

УДК 613.81-055.2:616.89-008.441.13-058.833

Вл.В. Подольський, В.В. Подольський, Ю.М. Рибінський

Вплив хронічного вживання алкоголю на психосоціальний та емоційний стан жінок фертильного віку з хронічними запальними захворюваннями, викликаними інфекціями, що передаються статевим шляхом

ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2025. 1(101): 74-81. doi: 10.15574/PP.2025.1(101).7481

For citation: Podolskyi VV, Podolskyi VV, Rybinskyi YM. (2025). Impact of chronic alcohol use on the psychosocial and emotional well-being of women of fertile age with chronic inflammatory diseases caused by sexually transmitted infections. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 1(101): 74-81. doi: 10.15574/PP.2025.1(101).7481.

Хронічне вживання алкоголю становить значні ризики для психосоціального та емоційного здоров'я жінок, особливо репродуктивного віку. Взаємодія соціальних норм, гендерної динаміки та несприятливих соціально-економічних умов посилює ці вразливості. Дослідження спрямовано на вивчення психогенних і соціально-екологічних факторів, що впливають на алкогольну залежність та її психологічні наслідки.

Мета – оцінити вплив хронічного вживання алкоголю на психічний стан, міжособистісні стосунки та соціальну адаптацію жінок репродуктивного віку з акцентуванням на гендерно чутливих і соціокультурних аспектах.

Матеріали та методи. Проведено клінічне дослідження серед двох груп жінок репродуктивного віку з різними формами вживання алкоголю – епізодичним і хронічним. До дослідження залучено 120 жінок репродуктивного віку (18–45 років), поділених на дві групи: перша група – 60 жінок, що споживали алкоголь епізодично, друга – 60 жінок із хронічним вживанням алкоголю. Для психологічного оцінювання застосовано тести Лірі та Люшера. Кількісно проаналізовано дані про міжособистісну поведінку, рівень стресу та адаптивність, акцентуючи увагу на взаємозв'язках із соціально-економічними та сімейними умовами.

Результати. Жінки з хронічним вживанням алкоголю мали вищий рівень емоційного стресу, депресії та соціальної дезінтеграції порівняно з тими, хто вживав алкоголь епізодично. Основні результати засвідчили підвищений рівень депресії (90%), астеновегетативного синдрому (50%) і малопридатну міжособистісну поведінку. У жінок, які хронічно вживали алкоголь, спостерігалось значне зниження соціально-професійного статусу, зокрема, втрата роботи і стабільності в сім'ї. Результати підкреслили вплив соціальної стигматизації, раннього початку ризикованої поведінки і несприятливих умов у родині.

Висновки. Хронічне вживання алкоголю значно впливає на психічне здоров'я жінок, спричиняючи стрес, дезадаптацію і напружені міжособистісні стосунки. Ефективні втручання мають включати гендерно чутливі підходи, спрямовані на подолання соціальної стигматизації, забезпечення психологічної підтримки та сприяння соціально-економічній стабільності, щоб пом'якшити вплив алкоголю. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнток.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: хронічне вживання алкоголю, жінки репродуктивного віку, емоційний стрес, соціальна адаптація, гендерно чутливі втручання, міжособистісні стосунки, соціально-економічні чинники.

Impact of chronic alcohol use on the psychosocial and emotional well-being of women of fertile age with chronic inflammatory diseases caused by sexually transmitted infections

V.I.V. Podolskyi, V.V. Podolskyi, Y.M. Rybinskyi

SI «Ukrainian center of maternity and childhood of the NAMS of Ukraine», Kyiv

Chronic alcohol use poses significant risks to women's psychosocial and emotional health, particularly among those of reproductive age. The interplay of societal norms, gender dynamics, and adverse socio-economic conditions exacerbates these vulnerabilities. This study investigates the psychogenic and socio-environmental factors influencing alcohol dependence and its psychological consequences.

Aim – to assess the impact of chronic alcohol use on the psychological state, interpersonal relationships, and social adaptation of women of reproductive age, emphasizing gender-sensitive and socio-cultural considerations.

Materials and methods. A clinical study was conducted on two groups of women of reproductive age with varying patterns of alcohol use: episodic and chronic. The study involved 120 women of reproductive age, usually in the age range of 18 to 45 years, who were evenly divided into two groups. The first group consisted of 60 women who consumed alcohol episodically, and the second group included 60 women with chronic alcohol consumption. Psychological assessments included the Leary Interpersonal Test and Lüscher Color Test. Data on interpersonal behavior, stress levels, and adaptive functioning were quantitatively analyzed, highlighting correlations with socio-economic and family dynamics.

Results. Women with chronic alcohol use exhibited higher levels of psychological stress, depression, and social disintegration compared to those with episodic use. Key findings include elevated rates of depression (90%), asthenic-vegetative syndrome (50%), and maladaptive interpersonal behaviors. Chronic users demonstrated significant socio-professional declines, including loss of employment and family stability. The findings underscore the compounded impact of social stigma, early exposure to risky behaviors, and negative familial environments.

