

# ПРОБЛЕМА ЛЮДИНИ У СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНОМУ ТА МЕДИЧНОМУ ДИСКУРСАХ



**МАТЕРІАЛИ  
МІЖВУЗІВСЬКОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

31 БЕРЕЗНЯ 2016

Харків  
ХНМУ  
2016

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
Харківський національний медичний університет**

**ПРОБЛЕМА ЛЮДИНИ  
У СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНОМУ  
ТА МЕДИЧНОМУ ДИСКУРСАХ**

**Матеріали  
міжвузівської науково-практичної конференції  
з міжнародною участю**

**31 березня 2016 року  
м. Харків**

Харків  
ХНМУ  
2016

ЗАТВЕРДЖЕНО  
вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 3 від 17.03.2016.

В збірці представлені матеріали доповідей учасників міжвузівської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах». Всебічно висвітлюються соціально-гуманітарні, медичні, гендерні проблеми сучасної людини та перспективи їх вирішення. Особлива увага приділяється питанням здоров'я людини, а також психологічним, духовним, ювенальним та геронтологічним особливостям формування медичної культури сучасних українців.

## **КОЭВОЛЮЦИЯ МЕДИЦИНЫ И ФИЛОСОФИИ**

На протяжении тысячелетий тесное взаимоотношение философии и медицины было обусловлено тем, что человек для них являлся той реальностью, которая их объединяет. Их взаимосвязь давала различный рисунок взаимоотношений, в результате которого они то совпадали, то дополняли друг друга.

Медицина изначально возникла раньше, чем философия, и ее представление о человеке неоднозначно. В практическом медицинском познании бытия жизни предметное мышление сформировалось спонтанно. Оно зародилось еще задолго до того, как сложился философско-научный (понятийный) стиль мышления первых врачей-врачевателей. Эмпирическое медицинское познание длительное время существовало как явление, подчиненное религиозно-мифологическому мировоззрению, тесно переплетаясь с мистикой и суевериями.

Медицина совместно с философией постигает сложный мир жизни человека, управляет его здоровьем. При этом она и сама становится объектом специального философского познания. Общие контуры медицины в критериях античной философии обозначил еще великий Гиппократ. Оформление медицины в самостоятельную естественнонаучную и гуманитарную сферу воздействия на человека относится к Новому времени, когда она стала органично связываться с философскими концепциями Ф. Бэкона, И. Канта и других мыслителей. Именно в это время формируется и понятие «человек».

Медицина первой поставила вопрос о несовершенстве человека. Для философии человек статичен, но она также констатирует факт несовершенства. В свое время Б. Паскаль сравнивал человека с сахарным тростником, указывая на его хрупкость и незащищенность. Позже Ф. Ницше говорил о том, что «человек есть канат, натянутый между зверем и сверхчеловеком, – канат над пропастью».

Прогресс современной техногенной цивилизации приводит к тому, что предметом стратегии покорения природы становится не ее внешняя сторона, а сам человек. Современные биотехнологии, направленные на искусственную модификацию человеческого организма (трансплантация органов, воздействие на наследственность, вживление чипов), новая волна споров о допустимости эвтанази, дискуссии о клонировании, возрождение евгеники и т. д. указывают на то, что нарушаются стандарты «антропологической неприкосновенности», складывающиеся на протяжении тысячелетий, и бытие человека вводится в «зону риска» как биологического существа.

Сегодня происходит активная технологизация человека, требующая основательного пересмотра философских и медицинских подходов к обоснованию этой проблемы, качественного изменения мировоззренческого и конкретно-научного видения человека.

Именно медицина является наиболее наглядным примером воздействия культуры на природу человека, которое угрожающим образом проявляет себя в некоторых характеристиках происходящего преобразования базисного отношения человека к миру, а именно, в «онтологическом сдвиге», исходя из чего, по-новому должен ставиться и решаться вопрос о месте человека в мире, о гуманизме, о человеческом в человеке, о его природе. Речь идет о поиске ответов на те вызовы в обществе, которые сегодня имеют место.

Основными этическими принципами медицины и философии всегда были гуманизм и нравственность, ибо они тесно взаимосвязаны с внутренней логикой общественного бытия. Цель философского гуманизма в биомедицине состоит именно в том, чтобы побудить ученых отказаться от неумемного рационализма и от опрометчивых опытов по созданию нового живого, предложить критично осмыслить естественную коэволюцию традиционных морально-этических требований, соотнося их с современными научно-техническими технологическими достижениями.

Сегодня происходит качественное изменение нравственно-этического менталитета врачей, обусловленное накоплением новых научных сведений, которое получает новое философско-методологическое и морально-этическое обеспечение. Такая ситуация требует рассмотрения современного развития практической медицины сквозь призму философского самосознания.

В настоящее время ни философия, ни медицина не могут находиться в стороне от такой актуальной проблемы как «расчеловечивание», которая может привести к «антропологической катастрофе». В свое время достаточно обоснованно разъяснил суть антропологической катастрофы известный философ XX в. М. Мамардашвили. Проблема «расчеловечивания» связана с вопросом «переоткрытия гуманизма», что обусловлено распространением такого направления как постгуманизм или трансгуманизм. Фундаментальной основой этих направлений является положение о необходимости трансформации природы человека в результате развития биотехнологии, клонирования, генной инженерии, неоевгенистических указаний с идеей «фабрики человека» и его «наследника» – ребенка проекта. Следует подчеркнуть, что идея трансгуманизма – это по-новому развернутая дискуссия о человеке в противостоянии биологических и социальных концепций.

Оценивая изменение природы человека в контексте биотехнологической революции, известный американский философ Ф. Фукуяма отмечает, что в результате открываются беспрецедентные возможности изменения природы человека, настолько глубокие, что возникает вопрос: а какое будущее ожидает нас человеческое или постчеловеческое?

Поставленные вопросы требуют их решения только на основе взаимодействия таких весомых факторов культуры как философия и медицина. Более 50 лет тому назад К. Ясперс в своей книге «Атомная бомба и будущее человека» (1958) указывал на то, что создание атомной бомбы – это новый фактор, с которым столкнулся человек, это фактор самоуничтожения, это

день «Страшного суда», который может уничтожить жизнь на Земле, – не выдуманный, а очень реальный. Человечество должно сделать свой выбор, выбор ответственности и гуманизма. Именно поэтому взаимодействие философии и медицины играет в этом выборе важную роль.

*Seeland Ute<sup>1</sup>, Karpenko Kateryna<sup>2</sup>  
Institute for Gender Medicine (GiM),  
Charite – University Medicine Berlin (CCM), Germany<sup>1</sup>,  
Kharkiv National Medical University, Ukraine<sup>2</sup>*

## **INCORPORATION OF SEX AND GENDER APPROACHES INTO THE MEDICAL CURRICULAR**

Gender has long been ignored in Medicine and several issues have been exposed. First, it is stated that medicine was «gender blind» by not considering gender whenever relevant. Secondly, medicine is said to be «male biased» because the largest body of knowledge on health and illness is about men and their health. Thirdly, gender role ideology negatively influences treatment and health outcomes. Finally, gender inequality has been overlooked as a determinant of health and illness.

The uptake of gender issues in Medical education brings about specific challenges, which is due to several reasons. For instance, the political-ideological connotations of gender issues create resistance especially in traditionalists in Medical schools. Secondly, clarifying the topics as the domains in which gender issues need to be integrated is necessary. Gender issues are interdisciplinary issues and as such difficult to integrate. And finally, Medical schools need assistance with implementation of gender-based approaches.

The integration of psychosocial issues along with biomedical ones in clinical cases, the dissemination of literature and education material, staff education, and efforts toward structural embedding of gender in curricula for Medical Students are determining factors for successful implementation.

Gender is an important determinant of health and illness. Health differences between the genders are due to biological, psychological, social and cultural factors and these differences exist in risk factors, treatment, presentation of complaints, consequences of disease, and in how patients are approached by care providers.

We should study the question how these issues could be implemented in Medical Education. In the gender-based curricula causes, consequences and the meaning of gender for health and illness are addressed. Gender bias means that men and women are studied from a gender stereotypical perspective. There is a necessity to overcome this situation.

First, Medical Education is supposed to be blind for gender differences because these are not systematically considered. Second, stereotypes may negatively influence treatment and health outcomes, and the way men and women communi-

cate their complaints may play a role in this. Finally, gender inequality is an important obstacle for health. In medical education, these differences are insufficiently addressed.

So, gender equality is not a spontaneous process. Gender-based education which became an essential characteristic of the Medical education in EU countries, including Germany, provides specific opportunities that may contribute to transformation for Ukrainian Medical schools educate future doctors for future patients in future settings.

Chârite has successfully incorporated sex and gender (S&G) approaches throughout its medical curricula by including it throughout courses and well as in specific course on sex and gender. Chârite's involvement at the European level has worked to develop the European Curriculum in Gender Medicine which included the development of eGender learning, an integral part of the blended learning education concept. eGender learning creates a common knowledge base through common training tools as well as targeting communication to researchers, teachers and students. The efforts must be made to make sure that future doctors have adequate knowledge, practical and communication skills on gender and sex differences. However, there is currently a lack of European teacher training with an internationally recognized qualification on Gender Medicine. Gender is an important quality issue in medicine. Learning material with a patient-centered evidence-based S&G perspective is required, yet there is a lack of systematic communication between basic researchers and teachers. Efforts, such eGender Learning, need sustained funding for continuation to address these gaps and update when new knowledge becomes available.

Consequently, future benefits legitimize the integration of gender as a qualitative investment in Medical education. Their experience will contribute to the reform process of Ukrainian Higher Education in the sphere of Medical Education through enhance of Gender competence and approximation to the current European standards. These aspirations coincide with the European platforms of dialogue such as the Open Method of Coordination in the field of Education and Training, the Bologna process for Higher Education.

*Hagengruber, Ruth*

*Paderborn University, Germany*

## **THE LONG-LASTING TRADITION OF WOMEN-PHILOSOPHERS AS AN INSIGHT INTO THE HISTORY OF IDEAS**

The history of women philosophers dates as far back as the history of philosophy itself. Starting with the ancient world, many women contributed actively to the thought developed by different philosophical schools. During the Renaissance and the Enlightenment women continued to be involved in the empirical and creative philosophical discussions of their time, as well as dealing formatively with the given societal challenges.

Names such as Hypatia, Aspasia, Marie de Gournay, Elisabeth of Bohemia, Anne Conway, Emilie du Châtelet, Harriett Taylor Mill and Edith Stein represent only a part of the large but often disregarded group of women whose considerable contributions have influenced the development of philosophical thought in various ways up to the present.

The Teaching and Research Area «History of Women Philosophers» aims at renewing the long-lasting tradition of women philosophers. In detail, the University of Paderborn offers unique opportunities to gain insight into the contributions of Women Philosophers to the history of ideas.

If we once embark on the different way of interpreting the history of philosophy, examples easily flow. As soon as we do not only reflect on the exclusionary strategies employed against women in philosophy, but also regard the exceptions enjoyed by some women and the alternative institutions for women's learning, it is possible to identify incontrovertible proof of women's influence and impact. We learn to distinguish between those universities that emerged from cathedral schools like Oxford, Paris and Cologne, which excluded women, and contrast them with the surprising tradition of Bologna, Padua and others, which emerged from secular schools of medicine and jurisprudence, where various women participated from the 13<sup>th</sup> century on. We can observe the creation of alternative institutions such as academies and realize that the academy of Bologna was one of only a few to proudly present female members, like Emilie du Chatelet, Laura Bassi and Maria Agnesi.

Like Diotima, Aspasia and Hypatia, women of the renaissance and early modern period were well known as philosophers to their contemporaries and to their successors. We all are familiar with the outstanding fame gained by Christine de Pizan and her fight in the «querelle des femmes» and we have learned about the eminent impact she had. Recently, Elisabeth of Bohemia's critique of the Cartesian argument of the separation of body and soul attained attention [2]. Beyond her own writings, she enforced the course of philosophy in the direction of her own ideas. Elisabeth's connection to England confronted Leibniz with Anne Conway's metaphysical essay, *The Principles of the Most Ancient and Modern Philosophy*, which differs from the views of all the other Cambridge Platonists, as he expressly states [3]. Leibniz praises Conway for being the most important philosopher amongst Plato and Democritus. [1, p. 217].

When confronting the rich history of women philosophers we have to rethink our concepts and the interpretational patterns that have until now hindered the acknowledgment of women's contributions and the recognition of their relevance to the advancement of cultures. Women philosophers' thoughts are branded as gendered interest and hereby characterized as no proper topics in philosophy. However, here again a new approach is necessary. Think of Diotima's speech, the one party gave a feminised interpretation of her text; the other denied that a female person might be able to reach this peak of philosophy. Aspasia's speech in the *Menexenos* was seen as a masterpiece of political philosophy as well as a satire about Aspasia.

Emilie Du Châtelet was claimed to have copied her *Institutions physiques* which formed otherwise a part of the canon of the most important philosophical readings in Germany. Her writing inspired the young Immanuel Kant, who was later accused by his arch-enemy of copying ideas taken from her [4]. Du Châtelet criticized her colleagues of idolatring and dogmatizing the protagonists of philosophy and termed the course of history a tradition of «idolatry», resulting from «obstinacy» and «partisanship». Moreover, she critically reviewed the philosophical canon, stating that in Aristotle as well as Newton convincing ideas are written «alongside the greatest absurdities» [5, p. 122].

Du Châtelet distanced herself from the dogmatic philosophical claims and shaped a new approach into science and philosophy. To arrive at this goal she searched for a new methodology, she opposed monocausalistic theories of knowledge and created a new methodology built upon hypotheses [4, p. 16–25].

Another striking example of women's contributions to today's relevant philosophical concepts is the claim for universal rights, presented in the writings of Olympe de Gouges. Opposing the *Déclaration de L'homme et Citoyen* as solely invented to preserve males interest, she created the *Déclaration de la femme et citoyenne*, demanding rights for males, females and slaves.

Rewriting the history of philosophy has become necessary, as an enormous amount of scholarly research over the past three decades proves that women played an eminent part in the development of philosophical arguments. The acknowledgment of their contributions challenges, however, a fundamental change in our interpretational categories of the history of philosophy and the canon, which has been shaped hereby.

Including women philosophers into the history of philosophy and consequently into the canon is, by no means, necessary only as an *a posteriori* act of compensation, instead it is a *desiderata* from the point of view of philosophy to serve historical completeness and accuracy that ought to trigger this necessary revision.

### References

- 1) Leibniz, G. W. F. 1962. *Die philosophischen Schriften*. (Ed.) C.I. Gerhardt, vol. 3. Hildesheim: Olms.
- 2) Shapiro, Lisa. 1999. Princess Elizabeth and Descartes – The Union of Soul and Body and the Practice of Philosophy. *British Journal for the History of Philosophy* 7(3) 503–520.
- 3) Hutton, Sarah. 2004. *Anne Conway. A Woman Philosopher*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 4) Du Châtelet, Emilie. 2009. *Selected Philosophical and Scientific Writings*, (transl. and ed.) Isabelle Bour and J. P. Zinsser. Chicago: University of Chicago Press.
- 5) Hagengruber, Ruth. 2010. Von Diana zu Minerva. Philosophierende Aristokratinnen des 17. und 18. Jahrhunderts. In *Von Diana zu Minerva. Philosophierende Aristokratinnen des 17. und 18. Jahrhunderts*. (Eds.) Hagengruber R. and Rodrigues A. Berlin: Akademie 11–33.

## SENSO DELLA STORIA O STORIA SENZA SENSO?

«Il fine, pur essendo l'ultima cosa in ordine di esecuzione, è tuttavia la prima nell'intenzione dell'agente»<sup>[1]</sup>. L'angoscia dell'uomo contemporaneo è anche una crisi di orientamento nelle vicende personali e collettive e se il naturalismo laico oggi prevalente nega un senso ultimo alla Storia, è invece la riscoperta del fine ultimo la terapia da suggerire. Due versetti, che rispettivamente aprono e chiudono la Rivelazione scritta, sottolineano la struttura storica della stessa Bibbia: «In principio Dio creò il cielo e la terra»<sup>[2]</sup> e «"Sì, vengo presto'. Così sia! Vieni, Signore Gesù!»<sup>[3]</sup>. Dio, trascendente e preesistente al mondo, è colto, lungo l'Antico e il Nuovo Testamento, nei suoi ripetuti interventi sulle vicende terrestri, sicché la storia universale diventa storia sacra.

L'atto creatore della Genesi segna l'inizio ontologico degli esseri contingenti e l'assoluto punto di partenza del tempo, nel quadro di un'assoluta novità rispetto alla concezione indoeuropea d'un perpetuo moto ciclico di generazione e corruzione dell'universo. Il racconto dei sette giorni, con l'inserimento progressivo delle creature nel tempo, sino a culminare nell'avvento dell'uomo, coronamento e senso di quanto l'ha preceduto<sup>[4]</sup>, ribadisce l'irripetibilità e la tensione teleologica degli avvenimenti.

Come per l'età aurea del mondo classico, anche la Scrittura sacra pone alle origini dell'umanità uno stato di perfezione, ma la decadenza non è attribuita ad un inesorabile processo naturale, quanto alla volontaria scelta del peccato. Da allora due movimenti contrapposti attraversano la storia umana: la propagazione del peccato, con le conseguenze annesse, la morte, il *uulnus* delle facoltà intellettive e spirituali, la fatica del lavoro, i dolori d'un fisico debilitato<sup>[5]</sup>, che richiede un giudizio finale<sup>[6]</sup> che coinvolga l'umanità intera negli innumerevoli legami di responsabilità; la diffusione del bene, che è pegno di speranza e presupposto della salvezza finale offerta agli uomini<sup>[7]</sup>.

La pienezza dei tempi<sup>[8]</sup>, la ragione di una lunga preparazione, si compie e rivela nella venuta di Cristo, il Messia aspettato e desiderato che s'inserisce nelle vicende umane, nasce in un momento preciso<sup>[9]</sup>. Egli è oramai il termine di riferimento per un «prima» in cui gli uomini erano sottomessi alla Legge<sup>[10]</sup>, per un «dopo» in cui si riversa la grazia scaturente dalla Croce<sup>[11]</sup>, per il termine segnato dalla parusia e dal giudizio universale. Il Verbo domina tutta la storia, guidandola e dandole un senso dall'alto della sua immutabilità: «Gesù Cristo ieri ed oggi: egli è sempre il medesimo nei secoli»<sup>[12]</sup>.

Gli ultimi tempi sono dunque iniziati con l'evento decisivo dell'Incarnazione<sup>[13]</sup> ma richiedono un periodo di diffusione del messaggio evangelico e della Chiesa<sup>[14]</sup> sino al ritorno in gloria del Figlio dell'uomo<sup>[15]</sup>. Il Corpo Mistico è l'arca di salvezza, il mezzo attraverso cui la redenzione si dispiega nei secoli e il Salvatore invita a cogliere l'occasione propizia<sup>[16]</sup>: il periodo della vita è prezioso e il tempo terreno va «riscattato», sottratto ad un uso dissennato: «Abbiate dunque, o fratelli, riguardo alla vostra condotta, che non sia da stolti, ma da prudenti, approfittando del tempo, perché i giorni sono cattivi»<sup>[17]</sup>.

La Chiesa terrena o militante, non è fine a se stessa, ma tende, con l'intero creato, ad una pienezza di là da venire, in cui l'umanità sarà liberata dalla dura legge della

corruzione fisica e acquisterà la gloria e la libertà della definitiva adozione divina<sup>[17]</sup>. Nella Gerusalemme celeste non ci sarà più bisogno di quegli astri che oggi cadenzano e misurano i giorni, dal momento che tutto entrerà nell'eternità divina: «La città non ha bisogno di sole né di luna che la illumini; perché l'ha illuminata la gloria di Dio e la sua lucerna è l'Agnello. Le nazioni cammineranno alla sua luce, e i re della terra porteranno in lei la loro gloria ed onore. Le sue porte non saranno mai chiuse di giorno, perché la notte, là, non ci sarà più»<sup>[19]</sup>.

Tutto il mistero della vicenda umana è racchiuso in quel libro dai sette sigilli, figura della Provvidenza, che solo l'Agnello mistico, in virtù della sua Passione, può aprire e compiutamente svelare<sup>[20]</sup>.

1. «*Finis, etsi sit postremus in executione, est tamen primus in intentione agentis*», THOMAS AQUINAS, *Summa theologiae*, I<sup>a</sup>-II<sup>a</sup>e q. 1 a. 1 ad 1.

2. «*In principio creavit Deus caelum et terram*», *Gen.* 1, 1.

3. «*Etiam uenio cito: Amen. Veni Domine Iesu*», *Apoc.* 22, 20.

4. *Gen.* 1, 28–31.

5. *Gen.* 3,16–19.

6. *Cfr. Am.* 5, 18 e la minaccia del *Dies Domini.*, il «giorno del Signore».

7. *Cfr. Is.* 11, 1–9 e la felicità promessa dei tempi escatologici.

8. «Ma quando fu trascorso il numero dei secoli stabiliti, Dio mandò suo Figlio, concepito da una donna e nato sotto la Legge, affinché riscattasse quelli che erano soggetti alla Legge, e noi ricevessimo l'adozione di figli» («*At ubi uenit plenitudo temporis, misit Deus Filium suum factum ex muliere, factum sub lege, ut eos, qui sub lege erant, redimeret, ut adoptionem filiorum reciperemus*»), *Gal.* 4, 4–5 e “ (...) Nella pienezza dei tempi, cioè: restaurare tutto in Cristo, nei cieli e sulla terra» («*In dispensatione plenitudinis temporum, instaurare omnia in Christo, quae in caelis, et quae in terra sunt, in ipso*»), *Eph.* 1, 10.

9. « (...) Ai giorni del re Erode» («*In diebus Herodis regis*»), *Matth.* 2, 1. La lunga e puntigliosa genealogia che precede -*ibid.* 1, 1–17– è uno dei modi veterotestamentari di computare il tempo.

10. *Eph.* 2, 11–12.

11. *Col.* 1, 22.

12. «*Jesus Christus heri, et hodie: ipse et in saecula*», *Hebr.* 13, 8.

13. *Mc.* 1, 15.

14. «*Euntes ergo docete omnes gentes: baptizantes eos in nomine Patris, et Filii, et Spiritus Sancti: docentes eos seruire omnia quaecumque mandauit uobis: et ecce ergo uobiscum sum omnibus diebus, usque ad consummationem saeculi*», *Matth.* 28, 19–20.

15. *Act.* 1, 11.

16. *II Cor.* 6, 1–2.

17. «*Videte itaque fratres, quomodo caute ambuletis: non quasi insipientes, sed ut sapientes: redimentes tempus, quoniam dies mali sunt*», *Eph.* 5, 15–16.

18. *Rom.* 8, 18–23.

19. «*Et ciuitas non eget sole, neque luna ut luceant in ea, nam claritas Dei illuminauit eam, et lucerna eius est Agnus. Et ambulabunt gentes in lumine eius: et reges terrae afferent gloriam suam et honorem in illam. Et portae eius non claudentur per diem: nox enim non erit illic*», *Apoc.* 21, 23–25.

20. *Ibid.* 5, 9.

## **THE THREAT OF TERRORISM USING BIOLOGICAL AGENTS**

### **Abstract**

The article describes the potential threat of use of biological agents in terrorist attacks. It characterizes biological weapons and analyzes in detail the characteristics of selected pathogens from the perspective of their usability for terrorist attacks.

It has been pointed out that terrorism is a particular type of criminal activity. It is aimed at intimidation of the opponents by hitting their weak points secretly and unexpectedly. A key role is played here by the psychological factor, since fear and the sense of threat of the attacked gives the terrorists an advantage<sup>1</sup>.

Biological weapon fits perfectly the ideology of terrorism, as it is perceived by the general public as a mass destruction weapon, against which there is no protection – thus the relatively high level of intimidation, which is the main objective of terrorists. The key factors, which are determinants of use of biological weapons in a terrorist attack, include: availability of ready weapons or their components, the possibility of moving it secretly to the attack area, the direct impact force, population density in the attack area and effectiveness of psychological impact on the society. The last determinant seems to be of key importance, as it is decisive for the possibility of achievement of the main goal of the terrorists, which is forcing their opponents to fulfill their demands.

**Key words:** *bioterrorism, biological weapon, terrorist attack threat.*

### **Introduction**

Biological weapon is one of the types of mass destruction weapons. It consists of pathogenic microorganisms or viruses and toxins of biological origin. A biological weapon consists of the effective agent and a device used to move the biological agents and use them in the battlefield<sup>2</sup>.

During a biological attack, the most probable scenario consists of use of pathogens, which cause diseases characterized by high severity and death rates, as well as a high level of resistance of pathogens to the natural disinfection processes. These can include: anthrax, botulin, saxitoxin, ricin, brucellosis, Q fever, tularemia, plague, cholera, typhus and rocky mountain spotted fever. *The quantity of biological agents necessary to cause a disease in the host organism and to cause substantial damage is very diversified; in the case of tularemia, it can be slightly less than 50 bacterial cells, while in the case of Q fever, a single bacterium is often sufficient*<sup>3</sup>.

Production of biological weapons is not problematic. The production technology is widely known, perfectly mastered and widely used, for instance, in manufacturing of vaccines or antibiotics. Thus the concerns of uncontrolled development of biological weapons in various parts of the world, as well as care for the

---

<sup>1</sup> J. Horgan, *Psychologia terroryzmu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warsaw 2008, p. 22.

<sup>2</sup> M. Filipowicz, *Obrona przed bronią masowego rażenia*, [in:] T. Szczurek (ed.), *Wybrane zagadnienia kształcenia wojskowego*, Military University of Technology, Warsaw 2010, p. 215;

<sup>3</sup> *Ibidem*, s. 218–219.

proper protection of its stockpile. The modern scientists are aware of the fact *considering the huge stockpile of chemical warfare agents, their use can be even accidental, caused by a mistake, a failure or sabotage, and the effects of such event, if we are not prepared for it, will be tragic*<sup>4</sup>.

As early as in 1969, the United States unilaterally withdrew from any research on bacteriological warfare agents. Only twenty years later, a molecular biologist and expert in the field of biological weapons, Matthew S. Meselson of Harvard University – while being questioned by the senate of the United States – presented the real reasons for the decision, made by president Nixon. These included the concern that possible discoveries of American scientists could get into the hands of terrorists or states ruled by dictators or religious fanatics<sup>5</sup>.

In year 1972, the *Convention on the Prohibition of the Development, Production, Stockpiling and Use of Bacteriological (Biological) and Toxic Weapons and on their Destruction* was developed, and three years later it came into force. This does not mean that tests on this type of weapon were discontinued.

Particular emphasis should be put on the fact that some of the states – signatories of the Convention disregard their obligations assumed. An example here can be the secret program for production of biological weapons, implemented by the government of the former USSR. *During the twenty one years, which have passed since signing of the Convention on the Prohibition of Biological Weapons, the Soviet Union has developed the biggest and most advanced program of research of biological weapon in the world*<sup>6</sup>. If a great power like this fails to meet their commitments, can the international law or any conventions stop the terrorists or religious fanatics? It should be noted that *terrorists are not soldiers in the battlefield or representatives of one of the struggling parties, and thus they are not obliged to comply with any international treaties; therefore, legality of the measures used is of no concern to them. At the same time, the potential effects of a biological attack can be unimaginable, as the attacked group of people will remain defenseless for a long time*<sup>7</sup>. As early as in 1970, a report of the World Health Organization warned, among others, of the danger associated with biological or chemical weapons getting into the hands of terrorists<sup>8</sup>.

### **Bioterrorism – the present situation and forecasts**

Use of biological warfare agents in terrorist attacks has already been given a name – it is known as «bioterrorism». *Bioterrorism is identified with illegal, unlawful use of pathogens by people in order to enforce a certain action or intimidate a government or a society to achieve political, social or religious goals*<sup>9</sup>.

---

<sup>4</sup> Z. Mierczyk, *Systemy zdalnego wykrywania i identyfikacji broni chemicznej i biologicznej*, [in:] S. Ślaskowski (ed.) *Terroryzm a broń masowego rażenia*, Warsaw 2003, p. 145.

<sup>5</sup> M. Dando, P. Rogers, S. Whitby, *Nowa broń masowej zagłady*, [in:] „Świat Nauki”, 1999, No. 11, pp. 48-53.

<sup>6</sup> K. Alibek, *Biohazard*, Warsaw 2000, p. 10.

<sup>7</sup> M. Żuber, *Groźba użycia broni masowego rażenia w atakach terrorystycznych*, [in:] M. Żuber (ed.), *Katastrofy Naturalne i cywilizacyjne. Zagrożenia i reagowanie*, Military Academy of Land Forces, Wrocław 2006, p. 134

<sup>8</sup> *Health Aspects of Chemical and Biological Weapons*, report of the WHO, Geneva 1970.

<sup>9</sup> M. Żuber, *Broń masowego rażenia w działalności terrorystycznej*, Military Academy of Land Forces, Wrocław 2015, p. 103.

Terrorist organizations have been interested in acquiring biological weapons for a long time, which has been confirmed by intelligence services of many countries<sup>10</sup>. Attempts to use biological agents in terrorist attacks have been made, which is proven by the following facts from history:

– 1984 – in Dallas, a sect established by Bhagwan Shree Rajneesh contaminated food containers and dishes with salmonella bacteria in four restaurants – 750 people fell sick;

– 1990 – members of the Japanese sect Aum Shinrikyo (Supreme Truth) sprayed the botulin toxin around the office of the Japanese Parliament;

– 1993 – the same sect sprayed anthrax spores four times, day after day, from a roof of one of the buildings in Tokyo;

– 2001 – in the USA, six letters containing anthrax rods were sent – 18 people were infected, 5 of them died.

These and other cases of bioterrorism have been described in detail by Marian Żuber in the book published in 2015, entitled *Broń masowego rażenia w działalności terrorystycznej*. The author provides descriptions of unlawful attempts to obtain pathogens, most of them foiled thanks to security services. The author also provides the potential scenarios for use of biological weapons in terrorist attacks<sup>11</sup>.

Acts of bioterrorism may vary. The attack can be either secret or conducted openly. In the latter case, it would be conducted using the media. Terrorists may use replicable pathogens (proliferating viruses or bacteria) or non-replicable pathogens (biological toxins of bacterial, plant or animal origin). Depending on the conditions of the attack, the strategy assumed and the type of pathogen used, biological warfare agents can be distributed by:

- Airplanes or unmanned aircraft systems;
- Cars and other means of transport;
- Ventilation and air-conditioning equipment;
- Postal and messenger service companies;
- Natural carriers of germs (infected insects, rodents etc.);
- Sabotage units (e.g. contamination of water or food)
- Other non-standard measures.

Availability of biological agents in the world is high, and thus it is very much probable that they can be acquired by terrorist organizations. The problem is enhanced further by the approach of states owning biological weapons, pharmaceutical companies and research institutions, which lack the sense of responsibility in their pathogen protection policy. International control in this regard is also rather ineffective. In this situation, terrorist organizations find it easy to acquire biological warfare agents in the following manner:

• Purchase of biological agents from one of 1 500 depots of microorganisms in the world;

---

<sup>10</sup> M. Żuber, *Groźba użycia broni masowego rażenia...*, op.cit. p. 133

<sup>11</sup> M. Żuber, *Broń masowego rażenia...*, op. cit., pp. 108-115.

- Stealing of pathogens from research laboratories, hospitals or public healthcare laboratories, where they are used for diagnostic purposes;

- Isolation and growing of desired germs from natural sources;

Biological agents can also be obtained from state resources with the assistance of public officers or scientists, who support terrorism due to ideological reasons or for financial benefits<sup>12</sup>.

### **Analysis of selected pathogens**

Analyzing the possibilities of using biological agents in terrorist attacks, it is a good idea to analyze individual pathogens from the perspective of terrorists in order to verify their «attractiveness» and usability for the attack.

Anthrax – the use of this pathogen (*Bacillus anthracis*) in a terrorist attack seems reasonable due to the following characteristics: 1) High infectivity: 2 500 spores absorbed from the air result in the lung disease, 2) High susceptibility of the population and high death rates in the case of spraying from the air (about 90 000 deaths after spraying 50 kg of suspension over a city of five hundred thousand inhabitants); 3) Durability of bacteria in spores (several dozen years in the soil); 4) high quantity of stock in the world, easy to acquire and produce; 5) difficulties associated with production of a fully effective vaccine (acquisition of immunity by about 70 % of those vaccinated after several vaccines), frequent post-vaccination responses. On the other hand, low contagiousness is a «disadvantage», since anthrax does not cause an epidemic disease (it is not transferred between humans).

Plague – *Yersinia pestis* – its advantages from the point of view of terrorists include: 1) High infectivity: 100–500 bacteria absorbed from the air constitute a contagious dose (a flea bite introduces 24 000 cells); 2) Relatively high contagiousness and two modes of spreading of the disease: via fleas (a possibility of a secret attack) and airway spreading (a typical terrorist attack); 3) short incubation of 1–4 days (quick effect); 4) high death rates (50–100 %). The only significant factor that may prevent terrorists from using this pathogen is the existence of an effective vaccine, as well as antibiotics.

Tularemia – the use of *Francisella tularensis* bacteria is supported by 1) High infectivity: 10–50 absorbed from the air is an infectious dose; 2) High susceptibility of the population in the case of spraying from the air (estimated losses: about 100 000 suffering after spraying 50 kg of suspension over a city of 500 000 inhabitants); 3) Non-typical symptoms, difficult microbiological diagnostics. Against: 1) Low contagiousness – not an epidemic disease (not transferred between humans); 2) existence of an effective vaccine and antibiotics; 3) low death rates (in the case of natural tularemia, it is about 1.4 %, in the case of a terrorist attack, however, it would probably be much higher).

Smallpox – which is a very dangerous, yet almost forgotten virus-spread disease (*Ortopoxviridae Poxvirus*) – has many characteristics, which support its use in a terrorist attack: 1) High infectivity: about 100 virus units absorbed from the air

---

<sup>12</sup> Y. Alexander, M. Hoenig, Superterroryzm biologiczny, chemiczny i nuklearny. Dom Wydawniczy Bellona, Warsaw 2001, p. 25.

causes the disease; 2) growing susceptibility of the population (in the case of non-vaccinated persons, susceptibility is 100 %); 3) high epidemic airborne contagiousness (every patient is a source of the infection for 10 to 20 non-vaccinated patients, everyday use items and bedsheets are also sources of infection; 4) high probability of an epidemic getting out of control; 5) High death rates (about 30 % of unvaccinated population) 6) Stability of the virus in form of aerosol; 7) Terrifying appearance of the victims. The only argument against use of the virus is the fact that it is difficult to obtain.

Botulinum toxin – produced by *Clostridium botulinum* bacteria, causes blocking of neuromuscular transduction and it seems to offer interesting opportunities for terrorists. This is due to four features of this agent: 1) Small lethal dose: 0.09–0.15 µg for intramuscular administration, 0.70–0.90 µg when inhaled and 70 µg if administered orally; 2) large quantities of stabilized botulinum available “on the market” (for instance, until recently, Iraq had about 19 thousand liters of the toxin); 3) a relatively easy attack mode (aerosol, food contamination); 4) Quick toxic effect (several hours to several days). A disadvantage is associated with typical symptoms, which make it easy to identify the toxin quickly<sup>13</sup>.

Ricin – a very readily available agent. All over the world, one million tons of seeds of *Ricinus communis* are processed annually. Waste from the production process contains 5 % ricin. Apart from general availability, the toxin has some characteristics, which support its use for terrorist attacks: 1) The toxin is rather stable, and the toxic effect is independent of the mode of absorption; 2) It can be used to contaminate food and water, as well as for airborne application; 3) It has been used many times by killers; 4) It can be prepared as a liquid or in crystalline form; it can also be lyophilized as powder. Relatively low toxicity is a disadvantage. In order to perform a successful terrorist attack, which could theoretically kill one half of the population in the area of 100 km<sup>2</sup>, the attackers would have to use several dozen tons of ricin.

Use of biological warfare agents for terrorist attacks is supported by their relatively low cost, which is entirely disproportionate to the costs that would have to be borne by the attacked entity. For instance, experts have calculated that investments necessary for mass production of biological warfare are limited to several hundred thousand dollars<sup>14</sup>. On the other hand, overall costs suffered by a state attacked with anthrax – at the level of 100 thousand infections – would be about USD 26 million, and it has to be kept in mind that this is only estimated data<sup>15</sup>.

In year 1970, experts of the World Health Organization presented the hypothetical results of spraying of various pathogens over a city of 500 thousand inhabitants. It was assumed that the reference value would be 50 kilograms of a bio-

---

<sup>13</sup> In year 1980, the French police discovered in the hiding place of the Red Army Fraction a small laboratory for growing of *Clostridium botulinum* – botulinum toxin (M. Žuber, *Groźba użycia broni masowego rażenia...*, op. cit., p. 134.)

<sup>14</sup> R. Grabizna, *Ocena zagrożenia atakami terrorystycznymi z użyciem broni masowego rażenia*, [in:] S. Śladkowski (ed.), *Terroryzm a broń masowego rażenia...*, op. cit. p. 85.

<sup>15</sup> T. Szczurek, *Od deskrypcji do antycypacji wykorzystania potencjału militarnego w kształtowaniu bezpieczeństwa nowoczesnych wspólnot obronnych wobec rozwoju zagrożeń niemilitarnych*, Military University of Technology, Warsaw 2012, p. 180.

logical agent in aerosol form, sprayed from a plane, flying at the height of two kilometers. *It would be necessary to expect, in the case of brucellosis, 500 dead and 125 thousand ill, in the case of Q fever – 150 dead and 125 thousand ill, in the case of tularemia – 30 thousand dead and 125 thousand ill, in the case of anthrax – 95 thousand dead and 125 thousand ill [...] In 1999, at John Hopkins University in Baltimore, a simulation of the plague virus attack was conducted, which depicted the scale of potential losses: in two months, more than 15 thousand people would die, and in one year – 80 million people around the world*<sup>16</sup>.

It is worth noting that apart from losses caused by direct action of pathogens, a bioterrorist attack could lead to a social psychosis and fear, which is the objective of terrorists. It should be kept in mind that direct victims are not their ultimate goal. It is to force the decision-makers to give in to the pressure exerted by the scared society and meet the expectations of terrorists.

### **Conclusions**

Biological warfare agents have not been used on a large scale as a mass destruction weapon so far. This seems to be due to high risk of loss of control of the biological agents, which are the effective component of such weapon. In other words, any biological weapon is a double-edged sword, which can be used against the aggressor at any time. It should be underlined, however, that the same features of biological weapon, which prevent the state authorities from using it, seem to work to the advantage of terrorist organizations, particularly fanatics, who fail to consider the long-term, unforeseeable consequences. One of such consequences can be spreading of an epidemic to areas not planned by the aggressor. Thus, biological weapons pose a threat to states and societies, which are not the direct target of terrorist attacks. The dangers associated with biological attack include:

- Lack of resistance of societies to some illnesses (no vaccinations);
- Difficulty in quick and proper identification of pathogens (misleading symptoms in the initial period);
- Immediate and uncontrolled spreading of microorganisms;
- Lack of effective medicines (resistance of pathogens to antibiotics);
- The range of impact, which is difficult or even impossible to forecast.

Bioterrorism emerged in the 1980s. Terrorist attacks using biological agents so far should be considered not only as incidents, but rather as searching for new forms of attack. The most recent history of terrorism indicates a high level of determination of terrorist organizations in this regard. Therefore, it is necessary to take into account various, often very sophisticated modes of attack, which can be conducted using all kinds of measures. Biological weapon seems to be on the top of the list.

Factors that may contribute to development of bioterrorism include:

- Easy and cheap production of biological agents, high stocks in countries supporting terrorism, easiness of obtaining, moving and gathering such substances;

---

<sup>16</sup> K. Chomiczewski., *Broń biologiczna, jako narzędzie terroru*, [in:] S. Śladkowski (ed.), *Terroryzm a broń masowego rażenia...*, op. cit., p. 59.

- The possibility of a secret or open attack, carried out in a simple way;
- Substantial psychological effect;
- Disproportion in the scale of expenditures borne by the attacked party in relation to the attack costs; huge expenditures for elimination of effects of the attack, while the biological attack costs remain relatively low;
- High susceptibility of the civil population to biological agents (lack of vaccines against most potential pathogens);
- An additional effect of panic, if, in the case of a secret attack, difficulties with recognition of the pathogen are encountered (non-typical symptoms for rare illnesses).

Analysis of characteristics of individual pathogens from the perspective of their usability in a terrorist attack indicates that anthrax is one of the most useful substances. This is due to high death rates, the fact that it can be easily obtained, as well as low resistance of the potential targets (the population) to an attack conducted using this biological agent.

### *Bibliography*

1. Alexander Y., Hoenig M. *Superterroryzm biologiczny, chemiczny i nuklearny* / Dom Wydawniczy Bellona. – Warsaw, 2001.
2. Alibek K. *Biohazard*. – Warsaw, 2000.
3. Chomiczewski K. *Broń biologiczna, jako narzędzie terroru*, [in:] S. Śladkowski (red.) / *Terroryzm a broń masowego rażenia*. – Warsaw, 2003.
4. Dando M., Rogers P., Whitby S. *Nowa broń masowej zagłady*, [in:] / *Świat Nauki*, 1999, No. 11.
5. Filipowicz M. *Obrona przed bronią masowego rażenia*, [in:] ; T. Szczurek (ed.) / *Wybrane zagadnienia kształcenia wojskowego*. – Military University of Technology. – Warsaw, 2010.
6. Grabizna R. *Ocena zagrożenia atakami terrorystycznymi z użyciem broni masowego rażenia*, [in:] ; S. Śladkowski (ed.) / *Terroryzm a broń masowego rażenia* *Terroryzm a broń masowego rażenia*. – Warsaw, 2003.
7. *Health Aspects of Chemical and Biological Weapons*, report of the WHO. – Geneva, 1970.
8. Horgan J. *Psychologia terroryzmu* / Wydawnictwo Naukowe PWN. – Warsaw, 2008.
9. Mierczyk Z. *Systemy zdalnego wykrywania i identyfikacji broni chemicznej i biologicznej* [in:] ; S. Śladkowski (ed.) / *Terroryzm a broń masowego rażenia*. – Warsaw, 2003.
10. Szczurek T. *Od deskrypcji do antycypacji wykorzystania potencjału militarnego w kształtowaniu bezpieczeństwa nowoczesnych wspólnot obronnych wobec rozwoju zagrożeń niemilitarnych* / Military University of Technology. – Warsaw, 2012.
11. Żuber M. *Broń masowego rażenia w działalności terrorystycznej* / Military Academy of Land Forces. – Wrocław, 2015.
12. Żuber M. *Groźba użycia broni masowego rażenia w atakach terrorystycznych* [w:] ; M. Żuber (red.) / *Katastrofy Naturalne i cywilizacyjne. Zagrożenia i reagowanie*. – Military Academy of Land Forces. – Wrocław, 2006.

## **ГЕНДЕРНИЙ ПІДХІД ЯК НОВИЙ ВИКЛИК МЕДИЧНИМ ДОСЛІДЖЕННЯМ**

Вивчення гендерної диференціації в галузі охорони здоров'я передбачає відповідь на питання про те, чи є вона біологічно визначеною, чи формуються культурою та навколишнім середовищем. Відповідь на це питання передбачає різні концептуальні підходи. На нашу думку, домінуючим підходом є соціально-медичний. Він підкреслює різні соціально-структурні позиції чоловіків і жінок, а також поведінкові та психологічні фактори. Соціальні показники, такі як освіта, статус зайнятості та соціально-економічний статус, сімейний і батьківський статуси, а також соціальна підтримка тісно пов'язані зі здоров'ям людей і їх добробутом. Вони допомагають пояснити гендерні відмінності у виникненні та лікуванні хвороб.

