

3. Геффдинг Г. Очерки психологии, основанной на опыте / Г.Геффдинг. – М., 2010.
4. Выготский Л.С. Психология / Л.С.Выготский. – М.: ЗКСМО-Пресс, 2000. – 1008 с.

An attempt to expose the psychological mechanisms of becoming and implementation personality is done in the article. In the process of forming of personality Need is rotined as initial basale energetichgna integration.

Keywords: psychological mechanisms, personality, formings of personality, need.

Отримано: 23.06.2010

УДК 159.923.31

О.В. Бацилева

Становлення репродуктивної поведінки як етап формування особистості

У роботі проаналізовано сучасні погляди на особливості становлення репродуктивної поведінки та її роль у формуванні репродуктивної сфери особистості; представлена методика психосоціальної допомоги у становленні та оптимізації репродуктивної поведінки, доведена ефективність запропонованої програми.

Ключові слова: репродуктивна поведінка, особистість, репродуктивне здоров'я, профілактика.

В работе проанализированы современные взгляды на особенности становления репродуктивного поведения и его роль в формировании репродуктивной сферы личности; представлена программа психосоциальной помощи в становлении репродуктивного поведения, доказана эффективность предложенной программы.

Ключевые слова: репродуктивное поведение, личность, репродуктивное здоровье, профилактика.

Проблема збереження репродуктивного здоров'я за своєю значущістю, масштабністю, перспективністю, стратегічним характером сьогодні є однією з найбільш актуальних, провідна роль у вивченні якої належить не тільки медицині, а й іншим галузям, що мають відношення до репродуктивного формування, перш за все психології, соціології, освіти, іншим відомствам та службам,

науково-теоретичний здобуток яких стає генератором нових профілактичних, корекційних і терапевтичних технологій.

Заслужовуючи на особливу увагу, репродуктивне здоров'я, спонукає до розгляду цієї важливої проблеми з різних аспектів із залученням ряду медичних, психологічних, соціальних, виховних, економічних та організаційних заходів. Тому допомога, спрямована на охорону репродуктивного здоров'я, повинна бути зорієнтована не тільки на забезпечення контролю за станом статевого розвитку та функціонуванням репродуктивної сфери, але й на популяризацію й пропаганду здорового способу життя і важливості цих аспектів для стану репродуктивного здоров'я у майбутньому, формування безпечної репродуктивної поведінки та адекватної репродуктивної мотивації, закладання основ відповідального батьківства як головних складових системи планування сім'ї та виховання дітей.

Здоров'я та його невід'ємний компонент – репродуктивне здоров'я – значною мірою визначається умовами розвитку жінки на різних етапах онтогенезу, тому надання якісної та всебічної допомоги на всіх етапах її життя із залученням фахівців багатьох галузей, у тому числі й психологів, є запорукою збереження та оптимізації репродуктивного здоров'я. Для успішної реалізації такої допомоги необхідним є проведення наукових досліджень з вивчення сучасного стану репродуктивного здоров'я, визначення основних факторів ризику його порушень, розроблення науково обґрунтованих заходів профілактики та їх здійснення; залучення громадських організацій до збереження репродуктивного здоров'я, вивчення світового досвіду з цих питань.

Загальноприйнятим є виокремлення на життєвому шляху людини особливих вікових періодів, на які припадають найбільш істотні зміни, коли організму висуваються підвищені вимоги, з якими він не завжди може впоратися, що, в свою чергу, може призвести до різноманітних розладів та перешкоджати повноцінному функціонуванню особистості. Одним з яскравих прикладів таких періодів є період початку статевого життя та вступ до шлюбу, особливо для жінок, під час якого відбуваються не тільки психофізіологічні перебудови організму, а й психосоціальні зміни особистісних орієнтацій, цінностей та установок.