Conclusions. Chronic alcohol use significantly affects women's mental health, leading to stress, maladaptation, and strained interpersonal relationships. Effective interventions must incorporate gender-sensitive approaches, addressing societal stigmatization, providing psychological support, and fostering socio-economic stability to mitigate the impact of alcohol use.

The study was conducted in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the institution mentioned in the work. Informed consent was obtained from the patients for conducting the study. The authors declare no conflict of interest.

Keywords: chronic alcohol use, women of reproductive age, psychological stress, social adaptation, gender-sensitive interventions, interpersonal relationships, socio-economic factors.

Взаємозв'язок між вживанням алкоголю та ризикованою сексуальною поведінкою має значні наслідки для громадського здоров'я, що підтверджується міжкультурним дослідженням Всесвітньої організації охорони здоров'я, яке охопило вісім країн. Це дослідження глибоко аналізує складні взаємозв'язки між соціокультурними нормами, вживанням алкоголю та ризикованою сексуальною поведінкою, підкреслюючи серйозні загрози здоров'ю, які виникають у результаті таких дій [20].

Вживання алкоголю глибоко вкорінене в соціальних і культурних практиках багатьох суспільств, часто виступаючи каталізатором для соціальної взаємодії та сексуальної поведінки [1,14,15]. Однак цей зв'язок нерідко призводить до зниження самоконтролю і погіршення прийняття рішень, що збільшує ймовірність незахищеного сексу, випадкових сексуальних зв'язків і сексуального насильства [2]. Дослідження свідчить, що алкоголь часто є спільним чинником, який ініціює ризиковану сексуальну поведінку, особливо в таких місцях, як бари та нічні клуби, де ці дії нормалізовані [3]. Така поведінка суттєво підвищує ризик зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), у т.ч. ВІЛ, особливо серед вразливих груп населення [4].

Культурні уявлення про гендерні ролі ще більше посилюють ці ризики. У багатьох суспільствах вживання алкоголю асоціюється з поняттям мужності, де чоловіків соціально заохочують до споживання алкоголю та участі в проміскуїтній поведінці як прояву їхньої маскуліності [6,21]. Водночас жінки, які вживають алкоголь, часто стикаються зі стигматизацією, але також із вищою ймовірністю стають жертвами сексуального насильства або піддаються тиску щодо участі в ризикованій сексуальній поведінці [5]. Ці гендерні динаміки підкреслюють потребу впровадження інтервенцій, які враховують культурні чутливості та гендерну специфіку [7,18,19].

Соціально-економічні чинники також ускладнюють взаємозв'язок між вживанням алкоголю і ризикованою сексуальною поведінкою [8]. У незабезпечених умовах транзакційний

секс часто включає алкоголь як засіб для переговорів, що підвищує ризики для здоров'я жінок, які беруть участь у таких практиках [9]. Більше того, поширеність саморобного або нелегального алкоголю в регіонах із низьким рівнем доходів додає додаткових загроз здоров'ю, посилюючи ризики, пов'язані із сексуальною поведінкою, і збільшуючи ймовірність негативних наслідків [10].

Результати цього дослідження наголошують на потребі комплексного підходу до зменшення ризиків здоров'ю, пов'язаних із взаємодією алкоголю і ризикованої сексуальної поведінки [13]. Освіта громадськості відіграє ключову роль у підвищенні обізнаності щодо небезпек, які виникають через порушення прийняття рішень під впливом алкоголю, особливо серед молоді та груп ризику [12]. Регулятивні заходи, спрямовані на обмеження доступності алкоголю та його реклами, також є критично важливими для зниження споживання та пов'язаних із цим ризиків [11,16,17]. Інтеграція навчання про шкоду алкоголю в ширші ініціативи охорони здоров'я, особливо в програми профілактики ІПСШ та ВІЛ, є важливим кроком до розв'язання цієї проблеми.

Вирішення цих питань через культурно обізнані інтервенції може зменшити суттєві ризики, пов'язані з цією взаємодією, особливо в регіонах із високим рівнем поширеності ІПСШ та ВІЛ. Вирішення ширших детермінант такої поведінки є необхідним для створення безпечніших спільнот і зменшення глобального тягаря шкоди, пов'язаної з алкоголем.

Мета дослідження – оцінити вплив хронічного вживання алкоголю на психічний стан, міжособистісні стосунки та соціальну адаптацію жінок репродуктивного віку з акцентуванням на гендерно чутливих та соціокультурних аспектах.

Матеріали та методи дослідження

До дослідження залучено 120 жінок, які перебувають у віковій категорії фертильного віку. Зазвичай це жінки віком 18–45 років, хоча точний віковий інтервал може варіюватися залежно від встановлених клінічних критеріїв

і вимог дослідницького протоколу. Для забезпечення можливості порівняльного аналізу впливу різних форм алкогольної інтоксикації учасниці дослідження рівномірно поділені на дві групи: перша група – 60 жінок із гострою алкогольною інтоксикацією, друга – 60 жінок із хронічною алкогольною інтоксикацією.