Жінки займають інші, порівняно з чоловіками, структурні позиції. Їх прибутки, як правило, менші. Гендерна диференціація в поведінці чоловіків і жінок характеризується відмінностями стилю життя, що торкаються проблем здоров'я (наприклад, куріння і вживання алкоголю). Жінки реагують на поточний стрес і стрес, пов'язаний з їх родиною та ролями у подружньому житті. Чоловіки частіше страждають від економічних чинників стресу (зниження прибутків, втрата роботи). Пояснення гендерних відмінностей в поведінці, пов'язаних зі здоров'ям, включає параметри середовища, в якому така практика здійснюється. Політика в області зайнятості має враховувати ці обставини.

Охорона здоров'я жінок в усьому світі визнається як така, що має виняткове значення. Протягом усього свого життєвого циклу жінки використовують послуги по догляду за здоров'ям частіше, ніж чоловіки, особливо під час вагітності, пологів і менопаузи. Не дивно, що жінки займають особливе місце в системі охорони здоров'я, яка в свою чергу, пристосована для здійснення стратегічних державних інвестицій в здоров'я жінок. Проте, жінки все ще недостатньо представлені в клінічних дослідженнях і використання тварин залишається на низькому рівні в основних і (до)клінічних дослідженнях [1]. Переважне використання тварин чоловічої статі в розробці лікарських засобів і недостатня репрезентація жінок в клінічних випробуваннях серцево-судинної системи є одним з прикладів, які породжують дискусію про гендерні аспекти в наукових дослідженнях [2]. Це, з одного боку, створює нові проблеми для медичних досліджень, а, з іншого – має конкретні наслідки для здійснення практики, заснованої на фактичних даних в галузі охорони здоров'я.

Виникає питання: якщо чоловіки і тварини чоловічої статі краще вивчені і представлені в клінічних дослідженнях, то чому чоловіки не виграють від цих розробок в галузі охорони здоров'я та наукових досліджень? У доповіді про стан здоров'я чоловіків в Європі (ЄС, 2011), є докази того, що чоловіки

різного віку, національності та соціальних верств мають менший доступ до медичних послуг, ніж жінки. Особливо важко отримати доступ до первинної медичної допомоги чоловікам з неблагополучних груп (наприклад, чоловікам з низьким рівнем доходу, бездомним чоловікам) [3]. Чоловіки мають низький рівень розпізнавання симптомів, що призводить до затримок звернення за медичною допомогою і встановлення діагнозу. Чоловіки сприймають звернення за медичною допомогою та взаємодію з системою охорони здоров'я як явище, що є несумісним з чоловічими нормами міцності, стоїцизму і впевненості в своїх силах, побоюючись, що це зробить їх уразливими і слабкими. Для деяких чоловіків це клеймо є перешкодою до пошуку допомоги у разі проблем зі здоров'ям. Третина чоловіків звикла покладатися на дружин у питаннях здоров'я; майже дев'ять з десяти чоловіків говорять, що вони не хочуть турбувати лікаря або фармацевта, якщо вони не мають «серйозних проблем зі здоров'ям». Чоловіки віддають перевагу інформації про здоров'я, щоб зосередити увагу на «фактах», а жінки більш відкриті для емоційних проблем. Незважаючи на велику кількість даних про ці унікальні потреби чоловіків і жінок, медична практика мало бере до уваги статеві та специфічні гендерні відмінності при діагностиці, лікуванні або запобіганні хвороб [4]. Послуги в галузі охорони здоров'я ще не зробили достатньо, щоб допомогти чоловікам отримати доступ до всього спектру послуг первинної медичної допомоги або змінити ризиковану поведінку чоловіків [4].

Існує суттєва різниця у використанні медичних препаратів між чоловіками і жінками [5]. Крім того, не враховуються побічні ефекти фармацевтичних препаратів у порівнянні їх впливу на чоловіків і жінок. Хоча мета полягає в тому, щоб домогтися справедливості і оптимізації досягнень в медицині для поліпшення здоров'я чоловіків і жінок, однак, рівність у цій ситуації не означає однаковості. Відмінності в стані здоров'я і хвороби між чоловіками і жінками, як правило, сприймаються так, що стан здоров'я чоловіка визначається як «норма», а стан жінки/самки – як відхилення від норми. Такі порівняння подібні до порівняння яблука і банана [4] і відволікають увагу від розуміння біологічної основи гендерних відмінностей. Медична допомога має стати чутливою до унікальних потреб чоловічої та жіночої статей. Саме у цьому контексті гендерний підхід кидає виклик сучасним медичним дослідженням.

#### *Література*

1. Clayton J.A. and Collins F.S. Policy: NIH to balance sex in cell and animal studies. *Nature*, 2014. **509**(7500): p. 282–3.
2. Regitz-Zagrosek V. Sex and gender differences in health. *Science & Society Series on Sex and Science. EMBO reports*, 2012. **13**(7): p. 596–603.
3. Banks I. and Baker P. Men and primary care: improving access and outcomes. *Eurohealth International*, 2014. **20**(1): p. 22–24.
4. The European men's health forum, Step into no man's land: Improving men's use of primary care services in Europe, in *European Men's Health Forum (EHF)2013: Gastein*.
5. Differences in drug utilisation between men and women: a cross-sectional analysis of all dispensed drugs in Sweden / Loikas, D., et al. // *BMJ open*, 2013. **3**(5).

## **ОБРАЗ ЛІКАРЯ В СВІДОМОСТІ СЕЛЯНИНА XVIII – ПОЧАТКУ XX СТ. (НА ПРИКЛАДІ ХАРКІВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ)**

Ще в середині XIX ст. видатний російський письменник Іван Сергійович Тургенєв, який був лікарем за професією, в одному діалозі змалював всю суть ставлення сільського населення до лікарів та допомоги, яку вони надавали:

- Ты к лекарю не ходи, Арина: хуже будет.
- Я то и не хожу [5, с. 16].

Результат був очікуваний. За спостереженнями письменника, при важкій хворобі люди на селі просто їхали додому помирати, навіть коли була можливість отримати фахову медичну допомогу [6, с. 141–142]. У даному випадку мова йде про середину XIX ст. Що призвело до такої ситуації? Основною причиною наприкінці того століття харківські медики називали низький культурний рівень населення [3, Ф. 304. Оп. 1. Спр. 2103. Арк. 31–32]. Звичайно, це першопричина, та не тільки вона грала тут роль.

Ставлення населення до лікарської допомоги, яка була тривалий час доволі примітивною на межі шарлатанства, загалом було дуже недовірливим. Як зауважив дослідник Ігор Юрійович Робак, методи лікування навіть у XVIII ст. звели в могилу не одного хворого [4, с. 118–119]. Такий стан речей не міг не викликати недовіри та несприйняття, що посилювались випадками одужанням хворих самотужки чи при мінімальному лікуванні, а це переконувало селян у відсутності необхідності звертатися до лікаря. Навіть лікарі, які вже заслужили певну довіру селян, ніколи не були впевнені в точному дотриманні приписів, у багатьох випадках залишені ліки не приймались. Тобто, авторитет лікаря був невисокий. Це підтримувалось неосвіченою та темною місцевою владою з селян, яка нерідко саботувала протиепідемічні заходи, адже добре знала, що покарати її лікар не може [3, Ф. 304. Оп. 1. Спр. 614. Арк. 38, 71–83]. У губерньському місті ситуація була зовсім іншою. Приміром, 1913 р., коли провокатор з натовпу несправедливо звинуватив лікаря швидкої допомоги в ненаданні допомоги пораненому та збурих проти нього натовп, то на вимогу лікаря був заарештований і опинився на місяць у тюрмі [3, Ф. 304. Оп. 287. Спр. 4075. Арк. 1–3]. У формуванні та підтримці іміджу лікаря, як ми бачимо, від влади залежало багато.

Корені недовіри до лікаря в сільській місцевості можна побачити і в давніх забобонах. 1830 р. в Харкові розповсюдились чутки про навмисне отруєння криниць та закопування людей живцем. Місцевого лікаря ледь не вбив розлючений натовп [2, с. 98]. Тоді особливої різниці в ставленні до лікарів у місті та на селі ще не виникло. Та зі зростанням рівня культури міського населення ситуація, на відміну від села, значно змінилася. Лікарні та амбулаторії міста заслужили довіру.

На селі наприкінці XIX ст. на лікування продовжували дивитись як на утиснення та зайві турботи. Не вірили навіть у справжність офіційно оголо-

шених епідемій. 1892 р. відверто дикі чутки говорили про видуманість холери для особистих цілей лікарів, ошпарювання хворих окропом тощо. У с. Балаклії селяни були вороже налаштовані проти медиків, приховували під час епідемії холери хворих. Вони були впевнені в правдивості чутки, що хворих вирішено було труїти задля припинення епідемії. Доказ селяни бачили в тому, що лікар дав ліки дівчинці, яка була в агонії, не дивлячись на прохання родичів, а її батько, який від ліків відмовився, одужав. Було зроблено висновок, що лікар отруїв дівчинку. Хворий в с. Пригородньому звинувачував лікаря, що нудоти в нього не було до приписаного порошку, а помер зі словами, що лікар його отруїв. На лікаря, який лікував мешканців села 12 років, такі звинувачення справляли гнітюче враження [3, Ф. 304. Оп. 1. Спр. 614. Арк. 45–46, 65–66, 185, 276]. Чутки в тогочасному селі нерідко отримували більше довіри, ніж протиепідемічна медична пропаганда [1, с. 135]. Вони поширювались так само швидко, як і сотню років тому. Лікарям доводилося тривалий час переконувати громаду в своїй фаховості та завойовувати довіру, що призводило до зайвих жертв серед населення. Серед лікарів був доволі значний відсоток євреїв, а антисемітизму ніхто не відміняв. У Вовчанську бували випадки незадоволення національністю лікаря та відмови лікуватись з цієї причини [3, Ф. 304. Оп. 1. Спр. 614. Арк. 47, 190].

У частині випадків, залежно від населеного пункту, ситуація могла кардинально відрізнятись. Приміром, у с. Райському селяни під час епідемії не заявляли жодних протестів, не відмовлялись лікуватись, і навіть з найменшими недугами звертались до лікаря. У с. Волохов Яр населення поставилось до дій лікаря з довірою. Пацієнти повністю корились, а деякі навіть проявляли ініціативу [3, Ф. 304. Оп. 1. Спр. 614. Арк. 59, 64]. Причинами цього служили ефективна пропаганда медичних знань та більш високий рівень загальної культури. Загалом цей рівень протягом періоду на селі зростав, але значно повільніше, ніж у місті.

У свідомості селянина лікар був чужинцем з міста, якого боялися й якому не довіряли. Давні забобони утверджували сільського мешканця в такій позиції. Лікареві слід було тривалий час створювати імідж та доводити свою необхідність. Це вдавалося робити головно за допомогою пропаганди медичних знань, але з перемінним успіхом. Зі зростанням культурного рівня населення зростала і його довіра до лікаря.

### *Література*

1. Альков В. А. Пропаганда медичних знань та допомоги серед населення Харківської губернії у другій половині XIX – на початку XX ст. / В. А. Альков // Гуржіївські історичні читання. – 2015. – Вип. 10. – С. 134–137.
2. Багалеї Д. И. История города Харькова за 250 лет его существования (с 1655 по 1905-й год). – В 2-х т. / Д. И. Багалеї, Д. П. Миллер. – Харьков : Харьковская книжная фабрика им. М. В. Фрунзе, 1993. – Т. II. XIX – начало XX века. – 1993. – 982 с.
3. Державний архів Харківської області.

4. Робак І. Ю. Історичні умови організації та специфіка розвитку охорони здоров'я в Харкові (XVIII – початок ХХ ст.) : дис. ... доктора іст. Наук : 07.00.01 / Робак Ігор Юрійович. – К., 2009. – 438 с.

5. Тургенев І. С. Ермолай и мельничиха // Записки охотника / І. С. Тургенев. – М. : Художественная литература, 1985. – С. 11–19.

6. Тургенев І. С. Смерть // Записки охотника / І. С. Тургенев. – М. : Художественная литература, 1985. – С. 137–145.

*Atamanova O.V., Siniaieva I.R.*

*Kharkiv National Medical University*

## **ADOLESCENT HEALTH: THE RELATIONSHIP OF SOCIAL AND MEDICAL ASPECTS**

The basics of a human being are formation of a healthy lifestyle since early age and caring attitude towards their health conditions throughout life.

Unfortunately, during the last decade statistics show a strong tendency of a health worsening of children and adolescents in Ukraine. More than 50 % of adolescents suffer from chronic diseases, and the incidence rate in female is on 10–15 % higher than that in boys. Only 10 % of school leavers are almost healthy. Over the past 5 years, the frequency of diseases caused by improper diet has significantly increased.

**The aim of the study** was to find the functional state of the health of adolescents and to establish the relationship between the state of their health and diet.

Complex study involved 140 schoolchildren, residents of Kharkiv, aged 13–17 years (48 % of girls and 52 % of boys).

The evaluation of diet was carried out by specially designed questionnaire. Analysis of the results showed, that 78.6 % of students have deviation of health condition. Among the identified diseases, the first place takes diseases of the upper respiratory tract, the second – diseases of the digestive system, and the third – the diseases of musculoskeletal system. A high prevalence of abnormalities in the physical development of teenagers was found. So, obesity was found in 5 % of boys and 13 % of girls, while underweight – in 18 % and 23 %, respectively. In general, only 7 % of students are healthy. Analysis of the questionnaires showed eating disorders in pupils: excessive consumption of sweets (60 %), improper diet (40 %), including the lack of a regular breakfast (30 %), preference to eat fried foods (35 %), overeating (25 %), inability to obtain the desired amount of fruits (25 %), overeating before bedtime (15 %), the absence of the first courses in the diet (10 %), late dinner (after 22.00) (10 %).

Among the harmful products schoolchildren named: crisps (60 %), packaged crackers (50 %), "fast food" serves (40 %), sweet drinks (30 %), fried foods (20 %), Chinese instant noodles (20 %), sweets – 10 %.

As disliked dishes adolescents named cereals (60 %), soups (20 %), fish (20 %), cheese (10 %), eggs (10 %), liver (10 %), broccoli (10 %), which does not respond to the principles of nutrition and modern concepts about useful and harmful products.

Meanwhile, about 42 % of the children realize their mistakes in the diet, 30 % of respondents have never thought about the quality of food and only 28 % of students are trying to follow a balanced diet. It was also found, that the influence of close environment take an important place in the formation of healthy nutrition, and proper lifestyle in teenagers. 56 % of teenagers are in close contact with people who follow a proper diet and live an active lifestyle.

Approximately 15 % of children started to think about their health condition under the influence of Television programs, articles, and information obtained from the Internet.

Thus, the promotion of healthy lifestyles, proper nutrition, and the formation in the growing generation of responsible attitude to health should be in the focus of the family, health workers, teachers and the government as a whole.

*Афоніна О. В.*

*Національний юридичний університет ім. Ярослава Мудрого*

## **ЩОДО ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ В УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ**

Демократична соціалізація передбачає формування такої цінності як рівність між статями. І. Є. Калабіхіна, експерт ООН, професор кафедри народонаселення економічного факультету МДУ, у своїй роботі підкреслює, що рівність між чоловіками і жінками сприяє повноцінному розвитку суспільства (у тому числі економічному та демографічному). Однак в суспільних відносинах існує гендерна асиметрія, яка проявляється в окремих сферах (родині, політиці, економіці). Це відображає явну або приховану нерівність між чоловіками та жінками. Разом з тим, не можна не враховувати, що гендерна асиметрія є вираженням як сімейних, так і суспільних цінностей, які залишилися у спадок від патріархальної сім'ї. Перехід до демократії (окрім іншого) передбачає і процес формування сучасної сім'ї, в якій панує така цінність як гендерна рівність.

Авторка дослідила думки українців для виявлення тенденцій розвитку і становлення гендерних відносин, адже дане питання стосується всього українського суспільства. Методологічною основою дослідження стали такі методи: компаративний, історичного розвитку, а також кількісного дослідження з використанням соціологічного методу. Залучення останнього з них виразилося у тому, що в період з 25 серпня по 7 вересня 2015 року було опитано 100 осіб обох статей, різного віку і різних професій. Автор розуміє, що цієї кількості не цілком достатньо для того, щоб зробити коректні висновки. Разом із тим, це дає можливість виявити цілком стійкі тенденції.

Результатом дослідження стало наступне:

1) 81 % респондентів підтвердили положення гіпотези про те, що в українському суспільстві існують певні гендерні стереотипи поведінки для чоловіків і жінок. Як уявляється це ускладнює сприйняття суспільством нових демократичних цінностей, внаслідок суперечностей між історичними сімейними традиціями та сучасними сімейними і суспільними цінностями.

2) 55,2 % осіб висловилися за те, що чоловіки виконують функції годувальника, глави сім'ї, одночасно з цим, залишаючи за собою право вирішального слова в сім'ї.

3) 29,9 % відповідей зазначають, що існує стереотип про жінок як про слабку стать, яка поступається чоловікам і залежить від них.



Це дає змогу продемонструвати ще раз, що історичний розвиток гендерних відносин в українському суспільстві вплинув на становлення певних гендерних стереотипів. Схожу тенденцію має третій варіант відповіді, щодо стереотипів, які існують в українському суспільстві – про роль чоловіків, як про найкращих керівників, було обрано 26,4 % респондентів.

В результаті кількісне дослідження показало, що родинні відносини в українському суспільстві значною мірою зумовлені суперечностями між соціально-політичними та ментальними аспектами.

Беручи до уваги результати опитування, авторка підтверджує гіпотезу: стійкість гендерних стереотипів в українському суспільстві доволі висока. Саме це стає причиною існування гендерної нерівності. Маскулінність залишається впливовішою за фемінність у соціумі. Значною мірою гендерна нерівність знаходиться в сімейних відносинах, які відносно закриті щодо суспільства. Одночасно з цим, в субординації суспільних відносин і сімейних відносин, сімейні відносини стають саме тим фундаментом, на якому формуються гендерні стереопити. Таке явище, безперечно, стає перешкодою у формуванні демократії.

Демократичний транзит передбачає формування демократичної культури, демократичних цінностей, в тому числі і у відносинах між чоловіком і жінкою, в сім'ї без гендерних стереотипів. Саме тому, слід наголосити, що вирішення цього завдання більшою мірою залежить від демократичної соціалізації, від зусиль громадянського суспільства, органів державної влади, політичних партій та національної інтелігенції.

*Багмут А.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА**

Проблема детей-инвалидов является наиболее значимой как в охране здоровья, так и в социальной политике государства. По данным ЮНЕСКО число инвалидов на планете составляет около 15 % населения земного шара. Что же

касается детей-инвалидов, то с 1975 по 2001 гг. их количество увеличилось вдвое и превысило 100 млн. человек. К примеру, частота детского церебрального паралича во всех странах мира составляет 2–3 случая на 1 000 детей. Статистика нашей страны также не добавляет оптимизма: за последние 12 лет детская инвалидность увеличилась на 78 % (с 95,7 в 1992 г. до 170,4 в 2004 г. на 10 тыс. детского населения), а число детей-инвалидов превысило 160 тысяч. Каждый год 16 тысяч детей получают статус «инвалид с детства», 20 % из них – в связи с заболеваниями нервной системы. Актуальность проблемы все больше и больше возрастает с 2007 г., когда в Украине приняли критерии европейских стандартов выхаживания новорожденных с массой 500 г (ВООЗ), что конечно же, увеличивает риск инвалидности, и как следствие, внимание к этой проблеме.

В нашем государстве задействован ряд различных законодательных документов, направленных на профилактику заболеваемости и инвалидности у детей, социальную защиту инвалидов и инвалидов с детства. Основным документом является Конституция Украины, Конвенция ООН про права ребенка, законы Украины «Про основы социальной защиты инвалидов в Украине», «Про общегосударственную программу – Национальный план действий для реализации Конвенции ООН про права ребенка на период 2016 года», « Про реабилитацию инвалидов в Украине», Приказ Президента Украины от 5 мая 2008 года № 411 « Про мероприятия для обеспечения защиты прав и законных интересов детей», постановление Кабинета Министров Украины от 12 октября 2000 г. № 1545 «Про обеспечение концепции ранней социальной реабилитации детей-инвалидов», распоряжение Кабинета Министров Украины от 27 апреля 2006 г. № 244-р « Про обеспечение концепции государственной программы « Репродуктивное здоровье нации на 2006-2016 года».

Украинская власть направляет все усилия на улучшение качества жизни больных детей. К примеру, депутаты определяют основные правовые, экономические, организационные и культурные основы защиты детей, создают и улучшают социальную защиту, обеспечивают условия получения знаний, воспитания, физического, психического, социального, духовного и интеллектуального развития детей. К сожалению, не все так «гладко» как кажется на первый взгляд. Открытыми остаются вопросы финансирования медицинских реабилитационных центров, отсутствие достаточного объема средств на реализацию мероприятий, а также поддержки одаренных детей этой категории. С целью решения этих и многих других проблем (самореализации, адаптации, проведения содержательного и увлекательного досуга, отдыха детей с функциональными ограничениями и т. д.) длительное время работал «Международный детский центр Артек». С начала 2000 года здесь отдохнуло и улучшило свое состояние свыше 3 000 инвалидов с детства. Однако, и тут возникла проблема – в связи с политической ситуацией в стране, деятельность этого заведения для украинских детей приостановлена. Что касается просветительной работы, то необходимо отдать должное общественным ор-

ганизациям, которые осуществляют информационную пропаганду среди населения, направленную на освещение потенциала детей-инвалидов, в том числе, с применением средств массовой информации. Национальная телекомпания Украины вместе с Национальным комитетом спорта инвалидов создала и выпустила специальный телепроект «Життя на рівних». Это цикл передач, посвященных людям-инвалидам. Герои 15-минутного шоу – знаменитые спортсмены-параолимпийцы и просто люди с инвалидностью, которые достигли значительных успехов и высот в жизни. Еще хотелось бы отметить деятельность и творческий подход коммунального предприятия «Киевский метрополитен»: на наиболее крупных станциях метро г. Киева еще в 2011 году появились лайтбоксы, на которых изображено всемирно известных людей с инвалидностью – Фридерика Шопена, Людвиг ван Бетховина, а также 32 Президента США – Франклина Делано Рузвельта в инвалидной коляске. Выше изображения краткая и классически точная надпись: «Главное – человек, а не его инвалидность!». Эти лайтбоксы призывают изменить отношение членов современного украинского общества к людям – инвалидам.

#### *Литература*

1. Официальный сайт МЗО Украины. – Режим доступа: (<http://www.moz.gov.ua/>)
2. Программа «Життя на рівних» на «Першому Національному». – Режим доступа: <http://naiu.org.ua/component/content/article/27-static/2515-efir-zhittya-na-rivnikh>.
3. Социальная медицина и организация охраны здоровья / Под ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернополь: Укрмедкнижка, 2000. – 680 с.

**Бакута Ю.**

*Харьковский национальный медицинский университет*

### **ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМАТИКА В ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЕ**

«В нас пропал дух авантюризма, мы перестали лазить в окна к любимым женщинам», – так говорил, стоя в одежде под душем пьяный Ипполит, герой фильма «Ирония судьбы». Сам того не подозревая, герой легендарного фильма затронул один из самых болезненных вопросов нового времени. Впервые о несостоятельности мужчин, как покровителей слабого пола, задумались в XIX веке. Именно тогда женщины захотели равенства и свободы, наравне с сильным полом. Зародились суфражизм, феминизм и другие направления, связанные с проблемой равенства полов, которые постепенно оформились в науку гендерологию. Зарождение феминизма ставило своей целью – в широком смысле – стремление к равноправию женщин и мужчин во всех сферах общества. В узком смысле – это женское движение, целью которого являлось устранение дискриминации женщин. На таком смысловом фоне за рубежом в 80-е годы XX столетия начала свое формирование гендерология – молодая наука, в основе которой лежали гендерные исследования в различных областях знаний. В отличие от феминологии, которая занимается исключительно проблемами женщин, гендерология охватывает проблемы обоих полов,

индивидов с различной гендерной и сексуальной идентичностью. Объектом гендерологии выступают закономерности социального конструирования пола, а ее целью является ликвидация антогонизма полов и обеспечение гармонии мужской и женской частей человечества, то есть гармонии социального равенства. Это наиболее болезненные вопросы гендерной культуры. Американская философ-феминистка Джудит Батлер (род. 1956) предложила новое определение пола: «Пол – это отображение образа жизни, который демонстрируется окружающим».

Хронология развития гендерной концепции позволила проследить, как репрезентировалась принадлежность к тому или иному полу в разные эпохи. Французский философ Мишель Фуко (1926–1984), который выступил с теорией «власти говорящего», показал, что современная наука сделала видимыми различные типы и виды властных отношений, не сводимые к вопросу о простом участии (или неучастии) женщин в функционировании политических структур. «Власть – это не некий институт, не некая сила, которой кто-то был наделен, – полагал М. Фуко. – Власть – это имя, которым называют стратегическую ситуацию в данном обществе». Философы-феминистки продолжили эту мысль, доказав, что эффективнее всего воздействие власти именно на микроуровне, власти, исходящей отовсюду и, прежде всего, от нас самих.

Моральные и социальные изменения повлекли за собой изменения физиологические. Условно такое явление уже окрестили следующим образом: феминизация мужчин и маскулинизация женщин. То есть приобретение полами черт противоположной гендерной формации. Л.Н. Толстой пришел бы в ужас от современного семейного устройства и распределения обязанностей в самой главной ячейке общества. Мужская инфантильность влечет за собой, на первый взгляд, пока незаметные физиологические изменения: трансвеститные наклонности, женский алкоголизм, недосмотренные и лишённые материнского внимания дети. Особенно следует отметить тот фактор, который разрушает здоровье: это алкоголизм. Молот, который бьет и по женщине, решившей взвалить себе на плечи проблемы за двоих, и, самое страшное, – по ее ребенку. Известный медик И.И. Мечников писал, что «пьяное» зачатие никогда не ошибается. А «пьяное» вынашивание – тем более. Дети, родившиеся от матерей-алкоголичек, страдают целым спектром недугов: здесь и умственная отсталость, и внешние уродства («заячья губа», «волчья пасть»), олигофрения, врожденный порок сердца, отсутствие или деформация конечностей, различные спинно-мозговые грыжи. Если трансвеститные наклонности – это, хоть и имеющее отношение к медицинской психологии, но все-таки, личное дело конкретного индивида, то алкоголизм – это страшный порок, который наносит удар по будущим поколениям. Такой способ убегать от «неженских» проблем уж точно ставит под сомнение уместность маскулинизации женщин.

Таким образом, приведенные рассуждения позволяют сделать следующие выводы. Прогресс человечества многолик в своих проявлениях. Проблема

обеспечения гармонии мужской и женской частей человечества, их социального равенства также требует своих преобразований. Однако всякие преобразования социума должны происходить с позиций строгого соблюдения нравственных и гуманистических ориентиров, выбора этических приоритетов в соотношении добра и зла.

*Барсукова Е. Д.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ**

За последние десятилетия появился совершенно новый подход к лечению заболеваний. Этот подход носит название генная терапия. Принципиальное отличие нового способа лечения от традиционных состоит в том, что он направлен на устранение первопричины заболевания, а не её следствий. На современном этапе генную терапию можно определить, как лечение заболеваний путём введения генов в клетки пациентов с целью направленного изменения генных дефектов или придания клеткам новых функций. Лечение заболеваний на генном уровне представляет собой весьма заманчивую перспективу. Но, как и любое вмешательство в организм человека, оно может привести к абсолютно непредсказуемым результатам.

Наиболее перспективным считается применение генной терапии для лечения моногенных наследственных заболеваний (фенилкетонурия, муковисцидоз, ахондроплазия и др.), при которых предполагается, что введение в организм генетического материала, содержащего нормально функционирующий ген, вызовет решающий терапевтический эффект. Перспективна разработка методов генной терапии злокачественных новообразований. Ощутимые результаты получены в области лечения нейродегенеративных заболеваний, таких как болезнь Паркинсона, хорея Гентингтона и др. В данном случае принцип генотерапевтического вмешательства (этот вид терапии находится на стадии клинических испытаний), основан на введении в определенные подкорковые отделы мозга культуры клеток, синтезирующих набор белков, которые препятствуют дегенерации нейронов. Значительные надежды связываются с разработкой эффективных методов генной терапии СПИДа. По данным ВВС от 01.02.2016 г., Управление по оплодотворению и эмбриологии человека Великобритании (Human Fertility and Embryology Authority) разрешило ученым из лондонского Института Фрэнсиса Крика генетически модифицировать человеческие эмбрионы. Предполагается, что полученные данные помогут, в частности, улучшить процесс развития эмбриона при экстракорпоральном оплодотворении. Эта работа также поможет в лечении бесплодия и предотвращении выкидышей и различных патологий у детей.

За полувековой период развития данной области медицины был накоплен как положительный, так и отрицательный опыт использования генотерапии. Тем не менее нельзя однозначно сказать, является ли вмешательство

на уровне генов благом или непоправимой ошибкой. С момента своего зарождения концепция генной терапии вызывала множество споров. Сторонники преобразования организма на уровне генов утверждали, что данный вид лечения – медицина будущего. Противники же приводили ряд опасений, основанных на том, что человек слишком мало знает, чтобы вмешиваться в «епархию Бога». По прошествии нескольких десятков лет споры не только не утихли, но и разгорелись с новой силой.

Логически возникли следующие вопросы: если пересадкой генов можно восстановить физиологическую норму, то нельзя ли тем же путем ее улучшить? Скажем, увеличить рост, изменить пропорции фигуры, купировать склонность к полноте, прибавить, наконец, ума человеку? Говорят, можно. Цитируя слова биофизика Грегори Стока из Калифорнийского университета (University of California, Los Angeles): «Начинается новая фаза жизни, в которой мы будем контролировать собственную эволюцию».

Какие же блага несут человеку новые подходы к лечению заболеваний? Улучшить породу, скажем, коров, значит, сделать так, чтобы они давали больше молока и мяса, лучше отвечали нуждам человека. А чьим нуждам должен отвечать «улучшенный» человек? Не приведет ли стремление выбрать для будущего потомства «лучшие гены» к стандартизации человечества и утрате изрядной доли его важнейшего преимущества – генетического разнообразия? Все это является важной биоэтической проблемой.

Таким образом, терапевтический потенциал геномных преобразований поистине огромен, но наряду с разработкой методологической экспериментальной базы не следует забывать о проблемах социального и этического характера. Генная терапия позволила вносить изменения на уровне генов и дала возможность побеждать ранее неизлечимые заболевания. Однако вместе с тем генотерапия подарила человечеству мощное и опасное оружие, способное принести больше вреда, чем пользы.

Ученым предстоит прояснить еще множество аспектов научного, этического, социального и экономического характера. Никто не знает, какие открытия в области генной терапии еще предстоят и что они принесут с собой. Тем не менее не вызывает сомнений тот факт, что у генотерапевтических подходов к лечению болезней большое будущее.

*Безвербний В.І.*

*Харківський національний медичний університет*

## **ФЕНОМЕНИ СЕНСУ ЖИТТЯ, СМЕРТІ ТА БЕЗСМЕРТЯ В РЕТРОСПЕКТИВІ ФІЛОСОФСЬКОЇ ДУМКИ**

Усвідомлення людиною своєї смертності робить актуальним питання про сенс життя. Для чого живе людина? Якби життя не мало ні початку, ні кінця, то не виникало б питання про його сенс, як, скажімо, воно не виникає про сенс Всесвіту, який існує завжди. Відтак, людина живе заради мети, яка власне і наповнює людське життя сенсом. Гармонійним є життя людини, у якої усвідомлена і не усвідомлена мета (сенс) збігаються.

Видатний філософ Е. Фромм наголошував: “Сенс життя полягає в тому, щоб знову і знову переживати своє народження, а не ставати жертвою настільки поширеної трагедії нашого століття, коли людина вмирає, не встигнувши почати жити”.

Проблема людини, її життя і смерті завжди цікавила людство, привертала увагу видатних мислителів, філософів, науковців. Серед тих, хто вніс свій внесок у її розробку можна назвати М. Бердяєва, Ж. Бодріяра, А. Камю, Б. Рассела, Ж. П. Сартра, В. Соловйова, Е. Фромма, З. Фрейда, Ю. Хайкбермаса, М. Гайдеггера, К. Ясперса та ін.

Слід підкреслити, що особливість досліджуваної проблеми актуалізувалась в різні культурно-історичні періоди – від античності до нашого часу. Зокрема, в античній філософії мислителі розглядали феномен сенсу життя людини у зв'язку з проблемою блага та моральних чеснот. Наприклад, у своїх поглядах Сократ зазначав, що людина, живе не для того, щоб їсти, пити, одягатися, а навпаки, вона їсть, п'є тощо для того, щоб жити. Саме з античності виникає та утверджується тенденція, що сходиться від орфіків та піфагорійців до Платона, Арістотеля – пом'якшувати трагізм смерті вченням про безсмертя душі та її переселення. Наприклад, філософи-стоїки вважали справжнім призначенням людини – творити добро заради добра. У буддизмі ця ідея висловлена з особливою силою. Тут є навіть протиставлення життя та справжнього буття. У внутрішньому світі людини філософи шукали джерела осмисленості життя, смерті, безсмертя.

Есхатологічні аспекти смислу буття розглядались у середньовічній філософії. Августин Аврелій вважав, що за допомогою розуму можна довести існування Бога і безсмертя людської душі. Межі пізнаної істини, на думку філософа, є можливостями людського розуму, все, що понад – це інтуїція, пов'язана з божественним одкровенням. Всяка пізнана істина не може суперечити вірі.

В епоху Відродження та в новоевропейській філософії сенс життя, смерті та безсмертя окреслюють раціонально-етичні концепції. Проблема сенсу життя власне утвердилася в філософській думці в епоху Просвітництва і, аж до ХХ століття була провідною. Сенс життя розглядався філософами в контексті служіння загальному благу, внесенні особистого внеску в історію, культуру й прогрес суспільства.

В той же час, філософи-екзистенціалісти розглядали питання цілісності людського існування й сенс життя визначали як результат трансцендуючого характеру людського буття. У постмодерністських дослідженнях смисл життя вже аналізувався в контексті соціокультурної ситуації.

Таким чином, можна зробити висновок, що життя людини — це найвища цінність і самоціль.

Видатний іспанський філософ Хосе Ортега-і-Гассет, публіцист і соціолог, який відомий такими філософськими працями як «Роздуми про Дона Кіхота», «Дегуманізація мистецтва», «Повстання мас» наголошував: Людина,

іншими словами, її душа, здібності, характер і тіло – сума пристосувань, за допомогою яких вона живе. Вона, немов актор, що повинен зіграти персонажа, який є її справжнім «Я».

Слід підкреслити, в історії філософської думки пильна увага приділялася не тільки проблемі сенсу життя і смерті, але й дослідженню феномена безсмертя.

І. Кант наприкінці своєї «Критики практичного розуму» до числа постулатів моральної свідомості як атрибутивних ознак, що визначають вище призначення людини на Землі поряд з Богом, волею, ставив безсмертя, зв'язуючи саме з ним надію на постійний прогрес людського духу. Поза апріорі прийнятою ідеєю безсмертя, життя, як і смерть, на думку І. Канта, втрачають значення бути сенсоутворюючою інтенцією людського існування. До речі, близька до подібного роду міркувань філософія видатного іспанця Мігеля де Унамуну, що принципово поклав ідею безсмертя в основу власної онтології.

В ході нашого філософського аналізу, ми дійшли висновку, що від сенсу, який ми надаємо життю, залежить і сенс, що надається смерті. Тільки пам'ятаючи про невідривність життя від смерті, можна прожити життя та зустріти смерть гідно та осмислено. Маємо надію, що особливістю ХХІ ст. стане стрімкий розвиток науки, насамперед, медицини, що допоможе подолати низку хвороб, які призводять до смерті. Хочеться вірити, що не війни, а мир і гуманні відносини між людьми, націями і державами, а також толерантність і взаємоповага стануть запорукою щасливого життя людства у ХХІ ст.

***Берченко Е.В.***

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **КУЛЬТУРА ИЗНАСИЛОВАНИЯ**

Сегодняшняя социальная реальность дает женщине значительно больше возможностей для самореализации, чем это было каких-то 100 лет назад: женщина может получать качественное образование, строить карьеру, голосовать на выборах, заниматься бизнесом. Однако даже сегодня у нее не получается ощутить себя полностью свободной из-за угрозы изнасилования. Редко кто захочет идти по малолюдной или темной улице из-за опасения подвергнуться нападению с целью изнасилования.

В англоязычных ресурсах все чаще встречается такое понятие, как «культура изнасилования» (rape culture), которое как нельзя лучше описывает сложившуюся ситуацию. С культурой изнасилования мы встречаемся практически каждый день. Ее проявления есть везде – в средствах массовой информации, аудиовизуальном искусстве и даже в нашем повседневном общении.

Само по себе понятие только на первый взгляд звучит довольно абсурдно. Оно описывает культуру, в которой изнасилование и сексуальное насилие над женщинами обычны, а господствующие отношения, нормы, практики и средства массовой информации нормализуют, допускают или даже оправдывают сексуальное насилие над женщинами [1].

Один из важнейших вопросов, часто обсуждаемых в данном понятийном поле, это ситуации, когда саму жертву обвиняют в том, что она якобы спровоцировала изнасилование. Например, одевалась и вела себя, «как девушка легкого поведения», чем «заслужила» изнасилование. Или, скажем, не выполняла свои «супружеские обязанности» и была «справедливо» изнасилована мужем.

На самом деле, никто не хочет быть изнасилованной! Всякий раз, когда жертву обвиняют в якобы осуществленной ею провокации, общество оправдывает насильника и дает ему повод производить еще больше насилия.

Существование культуры изнасилования объясняет, почему лишь одна из десяти женщин, подвергшихся сексуальному насилию, обращается в правоохранительные органы. Причин поступать именно так множество. Одной из них является то, что быть изнасилованной для самой женщины считается очень постыдным и позорным, и она не хочет, чтобы об этом кто-то узнал. Также почти каждая изнасилованная уверена в том, что в случившемся будет обвинена именно она, а не насильник. Наконец, довольно часто сексуальное насилие над женщиной совершается кем-то из близких знакомых, и насильник пытается договориться с жертвой, чтобы избежать преследования.

Подобные истории ужасают, в первую очередь, тем, что женщина не может довериться людям, которые по идее должны защищать ее (это ее друзья, супруг, родители, правоохранительные органы). Она больше всего боится быть осужденной за то, в чем она даже не виновата и от чего сама ужасно страдает.

Культура изнасилования незаметна из-за того, что она пронизывает всю структуру общества. В такой культуре мужчины и женщины принимают сексуальное насилие как обыденный и даже неизбежный факт.

Находятся и те, кто заявляет, что незачем пытаться что-то менять. Однако такое насилие, конечно же, не предопределено ни природой, ни культурой. Большая часть того, что мы считаем неизбежным, на самом деле является следствием ценностей и мировоззрения, которые можно и нужно изменить.

#### *Литература*

1. Культура изнасилования // Доступно на: <http://su0.ru/R913>.

***Бочарова Т. В., Бочарова М. Ю.***

*Харківський національний медичний університет*

### **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІВНЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ШКОЛЯРІВ УКРАЇНИ ТА ПОЛЬЩІ**

В останні десятиліття спостерігається динамічний розвиток науки і техніки. Все частіше люди, турбуючись про комфортне життя, забувають про свою біологічну сутність. Зручності цивілізації, зокрема засоби зв'язку і авто, зменшують до мінімуму фізичну активність у повсякденному житті людей. Вони прагнуть їхати на автобусі або автомобілі, ніж ходити пішки на роботу

чи до школи. Більшість людей оцінює свою фізичну активність вище, ніж це є насправді. Також засоби масової інформації, особливо телебачення, щороку забирає все більше вільного часу, що змушує людину вести сидячий спосіб життя. Фізична активність людей в країнах з високорозвиненими технологіями та урбанізацією є досить обмеженою, особливо це стосується дітей.

Метою дослідження було порівняння фізичної активності підлітків з Польщі (м. Люблін) і України (м. Харків) у в школі і за її межами. У дослідженні взяли участь група з 40 учнів у віці від 15 до 16 років з середніх шкіл в Любліні і Харкові. Вибір досліджуваної популяції було сплановано так, що дві країни мали однакову кількість респондентів.

Польська група респондентів складалася з 20 % хлопчиків і 80 % дівчаток у віці 15–16 років. Серед досліджуваних з України було 65 % дівчат. Згідно з розкладом заняття фізичною культурою у харківській школі проводяться 2 рази на тиждень, тоді як у Любліні 3 рази на тиждень. Усі школярі в Харкові відвідують заняття фізкультурою 1–2 рази на тиждень. Відсутність на занятті вони пояснюють поганим самопочуттям, хворобою або просто небажанням. На відміну від українських, лише 70 % польських школярів відвідують заняття фізкультурою 2–3 рази на тиждень, 5 % – 1–2 рази на тиждень. Окрім того, 25 % опитуваних мають лікарське звільнення від занять фізичною культурою.

Поза школою 55 % українських школярів відвідують різні спортивні секції з періодичністю 2–3 рази на тиждень, серед яких найбільш популярними є великий теніс, плавання та фітнес. Польські школярі більш активно відвідують спортивні секції, 72,5 % підлітків приймають участь у позашкільних фізичних заходах. Молодь у Польщі більшу частину свого вільного часу грає в футбол і їздить на велосипеді – 19 %, а також грає в баскетбол – 15 %.

На підставі проведеного дослідження можна зробити висновок, що школярі в Любліні та Харкові показують деякі відмінності у способах повсякденного життя. Польські школярі мають більшу кількість занять фізичною культурою у школі, ніж українські, але чверть з них зовсім не відвідують заняття, бо мають документально підтверджені проблеми зі здоров'ям. Українська молодь, на відміну від польської, менше залучена в спортивні заходи поза школою. Можливо, українські школярі ведуть більш сидячий спосіб життя, ніж їх польські колеги. Слід відзначити, що низька рухова активність на уроках фізичної культури і за межами школи, особливо в поєднанні з неправильним та нездоровим харчуванням, може привести до розвитку таких захворювань як ожиріння, цукровий діабет і серцево-судинні захворювання.

*Власенко А. О.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА**

Здоровье человека – самое большое богатство. Оно – источник счастья, радости, плодотворной жизни, и его следует рассматривать как социальную

ценность. Здоровье нации состоит из показателей здоровья каждого человека. Анализ социально-экономических факторов, влияющих на качество здоровья населения Украины демонстрирует следующие результаты.

Доказано, что приблизительно на 50 % здоровье человека определяет образ жизни. Отрицательными его факторами являются вредные привычки, несбалансированное, неправильное питание, неблагоприятные условия работы, моральные и психологические нагрузки, малоподвижный образ жизни, плохие материально-бытовые условия, несогласие в семье, одиночество, низкий образовательный и культурный уровень. Отрицательно сказывается на формировании здоровья и неблагоприятная экологическая обстановка, в частности, загрязнение воздуха, воды, грунта, а также сложные природно-климатические условия (эти факторы усугубляют качество здоровья населения – до 20 %). Речь идет о катастрофической техногенной ситуации в нашей стране. По данным ООН, люди в Украине живут на 15 лет меньше немцев или французов и даже меньше, чем жители самых отсталых африканских государств. До пенсии не доживает половина населения мужчин и почти 40 % женщин.

