу ієрархій (МАІ), що, без сумніву, має перевагу під час оцінки суб'єктивних, об'єктивних чинників різного типу і ступеня значимості із залученням фахівців різних спеціальностей. Методологія дослідження базується на аргументованих судженнях фахівців, обізнаних зі станом справ щодо демографічної ситуації у країні, проблеми низького рівня репродуктивного здоров'я молоді, негативних наслідків ризикових поведінкових установок у молодіжному середовищі.

Методика полягала у формуванні так званих матриць попарного порівняння показників, скомпонованих в окремі блоки. Порівняння здійснювалося у формі оцінювального співвідношення важливості у парах показників [216, 217, 252].

Унікальність методу полягає у тому, що він є одночасно і якісним і кількісним: в основі методу – якісні оцінки (використовується інформація про попарні якісні порівняння за лінгвістичними критеріями), проте метод дозволяє кількісно оцінити пріоритети альтернатив та елементів ієрархії.

Результати аналізу наукових джерел дозволили стверджувати, що у формуванні репродуктивного потенціалу бере участь чисельна, поліетіологічна та неоднорідна когорта чинників. Тому для характеристики РП індивідууму з 58 показників виокремлено такі провідні компоненти: соціально-гігієнічні, генетичні чинники, стан соматичного здоров'я, психологічні особливості особистості, інформованість з питань здоров'язбереження.

Для вирішення завдання розрахунку вагових коефіцієнтів кожної характеристики використовувалася формула, до якої було включено середньозважене значення оцінок окремих характеристик усіма експертами та вагові значення окремих блоків. У даному випадку формула визначення вагових коефіцієнтів матиме такий вигляд:

$$\omega_i = \frac{\alpha_{ikn} * \beta_{kn} * \gamma_n}{m}, \quad (5.1)$$

де i – порядковий номер характеристики;

k – порядковий номер групи (блоку);

n – порядковий номер експерта;

α_{ikn} - оцінка i -ї характеристики k -ї групи n -го експерта;

β_{kn} - ваговий коефіцієнт k -го блоку n -го експерта;

γ_n - ваговий коефіцієнт n -го експерта;

m - число експертів.

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) (рис.5.1).

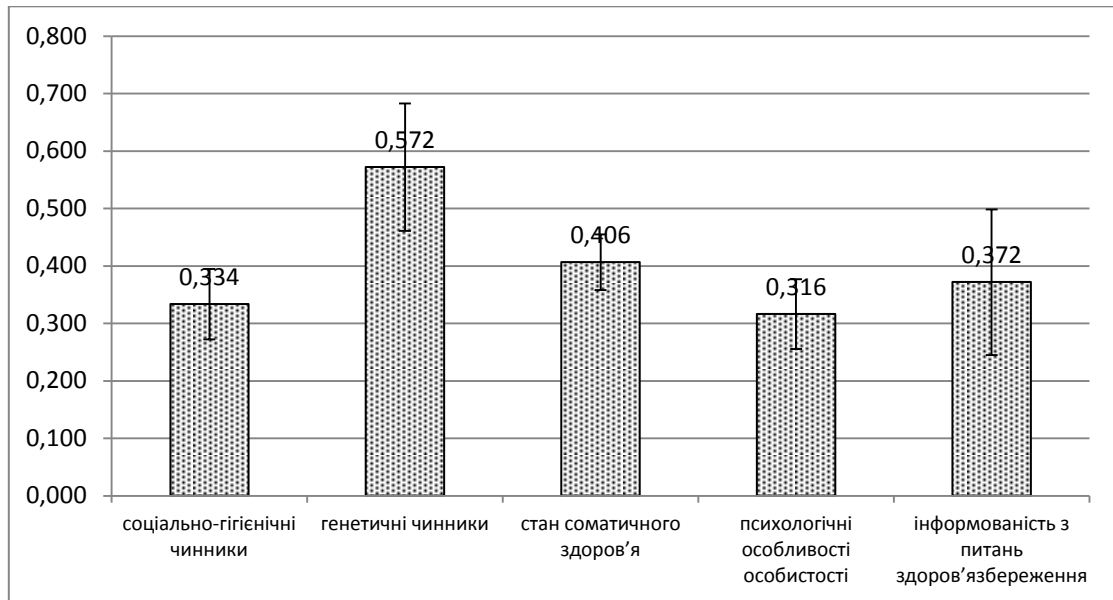


Рис. 5.1. Питома вага досліджуваних блоків показників, що впливають на формування репродуктивного потенціалу молоді (%)

Проте найменшу значимість генетичних чинників у формуванні РП молоді визнали лікар-терапевт ($0,281$ у.о.) та психолог ($0,354$ у.о.), що підтверджується відмінностями їх власних вагових коефіцієнтів від середнього значення вагових коефіцієнтів усіх експертів окремого блоку показників за критерієм Ст'юдента ($t = -2,62$, $p = 0,06$; $t = -1,96$, $p = 0,12$). Вказані фахівці більш схильні надати перевагу блокам соціально-гігієнічних чинників, психологічним особливостям особистості, та інформованості з питань здоров'язбереження.

Під час обробки даних були визначені відмінності (за критерієм Ст'юдента) кожного вагового коефіцієнта від середнього значення вагових коефіцієнтів досліджуваних показників для кожного експерта. За вказаним критерієм можна стверджувати, які саме питання та їх оцінки викликали протиріччя порівняно із загальною (усередненою) думкою (табл. 5.1).

Однією з особливостей МАІ є те, що даний метод розрахований виключно на групове прийняття рішення, індивідуальні оцінки окремих експертів не враховуються.

Таблиця 5.1

Значення вагових коефіцієнтів блоків показників
репродуктивного потенціалу дівчат (у. о.)

Блоки показників	Експерт 1 психолог	Експерт 2 лікар-терапевт	Експерт 3 лікар гінеколог	Експерт 4 гінеколог, к.мед.н,	Експерт 5 гінеколог д.мед.н.	M±m
соціально-гігієнічні чинники	0,533 * t=3,25 p=0,03	0,374 t=0,66 p=0,55	0,175 * t=-2,59 p=0,06	0,186 * t=-2,41 p=0,07	0,407 t=1,19 p=0,29	0,334± 0,06
генетичні чинники	0,354 t=-1,96 p=0,12	0,281 * t=-2,62 p=0,05	0,487 t=-0,76 p=0,49	0,88 * t=2,77 p=0,05	0,585 t=0,12 p=0,91	0,572± 0,11
стан соматичного здоров'я	0,463 t=1,17 p=0,31	0,448 t=0,86 p=0,44	0,261 * t=-3,01 p=0,04	0,344 t=-1,29 p=0,27	0,567 * t=3,32 p=0,03	0,406± 0,05
психологічні особливості особистості	0,212 t=-1,71 p=0,16	0,569 * t=4,16 p=0,01	0,276 t=-0,66 p=0,55	0,252 t=-1,05 p=0,35	0,367 t=0,84 p=0,45	0,316± 0,06
інформованість з питань здоров'язбереження	0,575 t=1,60 p=0,18	0,507 t=1,07 p=0,35	0,767 * t=3,12 p=0,04	0,091 * t=-2,22 p=0,09	0,189 t=-1,44 p=0,22	0,372± 0,13

Примітка: * - вірогідна відмінність за критерієм Ст'юдента

Проте у дослідженні використовувалися думки експертів обов'язково різних спеціальностей, які на проблему формування РП молоді мали свою точку зору, з позицій фахової підготовки, і виключити тих, хто мав вірогідні відмінності в оцінках було б недоцільно.

Таким чином під час математичної обробки даних виникли протиріччя в оцінках експертів, що зумовило необхідність виявити експертів з протилежною думкою та визначити метод оцінки внутрішньої узгодженості експертів.

Якщо розглянути у цілому вплив фахової підготовки на єдність експертного висновку, то визначаються деякі особливості, а саме: по-перше, оцінки доктора медичних наук (за фахом - лікар акушер-гінеколог) за усіма блоками показників вірогідно збігаються з оцінками кандидата медичних наук (за фахом - лікар акушер-гінеколог) ($r=0,98$, $p= 0,015$) і вірогідно протилежні оцінкам лікаря-терапевта ($r= - 0,86$, $p= 0,06$); по-друге, оцінки психолога відрізняються від оцінок за блоками показників решти експертів (лікаря-терапевта ($r= - 0,20$, $p= 0,75$), кандидата медичних наук ($r= - 0,41$, $p= 0,49$) та доктора медичних наук ($r= - 0,33$, $p= 0,59$), (рис. 5.2).

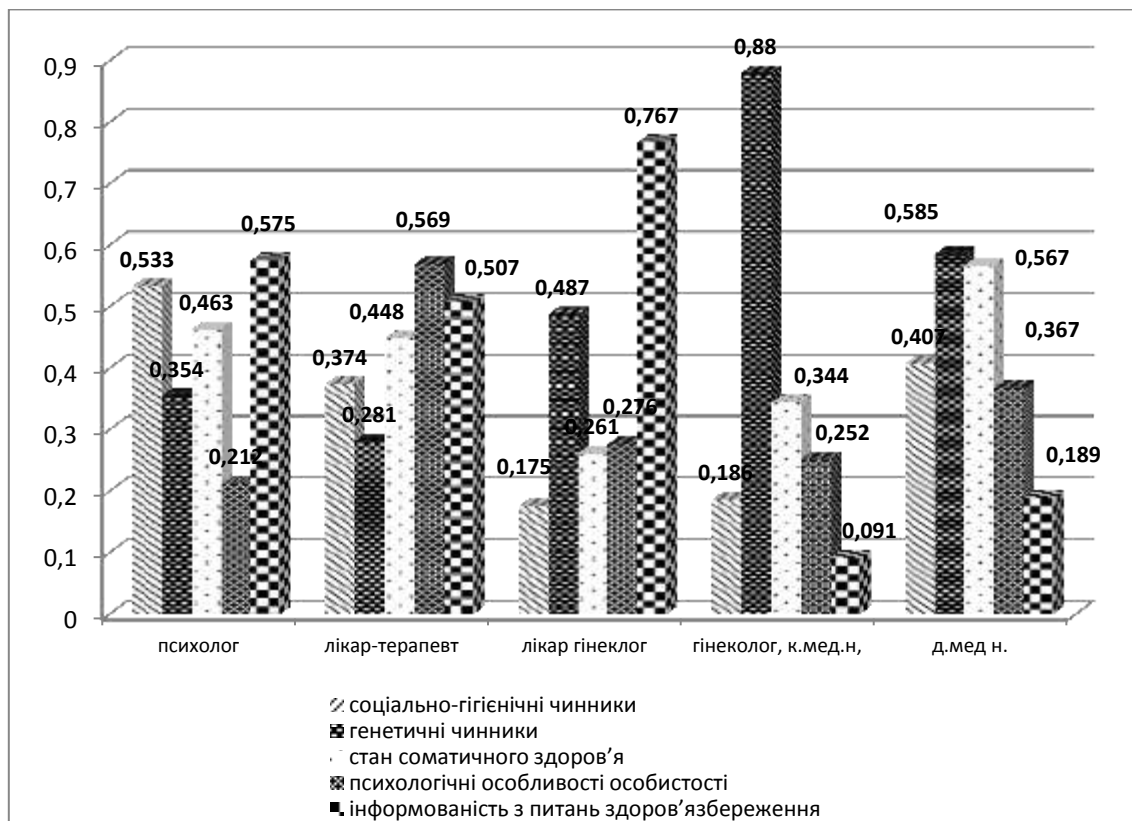


Рис. 5.2. Питома вага досліджуваних чинників формування РП у висновках фахівців (%)

Ймовірно, різновекторність оцінок експертів зумовлена відмінностями їх спеціальної фахової підготовки, і трактуванням причинно-наслідкових зв'язків складових репродуктивного потенціалу молоді з точок зору, що базуються на різних пріоритетах (психологічних, соціальних, медико-біологічних) збереження здоров'я.

Серед соціально-гігієнічних чинників (блок характеристик 1), 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 першому блоці характеристик усі експерти мали однакові оцінки окрім лікаря-терапевта, відповіді якого мали тенденцію до зворотного кореляційного зв'язку із оцінками інших експертів. Він надавав пріоритетного значення факту проживання в екологічно несприятливих місцевостях ($0,294$ у. о.), наявності постійного місця роботи жінки ($0,266$ у. о.) і чоловіка ($0,239$ у. о.), палінню чоловіка ($0,253$ у. о.).

Серед генетичних чинників (блок характеристик 2) значимими визнано наявність спадкових хвороб у чоловіка ($0,571 \pm 0,03$ у. о.) та жінки ($0,557 \pm 0,06$ у. о.), наявність вроджених вад у сім'ї жінки ($0,376 \pm 0,05$ у. о.) та чоловіка ($0,321 \pm 0,05$ у. о.). Оцінки усіх експертів вірогідно корелювали між собою або мали тенденцію до співпадіння.

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.). Причому оцінки експертів мали значну варіативність, проте за результатами кореляційного аналізу зберігалась однонаправленість думок без прямопротилежних оцінок.

Серед характеристик четвертого 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.). Незважаючи на те, що означені психо-соціальні чинники не викликають сумніву у своєму впливові на РП, думки експертів

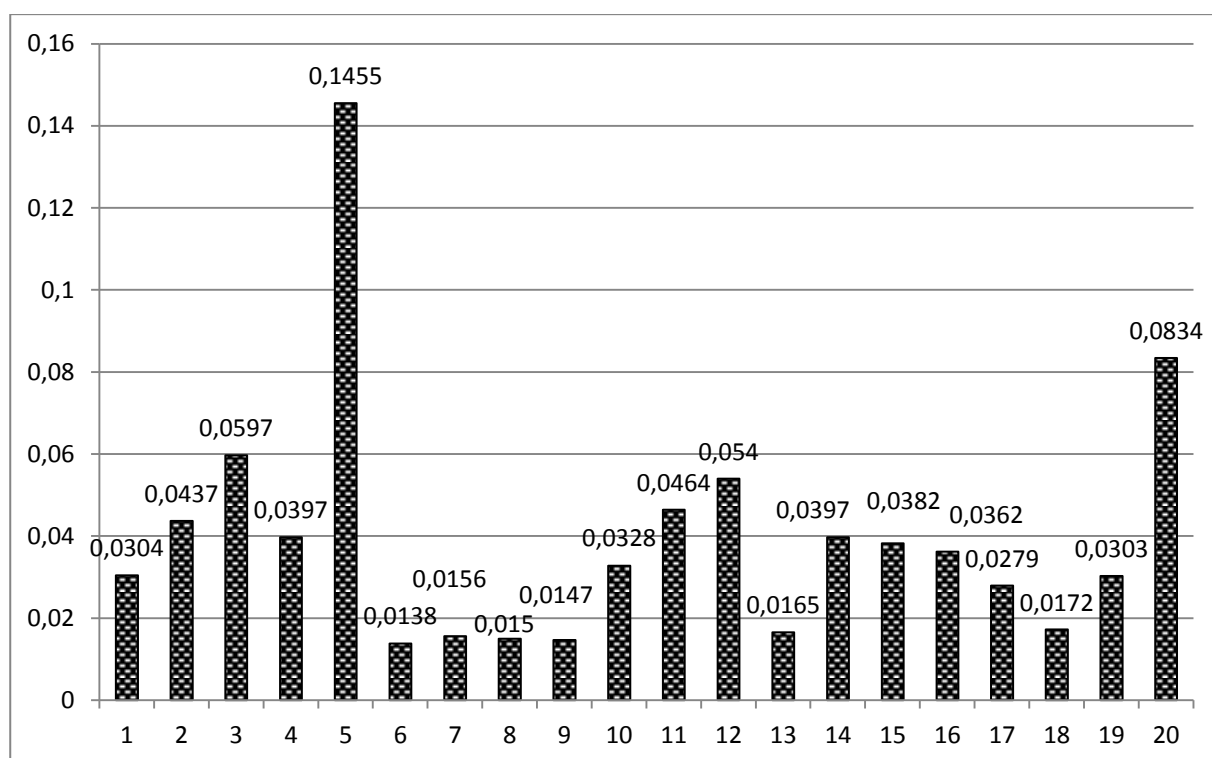
не були одноставними і відрізнялися за середніми значеннями вагових коефіцієнтів. Кількість вірогідних відмінностей була найбільшою у лікаря-терапевта, лікаря-гінеколога та психолога. Зокрема лікар-терапевт найвагомніше оцінив «мотивацію на досягнення успіхів у кар'єрі» (0,350 у. о.) та «депресивний стан» (0,314 у. о.), лікар – гінеколог – «безладний статевий зв'язок» (0,468 у. о.) та «хронічний стрес» (0,332 у. о.), психолог – «тип гендерної ідентичності» (0,559 у. о.) та «вегетативні розлади» (0,328 у. о.).

Для просвітницької роботи серед молоді щодо формування навичок здорового способу життя особливого значення набуває інформованість з питань здоров'язбереження та доступність медичної допомоги. На думку експертів можливість консультуватися та звертатися за медичною допомогою є однією з важливих характеристик п'ятого блоку оцінок ($0,508 \pm 0,09$ у. о.). Друге і третє місця експерти визначили для «здоров'язберезувальної компетентності», що формується під час навчання ($0,506 \pm 0,10$ у. о.), та «можливості отримати спеціалізовану допомогу під час профілактичних оглядів» ($0,259 \pm 0,06$ у. о.). Оцінки експертів співпадали за напрямом значимості окрім доктора медичних наук, який, ймовірно, надавав перевагу іншим чинникам, що впливають на РП молоді.

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.

За результатами експертного оцінювання було проаналізовано вагові коефіцієнти досліджуваних показників, що дозволило виокремити найбільш значимі для ІО РП (із значеннями більше 0,013 у. о.) (рис. 5.3).

За сукупністю і значимістю відповідей експертів було встановлено, що на РП дівчат 17 – 22 років найбільший вплив мають два чинники: **«наявність/відсутність спадкових хвороб у родині»** (0,1455 у. о.) та **«здоров'язбережувальна компетентність»** (за суб'єктивною оцінкою обізнаності з питань репродуктивного здоров'я) (0,0834 у. о.).



Примітка: 1 – вік (роки); 2 – ФР; 3 - наявність екстрагенітальної патології; 4 - стан репродуктивного здоров'я; 5 - спадкові хвороби у родині; 6 - наявність власного житла; 7 - наявність постійного місця роботи батька; 8 - наявність постійного місця роботи матері; 9 - самостійне працевлаштування; 10 – тютюнопаління; 11 - вживання алкогольних напоїв; 12 - вживання наркотичних речовини; 13 - фізична активність; 14 - тип гендерної ідентичності; 15 - рівень особистісної тривожності; 16 - репродуктивна поведінка; 17 - початок статевого життя; 18 - відношення до громадянського шлюбу; 19 - висока мотивація на досягнення успіху у кар'єрі; 20 - здоров'язбережувальна компетентність

Рис. 5.3. Значення вагових коефіцієнтів для окремих характеристик репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку (у.о.)

Третю, четверту та п'яту позиції за значимістю вагових коефіцієнтів посідали такі показники: наявність у дівчат екстрагенітальної патології (0,0597 у. о.),

вживання наркотичних речовин (0,054 у. о.) та вживання алкогольних напоїв (0,0464 у. о.). Найменша значимість характеристик установлена для соціально-побутового блоку (наявність власного житла, наявність постійного місця роботи батька і матері, самостійне працевлаштування), що дає змогу концентрувати увагу просвітницької роботи на більш значимих для РП чинниках.

Загальна сума оцінок характеристик усіх блоків становить інтегральну оцінку репродуктивного потенціалу (Додаток Л) і розраховувалася за формулою середньозваженої арифметичної величини:

$$IO\ PP = \frac{x_1 w_1 + x_2 w_2 + \dots + x_i w_i + \dots + x_n w_n}{w_1 + w_2 + \dots + w_i + \dots + w_n}, \quad (5.2)$$

де $IO\ PP$ – інтегральна оцінка репродуктивного потенціалу;

x_1, x_2, x_n – оцінка в балах визначених характеристик;

w_1, w_2, w_n – вагові коефіцієнти характеристик.

Для встановлення рівня РП отриманий результат розрахунків ідентифікувався за такими критеріями (табл. 5.2):

Таблиця 5.2

Кількісна інтегральна оцінка репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку

Інтегральна оцінка репродуктивного потенціалу (у.о.)	Рівень репродуктивного потенціалу	Якісна оцінка репродуктивного потенціалу
менше 0,7208	I	низький
0,7209 – 0,8956	II	середній
більше 0,8957	III	високий

Характеристика рівнів репродуктивного потенціалу дівчат 17 – 22 років.

Низький рівень характеризується наявністю недостатньої або надмірної маси тіла, наявністю екстрагенітальної патології, порушеннями з боку репродуктивної системи, можливими незадовільними соціально-побутовими чинниками, наявністю шкідливих звичок, відхиленнями у репродуктивній поведінці, несформованими

репродуктивними установками, що у комплексі становить несприятливе підґрунтя для оптимальної реалізації репродуктивної функції і потребує використання лікувальних профілактичних та просвітницьких заходів.

Середній рівень РП характеризується незначними невідповідностями обраних показників щодо визначеної «норми», або низької бальної «оцінки» окремих показників, що входять до системи інтегральної оцінки. Потребує використання профілактичних та просвітницьких заходів щодо усунення виявлених недоліків або лікувальних заходів за окремими виявленими відхиленнями у стані здоров'я.

Високий рівень РП – є інтегральною оцінкою задовільного стану здоров'я, характеристикою сформованого здорового способу життя, репродуктивних установок та репродуктивної поведінки, є запорукою для оптимальної реалізації репродуктивної функції. Потребує просвітницьких заходів в умовах навчального процесу у закладах освіти або індивідуального консультування [253, 254, 255].

Серед дівчат, які брали участь у дослідженні, вірогідно переважали особи із середнім рівнем РП ($70,57 \pm 2,70\%$), порівняно із групами низького ($13,48 \pm 2,03\%$) та високого рівнів РП ($15,96 \pm 2,17\%$), ($p < 0,05$). Причому із віком частка студенток високого рівня РП має тенденцію до збільшення (у віці 17 – 19 років – $13,71 \pm 2,04\%$, у 20 – 22 роки – $19,63 \pm 2,35\%$ дівчат ($p > 0,05$)).

Найбільша питома вага осіб із низьким рівнем РП зустрічалася серед дівчат, які постійно мешкають в обласному центрі ($15,71 \pm 2,16\%$) і районних центрах ($11,94 \pm 1,92\%$) порівняно із дівчата сільських поселень ($5,26 \pm 1,32\%$). Кореляційний аналіз (за критерієм Пірсона) для кількісних показників дозволив зробити висновок, що ІО РП має вірогідний зв'язок із кількістю викурених сигарет ($r = - 0,2197$, $p < 0,05$) та спробою вживати наркотичні речовини ($r = - 0,3298$, $p < 0,01$). При цьому вірогідний кореляційний зв'язок простежується тільки для дівчат міських поселень: тютюнопаління ($r = - 0,2281$, $p < 0,05$), спроби вживання наркотичних речовин ($r = - 0,4528$, $p < 0,01$), що, ймовірно, підтверджує значимий вплив на ІО РП дівчат поширеності шкідливих звичок у юнацькому віці.

У групі дівчат з високим рівнем РП найбільше встановлено осіб фемінного типу гендерної ідентичності ($95,65 \pm 1,21\%$), порівняно із дівчатами андрогінного та фемінного типів (по $2,17 \pm 0,86\%$, $p < 0,01$), (рис. 5.4).

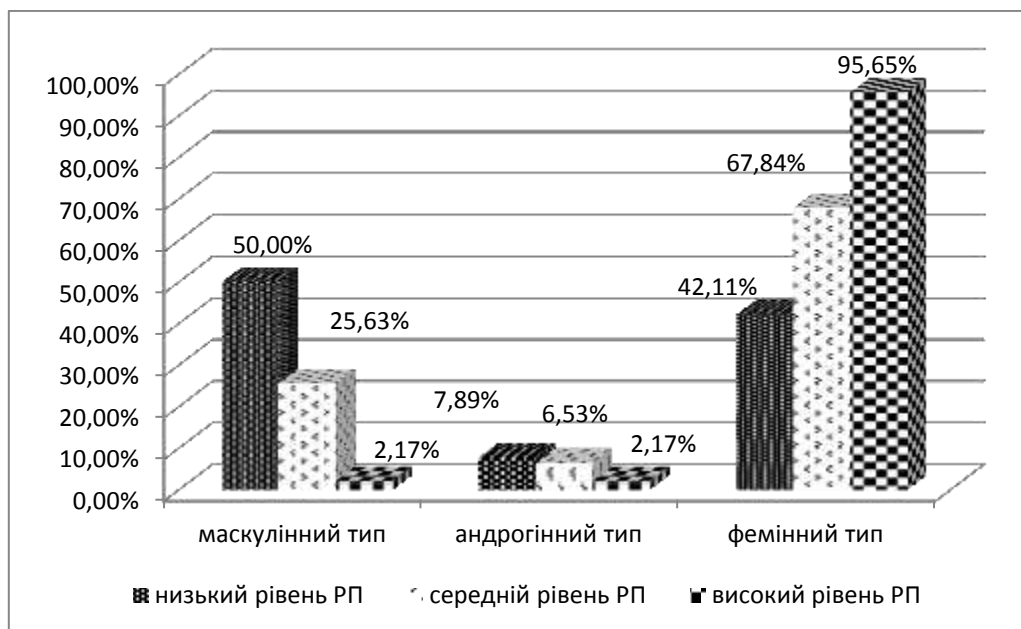


Рис. 5.4. Розподіл жінок раннього фертильного віку за рівнем репродуктивного потенціалу (%)

Низький рівень РП найчастіше зустрічається у дівчат різнополюсних типів – маскулінному ($50,0 \pm 2,96\%$) та фемінному ($42,11 \pm 2,92\%$). При цьому вік не є визначальним чинником вірогідних відмінностей у розподілі дівчат за рівнем РП у групах різних гендерних типів ($F=0,035$; $p=085$).

Цікавим є визначення впливу типу гендерної ідентичності на формування РП, яка простежується тільки у містах, де високий рівень РП дівчат залежить від схильності до фемінного типу ($r_s = 0,3065$, $p < 0,05$). У той же час у дівчат сільських поселень вірогідної закономірності не встановлено ($r_s = 0,1445$, $p > 0,05$). Крім того, у міських дівчат мотивація на досягнення успіху у кар'єрі знижує рівень РП ($r_s = -0,3402$, $p < 0,05$). У сільських поселеннях визначається тільки тенденція до зворотної залежності репродуктивного потенціалу дівчат від бажання досягти кар'єрного успіху ($r_s = -0,1550$, $p > 0,05$). Один із важливих компонентів зрілої репродуктивної поведінки – відповідальне ставлення до себе і партнера в інтимних стосунках – має

вірогідний позитивний вплив на рівень РП у міських дівчат ($r_s = 0,2025$, $p < 0,05$), на противагу дівчатам сільських поселень, які не надають необхідної значимості чиннику запобігання небажаній вагітності ($r_s = 0,0097$, $p > 0,05$). Встановлені особливості, ймовірно, можна пояснити більшим досвідом статевих стосунків дівчат обласного центру ($44,14 \pm 2,94\%$, $t = 7,64$, $p < 0,01$) і районних центрів ($39,64 \pm 2,90\%$, $t = 6,47$, $p < 0,01$), порівняно із дівчатами сільських поселень ($16,22 \pm 2,18\%$), що окреслює один із пріоритетних напрямів просвітницької роботи із студентською молоддю – формування адекватної, відповідальної і безпечної репродуктивної поведінки. Крім того, тільки $24,44 \pm 2,54\%$ дівчат, які вказали на активне статеве життя, мають високий РП, що на $51,12\%$ менше за групу дівчат, які не мають позашлюбних статевих зв'язків ($75,56 \pm 2,54\%$).

Встановлено, що усі дівчата з високим рівнем РП мали низьку ситуативну тривожність і середній рівень особистісної тривожності. Особи із середнім і низьким рівнем РП зберігали стабільно низьку ситуативну тривожність у $76,60 \pm 2,51\%$ і $71,43 \pm 2,68\%$ випадків. У той час, коли особистісна тривожність високого рівня зустрічалася у $29,79 \pm 2,71\%$ дівчат із середнім рівнем РП і $28,57 \pm 2,68\%$ дівчат із низьким РП.

Усі дівчата з високим рівнем РП не мали хвороб репродуктивної системи. Студентки, у яких була виявлена патологія репродуктивної системи, відносилися до групи низького ($16,67 \pm 2,21\%$) і середнього рівнів РП ($83,33 \pm 1,29\%$ оглянутих).

Загальновідомо, що РП залежить від репродуктивної поведінки через відповідні репродуктивні установки [256]. Якщо брати до уваги той факт, що найбільш сприятливою демографічною установкою є наявність трьох дітей у сім'ї, а природним рівнем заміщення є 2,1 дитини, то доцільним є розглянути зв'язок РП і репродуктивних установок.

Переважає кількість дівчат у групі високого рівня РП ($84,45 \pm 2,15\%$) вважали «ідеальним» наявність двох дітей у сім'ї. Респондентки із середнім і низьким рівнями РП менше надавали перевагу дводітній сім'ї ($71,80 \pm 2,67\%$ та $63,15 \pm 2,86\%$ опитаних відповідно).

Проте серед дівчат із середнім і низьким рівнями РП було більше тих, хто вважає наявність трьох дітей «ідеальною» для родини ($18,97 \pm 2,38\%$ і $15,79 \pm 2,16\%$ відповідно), що вірогідно переважає ідеальну установку дівчат із високим рівнем РП ($6,67 \pm 1,48\%$, $t_1=4,39$; $t_2=3,48$; $p<0,01$).

За умови необхідної якості життя, кількість дівчат, які надавали перевагу дводітності зменшується. При цьому збільшується кількість дівчат, які хотіли б мати тільки одну дитину (з $15,79\%$ за мотивами ідеальної кількості і $23,68\%$ за умови високої якості власного життя (у групі дівчат з низьким РП)) і вдвічі збільшується кількість дівчат із середнім і високими рівнями РП, хто не бажає взагалі мати дітей.

Аналіз відповідей опитаних щодо очікуваної кількості дітей станом «на сьогодні» дозволи зробити висновок про несприятливу тенденцію серед молоді і незадовільну перспективу для стабілізації демографічних процесів у регіоні. По-перше, серед дівчат з високим РП на $33,34\%$ зменшилася кількість осіб бажаючих фактично мати дві дитини, порівняно із ідеальними установками і відсутні бажаючі мати троє і більше дітей. По-друге, у групах дівчат із середнім та низькими рівнями збільшилася кількість тих, хто бажає мати одну дитину ($16,41\%$ та $31,58\%$), а $26,15\%$ і $21,05\%$ взагалі не планують мати дітей.

Незважаючи на те, що група дівчат з високим рівнем РП є основним резервом вагітності і пологів зі сприятливим перебігом, $24,44\%$ опитаних не бажають мати дітей. Встановлені особливості репродуктивних установок у групах з різним рівнем РП, ймовірно, можна пояснити тим, що дівчата залишають пріоритетними чинники матеріального забезпечення, а також відтермінують народження першої дитини на більш пізній час, що, звичайно, не дозволяє вважати відповіді про «сьогоденне планування» дійсно фактичними установками. Таким чином, значимим складовим компонентом РП є репродуктивна поведінка, яку трактуємо як поведінка суб'єкта, спрямована на біологічне (фізіологічне), психологічне та соціальне відтворення популяції, що реалізується за допомогою системи **репродуктивних установок** (рис. 5.5).

