

## СЕКСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ПОДРУЖНІХ ПАР У СУМСЬКІЙ ПОПУЛЯЦІЇ

*Я.С. Жерновая, Л.Л. Семенюк, В.І. Бойко (Суми)*

Проведено аналіз стану сексуальної функції 357 відносно здорових подружніх пар у віці від 19 до 45 років, які мали регулярні статеві стосунки та погодилися надати інтерв'ю за спеціальним опитувальником, який рекомендовано В.В.Кришталем у співавт. [1990]. За допомогою нього встановлювався стан конфліктності, рівень соціально-психологічної і сексуально-поведінкової адаптації подружжя. Стан сексуальної функції подружніх пар досліджували методом системно-структурного аналізу за тими ж авторами. Статеву конституцію жінок визначали за векторною шкалою І.Л.Ботневої, а чоловіків – за шкалою Г.С.Васильченко. Психологічну адаптацію подружжя оцінювали за методикою А.Т.Філатова

Дослідження показали, що незважаючи на те, що подружжя мали сексуальні розлади, більшість з них за медичною допомогою не зверталася через необізнаність та неосвіченість у статевих стосунках. Так, 38% жінок мали сексуальну дисфункцію проти 31,4% у чоловіків. Сексуальні проблеми існували від кількох місяців до кількох років і визначалися таким чином: 23,7% жінок мали аноргазмію та у 11,6% випадків - гіпооргазмію, у 13,4% жінок відзначалася диспареунія та сексуальна гіпестезія у 19,6%, а 14,8% жінок доповіли про виражену любрикацію. Через сексуальні розлади 29% жінок втратили інтерес до статевого життя, що посилювало психологічну дезадаптацію подружніх пар.

Привертав до себе увагу той факт, що половина досліджуваних з визначеними розладами сексуальної функції не зверталися за допомогою до лікаря через сором'язливість. Негативні міжособистісні стосунки подружжя посилювали існуючу сексуальну дисфункцію.

Отже, проведені дослідження показали, що сексуальні дисфункції частіше зустрічаються у жінок, ніж у чоловіків та призводять до психологічної дезадаптації та сексуальної дисгармонії подружжя.

## СЕКСУАЛЬНА ФУНКЦІЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ГІСТЕРЕКТОМІЇ

*Л.Л. Семенюк (Суми)*

Сексуальність – вроджена потреба і функція людського організму. Зростання гістеректомій у молодих жінок з приводу пухлин призводить до зміни якості їхнього сексуального здоров'я. За матеріалами Сумського обласного центру акушерства та гінекології за останні 3 роки виконано 766 лапаротомій, серед яких з приводу пухлин у 400 жінок проведено гістеректомії, що становить 50,2%. Отже, під час хірургічного втручання майже у кожній другій пацієнтки видалено матку.

Вивчено сексуальне здоров'я 323 подружніх пар, у яких дружинам виконано гістеректомію з приводу пухлин. Клінічними проявами сексуальних розладів після гістеректомії у жінок були: зниження лібідо, сексуальна гіпестезія, гіпо-, аноргазмія. Дослідження показало, що сексуальні порушення виникають не лише внаслідок анатомічних змін, обумовлених обсягом операції, а й соціально-культурних чинників (рівня освіти, стосунками в сім'ї до операції, відношенням до роботи та до власної економічної незалежності від чоловіка, релігійною орієнтацією тощо). Причому, у третини обстежених жінок статеві розлади спостерігалися до операції та у 65 (20%) подружжя виявлено розбіжність визначальних психологічних характеристик. Здобуті результати підтверджують велику роль психологічних і соціально-психологічних чинників у розвитку сексуальної дисгармонії подружньої пари. У подальшому після хірургічної менопаузи посилювалася розбіжність спрямованості особистості подружжя, їхніх ціннісних орієнтацій, самооцінювання та взаємооцінювання, рівня сексуальних домагань. Несприятливе поєднання у подружніх парах психосексуальних типів чоловіка та дружини, невідповідність сексуальної мотивації, відсутність почуття взаємної любові та поваги, дезадаптивні форми поведінки тощо спричиняли психологічні та соціально-психологічні розлади у подружжя.

Безпосередньою причиною дисгармонії при хірургічній менопаузі є стержньове ураження біологічного компонента – його нейрогуморальної складової (внаслідок видалення матки та яєчників) і психічної регуляції. Проте, у 8,7% обстежених жінок хірургічна менопауза призвела лише до тимчасового пошкодження сексуального здоров'я. Ця група пацієнток швидко адаптувалася упродовж 3-4 місяців.

Отже, проведені дослідження довели, що сексуальна дисфункція жінок після хірургічної менопаузи носить складний характер та потребує відповідної реабілітації.

## ТИПИ СТАТУРИ ЖІНОК У СУМСЬКІЙ ПОПУЛЯЦІЇ

*А.Б. Сухарев (Суми)*

Тип статури жінок характеризує статеве дозрівання. Вивчення морфограми має певне значення для діагностики природжених і набутих до статевого дозрівання захворювань, які супроводжуються порушенням соматосексуального розвитку. Нами вивчено морфограми у 103 дівчаток-підлітків та студенток у віці від 16 до 23 років. Морфограми будували за показниками росту, віку, обводу грудної клітки, ширини плечей, довжини нижньої кінцівки, суми зовнішніх розмірів кісткового таза. Типи морфограм порівнювалися з особливостями менструальної функції кожної з досліджуваних. Обстеження показало, що за ростом досліджувані в основному відносилися до середньорослих –  $165,7 + 8,59$  см. Високорослі дівчата зустрілися лише у 3-х випадках (від