В умовах соціальної напруженості та розшарування суспільства, різкого падіння життєвого рівня населення та інших наслідків кризового періоду сьогодні саме молодь є однією з найбільш соціально уразливих груп населення, яка, з одного боку, є майбутнім будь-якої держави, її економічним, демографічним, культурним потенціалом, а з другого боку – саме ця вікова категорія стикається з

великою кількістю особливих проблем, що виникають внаслідок процесів входження у нове соціальне середовище та опанування нових соціальних ролей, бажання випробувати нові та часто ризиковані переживання, схильності до нездорового способу життя, що призводить не тільки до погіршення їх психічної та соціальної адаптації, а ставить під загрозу особисте загальне та репродуктивне здоров'я, а також й здоров'я всього теперішнього і наступного покоління.

Формування репродуктивного здоров'я – дуже складний та тривалий процес, тому що значною мірою визначається умовами розвитку жінки, починаючи ще з особливостей перебігу внутрішньо-утробного періоду. Найбільш значне навантаження на репродуктивне здоров'я припадає на дітей підліткового віку та молодь, оскільки у цьому віці відбувається бурхливий розвиток індивіда як на соматичному, так і на психічному рівнях з формуванням усіх функціональних систем організму, в тому числі й репродуктивної, а також із становленням когнітивної, емоційно-ціннісної сфер та формуванням цілісної особистості. Саме в цей період відбувається активний розвиток репродуктивної сфери та формуються основи репродуктивної поведінки. З цього приводу, стає зрозумілим, що одним із першочергових завдань сучасного суспільства є охорона здоров'я дівчаток та дівчат – майбутніх матерів, адже гармонійний розвиток у ранньому репродуктивному періоді багато в чому визначає наступне життя жінки у фізіологічному, психологічному та соціальному аспектах [2, 7].

На основі результатів ряду досліджень встановлено, що сучасний стан здоров'я молоді, який з року в рік погіршується, зумовлений не лише низьким економічним рівнем сімей, фізичними та психо-емоційними навантаженнями, наявністю стресових ситуацій та іншими чинниками. Провідну роль відіграють й виявлені ознаки кризових явищ в ідеологічній та духовній сферах підлітків та молоді, наявність поширення шкідливих звичок та ризикової поведінки серед цієї категорії [3]. До вагомих факторів, що впливають на стан репродуктивного здоров'я молоді, слід віднести й такі психосоціальні чинники, як вільне ставлення до шлюбності; недостатній рівень загальної та репродуктивної культури населення; високий рівень штучного переривання вагітності, що, особливо у ранньому репродуктивному віці, ставить під загрозу репродуктивні можливості жінки у майбутньому; трансформацію репродуктивної поведінки, що призводить до збільшення частоти захворювань, які передаються статевим шляхом та непланованої вагітності, яка супроводжується великою кількістю ускладнень та недостатньою психологічною та

соціально-економічною підготовленістю молодих жінок до материнства і створення сім'ї. Все це свідчить про низький рівень морально-етичних засад і санітарно-гігієнічних знань молоді, що сприяє розвитку неадекватних паттернів репродуктивної поведінки та порушення репродуктивного здоров'я в цілому.

Для кращого розуміння ситуації з трансформацією сексуальної поведінки молоді цікавими є дані соціологічних досліджень [5, 6]. Так, 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 частими називалася любов (35-40%), цікавість (30-37%), прагнення бути дорослими (15-17%), випадковість (27-30%), наполегливість партнера (21-25%), насильство (9-12%), стан алкогольного чи наркотичного отруєння (13-21%). Вивчення інформованості серед молоді про засоби контрацепції та їх застосування на практиці показало, що приблизно 40% дівчат використовують контрацептиви постійно, 15% – час від часу та 35% – ніколи. Основним джерелом інформації стосовно питань статі та контрацепції є друзі – для 45-55% респондентів, засоби масової інформації – для 25-30%, спеціальна література – для 10-15%, поради з фахівцями – для 7-10%. Цікавими є результати вивчення поведінки молоді при побоюванні заразитися інфекціями, які передаються статевим шляхом, та наявності непланованої вагітності. Так, за даними досліджень, 38-40% обирали очікувальну тактику, сподіваючись, що “все минеться”; 24-27% – починали самостійно застосовувати ті чи інші засоби; 18-20% – зверталися за порадою до друзів, 42-48% – до медичних установ (при цьому у 20-27% випадках до приватних лікарів чи недержавних медичних установ).