**Контрацепти
вня**

**Живонародж
ення**

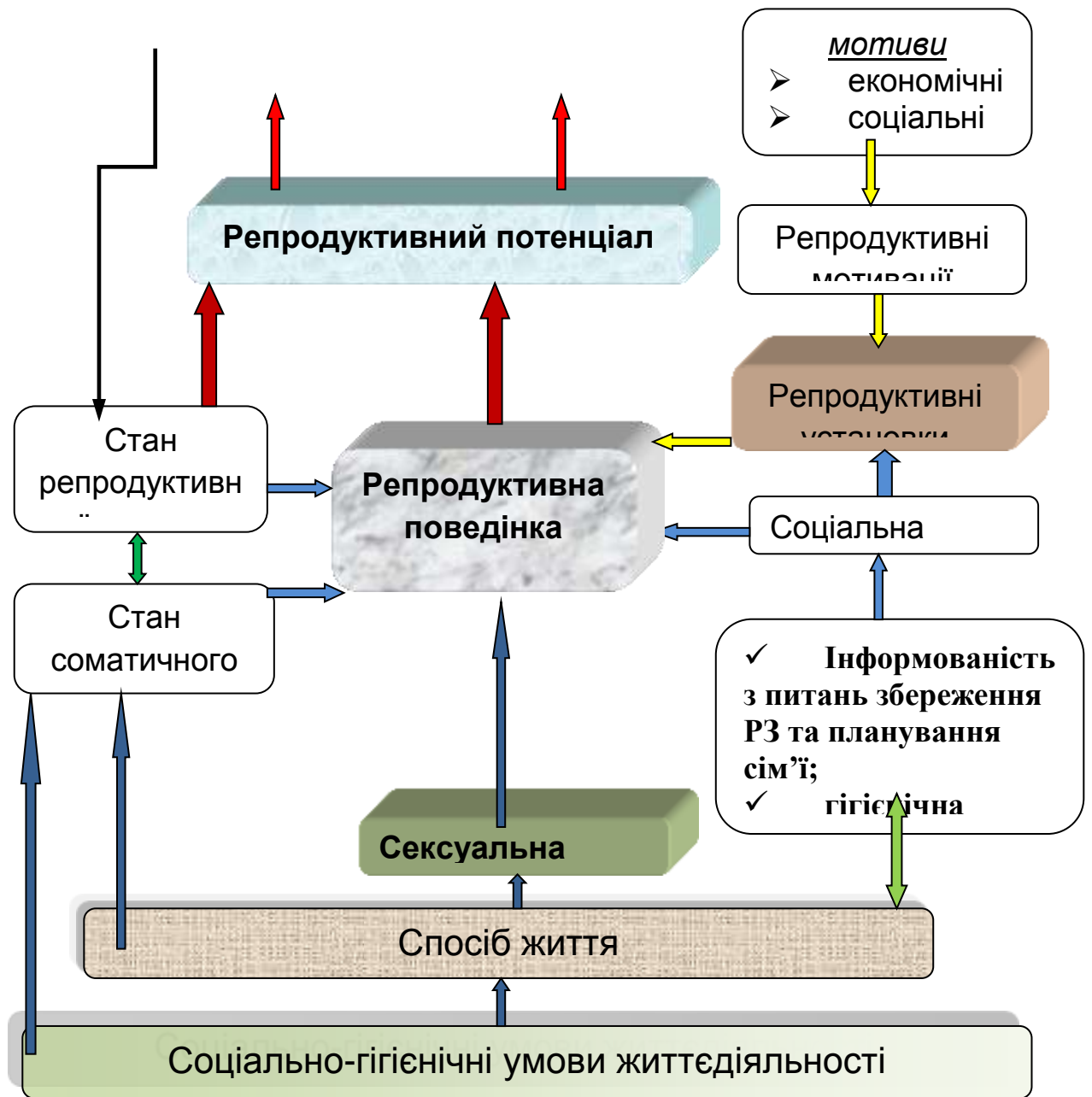


Рис. 5.5 Блок-схема процесу формування репродуктивного потенціалу молоді

5.2. Організаційна модель медико-психолого-соціальної допомоги дівчатам-студенткам щодо формування репродуктивного потенціалу

У ході дослідження встановлено, що на РП дівчат 17 – 22 років найбільший вплив мають два чинники: **«наявність/відсутність спадкових хвороб у родині»** та **«здоров'язбережувальна компетентність» (ЗЗК)** (за суб'єктивною оцінкою

обізнаності з питань репродуктивного здоров'я). Останній із вказаних чинників належить до керованих, а значить, якісні позитивні зміни ЗЗК впливатимуть на підвищення РП молоді.

На сьогодні ЗЗК повинна стати однією з ключових компетентностей української системи освіти у цілому, а не тільки шкільної освіти [257].

Поняттям «компетентність» українська освіта оперує в значенні, запропонованому європейськими країнами. Визначають поняття компетентності (*competence*) як здатність успішно задовольняти індивідуальні й соціальні потреби, діяти й виконувати поставлені завдання на основі набору знань, умінь, навичок, здібностей, цінностей та способів діяльності [257].

Вважаємо доцільними спиратися на попередні дослідження, щодо тлумачення терміну «**здоров'язбережувальна компетентність**», як здатність (готовність) мобілізувати систему знань, умінь розумових і особистісних якостей, необхідних для формування мотивації до здоров'язбереження, а також уміння передбачати, попереджати, або компенсувати втрату здоров'я як засобу задоволення базових потреб людини [258, с. 29; 259].

На жаль, у ЗВО питанням здоров'язбереження приділяється недостатня увага (вилучаються предмети та скорочується кількість годин на вивчення дисциплін, що мають за мету формувати у молоді здоров'язбережувальну компетентність.

Аналіз попередніх наукових досліджень та нормативних документів (див. докладніше розділ 1), дозволив виокремити ряд суперечностей між:

- державним соціальним замовленням на здорове покоління і негативними тенденціями щодо погіршення стану здоров'я молоді, відхилення у репродуктивній поведінці, порушення репродуктивних установок;
- високим потенційними можливостями впровадження новітніх ЗЗТ у ЗВО і недостатню ефективність їх впровадження у навчально-виховний процес у форматі міжгалузевої взаємодії з установами галузі охорони здоров'я.

Вказані суперечності, із урахуванням соціальної значимості проблеми, зумовили створення **моделі медико - психолого - соціального супроводу** формування РП жінок раннього фертильного віку.

Вважаємо, що пріоритетні **напрями її виконання є такими:**

- розроблення та реалізація міжгалузевих стратегій, спрямованих на пропагування, формування і заохочення до здорового способу життя, відповідального батьківства та безпечного материнства;
- інформування молоді з питань відповідального ставлення до охорони особистого здоров'я;
- проведення просвітницьких заходів з питань охорони здоров'я,
- пропагування здорового способу життя, планування сім'ї, зміцнення репродуктивного здоров'я населення, охорони материнства, а також профілактики онкологічних захворювань.

Необхідними **умовами** формування ЗЗК **стосовно РЗ**, з точки зору підвищення ефективності просвітницької роботи, є ряд соціально-гігієнічних та психолого-педагогічних умов:

- усвідомлення і прийняття молоддю засад здорового способу життя, свідомого ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих;
- широка просвітницька діяльність щодо актуалізації у молодіжному середовищі адекватних установок культури міжстатевих стосунків, репродуктивної поведінки, сімейних цінностей з урахуванням гендерної ідентичності особистості;
- підготовка медичних працівників, психологів, соціальних педагогів, волонтерів із числа студентів для роботи з молоддю щодо формування навичок ЗСЖ;
- включення у дисципліни вільного вибору студента спеціалізованих курсів здоров'язберезувального змісту, що складаються із теоретичних і тренінгових компонентів;

- наявність адекватного завданням формування репродуктивного потенціалу навчально-методичного забезпечення навчально-виховного процесу;
- підтримка адміністрацією навчальних закладів, громадськістю, батьками, студентським самоврядуванням заходів репродуктивного здоров'язбереження.

Медико-психолого-соціальна допомога дівчатам-студенткам була спрямована на такі питання:

- інформування про репродуктивні права та відповідальність за сексуальну поведінку і здоров'я;
- підвищення і формування ідеалу сім'ї, створеної в шлюбі;
- підготовка до шлюбу і основи сімейного життя, планування сім'ї;
- інформування про негативні наслідки раннього початку сексуального життя і штучних абортів, що обмежують дітонародження;
- формування ціннісних орієнтирів здоров'я;
- надання інформації та навчання ефективним методам контрацепції з урахуванням особливостей способу життя з метою попередження небажаних вагітностей;
- інформування про вплив ІПСШ, ВІЛ/СНІД, тютюнопаління, алкоголізму і наркоманії на репродуктивне здоров'я і відтворення здорових поколінь.

З метою оптимізації медико-демографічних процесів та формування РП жінок раннього фертильного віку, впровадження здоров'язбережувальних заходів у формі **медико-психолого-соціальна допомоги**, здійснювалася поетапно:

I. Діагностичний етап

- *скринінг - діагностика репродуктивного здоров'я* [254];
- *вивчення потреб спеціалізованої допомоги*: діагностичні, лікувально-профілактичні та реабілітаційні послуги; соціально-правові послуги; психотерапевтична допомога; психологічне консультування; інформаційне консультування у навчальному закладі.

II. Моніторинг репродуктивного потенціалу

- комплексна оцінка репродуктивного потенціалу [260];
- створення диспансерних груп для подальшого спостереження і надання спеціалізованої допомоги;

III. Розробка індивідуальних програм медико-психолого-соціальної допомоги

міжгалузева взаємодія фахівців із групами підвищеного ризику обмеження репродуктивної функції.

IV. Оцінка ефективності профілактичних та оздоровчих заходів у диспансерних групах.

Вважаємо доцільним проведення медико-соціального моніторингу з оцінкою індивідуального репродуктивного потенціалу і подальшим узагальненням та створенням бази РП молоді на регіональному рівні на основі розробленої **моделі медико-психолого-соціального супроводу** навчально-виховної роботи серед студентства щодо формування репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку (рис. М.1)

Підвищити РП молоді і покращити медико-демографічну ситуацію у регіоні неможливо силами тільки системи охорони здоров'я, з чого слідує, що формування РП є проблемою усього суспільства і тому може вирішуватися шляхом залучення зусиль і відповідальності на різних рівнях: сім'я; навчальні заклади; установи охорони здоров'я (Центри первинної медико-санітарної допомоги, Клініки, дружні до молоді, Центри здоров'я тощо); регіональні органи законодавчої та виконавчої влади [261, 262, 063].

5.3. Оцінка ефективності заходів формування здоров'язбережувальної компетентності дівчат стосовно репродуктивного здоров'я

На сьогодні наукового обґрунтування потребує нормативна та методична база надання медико-соціальних послуг молоді на основі дружнього підходу, взаємодії закладів охорони здоров'я із центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Використовувалися заходи «Клініки, дружньої до молоді» КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» (за програмою МОЗ та ЮНІСЕФ), які були адаптовані для використання серед молоді в умовах КДМ та закладу вищої освіти (СумДПУ імені А. С. Макаренка) у форматі роботи Ресурсного центру «Школа педагогіки здоров'я» [263]

У ході дослідження було здійснено оцінку ефективності впровадження здоров'язбережувальних технологій серед дівчат - студенток 17 – 22 років за допомогою «Анкети для визначення рівня сформованості здоров'язбережувальної компетентності стосовно репродуктивного здоров'я молоді у дошлюбний період» (Додаток М).

Виокремлено такі рівні сформованості здоров'язбережувальної компетентності дівчат:

- 1) 31,00 – 49,94 ($-0,5\sigma$) – відсутній рівень знань щодо здорового способу життя;
- 2) 49,95 – 71,47 (-2σ) – недостатній рівень сформованості здоров'язбережувальної компетентності;
- 3) 71,48 – 114,53 ($\pm 1\sigma$) – достатній рівень сформованості здоров'язбережувальної компетентності;
- 4) 114,54 – 155,00 ($+2,5\sigma$) – високий рівень сформованості здоров'язбережувальної компетентності.

У цілому серед дівчат, які брали участь у роботі ресурсного центру «Школа педагогіки здоров'я», вірогідно переважали особи із достатнім рівнем ЗЗК ($63,81\pm 3,76\%$), порівняно із групами високого ($23,31\pm 3,31\%$, $p<0,05$) та

недостатнього рівнів ($11,04 \pm 2,45\%$, $p < 0,05$). На жаль у $1,84 \pm 1,05\%$ дівчат встановлено відсутність знань щодо ЗСЖ (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Розподіл дівчат основної групи та групи порівняння за рівнями сформованості ЗЗК стосовно репродуктивного здоров'я (%)

Рівні сформованості ЗЗК	У цілому $n=163$	Основна група (ОГ) $n=78$	Група порівняння (ГП) $n=85$
до використання здоров'язбережувальних заходів			
високий $n=38$	$23,31 \pm 3,31$	$24,36 \pm 3,36$	$22,35 \pm 3,26$
достатній $n=104$	$63,81 \pm 3,76$	$61,54 \pm 3,81$	$65,88 \pm 3,71$
недостатній $n=18$	$11,04 \pm 2,45$	$11,54 \pm 2,50$	$10,59 \pm 2,41$
відсутній $n=3$	$1,84 \pm 1,05$	$2,56 \pm 1,24$	$1,18 \pm 0,85$
після використання здоров'язбережувальних заходів			
високий $n=41$	$25,17 \pm 3,40$	$26,83 \pm 3,47$	$23,53 \pm 3,32$
достатній $n=111$	$68,09 \pm 3,65$	$69,23 \pm 3,62$	$67,05 \pm 3,68$
недостатній $n=10$	$6,13 \pm 1,88$	$3,85 \pm 1,51$	$8,24 \pm 2,15$
відсутній $n=1$	$0,61 \pm 0,61$	0	$1,18 \pm 0,85$

Станом на початок занять у розподілі контингенту дівчат за рівнями ЗЗК вірогідних відмінностей не було з незначною перевагою дівчат високого, недостатнього рівнів у ОГ порівняно із ГП. Крім того, у ОГ зустрічалося більше осіб із відсутніми знаннями про ЗСЖ ($p > 0,05$).

На час закінчення експерименту динаміка зміни показників (за показником проросту (Δ)) була кращою у ОГ порівняно із ГП. Зокрема приріст зміни питомої ваги групи дівчат з високим рівнем ЗЗК становив $10,14 \pm 2,36\%$, що на $4,86\%$ більше, ніж у ГП ($t=1,65$; $p > 0,05$), (рис. 5.6). Позитивним є вірогідне збільшення приросту питомої ваги дівчат з достатнім рівнем ЗЗК у ОГ ($12,50 \pm 2,59\%$), порівняно із ГП

($1,78 \pm 1,03\%$, $t=3,86$; $p<0,01$). Крім того, серед дівчат ОГ зменшилася кількість осіб з недостатньою ЗЗК ($\Delta = -66,64 \pm 3,69\%$) і зникла група студенток із відсутніми знаннями щодо ЗСЖ, У ГП реєструвався аналогічний від'ємний приріст питомої ваги когорти осіб з недостатньою ЗЗК ($\Delta = -22,19 \pm 3,25\%$) і зберігалася стабільною кількість дівчат із відсутністю знань про ЗСЖ.

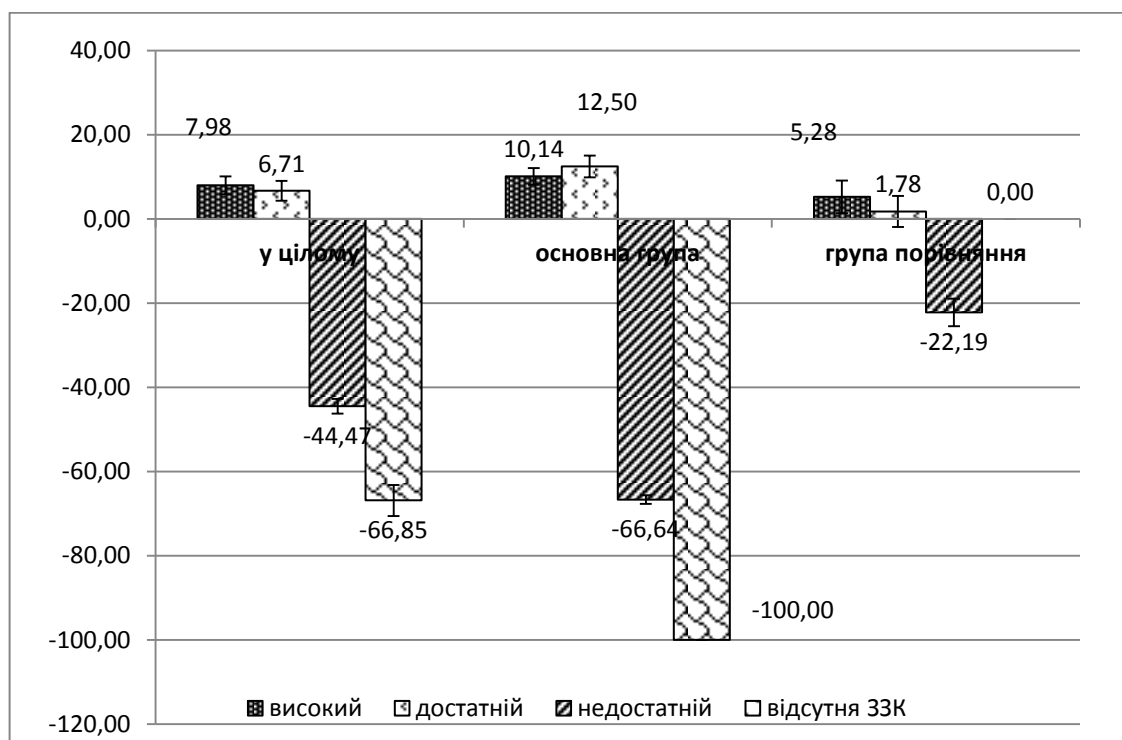


Рис. 5.6. Зміни рівня здоров'язбережувальної компетентності у процесі впровадження ЗСТ у навчально-виховний процес ЗВО (%)

Однонаправленість змін приросту у групах із недостатньою ЗЗК у ОГ і ГП, ймовірно, можна пояснити комплексним впливом просвітницької роботи у ОГ і загальною інформацією із різних джерел комунікативності (ЗМІ, Інтернет, соціум, виховна робота у ЗВО тощо), яка також мала вплив на дівчат із ГП.

Аналіз отриманих даних дохволив визначити вікові особливості у досліджуваних групах (табл 5.4).

Таблиця 5.4

Розподіл дівчат різних вікових груп за рівнями сформованості ЗЗК стосовно репродуктивного здоров'я (%)

Рівні сформованості ЗЗК	ОГ I вікова група <i>n</i> =43	ОГ II вікова група <i>n</i> =35	Рівні сформованості ЗЗК	ГП I вікова група <i>n</i> =38	ГП II вікова група <i>n</i> =47
до використання здоров'язбережувальних заходів					
високий <i>n</i> =19	23,26±3,31	25,71±3,42	високий <i>n</i> =19	23,68±3,33	21,28±3,21
достатній <i>n</i> =48	58,14±3,86	65,72±3,72	достатній <i>n</i> =56	63,16±3,78	68,08±3,65
недостатній <i>n</i> =9	16,28±2,89	5,71±1,82 * <i>t</i> = 3,24	недостатній <i>n</i> =9	10,53±2,40	10,64±2,42
відсутній <i>n</i> =2	2,32±1,18	2,86±1,31	відсутній <i>n</i> =1	2,63±1,25	0
після використання здоров'язбережувальних заходів					
високий <i>n</i> =21	25,58±3,42	28,57±3,54	високий <i>n</i> =20	25,32±3,45	21,28±3,21
достатній <i>n</i> =54	60,77±3,82	68,57±3,64	достатній <i>n</i> =57	63,16±3,78	70,21±3,58
недостатній <i>n</i> =3	4,65±1,65 # <i>t</i> =3,50	2,86±1,31 <i>t</i> =1,27	недостатній <i>n</i> =7	7,89±2,11	8,51±2,19
відсутній <i>n</i> =0	0	0	відсутній <i>n</i> =1	2,63±1,25	0

Примітка: * - вірогідні відмінності в окремих вікових групах ($p < 0,01$);

- вірогідні відмінності у I віковій групі з недостатнім рівнем сформованості ЗЗК у динаміці експерименту ($p < 0,01$).

На початку експериментальної частини дослідження у ОГ серед дівчат переважали старшокурсниці з високим і достатнім рівнями ЗЗК (25,71±3,42% і 65,72±3,72% відповідно), порівняно із студентками молодших курсів (23,26±3,31% і 58,14±3,86% відповідно), ($p > 0,05$). Крім того, дівчат із недостатнім рівнем ЗЗК (16,28±2,89%) було більше у I віковій групі, ніж у II віковій групі (5,71±1,82%), ($t = 3,24$; $p < 0,01$).

Серед дівчат 20 – 22 років у ГП не виявлено осіб, які б були не обізнані з основами ЗЗЖ

Наприкінці експериментального періоду отримані дані дозволили зробити узагальнення (рис. 5.7). По-перше, просвітницька робота дозволила збільшити

приріст питомої ваги високого рівня ЗЗК за рахунок дівчат обох вікових груп, з незначною перевагою дівчат II вікової групи на I віковою групою ($11,12 \pm 2,46\%$ і $9,97 \pm 2,34\%$ відповідно, ($p > 0,05$)). У той же час у ГП формування ЗЗК відбувалося тільки за рахунок дівчат молодшого віку, що, ймовірно, є наслідком адаптації дівчат до нових умов соціуму та впливу виховної роботи у ЗВО, а старший віковий період не є часом самоудосконалення **високого рівня**.

По-друге, приріст питомої ваги груп дівчат із ЗЗК **достатнього рівня** продемонстрували рівномірно в обох вікових групах ОГ (I вікова група – $4,52\%$, II вікова група – $4,34\%$), у ГП дівчата молодшого віку зовсім не змінили свій рівень ЗЗК, а старшокурсниці з часом продемонстрували незначні позитивні зміни.

По-третє, серед дівчат ОГ на кінець експерименту не було осіб з відсутніми знаннями щодо ЗСЖ, а серед дівчат ГП позитивних змін не відбулося.

Четверте, вірогідно більшим був приріст на зменшення питомої ваги групи з недостатнім рівнем ЗЗК у дівчат ОГ (I вікова група – $-71,44 \pm 3,78\%$, II вікова група – $-49,91 \pm 4,18\%$), порівняно із ГП (I вікова група – $-25,07 \pm 3,62\%$ ($t_{ОГ I - ГП I} = 8,87$ $p < 0,01$), II вікова група – $-20,02 \pm 3,34\%$ ($t_{ОГ II - ГП II} = 5,23$ $p < 0,01$)).

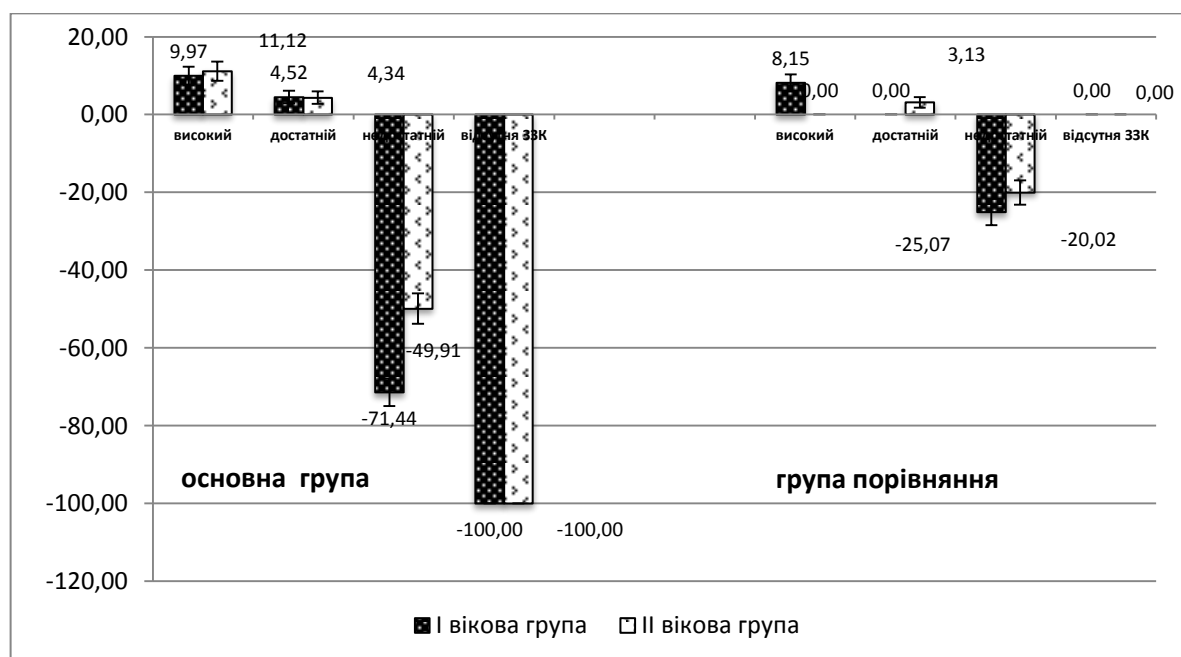


Рис. 5.7. Зміни рівня здоров'язбережувальної компетентності у процесі впровадження ЗЗТ у навчально-виховний процес ЗВО у дівчат різних вікових груп (%)

Нівелюючи внесок комплексу чинників, що впливають на РП жінок раннього фертильного віку, вважали за доцільне розглянути «ідеальний» зв'язок РП із здоров'язбережувальною компетентністю. З цією метою використано регресійний аналіз з розробкою однофакторної математичної моделі виду:

$$РП = a_0 + a_1ЗЗК, \quad (5.3)$$

де $РП$ – показник репродуктивного потенціалу (у. о.);

$ЗЗК$ – показник здоров'язбережувальної компетентності (бали);

a_0 – фонове значення фактора;

a_1 – значення коефіцієнта показника $ЗЗК$.

З урахуванням значень коефіцієнтів та їх характеристик, математична модель набуває такого вигляду:

$$РП = 0,744 + 0,0006 \times ЗЗК, \text{ вірогідність якої } F=7,71 \text{ } p<0,005.$$

Згідно отриманої моделі розраховано коефіцієнти еластичності для показника $ЗЗК$ різних рівнів, як одного з провідних керованих чинників позитивного впливу на РП молоді за формулою 2.10 (табл. 5.5).

Таблиця 5.5

Коефіцієнти еластичності для різних рівнів показника здоров'язбережувальної компетентності

Рівні ЗЗК	Мінімальне значення показника ЗЗК	Максимальне значення показника ЗЗК
відсутність знань щодо ЗСЖ	0,024	0,039
недостатній рівень сформованості ЗЗК	0,039	0,054
достатній рівень сформованості ЗЗК	0,055	0,085
високий рівень сформованості ЗЗК	0,085	0,111

Розраховані коефіцієнти еластичності вказують на те, що із збільшенням значення ЗЗК на 1% на стільки збільшується значення показника репродуктивного потенціалу, що доводить можливість керованого впливу на РП жінок раннього репродуктивного віку.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 5

1. За сукупністю і значимістю відповідей експертів встановлено, що РП дівчат 17 – 22 років найбільше визначається чинниками «наявність/відсутність спадкових хвороб у родині» (0,1455 у. о.) та «здоров'язбережувальна компетентність» (за суб'єктивною оцінкою обізнаності з питань репродуктивного здоров'я) (0,0834 у. о.).

2. Серед дівчат, які брали участь у дослідженні, переважали особи із середнім рівнем РП ($70,57 \pm 2,70\%$), порівняно із групами низького ($13,48 \pm 2,03\%$) та високого рівнів РП ($15,96 \pm 2,17\%$). Причому до 22 років частка студенток високого рівня РП має тенденцію до збільшення.

3. Високий рівень РП дівчат залежить від схильності до фемінного типу гендерної ідентичності, невисокої мотивація на досягнення успіху у кар'єрі, зрілої

репродуктивної поведінки (відповідальне ставлення до себе і партнера в інтимних стосунках).

4. Серед дівчат вірогідно переважали особи із достатнім рівнем ЗЗК ($63,81 \pm 3,76\%$), порівняно із групами високого ($23,31 \pm 3,31\%$, $p < 0,05$) та недостатнього рівнів ($11,04 \pm 2,45\%$, $p < 0,05$), у $1,84 \pm 1,05\%$ дівчат встановлено відсутність знань щодо ЗСЖ.

5. Приріст зміни питомої ваги групи дівчат з високим рівнем ЗЗК становив $10,14 \pm 2,36\%$, що на $4,86\%$ більше, ніж у ГП ($t = 1,65$; $p > 0,05$). Позитивним є вірогідне збільшення приросту питомої ваги дівчат з достатнім рівнем ЗЗК у ОГ ($12,50 \pm 2,59\%$), порівняно із ГП ($1,78 \pm 1,03\%$, $t = 3,86$; $p < 0,01$).

6. Використання кількісних та якісних показників, що характеризують репродуктивний потенціал жінок раннього фертильного віку є доцільним для прогнозування репродуктивного потенціалу у майбутньому, використання комплексних профілактичних і просвітницьких заходів, що сприятимуть його формуванню, збереженню і підвищенню.

Результати дослідження, що представлено у розділі 5, відображено в таких друкованих працях: [252, 253, 254, 260, 261, 262, 263].

АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений аналітичний огляд літератури свідчить про незадовільний стан здоров'я населення, який проявляється у низькій народжуваності порівняно з високим рівнем смертності, від'ємному природному прирості населення, а також високому рівні поширеності хронічних неінфекційних захворювань, що ставить під загрозу майбутнє країни і зумовлює посилення уваги до стану репродуктивного здоров'я населення.

Аналіз численних наукових досліджень свідчить про те, що проведені в останні десятиліття фахівцями профілактичної медицини (Білецька Е. М., 2012, 2015; Балтер Р. Б., 2010; Алексеев В. Б., 2009, Курило І. О. із співав., Буралкина Н. А, Венцківський Б. М., 2011; Онул Н. М., 2015; Meade C. S, Kershaw, 2008; Jasienska G, Vrbiescas RG, 2017) спрямовані на вивчення загального впливу чинників навколишнього середовища на репродуктивне здоров'я населення, розробку системи медико-соціальної профілактики порушень формування репродуктивного здоров'я населення (Чебан В. І., 2004; Слабкий Г. О., 2005 - 2007; Мудрий Я. С., 2010; Ларченко А. В., 2014; Самойленко; В. Б., Рой Г. Г., Мисік В.В., 2018). Виконані клінічні дослідження щодо патологічних змін з боку репродуктивної системи у підлітків (Арутюнян, Ф. Ю., 2004; Гребешева И. И., 2001; Дюкарева А. М., 1999; Зубкова Н. З. и соавт., 1994, 1999, 2000; Гуркин Ю. А., 2000 - 2003; Захарова Т.Г., Елесина И. Г., 2016, 2002; Уварова Е. В., 2002; Шарапова О. В., 2003; Strasburger V. C., 2000; Bond L., 2002; Левенець С. О., 2010; Начьотова Т. А., 2016; Жук С. І., 2015; Рутинська Г.В., 2015; Татарчук Т. Ф., 2006 - 2016).

Однак, серед наукових розробок мають місце лише поодинокі і розрізнені наукові дослідження щодо міжсекторального підходу щодо збереження репродуктивного здоров'я жінок раннього репродуктивного віку на рівні. Крім того, статистичні дані щодо репродуктивного потенціалу, репродуктивної поведінки жінок раннього фертильного віку, рівня інформованості ЗЗК з питань РЗ відсутні. Оптимальним способом для їх отримання є вибіркове обстеження когорти дівчат-студенток 17 – 22 років.

Враховуючи безумовну важливість профілактичного підходу до збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я дівчат, до цього часу недостатньо наукових досліджень з позицій концепції «сприяння здоров'ю» (Health Promotion) і здоров'язберігаючої стратегії стосовно комплексної оцінки репродуктивного потенціалу, де особистість є активним співучасником процесу збереження та відновлення здоров'я. Тому **метою дослідження** було розробити систему медико-соціальних заходів щодо збереження та підвищення репродуктивного потенціалу дівчат-студенток закладів вищої освіти 17 – 22 років на основі комплексної його оцінки. Відповідно до завдань дисертаційного дослідження і на підставі системно-структурного аналізу демографічних показників Сумщини і чинників, що на їх впливають з точки зору репродуктивного здоров'я жіночого населення, отримано нові дані щодо впровадження заходів підвищення репродуктивного потенціалу і покращення демографічної ситуації у регіоні. Розширено уявлення щодо індивідуального та популяційного репродуктивного потенціалу дівчат 17 – 22 років у сучасних умовах життєдіяльності. Виконано комплексне дослідження репродуктивної поведінки, репродуктивних установок, соціально-гігієнічних чинників життєдіяльності залежно від типів гендерної ідентичності дівчат 17 – 22 років. Науково обґрунтовано алгоритм діагностики репродуктивного потенціалу та систему медико-психолого-соціальної допомоги дівчатам-студенткам, що є основою діяльності КДМ та просвітницької роботи ресурсного центру вищого навчального закладу. Визначено соціально-гігієнічні та психолого-педагогічні умови формування репродуктивного потенціалу молоді.

Під час розробки програми дослідження було враховані загальні чинники, що негативно впливають на стан РЗ молоді та погіршення показників народжуваності, а саме: 1) соціально-економічні умови життєдіяльності; 2) зростаючі стресові навантаження; 3) зростання загальної захворюваності населення, зокрема серед дівчат, що є причиною ускладнень під час вагітності і пологів, перинатальної смертності, виникнення відхилень у стані здоров'я новонароджених; 4) високий показник переривання вагітності; 5) недостатня поінформованість молоді про

сучасні засоби контрацепції; 6) поширеність інфекційних хвороб, що передаються статевим шляхом (ПСП), які нерідко є причиною безпліддя; 7) тенденції до зростання віку жінки під час вступу до шлюбу та народження першої дитини; 8) поширення у молодіжному середовищі безвідповідального відношення до сімейних цінностей.