Критерії залучення: жінки фертильного віку (18–45 років), які мали підтверджену алкогольну інтоксикацію: гостру – для першої групи або хронічну – для другої. Усі потенційні учасниці надали письмову інформовану згоду, що засвідчує їхнє розуміння мети та умов дослідження, а також відповідати стандартним клінічним та етичним нормам, зокрема, вимогам Гельсінської декларації.

Для збереження чистоти вибірки та коректності отриманих даних із дослідження вилучено жінок, що не відповідають віковим критеріям фертильності або мають супутні соматичні або психічні захворювання, які можуть впливати на психоемоційний стан незалежно від алкогольної інтоксикації. Також вилучено учасниць, стан яких не відповідає встановленим діагностичним критеріям гострої або хронічної алкогольної інтоксикації, а також тих, хто відмовляється надати інформовану згоду або з будь-яких причин не може свідомо брати участь у дослідженні.

Для діагностування міжособистісних відносин застосовано тест Т. Лірі. Цей тест являє собою модифікований варіант інтерперсонального діагностування. Опитувальник забезпечує опис характеру людини і призначений для вимірювання ступеня вираженості властивостей, що виявляються в міжособистісному спілкуванні: домінантність, упевненість у собі, незалежність, чуйність, товариськість. Поведінку людини оцінено за допомогою двох перемінних, які проаналізовано в тримірному просторі, складеному трьома осями: домінування-підкорення, емоційність-аналітичність, товариськість-агресивність. За результатами дослідження підраховано бали, які потім перенесено на дискограму та оцінено. Для цього застосовано «ключ», за допомогою якого виділено 16 номерів, які нормують кожний із 8 октантів психограм. Типи ставлення до оточуючих:

а) авторитарний: 13–16 балів – власний, диктаторський, деспотичний характер, тип сильної особистості, яка лідирує в усіх видах групової діяльності; 9–12 балів – домінантний, енергійний, авторитетний лідер, який любить

давати поради, потребує до себе уваги. Оточуючі відмічають цю власність, але не визнають цього; 0–8 балів – впевнена в собі людина, яка любить давати поради, але не обов'язково є лідером;

б) егоїстичний: 13–16 балів – особа, яка потребує бути над усіма, водночас тримаючись осторонь від усіх. Незалежна, нарцисна, самодостатня. Схильна перекидатися труднощі на оточуючих, але сама особа ставиться до них відсторонено; 0–12 балів – егоїстичні риси, акцентуація на собі, схильність до суперництва;

в) агресивний: 13–16 балів – особа, що виявляє ворожість до оточуючих, різкість, агресивність, може бути асоціальною поведінкою; 9–12 балів – наявна схильність в усьому обвинувачувати оточуючих, характерна роздратованість, прямолінійність, іронічність, жорстокість. 0–8 балів – проявляє енергійні, вперті, наполегливі риси особистості;

г) недовірливий: 13–16 балів – тип, який відображає такі особливості міжособистісних відносин, як відчуження від ворожого світу, вразливість, схильність сумніватися в усьому, скиглення відносно оточуючих (шизоїдний тип характеру); 9–12 балів – критичний тип особистості, що відчуває труднощі в інтерперсональних контактах через невпевненість у собі; замкнутість, скептичність, розчарування в людях, скритність, негативізм проявляє у вербальній агресії; 0–8 балів – тип особистості, який проявляє критичність щодо всіх соціальних явищ та оточуючих людей;

д) покірний: 13–16 балів – тип особистості, що відображає покірність, схильність до самоприниження, схильність поступатися всім та в усьому, прагне знайти підтримку в сильнішій особистості; 9–12 балів – схильність підкорятися сильнішій особистості без урахування ситуації; 0–8 балів – емоційно стриманий тип, який не має власної думки, схильний підкорятися іншим;

е) залежний: 13–16 балів – різко невпевнена в собі особистість, має нав'язливі страхи та залежність від інших; 9–12 балів – боязка, безпомічна, вважає, що інші завжди мають рацію; 0–8 балів – м'яка, чекає допомоги та поради, довірлива, чужа;

ж) товариський: 9–16 балів – тип міжособистісних відносин, що відображає товарищескість до оточуючих, орієнтованість на соціальне схвалення, прагнення бути добрим для всіх без урахування ситуації, емоційну лабільність (істе-

роїдний тип характеру); 0–8 балів – схильність до співпраці, кооперації, компромісність у вирішенні проблем і конфліктних ситуацій. Прагне допомагати, відчуває себе в центрі уваги, товариський, проявляє теплоту у відносинах;

з) альтруїстичний: 9–16 балів – тип особи, яка прагне допомагати і співчувати людям, може бути нав'язливою у своїй допомозі, дуже активна щодо оточуючих, бере на себе відповідальність за інших; 0–8 балів – виявляє відповідальність щодо людей. Емоційне ставлення проявляється у співчутті, вміє захопити, заспокоїти оточуючих.