Установлено, что сокращение продолжительности жизни вследствие различных причин составляет такие цифры: одиночество мужское – 3 500 дней, женское – 1 600, курение – 2 250, избыточный вес тела – 1 300, низкий образовательный уровень (ниже 8 классов) – 850, низкий социально-экономический уровень – 700, проживание в экологически неблагоприятном районе – 500, употребление алкоголя (но не алкоголизм) – 130 дней, но часто имеет место их комплексное воздействие. Важное значение имеет состояние генетического фонда популяции, склонность к наследственным болезням. Важной проблемой является распространенность вредных привычек среди населения. Ситуация с алкоголизмом в стране отмечалась остротой и в минувшие времена, а за последние годы стала чрезвычайно угрожающей. Население стало употреблять больше крепких спиртных напитков, низкосортных вина и водок, суррогатов, фальсификатов.

На сегодня крайне напряженной остается проблема курения. Это обусловлено масштабностью вреда курения для здоровья. Табак является фактором риска более чем 20 болезней, которые составляют почти 75 % в структуре смертности населения. По расчетам ВОЗ, можно ожидать, что в 2016 г. в нашей стране употребление табака станет причиной более 22 % смертей. Курение — основная причина смертности, которую можно предотвратить. По оценкам экспертов ВОЗ, эта губительная для здоровья привычка за последние три года приводила к гибели в Украине не менее чем 120 тысяч человек ежегодно. Анализ распределения населения в возрасте 12 лет и старше свидетельствует о том, что их количество одинаково как в городах, так и селах (24,3 и 22,2%, соответственно). Количество лиц, которые курят, 1–5 лет, составляет 16,9 %, 6–9 лет — 12,6 %, более 10 лет — 70,5 %.

Анализ физической активности населения свидетельствует, что почти девять из каждых десяти детей в возрасте 6 лет и старше занимаются физкультурой и спортом не менее одного раза в неделю. Взрослое население значительно меньше занимается физкультурой и спортом: лишь каждый третий мужчина и каждая пятая женщина в целом по Украине.

Современная жизнь и высокий темп ее развития предъявляют повышенные требования к человеку и его здоровью. Новое поколение, как надежда на будущие нации, должно взять ситуацию в свои руки, необходимо устранить пагубные привычки, остановить их неуклонный рост. Здоровый образ жизни человека должен начинаться с момента его рождения.

*Вовк Е. И., студентка 18 гр.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ФИЛОСОФИЯ И МЕДИЦИНА**

*Философия должна быть внедрена в медицину и медицина в философию, ибо все свойства философии сохраняют свое значение в медицине.*

*Гиппократ*

Для медицины и ее служителей овладение основами философии – это вопрос формирования человеческого духа, это общечеловеческое образование и воспитание, в основе которых гуманизм, высокая нравственность, правдивость, честность и милосердие. Философия и медицина одинаково древние по своему происхождению феномены культуры, их тесная связь проявляется в близости предметов исследования (изучение человека, его личности и влияния общества на личность), сходстве целей и задач, единстве методологии, ценностной ориентации. Еще Гиппократ – «отец медицины» – говорил: «Медицина столь же мало может обходиться без общих истин философии, сколько последняя без доставляемых ей медицинских фактов...».

На всем протяжении истории культуры идеи объединения философского и медицинского знания ради постижения тайны жизни и тайны человека претворялись в трудах самых известных философов, медиков, естествоиспытателей. Основой восточной философии медицины всегда оставалось рассмотрение человеческого организма как самодостаточной сущности, в которой неразрывно связаны дух и тело. В Древней Греции – колыбели философского знания – стремились разобраться в человеческой психике, пытались ответить на вопрос, что есть человек, какова (личная и общественная) ценность человеческого здоровья, является ли человек существом биологическим или социальным (Эмпедокл, Аристотель, Гиппократ). В средневековой Европе развивается алхимия, открываются и разрабатываются новые приемы лечения больных, изучается влияние общества на развитие патологических процессов у больных (Ф. Рабле, Р. Бэкон, Парацельс). В эпоху Нового времени человек рассматривается как машина (материализм), осмысляются проблемы человека как социального

существа, проблемы влияния психики на развитие патологических процессов в человеческом организме (Д. Локк, Ж. Ламетри, З. Фрейд).

Основные проблемы, которые встали сегодня во главу угла философии медицины, – это здоровье личности и здоровье нации, приобщение людей к здоровому образу жизни, влияние общества и природной среды на патологические изменения в человеческом организме, социальные причины «болезней века», этика взаимоотношений врача и пациента, эстетические основы современной медицины (А. Швейцер, З. Фрейд, Н. Амосов, К. Юнг).

Все базовые теории современной медицины так или иначе связаны с философией медицины, определяющей фундаментальные постулаты и позиции общих теоретических систем. Фундаментальные теории медицины: теория адаптивного реагирования, теория детерминизма, теория нормальной (оптимальной) саморегуляции, теория общей патологии – рассматривают человека как психобиосоциальное существо.

В основе современного понимания взаимодействия философии и медицины лежит диалектический метод – подход, который основывается на целостном системном мышлении. Врач, не владеющий диалектическим методом, не сможет правильно оценить взаимодействующие и противоречивые патологические процессы в организме и, в лучшем случае, интуитивно сможет правильно поставить диагноз, и назначить лечение. Системный же подход позволяет не забывать о целостности, изучая человека не как механический конгломерат «частей и деталей», а как живую систему, органично вписанную в природно-социальную реальность.

*Вывод:* таким образом, врач-клиницист сможет действовать наиболее целесообразно и эффективно в каждом конкретном случае лишь тогда, когда будет опираться на интерпретацию фактического материала медицинской науки с позиций и через призму философского знания.

***Висоцька О.В.***

*Харківський національний університет радіоелектроніки*

## **ПРО НЕСПРИЯТЛИВИЙ ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ГЕНЕТИЧНО МОДИФІКОВАНИХ ОРГАНІЗМІВ**

Біотехнологія як наука розвивається швидкими темпами в усьому світі. Її досягнення в великих масштабах використовуються в багатьох галузях народного господарства: в харчовій промисловості, сільському господарстві, медичній та фармацевтичній промисловості, хімії, нафтовидобутку, гірської переробці та ін., а також в області екологічного очищення навколишнього природного середовища та утилізації різних відходів. Проблему генетично модифікованих об'єктів, харчових продуктів і ліків, одержуваних в результаті розвитку генної інженерії, можна вважати однією з особливостей сучасного розвитку людства. Питання безпеки біотехнологічних досліджень при отриманні генетично модифікованих організмів (ГМО) сьогодні привертають все більшу увагу.

ГМО – це будь-який організм, за винятком організму людини, що містить нову комбінацію генетичного матеріалу, отриману внаслідок використання сучасної біотехнології [1]. Генетичну модифікацію, як правило, проводять в наукових або господарських цілях. За допомогою нових технологій можна вирішувати проблеми, що пов'язані з хворобами і голодом, які раніше вважалися нерозв'язними. Однак, роботи ряду авторів говорять про цілком імовірною загрозу.

Багато авторитетних установ і організацій займаються питаннями безпеки для споживання людиною розроблених ГМ-продуктів. Так, статутним завданням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) є саме охорона здоров'я населення. ВООЗ визнає, що центральне місце у виконанні цього завдання займає право кожної людини на доступні, поживні і безпечні харчові продукти.

Проте, вплив ГМО – продуктів на здоров'я людини повністю ще не досліджено. Вчені до цих пір знають не всі про те, як працюють гени, які використовуються при створенні ГМО, і як вони взаємодіють для того, щоб бути впевненими в тому, що буде досягнуто бажаного результату будь-якої модифікації. Існує значна наукова невизначеність про безпосередні та довгострокові ефекти використання ГМО. При цьому зростає частка населення, що входить в уразливі категорії.

Поряд з позитивним ефектом ГМ – продуктів, є ряд проблем, що пов'язані з несприятливими наслідками споживання цих продуктів для здоров'я людини, до яких відносять:

- нові алергени в продуктах харчування;
- стійкість до антибіотиків;
- підвищений ризик раку;
- зміна генотипу і фенотипу;
- спадкові захворювання;
- поява нових, невідомих науці хвороб;
- зниження імунного захисту;
- поява нових вірусів і бактерій;
- загроза родючості ґрунтів;
- соціально-економічні та етичні наслідки;
- інші невідомі ризики, які можуть виникнути пізніше.

Біологічно небезпечні організми та їх продукти являють собою загрозу для існування не тільки людини, але і рослин, тварин, а також корисних мікроорганізмів, викликаючи різну ступінь їх ураження або повну загибель, позбавляючи людину продовольчих та інших джерел і можливостей існування [2].

Використання досягнень генної інженерії може викликати такі зміни в геномі, які призводять до непередбачених ефектів, включаючи створення нових токсинів або алергенів, спричинить зміни поживної цінності продуктів харчування [3]. Дослідження на тваринах показали, що токсини потрапляють в нецільових комах, водні шляхи, водні організми, і, як наслідок відбувається забруднення екосистеми.

На сьогоднішній день відомо, що однією з причин виникнення лімфоми Ходжкіна є вплив гербіцидів і пестицидів. Ризик розвитку лімфоми у людей від впливу гліфосату показало відношення шансів, рівне 2,7 [4].

Наукове дослідження французьких вчених на чолі з професором Séralini GE [5] показало, що у щурів, яких годували ГМ – продуктами, спостерігалися серйозні пошкодження органів, пухлини і передчасна смерть. Відомо, що, ГМ – продукт замітник цукру, аспартам (Е 951), при температурі 30° С розкладається на канцерогенний формальдегід і токсичний метанол. Ці речовини є стимуляторами розвитку лейкемії і злоякісних пухлин.

Посилення уваги аналізу ризику для людей при використанні ГМО вимагає створення відповідної інформаційної системи аналізу і контролю. Така інформаційна система повинна включати модуль аналізу безпеки ГМО для здоров'я людини і навколишнього середовища. Вона повинна забезпечити контроль алергенності, мутагенності, зниження харчової цінності, зміни імунорегулюючих властивостей, токсичності, тератогенності та ін.

Оцінка ризику повинна стосуватися не тільки прямих впливів на здоров'я людини, але і впливів непрямих та вторинних, таких як загроза для здоров'я тварин. Комплексний облік соціальних, економічних, етичних і природоохоронних чинників дасть можливість об'єднати комерційні, політичні, економічні, юридичні інтереси при вирішенні проблеми безпеки ГМ-продуктів.

Інформаційна система дозволить:

- автоматизувати процес збору інформації про наукові дослідження, результати використання ГМО, законодавство, результати експертизи безпеки ГМО;

- проводити аналіз отриманої інформації і формувати висновки для зацікавлених осіб (органів державного управління, засобів масової інформації та ін.);

- здійснювати моніторинг прямих або непрямих потенційних впливів ГМО і продуктів на їх основі на навколишнє середовище і (або) здоров'я людини;

- сприяти обміну інформацією про біобезпеку з координаційними радами та міжнародними організаціями різних країн;

- прогнозувати генетичні аспекти екологічної безпеки.

Таким чином, використання інформаційних технологій буде сприяти своєчасному попередженню споживача про загрозу; контролю за технологічними процесами і якістю знову залучених в сферу використання людиною нових біологічних об'єктів і речовин, загальною безпекою для здоров'я людей і стану навколишнього середовища, а також розробленню нових критеріїв, показників, методів і технологій оцінки біобезпеки ГМО та якості одержуваних з них продуктів.

### *Література*

1. Таишева Г.Р. Системный анализ продовольственного обеспечения населения. Казань: РИЦ «Школа», 2009, С.170-180.

2. Sophia Armenakas, Macrene Alexiades-Armenakas. Genetically-Modified Organisms in United States / Food and Nutrition Sciences, 2013, 4, pp.807-811/
3. Aris A. Responses to comments from Monsanto scientists on our study showing the detection of glyphosate and Cry1Ab in blood of women with and without pregnancy. *Reprod Toxicol.* 2012;33(1):122–3.
4. L. Hardell and M. Eriksson, “A Case-Control Study of Non-Hodgkin Lymphoma and Exposure to Pesticides,” *Cancer*, Vol. 85, No. 6, 1999, pp. 1353-1360.
5. Séralini GE, Clair E, Mesnage R, Gress S, Defarge N, Malatesta M, et al. Long-term toxicity of a Roundup herbicide and a Roundup-tolerant genetically modified maize. *Food Chem Toxicol.* 2012 Nov;50(11):4221-31.

***Вознюк И. Мидловец В.***

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В АСПЕКТЕ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ**

*С улыбкою господь глядит на нас  
Откуда-то с вершины мироздания.  
Чтоб жизнь была не так скучна,  
Господь нам раздает задания...  
В пол уха слушая проклятья,  
В пол глаза глядя на экстаз,  
Бог поражен синдромом выгорания...  
Ну, а его последствия – на нас...*

*(Н.В. Козина)*

Профессиональная деятельность работников в области медицины, участвующих в процессе лечения и реабилитации больных, зачастую включает в себя эмоциональную насыщенность и большое количество факторов, которые вызывают стресс. А так как мы являемся резервом этой благородной сферы деятельности, то эта проблема особенно актуальна в контексте рассмотрения отношения современного человека к карьере, работе, жизненным перспективам.

Сегодня ученые в рамках науки, под эмоциональным выгоранием (burn-out) анализируют комплекс особых психических проблем, возникающих у человека в связи с его профессиональной деятельностью. Впервые, этот термин (СЭВ) был принят в 1974 году американским психологом Гербертом Фрейденбергером. Ученый проанализировал и описал феномен психологической истощенности работников психиатрических учреждений, а также в своих исследованиях разработал модель оценки подобного состояния для всех работников медицинской сферы.

Следует отметить, что ранее в США существовало понятие «профессиональной деформации», которое употреблялось для анализа определенных аспектов и характеристик всех людей, длительное время работающих в про-

фессиях «человек-человек». Усовершенствовав это представление, и сделав упор на рассмотрение непосредственно медицинских работников, Г. Фрейд-денбергер впервые дал клинические заключения о возможных личностных и физиологических изменениях, а именно:

– Хроническая усталость, эмоциональное истощение после активной профессиональной деятельности;

– Соматические проблемы – различные расстройства пищеварительной, сердечно-сосудистой систем, нарушение сна, колебания артериального давления, головные боли;

– Замена ранее позитивного, на негативное отношение к пациентам. Гнев и раздражительность по отношению к окружающим;

– Негативное отношение к себе, чувство вины и тревоги.

Следует подчеркнуть, в настоящее время СЭВ отнесен международной классификацией болезней к рубрике Z73- «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни». Как и в любом патологическом процессе выделяют стадии развития:

1. Эмоциональное истощение - проявляется в нехватке сил и энергии к окончанию рабочего дня, притуплению остроты ощущений и равнодушию ко всему вокруг. Главным показателем служит переходимость этого явления, ощущение человеком высокую рабочую перегрузку на следующий день.

2. Личностная отстраненность. Раздражение окружающими, потеря интереса к общению, появление цинизма.

3. Редукция профессиональных достижений. Резкое снижение самооценки, негативная оценка себя как профессионала и своих служебных обязанностей.

Анализируя все выше перечисленные симптомы и порядок их появления, мы можем отметить, что СЭВ имеет тенденцию к постепенному нарастанию. Зачастую, человек продолжает работать в том же режиме с тяжелыми психоэмоциональными перегрузками вплоть до критических проявлений.

Эмоциональное выгорание называют симптомом нашего времени. Современный темп жизни и век эксплуатации всего и всех неизбежно приводит к быстрому истощению организма физически и психологически. По данным западной статистики, примерно 78 % психотерапевтов, психиатров-наркологов и других врачей этого профиля имеют в различной степени выраженности признаки синдрома выгорания [1; 2]. Отмечается, что среди врачей общей практики обнаруживается высокий уровень тревоги в 41 % случаев, клинически выраженная депрессия – в 25 % случаев. Треть врачей используют медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения. В исследовании, проведенном в Украине, у 26 % терапевтов отмечен высокий уровень тревожности, а у 37 % – субклиническая депрессия [1].

Таким образом, специфика профессиональной деятельности врача способствует, а зачастую и провоцирует формирование у него СЭВ, поэтому, на наш взгляд необходимо серьезно отнестись к вопросу о своевременной про-

филактике развития данного синдрома (что включает работу над собой: определение краткосрочных и долгосрочных целей; саморегуляция; самосовершенствование; эмоциональное общение; поддержание хорошей физической формы; психологическая защита; отдых) у медиков [3; 4]. Профилактика СЭВ направлена на устранение действия стресса – уменьшение напряжения и повышение профессиональной мотивации.

#### *Литература*

1. Ахмедов, Т.И. Практическая психотерапия: Внушение, гипноз, медитация / Т.И. Ахмедов. – М.: ООО «Издательство АСТ»; Харьков: «Горсинг», 2003. – 447 с.
2. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 90-101.
3. Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. – 4-е изд. / Под ред. проф. М.В. Коркиной. – Академия Klado, Budapest, 1981 – 286 с.
4. Чернявская, А.Г. Психотерапия: шаг за шагом: учеб.-практ. руководство / А.Г. Чернявская. – Мн.: ТетраСистемс, 2005. – 512 с.

***Гавенко В.Л., Георгиевская Н.В.***

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **НОРМОЗОЛОГИЯ И ПСИХО-СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

Современные знания и практика требуют наибольшего внимания к нормозологии в её качественном и количественном выражении.

С этих позиций современная медицинская психология, сексология и медицинская психиатрия не полностью отвечает современным требованиям. Так, имеются различные взгляды на понятия нормы в медицинской психологии по самым основным параметрам. Так, нормальным, с позиции медицинской психологии, считается человек, у которого отсутствуют выраженные психические расстройства. Второе, это человек полностью должен быть адаптирован к окружающей среде, в первую очередь, к социальной. И третьим, наиболее дискуссионным параметром здоровья является наличие у личности достаточных адаптационных резервов. Более не менее психиатры, наркологи, медицинские психологи, но уже в меньшей степени медицинские сексологи могут прийти к единому мнению об отсутствии выраженных психических расстройств, так, до последнего времени в нашем государстве однополюсные отношения относились к выраженным девиациям и подвергались осуждению и наказанию. Адаптированность к социальной среде в современных условиях настолько вариабельно и зависимо от религии, страны особенностей расовых, географических, временных, материальных и других условий, которые должны учитываться для решения адаптированности каждого индивидуума. Особенно в современных условиях трудно оценить качественно и количественно достаточные адаптационные резервы, особенно

при учете оцениваемых нами 5 уровней здоровья и стадии формирования болезней в аспекте адаптации: морально-культуральные, социальные, психологические, физиологические, соматические.

Так, неофициально, психологами, сексологами, психиатрами признано тот факт необходимости оказания психогигиенической, социальной, психопрофилактической помощи каждому вернувшемуся с военной службы в современные условия. Условия социального, экономического, политического, военного кризиса всегда сопровождается ростом психосоматических расстройств, к которым, в первую очередь, относятся сосудистые, сердечные, гастроэнтерологические и нервные расстройства. Широкая распространенность гипертонической болезни (ГБ) церебрально-сосудистой патологии, продолжающийся их рост, большая смертность, частая инвалидизация и всегда наблюдающееся снижение работоспособности, резкое «омоложение» этих заболеваний и частое осложнение нервно-психическими расстройствами, делают проблему их профилактики, ранней диагностики и терапии первоочередной как из социально-экономических, так и морально-этических соображений. В этом отношении результаты исследований кардиологов, невропатологов и других специалистов превышают достигнутое психиатрами, сексопатологами и клиническими психологами. Поэтому, все последние годы, учитывая возрастания роли социальных и психологических факторов в увеличении числа пограничных сосудистых, нервно-психических расстройств требуется и нами проводилось их ранняя диагностика еще на стадии наименее специфических изменений социально-детерминированного психического реагирования личности, проявляющихся в начале психической дезадаптации, а затем неспецифическими донозологическими нарушениями. С этих позиций выделены группы повышенного риска сосудистых и сердечных заболеваний, куда относятся, в первую очередь, студенты и школьники, изучались ее факторы риска и самые ранние проявления, а именно: вегето-сосудистые дистонии и пограничная артериальная гипертензия. В начале нами была доказана результативность популяционных, проспективных, мультидисциплинарных исследований с позиций функциональной диагностики, что позволило, исходя из концепции факторов риска, у 2500 студентов медицинского и технического ВУЗов в возрасте 18–23 лет провести сначала полное исследование, а студентов-медиков группы вмешательства провели первичное и вторичное профилактическое воздействие на факторы риска вегето-сосудистой дистонии, пограничной артериальной гипертензии и гипертонической болезни. Выявлена: зависимость частоты жалоб, психических изменений и расстройств от уровня социально-психологической адаптации, частоты ФР ГБ, которая определяется уровнем психического здоровья, уровнем конфликтности, особенностями личности, признаками НПНМК, конкретными социально-психологическими условиями вуза, факультета, курса, периода обучения, возраста, пола. Динамика психологических и психических изменений и расстройств позволило нам оценить не

только уровень социально-психологической адаптации, психического здоровья и его резервы, но и прогнозировать вероятность формирования в ВСД И ПАГ, а также проводить их раннюю диагностику и определять конкретные психогигиенические, психопрофилактические меры, их первичные и вторичные профилактики. Установлена зависимость частоты и глубины психологических и психических изменений и расстройств от уровня и длительности изменения артериального давления, а значит от формирования вегетососудистой дистонии и пограничной артериальной гипертензии. Кратковременное улучшение психофизиологических показателей в диспансерной группе с пограничной артериальной гипертензией обусловлено гиперкомпенсаторной фазой психомобилизационного синдрома, перенапряжение и срыв адаптационных механизмов приводит к усилению психических и сосудистых расстройств, что клинически очень важно учитывать при ранней диагностике и первичной профилактики сосудистых и сердечных заболеваний и сопровождающих их психологических изменений и психических расстройств.

*Гаврилюк А.*

*Національний юридичний університет ім. Ярослава Мудрого*

## **ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ЗАХИЩЕНОСТІ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ В УКРАЇНІ КОНСТИТУЦІЙНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ (СТ.46, 49 КОНСТИТУЦІЇ УКРАЇНИ): ДО ПОСТАНОВКИ ПРОБЛЕМИ**

Інвалідність – це проблема не однієї людини, а всього суспільства в цілому. Саме тому її рішення є одним із пріоритетних напрямків соціальної політики.

У наш час в Україні стоїть гостре питання, пов'язане з проблемами дітей-інвалідів, ця проблема стосується майже усіх сторін нашого суспільства. Діти-інваліди – частина людського потенціалу світу і країни. Провівши невеликі спостереження на вулиці, у громадському транспорті, в магазинах, протягом усього одного тижня, можна спостерігати жахливу картину. Багато людей, які бачать дитину-інваліда, дивляться на неї з огидою або зі страхом в очах. Звідки ж стільки зневаги? Адже ці діти нічим не гірші, просто вони особливі.

Дослідженням окремих аспектів правового положення дитини з обмеженими можливостями в Україні займалися такі вчені як В. С. Андреев, Г. В. Ананьев, С. І. Бандур, І. К. Бондар, Б. М. Генкин, К. Н. Гусов, Т. Д. Добровольська, А. В. Осадчих, С. П. Пешков, питання соціального захисту та соціальних допомог і право на них, зазвичай, не ставали предметом дослідження теоретиків права .

С. Корниенко, представник управління по роботі з інвалідами Державної служби з питань інвалідів та ветеранів України вважає, що інтеграція в суспільство осіб з обмеженими можливостями, їх соціальний захист є одним з пріоритетних напрямів політики кожної розвиненої країни світу як у соціа-

льній, так і в освітній сфері, оскільки рівень соціального захисту інвалідів та дітей-інвалідів, створення рівних умов для отримання ними освіти та професійної підготовки, толерантність та відкритість суспільства до інвалідів відображають рівень культури та духовного розвитку суспільства.

У Європі інваліди – це «люди з підвищеними потребами», а в пострадянських державах - це "люди з обмеженими можливостями». Ось і весь менталітет... У 1992 році Генеральна Асамблея ООН, в статуті якого зазначено, що кожна людина має право на задоволення різнобічних соціальних потреб у пізнанні, спілкуванні і творчості, оголосила 3 грудня Міжнародним днем інвалідів з метою залучення уваги до проблем інвалідів, захисту їх гідності, прав і благополуччя, і переваг, які отримує суспільство у зв'язку з участю інвалідів у політичному, соціальному, економічному і культурному житті. У Конвенції ООН про права інвалідів закріплено принцип поваги до особливостей інвалідів і головне – сприйняття їх як частини людства.

Важливо, щоб урядові та неурядові організації, приватні компанії звертали увагу на заохочувальні та новаторські заходи для подальшого застосування міжнародних норм і стандартів щодо інвалідів. Школи, університети та інші навчальні заклади повинні створити належні умови для їх навчання.

Засоби масової інформації теж можуть зробити особливо цінний внесок у справу підтримки інвалідів не тільки в Міжнародний день інвалідів, а й протягом усього року поширювати інформацію про інвалідність, недоліках медичних послуг, недосконалої освіти тощо. Чи розуміє суспільство, що головне для людини з інвалідністю – мати можливості реалізувати право на життя, на освіту, на працевлаштування та на самореалізацію, тобто вільно розвивати свою особистість, що закріплено Конституцією України у ст. 21, 23, 27, 28, 46, 49.

Ми повинні зробити наше громадянське суспільство цивілізованим, в якому інвалідність не буде клеймом з глибокою соціальною ізоляцією і дистанцією.

За останні роки нормативно-правова база з питань соціального захисту інвалідів була значно розширена. Були внесені суттєві зміни та доповнення в діюче законодавство. Основним законом у цій сфері є Закон «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні». У законі зазначається, що інваліди в Україні володіють усією повнотою соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод, закріплених Конституцією України та іншими законодавчими актами. Однак усі ці заходи виявилися лише на папері. На даний час суспільство ще не готово прийняти людей з обмеженими можливостями, як повноправних своїх членів. Люди з обмеженими можливостями повинні вимагати повних прав участі у владі! Входити в неї не з дозволу «добраго Дядька», а на рівних правах з іншими громадянами нашої країни. Вимагати, а не просити! - рівних можливостей займати місця в органах виконавчої влади всіх рівнів. Для цього необхідно повноцінно включатися в політичну боротьбу, інакше вони так і залишаться на задвірках суспільного життя.

Влада, громадянське суспільство, бізнес і політичні партії повинні зрозуміти і визнати, що багато хто з нинішніх лідерів і керівників громадського руху інвалідів за ці роки відбулися як експерти високого рівня, і їх професіоналізм затребуваний на різних рівнях влади. Відношення суспільства до дітей-інвалідів і є індикатором його моральності та культури, відтягуючи рішення проблеми інвалідів, ми віддаляємо створення цивілізованого громадянського суспільства і держави.

*Гайворонская В.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **АУТИЗМ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА**

В настоящее время все чаще заявляет о себе такое явление как аутизация общества. Всемирная организация здравоохранения констатирует, что природа заболевания не определена (этиология и патогенез возникают только тогда, когда заболевание изучено), а Генеральная ассамблея ООН, подчеркивая тревожность ситуации, объявила 2 апреля Днем распространения информации о проблеме аутизма. Современные люди склонны отгораживаться от социума, уходить в себя, в некоторые стереотипные действия, которые защищают их от внешнего мира. В каком-то смысле, аутизм – это отражение нынешнего состояния человечества, и чтобы приблизиться к пониманию аутичных людей и причин неоднозначного отношения общества к ним, нужно разобраться в этой проблеме.

Аутизм – это тяжелое нарушение психологического развития, влияющее на коммуникацию и социальное взаимодействие, а также на восприятие и понимание окружающего мира. Поведение детей с аутизмом проявляется в жесткой стереотипности (многократные повторения элементарных движений, потряхивания руками, подпрыгивания и др.) и деструктивности (агрессия, крики, самоповреждения и др.). Заболевание у детей проявляется отгороженностью от окружающей среды, погруженностью в свой собственный мир. Этот синдром отражает особую форму психологической защиты от внешнего мира – защиты патологической, наносящей ущерб личности за счет приостановки или искажения психологического развития. Один из крупнейших специалистов по изучению аутизма Л. Каннер отмечал, что у таких детей, даже когда они подрастают, нет эмоциональности.

Вся трагедия состоит в том, что аутизм нельзя вылечить. Проще говоря – от аутизма нет таблеток. Помочь ребенку с аутизмом может лишь ранняя диагностика и квалифицированное психолого-педагогическое сопровождение и коррекция. Цель коррекции – адаптация и социализация человека, возможность полноценно вписаться в окружающий мир. Ребенка-аутиста необходимо максимально рано включать в здоровую социальную среду. Пребывание в коллективе позволяет идентифицировать себя как личность и часть социума. Социальная адаптация – самый важный и сложный период для таких детей, главной задачей которого является раскрытие потенциаль-

ных возможностей аутичного ребенка. Его необходимо направлять в нужное русло, где он сможет реализовать себя. Аутисты могут становиться полноценными членами общества, развиваясь в профессиональной сфере благодаря своим особенностям: хорошей памяти, вниманию к деталям, навязчивой сосредоточенности на своих интересах.

По данным ведущих мировых организаций, занимающихся вопросами аутизма, количество людей с таким расстройством составляет 1 % от всего населения планеты. Отсутствие системы диагностирования не позволяет вести адекватную статистику детей с аутизмом. Минздрав Украины классифицирует аутизм как редкое заболевание и в статистике учитывает только тех, кто обратился за помощью. В результате, зарегистрированных аутистов на данный момент в Украине немногим более 3 200 человек. Реальные же цифры будут намного выше, однако продемонстрировать их сложно.

Главная проблема, волнующая семьи с аутичными детьми, – острая нехватка профильных специалистов, отсутствие отлаженной системы медицинской, психолого-педагогической и социальной помощи детям с аутизмом. Причина – отсутствие реальной статистики и приуменьшение значимости проблемы аутизма в Украине. Врачей практически не учат работать с аутичными детьми и не знакомят даже с классическими признаками расстройства. Второй проблемой является сложность своевременного установления диагноза и начала коррекционной работы, вследствие чего драгоценное время для эффективной адаптации упускается. А ведь зарубежный опыт свидетельствует о том, диагностика в возрасте до двух лет и начатое лечение даст ребенку больше шансов на развитие и дальнейшую социальную адаптацию. Также в Украине отсутствуют необходимые условия для образования детей с аутизмом в дошкольных и школьных учреждениях, не хватает доступных методик коррекционной работы, и как следствие, учебные заведения не хотят и не могут принимать детей-аутистов. Но если ребенок будет ходить в коррекционную школу, то сможет освоить навыки чтения, письма, и, благодаря этим занятиям, развиваться и социально адаптироваться. Однако общество просто не готово налаживать контакты с такими людьми.

Очевидно, что аутизм – это вызов всему человечеству. Вызов, заставляющий нас вернуться к нравственно-гуманистическим основам понимания всех людей и взглянуть на современный мир по-другому. Аутист напоминает о том, что человек, лишенный позиции в мире, является беспомощным грезящим существом. Чтобы выжить, это существо вынуждено самоограничиваться в своих грезах и влечениях, создавая свой социум. Многие обычные люди также испытывают трудности в общении, что является причиной многих социальных страхов и психологических проблем. Обратив внимание на проблемы аутизма и социальной аутизации в общем, можно помочь как аутистам, так и многим другим людям стать полноценными членами общества и найти свое место в жизни.

## **«ПЛОХАЯ» МУЖСКАЯ ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТЬ**

*«Я предпочел бы быть черным, нежели геем,  
потому что черный мальчик не должен  
рассказывать об этом своей маме» /Чарльз Пирс/*

В последнее время в публичном пространстве можно встретить немало сообщений и даже признаний знаменитых мужчин, сенсационно заявляющих о своей гомосексуальности, что вызывает большое количество обсуждений и, как правило, осуждений. Именно мужскую нетрадиционную сексуальность общество воспринимает особенно болезненно: для мужчины заявить, что он гей, это фактически подписать себе приговор и быть как минимум изгоем, а как максимум – пострадать физически. В высказывании, вынесенном в эпиграф, философ Чарльз Пирс образно показал социальное негодование по поводу мужчин-гомосексуалов. Но если есть «плохая» (мужская) гомосексуальность, то, вероятно, есть и какая-то «хорошая», и эта роль выпала на долю женщин. Если говорить о лесбийской любви, само понятие связывают с названием острова Лесбос, где родилась древнегреческая поэтесса Сапфо, в чьих работах отражены образы любви между женщинами. Как раз женская гомосексуальность почему-то не воспринимается настолько же критически, как мужская, иногда её и вовсе не замечают, будто бы ее не существует. В данном тексте мы попробуем ответить на вопрос: «Почему мужская гомосексуальность воспринимается обществом негативно и болезненно, а женская – более лояльно?».

Как известно, культура, формируя ребенка, «подгоняет» его под стандарты маскулинности и феминности в зависимости от его пола. В детстве эти два образа четко сегрегированы по отношению друг к другу: один – сильный, смелый, скупой на чувства (мужской), а другой – наоборот – слабый, нежный, чувственный (женский). Соответствовать первому образцу, это значит носить одежду темных тонов (если мальчик придёт в школу в розовой футболке, то несомненно будет публично высмеян), играть в машинки, воображать себя воином и соревноваться в различных физических испытаниях с другими мальчиками («девочек бить нельзя»). Второй образец предполагает, например, заботу / послушание в игре «Дочки-матери», нежные тона в одежде, романтику. Сами по себе эти стандартные мужские и женские образы для большинства являются непоколебимыми. В то же время, взаимоотношения внутри пары геев или пары лесбиянок предполагают проявление тех или иных нежных чувств друг к другу, заботы. Когда подобные чувства выплескиваются в публичное пространство, то в случае с парнями происходит разрушение социально выстроенного идеального образа, а в случае с девушками наблюдается чрезмерное ему соответствие. Например, представьте себе двух девушек заботливо плетущих друг другу венки из цветов летним днём. А теперь поменяйте в образе девушек на парней – из «в принципе нормативного» поведение сразу же перейдет в разряд «социально

неприемлемого». Выходит, что основной причиной суровой критики мужской гомосексуальности является патриархатное устройство нашей культуры, где всеобщее главенство отдается именно мужчине, но только «правильному мужчине». Гомосексуал же в глаза общества проигрывает в «истинно мужских» качествах, а потому теряет свою лидирующую позицию в патриархатной структуре, и значит должен быть подвергнут порицанию, осуждению.

Ещё одной причиной крайне негативного восприятия мужчин-гомосексуалов, вероятно, является то, что если лесбиянку общество готово оправдать отсутствием «подходящих» партнеров-мужчин («пока не встретила своего принца»), но они, конечно же, ещё возможны в её жизни, то гея воспримут, скорее, как того, кто окончательно потерял, «исчерпал свой лимит вариантов» настолько, что уже ни одна женщина «не способна его вернуть».

Таким образом, можно прийти к выводу о том, что мужская гомосексуальность подвергается жесткой критике из-за её несоответствия выстроенным в культуре образцам «настоящего мужчины». С таким несоответствием система не готова мириться, поскольку разрушается выстроенная тысячелетиями система мужского доминирования.

**Глянцев П.**

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ДУХОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА**

*Врач, знающий только медицину, – плохой медик. Ему надо еще быть мудрым: много знать и уметь справедливо судить обо всем на свете.*

*Гиппократ*

Деятельность врача направлена на сохранение жизни и здоровья человека с момента его зачатия и до последнего его часа. Врач обязан на протяжении всей своей деятельности развивать в себе духовные качества, которые будут отличать его от остальных людей. Без этих качеств, врач не сможет стать профессионалом. Врач любой специальности должен развивать в себе такие качества, как гуманное отношение к человеку, уважение личности больного, сочувствие и сострадание, понимание больного, а также доброжелательность, милосердие, терпеливость, порядочность и справедливость. Врач должен слушать своего главного судью – свою совесть.

Будущий врач должен научиться исполнять свои обязанности с уважением к личности пациента, на основе Клятвы Гиппократа и врача Украины, а также на морально-этических принципах общества. Он должен помнить, что несет ответственность за каждое принятое им решение, так как они будут влиять на жизнь и здоровье пациентов. Врач обязан систематически совершенствовать свой профессиональный уровень, используя в своей деятельности наиболее эффективные достижения медицины. Своим личным примером врач обязан служить как пациентам, так и своим коллегам. Важным является учет интересов больного, соблюдение принципов врачебной этики и морали. Своими действиями врач должен достигать максимальной пользы для жизни и здоровья пациента, и его социальной защиты.

Свои духовные принципы врач должен соизмерять с принципами «Не навреди» и «Принеси наибольшую пользу». Вот почему в своей практической деятельности врач должен производить анализ допущенных ошибок, а также обсуждать их с коллегами для предупреждения подобных случаев. Перед медиками часто возникают морально-этические проблемы, такие как контрацепция, аборты, экстракорпоральное оплодотворение, вакцинация, переливание крови, клонирование, исследования генома человека и ряд других проблем, которые заставляют врача постоянно обращаться к основам формирования духовности и нравственности. Личность врача – эталон высокой образованности, образец чести и достоинства, предельной совестливости, нравственной общечеловеческой ответственности и, конечно же, глубочайшей мудрости. Поэтому врач должен соответствовать моральным нормам общества, иметь глубокий внутренний мир и надлежащий внешний вид, положительно влияющий на пациента.

Большое значение в достижении высокого профессионализма имеет трудолюбие, жажда совершенствования, осуществление поставленных целей. Врач обязан постоянно повышать свою квалификацию, быть информированным в новейших достижениях медицинской науки, активно участвовать в работе научных форумов. Только уважающий себя врач сможет добиться уважения со стороны пациентов и коллег. А этот фактор существенно влияет на качество лечения, поскольку пациенты всегда следуют советам и указаниям уважаемых докторов.

Главным результирующим свойством личности врача, ее духовным стержнем всегда было и остается мировоззрение. Оно являет собой привилегию личности, поднимающейся до самого высокого уровня гуманитарности. Именно в гуманитарном самосознании медика, его социально-нравственной позиции, в качестве важнейшего компонента проявляется направленность его мировоззрения на осмысление своей особой гражданской ответственности. Считается, что поведение врача и все мировоззренческие ориентации обусловлены его духовным миром. Поэтому медик как бы возвышается над своей собственной нравственной основой. Существенное влияние на духовное становление и совершенствование будущего медика оказывают университет и социум, которые призваны вырабатывать потребность ставить интересы других людей выше своих собственных.

Таким образом, формируя свои духовные принципы, каждый врач всегда должен самосовершенствоваться через упорный труд над собой.

## **ВАЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЕРМИНА «ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА» В УКРАИНЕ**

**Актуальность:** несмотря на то, что термин «врачебная ошибка» появился в начале XIX ст., в настоящее время он имеет множество неточностей, и не содержится ни в одном из документов, регламентирующих здравоохранение Украины. Это делает невозможным проведение объективного статистического анализа врачебных ошибок.

**Цель:** провести анализ понятия «врачебная ошибка» (ВО), сформулировав более точный термин.

**Материалы и методы:** на основании Уголовного Кодекса Украины (УКУ), Конституции Украины (КУ), а также изучения мировой статистики мы провели анализ данного термина и частоту встречаемости данного явления в медицинской практике.

**Результаты:** согласно мировой статистике термин «ВО» – понятие глобальное. Например, в США от ВО умирает 50–100 тысяч человек в год, в Великобритании – 70 тысяч, во Франции – 18 тысяч; в Германии количество потерпевших достигает 100 тысяч, а в Италии – 90 тысяч в год.

На сегодняшний день в Украине статистика ВО не ведется, однако ее можно вычислить по другим показателям, которые есть в общественном доступе. Известно, что из-за осложнений в процессе лечения умирают около 3 тысяч человек в год и около 7 тысяч случаев теряют трудоспособность. Процент расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов – один из показателей уровня квалификации клиницистов. Даже в клинике с высоким уровнем квалификации врачей расхождения могут составлять до 12–18 %. В Украине расхождение между прижизненным и посмертным диагнозом составляет 10–15 %. Еще более мрачную картину дают социальные опросы: они показывают, что 40–50 % пациентов в той или иной мере сталкивались с ВО. В свою очередь ошибки подразделяются на деонтологические, диагностические и лечебные. Наиболее часто встречаются: ошибки в постановке диагноза (43 %); неправильное лечение при верном диагнозе (28 %); ошибки выполнения процедур и манипуляций (22 %); административные ошибки (4 %); лабораторные ошибки (2 %). Причины ошибок могут быть объективными – ошибки, вследствие несоблюдения деонтологических принципов, а также субъективными – преувеличение значимости данных лабораторных и инструментальных исследований, их неправильной трактовкой, особенностями психического состояния медработника. ВО, независимо от тяжести последствий, не подлежит юридическому наказанию, поэтому следует особенно тщательно проводить анализ между, собственно ВО и врачебным преступлением, для чего необходимо ознакомиться с некоторыми статьями УКУ. Согласно Ст. 11 УКУ: «Преступлением является общественно опасное виновное деяние (действие или бездействие), совершенное субъек-

ектом преступления.» Важной особенностью преступления является вина – совершение преступления винно-намеренно или по неосторожности. Согласно Ст. 23 УКУ: «Виной является психическое отношение лица к совершению действию или бездействию, выраженное в форме умысла или неосторожности». Согласно Ст. 24 УКУ, есть разделение умысла на прямой и косвенный. Поскольку, как в случае прямого, так и косвенного умысла, идёт речь об осознании лицом общественно опасного характера своего деяния (чего не наблюдается при ВО), следует уделить внимание преступлению, совершённом по неосторожности. Согласно Ст. 25 УКУ, неосторожность подразделяется на преступную самоуверенность и преступную небрежность. Часть (Ч) 2 Ст. 25 УКУ говорит о том, что неосторожность является преступной самоуверенностью, если лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своего деяния, но легкомысленно рассчитывало их предотвращение. Именно в этом аспекте ВО отличается от халатности или небрежности. Опираясь на Ст. 367 УКУ, можно утверждать, что халатность (небрежность) – невыполнение или ненадлежащее выполнение служебным лицом своих обязанностей через недобросовестное отношение к ним. Согласно Ч. 3 Ст. 25 УКУ, неосторожность является преступной небрежностью, если лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своего деяния, хотя должно было и могло их предвидеть. В медицинской практике чаще всего встречается халатность в виде бездействия – неоказание помощи больному медицинским работником (Ст. 139 УКУ), Ст. 135 УКУ – оставление в опасности, Ст. 140 УКУ – ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником. Определить, что именно послужило причиной действия (или бездействия) довольно сложно: невежество в виде банальной недостаточности знаний и нежелания учиться, узкая специальность врача или же несовершенство технического обеспечения на сегодняшний день. Очевидно, что случаи ВО сегодня, уже через несколько лет могут быть расценены как невежество. Поэтому вопрос о своевременном повышении квалификации врача стоит особенно.

*Выводы:* В ходе исследования мы выяснили, что ВО – это: действие или бездействие медицинского работника совершенное по неосторожности; если лицо не могло предвидеть возможности наступления общественно опасных последствий своего деяния, но не вследствие недостаточности знаний, а вследствие: узкой специальности, недостаточности технического обеспечения и уровня развития медицины на сегодняшний день. Лишь введение клинических протоколов и стандартов лечения и усиление правовой базы, позволит объективно оценить статистику ВО в Украине.