Генералізуючим методичним способом було створено вибірку з 1 485 студенток вищих навчальних закладів міста, які проходили комплексний профілактичний огляд у 2016 році з метою виконання аналізу захворюваності репродуктивної системи. Серед 284 дівчат було проведено анонімне (для забезпечення більшої щирості відповідей) анкетування за допомогою спеціально розроблених опитувальників і створено вибірку (163 студентки, які були постійними жителями Сумської області) для поглибленого дослідження та оцінки ефективності впровадження медико - психолого - соціального супроводу формування репродуктивного потенціалу у двох вікових групах 17 – 19 років та 20 – 22 роки.

Для досягнення поставленої в роботі мети було використано епідеміологічний, клініко-статистичний, соціологічний методи, методи експертних оцінок, концептуального моделювання та організаційного експерименту.

За результатами ретроспективного аналізу статистичних даних останніми роками проблему забруднення повітря в області визначали, в основному, викиди від пересувних джерел, що складає майже 70 % від загального обсягу викидів (40,39 тис. т). Тому проблема загазованості міст області викидами від автотранспорту є основною. Найбільш суттєве збільшення відбулося за рахунок наступних речовин: сполуки азоту (на 1,0 тис. т або на 53,2%), оксид вуглецю (на 0,8 тис. т або на 17,6%), метан (на 0,1 тис. т або на 4,8%), діоксид сірки (на 0,1 тис. т або на 4,1%), сірчаної кислоти (на 36,7 т або на 43,3%), СО₃ (бензапірен) (на 0,006 т або у 7 разів), бром та його сполуки (на 0,031 т або у 2,7 раза). Збільшення викидів сірчаної кислоти у 2016 році спричинено збільшенням обсягів виробництва двоокису титану на 2 078 тонн і кількості переробленої гідролізної сірчаної кислоти (ЦКСК) на 6 918 тонн. За періоди з 1994 – 1997 рр. та 2012 – 2016 рр. низька якість довкілля за

усередненим значенням питомої ваги відхилень показників від санітарних норм і правил визначена у м. Суми і Сумському районі, Роменському, Охтирському, Недригайлівському, Краснопільському районах) і відповідає класифікації районів за динамікою викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення.

У ході дослідження встановлено райони із відносно сприятливою, напруженою і кризовою демографічною ситуацією. Трьохрічне зменшення чисельності наявного населення у Сумській області відбувалося переважно за рахунок населення сільської місцевості (-3,13), ніж населення міських поселень (-1,09). Установлено, що в усіх районах області спостерігається зменшення загальної чисельності населення, проте чинники демографічних процесів – різні. Окремі райони області мають схожу картину демографічних змін, що дало змогу за показниками народжуваності та смертності населення виокремити чотири типи районів області. Найбільше виражена депопуляція із значним зменшенням населення спостерігається у Конотопському (-4,37%), Буринському (-3,98%), Глухівському (-3,81%), Лебединському (-3,74%), Великописарівському (-3,55%) районах. Демографічне районування може слугувати підґрунтям конкретних перспективних медико-соціальних заходів для означених регіонів.

У результаті дослідження встановлено, що за період 1996 – 2016 рр. поширеність хвороб сечостатевої системи серед дорослого жіночого населення Сумської області збільшилася на 3 439,2 ‰ (5 939,2 на 100 тис. населення у 1996 році і 9 378,4 на 100 тис. населення у 2016 році). Серед цієї групи хвороб (станом на 1.01.2017 р) сальпінгіти, оофорити становлять 10,33%, запальні хвороби шийки матки – 17,48%, ендометріоз – 3,31%, ерозія шийки матки, ектропіон – 9,48%, розлади менструацій – 7,37%, жіноча безплідність – 3,11% від хвороб сечостатевої системи. Частота патологічних змін на початок 2017 року, що пов'язані із вагітністю, пологами та ускладненнями у післяпологовий період, починаючи з 2014 року, збільшилася на 8,13%. Ймовірно, негативна динаміка пов'язана із збільшенням частоти геніальної, екстрагенітальної патології, що у результаті впливає на

закінчення вагітності абортивним результатом, виникнення гіпертензивних розладів під час вагітності, пологів та ускладнень у післяпологовому періоді.

За трьохрічними даними комплексних профілактичних медичних оглядів питома вага групи «здорових» зберігає тенденцію до зменшення ($40,69 \pm 1,07\%$, $37,60 \pm 0,99\%$, $39,88 \pm 0,94\%$, відповідно у 2014, 2015 і 2016 роках). У структурі патологічної ураженості студенток домінували хвороби системи травлення (22,48%); друге місце посідали хвороби дихальної системи (за рахунок хвороб верхніх дихальних шляхів (13,63%)) та нервової системи (13,12% - вегето-судинні дистонії, судинні кризи); на третьому місці – хвороби ССС (11,54%) та хвороби сечостатевої системи (11,59%), серед яких 89,87 % становили хвороби репродуктивної системи.

Проведене соціологічне опитування дозволило встановити, що 87,7% дівчат 17 – 22 років мають позитивну установку на створення сім'ї у форматі офіційного шлюбу, більшість вважає оптимальним віком для заміжжя період 22 – 25 років.

Проте загальновизнано, що низький рівень гігієнічних знань та інформованості з питань РЗ сприяє трансформації репродуктивної поведінки молоді. Зокрема середній вік початку статевого життя у дівчат – студенток, які не знаходяться у шлюбі, становить $17,21 \pm 0,11$ рока. Мінімальний вік початку статевого життя, який вказали респонденти, для дівчат міст становив 13 років, для жительок сіл – 16 років, що свідчить про більшу тенденцію збереження у сільській місцевості значимості шлюбних відносин.

Дебют сексуальної активності припадає максимально на віковий діапазон 17 – 18 років (34,57%) і 15 – 16 років (19,15%) з мінімальною питомою вагою груп «19 – 20 років» (7,68%), «13 – 14 років» (2,13%), «після 20 років» (1,60%) та «до 13 років» (0,53%).

У студенток значимою причиною першого сексуального дебюту було кохання (58,12%) та цікавість (9,75%), незначний внесок у I та II вікових групах мали випадкові зв'язки по причині алкогольного сп'яніння (6,56% та 3,94% відповідно), наполегливості партнера (2,30% та 1,81% відповідно). З віком

значимість почуття до протилежної статі для дівчат у взаємовідносинах зростає, свідченням чому є перевага кохання у статевих відносинах для дівчат 20 – 22 років (70,87%), ніж у групі 17 – 19 – річних студенток (50,57%), ($\chi^2=10,95$, $p<0,001$).

Оцінка інформованості студенток про засоби контрацепції свідчать, що постійно їх застосовують 43,62% опитаних у групі сексуально активних студенток, 17,55% - інколи, а 2,66% студенток – ніколи не використовують.

На питання «Чи знаєте Ви свій ВІЧ-статус?» 38,83% опитаних відповіли ствердно, 49,47% - не володіють такою інформацією, а 11,70% опитаних не вважають за необхідне обстежуватися на ВІЧ.

При цьому 89,36% дівчат вважають себе повністю поінформованими з означених питань. На нашу думку, студентки значно переоцінюють власний обсяг спеціальної інформації, зокрема дівчата 17 – 19 років вважають себе більш обізнаними (90,55%), ніж дівчата 20 – 22 років (86,89%). Однак потреба в інформації все ж таки існує, підтвердженням цьому є необхідність отримати додаткову інформацію щодо статевого виховання та репродуктивної функції для 53,78% респонденток у формі лекцій (30,32%), тренінгів (11,17%), отримати буклети і літературу (10,64%).

Серед студенток 48,62% вважають, що їм потрібна додаткова інформація з питань сімейного життя, 55,32% хотіли б отримати додаткову інформацію про фізіологію і гігієну жінки, 72,24% - про ПСШ і стільки ж - про запобігання небажаної вагітності. Тільки 17,35% дівчат знайомі з курсами дисциплін «Валеологія», «Етика сімейного життя», причому 34,60% оцінили його негативно.

У ході дослідження встановлено, що 73,31% респонденток вважає дві дитини – *ідеальною кількістю дітей у сім'ї*, перевагу надають трьом дітям у сім'ї 16,17% дівчат, одній дитині – 7,89% дівчат (рис. 5.4). Бездітність вважають «ідеальним» варіантом 2,26% студенток.

За умови *необхідної якості життя* двоє дітей у сім'ї хотіли б мати 70,40% опитаних, одну і три дитини – 11,55% і 12,27% студенток відповідно. За вказаних умов 4,33% дівчат не хотіли б взагалі мати дитину у сім'ї.

Однак на момент опитування (фактичне очікування) тільки 49,82% дівчат хотіли б мати дві дитини, 5,05% - три, 19,86% - одну дитину і 25,27% - не планують мати дітей. На сьогодні на заваді реалізації репродуктивної функції є низький матеріальний рівень статку (63,54%), проблеми із здоров'ям (49,82%), відсутність сім'ї (21,30%), небажання змінювати свій соціальний статус і виходити із зони «соціального комфорту» (11,91%).

Аналіз результатів опитування студенток показав, що $68,90 \pm 2,74\%$ опитаних відносяться до фемінного типу, $25,09 \pm 2,57\%$ - маскулінного і $6,01 \pm 1,41\%$ - до андрогінного типу. Для дівчат андрогінного типу ГІ притаманна більш зважена репродуктивна поведінка стосовно початку активного статевого життя поза шлюбом, серед них тільки 8,11% дівчат дали ствердну відповідь, на противагу дівчатам маскулінного та фемінного типів, серед яких мають статеві зв'язки 27,03% та 64,86% респонденток відповідно.

Отримані дані свідчать, що дівчата з різними типами ГІ не мали вірогідних відмінностей у наданні переваги кількості дітей у сім'ї. Виключення становить група дівчат фемінного типу, серед яких 2,09% опитаних вважають «ідеальним» мати у сім'ї чотири дитини.

У цілому серед опитаних пріоритетною причиною обмеження очікування певної кількості дітей є низький рівень матеріального забезпечення (63,67%), на другому місці – проблеми зі здоров'ям (49,64%), третє - відсутність сім'ї на момент опитування (21,22%), четверте – небажання виходити із зони соціально-психологічного комфорту (11,87%).

За сукупністю і значимістю відповідей експертів встановлено, що РП дівчат 17 – 22 років найбільше визначається чинниками «наявність/відсутність спадкових хвороб у родині» (0,1455 у. о.) та «здоров'язбережувальна компетентність» (за суб'єктивною оцінкою обізнаності з питань репродуктивного здоров'я) (0,0834 у. о.). Високий рівень РП дівчат залежить від схильності до фемінного типу гендерної ідентичності, невисокої мотивація на досягнення успіху у кар'єрі, зрілої репродуктивної поведінки (відповідальне ставлення до себе і партнера в інтимних

стосунках). Серед дівчат вірогідно переважали особи із достатнім рівнем ЗЗК ($63,81 \pm 3,76\%$), порівняно із групами високого ($23,31 \pm 3,31\%$, $p < 0,05$) та недостатнього рівнів ($11,04 \pm 2,45\%$, $p < 0,05$), у $1,84 \pm 1,05\%$ дівчат встановлено відсутність знань щодо ЗСЖ.

Таким чином, за результатами проведення комплексу гігієнічних досліджень доповнено теорію профілактичної медицини у частині удосконалення організації медичної допомоги з метою збереження репродуктивного здоров'я жінок; поглиблені уявлення про репродуктивне здоров'я, зміст і структурні компоненти репродуктивного потенціалу, доведена можливість розвитку, результативної корекції низького рівня репродуктивного потенціалу дівчат-студенток; уточнено і диференційовано структуру репродуктивних установок; побудована модель медико-психолого-соціальної допомоги молоді щодо формування репродуктивного потенціалу.

ВИСНОВКИ

На основі комплексного гігієнічного дослідження науково обґрунтовано систему медико-соціальних заходів щодо збереження та підвищення репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку.

1. Встановлено, що зменшення чисельності наявного населення у Сумській області відбувається переважно за рахунок населення сільської місцевості (-3,13), ніж населення міських поселень (-1,09). Установлено, що в усіх районах області спостерігається зменшення загальної чисельності населення, проте чинники демографічних процесів – різні. Окремі райони області мають схожу картину демографічних змін, що дало змогу за показниками народжуваності та смертності населення виокремити чотири типи районів області. Найбільше виражена депопуляція із значним зменшенням населення спостерігається у Конотопському (-4,37%), Буринському (-3,98%), Глухівському (-3,81%), Лебединському (-3,74%), Великописарівському (-3,55%) районах. Демографічне районування може слугувати підґрунтям конкретних перспективних медико-соціальних заходів для означених регіонів. У Сумській області у 2016 році реєструвався найвищий (після Чернігівської області -10,3) показник природного убутку населення -8,87 на 1 000 населення.

Частота патології вагітності та пологів, поширеність окремих станів, що виникають у перинатальному періоді у цілому, мали тенденцію до перевищення у районах з високим рівнем викидів порівняно з районами із середнім та низьким рівнем забруднення атмосфери ($p>0,05$). Не встановлено зв'язок матеріальної забезпеченості населення із показниками популяційного РЗ, натомість визначається зв'язок із такими значимими показниками демографічних процесів, як приріст та смертність серед населення окремих районів області.

2. Показано, що частка дівчат із задовільним станом індивідуального репродуктивного здоров'я становить 48,30%, група ризику – 47,17%, ознаки порушення РЗ виявлено у 4,53% опитаних. З віком кількість осіб, які мають задовільний стан репродуктивної системи зменшується (з 50,29% серед дівчат 17 –

19 років до 46,30% - серед дівчат 20 – 22 років). При цьому збільшується група ризику з 45,71% до 47,22% у відповідних вікових діапазонах.

3. На основі проведеного дослідження встановлено, що позитивну установку на створення сім'ї у форматі офіційного шлюбу мають 87,7% дівчат 17 – 22 років, більшість з яких, вважає оптимальним віком для заміжжя період 22 – 25 років. Мінімальний вік початку статевого життя, який вказали респонденти, для дівчат міст становив 13 років, для жительок сіл – 16 років, що свідчить про більшу тенденцію збереження у сільській місцевості значимості шлюбних відносин. Про наявність сексуального досвіду вказали $66,37 \pm 2,80\%$ дівчат, серед них жительки сільських поселень становили 28,15%, районних центрів – 34,33%, обласних центрів – 37,52% опитаних. Основним джерелом інформації стосовно репродуктивної поведінки, репродуктивного здоров'я у молодіжному середовищі є однолітки та друзі (48,40%), медичні інтернет-ресурси (45,74%), бесіди з батьками (32,45%), ЗМІ та реклама (28,72%), тематичні заняття у закладах освіти (17,02%).

4. Показано, що серед студенток 17 – 22 років пріоритетною причиною обмеження очікування певної кількості дітей є низький рівень матеріального забезпечення (63,67%), на другому місці – проблеми зі здоров'ям (49,64%), третє - відсутність сім'ї на момент опитування (21,22%), четверте – небажання виходити із зони соціально-психологічного комфорту (11,87%).

5. За сукупністю і значимістю відповідей експертів встановлено, що РП дівчат 17 – 22 років найбільше визначається чинниками «наявність/відсутність спадкових хвороб у родині» (0,1455 у. о.) та «здоров'язбережувальна компетентність» (за суб'єктивною оцінкою обізнаності з питань репродуктивного здоров'я) (0,0834 у. о.). Серед дівчат, які брали участь у дослідженні, переважали особи із середнім рівнем РП ($70,57 \pm 2,70\%$), порівняно із групами низького ($13,48 \pm 2,03\%$) та високого рівнів РП ($15,96 \pm 2,17\%$). Причому до 22 років частка студенток високого рівня РП має тенденцію до збільшення. Серед дівчат вірогідно переважали особи із достатнім рівнем ЗЗК ($63,81 \pm 3,76\%$), порівняно із групами високого ($23,31 \pm 3,31\%$, $p < 0,05$) та

недостатнього рівнів ($11,04 \pm 2,45\%$, $p < 0,05$), у $1,84 \pm 1,05\%$ дівчат встановлено відсутність знань щодо ЗСЖ.

6. На основі проведених комплексних досліджень та отриманих результатів показано, що Приріст зміни питомої ваги групи дівчат з високим рівнем ЗЗК становив $10,14 \pm 2,36\%$, що на $4,86\%$ більше, ніж у ГП ($t=1,65$; $p > 0,05$). Позитивним є вірогідне збільшення приросту питомої ваги дівчат з достатнім рівнем ЗЗК у ОГ ($12,50 \pm 2,59\%$), порівняно із ГП ($1,78 \pm 1,03\%$, $t=3,86$; $p < 0,01$). Крім того, серед дівчат ОГ зменшилася кількість осіб з недостатньою ЗЗК ($\Delta = -66,64 \pm 3,69\%$) і зникла група студенток із відсутніми знаннями щодо ЗСЖ.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для оцінки репродуктивного здоров'я жінок раннього репродуктивного віку рекомендовано спосіб скринінгової оцінки індивідуального репродуктивного здоров'я з використанням показників фізичного розвитку, функціонування та розвитку репродуктивної системи, наявності екстрагенітальної патології та ПСШ. Методика розрахунку оцінки індивідуального РЗ базується на опосередкованому визначенні рівня функціонування репродуктивної системи, що безпосередньо пов'язана з регулюючим впливом з боку ендокринної системи і передбачає використання єдиного алгоритму дій фахівців і використання стандартних методик для оцінки резерву здоров'я. Алгоритм передбачає послідовність дій: збір інформації за визначеними характеристиками; зіставлення отриманих даних з фізіологічними нормами, критеріями оцінок гармонійності розвитку та функціонування репродуктивної системи; фізіолого - гігієнічна оцінка кожної характеристики; комплексна оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я за сумарною шкалою; прийняття необхідних рішень щодо чинників ризику РЗ дівчат; оцінка ефективності профілактично-оздоровчих заходів (принцип зворотного зв'язку).

2. Визначення ресурсів репродуктивного здоров'я запропоновано здійснювати шляхом визначення репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку. З позицій системного підходу, вважаємо, що РП необхідно розглядати як певну множину елементів, взаємозв'язок яких зумовлює цілісні властивості об'єкту дослідження, а сукупність вказаних чинників формує багаторівневу систему взаємодії. Тому для оцінки РП запропоновано спеціально розроблену «Карту медико-соціальної оцінки індивідуального репродуктивного потенціалу», для оцінки кожного показника якої використано вагові коефіцієнти, отримані шляхом експертного оцінювання. Під час розробки способу діагностики РП було враховано ряд чинників, які згруповані окремими блоками і запропоновані експертам для оцінювання: 1) медико-біологічний блок (вік, гармонійність фізичного розвитку (за

ІК), наявність екстрагенітальної патології, стан РЗ, наявність спадкових хвороб та вроджених вад у родині); 2) соціально-побутові чинники (наявність власного житла та постійного місця роботи батьків, власне працевлаштування, наявність шкідливих звичок); 3) психологічні особливості особистості (рівень особистісної тривожності, тип гендерної ідентичності); 4) репродуктивна поведінка; 5) репродуктивні установки (мотивація на досягнення успіху у кар'єрі); 6) інформованість з питань здоров'язбереження (здоров'язбережувальна компетентність). Оцінка РП здійснюється за трьома рівнями (низький, середній, високий).

3. Для оцінки ефективності медико - психолого - соціального супроводу формування РП жінок раннього фертильного віку та здійснення моніторингу за його змінами пропонується **спосіб оцінки здоров'язбережувальної компетентності щодо репродуктивного здоров'я**. Опитувальник орієнтований на такі питання: інформування про репродуктивні права та відповідальність за сексуальну поведінку і здоров'я; підвищення і формування ідеалу сім'ї, створеної в шлюбі; підготовка до шлюбу і основи сімейного життя, планування сім'ї; інформування про негативні наслідки раннього початку сексуального життя і штучних абортів, що обмежують дітонародження; формування ціннісних орієнтирів здоров'я; надання інформації та навчання ефективним методам контрацепції з урахуванням особливостей способу життя з метою попередження небажаних вагітностей; інформування про вплив ІПСШ, ВІЛ/СНІД, тютюнопаління, алкоголізму і наркоманії на репродуктивне здоров'я і відтворення здорових поколінь. Виокремлено такі рівні сформованості здоров'язбережувальної компетентності дівчат: високий, достатній, недостатній та відсутність знань щодо здорового способу життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017. 516 с.
2. Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020» : URL : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.
3. Конституція України. К. : Алерта, 2011. 96 с.
4. Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я — 2020: український вимір»/ URL : <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=244717787>.
5. Гудзеляк І. Вплив демографічної політики на процеси народжуваності в Україні // Вісник Львівського університету. Серія географія. 2011, Вип. 39. С. 122 - 130.
6. Пирогова В. І., Цьолко О. Р., Чайківська Е. Ф. Взаємозв'язок порушення менструального циклу з інфекціями, що передаються статевим шляхом та початком статевого життя підлітків // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2012. № 2. С. 92 - 95.
7. Подольський В. В. Стан репродуктивного здоров'я жінок, що перенесли хронічні запальні захворювання статевих органів, та ризики розвитку у них акушерських і перинатальних порушень під час вагітності : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 «Акушерство та гінекологія». Одеса, 2013. 20 с.
8. Запорожан В. М., Подольський В. В. Репродуктивне здоров'я жінок при хронічних запальних захворюваннях статевих органів. Київ : Червона Рута-Турс, 2014. 182 с.
9. Пирогова В. І., Цьолко О. Р., Чайківська Е. Ф., Маслюк Ю. В. Репродуктивні реалії сучасних дівчат-підлітків // Таврический медико-биологический вестник. 2011. Т. 14, № 3 (ч. 2). С. 153 - 157.
10. Цьолко О. Р. Особливості розвитку статевої функції у дівчат-підлітків // Таврійський медико-біологічний вісник. 2012. Т. 15, № 2, Ч. 2. С. 338 - 339.

11. Лещева Т. В. Репродуктивне здоров'я жінок при різних методах контрацепції : автореф. дис. доктора мед. наук : 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» К., 2009. 36 с.

12. Ледин Д. С. Контрацепція у жінок з екстрагенітальною патологією: профілактика непланованої вагітності та порушень репродуктивного здоров'я // Здоровье женщины. 2016. № 1. С. 184 - 186.

13. Кох Л. И., Бурцева Г. А. Факторы риска формирования репродуктивного здоровья у девушек - подростков // Мать и дитя. 2016. №1(64). С. 41 - 44.

14. Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти / За ред. Е. М. Лібанової. К. : Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, 2010. 248 с. URL : [http://www.unfpa.org.ua/files/articles/1/73/Youth%20and%20Youth%20Policy%20-%20Demo%20Aspects%20\(UA\).pdf](http://www.unfpa.org.ua/files/articles/1/73/Youth%20and%20Youth%20Policy%20-%20Demo%20Aspects%20(UA).pdf).

15. Сердюк А. М., Білецька Е. М., Стусь В. П., Онул Н. М. Репродуктивне здоров'я чоловіків промислових територій: фактори ризику, донозологічна діагностика, профілактика // Медичні перспективи. 2016. Т. 21, № 1. С. 109 - 116.

16. Білецька Е. М. Гігієнічна характеристика важких металів у навколишньому середовищі та їх вплив на репродуктивну функцію жінок : автореф. дис. доктора мед. наук : 14. 02.01 «Гігієна». Дніпропетровськ, 1999. 32 с.

17. Білецька Е. М., Онул Н. М. Вплив факторів навколишнього середовища на чоловічу статеву систему // Довкілля та здоров'я. 2011. № 4 (59). С. 15 - 19.

18. Балтер Р. Б., Иванова Т. В., Пинкина А. С. Репродуктивное здоровье женщин и состояние новорожденных в Поволжском регионе в условиях различной экологической нагрузки проживания // Амбулаторно-поликлиническая помощь – платформа женского здоров'я : сб. науч. ст., посвященных 70 - летию основания акушерско-гинекологического отделения ММУ ГП №9. Самара, 2010. С. 29 - 30.

19. Венцківський Б. М., Поладич І. В., Авраменко С. О. Роль прозапальних цитокінів у патогенезі передчасної пологової діяльності при багатоплідній

вагітності, яка настала внаслідок застосування допоміжних репродуктивних технологій // Здоровье женщины. 2016. № 5. С. 73 - 76.

20. Онул Н. М. Гігієнічна діагностика стану репродуктивного здоров'я населення промислового регіону (фактори ризику, профілактика) : автореф. дис. ... доктора мед. наук : 14. 02.01 «Гігієна та професійна патологія». Київ, 2015. 40 с.

21. Алексеев В. Б. Гигиеническая оценка ведущих факторов риска репродуктивной патологии женщин и основные направления профилактических мероприятий в условиях промышленного региона : автореф. дисс. ... доктора мед. наук : 14.00.07 «Гигиена». Пермь, 2009. 40 с.

22. Курило І.О., Аксьонова С. Ю., Крімер Б. О. Народжуваність та материнство в Україні: регіональний аспект // Демографія та соціальна економіка, 2016, № 1 (26). С. 65 - 79.

23. Буралкина Н. А. Региональные особенности формирования репродуктивной системы девочек-подростков : автореф дисс ... доктора мед. наук : 14.01.01 «Акушерство и гинекология». Москва. 2013. 40 с.

24. Татарчук Т. Ф. Стресс и репродуктивная функция женщины // Международный эндокринологический журнал. 2006. №3. Т.5. С. 2 – 9.

25. Ларченко А. В. Методики статистической оценки и анализа репродуктивного здоровья с использованием выборочных наблюдений : автореф. дисс. ... канд. экономических наук : 08.00.12 «Бухгалтерский учет, статистика». Минск, 2014. 20 с.

26. Самойленко В. Б., Рой Г. Г., Мисік В. В. Репродуктивне здоров'я та планування сім'ї: підручник / за заг. ред. В. І. Литвиненка. К. : ВСВ «Медицина», 2018. 216 с.

27. Жабченко І. А. Україна. Здоров'я. Репродуктивне здоров'я. // Репродуктивне здоров'я. Східна Європа № 3 (21) 2012 г. URL : http://www.recipe.by/izdaniya/periodika/reprodukcija/archiv/rz_3_2012/.

28. Жабченко И. А., Писарева С. П., Шамаева Е. В., Могилевская С. И. Данные научного исследования о наиболее существенных факторах осложненного

течения беременности и родов у женщин Украины // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. 2012. №4. С. 43 - 50.

29. Медведев М. В., Давыдова Ю. В. Профилактика перинатальных потерь: на пути к персонализированной медицине // Перинатология и педиатрия. 2016. №1. С. 59 - 67.

30. Мудрий Я. С. Соціально-педагогічні засади збереження репродуктивного здоров'я старшокласників : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 «Соціальна педагогіка». Київ, 2010. 20 с.

31. Єнікеєва В. М. Наукове обґрунтування функціонально-організаційної моделі збереження репродуктивного здоров'я сільських жінок на регіональному рівні : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 «Соціальна медицина». Київ, 2008. 20 с.

32. Берднік О. В., Зайковська В. Ю. Здоров'язберігаюча стратегія у гігієні навколишнього середовища // Довкілля та здоров'я. 2008. №3(46) С. 18 - 22.

33. Рутинська Г. В. Діагностика та диференційована корекція вагінального дисбіозу у дівчаток препубертатного та пубертатного віку : автореф дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 «Акушерство та гінекологія». Красний Лиман, 2015. 20 с.

34. Джамалудинова А. Ф., Гонян М. М. Репродуктивное здоровье населения России // Молодой ученый. 2017. №14(2). С. 10 - 13.

35. Гуцук І. В. Деякі питання розбудови системи громадського здоров'я України // Довкілля та здоров'я. 2016. №4. С. 75 - 79.

36. Москаленко В. Ф., Гульчій О. П., Грузева Т. С. та інш. Громадське здоров'я : підручник для студентів вищих мед. навч. закладів. Вид. 3. Вінниця : Нова Книга, 2013. С. 71 - 100.

37. Комплексний демографічний прогноз України на період до 2050 р. (колектив авторів) / за ред. чл.-кор. НАНУ, д. екон. н., проф. Е.М. Лібанової. К.: Український центр соціальних реформ, 2006. 138 с.

38. Національно-патріотичне виховання – державний пріоритет національної безпеки. Щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України про

становище молоді в Україні (за підсумками 2014 року) / Держ. ін-т сімейної та молодіжної політики; [редкол.: Жданов І. О., гол. ред. колег., Беляєва І. І., Митрофанський С. В. та ін.]. К., 2015. 200 с.

39. Лібанова Е., Шевчук П. Оцінка демографічної політики за допомогою поздовжніх і поперечних показників народжуваності // Україна:аспекти праці. К. : ЗАТ «ВІПОЛ», 2008. №2. С. 25 - 31.

40. Стефановський А., Рудницький О. Прогноз чисельності та статево - вікового складу населення України до 2050 року / Демографічні дослідження. Вип. 25. К.: 2003. С. 109.

41. Динаміка населення України за даними переписів населення (графічний матеріал) URL : http://2001.ukrcensus.gov.ua/results/demografic_population/graphic#m1.

42. Концепція демографічного розвитку України на 2005–2015 роки // Демографія та соціальна економіка. 2005. № 1. С. 5 - 22.

43. Ціборовський О. М. Здоров'я населення і фактори ризику, що впливають на його стан, як об'єкт управління (огляд літератури) // Україна. Здоров'я нації. 2015. № 2 (34). С. 13 - 19.

44. Гундаров И. А.. Новая стратегия повышения рождаемости // История и современность. 2009. № 1. С. 115 - 129, С. 123 - 124.

45. Реформа медичного обслуговування. URL : http://old.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20120313_2.html.

46. Всемирная декларация по здравоохранению. Принята мировым здравоохранительным сообществом на 51-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 1998 г. // Life in the 21st century. A vision for all. World Health Organization Geneva, 1998. 26 с.

47. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген, 1999. Европейская серия по достижению здоровья для всех. №6. 310 с.

48. Організація об'єднаних націй (1998) Програма Дій на Міжнародній Конференції з питань народонаселення та розвитку. Каїр, 5–13 вересня 1994 р. К. : Фонд Народонаселення ООН, 1997. 114 с.

49. Гойда Н. Г., Бісярин О. Ю. Нормативно-правове регулювання діяльності служби планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я // Український медичний часопис. 2012. №4(90). С. 20 - 25.

50. Концепція загальнодержавної програми «Репродуктивне та статеве здоров'я нації на період до 2021 року» URL : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20170316_0.html.

51. «Про виконання Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року та заходи, що вживаються МОЗ України з метою забезпечення охорони репродуктивного здоров'я населення». URL: <http://portal.rada.gov.ua/news/Novyny/136150.html>.

52. Сурмач М. Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки // Медицинские новости. 2007. №3. С. 40 - 45.

53. Полька Н. С., Бердник О. В., Добрянская О. В. Подходы к формированию гендерориентированных программ в области охраны здоровья детей и подростков // Довкілля та здоров'я. 2015. № 2. С. 20 - 23.

54. Бердник О. В., Добрянська О. В., Скочко Т. П., Юрчук О. М. Гендерні та статеві аспекти формування екологічної свідомості підлітків // Довкілля та здоров'я. 2013. № 3. С. 52 - 56.

55. Медведева И. Б. Оценка репродуктивного потенциала девочек-подростков // Проблемы репродукции. Специальный выпуск. 2009. С. 153 - 154.

56. Моїсеєнко Р. О., Мокрецов С. Є., Дудіна О. О., Кризина Н. П. Репродуктивне здоров'я населення України як основний критерій ефективності соціально-економічної політики держави // Україна. Здоров'я нації. 2012. № 2 (22). С. 86 - 91.

57. Григорьев Ю. А., Соболева С. В. Репродуктивное здоровье как качественная характеристика популяции // Организация здравоохранения. 2013. № 3 (91). Часть 2. С. 157 - 161.

58. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). М. : Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2010. 54 с.

59. Баранов А. А., Кучма В. Р., Скоблина Н. А., Милушкина О. Ю., Бокарова Н. А. Основные закономерности морфофункционального развития детей и подростков в современных условиях // Вестник Российской Академии медицинских наук. 2012. № 12. С. 36 - 40.

60. Камінська Т. М. Оптимізація системи профілактичних заходів та реабілітація порушень стану здоров'я дітей шкільного віку: автореф. дис. ... доктора мед. наук : 14.01.10 «Педіатрія». К., 2016. 40 с.

61. Статистичний збірник «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2014 році» URL : http://ukrstat.org/uk/druk/publicat/kat_u/publdomogosp_u.htm.

62. Дудник С. В., Кошеля І. І. Тенденції стану здоров'я населення України // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4 (40). С. 67 - 77.

63. Касьянова Н. В., Подоляка І. В. Оцінка стану репродуктивного здоров'я студенток Донецького інституту інженерів залізничного транспорту // Медицина транспорту України. 2008. №1. С. 77 - 79.

64. Гнатко О. П., Чубати А. І., Семенюк Л. Л. Вплив соматичної та гінекологічної патології на репродуктивне здоров'я дівчат-підлітків / Акушерство. Гінекологія. Генетика. 2016. № 1. С. 52 - 55.

