



**Рудницький Р.І.**

## **ДІАГНОСТИКА СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ПСИХІЧНО ХВОРИХ ТА КОМПЛЕКСНЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка*

*Буковинський державний медичний університет*

Актуальною проблемою, яка негативно впливає на стан здоров'я та якість життя психічно хворих людей, є діагностика сексуальних розладів та розроблення комплексного медико-психологічного лікування.

Основною метою було покращити надання спеціалізованого комплексного сексологічного лікування хворим з психічними розладами шляхом ранньої діагностики, диференційованого лікування та профілактики, що враховує клініко-психологічні особливості та їх перебіг. Головними питаннями, що підлягають вивченню, є: розповсюдженість, фактори ризику виникнення сексуальних розладів у психічно хворих, алгоритм ранньої діагностики, комплексне медико-психологічне лікування та заходи з профілактики. Були використані такі методи дослідження як клініко-психопатологічні, структуроване сексологічне інтерв'ю, експериментально-психологічний, параклінічні методи. Об'єктом дослідження були пацієнти 2-го та 5-го відділень Чернівецької обласної психіатричної лікарні з наявними сексуальними розладами. Шляхом системно-структурного аналізу проведено комплексне обстеження 7-х пацієнтів із наявними сексуальними розладами.

Очікувані результати дослідження: впровадження в клінічну практику нової системи ранньої діагностики та диференційованих підходів до лікування та профілактики сексуальних розладів у хворих на психічні розлади, що враховуватиме особистісно-типологічні, психопатологічні, сомато-неврологічні та соціальні фактори, і дозволить підвищити ефективність медичної допомоги даним хворим. Отже, дослідження психологічних, психопатологічних та соціогенних особливостей зазначених порушень є підґрунтям до створення та широкого впровадження диференційованих підходів щодо їх діагностики, лікування та профілактики.

**Русіна С.М.**

## **ФАКТОРИ РИЗИКУ СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ СЕРЕД ТРУДОВИХ МІГРАНТОК**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка*

*Буковинський державний медичний університет*

Тривалий час наукові дослідження міграційних процесів передбачали, що абсолютну більшість трудових мігрантів репрезентують чоловіки, які виступають основними годувальниками родин, тоді як жінки несуть відповідальність за дітей та домашню роботу, залишаючись удома. Традиційно жінок не вважали суб'єктами міграції взагалі чи розглядали як "залежних" та "вторинних" мігрантів, які супроводжують свою родину або чоловіка. Для позначення таких мігрантів використовувався термін "dependants" (залежні особи, утриманці). Проте за останні десятиріччя в гендерній структурі міжнародних трудових мігрантів спостерігаються радикальні зміни – жінки, як заміжні, так і самотні, часто краще освічені, ніж чоловіки, розпочали трудові міграції з метою забезпечення належного рівня життя для себе і своїх сімей. За даними Відділу населення ООН, в кінці ХХ століття потік жінок-мігрантів зростав більш прискореними темпами, ніж чоловіків, у країнах, що є найважливішими реципієнтами трудових мігрантів. Окреслюється нова тенденція фемінізації міжнародної міграції, що є наслідком сучасних змін в структурі зайнятості та сегментації світового ринку праці.

Метою роботи було дослідити фактори ризику соціальної дезадаптації серед трудових мігранток. Нами проведені дослідження жінок-мігрантів, що проживають у Чернівецькій області та місті Чернівці, які звернулися до психолога зі скаргами на порушення сну, тривожні переживання. Серед 20 досліджуваних 15 жінок проживали у сільській місцевості,