#### *Литература*

1. Конституция Украины: Принятая на V сессии Верховного Совета Украины 28 июня 1996 г. // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.

2. Уголовный кодекс Украины. Закон Украины от 5 апреля 2001 года № 2341-III // Відомості Верховної Ради України. – 2001

3. Бобров О.Е. Врачебная ошибка или профессиональное невежество? Мифы, иллюзии, реальность/ О.Е. Бобров // Лекарь. – 2008. – С. 1–2, 6–12.

*Гончаренко Анна*

*Харківський національний медичний університет*

## **ОСОБЛИВОСТІ ЦІННІСНОЇ ОРІЄНТАЦІЇ ЛЮДИНИ В ЕПОХУ СПОЖИВАННЯ**

У 1920–1930-ті роки ХХ століття у багатьох розвинених країнах Європи та Північної Америки виникають передумови до формування суспільства споживання (англ. Consumer society). Друга світова війна пригальмувала цей процес. У повоєнний період, бурхливий техніко-економічний розвиток капіталістичних країн супроводжувався значними соціальними змінами, в результаті яких і сформувалося суспільство споживання із відповідною системою цінностей і установок [1].

Це істотно вплинуло на зміст соціологічних досліджень. З'явилася значна кількість робіт, автори яких пропонували різноманітні шляхи гуманізації людської діяльності. У 1970 році вийшла друком книга відомого французького соціолога і філософа Жана Бодрийяра (1929-2007) «Суспільство споживання» [2]. В ній автор обстоює думку, що суспільство споживання – це суспільство самообману, в якому неможливі справжні почуття і культура.

Серед основних рис суспільства споживання називають такі: споживання перевищує фізично необхідні норми людини; у торгівлі і сфері обслуговування більшої ваги набувають торгівельні центри та супермаркети, а шопінг стає популярною формою дозвілля і самоціллю; система кредитування перетворюється на форму соціального контролю; істотно змінюється структура вартості товарів та послуг (за «бренди відомих фірм» люди платять додатково); шаленими темпами змінюється мода, а людина, яка «відстає від моди» відчуває себе бідною; освіта стає платною ринковою послугою, якою користуються в масових масштабах; фізкультура і спорт комерціалізуються, перетворюючись на видовище і ринкову послугу; відбувається стандартизація зовнішнього вигляду, що спричиняє формування і розвиток «індустрії краси».

При всіх зовнішніх атрибутах «процвітання й успіху», людина втрачає важливі стимули для духовного розвитку. Саме тому, екзистенційна філософія, гуманістична психологія християнська психологія, поєднання вестернізованих та східних духовних практик, поява груп особистісного розвитку – все це стало результатом пошуку відповідей на виклики епохи.

Моральні цінності суспільства споживання заперечують необхідність всебічного розумового і духовного розвитку людини. Це спричиняє занепад культури, спрощує маніпулювання масовою свідомістю, оскільки в таких умовах людьми легше керувати.

Суспільство споживання робить людину залежною, несамостійною. Основною метою індивіда стає споживання, а робота, навчання, підвищення кваліфікації – лише побічний ефект цього процесу. Суспільство споживання знижує рівень відповідальності окремої людини за забруднення довкілля. Виробники мають дбати про «чистоту виробництва», а споживач «ніби» і не бере участі у цьому.

Отже, аналізуючи процеси, які супроводжують розвиток суспільства споживання можна взяти до уваги деякі позитивні моменти. Споживання сприяє виникненню відповідального уряду, який би підтримував довгострокову стабільність, необхідну суспільству; виробники у суспільстві споживання зацікавлені у вдосконаленні і пропозиції нових товарів і послуг; високі споживчі стандарти стимулюють до заробляння більшої кількості грошей (а для цього необхідне підвищення кваліфікації), споживання сприяє зниженню соціальної нестабільності; споживчі мотиви дещо пом'якшують національні і релігійні забобони, а людина менш схильється до ризику.

Особистість проявляє себе через сукупність соціальних ролей і статусів, які вона відіграє або посідає у соціальних спільнотах та інститутах. Статус людини епохи споживання є специфічним показником її локації у суспільстві, що визначає можливість доступу до освіти, багатства, влади, та ін., а роль є очікуваною поведінковою реакцією, обумовленою статусом. Докладно ці проблеми вивчав І. Гофман [3, 4]

Проте, духовний й емоційний розвиток особистості «відсувається» на другий план. А це у більшості соціологів та філософів викликає значне занепокоєння.

#### *Література*

1. Ильин В.И. Общество потребления как форма капиталистического развития // В.И. Ильин / Материалы III Всероссийского конгресса. – М.: Институт социологии РАН, Российское общество социологов, 2008.
2. В перекладі російською: Бодрийяр Ж. Общество потребления / Ж. Бодрийяр. – М.: Республика, 2006. – 179 с.
3. Гофман И. Представление себя другим в повседневной жизни / И. Гофман. – М.: Канон-пресс-ц, 2000. – 304 с.
4. Гофман И. Анализ фреймов. Эссе об организации повседневного опыта / И. Гофман. – М.: Институт социологии РАН, 2004. – 751 с.

***Гончаренко Л.О.***

*Харківський національний медичний університет*

## **РИЗИКИ ТА ЗАГРОЗИ ЗДОРОВ'Ю СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ: АКСІОЛОГІЧНИЙ ВИМІР**

*«Здоров'я – це ще не все, але без здоров'я все інше – ніщо».*

*Народна мудрість*

На межі тисячоліть взаємозв'язок та взаємозалежність всесвіту множилися в геометричній прогресії й здавалося, що людство вичерпує свої мож-

ливості щодо підкорення природи. Однак, людина завжди вражала своєю винахідливістю й знаходила нові можливості щодо перетворення світу. Але ж, чи можна вважати, що все, що створює людина як благо, є таким? Відповідь на це запитання переконливо дає стан екологічної сфери. Людство в пошуках блага створює його, переважно, за рахунок природи, руйнуючи її екобаланс і здоров'я людини. Цей руйнівний вплив має як планетарний, так і національний характер. Серед головних проблем планетарного характеру, що впливають на здоров'я населення, слід визначити такі:

1. НТР спровокувала небачене зростання промислового виробництва й технологій, що спричиняє, по-перше, кліматичні зміни й, по-друге, техногенні зміни, що тотально випереджають адаптаційні можливості людського організму. Органи людини «не витончилися від прогресу цивілізації, а, навпаки, ослабнули» (М. Шелер). Інтенсивний і тривалий вплив згубних факторів викликає перенапруга й зрив компенсаторно-приспосувальних механізмів. Людство піднялося над природою, але й відчуло реальну загрозу власному існуванню, що виходить від досягнутої могутності. Пішли в минуле ті часи, коли науку можна було вважати безумовним людським благом. Нині наука не тільки обдаровує людство плодами своїх відкриттів, але й викликає занепокоєння за своє майбутнє. Філософія, як комплексне дослідження всесвіту, орієнтує людство на діалог із природою, знаходячи тим самим людський вимір.

2. Стрімке зростання потреб людини, розвиток транспортних й інформаційних комунікацій кардинально змінили темп життя людини, ініціювали демографічну прогресію, урбанізацію й глобалізацію. Такі зміни привели до того, що проблема збереження здоров'я населення вийшла за межі медичної й стала гострою соціальною.

3. Глобальні політичні й економічні потрясіння ХХ–ХХІ століть залишають негативний відбиток на здоров'ї цілих народів і континентів, створюють демографічну й мутагенну небезпеку для здоров'я не тільки дійсних, але й майбутніх поколінь. Всі ці планетарні виклики створюють серйозні випробування для людства і його здоров'я.

Одним з показників соціальної зрілості суспільства й основи соціально-економічного розвитку країни виступає рівень стану здоров'я населення країни. У цей час в Україні погіршення стану здоров'я відбувається в умовах кризи, тотального руйнування системи соціального захисту населення, курсу на «страхову» і платну медицину на тлі різкого зубожіння більшої частини населення країни. Внаслідок знецінювання життя людини, населення втрачає мотивацію до необхідності збереження й зміцнення здоров'я. Це веде до невтримного росту числа вбивств і самогубств, а проблеми моральної деградації, зловживання алкоголем, наркотиками, тютюнопалінням взагалі придбали масштаби національної трагедії. Збільшення різниці в доходах на душу населення формує різні аксіологічні цілі суспільства стосовно збереження здоров'я населення. У якості домінуючих висувуються первинні (життєзабезпечуючі) матеріальні потреби людей, яких вони досягають переважно за рахунок експлуата-

ції власного здоров'я. Підсилюється тенденція до погіршення якісних і кількісних характеристик населення. Показово, що зниження якості людських ресурсів пов'язане з різким погіршенням фізичного, психічного й соціального благополуччя як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях.

Внаслідок знецінювання, що відбувається в країні, вищої цінності – життя людини, населення втрачає мотивацію до необхідності збереження й зміцнення здоров'я. Це веде до невтримного росту числа вбивств і самогубств, а проблеми моральної деградації, зловживання алкоголем, наркотиками, палінням взагалі придбали масштаби національної трагедії. Намітилася стійка тенденція деградації й дегенерації населення. Але саме завдяки здоровому способу життя можна на 50–70 % покращити здоров'я населення та подовжити тривалість життя.

Активне використання можливостей здоров'я людини залежить від правильного вибору пріоритетів: сприйняття здоров'я як мети веде до експлуатації здоров'я в ім'я будь-яких цілей, а сприйняття здоров'я як засобу припускає дбайливе відношення до здоров'я й досягнення благополуччя. Такий погляд спонукає людину ставитися до власного здоров'я з аксіологічних позицій: «здоров'я – це не те, коли лікуєшся й видужуєш, а коли не занеджуєш». Але ж, як наголошував академік М. Амосов, про своє здоров'я в нашій країні піклуються всього лише 1–2 % людей.

Збільшення різниці в доходах на душу населення порівняно з країнами постіндустріального світу формує різні цілі суспільства стосовно збереження здоров'я населення. Країни з високим рівнем доходу на душу населення йдуть по шляху загальної екологізації: поліпшення стану середовища перебування, збереження здоров'я й збільшення тривалості життя. У країнах з низьким рівнем доходів, до яких належить й Україна, здоров'я й екологія не посідають пріоритетного місця в системі цінностей як суспільства, так й окремих індивідів. У якості домінуючих висуваються первинні (життєзабезпечуючі) матеріальні потреби населення, яких вони досягають, переважно, за рахунок експлуатації власного здоров'я. Як тут не згадати народну мудрість: «Бідні готові віддати останнє здоров'я заради грошей, багатії – останні гроші заради здоров'я».

Здоров'я людини як багатоаспектне поняття міждисциплінарного характеру віддзеркалює одну із принципівих характеристик людського існування. Здоров'я належить до вищих цінностей поряд із життям та свободою, а тому ця тема універсальна та її аксіологічна актуальність не може бути вичерпана. Без філософської та аксіологічної інтерпретації поняття «здоров'я» неможливе адекватне розуміння як ціннісних орієнтацій медицини, яка повинна забезпечувати людей власним служінням, максимально комфортно можливими й прийнятними формами життя людини, так і ціннісних орієнтацій самих людей.

## **ТЕХНІЧНІ НОРМИ В КОНТЕКСТІ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ЗАКОНОДАВСТВА В УКРАЇНІ В ХХ СТОЛІТТІ**

Забезпечувати безпеку людей, охорону навколишнього середовища та праці і тим самим зводити до мінімуму наслідки технічних катастроф як в різних сферах промисловості, так і в повсякденному житті було головною задачею держави. У зв'язку з цим вивчення технічних норм та співвідношення цих норм з правовими нормами, а також їх вплив на санітарно-епідеміологічне законодавство.

Технічні норми втілені у правову форму не втрачають свого технічного змісту, а навпаки набувають нових якісних ознак правової норми та стають техніко-юридичними нормами. Аналізуючи зміст санітарно-епідеміологічних нормативних актів, можна звернути увагу на їх насиченість техніко-юридичними нормами, що надають санітарній справі особливого характеру. В той же час, їм притаманна особлива цінність, яка полягає в тому, що вони завдяки наданню загальнообов'язкового або рекомендаційного характеру технічним нормам, направленні на задоволення визнаних та охоронюваних державою потреб (збереження життя та здоров'я) населення.

Всі вони законодавцем закріплені у збірниках документів з санітарно-епідеміологічної справи, а саме Лікарсько-санітарне законодавство в Росії під редакцією М. Г. Фрейберга, Збірник найважливіших офіційних матеріалів по організації охорони здоров'я 1940 р., Збірник найважливіших офіційних і довідкових матеріалів по санітарним та протиепідеміологічним питанням 1941 р., Збірник найважливіших офіційних матеріалів по санітарним та протиепідеміологічним питанням 1949 р., Збірник найважливіших офіційних матеріалів по санітарним та протиепідеміологічним питанням 1955 р., Збірник найважливіших офіційних матеріалів з питань гігієни праці та промислової санітарії 1966 р., Збірник найважливіших офіційних матеріалів по санітарним та протиепідеміологічним питанням 1991 р., Збірник важливих офіційних матеріалів з санітарних і протиепідемічних питань 1996 р.

Технічні норми ілюструються у санітарних правилах і нормах, методичних рекомендаціях та стандартах. Це наприклад, «Санітарні правила для підприємств громадського харчування» 1934 р.; «Санітарні правила про порядок спуску підприємствами та установами стічних вод у відкриті водоймища» від 17 травня 1937 р., в розвиток їх того ж року було видано Технічну інструкцію «Про порядок спуску підприємствами та установами стічних вод в загальну каналізацію»; «Санітарні правила для складів збереження зерна та продукту його переробки (муки, крупи)» 1938 р.; 25 березня 1939 р. «Санітарні правила і норми будівельного проектування промислових підприємств»; «Санітарні правила отримання молока та догляду за молоком на молочних фермах, радгоспах та на молокоотримуючих пунктів» від 19 серпня

1939 р. «Інструкція по виготовленню обов'язкових запобіжних щеплень проти дифтерії» 3 листопада 1940 р.; «Санітарні правила по охороні повітряних кордонів СРСР» від 5 травня 1945 р.; Інструкція «Про роботу державної санітарної інспекції по очистці населених міст» 1947 р.; «Санітарно-гігієнічні норми допустимого рівня іонізації повітря промислових та громадських приміщень» від 12 лютого 1980 р.; «Санітарні правила для підприємств чорної металургії» 20 червня 1982 р. № 2527 – 82.; «Санітарні правила проектування, будівництва и експлуатації водохранилищ», «Санитарные правила для підприємств вугільної промисловості»; «Основні санітарні правила роботи з радіактивними речовинами та інших джерел іонізуючого випромінювання ОСП-72/87»; «Норми радіаційної безпеки НРБ-76/87»; «Санітарні правила при роботі з ртутю, її сполуками й приладами з ртутним заповненням»; «Санітарні правила при виробництві синтетичних миючих засобів» від 28 листопада 1990 р.

Державні стандарти, наприклад, (ГОСТ 2086 – 49) «Підприємства загального харчування», «будівництво, проектування промислових підприємств» Загальносоюзний стандарт (ЗСТ № 9014-39), «Вимоги до товарного молока» (ОСТ 316), «Вода питна» (ГОСТ 2874 – 45) та ін. Ці документи стали основою системи нормативно-технічної документації.

Отже, у досліджуваній період санітарно-епідеміологічна справа регулювалася законодавством, в якому значна кількість нормативно-правових актів містила в собі технічні норми, що в значній мірі підкреслювало особливість санітарно-епідеміологічного законодавства.

*Григорова І.А., Григоров С.Н., Тихонова Л.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ-ВРАЧЕЙ И МЕРЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ**

Профессии педагога и врача всегда имели особое значение для общества, а представители этих профессий во все времена были высокоуважаемыми людьми; их ценили как их ученики, так и пациенты. Особенный интерес для рассмотрения в контексте исключительности названных профессий имеет врач-педагог, который совмещает в себе роль, значение и ответственность и педагога, и врача. Медицина, и педагогика в значительной степени творческие профессии, требующие от профессионалов высокого уровня владения искусством своей специальности, как в практической, так и в теоретической части. При этом, на специалиста, осваивающего одновременно обе эти специальности, ложится двойная нагрузка, а равно и двойная ответственность за результаты своей деятельности.

Труд врача-педагога сложен и тернист. Он не бывает свободен от своей работы, а пребывает в непрерывном творческом и научном поиске. Болезнь можно, в некотором смысле сравнить с невежеством, а невежество с болезнью.

Следовательно, для достижения наивысшего практического результата своей деятельности, врач-педагог должен исцелять и просвещать одновременно.

Современный темп жизни требует знания иностранных языков, участия в международных конференциях, овладения новыми диагностическими методиками, овладение новыми педагогическими формами работы, что предполагает создание тестовых контрольно-обучающих программ, написание учебников и методических разработок, создание материалов для увлекательного чтения лекций и практических занятий у постели больного с разбором интересных, включенных в программу обучения, клинических случаев.

Сотрудники кафедр неврологии № 1, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии придерживаются принципа «лучше один раз увидеть», хотя для хирурга требуется еще и обучение мануальным навыкам. Как все успеть и сделать все «на отлично»? Выход один – ускорять темп жизни. Это, конечно, не может не оказывать пагубного влияния на быт и здоровье врача-преподавателя, постепенно приводя его к синдрому «профессионального выгорания». Синдром характеризуется отношением врача к себе, как к личности и к своей профессиональной деятельности и сопровождается чувством эмоциональной опустошенности или иными нарушениями в психоэмоциональной сфере, ощущением усталости, вызванным собственной работой, безразличным, порой циничным отношением к пациентам, осознанием некомпетентности и неуспеха в своей профессиональной деятельности. Комплексом средств профилактики данного пагубного явления могут выступать регулярные прогулки на природе, частые «переключения» форм деятельности, успокаивающее общение с родными и близкими, поддержание хорошей физической формы, приобретение «хобби», установка на оптимизм и наличие «резерва желаний».

*Грищенко Д.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННЫХ БИОТЕХНОЛОГИЙ**

*Ничто так не отвлекает ученых,  
как преждевременное открытие.*

*(Жан Ростан, французский биолог и писатель, XX в.)*

Каждый день – новое открытие. И с каждым днем вносить новшества все сложнее... Нынешнее время человечества – это время огромного количества открытий и теоретических знаний, среди которых весомое место принадлежит биотехнологиям. Способен ли мир в XXI веке решать глобальные проблемы здравоохранения посредством биотехнологий?

Под биотехнологиями следует понимать широкий круг различных научных дисциплин, благодаря которым стало возможным осуществление сложнейших манипуляций с организмом человека. Любая медицинская манипуляция затрагивает этические проблемы, будь то эксперименты над эм-

бриональным развитием человека, операция по смене пола или использование ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение).

Проблема биотехнологий как части проблем научных технологий, коренится в ориентации человека на преобразование мира, покорение природы, начавшееся в эпоху Нового времени, и метко сформулировано в афоризме Ф. Бэкона «Знание – сила». С одной стороны, биотехнологии, стремительно развивающиеся в последние десятилетия, якобы приближают человека к реализации давней мечты о преодолении болезней, устранению физических проблем, достижению земного бессмертия посредством человеческого опыта. Однако, с другой стороны, они порождают совершенно новые и неожиданные проблемы, которые не сводятся только к последствиям долговременного употребления генетически изменённых продуктов, ухудшению человеческого генофонда в связи с появлением на свет массы людей, рождённых лишь благодаря вмешательству врачей и новейших технологий. Гуманистическая бесконтрольность в перспективе может породить проблемы трансформации социальных структур, воскресить призрак «медицинского фашизма» и евгеники.

Особого внимания заслуживают проблемы, связанные с ЭКО. На первый взгляд, если поверхностно рассматривать вопрос о методе *in vitro* («в стекле», «в пробирке», т.е. вне живого организма), то можно с уверенностью сказать, что семейная пара, которая не в состоянии зачать ребенка, сможет получить его искусственным путем, будет просто счастлива за подарок врачей. Однако данная проблема глобально поднималась еще в 2010 г. на конференции в Дубаи, где ученые аргументированно обосновывали те последствия, которые могут возникнуть у будущих поколений: бесплодие взаимосвязано с генетическими отклонениями и рожденные ЭКО способом дети могут иметь отягощенное генетическое наследие. А если применение ЭКО приобретет массовый характер, то возрастает генетическая нагрузка на все человечество.

В связи с использованием донорских репродуктивных материалов возможно получение своеобразной популяции единокровных братьев и сестер, которые не будут подозревать о своем родстве. Это влечет за собой не только юридические последствия, но и напрямую затрагивает состояние здоровья нации: кровнородственные браки увеличивают вероятность генетических заболеваний.

Издревле лекари делали все возможное, чтобы исцелить больного и улучшить качество его жизни. Благодаря усилиям современной медицины человеческий организм изучен на 95 %, что дает нам возможность спасать людей при тяжелейших пороках развития. Однако все эти успехи перечеркивает генетика: каждый человек является носителем уникального генетического кода. Вмешательство в эту природную епархию повлечет за собой необратимые последствия – чрезмерное накопление поврежденных единиц ДНК. Вот почему крайне важно реализовывать биотехнологии под гуманистическим прицелом.

## **SAMI IBRAHIM HADDAD AS ONE OF FAMOUS DOCTORS OF LEBANON**

History of health care was the reason of many inventions that the humanity seeks to improve the life but in Lebanon. It was not for a single day in its high peak of success. But many people searched for different ways to improve it, make it better and deliver it to its maximum peak of success and gave Lebanon such reputation that it reached important places in the field of health care.

Professor Sami Ibrahim Haddad achieved preparatory education at the Bishop Gobat School (1901–1905) and the English College (1907–1909) in Jerusalem. This left an indelible mark on him. His assertiveness, honesty, discipline, and austerity most probably derived from his early Scottish high school teachers in Jerusalem, where he earned the Gibbon Memorial Prize in July 1906. He graduated with a Medical Doctor (MD) degree from the Syrian Protestant College (SPC) in 1913. For seven years after graduation, he practiced general medicine and public health, and taught the basic medical sciences at SPC. In 1919, he was nominated physician in charge of the Mental Disease Hospital at Asfuriyeh. When the U.S. King-Crane Commission (created by President Woodrow Wilson to poll public opinion in Syria, Lebanon and Palestine) arrived in Beirut, he became its physician and interpreter.

Before he joined the Department of Surgery of the American University of Beirut as Adjunct Professor of Surgery in 1929, Professor Sami Ibrahim Haddad was granted a Rockefeller fellowship. He traveled to the United States of America for training in urology at the Johns Hopkins University under the mentorship of Dr. Hugh Hampton Young. After ten years of industrious preparation and study (1913–1922), Haddad embarked on the path of teaching and practicing urology and surgery. Professor taught medical students, interns, and residents and operated on several patients. In his spare time, he collected Arabic medical manuscripts and wrote about the history of Arabic medicine. He kept abreast of new medical developments through trips abroad to the United States, Austria, Brazil, Australia, Iraq, Qatar, England, France, and Spain. During his trips, he photographed Arabic medical manuscripts and other important documents related to the history of Arabic medicine in the libraries of Paris, London, and Jerusalem. He became a member of the International Society for Surgery in 1931, a Fellow of the American College of Surgeons in 1934, a member of the Council of AUB, and in 1941, Chairman of AUB's Department of Surgery and Dean of its Medical School. He was awarded the Lebanese Honorary Golden Order of Merit both in 1954 and 1956.

Professor Sami Ibrahim Haddad was proficient in Arabic and English and learned French, German and Syrian for his archival research in history. He wrote almost a hundred articles on various medical topics including general surgery and urology, and half in English a half in Arabic. Ten of his books were written in English. His articles on urology dealt with cystoscopy, pyelography, hematuria, genitourinary tuberculosis, renal and ureteral lithiasis, hemangioma of the urinary bladder, calculi, prostatic enlargement, and prostatic cancer.

He also published articles on various forms of cancers, and the art of surgery. His research on the history of medicine resulted in articles on hospitals in

the Arab world, Ibn al-Nafis (the 19th-century physician who discovered pulmonary circulation), Hippocrates, Galen, Arab dentistry, cesarean section, medical ethics, medical biographies, and a catalogue of the Arabic medical manuscripts he had collected. He also wrote the history of Arabic script, the medical problems in Arab countries, and the Mameluke documents concerning the church of the Nativity in Jerusalem [1].

#### *Lierature*

1. Sami Ibrahim Haddad: biography and life. – <http://cme.saint.roch.free.fr/>

*Дейнека В.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ТРАНСФОРМАЦИЯ ЦЕННОСТЕЙ В ИНФОРМАЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ**

Современный этап развития человеческой цивилизации переживает сложности переходного периода. С одной стороны, увеличивается динамика перестройки в глобальное мегаобщество, имеющего секторальную структуру распределения потребления и производства благ. С другой – трансформация в информационное общество, в котором культурный, философский и научный дискурсы формируют дополнительный базовый элемент реальности – информацию. Наряду с материей, энергией, пространством и временем, информация все больше становится независимой фундаментальной составляющей бытия человека во всех его характеристиках, включая основополагающие: онтологическую, гносеологическую и аксиологическую. Элементы предшествующего опыта, отраженные в интеллектуальной, духовной и материальной деятельности поколений оказались «неполноценными» с точки зрения нового метанарратива толкования реальности, поскольку не отражают в себе ее дополнительной характеристики – информационной.

В информационном обществе последовательно формируется новый ценностный дискурс, построенный на основе новой модели отчуждения и потребления, что связано с переходом к принципиально новым типам коммуникации. Пространство социального все более обезличивается и виртуализуется.

Всесторонняя глобализация мирового сообщества неразрывно связана с глобальной коммуникацией, лежащей в основе виртуализации реальности. Физические и социальные процессы, как и реальные объекты, стремительно замещаются ссылками на их цифровые модели. Наиболее полно и остро динамика виртуализации реальности ощущается на примере денег. Купюры и монеты в настоящее время используются преимущественно для мелких ситуативных покупок. Симуляция денег практически полностью вытеснила собой их физический прототип. Операции с виртуальными деньгами демонстрируют собой отчуждающую природу глобального информационного пространства, в котором свобода действия человека всецело подчинена коммуникационным процедурам и механизмам. Оперирруя деньгами, люди больше не всту-

пают с ними в физический контакт. Передача и получение денег происходят внутри виртуальной реальности, что требует постоянного контроля за соответствием между физическими действиями и решениями человека и их виртуальным воплощением. Для осуществления подобного контроля необходим комплекс коммуникационных устройств и процедур, посредством которых осуществляется наблюдение за виртуальными объектами и процессами.

Неизбежным следствием цифрового моделирования реальности является аппроксимация последней. Виртуальные модели реальности утрачивают естественную «глубину детализации» как отдельных объектов, так и фона или контекста, в котором происходит объективация его составляющих. Объекты виртуальной реальности превращают глобальное информационное пространство в единое семиотическое поле разнородных знаковых систем. В пространстве символического упрощения реальности, в котором детали утрачивают свое первостепенное значение, «информационный фон» становится более значимым, чем отдельные, составляющие его факты. Знание, в том виде, как оно существовало до виртуализации, утрачивает свое значение. Оно все более отделяется от процессов формирования предметно-чувственного опыта взаимодействия с окружающим миром. Знание фактов реальности замещается информированностью относительно существования этих фактов, что существенным образом изменяет формы и средства отражения реальности в сознании. Абстрагирование объектов рационального мышления в условиях информационного поля осуществляется не от чувственного опыта, а от эстетически воспринятых «картин реальности», в которых отдельные элементы общего соединены произвольным образом. Данный процесс можно представить на примере моделей эстетического мышления на основе «плоского письма» Ж.-Ф. Лиотара или образов «театра» и «сцены» Ж. Бодрийара.

В общем семиотическом поле информационных потоков факты реальности уравниваются в статусе с фактами художественного вымысла и целенаправленной фальсификации. Пребывание в информационном потоке лишает человека инструментов для проверки соответствия информации о реальности самой реальности. Противоречивые факты сливаются в общую картину информационного фона, что исключает рациональное восприятие такой информации и замещает его эстетическим. Факты реальности размываются противоречивыми интерпретациями этих фактов, а объем информации, введенной в проблемный дискурс конкретных фактов, возрастает настолько, что его невозможно обработать самостоятельно в приемлемые для выводов сроки.

Ценностные установки и объекты их репрезентации также переносятся в пространство информационных потоков.

#### *Литература*

1. Никитина Т.П. Современный человек в мире без границ: нравственные ценности в информационном обществе/ Вестник Пермского университета – Вып. 3(11) 2012. – С. 110–119

2. Бодрияр Ж. Прозрачность зла/ – М.: Добросвет, 2000. – 258 с.
3. Литвак Н.В. Информационное общество: перманентная революция/ – М.: Колос. 2008. – 416 с.
4. Ситкевич Н.В. Особенности трансформации нравственных ценностей в условиях информационного общества/ Автореферат диссертации по ВАК 09.00.05, кандидат философских наук. – 2011

*Дидова Т.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ГЕНДЕРНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ПОКОЛЕНИЯ Y**

Считается, что моральные и нравственные ценности передаются испокон веков из поколения в поколение. Так ли это? Действительно ли схожи между собой ближайшие поколения? Для ответа на этот вопрос проанализируем поколение, к которому относят родившихся в период 1983–2003 годов, сравним их с предшествующим поколением, в научной литературе получившим название «поколение X». При этом абстрагируемся от пола, рассматривая Y как социальную и культурную группу, несомненно, неоднородную, но имеющую среди своих представителей определенные присущие только им признаки и критерии. Выделяя несколько основополагающих характеристик поколения X, автор хотел бы остановить внимание на целеустремленности и обособленности представителей группы на протяжении их трудовой деятельности.

Прямо противоположной является картина с поколением Y: индивидуумы, относящиеся ко второй группе, проявляют стремление к командной работе. Однако наиболее ярко отличие между поколениями проявляется в стремлении поколения Y к получению немедленного вознаграждения за свою деятельность. «Игреки» часто не готовы начинать путь с самого низа карьерной лестницы, годами ожидая продвижения по службе. Впрочем, такая неусидчивость объяснима – на долю Y приходится оборот огромного количества информации, нестабильность профессиональной среды. Так, «игрек» не может позволить себе выбрать определенную профессию и быть специалистом в узкой области и посвятить ей всю свою жизнь.

Поколению Y присущ беспрецедентный уровень технической грамотности, увеличение объема работы, выполняемой на дому и стремление к получению новых знаний. Впрочем, привлекательность «игреков» для современных работодателей объясняется не только высокой технической грамотностью. Согласно наблюдениям экспертов, не так часто сейчас можно встретить человека данного поколения, который работает по профессии – чаще они предпочитают работать в тех сферах, где высокий заработок возможен здесь и сейчас, и для него не требуются годы кропотливого труда». В настоящее время, когда компаниям требуется множество сотрудников сферы обслуживания и менеджеров среднего звена, поколение Y может чувствовать себя на рынке труда вполне уверенно.

Вернемся к теме, задетой и мягко пропущенной в начале статьи – гендерные характеристики поколения Y. Сохраняется ли различие «слабый – сильный»? В целом, проанализировав наиболее востребованные профессии, автор может сделать вывод, что 7 из 10 профессий для мужчин и женщин схожи (исключением являются на текущий момент банковские работники и бухгалтеры у мужчин, а у женщин – психологи и работники экологической сферы).

Представим ребенка, только что закончившего школу и собирающегося поступить в университет. Разве в его или ее голове сегодня есть предрассудки о том, что определенные профессии – не для его пола? Чувшь, он может быть тем, кем захочет. Единственным препятствием в нашем обществе для него может стать материальная возможность, и этот критерий определяется только размером кошелька, а уж никак не гендерной принадлежностью.

Раз переходить к капитализму в экономике, почему бы и ментальности не совершить тот же скачок? Все – безликие акторы на рынке товаров и услуг, информации и других ресурсов, так называемые «экономические люди» Адама Смита – все действуют одинаково, при этом ни пол, ни возраст на решения и поведение не влияют.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что мужчины и женщины поколения Y чувствуют себя в равной степени конкурентоспособными во всех сферах труда и жизнедеятельности, хотя в некоторых отраслях процентное соотношение работников по половому критерию красноречиво свидетельствует о приоритете некоторых профессий по отношению к другим для одного из полов. Можно с достаточной уверенностью сказать, что Y-девушки и парни, являются первым поколением, практически избавленным от трудовой дискриминации по гендерной принадлежности, что, несомненно, сказывается на их профессиональной гибкости и многофункциональности.

*О.В. Добридень*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

## **РОЛЬ НЕФОРМАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

### **У ФОРМУВАННІ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВОГО СПОЖИВАННЯ**

Особливі властивості у взаємодії неформальної освіти і безпечного споживання передусім зумовлені специфікою нинішнього соціально-економічного устрою, коли у більшості випадків доцільність дій у впорядкуванні суспільного виробництва визначається не постулатами на кшталт «здоров'я кожного – багатство всіх», «збережемо здоров'я своїх дітей», а виключно раціонально-прибутковими вимогами перехідної економіки. За таких обставин є зрозумілим, чому у дослідженнях суспільства споживання економічні фактори впливу на світоглядну спрямованість особистості завжди переважали у порівнянні з культурологічними.

Активне просування неформальної освіти з безпечного споживання також ускладнюється віковими характеристиками соціальних суб'єктів. Із вла-

сного багаторічного досвіду роботи з молоддю насмілюсь припустити, що за виключенням намагань в цілому дотримуватись принципів здорового життя, «глибоко» проблема безпечного споживання навряд чи зацікавить багатьох молодих людей. Приміром, неодноразові дискусії із студентством свідчать про те, що вмотивованість масового відвідування молоддю фітнес-клубів полягає скоріше у створенні певного іміджу, іноді скеровується навіть задля хизування власними м'язовими здобутками, для чого декотрими студентами вживаються спеціальні білкові добавки. Зовсім інших акцентів набуває проблематика здорового споживання у громадян доросло-зрілого та похилого віку. Така динаміка бачиться цілковито зрозумілою, оскільки не є таємницею, що активність в опікуванні власним здоров'ям безпосередньо залежить від його втрати з віком.

Вдалою спробою неформальної освіти громадян пенсійного віку можна вважати просвітницьку громадську акцію Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» по заснуванню у 2013 році «Університету золотого віку» (далі – УЗВ), до якого було прийнято 400 слухачів з метою навчання основам здоров'я (слід підкреслити, що бажаних вступити до навчання було набагато більше і лише через організаційні складнощі довелось обмежити кількість слухачів). Термін навчання – 2 роки. Просвітницька діяльність УЗВ здійснюється безкоштовно, на громадських засадах за участю відомих науковців, професорсько-викладацького складу Дніпропетровської медичної академії і за тісною співпрацею з іншими вищими навчальними закладами міста, провідними медичними, благодійними, соціальними організаціями, представниками Державної інспекції України з питань захисту прав споживачів і Державного підприємства «Укрметртестстандарт». Серед основних завдань УЗВ: геронтологічна консультативно-профілактична допомога; навчання основам здорового способу життя в сучасних умовах; сприяння соціально-психологічній адаптації людей похилого віку; інформування слухачів щодо поведінки в екстрених медичних ситуаціях; і нарешті: створення комфортних умов для активної міжособистісної комунікації і відпочинку.

На наш погляд механізм діяльності УЗВ є яскравим прикладом не лише продуктивного висвітлення технологічних ризиків, а й результативного сприяння соціально-психологічному пристосуванню людей похилого віку до змін і має стати взірцем для розвитку неформальної освіти саме у цій категорії громадян. Зрештою, ставлення до людей похилого віку визначає рівень культурно-світоглядної зрілості суспільства.

Значно складнішою ситуація виявляється з організацією неформального освітнього процесу для представників всіх інших освітньо-вікових груп. У випадку із шкільництвом і студентством можна певним чином розраховувати на традиційну освіту з її викладанням курсу «Основи безпеки життєдіяльності», сподіваючись на чітку реакцію фахівців з точки зору відповідності навчальних програм і курсів реальним трансформаціям у науковому світі,

що відбуваються мало не щодня. Викладачі курсу і укладачі міністерської типової програми дисципліни «Основи БЖД» мають постійно, як кажуть, тримати руку на пульсі інформаційного потоку і вносити належні зміни.

Основні труднощі виникають з просвітою дорослої частини населення від 20 років і до пенсійного віку. На моє глибоке переконання, найскладнішим у боротьбі за здоров'я українців буде змінити ставлення українців до самих себе і власного здоров'я. Сучасна криза ідентичності, спричинена глобалізацією, у випадку з технологічними ризиками перетворюється у втрату довіри громадян до авторитету науки і провідних науково-технічних закладів. В умовах нестачі достовірного експертного знання, яке часто-густо використовується як знаряддя у економічній і політичній грі, серед іншого закладаються родючі ґрунти для акумулювання незадоволення законодавчою і виконавчою владою та виникнення соціальних конфліктів. Цей факт утворює прохолодну байдужість з боку дорослої категорії громадян до часом розбіжних за змістом повідомлень представників наукових кіл. На першому етапі головним завданням неформальної освіти цієї категорії дорослих має стати створення відповідних умов для привернення уваги громадян до проблем технологічної безпеки.

Іноді здається, що всі ми наскрізь штучні навіть у власних думках і поведінці; як часто створюємо непритаманний нам імідж і щось вдаємо перед іншими, йдемо на поводу за штучно створеними потребами, віддаємо перевагу матеріальному перед справжнім духовним і мало коли обтяжуємо себе думками про сенс цього всього, що зводиться до нав'язаних спокус і спотвореної штучної насолоди від життя. Який вихід, якщо, все-таки необхідно визнати цей факт, об'єктивно виходу для простої пересічної людини не існує? Я в жодному разі не закликаю до аскетичного існування, проте людина, яка свідомо всіх сучасних небезпек і яка налаштована нести відповідальність за своє життя, повинна виходити з принципу: «Освіченість і міра в усьому». Тільки так. Сподіваюсь, що люди з активною позицією сприятимуть впровадженню нових концептів неформальної освіти і розширенню мережі заходів. Як правило, попит породжує пропозицію. Проте, для звуження технологічних небезпек і надання неформальній освіті стратегічного значення необхідні втручання державних інституцій на всіх рівнях і відповідна законодавча й фінансова підтримка.

*Доброродня А.С.*

*Харьковский национальный университет радиоэлектроники*

## **АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ОПРОСНИКОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ**

В настоящее время неуклонно растет число людей страдающих ожирением. По данным Всемирной организации здравоохранения прогнозируется, что к 2015 году 2,3 млрд. взрослых будут иметь избыточную массу тела, и у более чем 700 млн. человек будет наблюдаться ожирение [1].

Ожирение – хроническое прогрессирующее нарушение обмена веществ, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани, рецидивирующее после прекращения лечения [2]. Ожирение существенно ухудшает качество жизни, поскольку данная патология является неблагоприятным фактором развития значительного количества сердечно-сосудистых, опорно-двигательных и других сопутствующих заболеваний, среди которых можно выделить сахарный диабет 2-го типа, заболевания желчного пузыря, ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию, остеопороз. У женщин с наличием данной патологии наблюдается увеличение риска развития рака молочных желез, толстой кишки, а также развивается бесплодие.

Поэтому особо важными является понимание психологических аспектов данной категории людей. В обществе данный контингент чувствует себя ущемленным, изолированным, испытывает дискомфорт, связанный с их внешним видом, на фоне чего у них появляются заниженная самооценка, депрессии, эмоциональный дистресс, тревожные состояния и неуверенность в себе.

Поскольку психологические аспекты ожирения занимают ключевое место в оценке состояния человека, вмешательство психолога и оценка душевного состояния стали неотъемлемой частью психологической помощи данной группе людей. В оценке состояния человека ведущую роль играют опросники качества жизни. Согласно определению ВОЗ, качество жизни – это индивидуальное соотношение положения индивидуума в жизни общества в контексте культуры, систем ценностей этого общества и целей самого индивида, его планов, возможностей и степени общей неустраивенности [3]. Большинство опросников, связанных с изучением качества жизни включают исследования физического и психологического состояния, социальных ограничений и субъективное восприятие своего состояния.

Одним из опросников качества жизни распространенном в США и странах Европы является опросник SF-36, который содержит 36 пунктов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели всех шкал варьируются между «0» и «100», где «100» представляет полное здоровье. На основании полученных показателей формируются два параметра: физический и психологический компонент здоровья. Результатами опросника являются оценки в баллах по восьми шкалам. Высокая оценка, полученная в результате опросника, соответствует высокому качеству жизни человека.

Еще одним опросником является ВОЗКЖ-100, разработанный Всемирной организацией здравоохранения. В данный опросник входит 100 вопросов, которые позволяют оценить качество жизни в шести сферах человека: физическая сфера, психологическая сфера, независимость, социальная активность, окружающая среда и духовность. Более того, в этом опроснике включены четыре вопроса, которые оценивают качество жизни в целом.

Кожна сфера даного опросника включає субсфери, але всі сфери мають різне кількість субсфер, тому для нормалізації отримуваних даних значення сфери рівно середньому арифметичному значенню всіх входять в неї субсфер. Результатом опросника є сума всіх значень по шести сферам. Високе значення результату ВОЗЖ-100 відповідає високому якості життя людини.

Розглянемо Європейський опросник оцінки якості життя EQ-5D, який оцінює статус здоров'я на основі 5 компонентів: рухливість, самообслуговування, активність в повсякденній житті, біль або дискомфорт, тривожність або депресія. Кожен компонент опросника розділений на три рівня: відсутність проблеми, незначительна проблема або значительна проблема. Комбінування даних рівнів по п'яти компонентах надає 243 варіанти стану здоров'я. Далі по 20-сантиметровій вертикальній градуированній шкалі визначається стан здоров'я. Значення «0» означає поганий стан здоров'я, а «100» – хороший.

Таким чином, опросники дозволяють оцінити якість життя людини, особливо важливо це є для людей з ожирінням. Виявлення психологічних, фізичних або соціальних проблем у даній категорії людей буде сприяти якості результату аналізу їх стану.

#### *Література*

1. WHO. Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO consultation on obesity [Текст] / WHO. – Geneva, 1997.
2. Паньків, В. І. Симпозиум №143 «Ожирение» [Текст] / В. І. Паньків // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2013. – № 5 (53). – С. 150–156.
3. Огнев В. А. Оцінка школярами параметрів якості життя та їх успішність [Текст] / В. А. Огнев, Н. А. Галічева, А. С. Галічева // Організація медико-санітарної допомоги населенню. – 2013. – № 4 (61). – С. 238 – 242.

*Долгопол О.О.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

### **ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНО-ОСОБИСТІСНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ СТУДЕНТІВ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ**

Сучасна педагогічна наука визначає пріоритетним напрямом освіти лікаря, формування та розвиток професійних компетенцій майбутнього спеціаліста. Під професійними компетенціями розуміємо інтегральну характеристику фахівця, «яка визначає його здатність вирішувати професійні проблеми і типові професійні завдання, що виникають в реальних ситуаціях професійної діяльності з використанням знань і життєвого досвіду, цінностей і схильностей» (Н. Ф. Радіонова, О. Є. Лебедєв, А. П. Тряпціна). Компетентнісний підхід у підготовці спеціаліста – це вдала спроба привести освіту у відповідність до потреб ринку, адже він забезпечує формування та

розвиток його професійних компетенцій, що забезпечить конкурентоспроможність такого спеціаліста на вітчизняному та міжнародному ринках праці.