65. Буралкина Н. А., Уварова Е. В. Овариальный резерв у здорових девочек - подростков // Педиатрическая фармакология. 2010. Т. 7. № 5. С. 38 - 43.

66. Борисова З. К., Рыжова Н. К., Гаревская Ю. А. Заболеваемость девушек-подростков, связанная с репродуктивным здоровьем (по данным целевого

гинекологического обследования) // Медицинский альманах. 2009. №4(9). С. 111 - 114.

67. Бортновский В. Н., Чайковская М. А. Оценка и прогнозирование уровня здоровья молодежи, проживающей в условиях экологодестабилизированной среды // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. / Респ. науч.-практ. центр гигиены; гл. ред. Л.В. Половинкин. Минск: ГУ РНМБ, 2011. Вып. 18. С. 91 - 94.

68. Кацнельсон Ю. В. Психофизиологические особенности адаптации девушек с различным состоянием репродуктивного здоровья в условиях обучения в ВУЗе : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 03.00.13 «Физиология». Москва, 2009. 20 с.

69. Строзенко Л.А., Клименов Л.Н., Лобанов Ю.Ф. Репродуктивное поведение современных девушек_подростков и уровень их соматического здоровья // Мать и дитя №4(47) 2011. – С. 43 – 46.

70. Молодь в умовах становлення незалежної України (1991-2011) : щоріч. доповідь Президенту України, Верховній Раді України, Кабінету міністрів України про становище молодів в Україні / М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Державний інститут розвитку сімейної та молодіжної політики ; [редкол.: О. В. Белишев (голова) та ін.]. Київ, 2011. 316 с.

71. Елесина И. Г. Особенности нейроэндокринной регуляции менструальной функции у девушек-подростков с олигоменореей : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.01 «Акушерство и гинекология». Ростов - на - Дону, 2016. 20 с.

72. Веропотвелян П. М., Арсентьева С. В., Веропотвелян М. П. та інші. Репродуктивне здоров'я дівчат-підлітків, що проживають в умовах впливу несприятливих факторів оточуючого середовища Кривбасу // Жіночий лікар. 2009. №1. С. 40 - 45.

73. Кузьмина О. А. Роль инфекции, передаваемой половым путем, в развитии кист яичников // Таврический медико-биологический вестник. 2011. Т. 14, № 3, Ч. 2 (55). С. 130 - 132.

74. Боднарюк О. І., Андрієць О. А., Гуменна К. Ю. Оптимізація діагностики сальпінгоофоритів у дівчат-підлітків // Молодий вчений. 2013. № 2 (02). С. 112 - 116.

75. Дзись Н. П. До питання порушень репродуктивної функції у жінок із гінекологічною патологією запального та незапального генезу // Biomedical and Biosocial Anthropology. 2014. №23. С. 239 - 242.

76. Безруких М. М., Сонькин В. Д., Фарбер Д. А. Возрастная физиология: (Физиология ребенка) : учебное пособие [для студентов высших педагогических учебных заведений]. М. : Издательский центр «Академия», 2002. 416 с.

77. Ямпольская Ю. А. Формирование в школьные годы физического развития и репродуктивного здоровья женщин // Гигиена и санитария. 2006. № 1. С. 3 - 6.

78. Сенаторова Г. С., Тельнова Л. Г., Дриль І. С., Гладков М. О., Гладкова І.М. Порівняльна характеристика фізичного розвитку дітей шкільного віку, що мешкають у місті та у сільській місцевості // Современная педиатрия 8(56). 2013. С. 154 - 158.

79. Гайдаєв Ю. О., Моїсеєнко Р. О., Жданова М. П. та інші. Стан ендокринологічної служби України та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією // Міжнародний ендок. журнал. 2006. №2. С. 9 - 14.

80. Теорія і методика фізичного виховання: підручник для студ. вузів фіз. вихов. і спорту: в 2 т. / За ред. Т. Ю. Круцевич. Т. 1. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання. К.: Олімпійська література, 2008. С. 65.

81. Дорохов Р. Н., Чернова В. Н., Бубненко О. М. Характер распределения жировой массы тела лиц различного возраста мужского и женского пола // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. 2015. № 9 (127). С. 91 - 96.

82. Огнєв В. А., Помогайбо К. Г. Аналіз та оцінка справжнього рівня поширеності надмірної ваги та ожиріння серед дітей шкільного віку м. Харкова Україна. // Здоров'я нації. 2016. № 4/1 (41). С. 172 - 176.

83. Гуліч М. П. Раціональне харчування та здоровий спосіб життя – основні чинники збереження здоров'я населення // Проблемы старения и долголетия. 2011. № 2. С. 128 - 132.

84. Квашенко В. П., Акимова І. К., Захаренко Н. Ф., Пирогова В. І. Патогенез метаболічних порушень у жінок з безпліддям на фоні ожиріння // Здоровье женщины. №10 (96). 2014. С. 39 - 42.

85. Жук С. І., Ошовський В. І. Ретроспективний аналіз перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у жінок із метаболічним синдромом, який виник у репродуктивному віці // Збірник наукових праць асоціації акушер-гінекологів України: К., 2006. С. 276 - 279.

86. Пинхасов Б. Б., Селятицкая В. Г., Обухов И. В. Метаболический синдром у женщин с разными типами ожирения // Вестник НГУ. 2011. Т. 9, № 2. - С. 36 - 43.

87. Татарчук Т. Ф., Сольский Я. П. Эндокринная гинекология. К.: Заповіт, 2003. – 300 с.

88. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). М. : Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2010. 54 с.

89. Шелестова Л. П., Аллахвердієв Р. С. Розлади менструальної функції у жінок з дефіцитом маси тіла // Здоровье женщины. 2015. №6 (102). С. 146 - 148.

90. Шабанова Л. Ю. Лечение овариальной дисфункции у девушек подростков с избыточной массой тела : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.01 «Акушерство и гинекология» Ростов-на-Дону, 2009. 20 с.

91. Андрієць О. А., Олексина М. Н. Гінекологічна патологія у дівчаток-підлітків на фоні ожиріння // Репродуктивна ендокринологія. 2012. №2 (4). С. 66 - 69.

92. Чайка Г.В., Гунас І. В., Мазорчук Б. Ф. Моделювання нормативних показників рівня статевих гормонів у дівчат підліткового віку в різні фази

менструального циклу в залежності від антропометричних та соматотипологічних показників // Світ медицини та біології. 2010. №4. С. 160 - 164.

93. Кошель Е. М. Медико-социальные аспекты нарушения репродуктивного здоровья детей 11-18 лет : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение». Москва, 2010. 20 с.

94. Чайка Г. В., Гунас І. В., Мазорчук Б. Ф. Кореляції антропосоматичних показників з гормональним фоном у соматично здорових дівчат // Клінічна анатомія та оперативна терапія. 2010. Т 9, №3. С. 91 - 94.

95. Самочатова Н. В. Особенности репродуктивной системы у девочек-подростков с нервной анорексией : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.01 «Акушерство и гинекология». Москва, 2009. 20 с.

96. Еникеев Б. В. Особенности течения беременности и ее исход у женщин с дефицитом массы тела : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.01 «Акушерство и гинекология», Санкт-Петербург, 2009. 20 с.

97. Баряева О.Е. Воспалительные заболевания половых органов у девочек и девушек. – Иркутск: ГБОУ ВПО ИГМУ Министерства здравоохранения России, 2012. – 40 с.

98. Начьотова Т. А. Вторинна аменорея у дівчат-підлітків - клінічні і гормонально-метаболічні аспекти, патогенез, діагностика та лікування) : автореф. дис. ... доктора мед. наук : 14. 01.01 «Акушерство та гінекологія». Харків, 2016. 40 с.

99. Левенец С. А., Дынник, В. А., Начетова Т. А. Нарушения менструальной функции у девочек-подростков. Харьков : Точка, 2012. 196 с.

100. Начьотова Т. А. Особенности оценки риска формирования вторичной аменореи у девочек-подростков с использованием морфогенетических показателей // Перинатология та педіатрія. 2014. № 4. С. 43 - 45.

101. Гурова З. Г., Турьянов А. Х., Хуснутдинова З. А., Шагарова С. В., Шарафутдинова Л. А. Заболеваемость студенток высших учебных заведений

болезнями женских половых органов // Медицинский вестник Башкортостана. 2011. № 6. С. 9 - 13.

102. Полякова, Н. М., Чернявская И. Я., Габидуллина Т. В. Факторы репродуктивных установок студенческой молодежи // Сибирский медицинский журнал. 2010. Т. 25, № 4. Вып. 2. С. 147 -148.

103. Шевчук Т. В. Гігієнічна оцінка факторів ризику та прогностичні критерії поширення захворювань, що передаються статевим шляхом серед молоді : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.01 «Гігієна». Київ, 2005. 20 с.

104. Пониц Е. С. Формирование репродуктивного потенциала населения Ханты-Мансийского АО – Югра и снижение его потерь от инфекций, передающихся половым путем : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение». Новокузнецк, 2010. 20 с.

105. Лепьохіна О. І. Стан репродуктивного здоров'я студенток класичного приватного університету // Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. 2014. Вип. 34 (87). С. 490 - 496.

106. Меліков О., Афонін А., Шумлянський Л., Кравченко В., Лукаш Л. Проблеми здоров'я та здорового способу життя у студентів педагогічного університету // Спортивний вісник Придніпров'я. 2010. № 2. С. 35 - 37.

107. Беляева Н. В. Клинико-иммунологические особенности беременности в 18-22 недели и периода после ее прерывания у подростков : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.01 «Акушерство и гинекология». Иваново, 2009. 20 с.

108. Гуркин Ю. А. Основы ювенильного акушерства. СПб. : Фолиант, 2001. 350 с.

109. Гуркин Ю. А. Особенности репродуктивного поведения старшеклассниц и студенток // Материалы 7-го Конгресса Европейского общества по контрацепции (Генуя, 2002). Гедеон Рихтер в СНГ. 2002. № 3(11). С. 19 - 20.

110. Джамалудинова А. Ф., Гонян М. М. Репродуктивное здоровье населения России // Молодой ученый. 2017. №14 (2). С. 10 - 13.

111. Петров Ю. А., Байкулова Т. Ю. Современные представления о проблеме искусственного прерывания беременности (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 8 - 5. С. 727 - 731.

112. Баранов А. А., Щеплягина Л. А. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы): практическое руководство. М. 2006. 414 с.

113. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье : учебник 2-е издание – М. : ГЭОТАР-медиа, 2010. С. 53.

114. Пляскина И. В. Анализ влияния и разработка научно-методических принципов коррекции неблагоприятных факторов окружающей среды в решении региональных проблем охраны здоровья детского населения : автореф. дисс. ... доктора биол. наук : 05.13.01 «Системный анализ, управление и обработка информации (в медицине)». Москва, 2008. 50 с.

115. Андреева М. В. Влияние многолетней антропогенной нагрузки на здоровье женской популяции крупной промышленной агломерации, пути его профилактики // Вестн. Волгогр. гос. ун-та. Сер. 3, Экон. Экол. 2013. № 2 (23). С. 239 - 246.

116. Про охорону навколишнього природного середовища // Відомості Верховної Ради України (ВВР). 1991. № 41, ст. 546. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1264-12>.

117. Сердюк А. М., Тимченко О. І., Линчак О. В. та інші. Генофонд і здоров'я: вроджні вади розвитку серед новонароджених. К. : МВЦ «Медінформ», 2012. 571 с.

118. Тимофеева Н. Б. Репродуктивное здоровье женщины и экологическая характеристика района проживания : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.01 «Акушерство и гинекология», 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение». Санкт-Петербург, 2007. 20 с.

119. Андреева М. В. Влияние многолетней антропогенной нагрузки на здоровье женской популяции в крупной промышленной агломерации и пути его

профилактики // Вестн. Волгогр. гос. ун-та. Сер. 3, Экон. Экол. 2013. № 2 (23). С. 239 - 246.

120. Айламазян Э. К., Беляева Т. В. Теория и практика общей экологической репродуктологии // Журнал акушерства и женских болезней. 2000. № 3, Т. XLIX. С. 8 - 10.

121. Брязкало В. В. Характеристика забруднення навколишнього середовища і залежності від нього захворюваності населення окремих областей України за результатами комп'ютерно-аналітичної системи «Медикопортал» // Гігієна населених місць. 2012. №59. С. 359 - 356.

122. Гилева С. А. Ранжирование факторов риска расстройств репродуктивной системы у женщин фертильного возраста, работающих в условиях металлургического и химического производств и проживающих в экологически дестабилизированном регионе : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.01 «Акушерство и гинекология». Пермь, 2008. 20 с.

123. Екологічні проблеми атмосферного повітря / Центр екологічної освіти та інформації. Київ, 2000. 8 с.

124. Бердник О. В., Добрянская О. В., Скочко Т. П. Фонды здоровья детского населения разных регионов Украины // Здоровье и окружающая среда: сборник науч. трудов. Респ. науч.-практ. центра гигиены / гл. ред. Л. В. Половинкин. Минск: ГУ РНМБ, 2011. Вып. 18. С. 80 - 83.

125. Айламазян Э. К., Беляева Т. В. Общие и частные проблемы экологической репродуктологии // Журнал акушерства и женских болезней. 2003. Том LII, выпуск 2. С. 6 - 10.

126. Ермилова И. В. Особенности течения беременности и исходы родов для матери и плода у женщин, проживающих в условиях экологического неблагополучия : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.01 «Акушерство и гинекология». Волгоград, 2009. 20 с.

127. Гинекология: национальное руководство / Под ред. В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. М., 2007. С. 28 - 31.

128. Запорожан В. М., Цегельський М. Р., Рожковська Н. М. Акушерство і гінекологія: підручник. Т.1. Одеса : Одеський медуніверситет, 2005. 475 с.

129. Микитенко Д. О., Тимченко О. І., Линчак О. В. Генетично обумовлені репродуктивні втрати: економічний аспект // Гігієна населених місць. 2012. №60. С. 342 - 346.

130. Иванова А. Н., Самсонова Т. В. Гендерные проблемы формирования здорового образа жизни / Гендер. Екологія. Здоров'я: матеріали IV Міжнародної науково - практичної конференції, присвяченої 210-річчю Харківського національного медичного університету (Харків, 21–22 квітня 2015 р.), – Харків: ХНМУ, 2015. С. 132 – 133.

131. Балакірева О. М., Бондар Т. В., Павлова Д. М. та інші. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : монографія / наук. ред. О. М. Балакірева. К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2014. 156 с.

132. Балакірева О. М., Бондар Т. В., Артюх О. Р. та інші. Стан та чинники здоров'я українських підлітків : монографія. / наук. ред. О. М. Балакірева. К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. К. : «К.І.С.», 2011. 172 с.

133. Контроль над тютюном в Україні. Другий національний звіт. К.: МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2014. 128 с.

134. Польша Н. С., Добрянская О. В., Турос Е. И., Дардынская И. В., Зейглер Д., Особенности распространения табакокурения среди школьников Украины / Здоровье ребенка. 20016. № 6(74). 2016. С. 27 - 30.

135. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / под общ. ред. Н. М. Римашевской; ред. коллегия Е. А. Баллаева, Л. Г. Луныкова, Н. М. Римашевская, Т. В. Чубарова. М. : Агенство «Социальный проект», 2007. 240 с.

136. Пилип'юк Т. О., Мушкевич М. І. Гендерна диференціація особистісних особливостей осіб з різним ставленням до репродуктивного здоров'я // Збірник наукових праць РДГУ: Психологія: реальність і перспективи. 2015. Випуск 4. С. 201 - 205.

137. Kalynychenko D. O. Medical and social aspects of reproductive potential of youth // Science and Education a New Dimension. Natural and Technical Sciences. 2017. Vol. (16), Issue: 148. P. 53 - 56.

138. Калиниченко Д. О. Фізіолого-гігієнічні аспекти формування здоров'я дітей в системі загальної середньої освіти // Збереження та зміцнення здоров'я дітей в умовах сучасних закладів освіти: проблеми та перспективи : **монографія** / [за заг. ред. І. О. Калиниченко]. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. С. 11 - 30.

139. Татарчук Т. Ф. Стресс и репродуктивная функция женщины // Международный эндокринологический журнал. 2006. № 3 (5). С. 2 - 9.

140. Гилятзудинов И. А., Гилятзудинова З. Ш. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве: руководство для врачей. М. : МЕДпресс-информ, 2006. 416 с.

141. Тарасова Р. Е. Проблема тревожности студентов // Международный студенческий научный вестник. 2016. № 5-1. URL : <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=15327>.

142. Бурлака Е. В. Стресс и его роль в формировании дисгормональных нарушений репродуктивного здоровья // Здоров'я України. 2007. № 10/1. С. 82 - 84.

143. Куликов А. М., Кротин П. Н. Биопсихосоциальный подход в охране репродуктивного здоровья подростков // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. №5 (16). URL : <http://medpsy.ru>

144. Куликов А. М., Алексеев Б. Е., Доморацкий В. А. Медико-педагогические подходы к профилактике нарушенного сексуального поведения // Ювенильная сексология: руководство для специалистов молодежных клиник. Минск : ВИЗА ГРУПП, 2009. С. 316 - 347.

145. Майерс Д. Социальная психология: Интенсивный курс / 4-е междунар. изд. СПб.; М. : Прайм-Еврознак; Олма-Пресс, 2004. 510 с.

146. Новикова Е.С. Проблемы репродуктивного поведения в зарубежных исследованиях // Перинатальная психология и психология родительства / Ред. Г. Г. Филиппова. 2010. №3. С.48 - 60.

147. Сурмач М. Ю. Репродуктивное поведение молодежи Беларуси и его детерминация (часть 1): роль первой беременности в формировании потребности в детях // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2011. №3 2011. С. 36 - 39.

148. Алексеенко А. П. Мужское и женское: трансформация ролей в Украине // Гендер. Екологія. Здоров'я: матеріали IV Міжнародної науково - практичної конференції, присвяченої 210-річчю Харківського національного медичного університету (Харків, 21–22 квітня 2015 р.), – Харків: ХНМУ, 2015. С. 123 - 125.

149. Бердник О. В., Добрянська О. В., Рудницька О. П., Шевчук К. В. Гендерні аспекти формування репродуктивних установок у студентів // Гігієна населених місць. 2014. №63. С. 295 - 301.

150. Кулаева Е. В. Самоопределение женщин с различными типами гендерной идентичности : автореф. дисс. ... канд. психологических наук : 19.00.05 «Социальная психология». Ярославль, 2010. 20 с.

151. Мелков С. В. Сексуальная идентичность в контексте современной культуры // Развитие личности. 2007. № 2. С. 100 - 109.

152. Гендерні стратегії сталого розвитку України / за науковою редакцією Л. С. Лобанової. К. : Фенікс, 2004. 432 с.

153. Исаев Д. Е. Психологическое понимание и измерение пола: учебное пособие. СПб : Издание ГПМУ, 2012. 63 с.

154. Сергета І. В., Осадчук Н. І., Мостова О. П. та інші. Моніторинг стану здоров'я людини та його особливості в сучасних екологічних умовах // Збірник наукових статей за матеріалами III Всеукраїнського з'їзду екологів з міжнародною участю. – Вінниця, 2011. – Том.2. – С.435–438. URL : <http://eco.com.ua/>.

155. Бацилєва О. В. Медико-психологічні особливості репродуктивного здоров'я молоді у сучасних умовах // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С Костюка / за ред. С. Д. Максименка. 2008. Т. X. Ч. 9. К. : Інститут психології ім. Г. С Костюка. С. 63 - 72.

156. Юрьев В. К. Методология оценки и состояние репродуктивного потенциала девочек и девушек // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000. №4. С. 3 - 5.

157. Жукова Н. П. Прогнозирование репродуктивного здоровья девушек-подростков и женщин резерва родов : автореф. дисс. ... доктора мед. наук : 14.00.01 «Акушерство и гинекология». Мн., 2002. 40 с.

158. Коцур Н. І., Гармаш Л. С., Калиниченко І. О., Товкун Л. П. Валеологія: підручник для студентів педагогічних університетів. Корсунь-Шевченківський, 2011. 581 с.

159. Козак Х. Репродуктивні стратегії сучасних подружніх пар // Гуманітарні та соціальні науки : матеріали III Міжнародної конференції молодих вчених HSS-2011 (24–26 листопада 2011 року, Національний університет «Львівська політехніка», Львів, Україна). Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2011. С. 316 - 317.

160. Прибиткова І. М. Основи демографії: посібник для студ. гуманітарних і суспільних фак. вузів. К. : АртЕк, 1995. 256 с.

161. Радзинский В. Е., Семятов С. М. Репродуктивное здоровье девушек московского мегаполиса // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2006. № 4. С. 16 - 22.

162. Знаменська М. А. Методичні підходи до оцінки ефективності програм комунікацій з населенням в охороні здоров'я // Україна. Здоров'я нації. 2014. № 2. С. 42 - 46.

163. Знаменська М. А. Комунікативна політика як ефективний засіб реформування системи охорони здоров'я // Україна. Здоров'я нації. 2014. № 1. С. 78 - 83.

164. Знаменская М. А., Слабкий Г. А. Пути обеспечения населения информацией о здоровом образе жизни в условиях реформирования системы здравоохранения страны // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2014. № 2(32). С. 115 - 119.

165. Знаменська М. А., Слабкий Г. О. Модель комунікацій у сфері репродуктивного здоров'я // Современная педиатрия. 2015. №4(68). С. 30 - 32.

166. Ильясов Ф. Н. Потребность в детях и репродуктивное поведение // Мониторинг общественного мнения. 2013. №1. С. 168 - 177.

167. Кочарян О. С., Свиначенко Ю. В. Психологічні аспекти поняття репродуктивної установки та його розуміння у зарубіжних дослідженнях // Вісник Харківського національного університету. Серія «Психологія». 2014. №11(21). С. 124 - 127.

168. Ігнатенко О. В. Психологічні особливості прояву репродуктивної установки в юнацькому віці : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». Київ., 2012. 20 с.

169. Узнадзе Д. Н. Психология установки. СПб.: Питер, 2001. 416 с.

170. Чепа М.-Л. А., Слободяник Н. В., Болтівець С. І., Володарська Н. Д., Слободяник О. Я. Психологічні та психофізіологічні аспекти репродуктивного здоров'я: науково-методичний посібник. К. : Міленіум, 2005. 174 с.

171. Максименко С. Д., Соловієнко В. Загальна психологія : навчальний посібник [вид. перероб. та доп.]. Київ : МАУП, 2000. 256 с.

172. Реан А. А., Кудашев А. Р., Баранов А. А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика. СПб. : прайм-ЕВРОЗНАК, 2006. 479 с.

173. Ильшев А. М., Багирова А. П. Введение в репродуктивистику. Становление науки о воспроизводстве человека. М. : Финансы и статистика. 2010. 340 с.. 226. Филиппова Г. Г. Нарушение репродуктивной функции и ее связь с нарушениями в формировании материнской сферы // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. 2010. № 1. С. 101 - 119.

174. Фоменко Г. Ю. Психологические проблемы женского бесплодия в контексте личностных противоречий (экзистенциальные аспекты) // Человек. Сообщество. Управление. 2008. №4. С. 17 - 29.

175. Стратегия в области репродуктивного здоров'я / Всемирная организация здравоохранения (WHO/RHR/04.8). Женева, 2004. 34 с. URL : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/ru/.

176. Буроменський М. В., Стешенко В. М. Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування. К. : Укр. ін-т соц. дослідж., 2008. 126 с.

177. Шиян О. І. Розвиток державної освітньої політики з питань забезпечення здорового способу життя молоді у світі та Україні // Ефективність державного управління: збірник наукових праць. 2010. Вип. 24. С. 214 - 219.

178. Сурмач М. Ю. Медико-социологический анализ как средство разработки способов воздействия на демографические процессы и состояние репродуктивного потенциала молодежи Республики Беларусь // Медицинские новости. 2007. №2. Т.2. С. 35 - 39.

179. Включение гендерной проблематики в деятельность ВОЗ. Гендерная политика ВОЗ // Всемирная организация здравоохранения, 2002. URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/99125/1/a78322_rus.pdf

180. Сурмач М. Ю. Качество жизни подростков, связанное с репродуктивным здоровьем, как предмет изучения социологии медицины: методика и популяционные показатели // Социология медицины. 2013. № 2(23). С. 40 - 45.

181. Демченко І. Л., Пивоварова Н. П., Костючок М. М., Белоносова Н. А. Оцінка клінік, дружніх до молоді: аналітичний звіт. К. : К.І.С., 2008. 104 с.

182. Амджадін Л. М., Коноплицька Т. О., Лисенко О. М., Ріветт Д., Ходорівська Н. В. Проведення повторної оцінки клінік, дружніх до молоді. К. : «К.І.С.», 2012. – 112 с.

183. Балакірева О. М., Левін Р. Я., Сосідко Т. І. Досвід реалізації проекту «Профілактика ВІЛ/СНІДу серед молоді (2003–2005)». К. : Український інститут соціальних досліджень, 2006. 129 с.

184. Фощенко Л. Медико-соціальні аспекти репродуктивного здоров'я молоді, в тому числі, сучасного студентства // Український науковий журнал «Освіта регіону» 2013. №3. URL : <http://social-science.com.ua/article/1142>.

185. Братченко Н. «Клініка, дружня до молоді» // Новое столетие. 2010. № 20. С. 11.

186. Сороколат Ю. В., Голубова М. А., Бічева С. В. та інш. «Клініка, дружня до молоді» – дієвий спосіб формування здорового способу життя серед підлітків // Современная педиатрия. 2011. № 2(36). С. 202 - 203.

187. Бхаттачарджи А., Ситник Н.І. Методологія і організація наукових досліджень: дослідження в соціально-економічних науках. – Навчальний посібник. – 2016. С. 48.

188. Єрошкіна Т. В., Полішко Т. М., Ткаченко В. В., Шевченко В. А. Основи методології медико-біологічних досліджень. Д.: Вид-во ДНУ, 2011. 132 с.

189. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. 2-е изд.К. : МИЦ «Мединформ», 2017. 579 с.

190. Доповідь про стан навколишнього природного середовища в Сумській області у 2012 році. URL : <http://old.menr.gov.ua/docs/activity-dopovidi/regionalni/rehionalni-dopovidi-u-2012-rotsi/sumy2012.pdf>

191. Доповідь про стан навколишнього природного середовища в Сумській області у 2015 році. URL : <https://menr.gov.ua/files/docs/%D0%A1%D0%A3%D0%9C%D0%A1%D0%AC%D0%9A%D0%90%20%D0%9E%D0%91%D0%9B%D0%90%D0%A1%D0%A2%D0%AC.pdf>

192. Доповідь про стан навколишнього природного середовища в Сумській області у 2016 році. URL : <https://menr.gov.ua/files/docs/Reg.report/%D0%A0%D0%B5%D0%B3.%D0%B4%D0%BE%D0%BF.%D0%A1%D1%83%D0%BC%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0.2016.pdf>

193. Державний архів Сумської області, м. Суми. Фонд Р-3496 Статистичні звіти міських та районних санітарно-епідеміологічних станцій про фактори

навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини (ф-18) за 1994 рік. Оп. 5, справа №484, 132 с.

194. Державний архів Сумської області, м. Суми. Фонд Р-3496 Статистичні звіти міських та районних санітарно-епідеміологічних станцій про фактори навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини (ф-18) за 1995 рік. Оп. 5, справа №521, 118 с.

195. Державний архів Сумської області, м. Суми. Фонд Р-3496 Статистичні звіти міських та районних санітарно-епідеміологічних станцій про фактори навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини (ф-18) за 1996 рік. Оп. 5, справа №558, 131 с.

196. Державний архів Сумської області, м. Суми. Фонд Р-3496 Статистичні звіти міських та районних санітарно-епідеміологічних станцій про фактори навколишнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини (ф-18) за 1997 рік. Оп. 5, справа №593, 137 с.

197. Статистична інформація Головного управління статистики у Сумській області URL : <http://sumy.ukrstat.gov.ua/?menu=102&level=3>.

198. Медик В. А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М. : Професионал, 2009. – С.42.

199. Закон України «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні» (із доповненнями від 06.12.2016). ВВР, 2017. № 2, ст. 25 URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2998-12>.

200. Голоцван О. А., Осташко С. І., Мешкова О. М. та інш. Надання медико-соціальних послуг дітям та молоді на основі дружнього підходу: методичні рекомендації. Київ : Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), 2008. С. 13.

201. Здоровье женщины. Всё о бесплодии URL : <http://www.mcrm.ru/encyclopedia/infertility/94/>.

202. Динаміка населення України за даними переписів населення (графічний матеріал) URL : http://2001.ukrcensus.gov.ua/results/demografic_population/graphic#m1.

203. Чисельність наявного населення України на 1 січня 2016 року / Державна служба статистики України. Київ, 2016. 85 с.

204. Демографічна та соціальна статистика. Населення та міграція URL : <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

205. Баранов А. А., Кучма В. Р., Сухарева Л. М. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических осмотрах : руководство для врачей. М. : Издательский дом «Династия», 2004. 168 с.

206. Фізичний розвиток дітей різних регіонів України. Випуск 2 (міські дошкільники) / За ред. чл.-кор. АМН України, д. мед. н., проф. Сердюка А. М. К. : КІМО «Деркул», 2003. С. 216 - 230.

207. Ожирение. Глобальные Практические Рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации (WGO). Практическое руководство. 2009. URL : <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/6686>.

208. Патент на корисну модель № 46269 Україна, МПК А61В 5/107 Спосіб оцінки типу конституції у дітей / Л. В. Квашніна, І. О. Калиниченко, Н. С. Полька, М. Ю. Антомонов; заявник і власник ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України» - U 2009 07443; заявл. 16.07.2009; опубл. 10.12.2009, Бюл. № 23.

209. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги аномальні маткові кровотечі (затверджено Наказ Міністерства охорони здоров'я України 13.04.2016 № 353 (зі змінами 23.09.2016 № 994). URL : http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_353_АМК/2016_353_УКРМД_АМК.pdf.

210. Гінекологія дитячого і підліткового віку : підручник /за ред. проф. І. Б. Вовк, проф. О. М. Юзька, проф. В. П. Вдовиченка. К. : ВСВ Медицина, 2011. 424 с.

211. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб. : Издательский Дом «Нева»; М. : «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир». 2002. 320 с.

212. Ровний А. С., Лизогуб В. С. Психосенсорні механізми управління рухами спортсменів. Х. : ХНАДУ, 2016. С. 138 - 139.

213. Седнев В. В., Збарский З. Г., Бурцев А. К. Детский опросник неврозов (ДОН): методические указания. Донецк, 1997. 8 с.

214. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Под ред. Д. Я Райгородского. Самара : Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2001. С. 59 - 63.

215. Вопросник Сандры Бэм по изучению маскулинности – фемининности: практикум по гендерной психологии / Под ред. И. С. Клециной. СПб., 2003. С. 277 -- 280.

216. Антомонов М. Ю., Калиниченко І. О., Волощук О. В. Визначення вагових коефіцієнтів характеристик умов навчання експертним шляхом на основі методу аналізу ієрархій // Гігієна населених місць. 2008. Вип. 51. С. 414 - 422.

217. Калиниченко Д. О., Антомонов М. Ю. Використання методу аналізу ієрархії для системного вивчення формування репродуктивного потенціалу дівчат // Biomedical and Biosocial Anthropology. 2017. №29. С. 177 - 181.

218. Саати Т. Принятие решений (Метод анализа иерархий). М. : Радио и связь, 1993. 278 с.

219. Діти, жінки та сім'я в Україні: Статистичний збірник / Державна служба статистики України. Відповідальний за випуск О. О. Кармазіна. Київ, 2013. С. 30 - 31.

220. Сенчук А. Я., Доскоч І. О., Чермак І. І., Маркуш І. М., Разумейко Д. П. Оптимізація лікування хворих із сальпінгофоритом та порушення менструальної функції у жінок репродуктивного віку // Таврический медико-биологический вестник. 2011. Т. 14, № 3, Ч. 1 (55) С. 219 - 224.

221. Данкович Н. А. Лечение бесплодия в Украине: от врача женской консультации к репродуктологу // Здоров'я України. Педіатрія. Акушерство. Гінекологія. 2010. №4. С. 3.

222. Nieschlag E., Behre H. M. Андрология и ее задачи // Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы / под ред. акад. РАН и РАМН проф. И. И. Дедова: пер. с англ. Nieschlag E. M. : МИА, 2005. С. 170 - 210.

223. Sandlow J. I., Chan P.T. K., Goldstein M., Rosenwaks Z. Обследование при нарушениях репродуктивной функции у мужчин // Секреты репродуктивной медицины / под общ. ред. акад. РАМН проф. В.И. Кулакова; Sandlow J. I.– М. : МЕДпресс–информ, 2006. С. 38 - 47.

