

Психологічні особливості безплідних чоловіків в аспекті розроблення системи їхнього медико-психологічного супроводу

П.П. Вербовий

Харківська медична академія післядипломної освіти

Донецький регіональний центр материнства та дитинства

Безпліддя є однією з актуальних проблем сучасної сім'ї. З кожним роком спостерігається збільшення числа сімейних пар, які зіткнулися з безпліддям, при цьому має місце зниження віку подружжів. Частота безплідних шлюбів у світі (за даними ВООЗ) становить близько 15%, причому в країнах Європейського Союзу – 10,9%, в США – 14,2%, в Росії – 17,4%; в Україні на безпліддя страждають, за даними різних авторів, від 15% до 20% подружніх пар (О.М. Юзько, В.В. Камінській, О.Д. Оніщук, 2008). І якщо 30 років тому на 60–80% випадків жіночого безпліддя припадало 20 – 40% чоловічого, то зараз чоловіче безпліддя складає половину випадків (Е.К. Арнольд, 2005; І.І. Горпинченко, 2006; В.О. Лещинській, 2007). Між тим, відомо, що за наявності в суспільстві 15% безплідних сімей, проблема безпліддя стає державною, оскільки починає впливати на країну в цілому, знижуючи її соціальний та професійний потенціал (Л. Пиріг, 2006).

Безпліддя як медичний діагноз на сьогодні вивчений багатьма дослідникам, винайдені сучасні способи допоміжних репродуктивних технологій. Проте, в полі наукових досліджень медичної психології, на жаль, дана проблема практично не розглядається, особливо за наявності даної патології у чоловіка. Однак, як свідчать спостереження та клінічний досвід, знання і розуміння психічної складової безпліддя може поліпшити процес лікування. Існує точка зору (О.С. Каримова, 2010), що безпліддя є причиною психоемоційних порушень та функціонування людини, що спричиняє вагомий патологічний вплив на мікросоціально-психологічних проблем конкретних індивідумів: розвитку психологічних, емоційних, міжособистісних негараздів, які призводять до порушень життєдіяльності сім'ї, що в свою чергу обтяжує і без того вагомий медико-соціальний суспільний тягар хвороби (Р. Турек, 2009). З іншого боку, безпліддя належить до тих патологічних станів, які можуть суттєво впливати на психоемоційний статус, провокуючи стан хронічного стресу, який в свою чергу в багатьох випадках значно погіршує стан життєдіяльності родини та якість життя пацієнтів. Таким чином, виникає так званий механізм порочного кола: з одного боку, факт наявності безпліддя сприяє формуванню негативного психоемоційного стану та погіршення якості родинних процесів, з іншого боку, тривала стресова ситуація провокує розвиток психосоматичних проявів та ще більше посилює деструкцію сімейної життєдіяльності.

Ураховуючи актуальність наведеного вище, метою роботи було встановлення психологічних (особистісних і соціально-психологічних) чинників формування порушення життєдіяльності сім'ї при безплідді у чоловіків для визначення мішеней медико-психологічного впливу в аспекті подальшого розроблення системи психокорекції та психо-

профілактики порушення життєдіяльності сім'ї при безплідді у чоловіка.

Для досягнення поставленої мети нами, на основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології, обстежено 220 сімейних пар, в яких у чоловіків був встановлений діагноз безпліддя. У процесі дослідження вони були розділені на основну групу (180 родин, в яких діагностовано порушення життєдіяльності сім'ї різного рівня) та групу порівняння (40 сімей, в яких, не дивлячись на хворобу чоловіка, порушень життєдіяльності сім'ї не встановлено).

Особистісні та соціально-психологічні властивості обстежених вивчали за допомогою загальновідомих в клінічній практиці психодіагностичних методик СМІЛ та ДМО.

Аналіз результатів СМІЛ свідчить, що для чоловіків основної групи більш властивими були такі психологічні риси, як емоційна стійкість ($U=479$), наявність фемінінних рис ($U=540$), оптимізм ($U=591,5$). Для чоловіків групи порівняння були характерні прояви емоційності, мужності ($U=540$), соціальної інтроверсії ($U=570$), індивідуалістичності ($U=554$). Аналіз даних за методикою ДМО засвідчив, що для безплідних чоловіків з порушенням життєдіяльності сім'ї були властиві такі характеристики, як «недовірливий – скептичний» ($U=309$), «покірно-сором'язливий» ($U=232$), «залежний – слухняний» ($U=483$). Чоловіки групи порівняння виявили «владно-лідуючий» ($U=494,5$) стиль поведінки ($p\leq 0,001$). Таким чином, у більшості чоловіків з групи порівняння виявили властиві прояви емоційності, активності в міжособистісних стосунках, агресивності, при цьому їм були притаманні аналітичний склад мислення та мужні риси особистості. Чоловіки основної групи виявились більш пасивними в міжособистісних стосунках, менш агресивними, схильними до згладжування конфліктів (про це свідчили високі середні значення за шкалами імпульсивності, мужності, ригідності, оптимізму). Здійснення кореляційного аналізу показників методик СМІЛ і ДМО дозволив визначити особливості особистості чоловіків кожної групи. В основній групі безплідних чоловіків нами виявлені множинні взаємозв'язки ($p\leq 0,01$): позитивний – між шкалою СМІЛ «оптимізм і активність» і шкалою ДМО «залежний – слухняний (Я)» ($r=0,321$); шкалою «мужність» і «прямолинійно-агресивний (Я)» ($r=0,330$); негативний – між шкалами СМІЛ «емоційна лабільність» і «незалежний – домінувальний (Я)» ДМО ($r=-0,349$); шкала СМІЛ «песимістичність» зі шкалами «залежний – слухняний (Я)» ($r=-0,358$) і «покірно-сором'язливий (Вона)» ($r=-0,343$); шкала «оптимізм і активність» зі змінною «залежний – слухняний (Вона)» ($r=-0,347$). Таким чином, у безплідних чоловіків з порушенням

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. Окоороков, 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.