Кількісні показники за кожним з октантів – від 0 до 16 – відкладаються на відповідній номеру октанті координат, кожна з яких позначена дугами; відстань між ними кратна чотирьом: 0, 4, 8, 12, 16.

Характеристики, які не виходять за межі 8 балів відповідають гармонійним особам. Показники, які перевищують 8 балів, свідчать про акцентуацію властивостей. Бали, які досягають рівня 14–16, свідчать про труднощі соціальної адаптації. Низькі показники за всіма октантами (0–3 бали) можуть бути результатом скритності і неправдивості досліджуваного. Якщо в психогамі немає октантів, заштрихованих понад 4 бали, то дані сумнівні в плані їхньої достовірності, досліджувана не захотіла оцінити себе правдиво.

Перші чотири типи міжособистісних відносин (I, II, III, IV) характеризуються переважанням некомфортних тенденцій і схильністю до конфліктних проявів (III, IV), наполегливістю відстоювання власної точки зору, тенденцією до лідерства і домінування (I і II). Інші чотири октанти (V, VI, VII, VIII) являють собою протилежну картину: перевага конформних установ, конгруентність у контактах з оточуючими (VII, VIII), невпевненість у собі, згода з думкою оточуючих, схильність до компромісів (V, VII).

Рівень психоемоційного стресу визначено за допомогою тесту Люшера. Цей тест засновано на припущенні, що вибір кольору відображає спрямованість на певну діяльність, настрій і найбільш стійкі риси особи. Тест Люшера застосовано в класичному варіанті – короткий тест із використанням восьми кольорів ряду. Процедура тестування передбачає упорядкування кольорів за ступенем їхнього суб'єктивного сприйняття. Учасники визначають найприємніший колір із восьми. Характеристика кольорів передбачає чотири основні та чотири допоміжні кольори: синьо-зелений символізує впевненість, наполегливість, упертість; оранжево-червоний – силу волевого зусилля, агресивність, наступальні тенденції; жовтий – активність, прагнення до спілкування, експансивність, веселість. За відсутності конфлікту, в оптимальному стані, основні кольори повинні займати переважно перші п'ять позицій. Додаткові кольори (фіолетовий, коричневий, чорний) символізують негативні тенденції: тривожність, стрес, страх. За відсутності конфлікту основні кольори повинні займати перші позиції. Простота та зручність цієї методики дає змогу застосовувати її в жінок із наркотичною залежністю.

Результати дослідження та їх обговорення

Важливим моментом у розвитку алкогольної залежності є ситуативні психогенії, несприятливі умови життя.

До чинників виникнення алкогольних проблем у жінок належать: преморбідні особливості особистості, сомато-біологічні особливості, побутові умови, мікросоціальне оточення, забарвлені негативними емоціями ситуації, як наприклад: нещасливий шлюб, вдовство, втрата дітей. Мікросоціальне середовище в сучасних економічних умовах хронічно діє травмувальним чином на психіку жінок. Цей психогенний вид може викликати глибокі зміни в

Таблиця 1

Психоемоційний стан жінок фертильного віку з хронічними запальними захворюваннями, викликаними інфекціями, що передаються статевим шляхом, під впливом алкогольної інтоксикації, абс. (%)

Психоемоційний стан жінок	Кількість жінок з алкогольною інтоксикацією в групах	
	I	II
Пригнічений настрій	6 (10,0)	6 (10,0)
Постійна турбота	6 (10,0)	4 (6,7)
Емоційна виснаженість і втома	30 (50,0)	8 (13,3)
Довгі періоди смутку	6 (10,0)	10 (16,7)
Порушення сну	12 (20,0)	32 (53,3)

здорових людей, зокрема, в жінок, ендокринна система яких виснажується під впливом хронічної алкогольної інтоксикації.

Такі розлади, як пригнічений настрій, постійна турбота, емоційна виснаженість і втома, найбільш властиві I групі жінок, відповідно в 6 (10,0%) обстежених виявлялася постійна турбота, у 30 (50,0%) – емоційна виснаженість і втома, серед жінок II групи найчастіше відзначалися такі розлади, як довгі періоди смутку – у 10 (16,7%) жінок, порушення сну – у 32 (53,3%) учасниць. Отже, у результаті анкетування виявлено досить високий рівень психоемоційної напруги в обстежених жінок. Це свідчить, що більшість учасниць дослідження із цієї групи перебуває в стані хронічного стресу (табл. 1).

Траплялися такі нервово-психічні розлади, як депресія, астеновегетативний синдром, іпохондрія, істерична психопатія (табл. 2). Депресивні розлади, як істеродепресивний, тривожно-депресивний, астенодепресивний і адапто-депресивний варіанти часто спостерігалися в самотніх жінок з алкогольними розладами.