224. Калиниченко Д. О. Природний рух населення та дітородна активність (регіональний аспект) / Д. О. Калиниченко // Довкілля та здоров'я. – 2018. - №2. – С. 75 – 79.

225. Калиниченко Д. О. Патологічна ураженість репродуктивної системи дівчат раннього активного репродуктивного віку / Д. О. Калиниченко // Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України : збірка тез доповідей науково-практичної конференції молодих вчених (тринадцяті марзеєвські читання) (Київ, 19 – 20 жовтня 2017 р.) / головний редактор академік НАМН України Сердюк А М. – К.: ДУ «ІГЗ НАМНУ». – С. 179 – 181.

226. Калиниченко Д. О., Скиба О. О. Вплив екологічних чинників на стан репродуктивного здоров'я жіночого населення // Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України : збірка тез доповідей науково-практичної конференції молодих вчених (чотирнадцяті марзеєвські читання) (Київ, 11 – 12 жовтня 2018 р.) / головний редактор академік НАМН України Сердюк А М. К.: ДУ «ІГЗ НАМНУ». С. 114 – 115.

227. Калиниченко Д. О. Гігієнічні аспекти репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку // Актуальні питання біології та медицини : матеріали Всеукраїнської наукової конференції, м. Суми, 16-17 листопада 2017 р. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. С. 65 – 71.

228. Калиниченко Д. О. Використання гігієнічної діагностики довкілля в сучасній профілактичній медицині / Д. О. Калиниченко // матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Проблеми та стан розвитку медичної науки та

практики в Україні» (м. Дніпро, 9 - 10 червня 2017 р.). – Дніпро: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2017. – С. 83 – 87.

229. Калиниченко Д. О. Вплив еколого-соціальних чинників на стан репродуктивного здоров'я жіночого населення регіону // Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 2. Т. 2(151). С. 72 – 76.

230. Айламазян Э. К. Проблема охраны репродуктивно здоровья женщин в условиях экологического кризиса // Медицинский академический журнал. 2005. № 2. С. 47 - 58.

231. Парахіна О. М. Гігієнічне обґрунтування заходів охорони репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків у регіоні з несприятливими екологічними умовами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14. 02.01 «Гігієна». – К., 2001. – 20 с.

232. Калиниченко Д. О. Регіональні особливості репродуктивного здоров'я дівчат / Д. О. Калиниченко // матеріали міжнародної науково – практичної конференції «Актуальні питання розвитку медичних наук у XXI ст.» (м. Львів, Україна 26 - 27 травня 2017 р.). – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2017. – С. 69 – 72.

233. Калиниченко Д. О., Скиба О. О., Гриневич Т. М., Концевич В. В. Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку: науково-методичне видання. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. 20 с.

234. Калиниченко Д. О. Медико-соціальні чинники здоров'язбереження дітей і підлітків // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2016. Т. 16, Вип. 4 (56), Ч. 2. С. 251 - 255.

235. Калиниченко Д. О. Гігієнічна оцінка якості та способу життя молоді // ScienceRise: Medical Science. 2017. №11 (19). С. 18 - 22.

236. Калиниченко Д. О. Здоровий спосіб життя молоді як компонент національної самосвідомості / Д. О. Калиниченко // Національна самосвідомість та правова культура в умовах європейської інтеграції: збірник тез Всеукраїнської науково-практичної конференції (Суми, 17 лютого 2017 року) / Укл. Іваній О.М. – Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. – С. 9 – 12.

237. Балакірева О. М., Бондар Т. В., Павлова Д. М. та інш. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : монографія / наук. ред. О. М. Балакірева. К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2014. 156 с.

238. Калиниченко Д. О. Медико-соціальна характеристика репродуктивної поведінки дівчат 17 – 22 років // «Профілактична медицина сьогодні: внесок молодих спеціалістів»: Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю присвяченої 25-річному ювілею НАМН України та Дню науки (24 травня 2018 р.) /Ред. рада Г.Д. Фадєєнко (голова). - НАМН України. Х., 2018. С. 24.

239. Мигуля М.Г., Ниязова А.А. Влияние социальной среды на развитие вредных привычек у современной молодёжи // Таврический научный обозреватель. 2015. №4. С. 19 – 22.

240. Калиниченко Д. О. Репродуктивні установки жінок раннього фертильного віку з різним рівнем репродуктивного потенціалу // матеріали Пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України та науково–практичної конференції з міжнародною участю «Репродуктивне здоров'я в Україні: тенденції, досягнення, виклики та пріоритети» (до 90-річчя академіка Грищенка В.І.) (Київ, 20-21 вересня 2018 р.). С. 65 – 66.

241. Калиниченко Д. О. Вплив соціально-гігієнічних чинників на якість життя дівчат 17-22 років // International research and practice conference «Relevant issues of modern medicine: the experience of Poland and Ukraine» : Conference proceedings, October 20–21, 2017. Lublin: Izdevnieciba «Baltija Publishing». P. 147 – 150.

242. Kalynyuchenko D. O. Social and hygienic aspects of reproductive behavior and reproductive attitudes of 17 - 22 years old girls // Український журнал медицини, біології та спорту. 2019. Т. 4. №5(21). С. 332 – 337

243. Скиба О. О., Калиниченко Д. О. Соціально-психологічні особливості способу життя молоді та його вплив на формування гендерної ідентичності // Актуальні проблеми сучасної медицини. 2016. Т. 16, Вип. 3 (55). С. 208 – 211.

244. Ершова О. В. Особенности нейроэндокринных реакций при стресс-индуцированных нарушениях циклических процессов репродуктивной системы самок крыс и ритмических холодовых воздействиях // Проблемы криобиологии. 2005. №3. Т. 15. С. 491 - 495.

245. Зеленина Н. В., Долгов Г. В., Ильин А. Б. Нейроэндокринные нарушения менструального цикла // Акушерство и женские болезни. 2002. Вып.1. С. 87 - 94.

246. Калиниченко Д. О. Гендерні особливості прояву тривожності як чинника розвитку психосоматичної патології // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених «Медична наука в практику охорони здоров'я» (Полтава, 9 грудня 2016 року). Полтава : ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», 2016. С. 121.

247. Скиба О. О., Калиниченко Д. О. Особливості гендерної ідентичності у осіб з різним обсягом рухової активності // Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України : матеріали науково-практичної конференції (дванадцяті марзеєвські читання), 20 – 21 жовтня 2016 р. Київ. С. 209 – 211.

248. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. СПб. : Питер, 2002. (С. 199, 222) 512 с.

249. Антомонов М. Ю., Волощук Е. В. Конструирование интегральных показателей количественных признаков с помощью одномерных и многомерных методов статистики // Кибернетика и вычислительная техника. 2012. Вып. 167. С. 61 - 68.

250. Волощук Е. В. Порівняльний аналіз підходів до визначення вагових коефіцієнтів інтегральних індексів стану складних систем // Індуктивне моделювання складних систем. 2013. Випуск 5. С. 151 - 165.

251. Дьяченко В. Г., Солохина Л. В., Дьяченко С. В. Управление качеством медицинской помощи: учебник. Хабаровск : Изд-во ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет, 2012. С. 6 - 19.

252. Калиниченко Д. О. Використання методу аналізу ієрархій у медико-біологічних дослідженнях // Академічна культура дослідника в освітньому просторі

: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Суми, 17 травня 2018 р.) / за ред. О. М. Семенов. Суми : Видавництво СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2018. С. 216 – 220.

253. Калиниченко Д. О. Кількісна оцінка репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку // Довкілля та здоров'я. 2019. №3 (92). С. 11 - 16.

254. Антомонов М. Ю., Скиба О. О., Калиниченко Д. О., Концевич В. В. Діагностика репродуктивного потенціалу та оцінка формування здоров'язбережувальної компетентності щодо репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку : науково-методичне видання. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. – 28 с.

255. Фарафонова А. И., Амбарова П. А. Репродуктивные установки студенческой молодёжи: проблемы и способы формирования // Динамика и инерционность воспроизводства населения и замещения поколений в России и СНГ: VII Уральский демографический форум с международным участием : сборник статей. Т. 1. Екатеринбург, 2016. С. 257-261.

256. Литовка В. А. Традиционные и инновационные стратегии репродуктивного поведения: автореф. дисс. ... канд. социол. наук : 22.00.04 «Социальная структура, социальные институты и процессы». К, 2015. 18 с.

257. Нова українська школа концептуальні засади реформування середньої школи URL : <https://mon.gov.ua/storage/app/media/zagalna%20serednya/nova-ukrainska-shkola-compressed.pdf>

258. Оржеховська В. М., Єжова О. О. Здоровий спосіб життя : навчально-методичний посібник. Суми : Видавництво СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2010. 188 с.

259. Шапран Ю. Формування здоров'язбережувальної компетентності студентів-біологів педагогічного університету // Гуманітарний вісник. Педагогіка. - №30. – 2013. – С. 314 - 321.

260. Антомонов М. Ю., Калиниченко Д. О., Скиба О. О. Інтегральна оцінка репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку. Київ, 2019. 8 с.

(Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я / Укрмедпатентінформ, № 12-2019).

261. Калиниченко Д. О. Перспективи використання освітнього потенціалу щодо збереження репродуктивного здоров'я населення // Педагогіка здоров'я : матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Освіта і здоров'я» : Суми, 24- 25 квітня 2017 р. / відповід. ред. І. О. Калиниченко, наук. ред. М. О. Лянной. Суми : ФОП Цьома С. П., 2016. С. 46 – 49.

262. Калиниченко Д. О. Медико-соціальні аспекти громадського здоров'я // Перспективи розвитку медичної науки і освіти : збірник тез доповідей Всеукраїнська науково-методичної конференції, присвяченої 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету, м. Суми, 16-17 листопада 2017 року. Суми : Сумський державний університет, 2017. С. 94 – 95.

263. Калиниченко Д. О. Здоров'язбережувальні технології як складова навчально-виховного процесу сучасної школи // Молодий вчений. 2016. №11.1 (38.1). С. 52 - 55.

264. Jasienska G, Bribiescas RG, Furberg AS, Helle S, Núñez-de la Mora A. 2017. Human reproduction and health: an evolutionary perspective. *The Lancet*. 2017. №90. P. 510 - 520.

265. Maryam Hajizade-Valokolaee, Fereshteh Yazdani-Khermandichali, Zohreh Shahhosseini, Zeinab Hamzehgardeshi. Adolescents' sexual and reproductive health: an ecological perspective // *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2017. Vol. 29. Issue 4. – P. 1 - 12.

266. Meade CS, Kershaw TS, Ickovics JR. The intergenerational cycle of teenage motherhood: an ecological approach // *Health Psychol*. 2008. №27. P. 419 - 421.

267. Villa-Torres L, Svanemyr J. Ensuring youth's right to participation and promotion of youth leadership in the development of sexual and reproductive health policies and programs // *J. Adolesc Health*. 2015. № 56. P. 51 - 57.

268. Sipsma HL, Ickovics JR, Lin H, Kershaw TS. The impact of future expectations on adolescent sexual risk behavior // *J Youth Adolesc.* 2015. № 44. P 170 - 183.

269. Browning CR, Soller B, Jackson AL. Neighborhoods and adolescent health-risk behavior: an ecological network approach // *Soc Sci Med.* 2015. №125. P. 163 - 172.

270. Bersamin M, Todd M, Fisher DA, Hill DL, Grube JW, et al. Parenting practices and adolescent sexual behavior: a longitudinal study // *J Marriage Fam.* 2008. №70. P.97 - 112.

271. National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators // WHO/UNFPA Technical Consultation (13 - 15 March, 2007, Geneva). 2010. - 54 p.

272. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development. New York: United Nations; 1994 (A/CONF.171/13/Rev.1) URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43920/4/9789244596838_rus.pdf.

273. World Health Organization. Reproductive health strategy. Geneva: WHO; 2004 (WHO/RHR/04.8).

274. Achieving the 2025 WHO global health body-mass index targets: a modelling study on progress of the 53 countries in the WHO European region / Elisa Pineda*, Luz Maria Sanchez-Romero*, Martin Brown, Abbygail Jaccard, Laura Webber, Jo Jewell, João Breda Volume 388, Special Issue, S90, November 2016 URL : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32326-1/](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32326-1/).

275. Linné Y Effects of obesity on women's reproduction and complications during pregnancy // *Obesity Reviews.* 2004. Vol. 5. Issue 3. P. 137 - 143.

276. Lobstein T. Obesity in children // *BMJ.* 2008. Vol. 337. P. 669.

277. Gale E. A. M. The mith of the metabolic syndrome // *Diabetologia*, 2005. Vol. 48, № 9. P. 1679 - 1683.

278. Solomon C. G., Seely E.W. Hypertension in pregnancy. A manifestation of the insulin resistanse syndrome // *Hypertension.* 2001. Vol. 37, № 2. P.232 - 239.

279. Morris Jessica L., Rushwan Hamid. Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges // International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2015. №131. P. 40 - 42.

280. 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>

281. Adolescent Health Experience After Delivery or Abortion (AHEAD Study) January 2016. URL : <http://www.who.int/reproductivehealth/projects/AHEAD-Project-brief.pdf>.

282. Patton G., Temmerman M. Evidence and Evidence Gaps in Adolescent Health // The Journal of Adolescent Health. 2016. Oct; 59 (4 Suppl). P. 1 - 3.

283. Rehana A. Salam, Anadil Faqqah, Nida Sajjad, Zohra S. Lassi, Jai K. Das, Miriam Kaufman, and Zulfiqar A. Bhutta. Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions // The Journal of Adolescent Health. 2016. №59. P. 11 - 28.

284. Adolescent/Youth Reproductive Mobile Access and Delivery Initiative for Love and Life Outcomes (ARMADILLO Study) URL : <http://www.who.int/reproductivehealth/projects/adolescents/en/>.

285. Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. Geneva, World Health Organizations, 2006. 28 p.

286. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva, World Health Organization, 2004 (Document No. WHO/RHR/04.8). 36 p.

287. The GATS Atlas. Global Adult Tobacco Survey. World Health Organization, 2015. 128 p. URL : <http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/gatstlas/en/>.

288. Collin J. et al. Alcohol and the Sustainable Development Goals // The Lancet. 2016. № 387, Is. 10038. P. 2582 - 2583.

289. Framework Convention Alliance (2016). Tobacco: A barrier to sustainable development. URL : http://www.fctc.org/images/stories/Tobacco_sustainable_development_190315.pdf.

290. Williams J. E., Best D. L. Sex stereotypes and intergroup relations // S. Worshel, W. G. Austin (eds.). Psychology of intergroup relations. Chicago, Nelson-Hall, 1986, P. 244 - 259.

291. Williams J. E., Best D. L. Sex and psyche: Gender and self viewed cross-culturally. Beverly Hills, Sage, 1990.

292. Bem S. L. The measurement of psychological androgyny // J. of Consulting and Clin. Psychology. 1974. №42. P. 155 - 162.

293. Street S., Kimmel E., Kromrey J. D. Revising university student gender perceptions // Sex Role. 1995, Vol.. 33 (3-4), P. 183 - 201.

294. Eagly A. C. Sex differences in social behavior: A social-role interpretation. Hillsdale, N-Y., Erlbaum, 1987.

295. Eagly A. H., Carli L. L. Sex of researcher and sex-typed communications as determinants of sex differences in influenceability: A metaanalysis of social influence studies // Psychological Bulletin. 1981. Vol.. 90, P. 1 - 20.

296. Unger R. K. Towards a redefinition of sex and gender // Am. Psychol. 1979. Vol. 34. P. 1085 - 1094.

297. Purcell P., Sewart L. Dick and Jane in 1989 // Sex Roles. 1990. 22 (3/4). P. 177 - 185.

298. Lee C., Gramotnev H. Motherhood Plans among Young Australian Women: Who Wants Children These Days? // Journal of Health Psychology. Vol. 11(1), Jan, 2006. P. 5 - 20.

299. WHO. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Third Edition, Geneva, 2004. 176 p. URL : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42907/1/9241562668.pdf>.

300. World Health Organization. Interpreting reproductive health. Unpublished document 1999. URL : [http://www.who.int/bulletin/archives/80\(5\)407.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(5)407.pdf)

301. World Health Organization. Reproductive health strategy. Geneva: WHO; 2004. URL : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/en/

302. Dympna Gallagher, Steven B Heymsfield, Moonseong Heo, Susan A Jebb, Peter R Murgatroyd, Yoichi Sakamoto. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index // The American Journal of Clinical Nutrition. 2000. Vol. 72, Issue 3. P. 694 - 701.

303. Jenkinson C. Coulter A., Wright L. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age // Br. Med. J. 1993. Vol. 306. P.1437–1440.

304. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.1993. 26 c.

305. Wiesenfeld H. C., Sweet R. B. Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease // J Sex Transm Dis. 2005. Vol. 32, № 7. P. 400 - 405.

306. Tsos A., Homych A., Sabirov O. The state of physical and psychological components of health in the quality of life of the university students // Człowiek i Zdrowie. Tom VII. № 2. Biała Podlaska : Państwowa Szkoła Wyższa, 2013. P. 8 – 12.

Додаток А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

2) *наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

– у наукових періодичних фахових виданнях України:

1. Калиниченко Д. О., Антомонов М. Ю. Використання методу аналізу ієрархії для системного вивчення формування репродуктивного потенціалу дівчат // Biomedical and Biosocial Anthropology. 2017. №29. С. 177 - 181.

2. Калиниченко Д. О. Природний рух населення та дітородна активність (регіональний аспект) // Довкілля та здоров'я. 2018. №2. С. 75 - 79.

3. Калиниченко Д. О. Кількісна оцінка репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку // Довкілля та здоров'я. 2019. №3 (92). С. 11 - 16.

- у фахових наукових періодичних виданнях України, які включені до міжнародних наукометричних баз:

4. Kalynychenko D. O. Social and hygienic aspects of reproductive behavior and reproductive attitudes of 17 - 22 years old girls // Український журнал медицини, біології та спорту. 2019. Т. 4. №5(21). С. 332 – 337. (Index Copernicus)

5. Калиниченко Д. О. Вплив еколого-соціальних чинників на стан репродуктивного здоров'я жіночого населення регіону // Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 2. Т. 2(151). С. 72 – 76. (Index Copernicus)

у міжнародних наукових періодичних виданнях

6. Kalynychenko D. O. Medical and social aspects of reproductive potential of youth // Science and Education a New Dimension. Natural and Technical Sciences, V(16), Issue: 148, 2017. P. 53 - 56. (**Index Copernicus, Будапешт**)

2) наукові праці, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Скиба О. О., Калиниченко Д. О. Особливості гендерної ідентичності у осіб з різним обсягом рухової активності // Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України : матеріали науково-практичної конференції (дванадцяті марзеєвські читання), 20 – 21 жовтня 2016 р. Київ. С. 209 – 211.

8. Калиниченко Д. О. Гендерні особливості прояву тривожності як чинника розвитку психосоматичної патології // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених «Медична наука в практику охорони здоров'я» (Полтава, 9 грудня 2016 року). Полтава : ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», 2016. С. 121.

9. Калиниченко Д. О. Здоровий спосіб життя молоді як компонент національної самосвідомості // Національна самосвідомість та правова культура в умовах європейської інтеграції: збірник тез Всеукраїнської науково-практичної конференції (Суми, 17 лютого 2017 року) / Укл. Іваній О.М. Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. С. 9 – 12.

10. Калиниченко Д. О. Патологічна ураженість репродуктивної системи дівчат раннього активного репродуктивного віку // Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України : збірка тез доповідей науково-практичної конференції молодих вчених (тринадцяті марзеєвські читання) (Київ, 19 – 20 жовтня 2017 р.) / головний редактор академік НАМН України Сердюк А. М. К.: ДУ «ІГЗ НАМНУ». С. 179 – 181.

11. Калиниченко Д. О. Перспективи використання освітнього потенціалу щодо збереження репродуктивного здоров'я населення // Педагогіка здоров'я : матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Освіта і здоров'я» : Суми, 24- 25 квітня 2017 р. / відповід. ред. І. О. Калиниченко, наук. ред. М. О. Лянной. Суми : ФОП Цьома С. П., 2016. С. 46 – 49.

12. Калиниченко Д. О. Регіональні особливості репродуктивного здоров'я дівчат // матеріали міжнародної науково – практичної конференції «Актуальні питання розвитку медичних наук у XXI ст.» (м. Львів, Україна 26 - 27 травня 2017 р.). Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2017. С. 69 – 72.

13. Калиниченко Д. О. Використання гігієнічної діагностики довкілля в сучасній профілактичній медицині // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні» (м. Дніпро, 9 - 10 червня 2017 р.). Дніпро: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2017. С. 83 – 87.

14. Калиниченко Д. О. Вплив соціально-гігієнічних чинників на якість життя дівчат 17-22 років // International research and practice conference «Relevant issues of modern medicine: the experience of Poland and Ukraine» : Conference proceedings, October 20–21, 2017. Lublin: Izdevnieciba «Baltija Publishing». P. 147 – 150.

15. Калиниченко Д. О. Медико-соціальні аспекти громадського здоров'я // Перспективи розвитку медичної науки і освіти : збірник тез доповідей Всеукраїнська науково-методичної конференції, присвяченої 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету, м. Суми, 16-17 листопада 2017 року. Суми : Сумський державний університет, 2017. С. 94 – 95.

16. Калиниченко Д. О. Гігієнічні аспекти репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку // Актуальні питання біології та медицини : матеріали Всеукраїнської наукової конференції, м. Суми, 16-17 листопада 2017 р. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. С. 65 – 71.

17. Калиниченко Д. О. Медико-соціальна характеристика репродуктивної поведінки дівчат 17 – 22 років // «Профілактична медицина сьогодні: внесок молодих спеціалістів»: матеріали науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю присвяченої 25-річному ювілею НАМН України та Дню науки (24 травня 2018 р.) / Ред. рада Г.Д. Фадеєнко (голова). НАМН України. Х., 2018. С. 24.

18. Калиниченко Д. О. Використання методу аналізу ієрархій у медико-біологічних дослідженнях // Академічна культура дослідника в освітньому просторі : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Суми, 17 травня 2018 р.) / за ред. О. М. Семеног. Суми : Видавництво СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2018. С. 216 – 220.

19. Калиниченко Д. О. Репродуктивні установки жінок раннього фертильного віку з різним рівнем репродуктивного потенціалу // матеріали Пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України та науково-практичної конференції з міжнародною участю «Репродуктивне здоров'я в Україні: тенденції, досягнення, виклики та пріоритети» (до 90-річчя академіка Грищенко В.І.) (Київ, 20-21 вересня 2018 р.) С. 65 – 66.

20. Калиниченко Д. О., Скиба О. О. Вплив екологічних чинників на стан репродуктивного здоров'я жіночого населення // Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України : збірка тез доповідей науково-практичної

конференції молодих вчених (чотирнадцяті марзєєвські читання) (Київ, 11 – 12 жовтня 2018 р.) / головний редактор академік НАМН України Сердюк А. М. К.: ДУ «ІГЗ НАМНУ». С. 114 – 115.

3) наукові праці, щої додатково відображають наукові результати дисертації:

21. Калиниченко Д. О. Фізіолого-гігієнічні аспекти формування здоров'я дітей в системі загальної середньої освіти // Збереження та зміцнення здоров'я дітей в умовах сучасних закладів освіти: проблеми та перспективи : монографія / [за заг. ред. І. О. Калиниченко]. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. С. 11 - 30.

22. Антомонов М. Ю., Калиниченко Д. О., Скиба О. О. Інтегральна оцінка репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку. Київ, 2019. 8 с. (Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я / Укрмедпатентінформ, № 12-2019).

23. Калиниченко Д. О., Скиба О. О., Гриневич Т. М., Концевич В. В. Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку: науково-методичне видання. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. 20 с.

24. Антомонов М. Ю., Скиба О. О., Калиниченко Д. О., Концевич В. В. Діагностика репродуктивного потенціалу та оцінка формування здоров'язбережувальної компетентності щодо репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку : науково-методичне видання. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. – 28 с.

25. Калиниченко Д. О. Гігієнічна оцінка якості та способу життя молоді // ScienceRise: Medical Science. 2017. №11 (19). С. 18 - 22. (**Index Copernicus,**)

26. Калиниченко Д. О. Медико-соціальні чинники здоров'язбереження дітей і підлітків // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2016. Т. 16, Вип. 4 (56), Ч. 2. С. 251 - 255. (**Index Copernicus Master List та CEJSH**).

27. Скиба О. О., Калиниченко Д. О. Соціально-психологічні особливості способу життя молоді та його вплив на формування гендерної ідентичності // Актуальні проблеми сучасної медицини. 2016. Т. 16, Вип. 3 (55). С. 208 – 211. (**Index Copernicus**)

28. Калиниченко Д. О. Здоров'язберезувальні технології як складова навчально-виховного процесу сучасної школи // Молодий вчений. 2016. №11.1 (38.1). С. 52 - 55. (**Index Copernicus**).

Додаток Б

АПРОБАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

Основні положення дисертаційної роботи представлені на:

- 1) науково-практичній конференції «Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України (дванадцяті марзеєвські читання), 20 – 21 жовтня 2016 р. Київ – публікація та усна доповідь;
- 2) Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених «Медична наука в практику охорони здоров'я» (Полтава, 9 грудня 2016 року) - публікація та усна доповідь;
- 3) Всеукраїнській науково-практичній конференції «Національна самосвідомість та правова культура в умовах європейської інтеграції» (Суми, 17 лютого 2017 року) - публікація та усна доповідь;
- 4) науково-практичній конференції молодих вчених «Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України» (тринадцяті марзеєвські читання) (Київ, 19 – 20 жовтня 2017 р.) – публікація та усна доповідь;
- 5) IV Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Освіта і здоров'я» (Суми, 24- 25 квітня 2017 р.) – публікація та усна доповідь;
- 6) міжнародній науково – практичній конференції «Актуальні питання розвитку медичних наук у ХХІ ст.» (м. Львів, Україна 26 - 27 травня 2017 р.) – публікація;
- 7) міжнародній науково-практичній конференції «Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні» (м. Дніпро, 9 - 10 червня 2017 р.) - публікація;
- 8) International research and practice conference «Relevant issues of modern medicine: the experience of Poland and Ukraine» : Conference proceedings, October 20–21, 2017. Lublin - публікація;
- 9) Всеукраїнській науково-методичній конференції «Перспективи розвитку медичної науки і освіти», присвяченої 25-річчю Медичного інституту

- Сумського державного університету (м. Суми, 16-17 листопада 2017 року) - публікація та усна доповідь;
- 10) Всеукраїнській науковій конференції «Актуальні питання біології та медицини» (м. Суми, 16-17 листопада 2017 р.) - публікація та усна доповідь;
 - 11) науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю присвяченої 25-річному ювілею НАМН України та Дню науки «Профілактична медицина сьогодні: внесок молодих спеціалістів» (м. Харків, 24 травня 2018 р.) – публікація;
 - 12) науково–практичній конференції з міжнародною участю «Репродуктивне здоров'я в Україні: тенденції, досягнення, виклики та пріоритети» (до 90-річчя академіка Грищенка В.І.) (Київ, 20-21 вересня 2018 р.) - публікація та усна доповідь;
 - 13) науково-практичній конференції «Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України» (чотирнадцяті Марзєєвські читання) (м. Київ, 11-12 жовтня 2018 р.) - публікація.

Додаток В1

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

проректор з науково-педагогічної роботи
ВДНЗ України «Буковинський
державний медичний університет»

Геруш І.В.



06 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку.

2. **Установа, що пропонує впровадження:** Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка; 40002, Суми, вул. Роменська, 87; Калиниченко Д.О., Скиба О.О., Гриневич Т.М., Концевич В. В.

3. **Джерело інформації:** «Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку: науково-методичне видання – Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. – 20 с.

4. **Впроваджено:** кафедра гігієни та екології ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

5. **Термін впровадження:** 01.02.2018 – 08.06.2018 рр.

6. **Форма впровадження:** результати дослідження впроваджено у навчальний процес – у матеріали лекцій та практичних занять курсу «Гігієна та екологія».

7. **Кількість студентів, що прослухали курс:** 112.

8. **Соціально-економічний ефект впровадження:** впровадження результатів сприяло поглибленню теоретичних знань і набуттю практичних умінь у студентів з актуальних питань оцінки репродуктивного здоров'я молоді та збереження її репродуктивного потенціалу.

9. **Зауваження, пропозиції:** Відсутні.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри гігієни та екології

ВДНЗ України «Буковинський державний
медичний університет»,

доктор медичних наук, професор

Л. І. Власик

Додаток В2

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 проректор з науково-педагогічної роботи
 ВДНЗ України «Буковинський
 державний медичний університет»
 Геруш І.В.
 « 16 » _____ 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції** для впровадження: спосіб діагностики репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку та оцінки формування здоров'язбережувальної компетентності щодо репродуктивного здоров'я.
2. **Установа – розробник, юридична адреса, ПІП авторів розробки:** Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка; 40002, Суми, вул. Роменська, 87; Антомонов М. Ю., Калиниченко Д. О., Скиба О. О.
3. **Джерело інформації:** «Психогігієнічна діагностика репродуктивного потенціалу та оцінка формування здоров'язбережувальної компетентності щодо репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. – 28 с.
4. **Впроваджено:** кафедра гігієни та екології ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»
5. **Термін впровадження:** : 01.02.2018 – 08.06.2018 рр.
6. **Форма впровадження:** результати дослідження впроваджено у навчальний процес – у матеріали лекцій та практичних занять курсу «Гігієна та екологія».
7. **Кількість студентів, що прослухали курс:** 94.
8. **Соціально-економічний ефект впровадження:** впровадження результатів сприяло поглибленню теоретичних знань і набуттю практичних умінь у студентів з актуальних питань оцінки репродуктивного здоров'я молоді та збереження її репродуктивного потенціалу.
9. **Зауваження, пропозиції:** Відсутні.

Відповідальний за впровадження:
 завідувач кафедри гігієни та екології
 ВДНЗ України «Буковинський державний
 медичний університет»,
 доктор медичних наук, професор



Л. І. Власик

Додаток ВЗ

“ЗАТВЕРДЖУЮ”



Проректор з науково-педагогічної
(навчальної) роботи

Вінницького національного медичного
університету ім. М.І. Пирогова

д.мед.н., проф. Ю.Й. Гумінський
“10” вересня 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** Спосіб діагностики репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку та оцінки формування здоров'язбережувальної компетентності щодо репродуктивного здоров'я.

2. **Установа, що пропонує впровадження:** Сумський державний педагогічний університет ім. А. С. Макаренка; 40002, Суми, вул. Роменська, 87; Антомонов М. Ю., Калиниченко Д. О., Скиба О. О.

3. **Джерело інформації:** Психогігієнічна діагностика репродуктивного потенціалу та оцінка формування здоров'язбережувальної компетентності щодо репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. – 28 с.

4. **Впроваджено:** кафедра загальної гігієни та екології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

5. **Термін впровадження:** 05.02.2018 – 27.06.2018 рр.

6. **Форма впровадження:** результати дослідження впроваджено у навчальний процес під час викладання початкової дисципліни “Гігієна та екологія”.

7. **Кількість студентів, що прослухали курс:** 500.

8. **Соціально-економічний ефект впровадження:** покращання підготовки молодих фахівців з актуальних питань профілактичної медицини, громадського здоров'я і гігієни та екології.

9. **Зауваження, пропозиції:** Відсутні.

10. **Матеріали наукових досліджень та результати їх впровадження** розглянуті на засіданні кафедри загальної гігієни та екології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова 30.08.2018 року (протокол № 1).

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри загальної гігієни та екології
Вінницького національного медичного
університету ім. М. І. Пирогова
д.мед.н., професор

I. V. Sergera

Додаток В4

“ЗАТВЕРДЖУЮ”



Проректор з науково-педагогічної
(навчальної) роботи
Вінницького національного медичного
університету ім. М.І. Пирогова

д.мед.н., проф. Ю.Й. Гумінський
“10” вересня 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку.

2. **Установа, що пропонує впровадження:** Сумський державний педагогічний університет ім. А. С.Макаренка; 40002, Суми, вул. Роменська, 87; Калиниченко Д. О., Скиба О. О., Гриневич Т. М., Концевич В. В.

3. **Джерело інформації:** Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку : науково-методичне видання – Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. – 20 с.

4. **Впроваджено:** кафедра загальної гігієни та екології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

5. **Термін впровадження:** 05.02.2018 – 27.06.2018 рр.

6. **Форма впровадження:** результати дослідження впроваджено у навчальний процес під час викладання початкової дисципліни “Гігієна та екологія”.

7. **Кількість студентів, що прослухали курс:** 500.

8. **Соціально-економічний ефект впровадження:** покращання підготовки молодих фахівців з актуальних питань профілактичної медицини, громадського здоров'я і гігієни та екології.

9. **Зауваження, пропозиції:** Відсутні.