Вагомий вплив на обмеження репродуктивних можливостей мають і особливості репродуктивної поведінки та репродуктивної мотивації населення, тому важливою стає також проблема становлення ефективної репродуктивної поведінки як системи дій та відносин, що впливають на народження або відмову від народження дитини в шлюбі чи поза шлюбом через формування адекватної репродуктивної мотивації, що може бути розглянута як особливий психосоматичний стан особистості, який виражається у потребі мати

дітей і відображає психологічний, соціальний, економічний мотиви репродуктивної установки. Результатами репродуктивних дій, які можуть розглядатися як показники ефективності репродуктивної поведінки, виступають не тільки факти народження чи ненародження дітей, але й стан репродуктивного здоров'я, особливості статевого життя, застосування методів планування вагітності, ставлення до непланованої вагітності, у том числі штучне її переривання, адекватна реалізація батьківства, ставлення до дитини та її виховання. При цьому, внутрішніми стимулами репродуктивної поведінки є потреби жінки та сім'ї в цілому в реалізації репродуктивної функції, а зовнішніми засобами орієнтації – репродуктивні норми, які базуються на принципах і зразках, що існують в суспільстві і тією чи іншою мірою засвоюються індивідом.

На формування репродуктивного здоров'я суттєвий вплив має стан соматичного здоров'я молодих жінок, який, на жаль, на сьогоднішній день має стійку тенденцію до погіршення, а частота соматичних захворювань (акушерсько-гінекологічна та позарепродуктивна патологія), на сьогодні в Україні істотно вище, ніж у економічно розвинутих країнах. В свою чергу рівень соматичних захворювань щільно пов'язаний з психологічною та соціальною складовими загального здоров'я, тобто стає зрозумілим, що неможна розглядати питання про репродуктивне здоров'я без визначення стану психологічного здоров'я жінок і, насамперед, особливостей їх психоемоційного стану, бо давно був помічений взаємозв'язок між психоемоційним станом та розвитком різних патологічних проявів, оскільки емоції роблять значний вплив не тільки на самопочуття, настрої, загальну та професійну працездатність, а й на діяльність функціональних систем та пристосувальні можливості організму і багато в чому визначають рівень його адаптаційних здібностей.

Цікаво, але на думку багатьох дослідників, наявність несприятливих тенденцій, що характеризують стан здоров'я населення, робить не завжди коректним використання терміну “репродуктивне здоров'я”, при цьому більш доцільним, особливо щодо підлітків та молоді, є вживання терміна “репродуктивний потенціал” [4]. Широке використання даного поняття фахівцями різних галузей, яке почалося ще у 70-ті роки минулого століття, призвело до значних розбіжностей у визначенні самого поняття “потенціал”, його сутності та принципів оцінювання.

Сьогодні, враховуючи результати факторного аналізу причинно-наслідкових зв'язків, які спричиняють погіршення стану репродуктивного здоров'я та поглиблення кризових демографічних процесів на державному, регіональному та місцевому рівнях, термін

“репродуктивний потенціал” визначається як рівень фізичної, розумової, статевої, біологічної та соціальної зрілості осіб чоловічої та жіночої статі, який дозволяє за відповідних біологічних, соціальних умов та заходах охорони здоров’я народжувати та виховувати здорових нащадків.

Тобто, якщо людина розвивається в оптимальних умовах, то її репродуктивний потенціал і чинники, що впливають на нього, перебувають у стані рівноваги, тобто балансу репродуктивного здоров’я. Організм кожної людини має певні репродуктивні ресурси, тобто можливість позитивно змінювати свій баланс і тим самим підвищувати репродуктивний потенціал. 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. З цього зрозуміло, що базуючись на визначенні поняття репродуктивного потенціалу та репродуктивного здоров’я з урахуванням чинників, що їх обмежують, можливим є розроблення дієвих та ефективних заходів профілактики і корекції порушень репродуктивного здоров’я на етапах його формування в процесі онтогенетичного розвитку жінки.

Отже, вивчення особливостей функціонування особистості жінки у період становлення її репродуктивної сфери та пошук можливостей оптимізації життєдіяльності у цей складний та відповідальний період безперечно є дуже важливою та актуальною проблемою сьогоденної науки та практики, що й обумовило напрямок нашої роботи.