У I групі жінок найчастіше траплялися нервово-психічні розлади: депресії – у 54 (90,0%) жінок, астеновегетативний синдром – у 30 (50,0%) учасниць, іпохондрія – у 18 (30,0%) осіб, істерична психопатія – у 6 (10,0%) досліджуваних. У II групі депресії спостерігалися в 50 (83,3%) жінок, астеновегетативний синдром – у 16 (26,7%) осіб, іпохондрія – у 6 (10,0%) учасниць, істерична психопатія – у 12 (20,0%) досліджуваних.

Викликають занепокоєння не тільки клінічні аспекти самого захворювання, але й проблеми дезадаптації жінок. Одним із важливих моментів дослідження стало вивчення соціальної адаптації жінок з алкогольною інтоксикацією. За допомогою спеціальних психологічних тестів виділено три рівні психоемоційної дезадаптації в жінок, що перебувають під впливом алкогольної інтоксикації, при цьому в жінок із

I групи характерний перший рівень дезадаптації, а в жінок із II групи – другий і третій рівні. Перший рівень характеризується переважно клінічними проявами залежності, коли жінки намагаються приховати хворобу, зберігаючи власні соціальні позиції, але частішають конфлікти на роботі і в сім'ї, пов'язані зі зловживанням алкоголем, жінки не здатні вирішувати більшість ситуацій «тверезим» шляхом (5 (50,0%) жінок із I групи та 3 (10,0%) учасниць з II групи). Другий рівень характеризується вираженими змінами особистості; дезадаптація виражається зниженням професійного статусу, зокрема, втратою кваліфікованої професії; зміною сімейного положення – тимчасовий або остаточний розпад сім'ї (3 (30,0%) жінки із I групи та 15 (50,0%) учасниць із II групи). На третьому рівні переважає втрата диференційованих навиків праці, різке погіршення умов життя або навіть бездомне існування, асоціальна поведінка, клінічна картина у хворих характеризується енцефалопатичними проявами, соматичною патологією (2 (20,0%) жінки з I групи та 16 (53,3%) пацієнток із II групи).

Важливими чинниками, що впливають на адаптацію жінок з алкогольною інтоксикацією, є стадія захворювання, форми вживання алкоголю (запійна, псевдозапійна, постійна, перемежна) на момент обстеження, наявність змінених форм сп'яніння, середня добова доза алкоголю на момент початку зловживання, соматогенії в анамнезі і під час обстеження, а також вік формування абстинентного синдрому. Багатократні черепно-мозкові травми зумовлюють формування третього рівня дезадаптації незалежно від часу виникнення алкоголізму. Більшості обстежених жінок властиве періодичне пияцтво у вигляді псевдозапоїв, у деяких переважають дійсні запої. Такі жінки належали до II досліджуваної групи з другим і третім рівнями дезадаптації, а в I групі частіше переважало епізодичне вживання алкоголю і спостерігався перший рівень де-

Таблиця 2

Нервово-психічні розлади в жінок фертильного віку з хронічними запальними захворюваннями, викликаними інфекціями, що передаються статевим шляхом, під впливом алкогольної інтоксикації, абс. (%)

Нервово-психічний розлад	Кількість жінок з алкогольною інтоксикацією в групах	
	I	II
Депресія	54 (90,0)	50 (83,3)
Астеновегетативний синдром	30 (50,0)	16 (26,7)
Іпохондрія	18 (30,0)	6 (10,0)
Істерична психопатія	6 (10,0)	12 (20,0)

задаптації. Важливими моментами в розвитку алкогольної залежності є ситуаційні психогенії та несприятливі умови життя. Значення мікросоціуму у формуванні алкоголізму особливо важливе, при цьому переважають такі чинники: пияцтво в сім'ї, серед близьких родичів, сусідів або серед товаришів, відсутність батьків, виховання поза сім'єю; жорстоке, байдуже, владне ставлення батьків. Дефекти виховання цих хворих виявляються в підвищеній частоті випадків фізичної агресії в дитинстві: систематичні побиття, участь у сімейних бійках. Преморбідні особистісні відхилення, психопатія побічно пов'язані з такими несприятливими мікросоціальними діями, як випадки зґвалтування, ранній початок статевого життя. У психологічному портреті жінок з алкогольною інтоксикацією в I групі переважав тип із більш жіночими рисами характеру, у II групі – маскуліно-асоціальними рисами. Пияцтво у жінок посилюється в періоди декомпенсації психопатичних рис або у випадках спільного проживання з чоловіком або співмешканцем - алкоголіком, спілкування у колі родичів, сусідів, у дворових компаніях, у колективах з алкогольними традиціями тощо. Рання алкоголізація часто пов'язана з ранньою появою сексуального потягу в цих пацієнток. Ці два «потяги» взаємопов'язані: посилення одного спричиняє активізацію іншого, тому пияцтво загострюється у вигляді «загулів».