10. **Матеріали наукових досліджень та результати їх впровадження** розглянуті на засіданні кафедри загальної гігієни та екології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова 30.08.2018 року (протокол № 1).

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри загальної гігієни та екології

Вінницького національного медичного
університету ім. М. І. Пирогова

д.мед.н., професор

I. В. Серета

Додаток В5

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
Перший проректор Сумського
державного педагогічного
університету імені А. С. Макаренка


Пшенична Л. В.
« 4 » вересня 2018 року



«ПОГОДЖЕНО»
Головний лікар Комунальної установи
«Сумська міська дитяча клінічна лікарня
Святої Зінаїди»


Смець О. М.
« 09 » вересня 2018 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

тренінгових курсів «Дорослішай на здоров'я», «Майбутнє варто планувати» та «ВІЛ/СНІД: Шляхи зараження і методи захисту» у роботу ресурсного центру «Школа педагогіки здоров'я» кафедри медико - біологічних основ фізичної культури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка

1. **Назва впровадження:** тренінгові курси «Дорослішай на здоров'я», «Майбутнє варто планувати» та «ВІЛ/СНІД: Шляхи зараження і методи захисту»
2. **Установа-розробник:** Клініка дружня до молоді КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди»
3. **Джерело інформації:** Програма «Здоров'я жінок України» (2011-2016 рр.) Агентства США з міжнародного розвитку (USAID).

4. **Актуальність впровадження.** Особливістю впровадження є те, що Програма була розроблена Інститутом досліджень і тренінгів імені Джона Сноу в партнерстві із Фондом «Здоров'я жінки та планування сім'ї» - українською неурядовою організацією, що працює в сфері планування сім'ї та репродуктивного здоров'я та є членом Міжнародної федерації планування сім'ї. Незважаючи на закінчення терміну розробки і впровадження, тренінгові курси користуються популярністю і попитом під час проведення просвітницької роботи серед підлітків і молоді у закладах освіти.

Метою тренінгових курсів - сприяти збереженню репродуктивного здоров'я молоді України шляхом покращення використання сучасних та ефективних методів контрацепції як альтернативи непланованій вагітності та абортів. Крім того, актуальним є розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів, що в легкій та доступній формі розповідають про питання планування сім'ї, репродуктивного здоров'я, запобігання зараженню ВІЛ/СНІД.

Просвітницька робота серед студентської молоді виконується за темою НДР кафедри медико - біологічних основ фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка «Оцінка репродуктивного здоров'я підлітків і молоді з різними типами гендерної ідентичності (номер державної реєстрації) (номер держреєстрації 046 U007542 (09.2016 – 12.2020 рр.)), за програмою наукового дослідження «Гігієнічне обґрунтування комплексної оцінки репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку» (виконавець - Калиниченко Д. О.).

9. **Термін впровадження:** згідно графіка (вересень 2016 р. – червень 2018 р.)

10. Форма впровадження: групові тренінги, що проводять сертифіковані тренери Клініки дружньої до молоді КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» за програмою «Здоров'я жінок України» (Концевич В. В., Крамар А. С, Хоружа О. О.).

11. Впровадження розраховано на віддалений соціальний ефект щодо збереження репродуктивного здоров'я, покращення репродуктивної поведінки, позитивних змін репродуктивних установок молодого покоління та демографічних процесів у державі.

Відповідальні за впровадження:

завідувач відділення медико-соціальної допомоги підліткам та молоді «Клініка дружня до молоді» КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди»



В. В. Концевич

Завідувач кафедри медико - біологічних основ фізичної культури Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, д. мед. н., професор



І. О. Калиниченко



Додаток В6

*Графік проведення інтерактивних занять в «Клініці, дружній до молоді»
на 2016-2017 навчальний рік
КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди»
м. Суми, вул. І.Сірка буд. 3 (вул. Д. Коротченка, 3)*

<p>І. Тренінговий курс «Дорослішай на здоров'я» спрямовано на формування у підлітків здорового способу життя та збереження репродуктивного здоров'я, усвідомлення цінності здоров'я, як основи успішної самореалізації, відповідального ставлення до збереження сімейних цінностей, основ відповідального батьківства. Програму розраховано для факультативної, гурткової, позакласної роботи, педагогів, психологів, соціальних педагогів, з учнями 9-11 класів загально – освітніх шкіл та учнями професійно – технічних навчальних закладів. Рекомендовано Міністерством освіти і науки. Молоді та спорту України (лист № 1/11-12028 від 20.07.2012 р.)</p>	<p>Тема жовтня: Міжособистісна привабливість: дружба, симпатія, кохання.</p>	4.10.16	18.10.16
		6.10.16	20.10.16
		11.10.16	25.10.16
	<p>Тема листопада: Підлітковий вік. Світ взаємин. Дівчата та хлопці.</p>	13.10.16	27.10.16
		8.11.16	17.11.16
		10.11.16	22.11.16
	<p>Тема грудня: Моя відповідальність за репродуктивне здоров'я.</p>	11.11.16	24.11.16
		15.11.16	29.11.16
		1.12.16	15.12.16
	<p>Тема січня: Поведінка молоді та її вплив на здоров'я.</p>	6.12.16	16.12.16
		8.12.16	20.12.16
		13.12.16	22.12.16
	<p>Тема лютого: Моя сім'я – моя фортеця.</p>	10.01.17	19.01.17
		12.01.17	24.01.17
		13.01.17	26.01.17
	<p>Тема березня: Взаємини «Батьки та діти».</p>	17.01.17	31.01.17
		2.02.17	16.02.17
		7.02.17	21.02.17
	<p>Тема квітня: Відповідальне батьківство.</p>	9.02.17	23.02.17
		14.02.17	28.02.17
		2.03.17	14.03.17
	<p>Тема травня: Моя доросле майбутнє.</p>	3.03.17	16.03.17
		7.03.17	21.03.17
		9.03.17	23.03.17
	<p>Тема червня: Моя відповідальність за здоров'я.</p>	2.04.17	18.04.17
		6.04.17	20.04.17
		11.04.17	25.04.17
	<p>Тема липня: Моя відповідальність за здоров'я.</p>	13.04.17	27.04.17
		4.05.17	18.05.17
		5.05.17	18.05.17
	<p>Тема серпня: Моя відповідальність за здоров'я.</p>	11.05.17	24.05.17
		16.05.17	25.05.17

Увага! На тренінг «Дорослішай на здоров'я» записуються лише ті групи, які готові відвідати всі 8 тем програми, тобто 1 раз в місяць протягом 8 місяців. Заплановано до участі 8 груп. Прохання записуватися на тренінг за телефоном 66-18-98 або 095-194-89-49 не менше ніж за 1 тиждень до проведення. Заняття на 14:30/ 15:00 (узгоджується індивідуально). Кількість учасників 15 чоловік, максимальна - 22.

Тренінг «Майбутнє варто планувати». Поняття про здоров'я, обговорення міфів та фактів репродуктивної поведінки молоді, сучасні методи контрацепції. Тренінг проводять сертифіковані тренери за програмою «Здоров'я жінок України».	12.09.16	29.09.16	14.11.16	9.01.17	20.02.17	12.04.17
	13.09.16	3.10.16	21.11.16	16.01.17	27.02.17	24.04.17
	15.09.16	5.10.16	23.11.16	18.01.17	1.03.17	26.04.17
	19.09.16	10.10.16	28.11.15	23.01.17	6.03.17	8.05.17
	20.09.16	17.10.16	5.12.15	30.01.17	13.03.17	10.05.17
	21.09.16	19.10.16	7.12.16	1.02.17	20.03.17	15.05.17
	22.09.16	24.10.16	12.12.16	6.02.17	22.03.17	22.05.17
	26.09.16	7.11.16	19.12.16	13.02.17	3.04.17	
	27.09.16	9.11.16	21.12.16	15.02.17	10.04.17	

Прохання записуватися на тренінг за телефоном 66-18-98 або 095-194-89-49 не менше ніж за 1 тиждень до проведення. Заняття на 14:30/ 15:00 (узгоджується індивідуально). **Мінімальна кількість учасників 15 чоловік, максимальна - 20.**

ВІЛ/СНІД: Шляхи зараження і методи захисту. Що треба знати про ВІЛ і СНІД. Як ВІЛ руйнує імунітет. Куди і до кого звернутися щодо ВІЛ/СНІД в місті Суми. Діагностика ВІЛ-інфекції. Переваги раннього обстеження на ВІЛ. Інтерактивне заняття проводить соціальний педагог Сумського обласного ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»	23.09.16	17.02.17
	21.10.16	17.03.17
	2.12.16	21.04.17
	20.01.17	19.05.17

Прохання записуватися на тренінг за телефоном 66-18-98 або 095-194-89-49 не менше ніж за 1 тиждень до проведення. Заняття на 14:30/ 15:00 (узгоджується індивідуально). **Мінімальна кількість учасників 15 чоловік, максимальна - 20.**

Головний лікар КУ «Сумська міська
дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди»

Концевич 66-18-98



О.М. Ємець

Додаток В7



УКРАЇНА

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Державний заклад

«ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені К. Д. УШІНСЬКОГО»

65020, м. Одеса, вул. Старопортофранківська, 26. Тел. : (048) 723 – 51 – 03

E-mail: pdpu@pdpu.edu.ua

від 12.02.18 № 314/18-02
на № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Калиниченка Дмитра Олеговича
за темою «Гігієнічне обґрунтування комплексної оцінки репродуктивного потенціалу
жінок раннього фертильного віку» за спеціальністю 14.02.01 – гігієна та професійна
патологія (медичні науки)

Автор: Калиниченко Дмитро Олегович, аспірант кафедри біології людини та тварин
Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка

Установа – розробник: Сумський державний педагогічний університет імені А. С.
Макаренка; 40002, Суми, вул. Роменська, 82

Джерело інформації: Калиниченко Д. О. Фізіолого-гігієнічні аспекти формування
здоров'я дітей в системі загальної середньої освіти // Збереження та зміцнення здоров'я дітей
в умовах сучасних закладів освіти: проблеми та перспективи : монографія. Суми : ФОП
Цьома С. П., 2017. С. 11 – 30.

Пропозиція для впровадження: науковий фізіолого-гігієнічний супровід процесу
реформування системи освіти в країні. Реформування системи освіти повинно проводитися з
урахуванням психофізіологічних, статеві-вікових особливостей дітей, а також тенденцій в
показниках стану здоров'я і фізичного розвитку дітей, результатів гігієнічних наукових
досліджень інноваційних форм і методів навчання і виховання дітей, сучасних засобів
навчання, організації навчального процесу та матеріально-технічних умов в навчальних
закладах різних освітніх рівнів.

Актуальність дослідження. Особливістю запропонованої роботи є наукове
обґрунтування заходів збереження і зміцнення здоров'я дітей в умовах сучасних навчальних
закладів. У монографії розглядаються методичні підходи щодо вивчення стану
внутрішньошкільного середовища та організації навчального процесу у закладах освіти

різного типу. Запропоновано способи оцінки здоров'язбережувального потенціалу навчального закладу, психофізіологічної «ціни» пізнавальної діяльності учнів, визначення якісних і кількісних характеристик добової і тижневої рухової активності дітей, виконано гігієнічне нормування рухових режимів школярів, визначені фактори ризику розвитку дезадаптації учнів під час навчання та обґрунтовано принципи здоров'язбереження у загальноосвітніх навчальних закладах

Установа-розробник: кафедра медико-біологічних основ фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка

Установа, що проводить впровадження: Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського».

Термін впровадження: вересень – грудень 2017 р.

Форма впровадження: результати дослідження впроваджено в освітній процес кафедри біології і основ здоров'я Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського».

Соціальний ефект – покращення підготовки студентів, магістрантів, аспірантів, здобувачів.

Зауваження та пропозиції: не виносилися.

Довідка про впровадження результатів дисертаційного дослідження Калиниченка Дмитра Олеговича за темою «Гігієнічне обґрунтування комплексної оцінки репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку» за спеціальністю 14.02.01 – гігієна та професійна патологія (медицині науки) обговорена і затверджена на засіданні кафедри біології і основ здоров'я Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського», протокол № 5 від 04.01.2018 року.

Проректор з наукової роботи



T. I. Koycheva
Т. І. Койчева

Завідувач кафедри біології і основ здоров'я

A. I. Bosenko
А. І. Босенко

Додаток В8



УКРАЇНА

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Державний заклад

«ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені К. Д. УШІНСЬКОГО»

65020, м. Одеса, вул. Старопортофранківська, 26. Тел. : (048) 723 – 51 – 03

E-mail: pdpu@pdpu.edu.ua

від 12.02.18 № 314/19-02/1
на № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Калиниченка Дмитра Олеговича

за темою «Гігієнічне обґрунтування комплексної оцінки репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку» за спеціальністю 14.02.01 – гігієна та професійна патологія (медичні науки)

Назва роботи: Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку.

Автори: Калиниченко Д. О., Скиба О. О., Гриневич Т. М., Концевич В. В.

Установа – розробник: Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка; 40002, Суми, вул. Роменська, 82

Джерело інформації: «Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку: науково-методичне видання – Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. – 20 с.

Пропозиція для впровадження: методика скринінгового оцінювання репродуктивного здоров'я з визначенням ризику репродуктивної функції для жінок раннього фертильного віку за умови використання показників медико-біологічного блоку, стану навколишнього середовища, соціально-побутових чинників, способу життя, психологічних особливостей особистості, репродуктивної поведінки, репродуктивних установок, інформованості з питань репродуктивного здоров'я.

Актуальність дослідження. Особливістю запропонованої роботи є наукове обґрунтування комплексу заходів щодо формування ціннісного ставлення до здоров'я, культури безпечної життєдіяльності, що дозволить удосконалити соціально-педагогічний інструментарій реалізації, моніторингу й оцінювання ефективності профілактичної та соціально-педагогічної діяльності зі сприяння покращенню репродуктивного здоров'я молоді.

Дослідження виконано за темою НДР кафедри медико-біологічних основ фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка «Оцінка репродуктивного здоров'я підлітків і молоді з різними типами гендерної ідентичності (номер державної реєстрації)» (номер держреєстрації 046 U007542 (09.2016 – 12.2020 рр.)).

Установа-розробник: кафедра медико-біологічних основ фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка

Установа, що проводить впровадження: Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського».

Термін впровадження: 2017 – 2018 навчальний рік.

Форма впровадження: результати дослідження впроваджено в освітній процес кафедри біології і основ здоров'я Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського».

Соціальний ефект – покращення підготовки студентів, магістрантів, аспірантів, здобувачів, формування навичок здорового способу життя діяльності.

Зауваження та пропозиції: не виносилися.

Довідка про впровадження результатів дисертаційного дослідження Калиниченка Дмитра Олеговича за темою «Гігієнічне обґрунтування комплексної оцінки репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку» за спеціальністю 14.02.01 – гігієна та професійна патологія (медичні науки) обговорена і затверджена на засіданні кафедри біології і основ здоров'я Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського», протокол № 5 від 04.01.2018 року.

Проректор з наукової роботи



Т. І. Койчева

Завідувач кафедри біології і основ здоров'я

А. І. Босенко

Додаток В9

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Заст. директора ДУ „ПАГ ім. акад.

О.М. Лук'янової НАМН України”

д.мед.н., проф. Дронова В.Л.


 " " 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції для впровадження: спосіб діагностики репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку та оцінки формування здоров'я збережувальної компетентності щодо репродуктивного здоров'я.
2. Установа – розробник, юридична адреса, ППІ авторів розробки: Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка; 40002, Суми, вул. Роменська, 87; Антомонов М. Ю., Калиниченко Д. О., Скиба О. О.
3. Джерело інформації: «Діагностика репродуктивного потенціалу та оцінка формування здоров'я збережувальної компетентності щодо репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку. Суми: ФОП Цьома С. П., 2017. – 28 с.
4. Впроваджено: відділення планування сім'ї ДУ «ПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України»
5. Термін впровадження: 15.01.2018 – 14.09.2018 рр.
6. Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у практичну діяльність відділення.
7. Ефективність впровадження: 95%
8. Зауваження, пропозиції: Відсутні

Відповідальний за впровадження:

Професор, д.мед.н,
зав. відд. планування сім'ї


 ОСОБИСТИЙ ПІДПИС ЗАСВІДЧУЮ:
І.Б. Вовк
 НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ КАДРІВ

Т.Б. Кравченко

Додаток В10

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Заст. директора ДУ „ІПАГ ім. акад.
О.М. Лук'янової НАМН України”

д.мед.н., проф. Дронова В.Л.



" " 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку.
2. **Установа, що пропонує впровадження:** Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка; 40002, Суми, вул. Роменська, 87; Калиниченко Д. О., Скиба О. О., Гриневич Т. М., Концевич В. В.
3. **Джерело інформації:** «Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку: науково-методичне видання – Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. – 20 с.
4. **Впроваджено:** відділення планування сім'ї ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України»
5. **Термін впровадження:** 15.01.2018 – 14.09.2018 рр.
6. **Форма впровадження:** результати дослідження впроваджено у практичну діяльність відділення.
7. **Ефективність впровадження:** 95%
8. **Зауваження, пропозиції:** Відсутні

Відповідальний за впровадження:

Професор, д.мед.н.
зав. відд. планування сім'їОсобистий підпис засвідчую:
І.Б. Вовк
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ КАДРІВ

Т.Б. Гривченко

Додаток В11

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар КУ «Сумський міський клінічний
пологовий будинок Пресвятої Діви Марії»

Рибяньський В. О.
2018 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження у роботу лікувально-профілактичного закладу

1. **Назва роботи:** «Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я жінок раннього репродуктивного віку»
2. **Автор:** Калниченко Дмитро Олегович, аспірант кафедри біології людини та тварин Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка
3. **Установа-розробник:** Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка
4. **Джерело інформації:** Скринінгова оцінка індивідуального репродуктивного здоров'я жінок раннього репродуктивного віку / Д. О. Калниченко, О. О. Скиба, Т. М. Гринкевич, В. В. Концевич. – Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. – 20 с.

5.Пропозиція для впровадження: методика скринінгового оцінювання індивідуального репродуктивного здоров'я з визначенням ризику репродуктивної функції для дівчат раннього фертильного віку за умови використання показників фізичного розвитку, функціонування та розвитку репродуктивної системи, наявності екстрагенітальної патології та ІПСШ.

6.Актуальність дослідження. Особливістю запропонованої роботи є те, що спосіб скринінгової оцінки передбачає використання інформативних та доступних показників, які можна отримати під час комплексного медичного огляду, опитування і використовувати для моніторингу стану здоров'я молоді.

Дослідження виконано за темою НДР кафедри медико-біологічних основ фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка «Оцінка репродуктивного здоров'я підлітків і молоді з різними типами гендерної ідентичності (номер державної реєстрації)» (номер держреєстрації 046 U007542 (09.2016 – 12.2020 рр.))

7.Установа-розробник: кафедра медико-біологічних основ фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка

8.Установа, що проводить впровадження: КУ «Сумський міський клінічний пологовий будинок Пресвятої Діви Марії»

9.Термін впровадження: вересень 2017 р. – квітень 2018 р.

10.Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у роботу жіночої консультації Сумського міського клінічного пологового будинку Пресвятої Діви Марії

11.Соціальний ефект – використання у профілактичній роботі лікарів щодо формування навичок здорового способу життя.

12.Зауваження та пропозиції: не вносилися.

Додаток В12

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар клініки Державної установи
«Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
НАМН України»,
канд. мед наук



О.М. Носова


2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції для впровадження: спосіб діагностики репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку та оцінки формування здоров'язбережувальної компетентності щодо репродуктивного здоров'я.
2. Установа – розробник, юридична адреса, ППІ авторів розробки: Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка; 40002, Суми, вул. Роменська, 87; Антомонов М. Ю., Калиниченко Д. О., Скиба О. О.
3. Джерело інформації: «Психогігієнічна діагностика репродуктивного потенціалу та оцінка формування здоров'язбережувальної компетентності щодо репродуктивного здоров'я жінок раннього фертильного віку. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. – 28 с.
4. Впроваджено: відділення дитячої гінекології Державної установи «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України».
5. Термін впровадження: 05.02.2018 – 24.09.2018 рр.
6. Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у матеріали лекцій.
7. Кількість лікарів, що прослухали курс: 80.
8. Соціально-економічний ефект впровадження: покращення підготовки фахівців з основ здоров'я.
9. Зауваження, пропозиції: Відсутні.

Відповідальний за впровадження:

Заступник головного лікаря клініки з
лікувальної роботи Державної
установи «Інститут охорони здоров'я
дітей та підлітків НАМН України»,
канд. мед наук

 А.І. Бутенко

Завідуюча відділенням дитячої
гінекології
Державної установи «Інститут охорони
здоров'я дітей та підлітків НАМН
України»,
канд. мед наук

 О.Г. Верхошанова

Додаток В13

УГОДА про співпрацю

від 102.16 р.

м. Суми

Сумський державний педагогічний університет ім. А.С. Макаренка, який діє на підставі Статуту в особі ректора Ляного Юрія Олеговича з однієї сторони та відділення «Клініка, дружня до молоді» КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди», що діє на підставі Статуту в особі головного лікаря Ємця Олександра Михайловича уклали угоду про таке:

1. Предмет угоди

З метою налагодження співпраці, консолідації зусиль, спрямованих на організацію та проведення спільних психо-педагогічних та методичних заходів з питань підвищення ефективності навчально-виховного процесу. А також з метою попередження поширення негативних явищ, захворювань на ВІЛ/СНІД, ІПСШ, серед молоді м. Суми, проведення заходів з інформаційно-просвітницької роботи уклали дану угоду про спільну діяльність.

Сумський державний педагогічний університет ім. А.С. Макаренка визначає відділення «Клініка, дружня до молоді» КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» одним з закладів для проходження навчальної ознайомчої практики студентами факультетів спеціальності «Практична психологія».

2.Обов'язки сторін

2.1 Сумський державний педагогічний університет ім. А.С. Макаренка бере на себе зобов'язання:

2.1.1.Залучати працівників відділення «Клініка, дружня до молоді» до організації та проведення спільних заходів з первинної профілактики. Надавати безкоштовний доступ до фахової літератури і роздаткових інформаційно - просвітницьких матеріалів.

2.1.2. Залучати представників відділення «Клініка, дружня до молоді» щодо організації спільних прес-конференцій для представників засобів масової інформації, з метою висвітлення результатів спільної діяльності.

2.1.3. Надавати інформацію з інноваційних психо-педагогічних технологій в діяльності «Клініки, друньої до молоді» через участь у семінарах, творчих лабораторіях, тощо.

2.2. Відділення «Клініка, дружня до молоді» бере на себе зобов'язання:

2.2.1. Створює умови для проходження навчальної ознайомчої, психо-діагностичної та психо-корекційної практики студентами Сумського державного педагогічного університету ім. А.С. Макаренка.

2.2.2. Сприяє оволодінню практичними навичками з питань організації навчально-виховного процесу студентами Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка.

2.2.3. Забезпечує залучення студентів Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка до інтерактивних занять, що проходять на базі «Клініки, дружньої до молоді.»

2.2.4. З метою підвищення рівня особистої інформованості підлітків щодо проблем ВІЛ/СНІДу, ІПСШ, непланованих вагітностей, негативних явищ серед молоді поширювати інформацію серед числа студентів Сумського державного педагогічного університету ім. А.С.Макаренка.

2.2.5. Сприяти організації та проведенню спільних заходів з первинної профілактики ВІЛ/СНІДу, ІПСШ, наркоманії, алкоголізму та інших соціально-небезпечних явищ.

3. Термін дії:

Угода набирає чинності з моменту її підписання двома сторонами. Вона укладається строком на два роки і пролонгується за умови, якщо одна зі сторін не заявить про свій намір припинити її дію письмовим повідомленням не менше, як через 2 місяці до закінчення відповідного періоду.

4. Заключні положення

Угоду підписано в двох примірниках, кожен з яких знаходиться у однієї зі сторін.

В угоді за згодою сторін можливі зміни та доповнення, які оформлюються в письмовому вигляді. Односторонні зміни умов угоди та одностороння відмова від виконання зобов'язань не допускається, згідно з чинним законодавством України.

ЮРИДИЧНІ АДРЕСИ

КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди»
м. Суми,
вул. Троїцька, 28
тел. (0542) 659-007

Сумський державний педагогічний університет ім. А.С.Макаренка
м. Суми,
вул. Роменська, 87
тел. (0542)22-14-59

Головний лікар

Ємець О.М.

Лянний Ю.О.



Додаток В14

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор казенного некомерційного підприємства Сумської обласної ради «Сумський обласний діагностичний центр»

Жданов Я. О.

2019 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження у роботу лікувально-профілактичного закладу

1. Назва роботи: «Інтегральна оцінка репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку»
2. **Автори** Антомонов Михайло Юрійович, д. б. н., професор, ст. н. с., завідувач лабораторії медичної інформатики ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєва НАМН України»; Калиниченко Дмитро Олегович, аспірант кафедри біології людини та тварин Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка; Скиба Ольга Олександрівна – доцент кафедри медико-біологічних основ фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка
3. **Установи-розробники:** Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєва НАМН України», Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка; Укрмедпатентінформ МОЗ України
4. **Джерело інформації:** Антомонов М. Ю., Калиниченко Д. О., Скиба О. О. Інтегральна оцінка репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку. Київ, 2019. 8 с. (Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я / Укрмедпатентінформ, № 12-2019).
5. **Пропозиція для впровадження:** розрахунок інтегральної оцінки РП пропонується здійснювати наступним чином: заповнити «Карту медико-соціальної оцінки індивідуального репродуктивного потенціалу», розрахувати інтегральну оцінку репродуктивного потенціалу, отриманий результат оцінити за таблицею якісної оцінки репродуктивного потенціалу та визначити його рівень.
6. **Актуальність дослідження.** Особливістю запропонованої роботи є те, що спосіб інтегральної оцінки репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку у дошлюбний період передбачає використання характеристик найбільш інформативних здоров'яформуючих чинників та показників, придатних для оцінки репродуктивного потенціалу.
Дослідження виконано за темою НДР кафедри медико-біологічних основ фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка «Оцінка репродуктивного здоров'я підлітків і молоді з різними типами гендерної ідентичності (номер державної реєстрації)» (номер держреєстрації 046 U007542 (09.2016 – 12.2020 рр.))
7. **Установи-розробники:** Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєва НАМН України», Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка; Укрмедпатентінформ МОЗ України
8. **Установа, що проводить впровадження:** Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради «Сумський обласний діагностичний центр»
9. **Термін впровадження:** вересень 2018 р. – квітень 2019 р.
10. **Форма впровадження:** результати дослідження впроваджено у роботу лікарів гінекологів та ендокринологів, просвітницьку роботу лікарів – спеціалістів КНП Сумської обласної ради «Сумський обласний діагностичний центр»
11. **Соціальний ефект** – використання у профілактичній роботі лікарів щодо формування навичок здорового способу життя.
12. **Зауваження та пропозиції:** не виносилися.

Додаток В15

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар Комунального некомерційного підприємства Сумської обласної ради «Обласна дитяча клінічна лікарня»

Змисля І. Ф.

«24» квітня 2019 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

результатів наукового дослідження у роботу лікувально-профілактичного закладу

1. Назва роботи: «Інтегральна оцінка репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку»

2. Автори Антомонов Михайло Юрійович, д. б. н., професор, ст. н. с., завідувач лабораторії медичної інформатики ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України»; Калиниченко Дмитро Олегович, аспірант кафедри біології людини та тварин Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка; Скиба Ольга Олександрівна – доцент кафедри медико-біологічних основ фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка

3. Установи-розробники: Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України», Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка; Укрмедпатентінформ МОЗ України

4. Джерело інформації: Антомонов М. Ю., Калиниченко Д. О., Скиба О. О. Інтегральна оцінка репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку. Київ, 2019, 8 с. (Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я / Укрмедпатентінформ, № 12-2019).

5.Пропозиція для впровадження: розрахунок інтегральної оцінки РП пропонується здійснювати наступним чином: заповнити «Карту медико-соціальної оцінки індивідуального репродуктивного потенціалу», розрахувати інтегральну оцінку репродуктивного потенціалу, отриманий результат оцінити за таблицею якісної оцінки репродуктивного потенціалу та визначити його рівень.

6.Актуальність дослідження. Особливістю запропонованої роботи є те, що спосіб інтегральної оцінки репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку у дошлюбний період передбачає використання характеристик найбільш інформативних здоров'яформуючих чинників та показників, придатних для оцінки репродуктивного потенціалу.

Дослідження виконано за темою НДР кафедри медико-біологічних основ фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка «Оцінка репродуктивного здоров'я підлітків і молоді з різними типами гендерної ідентичності (номер державної реєстрації)» (номер держреєстрації 046 U007542 (09.2016 – 12.2020 рр.))

7.Установи-розробники: Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України», Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка; Укрмедпатентінформ МОЗ України

8.Установа, що проводить впровадження: Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради «Обласна дитяча клінічна лікарня»

9.Термін впровадження: вересень 2018 р. – квітень 2019 р.

10.Форма впровадження: результати дослідження впроваджено у просвітницьку роботу лікарів - педіатрів КНП Сумської обласної ради «Обласна дитяча клінічна лікарня»

11.Соціальний ефект – використання у профілактичній роботі лікарів щодо формування навичок здорового способу життя.

12.Зауваження та пропозиції: не виносилися.