Вагому роль серед компетенцій сучасного лікаря посідають соціально-особистісні, що виявляються в умінні вибудовувати і реалізовувати перспективні лінії інтелектуального, культурного, морального, фізичного і професійного саморозвитку та самовдосконалення; толерантність, розвиток емоційних, мотиваційних, когнітивних і діяльнісних компонентів особистості спеціаліста; вміння працювати самостійно та в колективі; здатність критично переосмислювати накопичений досвід тощо. Такі компетенції науковці відносять до загальних. Вони формуються у ВМНЗ як у системі позааудиторних виховних, професійно спрямованих заходів, так і безпосередньо в навчальному процесі.

Актуальність і доцільність наукового осмислення окресленої проблеми посилюється встановленими нами протиріччям між соціальним замовленням на якісну підготовку лікарів, підвищенням вимог до підготовки спеціалістів медичної сфери та скороченням обсягу часу на вивчення гуманітарних дисциплін, що вже зараз має негативні наслідки в цілісній системі освіти і виховання випускника ВМНЗ. Натомість існує потреба в урізноманітненні форм та методів роботи під час вивчення дисциплін гуманітарного циклу з метою забезпечення формування на високому рівні соціально-особистісних компетенцій медичних працівників.

Сучасні українські та зарубіжні педагоги працюють над розв'язанням проблем формування та розвитку соціально-особистісних компетенцій, що виявляється, зокрема, у посиленні уваги до розвитку комунікативної, політ-культурної та інших складових соціально-особистісної компетенції. Тож і на сьогодні існує потреба у створенні комплексу педагогічних умов, спрямованих на формування всебічно розвинутої особистості лікаря, що включає в себе: спрямованість професійної підготовки у ВМНЗ на виховання і розвиток особистості майбутнього медичного працівника на основі надбань художньої культури, історії; планування навчально-виховного процесу у вищих медичних навчальних закладах та закладах післядипломної медичної освіти, спрямованого на засвоєння лікарями культурних цінностей; поєднання компетентнісного та системно-ціннісного підходів в процесі фахової підготовки лікарів, що дасть змогу забезпечити формування всебічно розвинутої особистості лікаря.

Становлення ціннісних орієнтацій, формування поняття про цінності людського життя, знань про навколишній світ, про значущість людини в суспільстві, про якість і цінність людини, уявлення про етичні засади професійної комунікації становлять актуальну потребу особистості, сприяють формуванню ціннісної орієнтації майбутнього медичного працівника. Важливо, щоб ціннісна орієнтація студента-медика була спрямована на справжні, високі цінності.

Формуванню соціально-особистісних компетенцій сприяють активні методи навчання: вирішення ситуаційних задач, розігрування конфліктних ситуацій тощо, конкурси професійної майстерності, зустрічі з провідними фахівцями галузі, екскурсії до музеїв та баз майбутньої практики тощо. На нашу думку, найбільш прийнятними для формування соціально-особистісних компетенцій видаються такі методи навчання: моделювання та аналіз ситуацій професійного спілкування, дискусії, спрямовані на корекцію гуманістичних якостей особистості, практичні заняття з огляду та діагностики науково-популярної літератури з проблем міжособистісного і ділового спілкування, тренінгові заняття у мікрогрупах на заняттях із мов, спрямовані на розвиток взаємодії. Введення в навчальний процес елементів гри, спрямованої на встановлення взаємодії, на створення команди, впливаючи на загальну зацікавленість студентів, сприяють формуванню в них уміння синхронно з іншими людьми працювати в команді, підвищенню згуртованості в групі, формують зону спільних інтересів, підтримку, продуктивну форму соціальної поведінки, уміння слухати лідера, виявленню організатора в колективі тощо.

Отже, процес формування соціально-особистісних компетенцій має свої особливості, що відображається у творчому ставленні викладача до реалізації виховної складової мети кожного заняття, у плануванні різноманітних виховних заходів.

*Домбровская И. К.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Стремительный прогресс медико-биологических наук в частности достижения генной инженерии, трансплантологии и компьютерных технологий в медицине поставили юридическую науку перед необходимостью создания качественно новых правовых норм, которые регулируют и защищают права и интересы участников медицинских отношений.

Законодательство является важнейшим инструментом государственного регулирования, с помощью которого государство требует от субъектов общественных отношений выполнения своих решений. [3, с. 303]

Многофакторная природа общественного здоровья, его роль в обслуживании различных групп населения и реагировании на различные заболевания и состояния, влияющие на здоровье человека, обуславливают необходимость создания многочисленных оздоровительных программ и программ медицинского обслуживания, весьма условно можно классифицировать по следующим видам как программы, направленные на обслуживание конкретных групп населения (матерей и детей, военных, ветеранов, работников промышленных предприятий, сельского населения и т. п.), программы реабилитации при конкретных заболеваниях (например, инфекционные заболевания, болезни, передающиеся половым путем, психические расстройства, хронические неинфекционные заболевания, стоматологические заболевания), или про-

граммы, предусматривающие предоставление отдельных услуг (например, санитарная обработка среды или неотложная медицинская помощь).

Законодательство может организовывать и определять условия обучения и практической подготовки для различных типов медицинского персонала; может регулировать порядок финансирования профессиональной подготовки врачей, медицинских сестер и других медицинских работников; может определять полномочия, регулировать деятельность и проблемы финансирования больниц и других медицинских учреждений; может устанавливать определенные требования к производству медикаментов и медицинского оборудования, определять систему контроля за производственным процессом, испытаниями, качеством. [2, с. 34]

Объективно обусловлено неравное положение врачей и пациентов (так называемая информационная асимметрия) требует от законодательства внедрения системы контроля качества медицинской помощи. Это необходимо для того, чтобы был обеспечен соответствующий уровень квалификации врачей, были созданы условия для того, чтобы в процессе медицинской деятельности обеспечивалась защита пациентов и их прав, чтобы больницы и другие медицинские учреждения соответствовали установленным стандартам, а медикаменты и медицинское оборудование были безопасными и эффективными. [1, с. 138]

Законодательство, регулирующее контроль за качеством медицинской помощи, предусматривает аккредитацию учебных заведений, где ведется подготовка медперсонала, лицензирование деятельности медицинских работников, установление стандартов аккредитации и лицензирования, введение системы контроля за осуществлением медицинской деятельности и регулирования ответственности медицинского персонала в случаях ошибочной диагностики и лечения через финансовые механизмы, в частности страхование профессиональной ответственности врачей. [4]

Таким образом, важность законодательной базы, определяющей контроль за качеством работы системы здравоохранения, постоянно повышается с развитием медицинских технологий и распространением знаний о результатах проведения различных медицинских процедур. Но развитие законодательства в сфере здравоохранения за последние полвека обусловило большое беспокойство вопросами обеспечения справедливости, равенства, равноправия, соблюдения прав человека при распределении ресурсов и общественных расходов. И это абсолютно закономерно ведь на самом деле все функции законодательства в указанной сфере, обсуждаемые выше, в той или иной степени связаны с принципами благотворительности, недопустимости злоупотреблений, необходимости обеспечения справедливости и автономии личности, представляющие собой основные принципы этики в здравоохранении. Поэтому за исключением указанных ограничений, которые, безусловно, должны обязательно приниматься во внимание, все другие сферы общественной жизни по сути являются открытыми для законодательства. И

то, насколько общественные законы возьмут верх над частными соглашениями, зависит от многих факторов. Все сказанное и определяет лицо актуальность юридического исследования гражданско-правового регулирования и защиты прав участников медицинских отношений.

#### *Литература*

1. Глуховский В.В. Стандарты и механизмы обеспечения прав пациентов в системе здравоохранения. – М.: ООО «Дизайн и полиграфия», 2008. – 138 с.
2. Давыдова М. Социально-экономические права в качестве критерия анализа и классификации современных демократических государств // Право Украины. – 2001. – № 8. – С. 32–35.
3. Карамышев Д.В. Концепция инновационных преобразований: межотраслевой подход к реформированию системы здравоохранения: Государственно-управленческие аспекты // Национальная академия гос. управления при Президенте Украины; Харьковский региональный институт. – Х.: ХарРИ НАГУ «Магистр», 2004. – 303 с.
4. <http://gisap.eu/ru/node/611>

*Дрозд Ю., Новосельская Я.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

### **ТРАДИЦИОННАЯ И НЕТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА – ЕДИНСТВО И ПРОТИВОРЕЧИЕ**

*Медицинское искусство одно, потому что оно основано на вечных законах природы; но систем медицинских много. Иначе и быть не может. Системы зависят от преобладающих понятий и от состояния познаний, на которых понятия те утверждаются.*

*К.В. Гуфеланд*

Здоровье является основой нашей жизни, главной ценностью человека. В современном мире здоровье человека подвергается различным факторам, которые могут негативно влиять на его состояние, вызывать различные заболевания и патологические состояния. Среди этих факторов: окружающая среда, генетика, уровень медицинского обслуживания, психо-эмоциональные отношения с близкими людьми. Перед каждым из нас рано или поздно возникает вопрос: как и какими методами лечить накопившиеся недуги? Что лучше поможет с ними справиться: традиционная или нетрадиционная медицина?

С древних времен люди лечились «целебными силами природы». Так, более 10 тыс. лет тому назад возникла и развивалась народная медицина, которая имеет давнюю историю. За это время она обогатилась различными методами воздействия на человеческое здоровье. В актуальности современности, считается, что альтернативная медицина является одним из способов улучшения здоровья с помощью применения животных жиров, различных расти-

тельных и минеральных средств. А также с помощью проведения различных процедур и профилактики здоровья.

Главным и важным преимуществом лекарственных препаратов является то, что они все без исключения проходят качественную и долгую проверку, а также клинические исследования. А вот некоторые народные средства можно ставить под сомнение, так как они не имеют таких подтверждений. Но, в свою очередь следует отметить, что большинство альтернативных методик так же прошли научные исследования и подтвердили свое лечебное или профилактическое воздействие. Достойное место, среди проверенных методов, занимают: иглоукалывание, грязелечение, фитотерапия, гомеопатия и др.

Однако, не все так хорошо, как кажется на первый взгляд. К народным рецептам также нужно относиться с полной уверенностью в их целебности. Нужно понимать, какие могут быть результаты и дальнейшие последствия. Казалось бы, что ничего страшного не может случиться, если человек принимает натуральный травяной отвар? Ведь там нет химикатов и различных примесей, которые могут пагубно влиять на наше здоровье. Но на самом деле, практически все вещества могут одновременно выступать как лекарством, так и ядом. Поэтому, прежде, чем принимать какое-либо средство альтернативной медицины, стоит обратиться к врачу или хорошо изучить состав и свойства трав. Например, можно взять зверобой. Он обладает противовоспалительным действием, но при этом он может повышать артериальное давление. Исходя с этого, этот настой категорически запрещается гипертоникам. При язвенной болезни опасны растения, характеризующиеся горечью и кислотой.

Особо осторожно нужно относиться к приему народных лекарственных средств беременным женщинам. Многие растения могут нанести значительный вред плоду, кровотечения или же оказать токсическое действие на организм матери. Особо опасными являются препаратами на основе трав петрушки, алоэ, можжевельника, зверобоя, мяты, чистотела и многих других.

В наше время все чаще становятся популярными так называемые народные целители, знахари, те, которые обладают чудодейственной силой и могут вылечить любое заболевание. Но, не стоит забывать о том, что «правильным диагнозом, – как указывает С. С. Вайль, надо считать такой, за которым следует целесообразные в интересах больного действия».

В рамках нашего анализа, хотелось бы подчеркнуть, что в своем беззаветном и безвозмездном служении человеку, в борьбе за его жизнь и здоровье, врач должен основывать свою деятельность на этических нормах и принципах медицинской деонтологии, которые сложились в нашем обществе и основываются на морали.

Следовательно, мы пришли к выводу, что между традиционной и альтернативной медициной существуют разногласия. И никто не может дать определенный ответ, какому виду медицины лучше всего доверить свое собственное здоровье в той или другой ситуации. Компромисс или золотая середина между этими двумя отраслями искусства врачевания позволяют нынешним специали-

стам достигать высот в своем нелегком деле. Хороший специалист подходит к подбору методики лечения пациента, руководствуясь критическим анализом всех возможных наиболее продуктивных методов, исходя из диагноза. И в этом не легком деле, целесообразно использовать лучшие разработки как традиционной, так и альтернативной медицины. Но, следует подчеркнуть, что приоритетность остается все же за традиционной медициной, которая справляется с такими тяжелыми заболеваниями XXI в. как: онкология, туберкулез, СПИД, что не под силу нетрадиционной (народной) медицине.

*Дрокин А. В.*

*Харьковский национальный медицинский институт*

## **ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМАТИКА В МЕДИЦИНЕ**

Гендерная проблематика является одной из самых популярных в современной науке. Однако она обязана своей разработкой, в основном, психологам, социологам, этнологам и философам. Сфера интересов представителей этих отраслей знания лежит в области социокультурного оформления пола, тогда как социокультурным оформлением пола, на наш взгляд, должны интересоваться представители медико-биологических дисциплин. Гендер как социокультурное оформление биологического пола включает как биологические, так и социальные признаки. При этом, основным является ментальный компонент. Гендерные исследования в области стоматологии свидетельствуют, что они практически всегда включают характеристику гендерной составляющей, но далеко не всегда она становится предметом исследования.

Выяснилось, что женщины на 32 % чаще посещают врача-стоматолога, чем мужчины. Это объясняется более высокой мотивацией к профилактике и тем, что особые женские состояния – беременность и кормление грудью – провоцируют ухудшение стоматологического здоровья.

Как показывают исследования, женщины-врачи считают, что они лучше понимают пациентов и способны сопереживать им в большей степени, чем мужчины. У женщин-стоматологов нет гендерных предпочтений в отношении к пациентам, но они считают, что чаще имеют дело с пациентами-женщинами, чем с мужчинами. Женщины-врачи убеждены, что пациенты обоих полов больше доверяют стоматологу-женщине, чем врачу-мужчине (58 %). Женщины-стоматологи считают сугубо женскими профессии терапевта-стоматолога (68 %), детского стоматолога (74 %), врача-пародонтолога (82 %). Женщины-врачи считают, что в стоматологии есть сугубо женские и сугубо мужские специальности, причем женских называют большее количество, чем мужских, женщины признают ведущую роль мужчин в медицине, но не считают такое положение дел правильным. Женщины-стоматологи считают, что пациенты и пациентки доверяют им больше, чем врачам-мужчинам. Женщины-стоматологи обладают более высокой степенью эмпатии, чем мужчины. Сами они уверены, что могут лучше понять пациента. Женщины-врачи считают, что испытывают большие по сравнению с мужчинами трудности в овладении профессией стоматолога. Причины этого они видят, как в полифункциональности своей социальной роли, так и в существующих в обществе предрассудках. Исходя из этих данных, была предложена модель организации стоматоло-

гического обслуживания по гендерному принципу (выбор врача, локализация стоматологических кресел, психологическое обеспечение).

Таким образом, исследования гендерной проблематики являются весьма актуальными. Это продиктовано тем, что мужчины и женщины не могут в полной мере осуществлять свои индивидуальные и социальные субъектности в силу влияния гендерного фактора. С одной стороны, гендер в большей мере оказывает негативное влияние на жизнь женщины, но с другой стороны, он отрицательно сказывается и на жизнедеятельности мужчины. Однако эти особенности гендерного фактора практически исключаются из внимания многих исследователей.

*Zhdanova T.O., Kuznetsova I.V.  
Kharkiv National Medical University.*

## **A GENDER APPROACH TO THE PROCESS OF TEACHING FOREIGN LANGUAGES IN A HIGH SCHOOL**

Defining the concept of gender, we start from the fact that it is a kind of cultural and social scheme, with which the individual identifies himself or herself. This term is used in cases when it is important to emphasize not biologically determined differences in the behavior of men and women. These may be differences in the group status, social roles performed by individuals and differences in their social activities.

The aim of our study was to identify and define the difficulties in the development of language skills of the first-year students from the department of preventive medicine taking into consideration a gender aspect.

Analysis of the answers on the questions from our questionnaire revealed the specifics of gender features in the study of foreign languages. The results showed that in the perception of educational material for male representatives the most important is the quality of the material, rather than the content. Detail and instrumental activities, individual tasks, application of computer technologies are also more important for male students. Besides, the spirit of competition is also typical for them. On the psychological level, there is a great dependence of males compared to females from the future professional activity. It may also be noted that boys in the process of self-affirmation see the goal and they react less emotionally to changes. Unlike boys, girls, in the process of perception the material, pay attention to the content of material, they prefer verbal activity and show a great interest to the topics related to their personality.

The application of a gender approach helps to prepare skilled professionals with an adequate perception of their own and the opposite sex. It is necessary to use modern teaching techniques, taking into consideration gender particularities of both sexes.

Understanding the differences between strong and weak points of male and female students in the educational process, their interests and activities, based on their gender characteristics and capabilities, providing the necessary conditions for realization of the potential of women's and men's personality can significantly increase the effectiveness of the teaching of foreign languages in a high school.

## **ПРОБЛЕМА ДУХОВНОСТІ В УМОВАХ СУЧАСНОГО СВІТУ: ФІЛОСОФСЬКО-АНТРОПОЛОГІЧНИЙ КОНТЕКСТ**

Сучасний світ охопила цивілізаційна криза, яка є результатом глобальної за масштабами «світоглядної катастрофи». Перехід від індустріального до постіндустріального суспільства супроводжується глобалізацією, інформатизацією, технологізацією, що задають нові кордони та виміри світового розвитку. Цілком очевидно, що на наших очах змінюється й духовно-моральний клімат суспільства, відбувається трансформація ціннісних орієнтацій і переконань.

Як наголошують вчені [1; 3], антропологічна криза виражається в блокаді відповідальності, в подвійних стандартах, в анестезії чутливості, в безрідності і знедоленості, у бездушності і відчуженості. А головною больовою точкою сучасної соціокультурної ситуації є руйнування зв'язків між поколіннями, відчуження і протистояння у сім'ї, школі, соціумі. Поняття добра і зла стали відносними, втрачається повага до традицій, відбувається деградація сім'ї як найголовнішого соціального інституту, спотерігається падіння моральності, виснаження духовності, зростання вседозволеності, розбещеності [2]. Відтак, все більшої актуальності набуває дискурс взаємодії особистості, культури та суспільства. Адже, докорінні зрушення в економічній, соціально-політичній та духовній сферах українського соціуму потребують не тільки теоретичного осягнення людського виміру суспільного буття, а й цілісного аналізу головного чинника його оновлення – особистості.

На думку вітчизняних учених В.П. Андрущенко, І.А. Зязюна, М.Б. Євтуха, М.Й. Боришевського, В.М. Жуковського, В.І. Лугового саме система освіти покликана формувати молоде покоління з відповідним світоглядом, системою цінностей і переконань, високим рівнем культурного розвитку, громадською зрілістю і національною гідністю [4]. Вчені наголошують, незважаючи на істотні зміни в інноваційних освітніх технологіях, професійна підготовка фахівців у ВНЗ не містить в собі турботу про цілісний розвиток людини і платою за ефективність є його одномірність. Всі сучасні моделі людини спираються здебільшого на природничі науки. Але людина – істота не тільки природно-соціальна, а й також екзистенціальна, духовна.

Відтак, доцільно зазначити, що діяльність філософів-антропологів, що включає в себе системний аналіз людського буття і розробку інноваційної стратегії інтелектуально-духовного розвитку людини в процесі освіти, є актуальною і практично значущою. Антропологічний підхід в сфері освіти – це вирішення проблеми відродження і відтворення людського в людині, її здатності до самостійності, самобутності, самовдосконалення, а також до співпереживання, співчуття і співтворчості.

Як наголошують вчені (І. А. Зязюн, М. Й. Боришевський) «духовність майбутнього фахівця» – це інтегративна професійно значуща якість особистості, що характеризується орієнтацією на духовні цінності культури в особистісному саморозвитку та міжособистісній взаємодії. До основних кри-

теріїв сформованості цієї якості віднесено: культурну компетентність, представленість духовно-культурних цінностей в аксіологічному потенціалі особистості, емпатійність, цілепокладання у сфері духовного життя та включеність студента у духовно-практичну діяльність [1; 4]. Таким чином, можна зробити висновок, що саме духовність як властивість особистості є фундаментальною якістю людини цілісної, здатної до реалізації двох базових потреб: ідеальної потреби до самопізнання, саморозвитку, самовдосконалення і соціальної потреби – спрямованості на іншу людину (співчуття, співпереживання).

Сучасна криза духовності в суспільстві не є чимось абстрактним і не може бути схематизована через набір рис і ознак на кшталт «падіння моралі», виродження соціальних інститутів або втрати релігійності. Оцінка суті і сенсу духовної кризи завжди конкретна і залежить від розуміння суб'єктом суті духовності, від його поглядів на характер ставлення людини до духовної реальності. Духовність – це поняття, яке містить в собі небайдужість до навколишнього світу. Це – упередженість з позитивним знаком, а також прагнення наповнити своє життя захопленістю і інтересом до різних сфер буття, любов'ю до своєї країни, до природи, до людей, до того, що не є інструментом реалізації прагматичної необхідності. Відтак, суспільство повинно бути кровно зацікавлене в розвитку і набутті духовних цінностей з метою свого оновлення й модернізації, створенні найліпших умов для реалізації творчого потенціалу людини, для подолання бездуховності та соціального відчуження. Адже соціальна активність не самоціль, а засіб реалізації людиною свого статусу як творця гідного життя.

#### *Література*

1. Гвардини Р. «Конец нового времени» / Р. Гвардини // Вопросы философии. – 1990. – № 4. – С. 113–173.
2. Пахомов Ю. И. Пути и перепутья современной цивилизации / Ю. И. Пахомов, С. Б. Крымский, Ю. В. Павленко. – К.: международный деловой центр, 1998. – 432 с.
3. Печчеи А. Человеческие качества / А. Печчеи. М.: Политиздат, 1980. – 326 с.
4. Психолого-педагогічні засади проектування інноваційних технологій викладання у вищій школі / монографія / В. І. Луговой, М. Левшин, О. Бондаренко [ та ін. ] ; за заг. ред. В. П. Андрущенко, В. І. Лугового. – К. : Пед. Думка, 2011. – 260 с.

*Запорожець А. О.*

*Харківський національний медичний університет*

### **ДУХОВНІ ПРОБЛЕМИ МОЛОДІ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ**

Безумовно, людина – соціальна істота, вона є невід'ємною частиною суспільства, саме тому ще з дитинства відображає на собі всі його проблеми. Світ змінюється кожен хвилину, змінюються люди, погляди та позиції на життя.

Останнім часом зросло занепокоєння з питань духовно-морального виховання молоді, яка прагне реалізувати себе, набуваючи більшою мірою ма-

теріальні, ніж духовні цінності та уподобання. Здається, що людство взагалі втрачає духовні цінності, людьми приділяється мало уваги підвищенню освіти, ролі моральності у взаємовідносинах. Більшість підлітків багато часу проводять в Інтернеті, віддаючи перевагу віртуальному спілкуванню, а не саморозвитку.

Також дуже важливою проблемою сучасної молоді є непорозуміння зі старшим поколінням. Можливо, одна проблема впливає з іншої, та через саме це непорозуміння дорослі вважають, що нове покоління дуже погіршилось. Вони порівнюють молодь свого покоління та сучасного, і різниця стає очевидною. Зі змінами історичних подій, політичних ситуацій змінюються також інтереси та ставлення до життя взагалі. Зміна поколінь – процес завжди непростий. «Діти» приймають від «батьків» весь духовний досвід людства. Це питання – дуже важливе і йому треба більше приділити уваги, адже молодь – це наше майбутнє.

Духовні проблеми сучасної людини не настільки проявляються як соціально-економічні, але вони є більш глибокими й руйнівними для людини та суспільства. Суспільство, яке зазнало втрат моральних орієнтирів, не може розраховувати на майбутнє, яке диктує мораль, яка стверджує реальний гуманізм, духовно збагачує особистість, вимогливу до поведінки людини, непримиренну до аморальності.

Починати вирішення проблеми необхідно з пошуку й затвердження нового морального ідеалу, зміцнення моральних засад і підвищення відповідальності за результати діяльності в усіх сферах суспільного життя. А особливо слід звернути увагу на людей, що працюють у медичній сфері. Адже можна впевнено сказати, що професія лікаря – найвідповідальніша у світі. Людство всесильне у своєму прогресі, якщо воно здійснює його на моральній основі.

Для затвердження нової загальнолюдської моралі як необхідної системи моральних відносин між людьми потрібні величезні теоретичні та практичні зусилля для вироблення її сучасних норм та їх реалізації в народі.

Таким чином, на порозі нового тисячоліття моральні прагнення людства спрямовані на творення планетарної, високогуманної етики, про що попередні покоління не могли мріяти. Однак на питання про те, чи дійсно із часом звичаї людини поліпшуються, може відповісти тільки сам час.

### *Література*

1. Бачення В. А. Духовна культура особистості : підручник / В. А. Баченін. – Москва : Пріор, 2009. – 96 с.
2. Бондирева С. К. Матриця духовності / С. К. Бондирева, Д. В. Колесов. – Москва : Московський психолого-соціальний інститут, 2008. – С. 9–12.
3. Кримський С. Б. Контури духовності: нові контексти індивідуальності / С. Б. Кримський // Зап. філософії. – 1992. – № 12. – С. 21–28.
4. Якобсон В. М. Моральні проблеми людства. – Москва : Просвіта, 1987. – С. 41.

## **КОЛЕГІАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ**

Є таке слово колеги. Колегами називають товаришів по роботі і навчанню, людей, об'єднаних спільністю ділових інтересів. Колегіальність – це устремління людей вирішувати всі питання спільно на принципах взаємоповаги і взаємодопомоги. Бути колегами – це значить дотримуватися принципу взаємодопомоги, а не взаємне всепрощення і покриття. Взаємно збагачувати коло друзів знаннями, умінням, досвідом, щирістю і красою, і в той же час не прощати один одному егоїзму, користоловства, байдужості, недбалості в роботі, професійного невігластва і всього іншого, що заважає людині нормально жити і працювати.

Поважне ставлення медичних працівників один до одного виявляється в першу чергу в формі звернення. Неприпустимою фамільярністю з боку лікаря є звертання до медичних сестер, акушерок, санітарок по імені.

Нормою здорових взаємин медичних працівників один з одним є дбайливе ставлення до авторитету – свого і товаришів. Цілком справедливою є думка, що пацієнт і його родичі своє відношення до медицині нерідко будують на основі спостережень за взаєминами між медичними працівниками.

Субординація в роботі лікаря і медичної сестри необхідна, але вона нічого спільного не має з зарозумілим ставленням керівника до працівників рангом нижче. Разом з тим, зустрічаються лікарі, частіше молоді, які обходяться з медичною сестрою некоректно, фамільярно.

Робота в колективі, великому чи малому, сприяє розвитку у медичного працівника суспільної свідомості, учить його бути принциповим, непримирним до недоліків в роботі, створює умови для колегіального, а виходить, і найбільш правильного, рішення складних питань профілактики, діагностики та лікування хворих. Саме в колективі кожен працівник може вчитися глибоко осмислювати суспільне значення своєї повсякденної діяльності, краще розуміти її роль в державному масштабі.

Одним із шляхів підвищення ділової кваліфікація є всебічний і глибокий аналіз професійних помилок, причому в одних випадках, якщо вони є серйозними і повчальними для інших, розбір варто проводити колективно, в інших – в індивідуальному порядку. Ясно одне: викорінювання помилок можливе тільки при активному їх виявленні.

Від професійних помилок варто відрізнити недбалість у роботі, байдуже, бездушне ставлення до хворого, професійну некомпетентність, за які винний несе адміністративну чи судову відповідальність. Свідоме порушення професійної дисципліни, грубі похибки в роботі, які виникають через не сумлінні до неї відносини працівника, заслуговують самого суворого осуду товаришів.

В інтересах хворого нерідко необхідне колективне обговорення його стану і спільні зусилля цілої групи медичних працівників. Якщо у медично-

го працівника виникають сумніви, непевність у правильності заходів з надання хворим допомоги, варто відкинути самовпевненість та помилкову соромливість і звернутися за порадою до колег, в першу чергу, до більш досвідчених і знаючих, і з їх допомогою перебороти труднощі, що виникли.

Поспішні і необдумані вчинки медичного працівника, ігнорування ним принципу колегіального підходу до вирішення складних питань медичної практики можуть заподіяти хворим непоправну шкоду.

*Зиновьев И.Э., Огнева Л.Г.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ В КУЛЬТУРЕ БОЛЕЗНИ И КУЛЬТУРЕ ВРАЧЕВАНИЯ**

Формирование гендерной культуры – актуальная проблема современности. Мужчины и женщины как крупные гендерные общности в социальной структуре населения, различаются статусными характеристиками, ролевыми функциями, особенностями психологического склада, поведения и сознания.

Распределение мужчин и женщин по сферам деятельности неоднородно, а предпочтения в профессиональной ориентации наблюдаются с самого раннего возраста. Девочки чаще проявляют интерес к человеческому лицу, природе, семейным отношениям, а мальчики – к технике, геометрическим фигурам, индустриальным достижениям. Девочки больше склонны к соперничеству, состраданию. Для мальчиков нормой считаются умеренно агрессивные проявления, решительность, склонность к риску и большая подвижность по сравнению с девочками.

В ходе профессиональной адаптации у женщин на первый план выходит социально-психологический аспект, тогда как у мужчин – профессионально-деятельностный. Даже осуществляя одинаковую профессиональную деятельность, мужчины и женщины по-разному относятся к ней. В планировании карьеры женщины чаще ориентированы на текущее положение дел, нежели на перспективу развития.

В настоящее время разрыв в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами составляет в большинстве экономически развитых стран от шести до восьми лет. Женщины живут дольше, но хуже мужчин. Потому что они чаще страдают от хронических заболеваний и функциональных расстройств.

Следует отметить, что как вынужденный отказ от медицинских услуг, так и реструктуризация формы оказания услуг (в сторону увеличения амбулаторно-поликлинических услуг и сокращения стационарного лечения) увеличивают гендерную асимметрию, так как вслед за этим увеличивается нагрузка женщин в домохозяйстве. Растет доля неоплачиваемого труда женщин по лечению и уходу за больными членами их семей; сокращается доля участия женщин в первичном секторе; характер занятости смещается в сторону вторичного и третичного секторов. В особенно уязвимом положении находятся работающие женщины молодого и среднего возраста.

Особенно большие испытания предстают перед женским полом, путем организации и активного участия в самоуправлении. Работая в организованном студенческом коллективе, молодой человек учится быть самостоятельным, принимать решения. Такая практика деятельности создает условия для вступления студентов во взрослую жизнь. Согласно статистике, девушки прилагают к этому больше усилий, нежели парни. Это можно объяснить тем, что у женского пола заложены основы к организации и упорядочению энтропии.

Нередко течение одной и той же болезни у мужчины и женщины может существенно отличаться. Например, мужской инфаркт начинается с острой боли в груди, отдающей в шею, руку и нижнюю челюсть. У женщин сердечный приступ может протекать совершенно по-другому – боли в спине, внизу живота, ощущение слабости, тошнота. Иная женщина с такими симптомами и к врачу постесняется обратиться!

Органы одинаковые, а болезни – разные?

Да, именно так. Потому что мужчинами и женщинами «управляют» разные гормоны. У мужчин это тестостерон, у женщин – прогестерон и эстроген. И грамотный терапевт никогда не будет одинаково лечить мужчину и женщину одного возраста, пришедших к нему по поводу, казалось бы, «одинаковой» проблемы. Например, повышения артериального давления или ишемической болезни сердца (ИБС).

Женщины более эмоциональны, соответственно, у них более распространены патологические процессы, в которых «пусковым механизмом» являются эмоции. Мужчины же менее устойчивы к стрессам, в связи с чем у них легче идет «запуск» механизмов «стрессовых» болезней. У женского организма выше репаративные (восстановительные) способности, он легче переносит болевые ощущения. Женщины проще относятся к серьезным заболеваниям, таким как онкология, и чаще принимают решение жить и бороться, а, следовательно, среди них выше процент выживаемости, нежели у мужчин.

В общем, разница в подходах к сохранению здоровья у женщин и мужчин существует. И очень немалая. И на сегодняшний день в устах передовых врачей звучит примерно так: «Лечить не болезнь, а больного, с учетом его гендерного признака, половой принадлежности!».

Счастливые общество могут создать только счастливые люди: мужчины и женщины, которые живут, работают, совершенствуются, создают семьи, не потому что обязаны, а по потребности души.

## **ЧЕЛОВЕК И НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИЙ ПРОГРЕСС: ЕДИНСТВО И ПРОТИВОРЕЧИЯ**

*«Прогресс – это замена одних неприятностей на другие, ещё большие».*

*Герберт Уэллс*

Современное общество характеризуется высоким уровнем использования технических средств и технологий, предназначенных для удовлетворения жизненных потребностей человека. Однако по-прежнему ключевым элементом на производстве остается человек, предназначенный управлять, контролировать, обслуживать технические системы и технологические процессы. В век высоких компьютерных технологий и научно-технического прогресса цивилизация стремительно движется вперед, с каждым годом люди изобретают все больше и больше технических приспособлений, способных облегчить нашу жизнь, но при этом почти не задумываются о том, как же новые изобретения влияют на наше здоровье.

Человеческий организм – это уникальное и неповторимое творение природы. Все биологическое многообразие на нашей планете возникло, эволюционировало и ныне существует благодаря непрерывному взаимодействию с различными факторами внешней среды, приспосабливаясь к их влиянию и изменениям, используя их в процессах жизнедеятельности. Человек находится в тесном взаимодействии с природой и любое вмешательство нарушает эту гармонию, тем самым, отдаляя его от среды, в которой он находится в безопасности.

Ежедневное многочасовое сидение за компьютером приводит к остеопорозу и остеохондрозу, использование всеми любимых смартфонов приводит к распространению травматических повреждений, вызывающих боли в верхних конечностях и шее. Материалы, являющиеся изобретением научно-технического прогресса, из которых сделаны предметы обихода и мебель нередко могут быть канцерогенны, что пагубно влияет на здоровье. По мнению исследователей, канцерогены, выделяемые пластиковыми предметами, мебелью, оргтехникой в значительной мере повышают риск возникновения различных видов раковых заболеваний. Наиболее опасны из таких веществ – бензол и формальдегид, вызывающие лейкемию. Такая опасность поражения токсическими веществами, может поджидать и в маникюрных салонах. Большинство образцов лака содержат опасные компоненты, провоцирующие появление различных заболеваний, таких как лейкемия, рак мочевого пузыря и др. И при регулярном соприкосновении с подобного рода соединениями, проблемы со здоровьем становятся неизбежными.

Получается, что чем выше уровень развития страны, тем ниже уровень здоровья ее населения. И тогда уже здоровье человека спасает все та же высокоразвитая медицина и фармакология, а природная защита организма не способна справиться с нагрузками современного социума. Например, в вы-

сокорозвитой Японии у 90 % населения выявлена близорукость, а среди аборигенов Австралии и Новой Зеландии близорукость встречается лишь у 5 %.

Научно-технический прогресс прочно укоренился в нашей жизни, принёс много полезного и важного: человек придумал множество механизмов, автоматов и роботов, которые минимизировали его физическую энергию; измельчил и протер до состояния пюре большинство продуктов питания, а затем их проварил, пастеризовал и стерилизовал; защитился прививками и фармацевтическими препаратами от большинства болезней. Однако такой прогресс имеет и обратную сторону медали – человек катастрофически ослабил свой иммунитет и открыл свой организм воздействию нарождающихся болезней, на которые современная наука не всегда готова оперативно реагировать (рак, СПИД, лихорадка Эбола, и даже самый банальный постоянно мутирующий грипп) «Вы думаете, чем велик человек? – Таким вопросом задавались писатели-фантасты братья Аркадий и Борис Стругацкие. – Тем, что построил технократическую цивилизацию, прорубил окно во Вселенную и т. д.? Нет! Он велик тем, что при всем этом уцелел и пытается уцелеть и далее».

Вот, почему Человек Разумный должен актуализировать поиски ответа на гамлетовский вопрос «Быть или не быть?». В противном случае призрачные блага жизни выведут человека на дорогу, которая направлена в ад.

*Камінська Т.М.*

*Національний юридичний університет ім. Ярослава Мудрого*

## **РОЛЬ СТРАХУВАННЯ В РЕАЛІЗАЦІЇ КОНСТИТУЦІЙНИХ ПРАВ ГРОМАДЯН УКРАЇНИ НА МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ**

Останнім часом лунає все більше голосів на користь скасування або модернізації ст. 49 Конституції України, яка містить норму про безоплатність медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я і доступність медичного обслуговування для всіх громадян України. Аргументом називають декларативність 49 статті, неспроможність держави наповнити її справжнім змістом через системну економічну кризу і скорочення ВВП, а також поширеність неформальних платежів лікарям від пацієнтів. Проте існує ціла низка чинників, які свідчать про небезпеку формалізації та розвитку платної медицини.

В доповіді ООН 2015 р. про людський розвиток Україна посідає тільки 81-е місце серед 188 країн. Причому нас просуває вперед освіта (30-е місце), але за показником очікуваної тривалості життя (124-е місце) ми відстаємо навіть від Іраку, Північної Кореї, Бангладеш, Гондурасу, Самоа [1]. Крім того, дані Державної служби статистики України свідчать про те, що неухильно погіршується демографічна ситуація. Кількість наявного населення на початок 1991 р. дорівнювала 51 944 тис., на початок 2014 р. – 45 426 тис., а на початок 2016 р. – 42 760,5 тис. (без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополя). Перевищення кількості померлих над кі-

лькістю живонароджених складало в 2015 р. 183 012 людей [2]. Тобто інвестиції у суспільне здоров'я є умовою демографічного відтворення України.

Наша країна існує у глобалізаційному просторі і не може не враховувати світові тренди. Особливості постіндустріальної епохи полягають у тому, що інвестиції у третинний сектор економіки, зокрема в охорону здоров'я є водночас вкладенням у зростання ВВП. Тому навіть у США, де завжди існувала приватно-страхова медицина, розвиваються тенденції соціалізації. Якщо частка загальних витрат на охорону здоров'я на душу населення у 2013 р. складала там 8 713 дол., то суспільних витрат – 4 981 дол., тобто майже 57,2 %. В європейських країнах цей показник зрозуміло ще вищий. В 2013 р. він складав у Данії, Швеції, Франції, Бельгії, Німеччині, Австрії, Швейцарії відповідно 84,3; 84,1; 78,7; 77,8; 76,3; 76,2; 66 % [3].

Переформатування ст. 49 Конституції України потягне за собою відміну ст. 1, де зазначено, що Україна є соціальною державою. Інакше отримаємо правову колізію. У свою чергу, одним із принципів соціальної держави є рівність, зокрема доступу до суспільних благ. Чи готове суспільство до відмови від права на рівність? Скоріше, ні. Змінюючи «каркас» законодавства, ми закладаємо перебудову соціально-економічного устрою суспільства загалом, бо Основний закон країни має доленосний характер.

В умовах дуже обмежених суспільних ресурсів України збереженню конституційних прав громадян на безоплатне (для пацієнта, в момент лікування) медичне обслуговування допоможе, без радикалізму, страхування. Його роль полягає у захисті громадян, в тому числі неплатоспроможних, виключенні випадків відмови їм у лікуванні, зниженні фінансових ризиків непередбачених витрат на нього. Найбільше зниження соціальних ризиків забезпечує соціальне обов'язкове медичне страхування, яке відбувається на законодавчій основі та передбачає охоплення і молодих, і похилих громадян. Страхові фонди контролюють стандарти якості діагностики та лікування, що послаблює інформаційну асиметрію, властиву ринку медичних послуг, і стимулюють ефективний менеджмент.

Проте зараз мета розвитку обов'язкового медичного страхування може бути лише стратегічною. Не завершено структурно-технологічну перебудову охорони здоров'я, лікувальні заклади не набули фінансової самостійності. Ці напрями потребують скорішого втілення в практику, це скорочує витрати, втілює новий менеджмент. Система обов'язкового медичного страхування схожа на монополію, тому продукує заниження тарифів на медичні послуги, часто – за рахунок якості та своєчасного надання. Фіксовані ціни мають також схильність до тіньових продажів та черг, які небезпечні принаймні для онкологічних хворих. В Україні діяльність АМКУ далека від ефективної, тому існує загроза відшкодуванню лікувальним закладам повної собівартості послуг. І головне – в умовах, коли обсяг тіньової економіки України складає приблизно ? від ВВП, а підприємці намагаються виплачувати зарплати у «конвертах», незрозумілими є джерела внесків до страхових струк-

тур. Ось чому стартові умови реформування охорони здоров'я треба шукати ззовні, в Perezавантаженні всієї соціально-економічної системи України, розподілі насправді бізнесу і влади, формуванні нових принципів управління державою. Проста зміна ст. 49 Конституції зіграє на догоду олігархії й фармацевтичного клану та на шкоду пересічним громадянам.

### *Література*

1. Доклад о человеческом развитии 2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15\\_standalone\\_overview\\_ru.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15_standalone_overview_ru.pdf)
2. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>
3. OECD. Data. Health resources [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

***Квіткін П.В., Дятлова І.В.***

*Харківський університет Повітряних Сил ім. Івана Кожедуба*

## **ДУХОВНЕ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА В УМОВАХ СУЧАСНИХ ЦИВІЛІЗАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ**

Українське суспільство переживає складний і суперечливий етап свого історичного розвитку. Сьогодні фактично визначається майбутнє українського народу: чи стане Україна сучасним демократичним суспільством, у якому будуть домінувати загальнолюдські цінності, чи вона зупиниться на узбіччі загальної історії людства. Це майбутнє в остаточному рахунку визначається станом духовного здоров'я суспільства.

На стан духовного здоров'я сучасного українського суспільства впливають декілька факторів:

– незавершеність процесу формування в Україні політичної нації зі сталою системою національно-історичних духовних цінностей, здатною забезпечити національну самобутність народу в умовах сучасних глобалізаційних процесів, європейської інтеграції країни;

– перманентна криза, що охопила усі сфери суспільної життєдіяльності, складності і суперечності процесу пострадянської і постсоціалістичної трансформації українського суспільства, світові фінансово-економічні кризи і трансформація системи міжнародних відносин;

– обрана «політичною елітою» України, яка на хвилі народного піднесення на зорі незалежності «приватизувала владу», модель соціальної трансформації і розвитку суспільства, що призвела до виникнення клановості і корупції, відчуження людини від влади, національного багатства, можливостей захисту своїх прав, перетворення людини в інструмент реалізації політичних амбіцій і матеріального збагачення політичних і фінансово-економічних груп;

– інформаційна війна й активні інформаційно-психологічні операції проти України, що мають за мету дискредитацію євроатлантичної інтеграції України, європейську ідентичність українського народу.

Особливе місце у нейтралізації негативних впливів зазначених факторів, відродженні та збереженні духовного здоров'я українського суспільства покликана відіграти національна система освіти, метою якої повинні стати: всебічний розвиток людини як особистості і найвищої цінності суспільства; забезпечення опанування системою національно-історичних і загальнолюдських цінностей як основи власної системи цінностей і ціннісних орієнтацій; формування національної самосвідомості і національної ідентичності, високих моральних якостей; формування активної громадянської позиції і здатності до свідомого суспільного вибору.

Надання освіти провідної ролі у формуванні і збереженні духовної здоров'я суспільства та особистості зумовлює необхідність визначення основних шляхів оптимізації діяльності національної системи освіти.