За допомогою тесту Люшера встановлено, що обстежені групи різнилися між собою за рівнем психологічної адаптації жінок. У I групі коричневий колір обрали 4 (40,0%) жінки, що характеризується потребою в зниженні тривоги, стану вираженого стресу і дезадаптації та свідчить про песимістичне оцінювання ситуації; чорний – 3 (30,0%) учасниці, що проявляється високим рівнем стресу; сірий – 1 (10,0%) досліджувана, що означає потребу в спокої, пасивності; фіолетовий – 1 (10,0%) особа, що свідчить про амбітендентність між потребою в безпеці і бажанням у визнанні; синій – 1 (10,0%) жінка, що вказує на потребу в емоційному комфорті та спокої; і лише 1 (10,0%) учасниця дослідження обрала яскравий червоний колір.

У II групі більшість жінок мали середній рівень стресу. У виборі кольорів переважав фіолетовий колір (11 (36,7%) осіб), що свідчить про емоційну незрілість, пов'язану з труднощами адаптації, потребу втечі від реальності; сірий колір обрали 6 (20,0%) жінок, що визначає потребу в спокої, пасивність; синій – 2 (6,7%) досліджувані, що вказує на потребу в емоційному комфорті та спокої; коричневий – 3 (10,0%) учасниці, що свідчить про тривожність і невпевненість; чорний – 2 (6,7%) жінки, що виявляє негативізм до оточуючих, потребу в незалежності; зелений – 3 (10,0%) учасниці, що

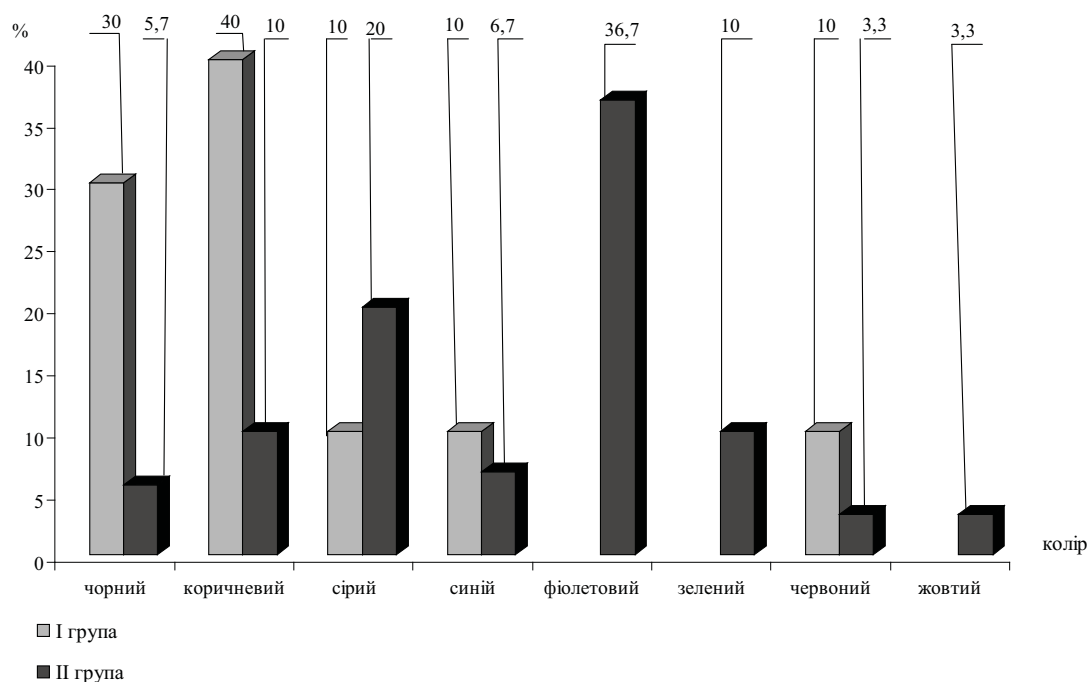


Рис. Кількість жінок фертильного віку з хронічними запальними захворюваннями, викликаними інфекціями, що передаються статевим шляхом, під впливом алкогольної інтоксикації за обраними ними кольорами, за тестом Люшера, %

вказує на агресію захисного характеру; червоний – 1 (3,3%) особа, що свідчить про інфантилізм і подавлену агресію захисного характеру; жовтий – 1 (3,3%) жінка, що визначає потребу в спілкуванні (рис.).