Експериментальне дослідження виконувалося у лабораторії психології репродуктивної сфери, пренатальної та перинатальної психології кафедри акушерства та гінекології №2 Донецького національного медичного університету ім. М. Горького. В експерименті взяли участь 123 жінки у віці 16-20 років, які зверталися за консультативною допомогою до жіночої консультації з приводу профілактичного обстеження чи наявності гінекологічних проблем (при цьому жодна пацієнтка не мала будь-яких серйозних захворювань та потреби у тривалому лікуванні). Всім досліджуваним було повідомлено про проведення експерименту та його мету і була отримана згода на участь в експерименті.

Розроблена нами теоретична модель та отримані експериментальні дані стали підставою для розробки програми психосоціальної допомоги жінкам у становленні адекватної репродуктивної поведінки, спрямованої на формування відповідального ставлення до репродуктивного здоров’я, планування сім’ї, профілактики захворювань; пропаганду здорового способу життя, відповідального батьківства та безпечного материнства. При цьому ми виходили з

того, що жінки означеної категорії потребують саме психологічної та соціальної підтримки, а не психологічної корекції або терапії. Тому за основу практичної роботи було взято принципи функціонування груп підтримки, які найкращою мірою допомагають особистості самостійно долати кризові стани та адекватно пристосовуватися до нових життєвих ситуацій.

До означеної програми увійшли наступні методи: 1) надання достовірної інформації про морфофункціональні та психофізіологічні особливості репродуктивної системи жінки, методи планування вагітності та запобігання інфекцій, що передаються статевим шляхом (лекції, бесіди, знайомство з ілюстрованими матеріалами, перегляд відеофільмів); 2) навчання засобам ефективної комунікації та впевненої поведінки з використанням рольових ігор; 3) застосування методів раціональної психотерапії та аутогенного тренування з метою навчання прийомів саморегуляції емоційних станів і релаксації, адекватного ставлення до себе, до наявних умов життєзабезпечення та життєвої перспективи, а також підвищення стресостійкості та взагалі компенсійно-пристосувальних можливостей організму як на фізіологічному, так і на психічному рівнях; 4) надання інформації щодо шляхів та принципів дотримання здорового способу життя (лекції, бесіди, знайомство з ілюстрованими матеріалами, перегляд відеофільмів); 5) групові форми обговорення власних проблем (під керівництвом психолога) з можливістю отримання, при необхідності, індивідуальної психологічної консультації.

Заняття проводилися в окремих групах, які складались з 6-10 жінок. При формуванні груп ми намагалися зробити їх більш однорідними за якісним складом (вік, рівень, освіти, соціально-економічний та сімейний стан тощо), оскільки, на нашу думку, за таких обставин скоріше можна досягти ефективних взаємовідносин у групі, що безперечно сприятиме досягненню поставленої мети. Програма була розрахована на 7 занять, які проводилися двічі на тиждень.

Оцінювання ефективності запропонованої програми проводилося шляхом вивчення особливостей функціонування психоемоційної сфери жінок, яка, як відомо, є індикатором психофізіологічного й психосоціального благополуччя особистості, показником компенсійно-пристосувальних можливостей організму та перша зазнає "деформації" у випадку негативної дії будь-яких чинників ендо- чи екзогенного походження. Крім того, вивчалися особливості самоставлення як емоційно-оцінної системи, що дало змогу зробити дослідження більш глибоким, з формуванням цілісної картини реагування жінок на зміни, що відбуваються. Для реалізації

означеної мети нами використовувалися автоматизована методика виявлення психоемоційного напруження (ПЕН) [1], шкала реактивної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна та опитувальник самоставлення Століна, дослідження за якими проводилося до та після проведення запропонованого курсу.

Первинне вивчення психоемоційного стану жінок показало, що більшість з них мають той чи інший ступінь психоемоційного напруження: нормальний психоемоційний стан спостерігався у 15 (12,2%) жінок, ПЕН легкого ступеня – у 45 (36,6%), середнього – у 49 (39,8%) та високого – у 14 (11,4%) обстежених. Ці дані збігаються з результатами інших досліджень та є цілком послідовними, оскільки, як вже зазначалося, означений період супроводжується великими психофізіологічними й психосоціальними змінами, навантаженням, часто надмірним, на всі функціональні системи організму, і є дуже важливим та відповідальним у становленні особистості жінки.