Провідний напрямок – *гуманітаризація освіти*, яка покликана формувати цілісну картину світу, гуманітарну культуру і планетарне мислення, виховувати відповідне ставлення до навколишнього світу, суспільства і людини, сприяти подоланню екологічного невігластва і технократизму. Гуманітаризація освіти передбачає: подолання технократичної спрямованість підготовки фахівців з вищою освітою; приведення часу, відведеного на вивчення гуманітарних та соціально-економічних дисциплін, у відповідність до завдань, що покладені на зазначені дисципліни щодо формування особистості сучасного громадянина і патріота, носія національно-історичних і загальнолюдських цінностей; забезпечення гуманітарної наповненості усього процесу навчання у вищих навчальних закладах.

Другий напрямок – *гуманізація освіти*, що полягає в утвердженні людини як найвищої соціальної цінності, найповнішому розкритті її здібностей та задоволенні різноманітних освітніх потреб, забезпеченні пріоритетності загальнолюдських цінностей.

Третій напрямок – *імплементация до національної системи освіти світових стандартів і адаптація до європейського освітнього простору*. Складовими цього процесу постають: імплементация європейських принципів організації освітньої діяльності; впровадження тотожних до європейських стандартів освітньо-кваліфікаційних характеристик; розробка тотожних до європейських стандартів освітньо-професійних програм (за переліком навчальних дисциплін, за кількістю годин, що відводяться на їхнє вивчення, за змістовими компонентами програм навчальних дисциплін); впровадження єдиних засобів діагностики рівня сформованості знань, навиків і вмінь; впровадження у національну систему освіти європейських вимог до навчально-матеріальної бази системи вищої освіти, умов праці та оплати науково-педагогічних працівників.

## **СТРИМАННЯ ВІД КОНФЛІКТУ – ЗАПОРУКА ЗДОРОВ'Я**

Найбільше багатство – здоров'я; весела думка – половина здоров'я; аби зуби, а хліб буде. Усна народна творчість українського народу пересипана виразами про здоров'я людини. Ще давньогрецький філософ Сократ говорив: «Здоров'я – не все, але все без здоров'я – ніщо».

За визначенням ВООЗ здоров'я – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад. Тому не можна розглядати здоров'я окремо від постійних зв'язків людини із суспільством. Недаремно говорять, що людина – це соціально-біологічна істота.

Італійський соціолог Вільфредо Парето називав соціальну систему неоднорідною, через те що кожен має власні інтереси та погляди. І хочемо ми того чи ні, між людьми часто виникають непорозуміння, що спричиняють конфлікти. Говорять, що конфлікт – це взагалі факт існування людини.

Психолог, лікар-психіатр А. Б. Добрович зазначає, що конфліктна ситуація виникає за умови існування певних обмежень. Цієї ж думки дотримується й вітчизняний психолог Д. С. Паригін і додає, що це створює «психологічні бар'єри між людьми», а невміння долати труднощі, які виникають у процесі спілкування, призводить до емоційних зривів, погіршення фізичного й психічного здоров'я. Відповідно до статистичних показників, перебуваючи в емоційному напруженні, через конфліктні ситуації збільшується ризик серцево-судинних захворювань і захворювань шлунково-кишкового тракту (не говорячи про нервові розлади).

Із цього приводу швейцарський письменник Юнас Юнассон, наш сучасник, говорить, що в основі найскладніших конфліктів міститься ідея «Ти дурень! – Сам дурень! – Від дурня чую!». Пам'ятайте, що конфліктної ситуації можна уникнути й відтак зберегти своє здоров'я. Щоб подолати емоційну напругу та навчитися ставити себе на місце іншого, неодмінно потрібен самоконтроль (усвідомлення й оцінка власних дій).

Бажаючи висловити свою думку, робіть це обережно, бо критика схожа на бумеранг – вона миттєво обернеться проти вас. Спочатку намагайтеся зрозуміти причину вчинків інших. Не критикуйте й пам'ятайте, що звинувачуваний осудить всіх, окрім себе.

Є таке китайське прислів'я: «Суди себе тою ж мірою, що й інших, прощай їх, як самого себе прощаєш». У Біблії ж говориться: «Не суди і несудимий будеш». Навіть Бог не судить людину доки не закінчаться її дні. Чому тоді ми можемо дозволити собі це?

Говорячи про недоліки людей, робіть це в непрямій формі або спочатку скажіть про власні помилки. Якщо ж вам необхідно зробити зауваження, починайте з похвали й щирого визнання гідності людини. Замість того, щоб осуджувати, знайдіть у людині те, чим справді ви вражені таробіть щирий

комплімент. Психолог Емерсон писав, що кожен, кого він зустрічає, чимось перевершує його самого, і цьому він готовий навчатися.

Найкращий метод перемогти в суперечці – уникнути її. Бенджамін Франклін любив говорити: «Якщо ви сперечаєтеся та гарячкуєте, ви можете одержати перемогу, проте ця перемога буде марною, бо ви ніколи не завоюєте доброї волі вашого опонента».

Ще одне китайське прислів'я стверджує: «Людина без усмішки на обличчі не повинна відкривати лавки». Не треба забувати про гумор. Гумор і сміх, як правило, призводять до сублімації конфлікту (переключення психічної енергії в інший стан), тому його гострота зменшується.

Пам'ятайте, щоб засміятися, людині потрібно напружити 17 м'язів, а щоб насупитися – 43. Навіщо напружуватись? Посміхайтесь на здоров'я. Поводьте себе наче ви вже щасливі, і тоді ви неодмінно такими станете. І тоді конфлікти будуть обходити вас, а здоров'я лише покращуватися.

#### *Література*

1. Анцупов А. Я., Шипилов А. И. Конфликтология: учебник для вузов. – СПб., Питер, 2007. – 321 с.
2. Большаков А., Несмелова М. Конфликтология организаций. – Пресс, 2001. – 238 с.
3. Галиохметов Р. Н. Социально-философский анализ конфликта : монография. – Просвет, электронная версия книги, 2015. – 379.
4. Гришина Н. В. Психология конфликта. – М., 2008. – 420 с.
5. Д. Карнеги. Как приобрести друзей и оказать влияние на людей. – 2008. – 295.
6. Л. Козер. Функции социального конфликта : монография ; Перевод с англ. О. А. Назаровой. – М. : Идея-Пресс, Дом интеллектуальной книги, 2000. – 208 с.

***Коваленко Н.І.***

*Харківський національний медичний університет*

## **ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ БІОТЕХНОЛОГІЇ**

Проблема охорони здоров'я людини завжди стояла перед суспільством. Одним із найважливіших стратегічних завдань будь-якої держави є збереження генофонду нації, а це, насамперед, здоров'я її народу. Вирішенням цього завдання займаються зокрема медико-біологічні науки, які останнім часом досягли значних успіхів, і ці досягнення активно втілюються на практиці. Біотехнологія є однією з сучасних найперспективніших галузей. Найбільше застосування біотехнологія знайшла в сільському господарстві і медицині.

За визначенням Європейської біотехнологічної федерації, біотехнологія – це спільне використання біохімії, мікробіології і хімічної технології для промислового застосування корисних властивостей мікроорганізмів та культур тканин. Іншими словами, біотехнологія – це є скерований людиною комплекс способів отримання корисних для суспільства цільових продуктів за до-

помогою біологічних агентів – мікроорганізмів, вірусів, клітин тварин та рослин, а також за допомогою позаклітинних речовин і компонентів клітин [1].

Розшифрування структури ДНК дало можливість маніпулювати генами, міняти їх локалізацію, створювати організми з новими властивостями, які не виникають у ході еволюції. Методами сучасної біотехнології є генна та клітинна інженерія. За допомогою клітинної інженерії конструюються модифіковані клітини, які несуть чужорідний генетичний матеріал. Генно-інженерні методи використовують для створення нових генів, які потім вводяться в інші організми (бактерії, дріжджі і ссавці). Такі модифіковані «трансгенні» організми наділені новими корисними для людини властивостями [2].

За допомогою сучасної медичної біотехнології були створені біологічно активні речовини (інсулін, інтерферон, гормон росту, вакцини, вітаміни тощо), препарати для діагностики вірусних та генетичних спадкових захворювань; її здобутки застосовують при трансплантації органів, для лікування діабету, аутоімунних, інфекційних та інших захворювань.

В основі цих успіхів лежать отримані за допомогою генно-інженерних методів мікроорганізми-продуценти антибіотиків, ферментів, амінокислот, вітамінів, гормонів тощо; рекомбінантні вакцинні штами бактерій і вірусів; трансгенні рослини і тварини та ін.

Проблема генетично модифікованих організмів (ГМО), харчових продуктів і лікарських препаратів, отриманих за допомогою генної інженерії, є однією із особливостей сучасного розвитку людства. Указані об'єкти є серйозною небезпекою як для здоров'я людини, так і для навколишнього середовища. ГМО здатні розмножуватися і поширюватися в природі, можливо, схрещуватися зі звичайними організмами, що унеможлиблює контроль за ними.

Наразі широке використання ГМО ставить важливі питання, без розв'язання яких біотехнологія не може бути названа безпечною технологією. Одними з таких питань є екологічний ризик, тобто загроза ГМО для навколишнього середовища, пов'язана з негативним впливом на екосистему, та вплив на здоров'я людини (збільшення ризику ракових захворювань, харчові алергії, резистентність до антибіотиків, поява нових вірусів і бактерій, зміна генотипу і фенотипу рослин і тварин, зниження імунітету тощо) [3]. Крім того, не розроблено специфічних ознак і маркерів для виявлення впливу ГМО на здоров'я людини, а такий вплив описується як розвиток традиційних захворювань, як то алергійні реакції, отруєння тощо [4]. Немає даних про наслідки довготривалого використання ГМО. Для оцінки безпечності ГМО використовується принцип «поживної рівноцінності» («substantial equivalence»), згідно з яким продукт ГМО порівнюється з відповідним харчовим продуктом або його компонентом, що є недостатнім. Не досліджується молекулярна характеристика модифікованої продукції, не береться до уваги наявність маркерних генів, нових промоторів та генів модифікаторів [5]. Неконтрольовані маніпуляції з генетичним матеріалом можуть викликати активацію так званих «сплячих» генів, посилювати горизонтальне перенесення генів, що може як наслідок викликати поширення серед бактерій резистентності до антибіотиків.

Таким чином, надзвичайний прогрес біотехнології має супроводжуватися розробкою досконалих критеріїв та методів оцінки безпеки ГМО та якості модифікованих продуктів з метою попередження їх можливого негативного впливу на навколишнє середовище та здоров'я людини. Доки не доведена безпека продуктів біотехнології, маркування модифікованої продукції, отриманої із генетично модифікованих організмів, є обов'язковим.

#### *Література*

1. Secretariat of the Convention on Biological Diversity. Cartagena Protocol on Biosafety to the Convention Biological Diversity: text and annexes. Montreal: Secretariat of the Convention on Biological Diversity, 2000. – 30 p.

2. Преждо В. В. Екологічний словник / В.В. Преждо та ін. – Харків : ХДАМГ, 1999. – С. 57.

3. Грязнева Т. Н. Современные проблемы биотехнологии и биобезопасность в области генной инженерии / Т.Н. Грязева. – Режим дотупу: <http://www.ns-mbz.ru/infocenter/articles/86-ns-mbz.html>

4. Хазан В. Б. Сучасна біотехнологія і питання біобезпеки в контексті сталого розвитку / В. Б. Хазан, О. В. Ангурець, П. В. Хазан // Екологія і природокористування. – 2004. – Вип. 7. – С. 32–40.

5. Mae-Wan Ho. Horizontal gene transfer – the hidden hazards of genetic engineering / Mae-Wan Ho. TWN, 2001. – 24 p.

*Ковальковський М.С.*

*Харківський національний медичний університет*

### **ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ СОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ**

Вік є одним із найбільш істотних факторів, що визначають соціальний статус індивіда в суспільстві. В умовах трансформаційних процесів, економічної нестабільності та посилення конкуренції на ринку праці підвищується значення передбачуваних якостей особистості, а приналежність до старших вікових груп суттєво знижує життєві шанси індивіда на збереження (покращення) свого статусу. Це, безумовно, накладає відбиток на соціальне самопочуття як жінок, так і чоловіків. Так, самооцінка статусу в суспільстві, життя в цілому значно корелює з віком респондента: у групі як чоловіків, так і жінок самооцінка свого положення на уявній соціальній драбині наближається до найнижчого щабля в міру збільшення віку. Проте у старших вікових групах спостерігається особливо помітний взаємовплив факторів статі і віку на самооцінку соціального статусу.

Сімейний статус жінки подвійно впливає на можливості реалізації соціального потенціалу. З одного боку, наявність сім'ї корелює з більш оптимістичними поглядами на життя, зокрема з оцінками перспектив зміни його рівня. З іншого боку, конфлікт ролевих вимог, що виникає через сімейний статус жінки, безумовно, обмежує можливості реалізації її соціального потенціалу.

Освіта, професія, кваліфікація є чинниками, що здійснюють вплив на соціальну позицію як жінок, так і чоловіків, проте цей вплив має гендерну специфіку. Життєві шанси реалізації освітнього потенціалу в жінок істотно нижчі. Це виявляється, по-перше, у співвідношенні освітнього рівня і рівня доходів чоловіків та жінок; по-друге, у невідповідності освітнього рівня жінок і виконуваної ними роботи у неформальному секторі економіки (зокрема у дрібнотоварній ринковій торгівлі); по-третє, у структурній концентрації жінок серед представників групи масової інтелігенції (зокрема учителів, медпрацівників), становище і статус якої є вкрай неблагополучним у пострадянських суспільствах; по-четверте, в обмеженні для жінок можливостей підвищення свого професійно-кваліфікаційного рівня через конфлікт ролевих вимог.

У низці соціально-психологічних факторів, що здійснюють вплив на процес реалізації соціального потенціалу особистості, традиційно виділяються: потреби, інтереси, цінності, властивості характеру, що визначають життєву стратегію індивіда. Сукупність цих факторів у значній мірі зумовлює рівень особистої активності жінок в економічній, професійній, політичній сферах життєдіяльності суспільства.

*Ковальцова М.В., Соколова А.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ**

*«Consumor aliis inserviando – светя другим, сгораю сам»*

Профессиональная деятельность преподавателей медицинских учреждений отличается высокой эмоциональной напряженностью и склонностью к развитию стрессов. Это связано с тем, что с каждым годом количество студентов, обучающихся в медицинских учреждениях увеличивается, а уровень их исходной теоретической подготовки снижается. Преподаватели стремятся вызвать у студентов-медиков заинтересованность к предметам, пытаются улучшить их мотивацию к обучению, используют материалы, благодаря которым студент увидит перспективы использования изучаемого материала в профессиональной деятельности врача. Интенсивная работа педагогов зачастую приводит к постепенной утрате эмоциональной, когнитивной и физической энергии и проявляется симптомами умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности, что в современной литературе описывается как «синдром эмоционального выгорания» (СЭМ). Впервые СЭМ описал американский психиатр Н. Freudenberger в 1974 г., давши ему название «burnout», и использовал его для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с пациентами (клиентами) в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. В настоящее время, СЭВ считают реакцией организма, возникающей вследствие продолжитель-

ного воздействия профессиональных стрессов. Главной причиной СЭВ считается психологическое, душевное переутомление, несоответствие между личностью и предъявляемыми к ней требованиями. Работа в стрессовой обстановке приводит к мобилизации внутренних ресурсов и может вызвать как острые нарушения, так и отсроченные последствия в организме человека, что отражено в концепции Г. Селье.

Таким образом, в профилактике СЭВ лежат мероприятия, направленные на уменьшение эмоционального напряжения, повышение профессиональной мотивации, выравнивание баланса между затраченными усилиями и получаемым вознаграждением, в качестве которого выступают эрудиция, знания и умения наших студентов.

Каждый имеет достаточно сил, чтобы достойно прожить жизнь. А все эти разговоры о том, какое сейчас трудное время, – это хитроумный способ оправдать свое бездействие, лень и разные унылости. Работать надо, а там, глядишь, и времена изменятся .... (Лев Ландау).

*Козько В.Н., Меркулова Н.Ф.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УКРАИНЕ**

Важнейшей ценностью для человека является здоровье. «Когда нет здоровья, молчит мудрость, не может расцвести искусство, не играют силы, бесполезно богатство и бессилён ум» (Геродот). Великий Сократ на вопрос учеников «Что такое здоровье?» ответил: «Здоровье – это не все, но все без здоровья – ничто!».

Эксперты Всемирной организации здравоохранения выделили четыре основные группы обеспечения здоровья современного человека:

- генетические факторы – 15–20 %;
- состояние окружающей среды – 20–25 %;
- медицинское обеспечение – 10–15 %;
- условия и образ жизни людей – 50–55 %.

Таким образом, становится понятно, что болезни современного человека обусловлены, прежде всего, его образом жизни и повседневным поведением. В настоящее время здоровый образ жизни рассматривается как основа профилактики заболеваний. К примеру – в США снижение показателей детской смертности на 80 %, а смертности всего населения на 94 %, увеличение ожидаемой средней продолжительности жизни на 85 % связывают не с успехами медицины, а с улучшением условий жизни и труда и рационализацией жизни населения. А в нашем государстве 78 % мужчин и 52 % женщин, к большому сожалению, ведут нездоровый образ жизни. Это в первую очередь употребление алкоголя и наркотиков, которые приводят к болезням.

С 1997 года произошло лавинообразное распространение ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков во всех областях Украины,

начиная с Одесской и Николаевской. По мнению В. Стешенко, причинами взрывоподобного распространения ВИЧ-инфекции в Украине являются – резкое возрастание за последнее десятилетие числа потребителей инъекционных наркотиков.

Особенности инъекционного потребления наркотиков в Украине:

- практика использования общих шприцев и емкостей для их промывания;
- покупка наркотиков в шприцах, многократно использовавшихся ранее;
- технология приготовления наркотиков из маковой соломки, предусматривающая добавление в готовый раствор для осаждения взвесей свежей крови;
- неэффективность профилактических мероприятий среди потребителей инъекционных наркотиков;
- неблагоприятная эпидемическая ситуация по заболеваниям, передающимся половым путем.

На распространение ВИЧ-инфекции влияют и социальные факторы. Настоящее время важнейшим фактором, который влияет на распространение ВИЧ-инфекции половым путем, является количество половых партнеров за определенный временной период.

Мировой рынок порождает целую группу профессий, представители которых длительно пребывают вдали от мест постоянного жительства. моряки, шоферы часто подвергаются риску заражения, пользуясь услугами работников наемного секса. «Индустрия удовольствий» обслуживает также огромный туристический рынок. Отдельное значение в распространении ВИЧ-инфекции имеет коммерческая торговля кровепродуктами.

Таким образом, развитие пандемии ВИЧ-инфекции значительно ускорено развитием «мирового рынка», который сделал весьма интересным передвижение источников инфекции и даже обеспечил распространение отдельных факторов передачи ВИЧ.

*Колотилов А.В.*

*Харьковский национальный университет*

## **ВОЛОНТЕРЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Волонтер – человек, добровольно занимающийся безвозмездной общественно полезной деятельностью. Люди становятся волонтерами по разным причинам. Некоторых подталкивает желание бескорыстно делать добро, другие – пытаются компенсировать отсутствие чего-либо в личной жизни, а кто-то занимается волонтерством, чтобы приобрести свой собственный опыт и осмыслить свою пользу для общества.

Волонтера определяют ярко выраженные положительные качества: сочувствие к людям, уступчивость, практическая смекалка, умение работать в команде, последовательность и надежность. Такими качествами может обладать каждый, но их совокупностью чаще располагают люди, избравшие своей профессией медицину.

Сегодня волонтер – это, чаще всего, студент, который продолжает искать себя в различных направлениях общественной деятельности, старается занять определенное социальное положение, которое принесет ему комфорт и возможность реализовать себя как личность. Особое положение в этом отношении занимают волонтеры-медики.

Вместе с тем, особенности волонтерского движения не предполагают обязательного медицинского образования у каждого участника. Напротив, зачастую в волонтерское движение вливаются молодые люди, желающие получить опыт работы в медицинском учреждении. С другой стороны, особенности деятельности медицинских учреждений не подразумевают неорганизованное привлечение волонтеров к исполнению каких-либо обязанностей. Такой подход вызван необходимостью доверия волонтеру сведений, составляющих врачебную тайну, допускать к общению с пациентами. Привлечение волонтеров к работе в медицинском учреждении должно носить строго организованный характер, который бы предполагал индивидуальный набор добровольцев.

Деятельность волонтера-медика заключается в оказании помощи обществу в различных проявлениях, но чаще – в профессиональной сфере. Так, студенты посещают хосписы в рамках собственных проектов, работают на могилах известных ученых и медицинских работников, помогают детским домам и школам-интернатам.

Это очень важно, особенно для медицинского работника. Ярким примером служит ХНМУ – колыбель «медицинского» волонтерства города Харькова, и его представители – члены Самоуправления, волонтеры ХНМУ и простые активисты, которые сами воспитывают в себе позитивные качества. Поэтому, сегодня особенно актуально поддерживать развитие волонтерского движения среди молодежи, и уделять ей значительное внимание в среде медицинских работников.

*Копейка Н.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ЗДОРОВЬЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА: ФИЛОСОФСКИЙ И МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТЫ**

Большинство современных людей в ходе повседневной жизнедеятельности задумываются о своем здоровье, однако мало что делают для поддержания его на высоком уровне. Французский писатель Жан Лабрюйер еще в XVII отмечал, что «здоровье – это то, что люди больше всего стремятся сохранить и меньше всего берегут». Вот почему данная тема важна и актуальна для изучения проблемы отношения человека к своему здоровью и сохранению работоспособности.

Здоровье человека – это состояние полного социально-биологического и психологического комфорта, когда функции всех органов и систем организма уравновешены с природной и социальной средой, отсутствуют какие-либо

заболевания, физические дефекты. Здоровье человека правомерно рассматривать с позиций диалектического закона взаимного перехода количественных и качественных изменений, где основными выступают качественные характеристики и количественные параметры. Отклонение от каких-либо параметров ведет к нарушению нормального функционирования организма, а значит, здоровье человека претерпевает качественные изменения. Вот почему необходимо поддерживать эти показатели в состоянии, близком к норме.

В жизни человека все факторы взаимосвязаны. Однако наибольшая связь прослеживается между здоровьем и нашей трудовой деятельностью. Именно поэтому здоровье необходимо поддерживать на высоком качественном уровне, ведь нарушение функционального состояния систем организма отрицательно влияет на работу мозга и физическое состояние в целом. У людей с ослабленным функциональным состоянием организма сокращается время работоспособности, и увеличивается время утомления и восстановления, снижается внимание и сосредоточенность, что необходимо в каждом виде деятельности. Например, работа врача требует предельного внимания, осторожности, хорошей умственной деятельности и психологической выдержки при работе с пациентами. Если же сам врач будет иметь проблемы со здоровьем, то он не будет готов к самоотдаче и выполнять свою работу на должном уровне, что может привести к врачебной ошибке, а, возможно, и к непоправимым последствиям.

Кроме того, на здоровье человека влияет его эмоциональное и психологическое состояние, что отражается на познании и восприятии окружающего мира. Другими словами, только здоровому человеку интересны все краски и звуки мира, важны все те знания, которые он способен познать. И, напротив, каждый человек во время болезни становится немного раздражительным и нервным, иногда срывается из-за своих проблем на невиновных людях. Заболевания негативно влияют на состояние нашей нервной и сердечно-сосудистой систем, снижают сопротивляемость организма. При этом возникает стрессовая реакция организма, из-за чего мы и становимся раздражительнее. А ведь стресс нередко сопровождается сниженным или, наоборот, повышенным аппетитом, высоким сердцебиением, срывом адаптационных и иммунных систем организма и другими изменениями, что приводит к ухудшению нашего состояния.

Здоровье – это достояние не только отдельно взятого человека, который работает на благо своей семьи и способен радоваться жизни. Это также и достояние государства, т. к. понятие «трудовые ресурсы» складывается из качества здоровья отдельно взятых людей и составляет такое понятие как «здоровье нации». Вот почему здоровье – это не только медицинская проблема, но также и экономическая, демографическая, философская, нравственно-этическая, психолого-педагогическая и др., так как имеет многовекторный характер.

Таким образом, здоровье является неотъемлемой частью нашей социальной, физической и духовной жизни. Здоровые люди более продуктивны, а, значит, способны улучшить не только свою жизнь, но и мир вокруг себя.

*Корсунов К. В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ЕВГЕНИКА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ**

Евгеника – наука о селекции человека, о путях улучшения его наследственных качеств, которая была призвана бороться с вырождением человеческого генофонда. Основы селекции были известны человеку с глубокой древности, а упоминания об отборе лучших из людей можно встретить в легендах и сказаниях древних народов. В современном мире существует целый ряд законов, запрещающих любую дискриминацию по генетическому признаку. Тем не менее, миру известны некоторые успешные случаи реализации евгенических государственных программ в недалеком прошлом. Примером может быть программа предотвращения бета-талассемии в Южной Сардинии.

Евгенику условно следует разделить на два типа: позитивную и негативную. Позитивная евгеника ставит перед собой цель достичь совершенства человеческой расы, развить у человека особые качества, таланты и способности генетическим путем. В свою очередь, негативная евгеника стремится избавить человечество от тяжелых генетических нарушений и пороков развития плода. Примером таких дефектов могут быть синдром Дауна, Паттау, Эдвардса, прогерия, талассемия, гидроцефалия, синдром тетраамелии, серповидно-клеточная анемия и многие другие.

С самого начала евгеника вызывала критику со стороны различных научных кругов, так как подвергала сомнению не только этические нормы генетики, но и права человека в целом. Абсолютное неприятие евгеники пришло чуть позже, во времена расовой политики нацистской Германии, после которой от нее на долгие годы отвернулось научное сообщество. Нельзя исключать, что события тех лет могут быть реанимированы в современном обществе. Однако следует ли вообще ставить под запрет евгенические направления из-за того, что, прикрываясь научными целями, нацисты попросту истребляли людей по расовому и религиозному признакам? Несмотря на то, что евгеника прошла значительный путь от государственных программ до объекта всеобщей ненависти, можем ли мы говорить, что в рамках современного прогресса, развития естественных наук, таких как генетика, клеточная инженерия и биотехнология, эта наука безвозвратно уходит в прошлое?

Вероятно, что исходя из принципов негативной евгеники, то есть искоренения дефектного потомства, человечество могло бы избавиться от целого ряда проблем.

Во-первых, евгеника позволила бы полностью искоренить целый ряд наследственных заболеваний, таких как гемофилия, фенилкетонурия, хорей Гентингтона и другие. Ведь, когда люди говорят о негуманности аборт, они не думают о том, насколько гуманно обрекать на страдания детей, рожденных с генетическими аномалиями?

Во-вторых, то, что люди понимают под скрещиванием, в корне отличается от того, что применяется для выведения новых пород животных или сортов растений. С развитием науки отпала необходимость полового контакта между скрещиваемыми организмами, ведь это можно заменить на более этическое оплодотворение *in vitro* («в стекле», «в пробирке», т.е. вне живого организма).

В-третьих, несмотря на то, что людей, страдающих генетическими нарушениями в мире немного, все равно их обследование, лечение, а в некоторых случаях и содержание, требует достаточно больших финансовых затрат.

Я сторонник идеи о том, что на все вопросы следует искать ответы, а на все болезни – лечение, однако не рациональнее было бы искоренить дефект, нежели пытаться его вылечить? Наука не стоит на месте, равно как и современный человек не должен оставаться удовлетворенным достигнутым в своем совершенствовании, и одним из путей к достижению сверхчеловека будущего, несомненно, является наука евгеника. Возможно, что мир просто еще не готов принять такой вариант развития, ведь его все еще крепко держат стереотипы и консервативные взгляды. Но хочется верить, что когда-нибудь настанет тот день, когда люди придут к пониманию необходимости достижения идеального общества со сверхлюдьми без болезней и патологий. Безусловным условием достижения такой сверхцели должен стать этический контроль со стороны мирового сообщества. Люди должны контролировать себя ради своей же безопасности. Такую предосторожность черпаем мы из истории самого человечества.

*Костенко А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **РЕЛИГИЯ И МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ**

*«Медицина – ежедневное испытание на человечность» (Чехов)*

*«Час пробил, и выбор между добром и злом у нашего порога» (Винер)*

Современный мир охвачен глобальным многоуровневым кризисом, что ставит под угрозу феномен существования самого человечества и всех форм его проявления, а именно: социально-экономическое развитие, культуру, духовную жизнь, идеалы гуманизма. Следует подчеркнуть, что корень проблем и причины системы кризисов находятся именно в изменении ценностного портрета и моральных характеристик современного общества [1; 2].

Американский ученый, профессор Томас Цасс, автор двадцати трех книг по психиатрии, изучая влияние нравственного релятивизма в психологии,

психотерапии, психиатрии на нравственное состояние американского общества, пришел к важному выводу. «Снижение индивидуальной, личной ответственности, замена христианских добродетелей, высоких нравственных ценностей их суррогатами, снижение нравственных стандартов во избежание стресса» и для достижения комфорта стало «главной разрушительной силой, которая влияла на американское общество в течение последних пятидесяти лет».... Человечество теряет смысл своего существования и осмысления бытия всего человечества и каждого человека в условиях динамично изменяющейся реальности и нарастания числа локальных и мировых вызовов [2].

Возникает вопрос: Так может ли современное общество преодолеть нарастающий многосистемный кризис и какие механизмы его преодоления? Ответ возникает бесспорный: человек – это главное звено социальной системы и преодоление системного кризиса невозможно без возрождения культуры и духовности, воспитания и образования будущих поколений на основе традиционных ценностей.

В актуалиях современности, человек вынужден искать духовные основы своего существования в условиях мировоззренческого плюрализма и обострения глобальных проблем. Именно с этим связана общемировая тенденция повышенного внимания к человеку и, особенно, его духовному миру, мировоззрению. Философы, социологи, культурологи сегодня подчеркивают, что разрыв между научно-рационалистическим, с одной стороны, а с другой-практическо-гуманистическим компонентами мировоззрения человека приобрел угрожающие размеры, что порождает необходимость корректировки существующих идеалов, ценностей, принципов, смысла жизни человека, которые привели его к принявшей довольно четкие очертания угрозе гибели, исходящей из современного вызова истории. Нужна новая мировоззренческая парадигма выживания в современных условиях, значительное место в которой отводится врачам, во многом определяющих телесное здоровье человечества.

Медицина испокон веков была тесно связана с религией, поскольку и религия, и медицина стоят у истоков жизни и смерти. За последние десятилетия, медицина шагнула вперед, добившись особых успехов в своих подходах к лечению людей, стала игнорировать многовековой опыт религии. Стремительное развитие медицинских технологий, кардинальные сдвиги в медико-клинической практике побуждают многие «горячие головы» к скептическому отношению к религиозной традиции. Современной медицине для ее дальнейшего развития необходима всеобщая, продуманная борьба за разумность, совесть и доброжелательность – строжайшее выполнение норм нравственности. Именно поэтому, неразрывная взаимосвязь естественнонаучного, гуманитарно-психологического элементов в мировоззрении врача проявляется в интеграционном процессе освоения научного знания, формирования информационных, операционально-деятельных, стимулирующе-мотивационных, организационно-методических связей и оценочных действий.

Таким образом, мы пришли к выводу, что специфика мировоззренческих знаний, идеалов, принципов, убеждений и верований врача выражается в гу-

манистическої направленності лікарської діяльності, а також в валеологічному підході к людині, в єдності соматического і психіческого стану здоров'я в нормі і патології, людинорозмірному морально-психологічному компоненті світогляду в любых умовах мирної життя і бойової обстановки. Розглядаючи проблему взаємозв'язку релігії і морально-етических проблем сучасної медицини, слід відзначити, що особливість функціонування світогляду лікаря проявляється в міждисциплінарному характері лікарської теорії і практики, інтегративних властивостях особистості лікаря і лікарської діяльності, людинолюб'я, в екстремальних умовах лікування, а також життєспасальної направленності [3].

#### *Література*

1. Духовно-моральна соціально-економічна система: монографія / В. В. Компанієць. – Харків: УкрДАЗТ, 2011.
2. Дмитриевич В. в плену гететического кола: О психології К. Юнга і прозе Германа Гесе / В. Дмитриевич. – Пермь: Православне общество «Панагія», 2001.
3. Світогляд лікаря як предмет соціально-філософського аналізу // Лікар: медицина, філософія, релігія: тези наукової конференції. – СПб.: ВМедА, 1995.

*Котелюх М.Ю.*

*Харківський національний медичний університет*

### **ВИВЧЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ**

На сьогодні гострий інфаркт міокарда (ГІМ) є всесвітньою актуальною проблемою. Важливо зазначити, що летальність збільшується у хворих на ГІМ та супутній цукровий діабет (ЦД) 2-го типу, аніж у хворих на ГІМ без ЦД 2-го типу. Тому, вивчення гендерних особливостей хворих на ГІМ та ЦД 2-го типу представляє наукову зацікавленість.

**Мета дослідження:** визначити гендерні зміни у хворих на гострий інфаркт міокарда та супутній цукровий діабет 2-го типу.

**Матеріали та методи дослідження:** Для вивчення хворих на ГІМ та ЦД 2-го типу було проаналізовано світові статистичні дані, котрі проводилися на протязі багатьох років. Нами проаналізовано дослідження, що проводилося за допомогою РСІ-реєстру (до цього реєстру входять 99 центрів із 30 європейських країн). Група хворих для дослідження складала 19 489 осіб з 2006 по 2007 років. 5 376 хворих складала на ГІМ, котрі знаходилися на лікуванні в клініках Європи. Ми розглянули дослідження, котре проводилося університетською лікарнею (Канарія, Іспанія) з 2006 по 2009 роки.

**Результати дослідження.** Згідно з реєстром РСІ жінки у віці 71 років становили 1 477 осіб, з них 35,1 % з ЦД 2-го типу. Чоловіки у віці 63 роки складала 3 899 осіб, з них 25,5 % з ЦД 2-го типу ( $p < 0,01$ ). Після одного року нагляду за хворими після перенесеного ГІМ, летальність складала серед жінок

5,1% ( $p < 0,01$ ); чоловіків – 3,0 % ( $p < 0,01$ ). Дослідження університетською лікарнею (Канарія, Іспанія) включало 491 особи, з них 70,3 % чоловіки та 29,7 % жінок. Жінки віком 68 років та чоловіки 56 років. З ЦД 2-го типу чоловіки склали 34,0 % порівняно з жінками 49,3 % ( $p < 0,01$ ), на ГІМ – STEMI – 46,7 % чоловіки, 43,2 % – жінки; NSTEMI – 53,3 % чоловіки, 56,8 % – жінки ( $p < 0,05$ ). Жінки мали повторний ГІМ – 1,2 % порівняно з чоловіками 4,3 % ( $p < 0,05$ ). Однак летальність через 30 днів після дослідження склала вище серед жінок 3,0 % порівняно з чоловіками – 0,3 % ( $p = 0,03$ ).

*Висновки.* Таким чином, дослідження показали, що відбувається збільшення смертності серед жінок на гострий інфаркт міокарда незалежно від наявності цукрового діабету 2-го типу, що може бути обумовлено важкістю перебігу гострого інфаркту міокарда з супутньою патологією.

*Коцур В.Е.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: ФИЗИЧЕСКИЙ, СОЦИАЛЬНЫЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТЫ**

Профессии преподавателя отведена огромная социальная роль в каждом обществе, которая заключается, прежде всего, в передаче опыта, навыков, культуры и знаний от одного поколения к другому или от одного человека другому в рамках одного поколения. От уровня социальной роли всегда зависит и уровень физической, социальной и эмоциональной нагрузки, поэтому можно сказать, что эта профессия является одной из самых сложных и серьезно подверженных профессиональным заболеваниям.

Одним из главных социальных аспектов профессии преподавателя является постоянное общение со студентами, учениками, другими преподавателями и лицами, обладающими более высокой иерархической должностью. Для того чтобы эффективно выполнять свою социальную функцию учитель постоянно должен поддерживать свой авторитет и дисциплину в учебной группе, что требует большого эмоционального напряжения. Также каждый преподаватель подвержен множеству профессиональных и других заболеваний, которые связаны с соответствующими факторами следующим образом:

1) Интенсивная речевая нагрузка может вызывать нарушения в работе голосового аппарата. Это, в сочетании с гиподинамией, может вызывать патологии в сердечно-сосудистой и дыхательной системах.

2) Постоянное зрительное напряжение вызывает развитие миопии и других нарушений зрения.

3) На фоне необходимости много и часто сидеть может возникать (при неправильной позе) остеохондроз, а также искривления позвоночника.

4) Иногда, в результате длительного стояния развивается варикозное расширение вен.

5) Студенты часто посещают занятия, не смотря на различные инфекционные заболевания которые у них имеются, что вызывает риск заражения преподавателя.

6) Не редко преподаватели снимают стресс (психическое напряжение) курением, что провоцирует развитие целой серии заболеваний дыхательной системы.

Спецификой профессиональных заболеваний преподавателей является то, что большинство заболеваний, связанных с малоподвижной трудовой деятельностью или эмоциональным перенапряжением, возникает в основном у людей со стажем более 20 лет, а болеющих на ОРВИ – в течение первых 5 лет. Согласно структуре заболеваемости наиболее распространенными заболеваниями среди преподавателей являются заболевания дыхательной системы (около 25 %), затем органов кровообращения (около 18 %).

Высокий уровень заболеваемости на профессиональные заболевания обусловлено также тем, что профилактика этих заболеваний недостаточно распространена в профессиональной сфере, исключением является большинство преподавателей физической культуры.

Для поддержания физического, социального и эмоционального аспектов работы преподавателя на должном уровне строго необходимо соблюдать правила личной гигиены и гигиены труда.

*Кошиль М.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДУХОВНОСТИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ**

Прогресс общества всегда был связан с его духовным развитием. В условиях современного духовного упадка актуализируется проблема духовности, её роли в формировании личности. Духовность – это позиция ценностного сознания, принадлежащая всем его формам, – нравственной, политической, религиозной, эстетической, художественной. Воспитание духовности предполагает формирование, в первую очередь, морального сознания: моральных норм, принципов, идеалов, понятий. Поэтому духовный кризис личности – это потеря смысла жизни. Острота вечных вопросов не зависит от возраста, однако для молодых людей их нерешенность, чаще всего, приводит к глубокому психологическому кризису.

Большой проблемой является то, что уровень духовности, а, следовательно, и общественного сознания, снижается незаметно. Проявлением этого является равнодушие к ближнему, усиление агрессии и жестокости, появление потребительских желаний. Медленное растворение совести подрывает нравственную память, снижает общие интеллектуальные способности. Как следствие, происходит разрушение творческих способностей и прекращение духовного развития человека. Если абстрагироваться от своих физических и материальных потребностей, то можно обнаружить, что происходит «миро-

воззренческая катастрофа». В обществе меняется внутренняя структура и общий духовно-психологический климат.

В настоящее время создано много психологических, психосоциальных и альтернативных форм ухода человека от ответственности за свои поступки. Можно вспомнить такие техники внешнего программирования и кодирования чужой личности как гипноз, 25-й кадр, рекламные ролики, нейролингвистическое программирование и т. п. – это всё относится и базируется на основах современной психологии. Политические акции, такие как выборы, референдумы, да и просто демонстрации также широко используют инструменты социотехнических средств воздействия. Главная цель подобных мероприятий заключается в манипуляции «бессознательным» общественных масс. В результате высшие социальные деятели получают общество с полной апатией к социальным противоречиям и несправедливости.

Сфера образования призвана противостоять разрушительным тенденциям современного общества и поддерживать тенденции созидательные и прогрессивные, которые реализуются посредством действия социальных институтов, одним из которых является университет. Задача состоит не только в том, чтобы вложить в каждого студента определенную сумму знаний и умений, но и в том, чтобы воспитать думающую, психологически здоровую личность, способную действовать в русле государственных интересов. Роль педагогов всех уровней в этом незаменима, так как именно он призван закладывать человеческое в человеке, с детства формировать духовность как полноту бытия.

Наше общество забыло о Боге. Некоторые считают его абстрактным. Считают, что неважно во что верить, главное заполнить свою душу этим чувством. Но это не совсем так. Чувство Божественного присутствия должно быть присуще каждому. Именно из-за его отсутствия в современном обществе проявляются проблемы различных форм зависимости молодёжи. Отчуждение и бездушие разрушают жизнь и толкают людей к поиску того, что заполнит их жизнь чем угодно – наркотикам, алкоголю. Человек постоянно контактирует с обществом, ведь он рождается в обществе, живет в нем, существует благодаря обществу и для него. На сегодняшний день большинство людей озабочены тем, чтобы оправдать себя в какой-либо ошибке, обвинить кого-то в собственной неудаче. А ведь людям нужно больше заботиться о своей душе, потому что красота души компенсирует недостатки тела.

Таким образом, чтобы общество обновилось и стало другим, люди сами должны духовно, нравственно обновиться, стать другими. Без изменения самих людей, без достижения ими высоких личных качеств кардинальное обновление общества не состоится. Сознание людей должно быть подготовлено к восприятию происходящих перемен и освоению качественно новой системы ценностей, которая должна привести к прогрессивной духовности. С другой стороны, для изменения людей должны быть предпосылки, созданные самим обществом, а, следовательно, это – обоюдный процесс.

## **ФОРМИРОВАНИЕ ЧЕЛОВЕКА ДУХОВНОГО В ПРОЦЕССЕ ДИАЛОГА КУЛЬТУР**

Обучение русскому языку иностранных студентов предполагает наряду с основной задачей овладения языком как инструментом получения профессиональных знаний повышение общего уровня культуры и духовное развитие личности.

Известный американский поэт и писатель 19 века Оливер Уэндел Холмс (врач по профессии) писал: «Каждый язык – это храм, в котором бережно хранятся души говорящих на этом языке». Эта мысль подтверждает взаимобмен на уровне духовных сфер общения в процессе изучения любого иностранного языка.

Носителем и проводником культуры изучаемого языка является преподаватель, от которого зависит создание на уроке правильной атмосферы, способствующей диалогу культур. Понимание преподавателем того факта, что мы живем в едином информационном пространстве, представляющем современную цивилизацию, мотивирует преодоление изоляции даже в рамках одной поликультурной группы. Тем важнее становится овладение общим языком коммуникации как ключом к взаимопониманию разных народов.

Привлечение в учебный процесс произведений мировой художественной литературы способствует формированию высокого уровня духовной и языковой культуры обучаемых. Включение в дискурс общения некоторых этнических авторов позволяет преподавателю создать на уроке коммуникативную ситуацию, мотивирующую диалог культур.

Один из современных исследователей русского языка и сторонник сопряжения изучения языка и культуры в контексте межкультурной коммуникации Е.И. Пассов предложил формулу усвоения иностранного языка: «Культура через язык и язык через культуру». Мы полагаем эту формулу абсолютно мотивированной и оправданной. Лингвокультурология ориентирована на глубокое проникновение в культуру, усвоение ее ценностных пластов, наконец, она более аксиологична по своей сущности.

Е.И. Пассов утверждает: «Формирование человека культуры, человека духовного всегда происходит благодаря диалогу культур – родной и иностранной» (1, с. 43).

Таким образом, при организации обучения иностранным языкам необходимо применять особые методы, способствующие аксиологизации учебного процесса. Прежде всего учитывать интересы этнических культур, представляющих иные системы ценностей, что положительно будет влиять на формирование межкультурной компетенции.

Правильная организация общения в поликультурной среде способствует формированию духовно богатой личности, способной воспринимать не только этнические, но и общечеловеческие ценности.

## *Литература*

1. Пассов Е.И. Программа-концепция иноязычного коммуникативного образования. – М.: Просвещение, 2000. – 173 с.

