

життєдіяльності сім'ї виявлено біполярні характеристики: а) оптимізм – готовність бути слухняним, б) високий рівень емоційної лабільності, що негативно пов'язаний з незалежністю, з доміантною позицією особистості чоловіків. У чоловіків групи порівняння виявлений позитивний зв'язок між шкалами СМІЛ «песимістичність» і «покірність – сором'язливість (Я)» ДМО ($r=0,287$; $p\leq 0,10$). Виявлено також негативний зв'язок між шкалою СМІЛ «тривожність» і шкалою ДМО «прямолинійність – агресивність (Вона)» ($r=-0,440$; $p\leq 0,01$). Таким чином, тривожність чоловіків групи порівняння виявилась пов'язаною з асертивною поведінкою з боку жінок.

Покірність, конформізм з боку чоловіка, ймовірно, визначає відсутність оптимістичності у стосунках з жінкою. Є підстави вважати, що прояв маскулітних якостей жінкою сприяє виникненню тривожності у чоловіка. Прояв же чоловіком фемінітних якостей (покірності, сором'язливості) сприяє виникненню песимістичного настрою.

Виявлена комбінаторика «індивідуально-сімейного поєднання» психологічних (особистісних та соціально-психологічних) рис обстежених була врахована нами при розробленні психокорекційних та психопрофілактичних заходів медико-психологічного супроводу при порушенні життєдіяльності сім'ї при безплідді у чоловіків.

Обґрунтування необхідності вивчення проблеми порушення сексуального здоров'я та подружньої взаємодії при ендометріозі у жінок

Є.В. Кришталь, О.О. Чистова

Харківська медична академія післядипломної освіти

На сьогодні генітальний ендометріоз залишається надзвичайно актуальною проблемою гінекології. Згідно з даними різних авторів ендометріоз зустрічається у 12–50% жінок репродуктивного віку, при цьому частота його у різних категорій хворих може коливатися від 2% до 80% (И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилевич, М.А. Геворкян, 2001; В.П. Сметник, Л.Г. Тумилевич, 2001; В.Я. Голота, В.А. Бенюк, 2005; Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, 2008). Незалежно від локалізації, генітальний ендометріоз має негативний вплив не тільки на функцію уражених та суміжних органів, але й організм у цілому. Тривалий перебіг, зниження працездатності зумовлює соціальну дезадаптацію хворих у віці їх потенційної активності (В.П. Баскаков і співавт., 2002; Л.В. Адамян, 2006).

Ендометріоз, як будь-яке тривало існуюче страждання, що знижує якість життя, нерідко призводить до невротичних розладів і сексуальних порушень: за різними даними вони виникають у 17,0 – 69,5% жінок (В.Д. Менделевич, 1989; А.Е. Волков, А.А. О कोरोков, Е.Г. Фардзінова, 2004, 2005; Н.Н. Глебова, А.Н. Додонов, 2004, 2005; И.И. Горпинченко, О.В. Ромашенко, С.Н. Мельников, 2005; G. Bachmann, 2007). У свою чергу, сексуальні розлади дружини в силу парного характеру сексуальної функції неминуче призводять до розладу сексуального здоров'я подружньої пари і розвитку порушення подружніх стосунків (В.В. Кришталь, М.В. Маркова, 2002; В.В. Кришталь, Б.В. Михайлов, Н.А. Марута, Л.Ф. Шестопалова, 2006; В.В. Кришталь, Є.В. Кришталь, Т.В. Кришталь, 2008). Внутрішньоособистісний конфлікт у дружини і міжособистісний конфлікт подружжя, в свою чергу, обтяжують психопатологічну симптоматику у жінок і посилюють пору-

шення подружньої взаємодії (Н.К. Агішева, 2007, 2008). Залучення до патологічного процесу вегетативно-судинних і обмінно-ендокринних патологічних змін створює своєрідний симптомокомплекс, що призводить до розвитку вторинної патогенетичної титуляризації (В.В. Свиридова, 2010). Усе викладене вище, зазвичай, не враховують гінекологи під час розроблення реабілітаційних стратегій ведення даної категорії пацієнток (В.В. Котлік, 2009).

На сьогодні в світі визнано, що ключовою ланкою будь-якого реабілітаційного процесу є сім'я (Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, 2005; В.А. Абрамов і соавт., 2006, 2009; Г.А. Пріб, 2007; В.О. Діхтяр, М.В. Маркова, 2009), реабілітаційний потенціал якої залежить від стану подружніх стосунків (Т.Л. Ряполова, 2008; В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова, 2009; А.В. Ипатов, Б.В. Михайлов, С.М. Мороз, 2009). Саме тому вивчення особливостей подружньої взаємодії для оцінювання реабілітаційного потенціалу сім'ї є облігатним при розробленні будь-якої реабілітаційної стратегії, у тому числі і медико-психологічної допомоги жінкам, що страждають на ендометріоз. Проте, не дивлячись на актуальність викладеного вище, на сьогодні в науковій літературі і в реальній клінічній практиці відсутні дослідження, які б об'єднували в собі вивчення як гінекологічних, так і психологічних і сімейних аспектів реабілітації жінок з ендометріозом.

Ураховуючи наведено вище, нами розпочата робота із всебічного системного вивчення закономірностей формування порушення сексуального здоров'я та подружньої взаємодії при ендометріозі у жінок, на основі чого буде розроблено систему їх психокорекції та психопрофілактики.