Після проведення курсу запропонованої програми у більшості жінок – 79 (64,2%) – було виявлено зниження рівня психоемоційного напруження. Так, ПЕН легкого ступеня було виявлено у 57 (46,3%) жінок, середнього – у 25 (20,3%), високого – у 11 (8,9%); у 30 (34,4%) пацієнток спостерігалася нормалізація психоемоційного стану. Повторне оцінювання тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна показало зниження у більшості жінок як особистісної, так і ситуативної тривожності, при цьому спостерігалася більш істотне зниження ситуативної тривожності, ніж особистісної, відповідно, у 94 (76,4%) та 63 (51,2%) жінок. Вивчення особливостей самоставлення за допомогою методики Століна показало деяке підвищення результатів за шкалами самоприйняття, самокерівництва й відбитого самоставлення та зниження за шкалою внутрішньої конфліктності.

Отже, на підставі експериментального дослідження визначено напрямки програми психосоціальної підтримки жінок у період становлення їх репродуктивної поведінки з метою покращення їх репродуктивного здоров'я через підвищення загальних адаптаційних можливостей та оптимізації життєдіяльності. Безперечно, проблеми збереження репродуктивного здоров'я далеко виходять за межі сфери медицини та охорони здоров'я. На нашу думку, тільки системний підхід може дати цілісне уявлення про загальні проблеми репродуктивного потенціалу у сфері збереження здоров'я нації, забезпечити взаємодію між окремими ланками і фахівцями та надати нові можливості щодо реалізації профілактичних заходів та корекції порушень репродуктивного здоров'я. Актуальним та доцільним, на нашу думку, є подальша розробка, вдосконалення та втілення у

практику принципів психосоціальної адаптації, підтримки, профілактики виникнення та корекції виявлених порушень репродуктивної поведінки молоді, що допоможе їм зберегти власне здоров'я, реалізувати свій репродуктивний потенціал і стати повноцінним членом суспільства.

Список використаних джерел

1. Астахов В.М. Автоматизация клинико-психологических исследований в акушерско-гинекологической практике / В.М.Астахов, Ю.Б.Максименко. – Донецк: Новый мир, 2006. – 82 с.
2. Бацилева О.В. Медико-психологічні особливості репродуктивного здоров'я молоді у сучасних умовах / Збірник наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка / за ред. С.Д.Максименка. – Т.Х, Ч.9. – К., 2008. –С. 63-72.
3. Бояркина Ю.В. Культура здоровья как фактор развития социально-демографической ситуации в современном российском обществе / Ю.В.Бояркина // Вопросы культурологии – 2007. – №7. – С. 29-33.
4. Гойда Н.Г. Концептуальні основи біосоціального ритму репродуктивного потенціалу населення та помелі профілактики порушень на етапах його формування / Н.Г.Гойда, В.І.Чебан // Охорона здоров'я України. – 2001. – №1 (1). – С. 24-26.
5. Горбенко О.В. Аспекти прихильності сучасної молоді до контрацепції / О.В.Горбенко// Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2006. – Т.11, №3. – С. 116-118.
6. Картавцев Р.Л. Поведение подростков как фактор риска заражения болезнями, передающимися половым путем / Р.Л.Картавцев, Г.А.Слабкий// Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2004. – Том 9, №3. – С. 111-116.
7. Формування сексуальної культури молоді / О.М. Балакірева, Ю.М. Галустян, О.Я. Корегін та ін. – К.: Держ. Ін-т проблем сім'ї та молоді; Укр. ін-т соціальних досліджень, 2004. – Кн. 9. – С. 80-83.

The article analyzes modern views on the reproductive behavior and its role on the function reproductive sphere of the personality, presents the original method of psychosocial support of development reproductive behavior. The results of research proved effectiveness of method of psychosocial support.

Keywords: reproductive behavior, personality, reproductive health, prevention.

Отримано: 8.07.2010