**Кузнецова К. Ю.**

*Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна*

### **ДУХОВНІ ПОШУКИ ЛЮДИНИ У СИТУАЦІЇ ЗАВЕРШЕННЯ МЕТАФІЗИКИ**

Тема подолання метафізики отримала розвиток, передусім, у М. Гайдегера, але вона стає центральною ідеєю більшості сучасних філософських. Критика метафізики ґрунтується, у першу чергу, на таких рисах метафізичного мислення: 1) Метафізика передбачає фіксований набір універсальних правил рефлексії, котрі ведуть до сприйняття реальності за допомогою матриці «сутності та необхідності»; 2) Метафізика, претендуючи на тотальне знання реальності, намагається забезпечити абсолютно стабільну основу для життя; 3) Метафізика передбачає піднесення знань про дійсність до абсолютного рівня, наділяючи їх привілейованим доступом до реальності.

Претензії метафізики на осягнення граничних основ буття, на основі чого можна побудувати єдину, зв'язну, строго обґрунтовану картину світу – ці зазіхання були оскаржені вже І. Кантом. Своєю критикою розуму він заклав основи постметафізичного мислення. Розум спирається на досвід, але у досвіді граничні основи не дані. Розум не може об'єктивно свідчити про ноумінальний світ. Цілісна картина світу створюється самим трансцендентальним розумом завдяки ідеям, що засновують єдність. Сущє в цілому не може бути предметом пізнання.

Спростування можливості єдиної, об'єктивної картини вічних структур буття руйнує претензії на абсолютну істину будь-якого світогляду, як секулярного, так і релігійного. Як теїзм, так і атеїзм метафізичні у своїй основі, і рівною мірою не можуть претендувати на абсолютну істину і завершеність своїх описів буття. Наука також тяжіє до природничої картини світу в цілому, синтетично похідної від теоретичних знань природничих наук. З позиції постметафізичного мислення, секулярні картини світу в цілому можуть не більшою мірою претендувати на істинність, ніж релігійні. У ситуації завершення метафізики жодна метанаррація не є центральною, і не має права на легітимацію або делегітимацію будь-чого.

Одночасно з заходом метафізики як системної філософії, здатної запропонувати зв'язну, єдину, строго обґрунтовану картину незмінних структур буття, вичерпується сама можливість філософського спростування існування Бога. Це відстоює можливість релігійного досвіду. Плюралізм постметафізичної доби виключає саму можливість будь-якого теоретичного розрізнення метафоричної і неметафоричної мов.

З завершенням метафізики ми більше не маємо спільної основи, яка б дозволяла встановлювати істинний зміст наших міфів, науки, філософії.

Повернення релігії в публічний простір, що є ознакою постметафізичної і постсекулярної ситуації, проявляється у формі відкритих дискусій між віруючими і невіруючими. На думку Дж. Ваттімо, можливість виступати на рівних обом сторонам діалогу між релігійними і світськими інтелектуалами обумовлена завершенням метафізики і формуванням постметафізичного мислення і постсекулярного суспільства.

Д. Капуто відстоює думку, що метафізика являла собою багатовікову і невдалу спробу об'єднати філософію і богослов'я. Ця спроба об'єднання зводить богослов'я до рівня спекулятивного раціоналістичного починання, яке більше не спирається на одкровення. З точки зору таких сучасних дослідників як М. Тейлор, Дж. Ваттімо, Ж.-Л. Маріон, К. Харт, К. Рашке і М. Вестфал метафізика розглядається як небезпечна помилка християнської теології, адже вона мислить і говорить про Бога в термінах причини, обґрунтування або джерела і, таким чином, неминуче приходиться до онтотеології [1].

Постметафізичні автори намагаються вийти за межі метафізичної граматики існування і сутності та розвивати нову парадигму, яка відмовляється уявляти Бога в метафізичних категоріях, пропонуючи натомість мислити про нього за допомогою семантики дару, можливості і есхатологічної надії.

Капуто наполегливо шукає альтернативу, яка, по-перше, включала б «смирений» спосіб мислення, що дозволяє уникнути надмірних претензій на знання про реальність і про Бога, і, по-друге, прагнула б бути вірною фактичності життя, сторонячись будь-якого намагання витіснити уявним знанням реальності саме життя і екзистенційний характер справжньої віри. Постметафізична релігія, як «більш стримана» форма релігійної віри, починається зі смерті Бога метафізики і онто-тео-логії. Її сутність полягає у власне вірі, вільній від метафізики, невірної до життя, до іншого та до віри. Така «релігія без релігії» дозволяє бути глибоко і незмінно «релігійним» з богослов'ям або без нього, з релігією або без неї, з певними претензіями на релігійне знання або й без них [2].

#### *Література*

1. Соловій Р. Богословський проект Джона Капуто у контексті постметафізичного богослов'я. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [<http://soloviy.org.ua/2014/12/theological-project-of-john-caputo/>].
2. Caputo, John D. On Religion, Thinking in Action – London; New York: Routledge, 2001. – p. 18.

***Кулык Т. В.***

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДОНОРСТВА ЯЙЦЕКЛЕТОК**

Каждая молодая семья считает необходимым иметь детей, однако в силу ряда объективных и субъективных причин современного социума рождение желанного ребенка становится проблемой, порой непреодолимой. И в таких случаях на помощь приходят современные репродуктивные технологии. До-

норство ооцитов является эффективным способом лечения бесплодия в тех случаях, когда яичники женщины не продуцируют собственных яйцеклеток (при дисфункции и пороках развития яичников, преждевременном истощении овариального резерва, менопаузе), а также в случаях неоднократных неудачных попыток искусственного оплодотворения при плохом качестве эмбрионов. Донорство яйцеклетки применяется также при высоком риске передачи наследственных заболеваний. В таких случаях яйцеклетки получают у другой здоровой женщины-донора, оплодотворяют их спермой мужа бесплодной пациентки (либо сперматозоидов донора, если бесплодие в паре связано с проблемами также и мужского здоровья) и полученные эмбрионы переносят в матку бесплодной женщины. Этот процесс и называют донацией ооцитов [3].

Использование донорских яйцеклеток становится распространенным явлением, особенно среди женщин старше 40 лет. В 2000 году около 10 % всех проведенных процедур вспомогательных репродуктивных технологий использовали донорские яйцеклетки. Успешность процедур при этом резко возросла. Женщины, которым подсаживали свежие (не замороженные) эмбрионы, беременели в 43,4 % случаев [4].

В каждом случае ЭКО с использованием донорских яйцеклеток шанс получить хороший результат составляет от 25 до 40 %. Поэтому может понадобиться не одна попытка. Согласно статистическим данным 2008 года, вероятность успешной пересадки донорских яйцеклеток и эмбрионов составляет:

- 29 % при использовании свежих эмбрионов;
- 21 % при использовании замороженных эмбрионов.

В 2009 году количество успешных пересадок только что произведенных донорских эмбрионов выросло до 34 % [2]. Эти показатели немного выше, чем показатели успешности стандартного ЭКО, так как что донорами яйцеклеток являются женщины младше 35 лет, а донорами спермы – мужчины 45 лет и младше.

Донорство яйцеклеток в Украине регулируется статьей 48 Основ законодательства Украины об охране здоровья, статьей 123 Семейного кодекса Украины, но больше всего правовые аспекты донорства яйцеклеток в Украине раскрыты приказом МОЗ № 771 от 23.12.2008 «Инструкция о порядке применения вспомогательных репродуктивных технологий» [1]. В правовых документах определяются характеристики особы, которая может стать донором яйцеклеток: возраст 20–32; наличие собственного здорового ребенка; удовлетворительное соматическое здоровье; отсутствие негативных фенотипических проявлений; отсутствие наследственных болезней. Это могут быть как знакомые паре люди, родственницы или подруги, так и анонимные добровольные доноры. В случае, если яйцеклетку предоставляет анонимный добровольный донор, законом гарантируется полная конфиденциальность и сохранение врачебной тайны. Анонимность также означает и то, что семья

реципиентов получает только общие сведения о доноре. Это национальность, рост, вес, цвет глаз и волос, образование, наличие семьи и детей, группа крови и резус фактор. Супружеская пара подписывает заявление о том, что они обязуются не устанавливать личность донора яйцеклеток и понимают, что дальнейшие связи их, или их детей, с донором невозможны. Доноры как яйцеклеток, так и сперматозоидов, не могут брать на себя родительские обязательства относительно будущего ребенка. Если донор знает пару, он может получать сведения о состоянии дел, а как только ребенок родится потребовать разрешение на его посещение. Донор яйцеклеток заключает договор, в котором четко прописываются условия любых взаимоотношений в будущем, даже если донор является близким другом или родственником.

Процедура донорства и имплантации яйцеклетки такая же, как стандартное экстракорпоральное оплодотворение. (Синонимы: «оплодотворение в пробирке», «оплодотворение *in vitro*», «искусственное оплодотворение», в английском языке обозначается аббревиатурой IVF (*in vitro fertilisation*).) Во время ЭКО яйцеклетку извлекают из организма женщины и оплодотворяют искусственно в условиях «*in vitro*» («в пробирке»), полученный эмбрион содержат в условиях инкубатора, где он развивается в течение 2–5 дней, после чего эмбрион переносят в полость матки для дальнейшего развития.

После тщательного обследования женщина, получающая донорскую яйцеклетку, проходит курс гормональной терапии для подготовки к пересадке. Если у нее функционируют яичники, ей понадобится лечение эстрогеном и тестостероном для того, чтоб ее цикл совпал с циклом донора.

В это же время донору будут давать гормоны, вызывающие суперовуляцию. Когда она будет готова, яйцеклетки будут извлечены и оплодотворены. Через несколько дней эмбрион или несколько эмбрионов будут подсажены в матку реципиента. Она будет продолжать принимать гормоны на протяжении 10 недель после процедуры.

Одним из последних достижений является возможность имплантации эмбриона. Эта технология предполагает использование предварительно замороженного эмбриона, который остался после лечения пары путем экстракорпорального оплодотворения. Пара могла забеременеть или отказаться от ЭКО. Независимо от причины, они передали клинике право передать их эмбрионы другим парам. Но в этом есть один недостаток: донорские эмбрионы часто принадлежат парам, которые лечились от бесплодия. Успех менее вероятен по сравнению с использованием яйцеклеток молодого и здорового донора.

Таким образом, мы выходим на проблемы прав доноров и реципиентов, которые заключаются в четком указании, что донор навсегда отказывается от родительских прав; что любые дети, появившиеся на свет из донорских яйцеклеток, являются законными детьми родителей [3].

Пары, использующие донорские яйцеклетки, покрывают все расходы. Также донор обычно получает фиксированную плату за свои услуги. В зависимости от специфики договора, оплата может осуществляться разными

способами (т. е. до или после извлечения яйцеклетки). В контракте также оговаривается, мера пресечения в случае исчезновения донора до извлечения яйцеклетки. Если женщина не забеременела с первого раза, можно попросить донора дать яйцеклетку для следующей процедуры, и включить такое требование в договор.

Использование донорских яйцеклеток является дорогостоящим методом лечения: отбор, обследование доноров и их материальная компенсация увеличивают стоимость процедуры ЭКО. Однако высокая результативность программ ЭКО с донорскими яйцеклетками дает многим парам самый высокий шанс на беременность, частота наступления которой в циклах ЭКО с донорскими яйцеклетками составляет 45–50 % [5].

#### *Литература*

1. «Инструкция о порядке применения вспомогательных репродуктивных технологий», приказ Минздрав Украины № 771 от 23.12.2008.  
Электронный ресурс: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0263-09>
2. Кузьмичев Л.Н., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю., Бесплодный брак / В сб. «Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии» / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М., 2006. – С. 56–72.
3. Кузьмичев Л.Н., Леонов Б.В., Смольникова В.Ю. О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в лечении женского и мужского бесплодия / Приказ Минздрава. – 2003.
4. Кулаков В.И., Леонов Б.В. Лечение женского и мужского бесплодия. ВРТ в лечении женского и мужского бесплодия – 2005. – С. 78–83.
5. Кулаков В.И., Яворовская К.А., Кузьмичев Л.Н. и др. Экстракорпоральное оплодотворение: проблемы и перспективы развития / Новорожденные высокого риска, новые диагностические и лечебные технологии / Под ред. В.И. Кулакова, Ю.И. Барашнева. – М., 2006. – С. 226–258.

*Кулик Т.В., Плехова О.А., Череднікова Т.Ю.  
Харківський національний медичний університет*

### **КОМПРОМІС – ЗАПОРУКА БАЛАНСУ СІМЕЙНИХ ТА ПРОФЕСІЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ МАТЕРІВ НА РИНКУ ПРАЦІ**

Процеси індивідуалізації, як найзначуща риса сучасності, є вкрай суперечливими. Незважаючи на наявність нових можливостей для самореалізації особистості, прозорість життєвих біографій, автономію та свободу вибору, індивідуалізація породжує нові конфлікти між вимогами ринку праці та сферою приватного – сім'єю, шлюбом, батьківством. В основі цих суперечностей – розділення сфер публічного та приватного в суспільстві, внаслідок чого виникає проблема рівноваги роботи та приватного життя, що є особливо гострою для жінок, які поєднують працю із сімейними обов'язками.

Одне із завдань сімейної політики – запровадження механізмів сприяння балансу сім'ї та роботи шляхом знаходження компромісу між професійними

та особистими інтересами батьків та дітей. Досягнення цього балансу передбачає використання системи батьківських відпусток, доступність сервісів догляду за дітьми, створення так званих «дружніх до сім'ї робочих місць». Найважливішим показником ефективності сімейної та гендерної політик в аспекті підтримки працюючих матерів є становище матерів на ринку праці. Рівень зайнятості жінок відчутно залежний від наявності та кількості у них дітей. Середній показник зайнятості матерів дітей віком до 15 років у країнах у 2011 році становив 68,2 %. Найвищі рівні зайнятості – в Ісландії, Словенії, Данії, Швеції; найнижчі – на Мальті, в Угорщині, Італії, Греції, Чехії, Словаччині, Ірландії, Іспанії. В Україні рівень зайнятості матерів дітей до 15 років близький до середнього. Показники зайнятості матерів коливаються в залежності від кількості дітей у них. Середній показник зайнятості матерів однієї дитини становить 69,2 %, двох – 65,6 %, трьох та чотирьох – 50,5 %. В усіх країнах наявність у жінок дітей зворотно пропорційне рівню їх зайнятості.

Одним із факторів, що сприяє коливанню показників зайнятості матерів в європейських країнах, є державна та суспільна підтримка працюючих матерів, що може знижувати прояви конфлікту між професійними та сімейними обов'язками на рівні робочого місця. У західних соціальних дослідженнях чимало праць присвячено взаємозв'язкам держави, ринку та сім'ї в аспекті проблеми дисбалансу роботи та сім'ї. Окремі механізми та інструменти державних політик, сприяння балансу сім'ї та роботи досліджено у працях Ботвінченко А., Традовської Ю., Калатіхіної І., Щурко Т. та ін. Аналіз позиції жінок у тому числі жінок-матерів на ринку праці України здійснена у 2012 р. авторським колективом під керівництвом Е. Лібанової.

*Мета:* вивчити доступність ресурсів робочого місця, за даними доступної літератури, що сприятиме розвитку системи заходів врегулювання успішного поєднання професійних і сімейних обов'язків на прикладі працюючих матерів, які мають принаймні одну дитину до 10 років та проживають у великому місті. Емпірична база – результати авторського дослідження «Повсякденна практика поєднання матерями оплачуваної праці та піклування про дітей», здійснена з грудня 2014 р. по лютий 2015 р. у м. Полтава. Вибірка становила 373 респондентки (довірчий інтервал – 95 %) – матері, що працюють за наймом та мають одну дитину віком від 3 до 10 років, яка відвідує дитячий колектив. Соціально-демографічні характеристики вибірки: за кількістю та віком дітей – одну дитину мають 68 %, двох дітей – 30 %, трьох та більше – 2 % респонденток. За типом сім'ї – нуклеарні сім'ї з двома батьками – 66 %; розширені сім'ї з двома батьками – 14 %; 12 % сімей – материнські; материнсько-розширені (мати, дитина, батьки матері) – 5 %. Розподіл за віковими групами матерів: 20–24 р. – 4 %; 25–29 р. – 25 %; 30–34 р. – 33 %; 35–39 р. – 26 %; 40 р. та більше – 13 %. За рівнем освіти: повна середня – 2 %; середня-професійна – 13 %; середня спеціальна – 17 %; неповна вища – 7 %; вища – 62 %. За секторами зайнятості: 60 % матерів працюють у державному секторі, 40 % – у приватному. Виявлено, що 8-годинний робочий день з понеділка по п'ятницю мали 76 %. Атипові робочі години (дні) мають 22 %

матерів. Для працівниць державного сектору властива робота за типовим графіком, у приватному секторі – нетипові робочі графіки. Одним із найсприятливіших для поєднання професійних і сімейних обов'язків є вільний графік роботи, що є найнедоступнішим ресурсом для працівниць державного сектору зайнятості.

Створення робочих місць, дружніх до сім'ї, є складовою соціальної та сімейної політики як на рівні держави, так і окремого підприємства, орієнтованої на потреби працюючих батьків, які стикаються з проблемою встановлення балансу між їх домашніми та професійними обов'язками. Виділено такі характеристики умов праці, що можуть сприяти успішному поєднанню працівниками професійних і сімейних обов'язків, як то можливості гнучких графіку роботи, робочого місця, відпустки та наявність гаранту соціального захисту, лояльність робочого колективу та керівництва до сімейних обов'язків. За результатами опитування, найдоступнішим ресурсом виявилася гнучка відпустка та можливість застосування лікарняного з догляду за дитиною. Найважливіші ресурси поєднання оплачуваної та продуктивної праці, зокрема гнучкий робочий час та гнучке робоче місце, виявилися малодоступними. Слабкість механізмів сприяння балансу роботи та сім'ї на рівні робочого місця є одним із факторів поведінки співробітників на ринку праці.

*Висновки:* одним з найважливіших механізмів успішності поєднання матерями професійних і сімейних обов'язків є створення умов праці, орієнтованих на потреби працюючих батьків. Аналіз проблем та суперечностей такої політики в Україні повинен стати рушійною силою для подальших досліджень та нових законопроектів у трудовому Кодексі.

*Курчанова Ю.В.*

*Харківський національний медичний університет*

## **СОЦИАЛЬНОЕ НЕДОВЕРИЕ КАК ФЕНОМЕН МЕДИА-АГРЕССИИ**

С появлением газет, журналов, радио, телевидения, интернет-медиа мир стал «более информационным» (недаром современную эпоху называют именно информационной эрой), а развитие психологии и родственных научных направлений способствовало открытию множества методов и способов воздействия на сознание человека. Их слияние сделало средства массовой информации не только ретранслятором всех информационных потоков общества, но и одним из главных инструментов манипулирования человеком. Воздействие медиа все чаще становится опасным, нежели наоборот – полезным и познавательным [1].

Скорость жизни современного человека и протекания всех социальных процессов не дают нам возможность проверять правдивость всех информационных сообщений. Мы слепо доверяем их источникам, и на этой основе у нас формируется искаженное представление о реальности. «Лжец должен обладать хорошей памятью», – так говорил Квинтилиан, но не всегда так есть на самом деле. Со временем могут открываться новые факты, явно сви-

детельствующие о неправдивости ранее представленных материалов. Поэтому в обществе формируется феномен социального недоверия, которое на поведенческом уровне может проявляться в закрытости, осторожности, желании избегать риска, действовать строго по инструкциям, недовольстве и пессимизме, подозрительности в отношении других людей.

Согласно С. Е. Вершинину, существует минимум четыре социальных сферы, в рамках которых возможно рассмотрение феномена социального недоверия. Экономическая сфера – пример рационального выбора. Недоверие проявляется в чрезмерной скрупулезности на пути к максимальному эффекту при минимальных затратах, однако в кризисное время может рассматриваться как способ избегания разнообразных рисков. Психологическая сфера – с этой позиции рассматриваются предпосылки возникновения недоверия человека к самому себе и другим людям. Социальное поведение мотивирует возникновение недоверия как условия выживания и адаптации. Социологическая сфера рассматривает соотношение личностного недоверия к другим членам общества и системного недоверия к социальным институтам. Эгоизм власти, социальная несправедливость становятся поводом и стимулятором развития у разных социальных слоев различных отрицательных чувств, приводящих к групповому и индивидуальному недоверию. Философская сфера может рассматриваться как следствие более глубоких негативных исторических процессов, а отсутствие надежности, предсказуемости, надежды приводит к нарастанию чувств одиночества, тревоги [2].

Самым действенным и оперативным средством влияния на общественное сознание, безусловно, является телевидение. Объединяя в себе силу голоса с яркой «живой» картинкой на экране, оно имеет наибольшее количество рычагов влияния на человеческую психику. Как пример, рассмотрим освещение российскими и украинскими СМИ так называемого референдума в Крыму (март 2014-го года). «Первый канал», «НТВ», «Россия 24» подчеркивали свободу и безоговорочное право выбора людей. «Телеканал Украина», «Первый национальный», «Интер» заявляли о том, что у людей, наоборот – нет права выбора, их принуждают к голосованию угрозами [1]. Видя подобное расхождение в содержании информационных сообщений, зрители стремятся найти новый источник новостей, чем без особого труда может воспользоваться кто угодно для формирования тенденциозного, изначально кому-то выгодного общественного мнения. Как результат наслаивания подобных «информационных искажений», сформированное недоверие уже не позволяет воспринимать правду, ведь она отличается от ранее сложившихся представлений.

На мой взгляд, средства массовой информации должны непредвзято и правдиво передавать информацию, а не «окрашивать» новости субъективными оценочными суждениями, формирующими у людей представления о враждебности, агрессивности и коварстве окружающего мира. Снижение

уровня медиа-агрессии будет способствовать формированию объективной картины мира и исчезновению феномена социального недоверия.

#### *Литература*

1. Гуржий Д.А. Влияние СМИ на формирование общественного мнения // Молодой ученый. – 2015. – № 12. – С. 991–993.

2. Вершинин С.Е. Социальное недоверие как проблема постсоветского общества // Доступно на: <http://www.werschinin.ru/?ml=28>.

*Кутарева М.Ю.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

### **МИФЫ И ПРАВДА О СУИЦИДЕ**

Суицид – добровольное лишение себя жизни – в настоящее время становится все более актуальной темой для обсуждения и научных исследований. По статистике, ежегодно 1,1 миллиона людей на планете сводят счеты с жизнью. Изучая проблемы внутреннего мира человека, специалисты пытаются понять мотивы совершения самоубийств. Что же толкает человека на такой шаг?

Существует много мифов о том, что самоубийства происходят, в основном, в подростковой среде, что чаще они случаются в праздники, иногда даже можно встретить ссылки на данные, будто бы уровень самоубийств напрямую связан с уровнем жизни, достатком человека (семьи, государства), что суицидальные наклонности передаются по наследству...

Но все эти утверждения – не более чем неподтвержденные мифы. Суициды случаются во всех странах (и богатых, и бедных), в любое время суток, их уровень прямо не зависит от принадлежности человека к тем или иным социальным группам (хотя, конечно, подростки – одна из «зон риска») и, конечно же, суицидальное поведение по наследству не передается.

Но все же некоторые закономерности, связанные с самоубийствами, были выявлены. Например, спутником суицида нередко является алкоголизм, ведь при неумеренном употреблении алкоголя сознание человека в буквальном смысле разрушается. Климатические условия и сезонность также являются факторами, влияющими на уровень суицидальности: специальные исследования показывают, что самоубийства происходят чаще всего летом и весной, реже – осенью, почти никогда – зимой. Психологи утверждают, что человек склонен сводить счеты с жизнью не тогда, когда и в душе, и в природе все «умирает» (например, зимой или осенью), а как раз тогда, когда природа расцветает, а на душе «кошки скребут»...

Цитата из книги американского суицидолога Эдвина Шнейдмана «Душа самоубийцы»: «Никто не совершает самоубийства, испытывая радость. Враг жизни – это боль» [1], как нельзя лучше указывает на истинные мотивы и причины суицидального поведения. Представители медицинских кругов часто считают, что потенциальные самоубийцы – это люди, принадлежащие, в основном, к так называемым «группам риска»: например, наркоманы, боль-

ные онкологическими заболеваниями или же просто индивиды с тяжелой «неустроенной» судьбой. Но на самом деле, к суициду склонен значительно более широкий контингент людей: те, кто пережил психические расстройства или подобного рода детские травмы, кто испытал на себе насилие в семье или ощутил в детском возрасте безразличное отношение со стороны родителей... Неудачи в творчестве и, как результат, депрессия, также могут спровоцировать суицид, поэтому неудивительно, что некоторые известные представители мира искусства и науки кончали жизнь самоубийством: Диоген, Ч. Диккенс, З. Фрейд, Ван Гог и многие другие [2].

Все самоубийцы «хотят жизни так же, как и смерти» – вот почему они часто перед самоубийством сообщают о намерении своим близким или делают публичную попытку суицида. В этой связи специалисты выделяют несколько разновидностей самоубийств: например, «истинное» и псевдосамоубийство. Первое совершается человеком, пребывающим, как говорится, в «здравом уме», тогда как под псевдосамоубийством подразумеваются случаи, когда человек больше «играет на публику», пытаясь лишить себя жизни в состоянии аффекта (например, как следствие накопленных проблем и жизненных неурядиц).

Как известно, большинство попыток лишить себя жизни не доводятся до конца, но у многих таких «неудачников» существует высокая вероятность повторения попытки...

#### *Литература*

1. Эдвин Шнейдман Душа самоубийцы // Доступно на: <http://www.rulit.me/books/dusha-samoubijcy-read-193419-94.html>.
2. Известные люди, покончившие с собой // Доступно на: <http://www.liveinternet.ru/users/1487603/post56768333>.

*Куцуба Алина*

*Харьковский национальный медицинский университет*

### **СПИД КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА**

СПИД – опасное и распространенное заболевание XXI века. Вирус может передаваться через прямой контакт повреждённой слизистой оболочки или повреждённой кожи здорового человека с биологическими жидкостями заражённого человека. Впервые был выявлен в 80-х годах XX века в гомосексуальной среде, что вызвало недовольство и неприязнь к больным СПИДом среди обывателей. Общественное мнение связывало факт заражения с аморальным поведением, причиной распространённости заболевания называлась «сексуальная распущенность». Поэтому для людей больных СПИДом осуждение и отвержение со стороны социума стало моральной травмой даже в большей мере, чем сама клиника протекания болезни и ее последствия. Зафиксировано множество случаев фатальных последствий влияния общественного неприятия в жизни людей больных СПИДом. Остракизм со стороны социума приводит к маргинализации и ожесточению больных, что может принимать форму ВИЧ-терроризма. Известны случаи, когда люди нахо-

дили иголки в общественных местах, в банкоматах, на сиденьях транспорта, в кинотеатре, самолетах и записки с текстом «Добро пожаловать в семью ВИЧ-инфицированных» (риск заражения при этом составляет 0,03–0,3 %).

В последнее время социум становится все более осведомленным о проблеме СПИДа. Этот вопрос обсуждают в школах, университетских аудиториях, СМИ. Издаются журналы и информационно-просветительские материалы, усилия ученых и работников сферы здравоохранения направлены на активное информационное сотрудничество с ВИЧ-инфицированными лицами и широкой общественностью. 13 мая 1988 года ВОЗ выдала резолюцию о недопущении дискриминации лиц больных СПИДом.

Долгие годы научной работы позволили изучить строение вируса, пути его передачи, клинику протекания заболевания, что позволило изменить отношение людей к этой проблеме. На сегодняшний день любой человек может пройти анонимный тест на ВИЧ. Харьковский областной центр борьбы со СПИДом имеет в своем распоряжении специализированную мобильную амбулаторию, что дает возможность проводить консультации и обследования в различных частях Харьковской области. Активно организуются фонды помощи ВИЧ-позитивным детям. Одним из таких является харьковский благотворительный фонд «Благо», который занимается предупреждением распространения ВИЧ: обратившимся выдают стерильные шприцы, иглы, средства личной защиты. Но все же численность больных СПИДом постоянно возрастает. За 2015 год в Украине по данным Украинского центра контроля за социально опасными заболеваниями МОЗ Украины было зарегистрировано 15 808 новых случаев ВИЧ-инфекции (из них 2 961 ребенок до 14 лет). Согласно данным вышеупомянутого центра контроля за социально опасными заболеваниями, Украина остается лидером в Европе по масштабам распространения ВИЧ-инфекции.

Актуальными проблемами остаются дискриминация и нарушение конфиденциальности больных СПИДом, отказ в предоставлении медицинских услуг, что является нарушением закона Конституции Украины. Для решения социальных проблем, связанных со СПИДом, необходимо иметь мощную законодательную основу, которая стимулировала бы активное государственное участие, привлечение общественности, улучшение подготовки медицинского персонала при работе с ВИЧ-инфицированными, обеспечение финансовой и материально-технической поддержки. Воспитание общества должно быть направлено на взаимопомощь, внимание и любви к окружающим. Нельзя оставаться равнодушным, СПИД ближе чем нам кажется.

## ДУХОВНІСТЬ ЯК ВАЖЛИВА ДЕТЕРМІНАНТА МОДЕРНІЗАЦІЇ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА

*«Изменения, происходящие в государстве, всегда проходят через сердца и души его граждан» (Демокрит)*

Сучасний світ характеризується глибокою системною кризою, що почалася на всіх вимірах життя сучасної цивілізації. На думку вчених (Д. Белл, Е. Тоффлер,) саме нехтування духовними цінностями на догоду матеріальному, відсутність антикризових програм і дієвих управлінських механізмів, (направлених на забезпечення стійкого розвитку, здатних контролювати стихійні процеси соціального буття і вносити в них елементи впорядкованості), спричинює поляризацію країн/суспільства за умовами життя, відкидаючи багатьох на узбіччя світового прогресу.

Як зауважує відомий аналітик З. Бжезінський, на початку ХХІ століття світ увійшов у зону турбулентності, коли нестабільність та хаос лише посилюватимуться, а певні території потерпатимуть від воєнних конфліктів, техногенних ризиків, масових протистоянь (релігійних, світоглядних, етнічних, расових). Соціальна катастрофа у внутрішньому вимірі кожного суспільства наскрізно визначена несбалансованістю інтересів, зростанням напруги між «бідними та багатими», як в міждержавному, так і в міжрегіональному вимірі. З іншого боку, в лабіринтах нових цінностей та ідеалів, наростаючої інформаційної уніфікації, поряд з нарощуванням можливостей освіти, стимулюється занепад локальних культур, що супроводжується загостренням проблеми ідентичності та самобутності спільнот. Слід підкреслити, що в умовах глобалізованого «суспільства споживання» зазначені проблеми стають своєрідними «революційними чинниками» направленними на боротьбу за справедливий розподіл ресурсів та забезпечення рівності доступу до природних та соціальних благ і стандартів життя.

Відтак, актуальність вибраної теми не викликає сумніву, адже в переломні моменти історії, як це відбувається в сучасну добу, глобалізація задає новий вимір світового розвитку [2], загострюється філософсько-методологічна рефлексія, як детермінанта радикального перегляду світоглядних засад і системи цінностей, переконань та пріоритетів діяльності людини і людства в цілому.

Сучасні філософи, соціологи, культурологи наголошують на тому, що в основі економічної, політичної, екологічної кризи -- криза світоглядна і духовна, що проявляє себе не тільки в локальному, а й в глобальному масштабі. Шляхи вирішення цієї проблеми можливі лише за умови нової парадигми розвитку на засадах відродження духовності. На думку А. Урсула, повинна відбутися світоглядна й культурна перебудова не тільки самої людини, а й соціальних груп, базових соціальних інститутів, суспільств. Фундаментальною основою й онтологічним базисом такої перебудови має стати кодекс

ноосферного мислення, що визначає моральний та екологічний імператив (А. Печчеї, М. Моїсеїв), а також етична концепція культури (А. Швейцер). Беручи за основу визначені культурно-етичні системи, слід відмітити, що духовна культура і свобода особистості, наслідування принципів гуманізму та соціальної справедливості є головним імпульсом майбутнього розвитку людства. В такому контексті, духовна культура націлена долати соціальну агресію, вона захищає соціальний порядок соціуму, приборкує претензії технічного та технологічного прогреса, направляючи інтелект людини до адекватного осягнення соціальних процесів, стимулює впровадження нових підходів аксіологічної і світоглядної адаптації індивіда в сучасних умовах.

Слід зазначити, що поява нових викликів у вигляді реальних технологічних, сировинних, енергетичних, продовольчих, демографічних, екологічних загроз, усвідомлення реальних труднощів оптимального практичного вирішення питань війни і миру торкнулися й України. Як зауважують (М. Михальченко, М. Степико, А. Ручка) український соціум переживає важкий і затяжний період трансформації в демократичне суспільство, який супроводжується соціально – економічною нестабільністю, політичною нестійкістю, прогресуючим безробіттям, бідністю, погіршенням якості життя, девальвацією системи соціальних і моральних цінностей в суспільстві.

На жаль, за останнє десятиліття Україна не змогла перейти від задач виживання до стратегії прогресивного розвитку (Є. Головаха, В. Воронкова). Відтак, соціально-економічний вектор економіки України не відповідає загальносвітової тенденції, що актуалізує пошук стратегій і шляхів виходу з кризи, направлених на підвищення конкурентоспроможності країни, здійснення програм реформування й розвитку соціального управління, пошук ціннісних сенсів та ідеалів, впровадження нових ідей та адаптивноспроможних оперативних методик аксіологічного й людиновимірного спрямування. Слід підкреслити, що в такому контексті, духовність, як фундаментальна антропологічна константа, є тією основою людської спільності й консолідуючою силою, що здатна об'єднувати людей, стимулювати національне відродження й оновлення України, забезпечити злагоду і громадянський мир в суспільстві.

#### *Література*

1. Валлерстайн И. Анализ мировых систем и ситуация в современном мире. [Текст] – СПб.: Университет. кн., 2001. – 416 с.

2. Воронкова В.Г. Формування ноосферної концепції регіону в умовах глобалізації / В. Г. Воронкова // Гуманітарний вісник Запорізької державної інженерної академії [зб. наук. пр.] – Запоріжжя: Вид-во ЗДІА, 2013. – Вип. 52. – С. 15–24.

## **ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ: ФІЗИЧНИЙ, СОЦІАЛЬНИЙ ТА ЕМОЦІЙНИЙ АСПЕКТИ**

У цей час проблема професійного здоров'я набуває особливої актуальності. Поняття професійного здоров'я інтегрує складні взаємини людини з професійним середовищем і є мірою узгодженості соціальних потреб суспільства та можливостей людини в умовах професійної діяльності. Професія повинна відповідати фізичним та духовним здібностям людини, її психологічним особливостям, стану здоров'я, інтересам, знанням та умінням.

*«Для того, щоб люди знаходили щастя у своїй праці, необхідними є три умови: праця має бути їм до снаги, вона не має бути такою, що виснажує, і її обов'язково повинен супроводжувати успіх», – відзначав англійський письменник Джон Рескін.*

Праця та спосіб життя мають великий вплив на внутрішній та фізичний стан людини. Малорухливий спосіб життя, зловживання шкідливими звичками, порушення нормальних режимів сну, харчування і ін. призводить до фізичного та духовного занепаду особистості, її деградації, зниження продуктивності праці, зменшення трудових показників. Існує хибна думка про шкідливу дію праці, яка призводить до надмірної витрати сил і ресурсів, передчасного старіння. Праця як фізична, так і розумова не тільки нешкідлива, а навпаки, систематичний, посильний і добре організований трудовий процес надзвичайно позитивно впливає на весь організм людини в цілому.

Пропонуємо з'ясувати, як професійна діяльність впливає на стан людини, як правильно вибрати та організувати свою працю щодо емоційних та фізичних особливостей людини.

Соціальне здоров'я пов'язано з економічними чинниками, стосунками індивіда зі структурними одиницями соціуму, сім'єю, працею, побутом тощо. У загальному вигляді соціальне здоров'я детерміноване характером і рівнем розвитку головних сфер суспільного життя. Соціальний аспект професії є дуже вагомим, бо саме професійна діяльність людини та успіхи в цій сфері визначають її соціальний статус. Тобто праця є одним із способів самореалізації, що впливає на здоров'я. Повністю реалізуватися людина може лише при умові, що вона є здоровою на фізіологічному та психологічному рівнях.

Психологічні характеристики темпераменту, особливості перебігу психічних процесів і поведінки, що породжуються поєднанням властивостей нервової системи: активність, продуктивність, переключення, збудливість та гальмування. Ці характеристики визначають тип темпераменту, який із часом набуває рис динамічних особливостей, що наявні в поведінці людини. У дорослої людини спостерігаються два види «темпераменту»: основний (з дитинства) і набутий (індивідуальний стиль, адаптація поведінки до середовища). Для максимально ефективної професійної діяльності «індивідуальний стиль» повинен збігатися з темпераментом. Тоді можемо спостерігати

такі позитивні наслідки: при виконанні відповідної праці людина відчуває себе комфортно, переживаючи позитивні емоції та отримуючи задоволення від того, що виконує діяльність у певному темпі із заданою швидкістю та обраною активністю; у ході своєї діяльності вона допускає порівняно мало помилок і працює з високою якістю; людина може працювати довго без ознак втоми. Коли індивідуальний стиль діяльності збігається з темпераментом, то наступають наступні. Сприятливі поєднання темпераменту й індивідуального стилю діяльності для виконання професійних обов'язків: сангвінік і холерик, флегматик і меланхолік.

Дуже важливо, щоб майбутня професія людини відповідала стану її здоров'я. У протилежному випадку обрана праця може викликати захворювання або ж загострення того, що вже наявне, чи навіть втрату працездатності. Здоров'я залежить від стану функціональних систем організму, що визначають самопочуття, рівень працездатності, бажання людини працювати. Здоров'я й трудова діяльність людини взаємопов'язані, вони обумовлюють один одного. Помірні фізичні навантаження часто-густо стають засобом відновлення працездатності після перенесеного захворювання. Чимало професій висувають підвищені вимоги перш за все до зору, гостроти слуху, а також до вестибулярної функції. Значна кількість професій пов'язана з перебуванням в умовах підвищеної чи зниженої температури повітря, шуму, вібрації. Ці умови висувають підвищені вимоги до функціонального стану центральної нервової системи, апарату кровообігу. Існує багато професій, що вимагають застосування ручного та статичного напруження, вимушеного робочого стану. Такі роботи обумовлюють підвищені вимоги до функціонального стану опорно-рухового апарату. Необхідно враховувати вимоги, які висуває до організму майбутня професія, власний стан здоров'я та можливий вплив (позитивний чи негативний) на нього виробничих факторів. Трудова діяльність повинна не тільки не поглиблювати ті відхилення в стані здоров'я, що вже є, а й сприяти їх коригуванню.

По-перше, дотримання здорового способу життя є вкрай важливим з точки зору професійної діяльності. По-друге, наш темперамент й індивідуальний стиль діяльності або заважають, або допомагають нам у роботі. Максимальний коефіцієнт ефективності спостерігається, коли природжений та набутий темпераменти збігаються. По-третє, необхідно обирати професію, що максимально відповідає стану здоров'я. Варто враховувати місце, умови праці та вимоги до персоналу.

Середовище може допомагати підтримувати здоров'я або шкодити йому. Отже, праця повинна приносити задоволення та винагороду, в іншому випадку щоденна робота стає обтяжливою та нудною, несприятливо впливає на всі аспекти здоров'я людини.

### *Література*

1. Психология профессионального самоопределения / Е.А. Климов. – М./Воронеж, 1996. – С.3 0.

2. Психология профессионализма / А. К. Маркова. – М., 1996. – С. 86.
3. Лапін В. М. Безпека життєдіяльності людини: навч. посібн. – 2-ге видання. – Л. : Банк. Коледж; К.: Т-во “Знання”, КОО, 1999. – С. 186.

*Лапко С.В., Ленська О.В., Тимбота М.А.  
Харківський національний медичний університет*

## **ПРОБЛЕМА СБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ПЕДАГОГІВ**

В останні роки особливо гостро постала проблема збереження психічного та фізичного здоров'я педагогів. Перехід на особистісно орієнтовані моделі освіти зумовлює підвищення вимог з боку суспільства до особистості педагога, його ролі в навчальному процесі, а саме: вміння рефлексувати й оптимально регулювати свою діяльність при зіткненні з труднощами під час встановлення контакту з учнями або студентами. Не кожний педагог у змозі витримувати фізичне та психоемоційне напруження, оскільки до проблем професійної діяльності можуть додаватися труднощі в сімейному, особистому житті, проблеми в спілкуванні з колегами тощо.

Крім того, професія викладача сьогодні витісняється у сферу низькооплачуваних, займаючи нішу економічно мало престижних професій. У сфері освіти досить чітко виявляється тенденція до старіння кадрів. Аналіз літературних джерел показав, що для педагогів зі стажем роботи понад 20 років характерне різке зниження всіх показників емоційної стійкості, тобто через 20 років роботи у переважній кількості педагогів трапляються «педагогічні кризи», «виснаження», «професійне вигорання». У міру збільшення стажу роботи й віку педагогів, зростання професійного навантаження неминуче відбувається накопичення втоми, підвищення тривожних переживань, зниження настрою, вегето-судинні розлади й поведінкові зриви. У результаті психологічне, фізичне й соціальне здоров'я педагога наражається на серйозну небезпеку. Педагоги як представники професії, що належать до системи «людина-людина», одними з перших стають жертвами емоційного виснаження. Це обумовлено низкою чинників (фізіологічних, психологічних, економічних і соціальних).

В освітніх установах необхідно звернути увагу на існування об'єктивних труднощів педагогічної діяльності, необхідність упровадження профілактичних заходів та аналізу факторів ризику входження в професійний стрес педагога. У розвинених країнах світу вже багато десятиліть здійснюється своєчасна діагностика фізичного та емоційного стану педагогів, добре розвинена система профілактики та допомоги. Профілактичні заходи можуть бути зроблені тільки після того, як проблема визначена та досліджена. На це потрібен не тільки час, але й розуміння керівництвом навчальних закладів необхідності подібних заходів.

Назріла необхідність додаткової законодавчої підтримки прав працівників педагогічної праці на своєчасну профілактику професійних захворювань.

Принципово важливо, що значне погіршення здоров'я та фізичної працездатності припадає на самий продуктивний для вчителя період 35–45 років.

У розвинених країнах особи комунікативних професій захищені державною підтримкою у вигляді узаконеної можливості (а в деяких приватних організаціях – й обов'язком, затвердженим трудовим договором) отримувати профілактичну та медичну допомогу. В Україні ця проблема в кращому випадку обговорюється, але практично повсюдно ігнорується на практиці. Педагог, як і кожна людина, має дотримуватися і виконувати необхідні вимоги безпеки для збереження свого життя і здоров'я.

*Ланко С.В., Ленська О.В., Тимбота М.А.*

*Харківський національний медичний університет*

## **ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВИКЛАДАЧА В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

Психоемоційне здоров'я педагога є одним з чинників успішності освітньої системи який зумовлює ефективність процесу навчання та виховання школярів і студентів, особливо в період реформування освіти.

Велике емоційне й фізичне навантаження, необхідність постійно підтримувати свій професійний рівень, бути в курсі інноваційних технологій, щоденне спілкування з обмеженим колом людей – усе це ускладнює життя педагога. У результаті, не знаходячи сил протистояти внутрішнім і зовнішнім впливам, педагог починає «зриватися» від накопиченого стресу, відчувати глибоке фізичне стомлення, «віддалятися» від учнів, від спілкування з ними. Наслідки стресу, навіть окремого педагога, негативно позначається як на його власному здоров'ї, так і на діяльності всього колективу.