Додаток Д

Таблиця Д.1

Зміст, методи та обсяг досліджень

Етап	Зміст етапу	Метод	Обсяг дослідження
I	Формулювання мети. Вибір об'єкту і предмету дослідження, одиниць спостереження, джерел отримання інформації	метод теоретичного вивчення і аналізу науково- методичної літератури,	
	розробка анкет для соціологічного дослідження	нормативних документів та документальних матеріалів	6
II	Збір інформації: стан репродуктивного здоров'я жінок та підлітків Сумської області	вивчення і аналіз документальних матеріалів	довідники показників діяльності установ охорони здоров'я Сумської області (1996 – 2017 рр.);
	демографічні процеси в області та стан навколишнього середовища в районах області за окремими показниками,	вивчення і аналіз документальних матеріалів	статистичні звіти міських та районних санітарно- епідеміологічних станцій Сумської області (ф-18) (1994 – 2015 рр.); статистична

			інформація Головного управління статистики у Сумській області
	стан здоров'я студенток	вивчення і аналіз документальних матеріалів	1 485 студенток вищих навчальних закладів м. Суми
	стан здоров'я студенток	викопіювання даних щорічних комплексний медичних оглядів	163 студентки
	дослідження фізичного розвитку, функціонального стану організму дівчат з різним рівнем репродуктивного потенціалу у динаміці двох років	соматометричні (ДТ, МТ, ОГК, каліперометрія)	1 304
		фізіометричні (ЧСС, АТ)	652
	соціально-гігієнічні чинники життєдіяльності	соціологічний (анкетування)	284
	соціально-гігієнічне вивчення репродуктивного здоров'я	соціологічний (анкетування)	284
	особистісні якості	опитування	284
	Визначення відносних вагових коефіцієнтів показників репродуктивного потенціалу	групових експертних оцінок	5
III	Розробка інтегрального показника репродуктивного	соціологічний, математичний	

	потенціалу		
	визначення репродуктивних установок	соціологічний	
	визначення якості життя	соціологічний	
	обробка отриманих даних	математичні опис	Таблиці
	Наукове узагальнення отриманих даних, обґрунтування основних положень дисертаційного дослідження на основі	Математичний аналіз та статистична обробка отриманих даних опис	
	Обґрунтовано, впроваджено медико-соціальний супровід формування репродуктивного потенціалу молоді та оцінено його ефективності	Соціологічний, математичний	
IV	Формулювання висновків та рекомендацій	Аналіз, синтез	

Додаток Е

Оцінка стадії статевого розвитку за статевою формулою (за Танером)

Оцінка статевого розвитку у дівчат

Ах - ріст волосся у пахвинних ділянках

Ах 1 - відсутність росту волосся

Ах 2 - поодинокі пряме волосся в центрі пахвової западини

Ах 3 - волосся, що в'ється, більш густе, довге - в центрі пахвової западини

Ах 4 - густе волосся, що в'ється, по всій пахвовій западині

Р - ріст волосся на лобку

Р 1 - відсутність росту волосся

Р 2 - поодинокі пряме волосся в центрі лобка та на великих статевих губах

Р 3 - волосся, що в'ється на лобку та на великих статевих губах

Р 4 - густе волосся, що в'ється по всій площі лобка, на соромних губах

Р 5 – волосся у вигляді трикутника верхівкою донизу, займає всю ділянку лобка до пахових складок, поодинокі волосся на внутрішній поверхні стегон

Ма – розвиток молочної залози

Ма 1 - молочна залоза не збільшена

Ма 2 - набухання навколососкового кружка молочної залози та збільшення його діаметра

Ма 3 - молочна залоза конічної форми

Ма 4 - юнацькі груди округлої форми, ареола пігментована, сосок здіймається

Ма 5 - зрілі груди округлої форми, як у дорослої жінки

Ме – менструальна функція

Ме 1 - менструації відсутні

Ме 2 - поодинокі менструації на період обстеження

Ме 3 - менструації нерегулярні

Ме 4 - регулярні менструації

Статева формула: (описується, наприклад, Р1 Ах1 Ма2 Ме1)

Стадія статевого розвитку (за Танером)	Ма	Р	Ах	Ме	Вік
I	1	1	1	1	
II	2 - 3	2	1 - 2	1 - 2	8 - 13
III	2 - 4	3 - 4	2	2 - 3	9 - 15
IV	4	3 - 4	3	3 - 4	11 - 16
V	5	4 - 5	4	4	12 - 17

Додаток Ж

Анкета 1

Міністерство освіти та науки України

Сумський державний педагогічний університет ім. А.С.Макаренка

кафедра медико-біологічних основ фізичної культури

УМОВИ ТА СПОСІБ ЖИТТЯ МОЛОДІ

Стать Ч \ Ж (підкреслити)				
Дата заповнення (число, місяць, рік) _____ Дата народження _____				
1. Характеристика сім'ї				
Вік батьків:	мати: <input type="checkbox"/>	батько: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мають постійне місце роботи:	мати: <input type="checkbox"/>	батько: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кількість дітей у сім'ї:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сім'я мешкає у :	власному будинку <input type="checkbox"/>	окремій квартирі <input type="checkbox"/>	гуртожитку <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Освіта:	неповна середня	середня	середня спеціальна	вища
Мати	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Батько	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Навчально-виховний процес				
2.1. У середньому я витрачаю на підготовку до занять (вдома чи в бібліотеці)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
год				
2.2. Я вважаю, що моє навчальне навантаження:				
низьке <input type="checkbox"/>	дещо перебільшене <input type="checkbox"/>	велике <input type="checkbox"/>	дуже велике <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. Моя загальна працездатність упродовж навчального дня:				
погіршується <input type="checkbox"/>	не змінюється <input type="checkbox"/>	поліпшується <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Моя загальна працездатність упродовж навчального тижня:				
погіршується <input type="checkbox"/>	не змінюється <input type="checkbox"/>	поліпшується <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. Моя зацікавленість у навчанні:				
низька <input type="checkbox"/>	середня <input type="checkbox"/>	висока <input type="checkbox"/>	ще вища <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6. Які ознаки втрати уваги у вас виникають під час навчання:				
погіршення самопочуття <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	нестійкість настрою <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
зниження працездатності <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	підвищення дратівливості <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
погіршення уваги <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	нервові напруження <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

жодної ознаки інші (вказати які)

3. Вільний час

3.1. У вільний час я відаю перевагу:

читанню <input type="checkbox"/>	слуханню музики <input type="checkbox"/>	майструванню, шиттю <input type="checkbox"/>
перегляду TV <input type="checkbox"/>	спілкуванню з друзями <input type="checkbox"/>	грі на комп'ютері <input type="checkbox"/>
танцям <input type="checkbox"/>	заняттю спортом <input type="checkbox"/>	інше (чому саме вказати) <input type="checkbox"/>

3.2. У буденні дні я знаходжусь на свіжому повітрі:

менше 2-х год від 2 до 3 год від 3 до 4 год більше 4 год

3.3. Ви коли-небудь палили цигарки або трубку (навіть 1-2 затяжки)? так ні

3.4. З якого віку Ви палите? (вказати) _____

3.5. Як часто ви палите:

кожен день <input type="checkbox"/>	декілька разів на тиждень <input type="checkbox"/>
1 раз на тиждень <input type="checkbox"/>	не палю взагалі <input type="checkbox"/>

3.6. Скільки цигарок за день ви палите (штук)

3.7. Я вважаю, що палять (вибери не більше 2 – 3 відповідей):

із-за нудьги, бо нічим зайнятися <input type="checkbox"/>	підкоряються тим, хто їм пропонує палити <input type="checkbox"/>
так можна заслужити повагу однолітків <input type="checkbox"/>	над тими, хто відмовляється – підсміюються <input type="checkbox"/>
щоб підняти настрій, забути про неприємності <input type="checkbox"/>	роблять це за звичкою <input type="checkbox"/>

3.8. Яке Ваше відношення до курців? Негативне позитивне індиферентне

3.9. Як Ви сприймаєте молодих дівчат, які палять? Негативно позитивно індиферентно

3.10. Як Ви сприймаєте молодих мам, які палять? Негативно позитивно індиферентно

3.11. Хотіли Ви, щоб Ваша (Ваш) дружина (чоловік) палила (палив) цигарки? Так Ні дуже

3.12. Як Ви себе почувате у одному приміщенні з курцем та у кімнаті, де є тютюновий дим?

Погано Дуже інфферентно

3.13. Ви коли-небудь пробували алкогольні напої так ні

3.14. Як часто і які саме алкогольні напої ви вживаєте (пиво, вино, горілка):

	кожен день	кожну неділю	кожен місяць	менше одного разу на місяць	ніколи
пиво	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
вино	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
горілка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.15. Чи були ви в стані сильного алкогольного сп'яніння:

ніколи одного разу 2-3 рази 4-10 разів більше 10 разів

3.16. Я вважаю, що вживають алкоголь (вибери не більше 2 – 3 відповідей):

із-за нудьги, бо нічим зайнятися підкоряються тим, хто їм пропонує пити

так можна заслужити повагу однолітків щоб підняти настрій

забути про неприємності роблять це за звичкою

над тими, хто відмовляється – підсміюються щоб відсвяткувати свято, урочисту подію.

3.17. Ви коли-небудь пробували наркотики чи токсичні речовини так ні

3.18. Я думаю, що серед моїх друзів таких, хто хоча б раз пробували наркотики чи токсичні речовини (вибери відповідь):

немає 1-2 чол. третина знайомих біля половини більшість

3.19. Я вважаю, що пробують наркотики чи токсичні речовини (вибери відповідь):

із-за нудьги, бо нічим зайнятися підкоряються тим, хто їм пропонує палити

так можна заслужити повагу однолітків щоб підняти настрій

забути про неприємності роблять це за звичкою

над тими, хто відмовляється – підсміюються із-за цікавості, хочуть знати що це таке

4. Харчування.

4.1. Скільки разів протягом дня ви вживаєте їжу:

1 раз в день 2 рази в день 3 рази на день інше (вказати скільки)

4.2. Продукти яких груп і скільки разів на тиждень ви вживаєте

	кожен день	2-3 рази на тиждень	1 раз на тиждень	по святкам:
м'ясні	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

риба та морепродукти	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
молочні продукти	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
овочі (крім картоплі)				
картопля	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
макарони, каші, крупи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
фрукти, соки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
солодощі				

5. Фізична активність.

5.1. Ви займаєтесь будь-яким видом спорту, танцями (вказати вид спорту):

займаюсь у секції не займаюсь нічим займаюсь самостійно

5.2. Скільки годин ви витрачаєте на заняття спортом:

за день протягом тижня скільки років

5.3. Заняття з фізичного виховання:

відвідую не відвідую люблю не люблю

5.4. Займаюсь:

коригуючою гімнастикою лікувальною фізкультурою ранковою гігієнічною гімнастикою

5.5. Поза вузом: як часто, займаючись фізичною діяльністю у вільний час, Ви маєте задуху, потієте

кожен день 4-6 разів на тиждень 1 раз на тиждень

1 раз в місяць менше 1 разу в місяць ніколи

5.6. Я працюю:

протягом всього року на канікулах інколи ніколи

5.7. В домашньому господарстві я зайнятий(та):

кожен день регулярно рідко ніколи

6. Стан здоров'я

6.1. На скільки ви відчуваєте себе здоровим:

повністю здоровий майже здоровий не достатньо здоровий

6.2. За останній місяць ви приймали ліки від:

кашлю за ди
головного болю б р у шлунку
безсоння н вості

вітамінні

і **6.3. За останні 6 місяців як часто ви відчуваєте:**

	майже кожен день	більше, ніж 1 раз на тиждень	майже кожну неділю	майже кожен місяць	майже ніколи
головний біль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
біль у шлунку	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
біль у спині	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
біль у ногах поганій сонній	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
дратівливість	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
нервовість	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Дякуємо за відповідь!

Додаток Ж

АНКЕТА 2

Шановний респондент!

Уважно прочитайте кожне питання та позначте варіант відповіді, яка найбільше відповідає Вашому уявленню про проблеми збереження здоров'я. Припустимим є вибір декількох варіантів відповіді з обов'язковим позначенням ступеню важливості обраних варіантів (у вигляді рангів 1, 2, 3 тощо).

Просимо не залишати жодного твердження без відповіді

Ви - житель міста селі

стать: жіноча чоловіча

вік:

I частина

1. Які з перелічених умов Ви вважаєте найбільш важливими для щасливого життя?

Оберіть три найголовніші за рангами 1, 2, 3:

а) матеріальне благополуччя;

б) якісна освіта;

в) добре здоров'я;

г) приваблива зовнішність;

д) улюблена робота;

е) благополуччя в родині;

є) можливість спілкуватися з цікавими людьми;

ж) свобода та незалежність (можливість самостійно планувати власне життя та реалізовувати бажання).

2. Які умови збереження здоров'я Ви вважаєте найбільш важливими (оберіть 5 найважливіших за рангами 1, 2, 3,.....)?

- а) добра спадковість;
- б) сприятливі екологічні фактори;
- в) дотримання норм здорового способу життя;
- г) можливість консультиватися та лікуватися у кваліфікованого лікаря;
- д) знання про те, як піклуватися про власне здоров'я;
- е) систематичні заняття спортом;
- є) відсутність фізичних та розумових перевантажень;
- ж) достатнє матеріальне забезпечення для повноцінного харчування, занять спортом;

3. Що визначило Ваше ставлення до здоров'я, як до однієї з цінностей життя?

- а) предмет охорона здоров'я, валеологія;
- б) діяльність Вашого навчального закладу, як Школи сприяння здоров'ю;
- в) робота класного керівника, куратора;
- г) родинне виховання

4. Інформацію про те, як піклуватися про здоров'я, Ви вважаєте (оберіть лише один варіант відповіді):

- а) цікавою і корисною;
- б) не особливо цікавою і корисною;
- в) досить цікавою і корисною;

г) нудною та непотрібною.

5. Звідки Ви дізнаєтеся про те, як піклуватися про власне здоров'я:

- а) від батьків;
- б) від друзів;
- в) з книжок та журналів;
- г) з телепередач, мережі Інтернету;
- д) від лікаря;

6. Що з перерахованого нижче щоденно присутнє в Вашому розпорядку дня?

- а) ранкова зарядка;
- б) сніданок;
- в) обід;
- г) вечеря;
- д) прогулянка на свіжому повітрі;
- е) сон не менше 8 годин;
- є) заняття спортом;
- ж) душ, ванна.

7. Як часто у Вашому закладі на заняттях проводяться фізкультхвилинки?

- а) часто, майже на кожному;
- б) час від часу, лише інколи;
- в) тільки на заняттях з охорони здоров'я;
- г) у край рідко, один-два рази на місяць;
- д) не проводяться

8. Чи проводяться на заняттях вправи з профілактики порушень зору?

- а) так, проводяться щоденно;
- б) так, на заняттях з охорони здоров'я;
- в) так, на заняттях інформатики;
- г) час від часу;
- д) не проводяться

9. До кого Ви зазвичай звертаєтеся за допомогою у скрутних ситуаціях (визначте пріоритети):

- а) до батьків (вирішуємо проблеми вдома, у родині);
- б) до вчителів;
- в) до друзів;
- г) до психолога;
- д) до класного керівника, куратора;
- е) до родичів;
- є) до спеціалістів поза навчальним закладом;

10. Як часто проводяться позанавчальні заходи з формування здорового способу життя у Вашому навчальному закладі?

- а) часто;
- б) іноді;
- в) не проводяться.

11. Якщо проводяться, вкажіть які:

- а) тренінги;
- б) лекції про те, як турбуватися про власне здоров'я;

- в) показ фільмів на цю тему;
- г) спортивні змагання, ігри;
- д) вікторини, конкурси;
- е) свята;
- є) дні здоров'я;
- ж) походи;
- з) зустрічі з лікарями, інспекторами ДАІ, пожежниками;

12. Чи потрібні Вам додаткові знання з питань збереження та зміцнення здоров'я дітей, підлітків, молоді?

- а) так;
- б) ні.

II частина (Опитувальник «SF-36 Health Status Survey» [0038, 0039])

1. У цілому Ви оцінили б стан Вашого здоров'я як: (обведіть одну цифру)

- 5– відмінний;
- 4 – дуже гарний;
- 3 – гарний;
- 2 – посередній;
- 1 – поганий

2. Як би Ви в цілому оцінили своє здоров'я зараз порівняно з тим, що було рік тому? (обведіть одну цифру)

- 1 – значно краще, ніж рік тому;
- 2 – трохи краще, ніж рік тому;
- 3 – приблизно таке ж, як рік тому;

4 – дещо гірше, ніж рік тому;

5 – набагато гірше, ніж рік тому.

3. Чи обмежує Вас стан Вашого здоров'я в даний час у виконанні перерахованих нижче фізичних навантажень? Якщо так, то якою мірою? (обведіть одну цифру у кожному рядку)

Вид фізичної активності	Так, значно обмежує	Так, трохи обмежує	Ні, зовсім не обмежує
А. Важкі фізичні навантаження такі як біг, підняття важких предметів, заняття силовими видами спорту	1	2	3
Б. Помірні фізичні навантаження, такі як пересунути стіл, попрацювати з пирососом, збирати гриби чи ягоди	1	2	3
В. Підняти або нести сумку з продуктами	1	2	3
Г. Піднятися пішки по сходах на кілька прольотів	1	2	3
Д. Піднятися пішки по сходах на один проліт	1	2	3
Е. Нахилитися, стати на коліна, присісти навпочіпки	1	2	3
Ж. Пройти відстань більше одного кілометра	1	2	3
З. Пройти відстань у кілька кварталів	1	2	3
І. Пройти відстань в один квартал	1	2	3
К. Самостійно вимитися, одягтися	1	2	3

4. Чи бувало за останні 4 тижні, що Ваш фізичний стан викликав труднощі у Вашій роботі або іншій звичайній повсякденній діяльності, внаслідок чого: (обведіть одну цифру у кожному рядку)

Вид обмеження діяльності	Так	Ні
А. Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу чи інші справи	1	2
Б. Виконали менше, ніж хотіли	1	2
В. Ви були обмежені у виконанні якого-небудь певного виду роботи або іншої діяльності	1	2
Г. Були труднощі при виконанні своєї роботи або інших справ (наприклад, вони потребували додаткових зусиль)	1	2

5. Чи бувало за останні 4 тижні, що Ваш емоційний стан викликав труднощі у Вашій роботі або іншій звичайній повсякденній діяльності, внаслідок чого:
(обведіть одну цифру у кожному рядку)

Вид обмеження діяльності	Так	Ні
А. Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу чи інші справи	1	2
Б. Виконали менше, ніж хотіли	1	2
В. Виконували свою роботу чи інші справи не так акуратно, як зазвичай	1	2

6. Наскільки Ваш фізичний або емоційний стан протягом останніх 4 тижнів заважав Вам проводити час з сім'єю, друзями, сусідами або в колективі?
(обведіть одну цифру)

1 – зовсім не заважав;

2 – трохи;

3 – помірно;

4 – сильно;

5 – дуже сильно.

**7. Наскільки сильний фізичний біль Ви відчували за останні 4 тижні?
(обведіть одну цифру)**

1 – зовсім не відчував (ла);

2 – дуже слабкий;

3 – слабкий;

4 – помірний;

5 – сильний;

6 – дуже сильний.

**8. До якої міри біль протягом останніх 4 тижнів заважав Вам займатися
Вашою нормальною роботою (включаючи роботу поза домом і вдома)?
(обведіть одну цифру)**

1 – зовсім не заважав;

2 – трохи;

3 – помірно;

4 – сильно;

5 – дуже сильно.

**9. Як Ви себе почували і яким був Ваш настрій протягом останніх 4
тижнів. Будь ласка, на кожне питання дайте одну відповідь, що найбільше
відповідає Вашим відчуттям. (обведіть одну цифру у кожному рядку)**

Відчуття	Весь час	Більшу частину часу	Часто	Іноді	Рідко	Жодного разу
А. Ви відчували себе бадьорим(ою)?	1	2	3	4	5	6
Б. Ви сильно нервували?	1	2	3	4	5	6
В. Ви відчували себе таким (ою) пригніченим (ою), що ніщо не могло Вас підбадьорити?	1	2	3	4	5	6
Г. Ви відчували себе спокійним (ою)?	1	2	3	4	5	6
Д. Ви відчували себе повним (ою) сил і енергії?	1	2	3	4	5	6
Е. Ви відчували себе пригніченим (ою) і сумним (ою)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Ви відчували себе змученим (ою)?	1	2	3	4	5	6
З. Ви відчували себе щасливим (ою)?	1	2	3	4	5	6
І. Ви відчували себе стомленим (ою)?	1	2	3	4	5	6

10. Як часто протягом останніх 4 тижнів Ваш фізичний або емоційний стан заважав Вам активно спілкуватися з людьми (відвідувати друзів, родичів і т. п.)? (обведіть одну цифру)

1 – весь час;

2 – значну частину часу;

3 – іноді;

4 – рідко;

5 – жодного разу.

11. Наскільки вірним або невірним по відношенню до Вас є кожне з нижче перелічених тверджень? (обведіть одну цифру у кожному рядку)

Твердження	Вірно	В	Не знаю	В	Невірно
		основному вірно		основному у невірному	
А. Мені здається, що я більш схильний до хвороб, ніж інші	1	2	3	4	5
Б. Моє здоров'я не гірше, ніж у більшості моїх знайомих	1	2	3	4	5
В. Я очікую, що моє здоров'я погіршиться	1	2	3	4	5
Г. У мене відмінне здоров'я	1	2	3	4	5

Дякуємо за співпрацю!

Додаток Ж, Анкета 3

Навчально - науковий інститут фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка

Кафедра медико-біологічних основ фізичної культури

Анкета «Про репродуктивне здоров'я - відверто»

Вік

Стать

місце постійного проживання до вступу у ВНЗ обласний центр районний центр село

Вік батьків: мати: _____, батько: _____

Мають постійне місце роботи: *мати*: так ні, *батько*: так ні

Ви коли-небудь палили цигарки або трубку (навіть 1-2 затяжки)? так ні

З якого віку Ви палите? (вказати) _____

Хотіли Ви, щоб Ваша (Ваш) дружина (чоловік) палила (палив) цигарки? Так Ні Байдуже

Ви займаєтесь будь-яким видом спорту, танцями (вказати вид спорту):

займаюсь у секції не займаюсь нічим займаюсь самостійно

Скільки годин ви витрачаєте на заняття спортом:

за день протягом тижня скільки років _____

Вкажіть місце постійного проживання до вступу у ВНЗ або до приїзду у м. Суми (відмітити позначкою)

- сімейне положення: (зробіть помітку)
незаміжня
у шлюбі
не зареєстрований шлюб
одинока

- Чи були у житті статеві контакти? так ні
- Вік початку статевого життя
- Вік початку менархе
- Причини сексуального дебюту:

- 1) кохання
- 2) цікавість
- 3) випадковість
- 4) не відстати від подруг



5)примушення

6)заробіток

так

ні

6. Чи жалкуєте про ранній статевий зв'язок?
7. Чи є у Вас хронічні захворювання? *(зробіть помітку)*
 системи травлення
 системи дихання
 очей, серцево-судинної системи
 опорно-рухового апарату
 статевої системи: запальні захворювання ерозія шийки матки хронічні
 гінекологічні хвороби
8. Чи користуєтеся методами контрацепції...*(зробіть помітку)*?
 презерватив
 календарний ритм
 гормональні контрацептиви
 кілька методів
9. Чи була вагітність? так ні
10. Чим завершилася вагітність *(зробіть помітку)*?
 пологи
 викидні
 аборт медичний
11. Де Ви отримуєте спеціалізовану медичну допомогу гінекологічного профілю *(зробіть помітку)*?
 1) дитячі, підліткові кабінети
 2)центр планування сім'ї
 3)приватні кабінети
 4)шкірно-венерологічний диспансер
 5)під час профілактичних медичних оглядів гінекологом школярів, студентів.
12. Яка кількість дітей, на Вашу думку, повинна бути «ідеальною» у родині (без урахування
 Вашої конкретної життєвої ситуації і особистісних переваг)?
- 12.За умови **необхідної якості життя**, скільки дітей Ви хотіли б мати у своїй родині?
13. Скільки дітей Ви хотіли б мати у своїй сім'ї **на сьогодні (запланувати до кінця репродуктивного періоду з урахуванням Ваших життєвих обставин)**?
14. Що, на Вашу думку, є перешкодою для народження бажаного числа дітей?
 1) проблеми зі здоров'ям
 2)низький матеріальний статок сім'ї
 3) соціально-психологічний дискомфорт
 4)неповна сім'я

Показники фізичного розвитку та функціонального стану

Довжина тіла	
Маса тіла	

Окружність грудної клітки	
Каліперометрія :	
Кисть	
Живіт	
Під лопаткою	
Задня поверхня плеча	
ЧСС	
САТ	
ДАТ	

Особливості менструального циклу (зробіть позначення)

1. Нормальної тривалості і незначної крововтрати
2. Тривалий
3. Із сильними болями
4. Затримка МЦ
5. Частий МЦ
6. Значні крововтрати
7. Дуже незначні виділення

Передменструальний синдром (зробіть позначення)

1. Роздратованість
2. Нервозність
3. Депресія
4. Менструальний цикл з болями
5. набряки на обличчі
6. порушення сну
7. Серцебиття
8. Діарея (понос)



Анкета

Для відповідей на питання Вам буде необхідно 5 хвилин. Дуже велике прохання відповідати правдиво. Анкета є анонімною і це гарантує конфіденційність отриманих даних.

1. Ваша стать

- Ч
- Ж

2. Ваш вік

- 14-16
- 17-19
- 20-22
- 23-25

3. Чи вважаєте Ви себе досить інформованою людиною щодо питань статевого виховання?

- Так
- Ні

4. З яких джерел Ви отримуєте інформацію про сексуальні відносини?

- Однолітки і друзі
- ЗМІ, Інтернет
- Бесіди з батьками
- Заняття у закладах освіти
- Медична література

5. У якому віці Ви мали перший сексуальний досвід?

- До 13 років
- 13-14 років
- 15-16 років
- 17-18 років
- 19-20 років
- Після 20 років

8. Як часто Ви користуєтеся методами контрацепції?

- Не маю сексуального досвіду
- Постійно
- Іноколи
- Ніколи

9. Яким методам контрацепції Ви надаєте перевагу?

- Презервативи
- Таблетовані контрацептиви
- Сперміцидні контрацептиви
- Народні методи контрацепції
- Не маю сексуального досвіду
- Не використовую контрацептиви

10. Що було причиною першого сексуального досвіду?

- Почуття кохання
- Цікавість
- Бажання бути дорослим
- Алкогольне сп'яніння
- Статевий потяг
- Примушення до статевого зв'язку
- Не имею сексуального опыта
- Інше

11. Чи знаєте Ви свій ВІЧ-статус (проходили тестування на ВІЧ)?

- Так
- Ні

- Не маю сексуального досвіду

6. Скільки у Вас було статевих партнерів?

- Не маю сексуального досвіду
- 1
- 2-5
- 5-10
- Більше 10

7. Чи були у Вас коли-небудь випадкові статеві зв'язки?

- Ні
- Так
- Не маю сексуального досвіду

- Не вважаю за необхідне

12. Чи хотіли б Ви отримати інформацію про статеве виховання?

- Ні
- Так, послухати лекцію
- Так, прийняти участь у тренінгу
- Так, отримати буклети і літературу

Дякуємо за Вашу участь в опитуванні!!

Додаток Ж, опитувальник 1

МОТИВАЦІЙНА СПРЯМОВАНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ НА ДОСЯГНЕННЯ УСПІХУ []

Інструкція: «Вам буде запропоновано 41 питання, на кожне з яких дайте відповідь «так» або «ні».

Прізвище, ім'я _____ вік стать

№	Питання	Так	Ні
1.	Коли є вибір між двома варіантами, його краще зробити швидше, ніж відкласти на певний час.		
2.	У мене легко виникає роздратованість, коли помічаю, що не можу на всі 100% виконати завдання.		
3.	Коли я працюю, це виглядає так, ніби я все ставлю на карту.		
4.	Коли виникає проблемна ситуація, я найчастіше приймаю рішення одним з останніх.		
5.	Коли у мене два дні підряд немає справи, я втрачаю спокій.		
6.	У деякі дні мої успіхи нижче середніх.		
7.	По відношенню до себе я більш строгий, ніж по відношенню до інших		
8.	Я більш доброзичливий, ніж інші.		
9.	Коли я відмовляюся від важкого завдання, я потім суворо засуджую себе, бо знаю, що в ньому я домогся б успіху.		
10.	У процесі роботи я потребую невеликих пауз для відпочинку.		
11.	Старанність - це не основна моя риса.		
12.	Мої досягнення в праці не завжди однакові.		
13.	Мене більше приваблює інша робота, ніж та, якою я зайнятий.		
14.	Осуд стимулює мене сильніше, ніж похвала.		
15.	Я знаю, що мої колеги вважають мене діловою людиною.		
16.	Перешкоди роблять мої рішення більш твердими.		
17.	У мене легко викликати честолюбство.		
18.	Коли я працюю без натхнення, це зазвичай помітно.		
19.	При виконанні роботи я не розраховую на допомогу інших		
20.	Іноді я відкладаю те, що повинен був зробити зараз.		
21.	Потрібно покладатися тільки на самого себе.		
22.	У житті мало речей, важливіших, ніж гроші.		
23.	Завжди, коли мені треба буде виконати важливе завдання, я ні про що інше не думаю.		
24.	Я менш честолюбний, ніж багато інших.		
25.	Наприкінці відпустки я зазвичай радію, що скоро вийду на роботу.		
26.	Коли я налаштований на роботу, я роблю її краще і більш кваліфіковано, ніж інші		
27.	Мені простіше і легше спілкуватися з людьми, які можуть наполегливо працювати		
28.	Коли у мене немає справ, я відчуваю, що мені не по собі.		
29.	Мені доводиться виконувати відповідальну роботу частіше, ніж іншим.		
30.	Коли мені доводиться приймати рішення, я намагаюся робити це якомога краще		
31.	Мої друзі іноді вважають мене ледачим		
32.	Мої успіхи в якійсь мірі залежать від моїх колег		
33.	Безглуздо протидіяти волі керівника		
34.	Іноді не знаєш, яку роботу доведеться виконувати		
35.	Коли щось не ладиться, я нетерплячий		
36.	Я зазвичай звертаю мало уваги на свої досягнення		
37.	Коли я працюю разом з іншими, моя робота дає великі результати, ніж роботи інших		
38.	Багато чого, за що я беруся, я не доводжу до кінця		
39.	Я заздрю людям, які не завантажені роботою		
40.	Я не заздрю тим, хто прагне до влади і положенню		
41.	Коли я впевнений, що стою на правильному шляху, для доведення своєї правоти я йду аж до крайніх заходів		

Ступінь вираженості мотивації до успіху оцінюється кількістю балів, які збігаються з ключем:

По 1 балу нараховується за відповіді «так» на наступні питання:

2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 37, 41.

Також нараховується по 1 балу за відповіді «ні» на питання:

6, 19, 18, 20, 24, 31, 36, 38,39.

Відповіді на питання **1,11, 12,19, 28, 33, 34, 35,40** не враховуються.

Далі підраховується сума набраних балів.

Аналіз результату проводили за такими критеріями: від 1 до 10 балів – низька мотивація до успіху; від 11 до 16 балів – середній рівень мотивації; від 17 до 20 балів – помірковано високий рівень мотивації; понад 21 бал – занадто високий рівень мотивації до успіху.

Додаток Ж, опитувальник 2

Методика «Оцінка емоційного статусу»

(СЕДНЕВ В.В., ЗБАРСКИН З.Г., БУРЦЕВ А.К.) [199]

Дата народження _____ курс _____

№	Твердження	Так	Ні
1	Тобі буває дуже сумно		
2	Іноді тобі хочеться плакати просто так		
3	Тобі іноді буває страшно ні від чого		
4	Ти спиш добре й спокійно		
5	Ровесники (<i>друзі</i>) не бажають з тобою спілкуватися		
6	Часто тобі зовсім не хочеться їсти		
7	Тобі буває зовсім не цікаво займатися чим-небудь, дивитись телевізор		
8	Ти відчуваєш себе сильним		
9	Часто у тебе болить голова чи живіт		

10	Ти втомлюєшся дужче інших своїх однолітків (<i>друзів</i>)		
11	Іноді ти буваєш поганим		
12	У колективі тебе не люблять		
13	Викладачі (<i>керівники</i>) до тебе прискіпливі		
14	З <i>друзями</i> тобі скучно і не цікаво		
15	Іноді у тебе бувають жахливі сни		
16	Ти веселий		
17	Ти боїшся навчального закладу та викладачів (<i>керівників</i>)		
18	Тобі важко виконувати домашнє завдання (<i>додаткову роботу</i>)		
19	Ти часто забуваєш те, що вивчив (<i>запам'ятав</i>)		
20	Тобі часто хочеться спати		
21	Ти часто відволікаєшся на заняттях (<i>під час виконання роботи, що потребує зосередженості</i>)		
22	Ти не любиш чекати на щось		
23	Ти не можеш довго бути активним		
24	Тобі говорять, що ти погано запам'ятовуєш		
25	Тобі важко довго дивитись телевізор чи читати		
26	Ти почав менше спілкуватися з друзями, ніж раніше		
27	Ти погано розумієш те, що читаєш		
28	У тебе холодні руки і ноги, навіть у теплу погоду		
29	Тебе легко скривдити		
30	Іноді ти вранці відчуваєш втому, після сну болить голова		
31	Іноді у тебе паморочиться голова		
32	Ти часто просинаєшся вночі		

33	Ти втомлюєшся від спілкування з друзями		
34	У тебе часто пітніють долоні		
35	Тобі важко заснути від різних думок		
36	У тебе бувають болі		
37	Буває, що тебе “вкачує” у автобусі, автомобілі, тролейбусі чи трамваї		
38	Ти часто сваришся з рідними та друзями		
39	Тобі часто говорять, що ти маєш конфліктний характер		
40	Ти став гірше навчатися (<i>виконувати професійні завдання</i>), ніж раніше		
41	Тебе іноді нудить		

Опитувальник охоплює 6 шкал які відображають основні аспекти прояву невротичних розладів – депресії, астенії, порушень поведінки, вегетативних порушень, порушень сну та тривожності.

Шкала депресії описує основні прояви депресивних розладів. Основні прояви полягають у зниженні життєвого тону, низькій самооцінці, уповільненості темпу мислення, рухової обмеженості, почутті пригніченості.

Шкала астенії виявляє найбільш типові порушення уваги, мислення, пам'яті та працездатності, що характерні для астеничного синдрому.

Шкала емоційної лабільності – для виявлення найбільш яскравих, гіперстенічних форм порушень емоційної сфери, що проявляється, як правило, агресивністю, непокірністю, антидисциплінарними вчинками.

Шкала вегетативних порушень призначена для діагностики порушень балансу вегетативної нервової системи. Шкала порушень сну виявляє зміни, які виступають найбільш вираженими феноменами депресивного або астеничного порушення.

Шкала тривожності оцінює загальний стан емоційного переживання очікування неприємностей, передчуття загрози, як показників інтенсивності психологічного адаптаційного процесу.

Після заповнення бланків, відповіді співставлялися з ключем і визначалися з урахуванням коефіцієнтів нормування [202]. Отримані результати оцінені у балах: 16-20 – високий рівень ризику наявності певного клінічного симптомокомплексу; 12-15 – середній рівень ризику або тенденція до підвищення, виявлення певного симптомокомплексу; до 11 балів включно – низький рівень ризику формування певного клінічного симптомокомплексу

Додаток Ж, опитувальник 3

Шкала ситуативної тривожності

П. І. П. _____ . Вік _____ статі

Дата проведення _____

Інструкція: Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і позначте відповідь праворуч залежно від того, як ви себе відчуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

Пам'ятайте, що в кожному рядку повинна бути тільки одна позначка!