У дослідженні міжособистісних відносин за тестом Лірі отримано такі дані. У I групі 5–6 октантів відзначили 3 (30,0%) жінки, 3–4 октанти – 5 (50,0%) осіб; у II групі: 5–6 октантів – 7 (23,3%) досліджуваних, 3–4 октанти – 12 (40,0%) жінок. Ці дані можуть зі значною достовірністю підтвердити особливості міжособистісних стосунків у жінок, що перебувають під впливом алкогольної інтоксикації в сім'ї, на роботі, у побуті, цим самим пояснюється занижена самооцінка, пояснення пияцтва наявністю психотравм, захисна «псевдоейфорична» поведінка, запрограмованість на невдачу, «гіперкомпенсаторна» поведінка в період ремісій.

Отже, у жінок репродуктивного віку, що перебувають під впливом алкогольної інтоксикації, спостерігається порушення психоемоційного стану. Проведені дослідження вказують на чинники ризику порушень психоемоційного стану, серед яких найбільш значущими є неблагополучна родина, психологічні стреси на роботі і нервові напруження, ранній початок статевого життя, ситуативні психогенії, несприятливі умови життя.

Результати дослідження підтверджують значний вплив хронічного вживання алкоголю на психоемоційний стан жінок, що проявляється підвищеним рівнем стресу, труднощами в міжособистісних стосунках і застосуванням неефективних механізмів подолання труднощів. Жінки з I групи (з епізодичним вживанням алкоголю) мають меншу соціальну дезінтеграцію порівняно з учасницями з II групи (жінками з хронічним вживанням алкоголю), що узгоджується з літературними даними про поступове поглиблення дисфункцій у разі тривалого вживання алкоголем.

Психосоціальні чинники відіграють вирішальну роль у розвитку алкогольної залежності. Несприятливі умови життя, такі як дисфункціональні родини, соціально-економічні труднощі та ранній початок ризикованої поведінки, створюють підґрунтя для формування залежності. Ці чинники посилюють ризик вживання алкоголю та утворюють замкнене коло залежності і соціального відчуження.

Гендерні аспекти також є важливими для розуміння впливу алкоголю. У суспільстві зловживання алкоголем жінками часто супроводжується стигматизацією, однак це не сприяє розв'язанню базових психологічних проблем, що спричиняють таку поведінку. Учасниці

II групи частіше мали тяжкі психологічні розлади, зокрема депресію та астеновегетативний синдром, що вказує на підвищену вразливість жінок із хронічною залежністю.

Слід впроваджувати комплексні клінічні та громадські інтервенції, зокрема, психологічну підтримку, спрямовану на роботу із сімейною динамікою і травматичними подіями в анамнезі. Реабілітаційні програми мають враховувати гендерні особливості та надавати пріоритет підтримувannya жінок, які пережили негативні соціальні впливи. Також є критично важливою політика, спрямована на зменшення доступності алкоголю в соціально вразливих групах.

У майбутньому доцільно зосередитися на довготривалих спостереженнях для аналізу змін у психоемоційному стані під впливом алкоголю з урахуванням соціальних детермінант. Отримані висновки вказують на необхідність впровадження гендерно чутливих і культурно обізнаних підходів до розв'язання проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, для зменшення психосоціальних наслідків залежності.

Висновки

Проведене дослідження засвідчує значний вплив хронічного вживання алкоголю на психоемоційний стан жінок, підкреслюючи роль соціальних, психологічних і гендерних чинників у формуванні цих порушень. Результати підтверджують, що алкогольна інтоксикація спричиняє розвиток стійкого стресу, психосоціальну дезадаптацію та погіршення міжособистісних стосунків. Зокрема, жінки з II групи, які мають досвід тривалого зловживання алкоголем, значно частіше зазнають тяжких психічних розладів, зокрема депресії, астеновегетативного синдрому та соціального відчуження.

Несприятливі соціальні умови, зокрема, сімейні конфлікти, економічна нестабільність і ранній початок ризикованої поведінки, є визначальними чинниками ризику розвитку алкогольної залежності. Крім того, стигматизація жіночого алкоголізму та недостатня увага до специфічних потреб жінок у процесі лікування обмежують ефективність реабілітаційних заходів.

Отримані дані вказують на потребу впровадження гендерно чутливих підходів до профілактики і лікування алкогольної залежності, які враховують унікальні соціальні й психологічні потреби жінок. Розроблення таких програм має поєднувати психологічну підтримку, соціальну інтеграцію та зміцнення навичок ефективного подолання життєвих труднощів.

Загалом, результати дослідження підкреслюють важливість комплексного підходу до вирішення проблем алкогольної залежності, який передбачає не лише медичний аспект, але

й заходи, спрямовані на поліпшення соціальних умов життя жінок і подолання суспільних бар'єрів. Це є ключем до зменшення шкоди, яку завдає алкоголь, та поліпшення психосоціального добробуту жінок.

Автори підтверджують, що не мають конфлікту інтересів, який міг би вплинути на об'єктивність і достовірність наведених у статті даних або результатів дослідження. Усі етапи роботи проведені відповідно до етичних принципів, а висновки базуються виключно на наукових даних.