що склало 75%, а 5 жінок були мешканками міста (25%). Жінки-мігрантки, які проживали в селі були вікової категорії від 30 до 56 років. Серед них заміжні склали 87%, що у 7 раз перевищило кількість незаміжніх. Дана група жінок основною причиною виїзду за кордон вважала нестачу грошей для життя сім'ї та навчання дітей через відсутність роботи. Жінки-мігрантки, які не перебували у шлюбі виїжджали за кордон у пошуках кращого життя, хорошого матеріального забезпечення, а також - зібрати кошти на весілля. Жінки-мігрантки, які проживали у місті були вікової категорії від 25 до 32 років. Серед них 1 особа перебувала у шлюбі. Основною причиною виїзду на заробітки вважала низький матеріальний статус родини через відсутність постійної роботи у чоловіка. На закордонну роботу виїжджала сезонно у відпускний період. Чотири особи закордонні заробітки використовували задля покращення особистого життя (можливості навчатися у «престижному» навчальному закладі) чи оплати навчання та працевлаштування на Батьківщині. Однак, тривалі в часі чи періодичні перебування у трудовій міграції, ізолюючи людину від родини, звичного оточення сім'ї, дефіцит гідної праці та застосування примусової праці й сучасних форм рабства, призводили до психологічного виснаження. Зонами найбільшої напруженості було незадовільне матеріальне становище родини трудового мігранта та сфера некомфортних міжособистісних відносин з роботодавцем. Отже, психологічні негаразди у приймаючій країні, а саме – не завжди наявність гідної роботи, приниження, тощо призводили до розладів адаптації.

Таким чином, жіноча трудова міграція на сьогодні є показником відсутності роботи на батьківщині через безробіття чи низьку заробітну платню, яка здатна забезпечити матеріальне і психологічне благополуччя українських жінок, що провокувало психічну нестабільність, погіршувала якість життя та призводила до соціальної дезадаптації.

**Яремчук О.Б.**

### **ВЕГЕТАТИВНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка  
Буковинський державний медичний університет*

Хвороба Паркінсона (ХП) є залежним від віку нейродегенеративним захворюванням і характеризується моторними (гіпокінезія, ригідність, тремор, постуральна нестійкість) і немоторними симптомами. Серед немоторних проявів вегетативні розлади зустрічаються часто і мають значний вплив на якість життя пацієнтів.

Метою було вивчення характеру і частоти вегетативних порушень та їх впливу на якість життя у пацієнтів з хворобою Паркінсона на різних стадіях хвороби та в динаміці лікування. Проведено обстеження 24 хворих на ХП, які лікувалися в неврологічному відділенні Чернівецької обласної психіатричної лікарні. Середній вік хворих склав  $58,3 \pm 13,5$  років, середня тривалість захворювання –  $5,6 \pm 3,1$  років. Оцінка вираженості симптомів паркінсонізму проводилась з допомогою Уніфікованої рейтингової шкали ХП (UPDRS). Оцінка вегетативного стану хворого проводилась за опитувальником для оцінки вегетативних функцій. Якість життя пацієнтів визначали за шкалою Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire-39 (PDQ-39). Для статистичної обробки був використаний кутовий критерій Фішера.

У 14 пацієнтів була виявлена брадикінетико-тремтячо-ригідна, у 4 – ригідно-брадикінетична та у 2 – тремтяча форми. Середня важкість за частиною III шкали UPDRS склала  $22,5 \pm 6,5$  балів, за частиною I –  $4,2 \pm 0,5$  балів, важкість за шкалою Хен-Яра –  $2,5 \pm 0,5$ . Вегетативні розлади були виявлені у 75% пацієнтів із хворобою Паркінсона. Серед обстежених гіпергідроз спостерігався у 44,4%, слинотеча - у 27,7%, порушення сечовипускання - у 33,3%, закрепи - у 55,6%, дисфагія - у 16,7%, ортостатична гіпотензія - у 22,2%, сексуальна дисфункція - у 38,9%. Закрепи та ортостатична гіпотензія вірогідно частіше зустрічалися у хворих з пізнім початком хвороби та у пацієнтів з ригідно-брадикінетичною формою ( $p < 0,05$ ). Виявлено вплив вегетативних порушень на такі аспекти якості життя, як активність в повсякденному житті, емоційне благополуччя, когнітивні