№пп	Судження	Ні, це зовсім не так	Мабуть так	Вірно	Абсолютно вірно
1	Ви спокійні	1	2	3	4
2	Вам ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Ви знаходитесь в напрузі	1	2	3	4
4	Ви відчуваєте співчуття	1	2	3	4
5	Ви відчуваєте себе вільно	1	2	3	4
6	Ви засмучені	1	2	3	4
7	Вас хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Ви відчуваєте себе людиною, яка добре відпочила	1	2	3	4
9	Ви стривожені	1	2	3	4
10	Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Ви впевнені в собі	1	2	3	4
12	Ви нервуєте	1	2	3	4

13	Ви не знаходите собі місця	1	2	3	4
14	Ви напружені	1	2	3	4
15	Ви не відчуваєте скутості і напруги	1	2	3	4
16	Ви задоволені	1	2	3	4
17	Ви стурбовані	1	2	3	4
18	Ви дуже збуджені і Вам не по собі	1	2	3	4
19	Вам радісно	1	2	3	4
20	Вам приємно	1	2	3	4

Опитувальник « Б » оцінка особистісної тривожності
Пам'ятайте, що в кожному рядку повинна бути тільки одна позначка!

№пп	Судження	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1	Ви відчуваєте задоволення	1	2	3	4
2	Ви швидко втомлюєтеся	1	2	3	4
3	Ви легко можете заплакати	1	2	3	4
4	Ви хотіли б бути такою ж щасливою людиною, як і інші	1	2	3	4
5	Буває, що Ви програєте через те, що недостатньо швидко приймаєте рішення	1	2	3	4
6	Ви відчуваєте себе бадьорим чоловіком	1	2	3	4
7	Ви спокійні, холонокровні і зібрані	1	2	3	4
8	Очікування труднощів дуже турбує Вас	1	2	3	4
9	Ви занадто переживаєте через дрібниці	1	2	3	4
10	Ви буваєте цілком щасливі	1	2	3	4
11	Ви приймаєте все занадто близько до серця	1	2	3	4
12	Вам не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13	Ви відчуваєте себе в безпеці	1	2	3	4
14	Ви намагаєтеся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15	У Вас буває нудьга, туга	1	2	3	4
16	Ви буваєте задоволені	1	2	3	4

17	Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють Вас	1	2	3	4
18	Ви так сильно переживаєте розчарування, що потім не можете забути	1	2	3	4
19	Ви врівноважена людина	1	2	3	4
20	Вас охоплює сильне занепокоєння, коли Ви думаєте про свої справи і турботи	1	2	3	4

Ситуативна тривожність (СТ) визначалася по ключу: $СТ = (3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) - (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) + 50 =$

Особистісна тривожність (ОТ) визначалася по ключу: $ЛТ = (2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20) - (1, 6, 7, 10, 13, 16, 19) + 35 =$

Інтерпретація теста тривожності Спілберґера - Ханіна: до 30 балів – низька; 31-45 балів – середня; 46 балів і більше – висока тривожність.

Додаток Ж, опитувальник 4

ОПИТУВАЛЬНИК САНДРИ БЕМ

Інструкція до тесту «визначте у списку ті якості, які, на вашу думку, є у вас».
текст опитувальника: "Я ЛЮДИНА, ЯКА..."

№	ПИТАННЯ	ТАК	НІ	№	ПИТАННЯ	ТАК	НІ
1	яка вірить у себе			31	швидка у прийнятті рішень.		
2	яка уміє уступати			32	може співчувати		
3	здатна допомогти			33	щира		
4	схильна захищати свої погляди			34	покладається тільки на себе (самодостатня)		
5	життєрадісна			35	здатна утішити		
6	понура			36	тщеславна		
7	незалежна			37	владна		
8	сором'язлива			38	має тихий голос		

9	совісна			39	приваблива		
10	атлетична			40	мужня		
11	ніжна			41	Тепла, сердечна		
12	театральна			42	Урочиста, важна		
13	напориста			43	яка має власну позицію		
14	любить лестощі			44	м'яка		
15	щаслива			45	уміє дружити		
16	сильна особистість			46	агресивна		
17	відданий			47	довірлива		
18	непередбачувана			48	мало результативна		
19	сильна			49	схильна вести за собою		
20	має риси жіночності			50	інфантильна		
21	надійна			51	вміє пристосовуватися		
22	аналітична			52	індивідуаліст		
23	яка уміє співчувати			53	не любить брутальних слів		
24	ревнива			54	не систематична		
25	схильна до лідерства			55	має змагальний характер		
26	підкується про людей			56	любить дітей		
27	пряма, правдива			57	тактична		
28	схильна до ризику			58	амбіційна, честолюбива		
29	розуміє інших			59	спокійна		
30	скритна			60	традиційна, схильна до умовностей		

Показники маскулінності (M) і фемінінності (F) обчислювалися так:

- сума балів по маскулінності ділиться на 20 - це M,
- сума балів по фемінінності ділиться на 20 - це F.

Обчислюється також IS (основний індекс) за формулою:

$$IS = (F - M) * 2,322.$$

Відповідь респондентки дозволяло включити її до однієї з п'яти категорій:

1. IS менше -2,025: яскраво виражена маскулінність.
2. IS менше - 1: маскулінність;
3. IS від -1 до +1: андрогінність;
4. IS більше +1: фемінність;
5. IS більше +2,025: яскраво виражена фемінність.

Додаток З

Таблиця 3.1

Динаміка викидів в атмосферне повітря (Сумська область)

Роки	<i>Викиди в атмосферне повітря, тис.т.</i>			
	<i>У цілому</i>	<i>в т. ч. стаціонарними джерелами,</i>	<i>в т. ч. пересувними джерелами</i>	<i>обсяг викидів на 1 особу</i>
2016	19,81	19,81	**	
2015	57,89	17,50	40,39	
2014	70,378	26,973	43,405	62,6
2013	77,531	30,532	46,999	68,4
2012	80,154	30,227	49,927	70,1
2011	87,979	35,930	52,049	76,0
2010	88,884	31,668	57,216	
2009	83,349	29,185	54,164	
2000 *	81,028	26,265	54,763	
1999	60,2	24,8	35,4	
1998	67,3	25,1	42,2	
1997	75,6	29,4	46,2	
1996	86,4	33,7	52,7	
1995	100,3	42,5	57,8	

1994	118,7	52,3	66,4	
1993	175,0	75,1	99,9	
1992	194,3	85,0	109,9	
1991	243,6			
1990	291,3			
1989	278,4			
1988	273,2			
1987	279,4			
1986	287,2			
1985	296,3			
1984	311,5			

Примітка: * У 2000 р. наводяться дані щодо викидів шкідливих речовин від стаціонарних джерел забруднення та автотранспорту; починаючи з 2005 р. включені дані щодо викидів від залізничного, авіаційного транспорту, а з 2007 р. – від виробничої техніки

** Розрахунок викидів від пересувних джерел, у т.ч автотранспорту за 2016 рік територіальними органами державної статистики не проводиться згідно з «Технологічна програма державних статистичних спостережень на 2017 рік», затвердженої наказом Державної служби статистики України від 13.05.2017 № 110.

Таблиця 3.2

Динаміка викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення по окремих населеним пунктам та районах Сумської області (тис. т) [210]

Райони та населені пункти	2016	2015	2014	Збільшення/зменшення	Обсяги викидів у 2016 р. до 2014р., %	Нормоване значення	Ранг регіону
				викидів у 2016 р. проти 2014 р., тонн			
Всього	19811,3	17497,31	26972,986	-7161,686	-26,55		
м. Суми	7042,783	6487,932	8855,384	-1812,601	-20,47	1,000	1
м. Охтирка	708,375	595,49	594,103	114,272	19,23	0,238	2
м. Глухів	127,64	120,816	125,302	2,338	1,87	0,043	3
м. Конотоп	279,294	282,822	224,495	54,799	24,41	0,094	2
м. Лебедин	56,871	72,305	40,353	16,518	40,93	0,019	3
м. Ромни	180,834	181,319	163,045	17,789	10,91	0,061	3
м. Шостка	388,381	279,74	549,423	-161,042	-29,31	0,131	2
Охтирський р-н.	2973,214	3029,398	3411,258	-438,044	-12,84	1,000	1
Білопільський р-н.	142,534	101,837	53,772	88,762	165,07	0,048	3
Буринський р-н	45,341	52,656	52,457	-7,116	-13,57	0,015	3
Великописарівський	39,884	54,197	0,458	39,426	8608,30	0,013	3
Глухівський р-н	589,033	490,767	170,355	418,678	245,77	0,198	2
Конотопський р-н	358,761	305,489	300,898	57,863	19,23	0,121	2
Краснопільський р-н	85,883	75,832	68,625	17,258	25,15	0,029	3
Кролевецький р-н	394,766	315,955	193,341	201,425	104,18	0,133	2
Лебединський р-н	75,288	85,447	89,011	-13,723	-15,42	0,025	3
Липоводолинський р-н	487,642	456,253	426,891	60,751	14,23	0,164	2
Недригайлівський р-н	104,979	93,395	58,479	46,5	79,52	0,035	3

Путивльський р-н	8,296	7,217		-1,079	-14,95	0,003	3
Роменський р-н	2604,781	2422,702	3247,685	-642,904	-19,80	0,876	1
Середино-Будський	58,752	58,752	10,354	48,398	467,43	0,020	3
Сумський р-н	2862,665	1712,762	8197,261	-5334,596	-65,08	0,963	1
Тростянецький р-н	118,151	136,228	106,34	11,811	11,11	0,040	3
Шосткинський р-н	63,608	62,313	16,42	47,188	287,38	0,021	3
Ямпільський р-н	13,545	15,684	17,276	-3,731	-21,60	0,005	3

Таблиця 3.3

Питома вага санітарно-хімічних показників, що не відповідають санітарним нормам і правилам (%)

Регіон	1994-1997 рр.	Нормований показник	Ранг	2012-2016 рр.	Нормований показник	Ранг
Білопільський район	10,07	0,50	2	7,20	0,45	2
Буринський район	8,51	0,42	3	2,80	0,17	3
Глухівський район	9,79	0,48	2	5,60	0,35	3
Конотопський район	12,60	0,62	2	5,89	0,37	3
Краснопільський район	16,63	0,82	1	15,44	0,96	1
Кролевецький район	5,58	0,28	3	9,50	0,59	2
Липоводолинський	9,14	0,45	2	9,89	0,61	2

район						
Лебединський район	11,47	0,57	2	6,30	0,39	3
м Суми	13,73	0,68	1	11,50	0,71	1
Недригайлівський район	6,57	0,32	3	11,46	0,71	1
Охтирський район	15,57	0,77	1	11,02	0,69	1
Великописарівський район	8,82	0,44	3	7,89	0,42	3
Путивльський район	9,78	0,48	2	4,79	0,30	3
Роменський район	17,11	0,84	1	16,11	1,00	1
С. Будський район	4,50	0,22	3	1,62	0,10	3
Сумський район	8,90	0,45	2	11,44	0,71	1
Тростянецький район	20,26	1,00	1	4,10	0,25	3
Шосткинський район	8,52	0,42	3	5,87	0,36	3
Ямпільський район	13,26	0,65	2	6,86	0,43	3

Таблиця 3.4

Зміни демографічних показників у динаміці 2014 – 2016 років (%)

Райони області	Народжуваність	Смертність	Природний приріст (скорочення)	Тип регіону
Білопільський	-15,19*	-1,57**	8,04 [@]	IV
Буринський	2,53	3,83	4,49	II

Глухівський	-22,54	0,00	15,38	III
Конотопський	-11,11	0,61	9,78	III
Краснопільський	-28,40	-2,09	17,27	IV
Кролевецький	-23,81	-10,00	-3,15	IV
Липоводолинський	-18,92	6,67	20,59	II
Лебединський	-12,64	-6,74	-1,89	IV
Недригайлівський	-21,13	4,72	17,73	I
Охтирський	-18,18	1,27	19,75	III
Великописарівський	-22,06	-8,48	-2,56	IV
Путівльський	-6,33	-6,01	-5,77	IV
Роменський	-12,50	-1,53	8,26	IV
Середино-Будський	-16,46	-6,59	0,97	IV
Сумський	-10,23	-5,65	-1,12	IV
Тростянецький	-23,38	6,50	25,20	I
Шосткинський	-14,52	-9,74	-6,52	IV
Ямпільський	-5,63	-11,54	-14,60	IV
Сумська область	-15,00	-1,78	10,11	
Україна	-16,13	-7,30	11,36	

Примітка: * - зменшення показника народжуваності у динаміці 2014 – 2016 рр. (%);

** - зменшення показника смертності у динаміці 2014 – 2016 рр. (%);

@ - збільшення показника природного скорочення населення у динаміці 2014 – 2016 рр.(%).

Таблиця 3.5

Поширеність за окремими класами хвороб репродуктивної системи та станами у районах Сумської області з різним рівнем викидів в атмосферне повітря (на 100 тис відповідного населення)

Класи захворювань і станів	Рівень забруднення викидами в атмосферне повітря районів Сумської області			t 1-2	t 1-3	p1-2	p 1-3
	Високий	Середній	Низький				
	1	2	3				
	M±σ	M±σ	M±σ				
порушення МЦ 2013	935,35±340,5	2098,70±555,8 3	1046,23±456,3 6	- 2,74	-0,37	0,03	0,72
порушення МЦ 2014	1035,81±332,5	2299,54±767,8 5	1136,95±709,4 3	- 2,38	-0,24	0,05	0,81
порушення МЦ 2015	638,23±257,7	1240,24±479,4 7	522,56±261,35	- 2,01	0,68	0,09	0,51
порушення МЦ 2016	626,72±218,8	1217,54±416,4 1	499,33±301,22	- 2,25	0,70	0,05	0,49
жіноча безплідність 2013	352,71±149,8	440,36±214,11	275,13±119,63	- 0,67	1,03	0,53	0,33
жіноча безплідність 2014	385,56±177,2	489,76±284,42	264,10±106,35	- 0,62	1,61	0,55	0,13
жіноча безплідність 2015	205,24±129,4	235,37±132,64	123,50±71,07	- 0,32	1,55	0,75	0,15
жіноча безплідність 2016	202,78±140,3	227,94±119,38	136,04±68,67	- 0,27	1,23	0,79	0,24
народжуваність 2014	9,57±0,4	8,33±0,49	8,69±1,020	3,47	1,42	0,01	0,18
народжуваність 2015	8,80±0,6	8,05±0,41	8,34±0,737	1,97	0,99	0,10	0,33
народжуваність 2016	8,43±0,6	7,00±0,48	7,57±0,70	3,41	1,91	0,01	0,07
патологія вагітності	2161,96±312,7	1997,38±47,91	783,49±221,19	0,15	1,93	0,88	0,07

та пологів 2013	7						
патологія вагітності та пологів 2014	2491,85±139,46	1898,62±420,44	794,38±251,27	0,41	1,90	0,69	0,08
патологія вагітності та пологів 2015	2270,92±290,79	2101,45±73,02	645,03±257,92	0,14	2,26	0,89	0,04
патологія вагітності та пологів 2016	3071,82±689,16	1784,39±33,87	572,03±208,76	0,63	2,19	0,50	0,05
патологічні стани у перинатальному періоді 2013	7,36±1,71	4,47±1,71	3,30±2,13	1,30	2,56	0,24	0,02
патологічні стани у перинатальному періоді 2014	8,33±1,12	3,51±1,30	3,90±2,71	1,86	2,23	0,11	0,04
патологічні стани у перинатальному періоді 2015	8,45±1,03	5,35±1,78	8,63±2,81	1,23	-0,08	0,26	0,93
патологічні стани у перинатальному періоді 2016	10,10±1,78	5,48±1,48	6,72±2,37	1,55	1,57	0,17	0,14

Таблиця 3.6

Поширеність за окремими класами хвороб репродуктивної системи та станами у районах Сумської області з різним рівнем якості довілля у 1994 – 1997 рр.

(на 100 тис відповідного населення)

Класи захворювань і станів	Якість довілля районів Сумської області			t 1-2	t 1-3	p1-2	p 1-3
	Низька (1)	Середня (2)	Оптимальна (3)				
	M±σ	M±σ	M±σ				
порушення МЦ 2013	1097,77±570,02	1265,74±662,83	1396,76±883,72	-0,47	-0,64	0,65	0,54
порушення МЦ 2014	1327,70±783,22	1243,69±699,57	1624,57±1226,16	0,20	-0,46	0,84	0,66
порушення МЦ 2015	588,71±343,44	711,23±375,01	821,21±631,12	-0,59	-0,72	0,57	0,49

порушення МЦ 2016	539,29±336,21	740,80±376,42	749,51±620,19	-0,98	-0,67	0,35	0,5 2
жіноча безплідність 2013	355,57±160,15	332,62±182,76	296,95±131,68	0,23	0,63	0,82	0,5 4
жіноча безплідність 2014	367,77±191,22	365,06±233,38	276,58±97,21	0,02	0,95	0,98	0,3 7
жіноча безплідність 2015	193,68±129,52	183,21±116,31	112,67±49,35	0,15	1,31	0,88	0,2 3
жіноча безплідність 2016	195,36±131,40	179,82±105,92	133,57±61,91	0,24	0,95	0,82	0,3 7
народжуваність 2014	9,73±0,56	8,75±0,79	8,12±0,74	2,19	3,68	0,05	0,0 1
народжуваність 2015	9,03±0,67	8,28±0,57	8,00±0,54	2,05	2,69	0,07	0,0 3
народжуваність 2016	8,08±0,52	7,76±0,69	7,03±0,75	0,79	2,41	0,45	0,0 4
патологія вагітності та пологів 2013	2192,58±1800,2 9	1188,30±908,93	800,59±577,38	1,35	1,65	0,20	0,1 4
патологія вагітності та пологів 2014	2439,33±2436,7 1	1129,63±791,16	854,41±536,02	1,44	1,42	0,18	0,1 9
патологія вагітності та пологів 2015	2101,52±2157,8 0	1156,2±834,93	804,54±743,41	1,13	1,39	0,28	0,2 0
патологія вагітності та пологів 2016	2625,52±3610,0 3	979,93±805,30	835,63±704,41	1,27	1,09	0,23	0,3 1
патологічні стани у перинатальному періоді 2013	4,13±2,57	5,57±3,50	3,08±1,92	-0,79	0,78	0,45	0,4 6
патологічні стани у перинатальному періоді 2014	4,92±3,49	5,78±4,44	3,24±1,39	-0,37	1,09	0,72	0,3 0
патологічні стани у перинатальному періоді 2015	7,14±2,54	7,19±3,25	9,48±5,15	-0,03	-0,92	0,98	0,3 8
патологічні стани у перинатальному періоді 2016	7,90±3,18	8,09±4,76	5,33±2,82	-0,08	1,42	0,94	0,1 9

Додаток К

Таблиця К.1

Структура патологічної ураженості дівчат 17 – 22 років (студенток вищих навчальних закладів)

Нозологічні форми	Показники						
	патологічна ураженість (на 1 000)	структура (%)	патологічна на ураженість (на 1 000)	структура (%)	патологічна ураженість (на 1 000)	структура (%)	Δ 2014 – 2016 рр.
	2014 <i>n</i> =1 056		2015 <i>n</i> =1 516		2016 <i>n</i> =1485		
Хвороби ока	48,62	8,31	65,02	7,44	75,02	9,55	54,28
Хвороби кістково-м'язової системи	6,88	1,18	19,71	2,26	52,80	6,72	667,42
Хвороби шкіри	80,28	13,73	59,56	6,81	58,99	7,51	-26,51
Хвороби сечостатевої системи	32,11	5,49	100,67	11,52	91,04	11,59	183,53
Хвороби ендокринної системи	7,80	1,33	25,17	2,88	30,23	3,85	287,60
Хвороби нервової системи	71,10	12,16	89,35	10,22	103,06	13,12	44,95
Хвороби дихальної	68,81	11,76	91,44	10,46	107,06	13,63	55,60

системи							
Хвороби серцево-судинної системи	56,88	9,73	89,35	10,22	90,68	11,54	59,42
Хвороби органів травлення	212,39	36,31	333,89	38,20	176,62	22,48	-16,84
Всього	584,86	100,0	874,16	100,0	785,51	100,0	

Таблиця К. 2

Шкала оцінок показників, що характеризують індивідуальне репродуктивне здоров'я жінок раннього репродуктивного віку

№	Показник	Критерій оцінки	Значення показника	Бали
1	ІМТ [190]	недостатня МТ	$\leq 18,50 \text{ кг/м}^2$	2
		нормальна МТ	$18,51 - 24,99 \text{ кг/м}^2$	3
		надмірна	$25,00 - 29,99 \text{ кг/м}^2$	2
		ожиріння	$\geq 30 \text{ кг/м}^2$	1
2	Відносний вміст жиру (ВВЖ)	дуже низький	$\leq 16,00$	1
		низький	$16,01 - 19,00$	2
		оптимальний	$19,01 - 28,00$	3
		помірно високий	$28,01 - 31,00$	2
		високий	$\geq 31,01$	1
3	Вік менархе [222]	відхилення від норми	> 15 років < 10 років	1

		фізіологічні варіації	10 – 15 років	3
4	Характер менструальної функції		МЦ відсутній	1
			поодинокі та нерегулярні менструації на період обстеження	2
			регулярний МЦ	3
5	Тривалість менструацій [223, с.17]		4,5 – 8 днів	3
			менше 4 днів	2
			більше 8 днів	1
6	Тривалість менструального циклу		24 – 38 днів	3
			менше 24 днів або більше 38 днів	1
7	Хронічні захворювання репродуктивної системи		відсутні	3
			існують	1
8	Хронічні захворювання інших систем організму (екстрагенітальна патологія)		відсутні	3
			існують	1
9	Наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом (або був у житті факт сифілісу, гонореї, хламідіозу, герпесу, сечостатевого мікоплазмозу, генітального кандидозу та трихомонозу)		відсутні	3
			існують	1
Висновки:				Всього

Додаток Л

Опитувальник для медико-соціальної оцінки індивідуального репродуктивного потенціалу

Блоки характеристик	Характеристики (індикатори)	Критерії оцінки	Оцінка, бали (x)	Ваговий коефіцієнт характеристик (w)	Результат (xw)
Медико-біологічний блок	Вік (роки) [3]	до 18 років	0	0,0304	
		після 35 років			
		18 – 35 років	1		
	Гармонійність фізичного розвитку (за індексом Кетле: $IK = MT, \text{ кг} / \text{ДТ}^2, \text{ м}^2$) [1, 2]	$IK \leq 18,5 \text{ кг/м}^2$ – недостатня МТ	0	0,0437	
		$IK \geq 25 \text{ кг/м}^2$ – надмірна МТ	0		
		$18,5 < IK < 24,99 \text{ кг/м}^2$ - гармонійний ФР	1		
	Наявність екстрагенітальної патології	некомпенсована	0	0,0597	
		компенсована	0,5		
		відсутня	1		
	Стан репродуктивного здоров'я	хронічні захворювання	0	0,0397	
		стан після гострого захворювання	0,5		
		захворювання відсутні	1		
Спадкові хвороби	Так	0	0,1455		

	у родині	Ні	1			
Соціально-побутові чинники	Наявність власного житла або (власне житло батьків)	Так	1	0,0138		
		Ні	0			
	Наявність постійного місця роботи батька	Так	1	0,0156		
		Ні	0			
	Наявність постійного місця роботи матері	Так	1	0,015		
		Ні	0			
	Ви самостійно працюєте	Так	1	0,0147		
		Ні	0			
	Спосіб життя	Ви курите?	Так	0	0,0328	
			Ні	1		
Ви вживаєте алкогольні напої?		Так	0	0,0464		
		Ні	1			
Ви вживаєте наркотичні речовини?		Так	0	0,054		
		Ні	1			
Фізична активність		гіподинамічний спосіб життя	0	0,0165		
		фізичне навантаження середньої інтенсивності (велосипед, ходьба пішки тощо)	0,5			
		інтенсивне фізичне навантаження (тренування, спорт, спортивні секції, хореографія)	1			
Психологіч		тип гендерної	фемінний	1	0,0397	

ні особливості особистості	ідентичності	андрогінний	0,5	0,0382	
		маскулінний	0		
	рівень особистісної тривожності (за Спілбергом Ханінім)	до 30 балів – низька	1		
		31-45 балів – середня	0,5		
		46 балів і більше – висока тривожність	0		
Репродуктивна поведінка	відповідальне ставлення до себе і партнера в інтимних стосунках (використання засобів запобігання небажаної вагітності)	так	1	0,0362	
		не завжди	0,5		
		не використовую	0		
Репродуктивна поведінка	Початок статевого життя	Збереження дошлюбної цнотливості	1	0,0279	
		після 17 років	0,5		
		до 17 років	0		
Репродуктивні установки (репродуктивна мотивація)	Ви надаєте перевагу свободі і незалежності у своєму особистому житті (знаходитеся у громадянському шлюбі)	так	0	0,0172	
		ні	1		
	Висока мотивація	низька та середня (1	1	0,0303	

	на досягнення успіху у кар'єрі	– 16 балів)			
		помірковано висока (17 – 20 балів)	0,5		
		висока (більше 17 балів)	0		
Інформованість з питань репродуктивного здоров'я	здоров'язбережувальна компетентність (достатня обізнаність з питань репродуктивного здоров'я)	так	1	0,0834	
		ні	0		
		недостатньо інформації	0,5		
					Сума оцінок

Додаток М

Мета: оптимізація медико-демографічних процесів, формування РП молоді

Принципи: системність, послідовність, неперервність, наукова обґрунтованість критеріїв оцінки репродуктивного потенціалу, інтегративність заходів, превентивність, принцип зворотного зв'язку

Закономірності формування репродуктивного потенціалу дівчат

Фактори виховної міжгалузевої співпраці:

освітнє середовище; діяльність викладачів, студентів, психологів, фахівців КДМ; мотивація щодо культури безпечної поведінки як формування ЗСЖ,

Умови формування репродуктивного потенціалу молоді:

Зміст навчальних програм та методичне забезпечення дисциплін медико-біолого-психологічного блоку; співпраця ЗВО з КДМ; моніторинг

Форми роботи: діагностичні послуги; лікувально-профілактичні; реабілітаційні послуги; соціально-правова допомога; психотерапевтична допомога; психологічна консультація; інформаційне консультування; проведення просвітницьких заходів з питань охорони здоров'я, пропагування здорового

Діагностичний інструментарій:



Рис. М.1. Організаційна модель медико-психолого-соціального супроводу навчально-виховної роботи серед студентства щодо формування здоров'язбережувальної компетентності стосовно репродуктивного здоров'я

Анкета

для визначення рівня сформованості здоров'язбережувальної компетентності стосовно репродуктивного здоров'я молоді у дошлюбний період

*Друзі! Запрошуємо прийняти участь в опитуванні, мета якого – визначити пріоритетні заходи щодо формування ціннісного ставлення до здоров'я молоді в умовах закладів вищої освіти. **Пам'ятайте**, в анкеті відсутні «правильні» або «неправильні» відповіді, є тільки Ваша особиста думка, яку ми дуже цінуємо!*

Вік _____

Місце постійного проживання до вступу у ЗВО: обласний центр, районний, центр, село

(підкреслити)

№	Питання	Відповідь	Бали
1.	Як у цілому оцінюєте стан Вашого здоров'я?	<i>відмінний</i>	5
		<i>добрий</i>	4
		<i>посередній</i>	3
		<i>поганий</i>	1
2.	Оцініть у балах чинники ризику для здоров'я (<i>обведіть необхідне число</i>):		
	<i>1. тютюнопаління</i>	<input type="text" value="10"/> <input type="text" value="50"/> <input type="text" value="100"/>	1 – 3 – 5
		<input type="text" value="10"/> <input type="text" value="50"/> <input type="text" value="100"/>	
	<i>2. вживання алкоголю</i>	<input type="text" value="10"/> <input type="text" value="50"/> <input type="text" value="100"/>	1 – 3 – 5
	<i>3. вживання наркотичних засобів</i>		1 – 3 – 5
	<i>4. відсутність якісного і збалансованого харчування</i>	<input type="text" value="10"/> <input type="text" value="50"/> <input type="text" value="100"/>	1 – 3 – 5

	5.недостатня фізична активність і фізичне навантаження	10 50 100	1 – 3 – 5
	6.Сон (його недостатність)	10 50 100	1 – 3 – 5
	Оберіть одну основну причину , що заважає Вам бути повністю здоровим:		
3	відсутність спортивних секцій та спортивних клубів, кваліфікованого тренера, спортивної форми та інвентарю		1
	наявність захворювання		1
	відсутність підтримки батьків або друзів		1
	відсутність сили волі, бажання		1
	відсутність часу		1
	відсутність грошей		1
	нічого не заважає		5
4	Чи є у Вас хронічні захворювання системи дихання, травлення, ендокринної, серцево-судинної, нервової систем, нирок?	так, є захворювання	1
		відсутні захворювання	5
5	Ви коли-небудь палили цигарки або трубку (навіть 1-2 затяжки)?	Так	1
		Ні	5
6	Ви займаєтесь яким-небудь видом спорту, танцями:	відвідую спортивну секцію, спортивний клуб	5

		займаюсь самостійно	3
		не займаюсь нічим, не цікаво	1
7.	Репродуктивне здоров'я - це		
	<i>здатність до відтворення потомства</i>		3
	<i>задоволення і безпечне статеве життя</i>		1
	<i>стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або патологічних станів, в усіх сферах, які стосуються репродуктивної системи, її функціонування та процесів</i>		5
8	Як ви ставитеся до свого репродуктивного здоров'я?		
	<i>кожного року роблю обстеження</i>		5
	<i>1 раз на 3 роки відвідую лікаря</i>		4
	<i>відвідую, тільки коли є необхідність</i>		2
	<i>я не відвідую лікаря</i>		1
9	Як Ви вважаєте, молодь на сьогодні добре поінформована про репродуктивне здоров'я	Так, володіє інформацією у повному обсязі	1
		Часто інформації бракує	3
		Ні, обізнаність дуже низького рівня	5

10	Чи вважаєте Ви себе досить поінформованим з питань статевого виховання?	Так, володію інформацією у повному обсязі	1
		Часто інформації бракує	3
		Ні, обізнаність дуже низького рівня	5
11	Чи бажаєте отримати інформацію з питань репродуктивного здоров'я та статевого виховання в умовах навчального закладу або Клініки, дружньої до молоді?	Так	5
		Так, для доповнення інших джерел інформації (друзі, мережа-Інтернету, TV тощо)	3
		Інформацію знайду самостійно	1
12	Як ви ставитеся до ранніх статевих контактів:	добре	1
		чому б і ні	2
		категорично проти	5
13	Який оптимальний вік вступу в сексуальні відносини:	13-15	1
		16-18	3
		19-21	5
14	Якщо були в житті статеві контакти, чи жалкуєте про ранній статевий зв'язок?	так	4
		ні	1

		відсутній сексуальний досвід	5
15	Ваше відношення до незареєстрованого шлюбу	позитивне	1
		індиферентне	3
		негативне	5
16	Чи були у Вас коли-небудь випадкові статеві зв'язки?	Так	1
		Ні	5
17	Чи була вагітність?	Так	1
		Ні	5
18	Чи користуєтеся методами контрацепції (зробіть помітку)? презерватив, календарний метод, гормональні контрацептиви, кілька методів	постійно	5
		інколи	2
		ніколи	1
		відсутній сексуальний досвід	5
19	Чим для вас є аборт?	контроль над народжуваністю	1
		звичайна справа	1
		безвихідна ситуація	1
		Наслідком безвідповідальної поведінки	5
20	Чи знаєте Ви свій ВІЧ – статус	Так	5

	(проходили тестування на ВІЧ)?	Ні, але хотів би	3
		Не вважаю за потрібне	1
21	Зараження на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) може відбутися під час:		
	<i>купання в басейні</i>		1
	<i>рукоштовання</i>		1
	<i>переливання крові</i>		1
	<i>незахищеного статевого контакту</i>		5
	<i>не знаю</i>		1
22	Зараження на ІПСШ можна запобігти, використовуючи:		
	<i>латексний презерватив</i>		5
	<i>утримання від сексуальних контактів</i>		5
	<i>спринцювання після статевого акту</i>		2
	<i>внутрішньоматкову спіраль</i>		1
23	Яка кількість дітей, на Вашу думку, повинна бути «ідеальною» у родині (без урахування Вашої конкретної життєвої ситуації і особистісних переваг)?		багатодітна (потреба у 5 і більше дітях) – 5; середньодітна (потреба у 3-4 дітях) – 3; малодітна (потреба у 1-2 дітях) – 1
24	За умови необхідної якості життя, скільки дітей Ви хотіли б мати у своїй родині (бажана кількість)?		багатодітна (потреба у 5 і більше дітях) – 5; середньодітна

			(потреба у 3-4 дітях) – 3; малодітна (потреба у 1-2 дітях) – 2; не хотіла б мати дітей – 1.
25	Скільки дітей Ви хотіли б мати у своїй сім'ї на сьогодні (запланувати і очікувати до кінця репродуктивного періоду з урахуванням Ваших життєвих обставин)?		багатодітна (потреба у 5 і більше дітях) – 5; середньодітна (потреба у 3-4 дітях) – 3; малодітна (потреба у 1-2 дітях) – 2; не хотіла б мати дітей – 1.
26	Як часто проводяться позанавчальні заходи з формування здорового способу життя у Вашому навчальному закладі?	часто	5
		інколи	2
		не проводяться	1