References/Література

1. Finn DA. (2020). The Endocrine System and Alcohol Drinking in Females. *Alcohol Res.* 40(2): 2.
2. Florez IA et al. (2022). Childhood abuse, posttraumatic stress symptoms, and alcohol misuse among African-American women. *J Ethn Subst Abuse.* 21(1): 174-196.
3. Grigsby TJ et al. (2023). COVID-19 Concerns, Perceived Stress, and Increased Alcohol Use Among Adult Women in the United States. *Clin Nurs Res.* 32(1): 84-93.
4. Guinle MIB, Sinha R. (2020). The Role of Stress, Trauma, and Negative Affect in Alcohol Misuse and Alcohol Use Disorder in Women. *Alcohol Res.* 40(2): 5.
5. Gutke A, Sundfeldt K, De Baets L. (2021). Lifestyle and Chronic Pain in the Pelvis: State of the Art and Future Directions. *J Clin Med.* 10(22).
6. Hahm HC et al. (2023). Psychological Distress and Heavy Alcohol Consumption Among U.S. Young Women During the COVID-19 Pandemic. *Womens Health Issues.* 33(1): 17-24.
7. Handy A.B et al. (2022). Psychiatric Symptoms Across the Menstrual Cycle in Adult Women: A Comprehensive Review. *Harv Rev Psychiatry.* 30(2): 100-117.
8. Holzhauer CG et al. (2021). Prenatal Stress Exposure and Post-traumatic Stress Disorder Associated With Risk of Postpartum Alcohol Misuse Among Women Veterans. *Womens Health Issues.* 31(6): 596-602.
9. Johnson EEH et al. (2021). Trauma and Alcohol Use Among Transgender and Gender Diverse Women: An Examination of the Stress-Buffering Hypothesis of Social Support. *J Prim Prev.* 42(6): 567-581.
10. Kersey K, Lyons AC, Hutton F. (2022). Alcohol and drinking within the lives of midlife women: A meta-study systematic review. *Int J Drug Policy.* 99: 103453.
11. Kim SY. (2022). Oxidative stress and gender disparity in cancer. *Free Radic Res.* 56(1): 90-105.
12. Levy ME et al. (2021). Psychosocial stress and neuroendocrine biomarker concentrations among women living with or without HIV. *PLoS One.* 16(12): e0261746.
13. Lewis RJ et al. (2021). Minority stress and alcohol use in sexual minority women's daily lives. *Exp Clin Psychopharmacol.* 29(5): 501-510.
14. Li X et al. (2023). Moderate alcohol consumption, types of beverages and drinking pattern with cardiometabolic biomarkers in three cohorts of US men and women. *Eur J Epidemiol.* 38(11): 1185-1196.
15. Maddern XJ et al. (2024). Sex Differences in Alcohol Use: Is It All About Hormones? *Endocrinology.* 165(9).
16. Park SH et al. (2023). Ethanol and its Nonoxidative Metabolites Promote Acute Liver Injury by Inducing ER Stress, Adipocyte Death, and Lipolysis. *Cell Mol Gastroenterol Hepatol.* 15(2): 281-306.
17. Patock-Peckham JA et al. (2022). Effects of stress, alcohol prime dose, and sex on ad libitum drinking. *Psychol Addict Behav.* 36(7): 871-884.
18. Ralevski E, Southwick S, Petrakis I. (2020). Trauma- and Stress-Induced Craving for Alcohol in Individuals Without PTSD. *Alcohol Alcohol.* 55(1): 37-43.
19. Sarveswaran G et al. (2021). Perceived Stress and Its Determinants among Postmenopausal Women in Urban Puducherry. *J Midlife Health.* 12(1): 33-38.
20. Trangenstein PJ et al. (2021). Alcohol Policy Scores and Alcohol-Attributable Homicide Rates in 150 Countries. *Am J Prev Med.* 61(3): 311-319.
21. Wang Z et al. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry.* 11(1): 543.

Відомості про авторів:

Подольський Володимир Васильович — д.мед.н., президент ГО «Асоціація психосоматичного акушерства та гінекології», гол.н.с., зав. відділення «Проблем здоров'я жінок фертильного віку» ДУ «ВЦМД НАМН України», заслужений лікар України. Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: +38 (044) 484-40-64. <https://orcid.org/0000-0003-2875-6195>.

Подольський Василь Васильович — д.мед.н., проф., заст. директора ДУ «ВЦМД НАМН України», керівник відділення «Проблем здоров'я жінок фертильного віку» ДУ «ВЦМД НАМН України», заслужений діяч науки і техніки України. Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: +38 (044) 484-40-64. <https://orcid.org/0000-0002-5480-7825>.

Рибінський Юрій Миколайович — очний аспірант відділення «Проблем здоров'я жінок фертильного віку» ДУ «ВЦМД НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: +38 (044) 484-40-64. <https://orcid.org/0009-0006-3507-3949>.

Стаття надійшла до редакції 27.12.2024 р.; прийнята до друку 25.02.2025 р.