Про те, що професійна діяльність викладача в сучасних умовах не сприяє збереженню його здоров'я, свідчать такі дані: 60 % вчителів постійно відчують психологічний дискомфорт під час роботи; 85 % – перебувають у постійному стресовому стані. У межах функціональної норми перебувають тільки 10,4 % вчителів, 29 % характеризуються різко зниженими адаптаційними можливостями організму, 33 % мають захворювання нервової системи, 85 % жінок-вчителів вважають, що їх професійна діяльність незадовільно впливає на сімейні стосунки. Серед молодих педагогів уже великий відсоток хворих з хронічними захворюваннями, причому поширеною є серцево-судинна патологія. Виявлено, що всього 30 % педагогів перебувають в нормальному психоемоційному стані, але той або інший симптом стресу було виявлено в кожного педагога.

Аналіз ситуації показує, що проблема здоров'я педагогів обумовлена не тільки об'єктивними особливостями трудової діяльності, а й ставленням до свого здоров'я, невисоким рівнем знань факторів ризику та способів профілактики професійних захворювань, а також недостатньою законодавчою підтримкою охорони праці педагогів.

Інтелектуальне навантаження пов'язане з новими програмами, підручниками, технологіями, необхідністю підвищувати постійно свій професій-

ний рівень, відповідальністю за результати праці, високими вимогами оточуючих до професії педагога, його культурного рівня, моральних якостей, до зовнішності, одягу, несприятливим емоційним тлом (спілкування з учнями, батьками, колегами, можливі сварки, зриви, конфлікти), своєрідним середовищем (біганина, шум), єдиним емоційним кільцем Викладач і студенти перебувають у одному «емоційному колі», подразнення одного передається іншому – усе це призводить до великого психоемоційного напруження, що несприятливо відбивається на здоров'ї педагогів.

Уже така коротка характеристика психологічних особливостей педагогічної роботи свідчить про можливість виникнення як гострих, так і хронічних психотравмуючих ситуацій, розвитку відчуття психоемоційного перенапруження, що є факторами ризику, які призводять до виникнення певних нервово-психіатричних реакцій і психосоматичних захворювань.

*Линник А.С.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

В современном мире каждый человек хочет достичь успеха в профессиональной деятельности и при этом сохранить свое здоровье.

Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Физическое здоровье – это естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. С самого детства нас приучают беречь свое здоровье. Чем больше люди уделяют времени своему физическому здоровью, тем сильнее и выносливее они становятся. Одним из факторов, способствующих сохранению физического здоровья, является постоянная физическая нагрузка. Так, регулярное занятие спортом обеспечивает высокий уровень иммунитета, улучшает обмен веществ и кровообращение, нормализует давление. Во время физических нагрузок, выделяется эндорфин (гормон счастья), который помогает бороться со стрессовыми ситуациями, синдромом хронической усталости, повышает умственную и творческую активность. Профессиональная деятельность человека может определять физическое состояние здоровья и наоборот. Так, люди, занимающие руководящие должности, испытывают стресс, связанный с работой. Однако, с помощью достаточной физической активности можно улучшить свое физическое и эмоциональное состояние и снять стресс, не прибегая к антидепрессантам.

Значительную роль в формировании и сохранении здоровья человека имеет социальный фактор.

Социальное здоровье – это состояние организма, определяющее способность человека контактировать с социумом. Социальное здоровье формируется в семье, а также определяется контактами с друзьями, с противоположным по-

лом, с коллегами по работе, с соседями и другими людьми, которые встречаются каждый день в нашей жизни.

Общество играет очень важную роль для развития человека, в том числе и профессионального, при этом влияя и на состояние его здоровья. Это влияние может быть как позитивным, так и негативным.

В теплой и дружественной атмосфере, которая создается окружающими нас людьми, состояние физического здоровья улучшается, что, в свою очередь, позитивно влияет на профессиональную деятельность.

При негативном влиянии семьи, родственников, друзей и коллег человек может замыкаться в себе, приобретать вредные привычки (злоупотребление алкоголем, прием наркотических препаратов, курение) для снятия напряжения, отвечать агрессией, негативизмом, что может приводить к разрушению личности, вплоть до психических расстройств. При этом профессиональная деятельность перестает занимать ведущее место в шкале ценностей данного человека.

Состояние социального здоровья человека зависит от нескольких аспектов. Во-первых, от нравственности человека, т.е. его ценностей, идеалов, морально-этических качеств. Если поведение человека, связанное с социумом, и его нравственные ценности, не совпадают, это может привести к тяжелым депрессивным последствиям, вплоть до биполярного расстройства личности. Во-вторых, от социальной адаптации, т.е. способности приспосабливаться к изменчивым условиям социальной среды. Социальная адаптация, в свою очередь, связана с профессиональной деятельностью человека.

Третьей составляющей понятия здоровье является душевное, или эмоциональное здоровье. Связь между эмоциями и здоровьем не просто существует, она прямая и непосредственная.

Эмоции влияют на качество нашей жизни. Негативные эмоции, такие как злость, обида, разочарование, апатия нарушают нормальную жизнь человека и влияют на его работу и профессиональный успех, а, следовательно, и самооценку данной личности. Эмоциональный дисбаланс может приводить и к проблемам с физическим состоянием человека. И наоборот, позитивные эмоции позволяют поднять человеческую жизнь на более высокий духовный уровень, дают толчок для развития личности, раскрытия своих талантов, в том числе и в профессии.

Таким образом, качество нашей профессиональной жизни базируется и зависит от физического, социального и эмоционального здоровья человека. Гармоничное развитие и сочетание данных составляющих нашего здоровья формирует здоровую, гармоничную и эмоционально стабильную личность, способную правильно определиться с выбором профессии, достичь профессионального успеха и при этом сохранить самый ценный дар – здоровье.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА КАК АНТРОПОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА**

*«Проблема психологического здоровья настолько актуальна сейчас, что любые предположения, любые гипотезы, даже самые спорные, могут иметь эвристическую ценность»*

*А. Маслоу*

Чтобы раскрыть тему здоровья человека как антропологическую проблему, необходимо ясно представлять ключевые понятия, такие как антропология и антропологическая проблема (в контексте медицины).

Антропология – это совокупность научных дисциплин, изучающих собственно человека, его происхождение, развитие и существование в окружающей среде (как искусственной, так и естественной). Принято считать, что первопроходцем в этой области является великий древнегреческий философ Аристотель, который дал определение антропологии, как области знания, изучающей преимущественно духовную сторону человеческой природы.

Антропологическая проблема – это совокупность вопросов, связанных с объектом психологической науки в ее естественнонаучном варианте – психикой. Вместе с тем, он давно известен в психологии под именем «душа», «душевная жизнь», «внутренний мир человека», «индивидуальный дух» – образы реальности, изучаемые психологической антропологией. Обозначение этой реальности – субъективность. Различие психики и субъективности носит принципиальный методологический характер. Психика – это более широкое понятие, фиксирующее способ взаимодействия живых существ с миром. И здесь вступает в силу термин «психологическое здоровье» – это состояние, характеризующее процесс и результат нормального развития субъективной реальности в пределах индивидуальной жизни. Максима психологического здоровья есть интеграл (т. е. единство, полнота и цельность) жизнеспособности и человечности индивида.

В настоящее время антропологическое учение распалось на такие дисциплины, как философская антропология (занимается выявлением предельных оснований проблемы человека), социальная антропология (изучает взаимоотношения человека и общества), экономическая антропология (рассматривает взаимодействие человека и экономической сферы общества), культурная антропология (изучает взаимодействие человека и культуры), педагогическая антропология (рассматривает процесс взаимодействия человека со сферой образования и воспитания) и т. д. – речь идет уже о нескольких десятках подобных дисциплин. Все они, безусловно, важны. Но все они имеют смысл лишь для здорового человека.

Исторически медицина формировалась и развивалась в русле борьбы с разного рода страданиями человека, поэтому в центре ее внимания была болезнь, патология, а не собственно здоровье. Страдания порождались постоян-

ной борьбой с природой, войнами, эпидемиями, природными и социальными катаклизмами. Реформатор античной медицины Гиппократ обосновал необходимость целостного подхода к организму больного, настаивал на индивидуальном подходе и ориентировал на лечение больного, а не болезни, то есть на устранение страданий. Гален, Везалий, Гарвей, Авиценна, Парацельс и другие преследовали ту же цель – лечение больного как устранение страданий. Французский хирург XVI века Амбруаз Паре, считающийся одним из отцов современной медицины, разработал методы лечения огнестрельных ранений, ввел мазевую повязку вместо прижигания ран каленым железом и создал ряд ортопедических приспособлений. А в XVII веке английский врач Томас Сиденхем дал описание конкретных недугов человека – скарлатины, цинги, подагры и др. Главной целью всех этих новаторских идей было стремление врачей уменьшить психологическую нагрузку на больных, избавить их от страданий. Вплоть до настоящего времени данный подход – лечить больного – оказывается преобладающим. В результате в медицине господствующим оказался стиль мышления, заключающийся в обнаружении причин болезни и поиске средств их устранения. Таким образом, медицина фактически развивалась преимущественно как учение о патологиях, а вопрос о том, что же есть здоровье, оставался как бы в тени. Но поскольку борьба с болезнью может успешно вестись лишь с позиции здоровья, проблема здоровья, ее составляющих и условий все больше стала привлекать внимание исследователей.

Очевидно, что понадобится немало времени, чтобы преодолеть в сознании представителей различных культур «барьеры», препятствующие адекватному восприятию медицинских технологий. Возможно, что необходимость регулирования количества населения на планете окажется той проблемой, которая сможет переломить инерцию негативного отношения некоторых культур к медицинским технологиям, ограничивающим рождение. Реальность такова, что при существующих технологиях и разведанных ресурсах планета не сможет обеспечить нормальный уровень жизни. Жизнь по возможностям — жестокая необходимость, а устойчивое развитие может основываться лишь на трезвом учете реалий, а не на прекраснотушних утопиях. Таким образом, в решении этой проблемы медицинской антропологии принадлежит далеко не последняя роль.

*Литвин А.Д.*

*Національний юридичний університет ім. Ярослава Мудрого*  
**ДОСТУПНІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ  
ДЛЯ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ**

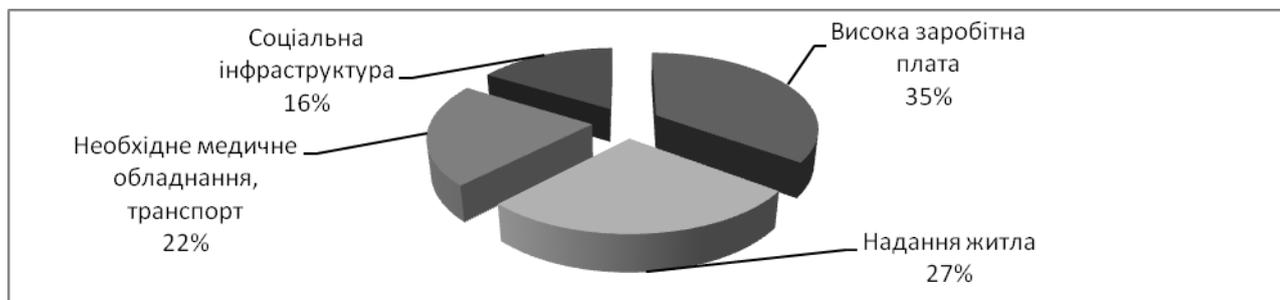
Здоров'я – одна з основоположних складових нормального існування людини, яка завжди мала пріоритетне значення не тільки як невід'ємна частина життя кожного індивіда, а й в якості незмінної умови соціального благополуччя й економічного прогресу, поліпшення демографічної ситуації тощо. Однак сьогодні право на ефективне, якісне і доступне для всіх громадян меди-

чне обслуговування, гарантоване статтею 49 Конституції України, не виконується через критичне соціально-економічне становище українського села.

Модель системи охорони здоров'я, за якою функціонує ще з часів радянської влади вітчизняна медицина, передбачала централізоване фінансування, в основі якого лежала державна власність на засоби виробництва. Це було можливим за умов існування державної і колгоспно-кооперативної форм власності, з ліквідацією монополії яких, а також появою приватної власності пов'язаний майже повний крах існуючої системи охорони здоров'я, особливо в сільській місцевості. Так, відбулося розбалансування усталених організаційно-економічних механізмів функціонування системи охорони здоров'я та поступовий колапс сільського господарства та соціальної інфраструктури села в цілому. За останні 11 років кількість закладів охорони здоров'я на селі зменшилась на 674 одиниць. Відсутні заклади охорони здоров'я в 9 179 селах з населенням понад 500 осіб. Лікарняні заклади мають тільки 55,9 % сіл. Дільничні лікарні є в 1,1 % сільських населених пунктів, амбулаторно-поліклінічні установи – в 10,3 %, фельдшерсько-акушерські пункти – в 43,8 % сіл.

Для пошуку можливих шляхів вирішення даної проблеми автором було проведено соціологічне дослідження у формі опитування лікарів-практиків різного віку та кваліфікацій щодо можливих перспектив покращення якості надання медичних послуг, у тому числі і сільському населенню України. Гіпотеза дослідження передбачала, що саме на рівні сільської місцевості спостерігається найбільший дефіцит ресурсів для надання медичної допомоги належної якості, у зв'язку з чим вважається доцільним детальніше вивчення ситуації в такий спосіб, що дозволить виявити відповідні тенденції у вирішенні проблеми.

Відтак, було встановлено, що лише 5 % фахівців задоволені умовами праці та рівнем заробітної плати, тоді як більшість опитуваних або мають певні зауваження (19 %), або не задоволені наявною ситуацією (76 %). Також виявлено, що 69 % опитуваних лікарів повинні понаднормово працювати, щоб отримати матеріальну винагороду, достатню для забезпечення себе та своїх близьких комфортними умовами життя. Ще 20 % респондентів працюють за спеціальністю в інших медичних закладах, 8 % мають інше джерело доходів, і тільки 3 % опитуваних не виконують додатково свої професійні обов'язки для отримання бажаного матеріального забезпечення, що свідчить про потребу збільшення рівня заробітної плати для лікарів. Серед умов, необхідних для комфортного життя та вдалої лікарської практики в сільській місцевості, лікарі найчастіше зазначали високий рівень заробітної плати (35 %), надання житла (27 %), наявність усього необхідного медичного обладнання в медичних установах, у тому числі і службового транспорту (22 %), а також наявність соціальної інфраструктури (16 %), що відображено в нижченаведеній діаграмі:



Все більшої популярності та актуальності набуває перспектива запровадження обов'язкового медичного страхування населення, що є досить неоднозначним питанням і потребує пильного врахування усіх аспектів такої ініціативи з урахуванням соціально-економічних реалій української дійсності. Так, 32 % вважають це необхідним, 22 % проти цього, 5 % залишились байдужими, а 41 % респондентів затрудняються з відповіддю.

Таким чином, проблема реалізації цього аспекту статті 49 Конституції, потребує комплексного, системного підходу, який передбачає створення структурованої та чіткої державної програми по розвитку села, яка б містила положення про: 1) нормативне закріплення статусу Українського державного фонду підтримки фермерських господарств як окремого державного органу з визначеним переліком функцій, повноважень і обов'язків, заохочення інвесторів для забезпечення належного фінансування діяльності фермерів для підвищення рівня CSR, що в перспективі стане передумовою відродження економічного потенціалу села як суб'єкта економічних відносин; 2) розбудову соціальної інфраструктури та впровадження соціальних гарантій як засіб заохочення та стимулювання медичних працівників до роботи у сільській місцевості; 3) фінансування сільських закладів охорони здоров'я із залученням не лише державних, регіональних та місцевих бюджетів, а й приватних, благодійних та страхових фондів; 4) запровадження обов'язкового медичного страхування населення; 5) затвердження медичних стандартів, клінічних протоколів, нормативне регулювання діяльності лікарів та її матеріального забезпечення з урахуванням зарубіжного досвіду.

*Літвінова К.О., Калініченко Д.А.*

*Харківський національний медичний університет*

## **ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ: ФІЗИЧНИЙ, СОЦІАЛЬНИЙ ТА ЕМОЦІЙНИЙ АСПЕКТИ**

**Актуальність** цього питання полягає в тому, що професійна діяльність людини посідає одне з найважливіших місць у її житті, а також великою мірою впливає на спосіб життя, зокрема має сильний вплив на здоров'я.

Безумовно, професія людини багато в чому визначає стан її здоров'я. Саме тому вивченням цього питання зацікавилася вже досить багато фахівців, психологів та медиків.

Достатньо повно сутність соціальної цінності здоров'я сформулювали вчені. Зокрема :

В. Канеп: «Здоров'я – це не тільки одна з необхідних передумов щастя людини, його всебічного, гармонійного розвитку. Воно є не тільки однією з умов досягнення людиною максимальних успіхів у галузі освіти, професійної підготовки, продуктивності праці, оптимістичного й життєстверджуючого ставлення до всього, що відбувається. Здоров'я – це також важливий показник і чутливий індикатор благополуччя народу».

В. Вовк феномен здоров'я розглядає як домінуючий фактор в успішному засвоєнні обраної спеціальності, адже лише здорова людина має практичну можливість успішно навчатися та працювати, бути стійкою та витривалою до фізичних, психічних та емоційних навантажень і стресових ситуацій, мати високу працездатність та психічну стійкість.

Дійсно, професія визначає середовище, у якому людина буде знаходитися весь робочий час, умови праці, її характер тощо.

Існує декілька типів, на які психологи поділяють професії:

1. Людина–природа (любов до тварин, рослин; спостережливість; уміння спостерігати зміну природних явищ; точність рухів; терплячість і наполегливість; оперативне наочно-образне мислення; фізична витривалість.);

2. людина–техніка (любов до техніки, технічне мислення, координація рухів, швидкість реакції, технічний слух, схильність до технічної творчості);

3. Людина–знакові системи (зорове сприйняття й аналіз, оперативна пам'ять, логічне мислення, здоровий опорно-руховий апарат, концентрування уваги, координація рухів, емоційна стійкість);

4. Людина–людина (любов до людей, спостережливість, винахідливість, чесність, чуйність, емоційна стійкість, організаторські здібності);

5. Людина–художній образ (твори, образне мислення, образна пам'ять, спостережливість, художній смак, художні здібності).

Бажано, щоб перед вибором майбутньої професії випускники шкіл пройшли тестування на професійну орієнтацію й чітко визначилися з напрямком. Дуже важливо знайти саме те, що підходить конкретній особі, тому що від цього залежить психологічний, і відповідно, емоційний комфорт людини, що впливає і на здоров'я, і на продуктивність праці. Варто враховувати свої здібності, у міння та особливості характеру й темпераменту при виборі майбутньої професії, для того, щоб у майбутньому вона приносила задоволення.

Що ж до фізичного здоров'я людини, то, на жаль, існує таке поняття, як «професійні хвороби». Це хвороби, характерні для представників певної професії. Розрізняють професійні хвороби від шкідливої дії:

1. Фізичних факторів – професійна туговухість, вібраційна хвороба, променева хвороба, кесонна хвороба, висотна хвороба.

2. Хімічних речовин – гострі й хронічні отруєння.

3. Виробничого пилу – пневмоконіоз, бронхіт.

4. Фізичного перенапруження і травмизації – неврити, бурсити.

5. Біологічних факторів – інфекційні та паразитарні захворювання.

Серед професійних хвороб відомі хвороби, у патогенезі яких провідну роль має алергічний механізм. У виникненні професійних хвороб велику роль відіграє також зниження опірності організму.

Для того, щоб зберегти своє здоров'я в гарному стані набагато років, не полишаючи обраної роботи, необхідно дбати про профілактику таких хвороб.

*Висновок:* обираючи професію, необхідно враховувати її вплив на здоров'я, шкідливість та небезпеку, що може бути з нею пов'язана. Важливими аспектами також є характер та зацікавлення людини. Правильний вибір професії дуже важливий, тому що робота в багатьох сферах має дуже великий вплив на життя людини.

*Лобко К.І.*

*Харківський національний медичний університет*

## **ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ НА ФОРМУВАННЯ СУЧАСНОЇ ОСОБИСТОСТІ**

Проблема залежності молоді від соціальних мереж є актуальною в наш час. ХХІ століття нових девайсів та Інтернету. Мабуть, зараз у кожної людини є телефон або планшет, що дозволяє вільний вихід до Інтернету.

Кілька років тому, коли з'явилася одна з перших соціальних мереж, це викликало справжній ажіотаж. Кожен прагнув швидше створити свій аккаунт і збільшити кількість друзів. Як того і слід було очікувати, із часом виникла проблема залежності молоді від соціальної мережі. Позитивною рисою соціальних мереж стала можливість створення груп за інтересами. Кожен зможе знайти те, що йому до душі, починаючи від офіційних груп улюблених виконавців, закінчуючи обговоренням тропічних метеликів або модних новинок. Зручні такі групи для студентської молоді, бо завдяки їм завжди можна дізнатися новини університету, розклад або завдання з предметів. Соціальні мережі такі, як: «Фейсбук», «ВКонтакте», «Твіттер», дозволяють бути в курсі більшості подій, що відбуваються в житті «друзів», знаменитостей. Вивішені в альбомах фотографії з минулого дня народження, удакої поїздки, фотосесії, красномовні статуси – усе це може виявитися брехнею, якщо тільки їх розмістив не чийсь реальний знайомий.

Зовсім недавно до українських користувачів соціальних мереж дійшла нова мережа під назвою «Інстаграм». Сенс цієї мережі зовсім простий – фотографуйся й ділись із друзями фотографіями, нехай їх скоріше «полайкають».

Прикро дивитися на людей, які завжди «зависають» у своїх телефонах. І як тільки випадає можливість щось сфотографувати, усі відразу починають братися за справу.

Залежність молоді від популярних соціальних мереж – хвороба сучасного суспільства. І слід докласти чимало зусиль, щоб подолати цю проблему. Життя часом нагадує відомий анекдот: «Зайшов в інтернет на п'ять хвилин – півгодини пройшло».

Начальною проблемою сьогоденної молоді є те, що більшість з них проводить багато часу в Інтернеті, не спілкуючись з іншими людьми в реальності. Люди почали використовувати Інтернет не як сферу для роботи, а як мож-

ливість проникнути в нове життя. Інтернет може призводити до самогубства, заклик до вступу в різні секти, вимагання грошей, гвалтування та грабіж.

Безперечно уся молодь залежна від соціальних мереж і 50 % віддають перевагу поспілкуватися з друзями по Інтернету, аніж у реальності. Час в Інтернет-мережах для більшості лине дуже швидко, бо там цікаво. Більшість із проблем (проблеми з навчанням, особистим життям, роботою) виникають через те, що люди засиджуються в соціальних мережах і не встигають виконувати інші справи. Уся молодь – залежна від інтернету, що негативно впливає на їх поведінку (стають біль агресивними), відбувається деградація, зменшення комунікаційних здібностей, «відірваність» від навколишнього середовища; згубний вплив на здоров'я. Студентам більш цікаво проводити час у соціальних мережах, ніж на прогулянці зі знайомими. Та часто Інтернет стає першим помічником при вирішенні багатьох проблем: пошук нової інформації, новини, знайомства, заробіток для деяких людей.

Авторитетні джерела інформують, що онлайн-залежність може негативно позначитися на пізнавально-інтелектуальних здібностях особистості, що впливають на можливість самостійно приймати рішення. Соціальні мережі вже стали невід'ємною складовою нашого життя. Можливо, скоро з'явиться новий вид залежності: залежність від соціальних мереж. Особисто я сама є користувачем соціальної мережі Вконтакте. Це серйозна проблема сучасної молоді й усього населення України взагалі. Люди часто не роздільють реальний світ з віртуальним. Ця мережа суттєво впливає на психіку людей, особливо дітей, які схильні до того, щоб витратити свої кишенькові гроші (а часто і гроші взяті без дозволу батьків) на голоси, які можна обміняти на особистий рейтинг, або поповнити рахунок якоїсь гри. Також через «контакт» люди менше виходять на свіже повітря, спілкуються в реальності й узагалі неправильно розвиваються. Це лише деякі загрози з боку соціальних мереж, усіх їх не перерахувати.

Проблемою залежності молоді від соціальних мереж цікавився молодий кореспондент із Закарпаття. Мені дуже сподобалося його влучне висловлювання щодо цієї проблеми «Наполеон, Гітлер, Дуров – усі вони хотіли поневолити Україну та Росію, угадайте в кого вийшло?»

То ж наскільки ми залежні від соціальних мереж?

Психологи наголошують: «Якщо проводиш на такому сайті більше години на день, то тобі варто звернутися до лікаря. Це вже залежність». Тоді лікуватися потрібно не тільки одній мені.

Офіційна медицина визначає Інтернет-залежність як: «психічний розлад, нав'язливе бажання підключитись до Інтернету та хвороблива неспроможність своєчасно відключитись». За даними вчених, кількість людей, що страждають на Інтернет-залежність становить 9–10 % користувачів у світі. У Китаї, наприклад, у 2008 році, було прирівнено Інтернет-залежність до алкоголізму.

## **WHY ABORTION IS IMMORAL?**

The purpose of this essay is to undermine this general belief. This can show that abortion is possible in rare cases and seriously immoral in the other cases. This essay will neglect issues to great importance to a complete ethics of abortion. Some antiabortionists will allow that certain abortions such as abortions before implantation or abortion. When the life of a woman is threatened by a pregnancy after rape, an abortion may be normally permissible.

The view that what makes killing wrong is the loss to the victim of the victim's future. It gains additional support when some of its implication is examined in the first place. It is in compatible with the view that is wrong to kill beings who are biologically humans.

It is prim fascia to seriously kill a human being or one of its variants can be objected to on the ground of ambiguity. It is always a prim fascia wrong to take a human life. Therefore, it seems that the antiabortion isn't favor principle too broad.

Now how might one deal with this standoff? The standard approach is to try to show how the moral principle of one's opponent loses its plausibility under analysis. It is easy to see how this is possible, on the one hand.

On the other hand, the anti-abortionists will depend on the moral principles concerning the wrongness of killing, which tends to be broad in scope in order, that even fetus at an early stage of pregnancy will fall under it.

As everyone who has taken a bit of logic knows, if any of these arguments concerning abortion is a good argument it requires not only some claim characterizing fetus.

Abortion is morally wrong.

Abortion is killing fetus.

Killing fetus is morally wrong.

A fetus has a future like our great value and killing the fetus deprives the fetus of that future.

*Мажуренко В., Ковалева Д.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНИ ВРАЧЕЙ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОСТИ**

*Только тот может сказать, что он изучил жизнь,  
кто сумеет вернуть нарушенный ход ее к норме.*

*И. П. Павлов*

Несмотря на то, что состояние физического здоровья у врачей намного лучше, чем у представителей общей популяции, среди них по-прежнему отмечаются высокие показатели распространенности стресса, депрессии, что часто связано с производственным процессом врачебной деятельности и ответственностью за самое дорогое для человека – его жизнь [1].

Продолжительность жизни врачей, по данным статистики, сегодня составляет в среднем 54 года. Самый рискованный контингент - хирурги, реаниматологи и анестезиологи [2].

Рассматривая проблему здоровья в самом широком смысле, включающем понятия общего благополучия и удовлетворенности работой, можно констатировать, что для работодателей плохое состояние здоровья у работников оборачивается экономическими издержками, а именно случаями неявки на работу по болезни, ранним выходом на пенсию и сниженной производительностью. В сфере здравоохранения эти факторы трансформируются непосредственно и опосредованно в удовлетворенность пациентов, а также в качество и безопасность медицинской помощи.

В рамках нашего философского анализа, попробуем ответить на вопрос: насколько сегодня сложно быть врачом, ведь именно перед ним стоит задача – оказание квалифицированной медицинской помощи (ранняя диагностика, профилактика и лечение заболеваний, реабилитация больных)?

Часто ли мы задумываемся о том, что медицинские работники, которые призваны лечить больных людей, также могут иметь проблемы со здоровьем, так как сама профессиональная врачебная деятельность предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс, что может способствовать развитию заболеваний или усугублению их [1; 3]. Однако хронически больные врачи вряд ли всегда могут оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь населению. Высокая нагрузка, неадекватные условия труда, бумажный вал... И вот перед нами человек в белом халате, который не только неправильно питается, плохо спит и мало двигается, но зачастую даже не знает, чем он болен, или, всячески скрывая наличие у себя патологий, не желая предавать их огласке из страха потерять работу.

Кроме того, работа врачей связана с обязательной пропагандой здорового образа жизни населению, и от настроенности и приверженности врачей к жесткому контролю собственных факторов риска зависит формирование мотивации врачей к коррекции факторов риска у своих пациентов [3]. Как видим, каждый день доктор сталкивается со стрессом и трудностями, с которыми должен справиться. Почему происходит такой парадокс: врачи гибнут от болезней, которые лечат сами? В чем причина? И как уберечь себя от этого? Как продлить жизнь медикам?

Как утверждает Джоэл Уоллок в своей книге "Умершие доктора не лгут": «Средняя продолжительность жизни американцев сегодня – 75,5 лет, а продолжительность жизни магистра или врача – 58 лет». Врачи – это те люди, кто должен нести в массы представление о здоровом образе жизни, но сами же они этой стратегии придерживаются не всегда, отодвигая заботу о себе на задний план. По словам Уоллока, есть две основные вещи, которые медики должны сделать, чтобы попасть в число долгожителей. Во-первых, нужно избегать опасностей (бессмысленных и беспричинных). Врачи должны за-

щитить и обезопасить себя, иными словами, если у Вас есть возможность предотвратить болезнь, в особенности неизлечимую, должны этой возможностью обязательно воспользоваться. Во-вторых, они должны делать только то, что приносит пользу. То есть, употреблять в пищу только качественные продукты, носить качественные вещи, и отдыхать чаще, чем они это делают.

Изучая проблемы здоровья врачей, следует подчеркнуть, что к сожалению, удовлетворенность от своей работы у отечественных медиков в два раза ниже, чем у иностранных коллег. Значительная часть медицинского персонала, практически не влияет на решения в области здравоохранения, но при этом оказывает наибольшие объемы помощи населению. Уникальное призвание врача заключается в том, чтобы оказывать человеку помощь, способствовать восстановлению здоровья, и делать это таким образом, чтобы человек мог вскоре вновь обрести самостоятельность.

Социальный статус врача во многом определяется влиянием следующих социальных факторов: уровнем материально-технического обеспечения рабочего места врача, уровнем заработной платы, достаточным количеством времени, отведенного на прием одного пациента, взаимоотношениями с органами здравоохранения. В контексте нашего анализа проблемы здоровья врачей, следует подчеркнуть, что повышение социального статуса врача позволит не только оптимизировать его профессиональную деятельность, но и послужит мотивирующим фактором у студентов медиков в выборе будущего места работы [3].

#### *Литература*

1. Абрамова Г.С., Юдич Ю.А. Психология в медицине: учеб. пособие / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдич. – М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998. – 272 с.
2. Козлов А.П., Попов Н.Н. Медицинская статистика: учебное пособие. – Харьков, издат. центр ХНУ, 2006. – 88 с
3. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. – М., 2013. – С. 369–375.

***Маликова Е.А.***

*Харьковский национальный медицинский университет*

### **ГРИГОРИЙ СКОВОРОДА О СМЫСЛЕ ЖИЗНИ**

*«Сродный труд – это сладкая в мире вещь» /Г.С. Сковорода/*

Смысл (то есть смысловое значение) людской жизни имеет исторический характер. Вопрос о смысле жизни считается вопросом о предназначении человека. Для чего живет человек? С давних времен данный вопрос стоял перед человеком. Философы, живописцы, представители самых разных наук решали его по-разному.

Позиция Г.С. Сковороды по данному вопросу до сих пор вызывает большой интерес в наши дни. С самого дна политического упадка, во время руины бывшего великолепия была замечена фигура, которая олицетворяла

наилучшие свойства нашего народа: несокрушимость духа, свободолюбие, мудрость, подвижничество. Гений народа, воплощенный в странствующего философа, пробуждал коллективный разум и зажигал его к рвению и утверждению [1]. Феномен фигуры Григория Саввича – в поразительном сочетании красоты телесной и духовной.

Желание помочь, наставить на путь истинный толкало его в новые и новые путешествия, чтобы нести просветительское, спасительное слово жаждущим душам.

Философ один из первых выдвинул идею перевоплощения труда из средства жизни в наивысшее наслаждение. Смысл жизни он видел в работе, а настоящее счастье – в труде. Г.С. Сковорода считал, что тот, кто «сопряг сродную свою частную должность с общей», тот счастлив.

Значение жизни – «сродный труд». Данная мысль хорошо раскрыта в басне «Пчела и Шершень». Пчела, собирающая мед, без этой работы не видит смысла своей жизни, и это тип трудолюбивого человека, для которого значение жизни состоит в «сродном труде». Писатель ставит в пример пчел как символ трудолюбия, и при этом позорит нахлебников-шершней.

Нельзя не отметить басню «Орел и Черепаха». Тут Григорий Саввич раскрывает особенность «состояния» или «труда» в соответствии с природой. Например, полет черепахи – это нечто «несогласованное» с природой. А труд, «несогласованный» с природой человека, приносит опасность: черепахи – это те, кто берется за задание, находящееся выше их «состояния», а чем «выше состояние», тем опаснее падение.

В басне «Кукушка и Дрозд» осуждаются люди, которые лукавят. Кукушка задает себе вопрос, о том, чего же ей все-таки не хватает в этой жизни, ведь живет она как Дрозд, а радостей – никаких. И оказывается, что пение необходимо Дрозду не только лишь для развлечений, а и как помощь в работе.

В наше время многие современники возвращаются к идеям Г.С. Сковороды о смысле жизни. Глубокая мудрость странствующего философа не оставляет никого равнодушным. Смысл жизни каждого человека Григорий Сковорода видел в открытии своего внутреннего «Я», в деятельности, «подходящей» именно ему, в занятии любимым делом [2]. Не нужно гнаться за модными тенденциями, следует прислушиваться именно к своему сердцу.

Человек может прожить всего одну жизнь. К сожалению, а может, и к счастью, она больше не повторится... Нужно «уметь» жить и чувствовать себя счастливым. Я считаю, что главное для любого из нас – осознать, что смысл нашей собственной жизни – это еще и смысл жизни других людей, потому важно всегда, при любых обстоятельствах, помнить, что живем мы не столько ради себя, сколько ради самой жизни среди себе подобных.

#### *Литература*

1. Григорий Сковорода: биография // Доступно на: <http://mfmi.genskov.ru/>
2. Поиски смысла жизни в философии Григория Сковороды // Доступно на: <http://krasnov.tv/poiski-smysla-zhizni-v-filosofii-grigoriya-skovorody/>

## **ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ БІОТЕХНОЛОГІЙ**

Стрімкий розвиток сучасних біотехнологій носить не якісний, а кількісний характер порівняно з природними процесами. Ще в липні 1974 року одинадцять видатних американських спеціалістів з молекулярної біології і генної інженерії (в тому числі лауреат Нобелівської премії Джеймс Уотсон) звернулися до вчених всього світу із закликом тимчасово зупинити досліди деяких біотехнологій, щоб всебічно оцінити й дослідити їх можливі негативні наслідки. І так, на одній чаші вагів – ті блага, які ми маємо від розвитку біотехнології, а на другій – жахливі перспективи створення небаченої біологічної зброї.

Слід зазначити, що зі створенням у 1972 році групою П. Берга у США першої гібридної молекули ДНК *in vitro* формально пов'язане народження генної інженерії, що відкрила шлях до свідомої зміни генетичної структури організмів. Метою нашого дослідження є питання: «А чи можливо безпечно застосування біотехнологій по відношенню до здоров'я людини?». Визначне місце в біотехнології займає генна інженерія – технологія перетворення живих організмів зміною генетичного апарату клітини. Генна інженерія – це новий спосіб управління спадковості живих організмів. Методами генної інженерії створено більш 50 біологічно активних речовин. Серед них інсулін, гормон росту, ентерферони, мієлопептиди, ферменти. Практично єдиним є генноінженерний шлях утворення вакцин, які неможливо або технологічно важко отримати. Таким способом були утворені вакцини для боротьби з вірусами гепатита А і Б, герпеса, ящура, віруса грипу, везикулярного стоматиту. Але особливо небезпечними є експерименти по створенню певного виду «химер» – (трансгенезу) трансгенних рослин та тварин з пересадженими від інших живих організмів генів що тягне за собою низку небезпечних впливів на здоров'я людини. Прикладом цього є застосування генномодифікованої продукції для отримання трансгенних рослин.

Спробуємо проаналізувати, чи можливо, накінець, застосування генної інженерії по відношенню до людини? Так, якщо вона виконується при обов'язковому погодженні самої людини і її близьких. Доцільно, якщо вона проводиться для виправлення генотипу людини, яка страждає спадковою хворобою. Крім того, генна інженерія таїть в собі ще одну поки що не всіма усвідомлену небезпеку. В процесі еволюції, шляхом природного відбору проходило взаємопристосування різних видів живих істот, які живуть на одній території. Введення в природу нових, штучно сконструйованих видів, з еволюційно необумовленим комплексом процесів і властивостей, потягне за собою порушення рівноваги і саморегуляції біосфери. Це може привести до небачених і некерованих наслідків, до екологічної катастрофи глобальних масштабів.

Ще одним витком проблем є надзвичайний стрибок в розвитку репродуктивних технологій в акушерстві та гінекології (клонування людини, поява людей «ін вітро»). Такі технології допомагають бездітним парам стати батьками, але створюють проблему «зайвих» ембріонів, які потребують знищення. Ці проблеми все частіше стають об'єктом гострих дискусій, виникає ситуація своєрідного «заглиблення» людини в світ, що спроектований науковими технологіями. Всяке втручання в спадковість людини не тільки несе в собі певну стратегію аморальності, але й наносить біологічну шкоду унікальному виду на Землі.

Філософія також не залишилась осторонь пошуків відповіді на питання: «Що таке людина і в чому її суть». Відомий англійський письменник, філософ і науковець О. Хакслі один з перших в літературній формі осягнув природу та наслідки біотехнологічної революції. У власному філософському антиутопічному романі «Дивний новий світ» автор прогнозує майбутнє, в якому на перше місце виходить штучність не лише людських почуттів, а й цілого суспільства. Такою версією розгортання майбуття О. Хакслі попереджає людство щодо наслідків науково-технічного прогресу, який американський філософ Ф. Фукуяма назвав трагедією та «печерою для людства». Дивної новий світ для людини О. Хакслі вимальовує як світ диктатури і несвободи, що спирається на наукові методи обробки психіки громадян. Автор підкреслює, що центральне місце в соціальній буттєвості займає генна інженерія, фармакологія, біхевіористична психологія. Їх наявність поневолює розум і свідомість людини. Така ситуація у змальованій державі детермінує однаковість і рівність, безвідмовне виконання обов'язків у спільному виробництві, на перший план виходить не індивідуальність, а масова культура і свідомість. Відтак, феномен буттєвості людини визначений крізь призму розгортання технічного прогресу, що веде до регресу моральності, народження в індивіда жорстокості й байдужості.

Отже, проблема розвитку сучасних біотехнологій пов'язана з багатством технічного надбання і з появою «суспільства ризику» на порозі нових відкриттів. Незважаючи на значні досягнення у генетиці, клітинній біології, молекулярній імунології, розшифруванні механізмів клітинної кооперації, імунної системи, значних досягненнях фармакології, комп'ютерних методах синтезу лікувальних препаратів (що характеризує активне втілення наукового знання в клінічну медицину), все ж хочеться відзначити, що самі біотехнології не є абсолютно безпечними для здоров'я людини, їх застосування не врегульоване юридично, а деякі взагалі суперечать етиці людини. Відтак, користь чи небезпека від застосування біотехнологій пов'язана з метою і мотивами самої людини, що сповідує моральний чи позаморальний світогляд.

### *Література*

1. Марчук Л.П. Біотехнології у контексті сучасних інноваційних змін / Л.П. Марчук // Вісник аграрної науки Причорномор'я. – 2013.

## **PARENTS' FUNCTIONS: PHILOSOPHICAL APPROACH**

Health is a treasure not only for individual, but for the whole society. It is medical, biological and social-economic category. Because of that public health has to be the main object of social policy of modern state [1, p. 205].

At the early stage of society existence dominative culture and civilization slowly influenced on the life of individual. Evolution of mankind made this process faster and cultural influences became deeper.

In the works of Alice A. Beiley (1880–1949), the consciousness of the mankind is subdivided into three aspects:

1. Oriented mostly onto *response mechanism*, which is realized through the objective, external contacts;
2. Oriented onto *psychological life* of human being. It includes an intention, ambition and mental activity. All of them could be presented in physical, psychic, mental or spiritual forms;
3. Related to *spiritual life* of human being and his/her attitude to own soul [2, p. 128].

Later people started to understand that these tree aspects led person to understanding of the private and group relations. Family was the first important group of society. Physical and psychological development of a child depended from parents, Church, society, and state. Family cultivated the main ideals of young generation, such as:

1. *Awareness of hierarchy status*, relations between weak and strong member of family, less experienced to wiser one. In such a way the feelings of patronage and Love are forming.
2. *Awareness of responsibility*, inherent or assumed. Relations between old and young generations and the requirement to realize the knowledge.
3. *Realization of forgiveness*. It is compulsory principle in human relations, which gives the chance for «writing off all sins».
4. *Awareness of group interaction*. It is a feeling of right relations, developed consciously and in harmony [2, p. 130].

Family group has «to protect» their children from the world (in right or wrong way). Pride, traditions, and origin these points can make barriers and separate people, families and groups. The domination of traditional approaches caused the uprising of modern youth against family, church or philosophical traditions. New civilization at the different levels of education (school or college) has to explain young people why it is necessary to be active and conscious in group life. Providing of four afore-mentioned aspects is extremely important nowadays. More than that using of this knowledge in practice will help to develop right relations between people and create harmonious world.

Hierarchy, responsibility, group cooperation, and forgiveness give the chance for all the family members to do their own tasks, developing interaction between people, groups, and nations, building new world of entire relations [2, p. 132].

In future, the most important task for parents will be quality education and cognitive development of descendants; increasing of birth-rate will be recognized the mistaken tendency; relations between people will be under the mental control of individuals [2, p. 136].

We have to take into account dual nature of human beings: physical and spiritual. Without healthy physical body the existence of healthy spiritual creatures is impossible. For healthy generation love in family is compulsory. It is the best immunity for young generation.

Love between mother and father and mutual co-understanding have to be the basic principles of family formation. Without that healthy and happy life of the growing generation will be problematic [3, p. 91].

Positive attitude to the world is very important. Positive thinking will help people to keep fit and be healthy. Investigations of Bruce Lipton, a famous American molecular and cellular biologist proof that. He substantiates the point that achievements of contemporary quantum physics gives people very important information about influence of consciousness and sub-consciousness on the formation and functioning of human cells [4].

Thesis of own responsibility for the health has to be clear for the majority of people. Knowledge about healthy way of life children should get from their parents. Their example is the most valuable in this understanding.

Family forms the personality of a child. They can cognize the joy of existence and first difficulties, games and movement activity, communication and understanding of nature in the family [1, p. 134].

Self-reliance and diffidence are also formed by the family. These features of character influence on the successful or not very successful realization of young people in their life.

#### *References*

1. Голобородько М.К., Сітенко О.М. Батькам про дітей / М.К. Голобородько, О.М.Сітенко. – Харків : ТО Ексклюзив, 2013. – 272 с.
2. Бейли Алиса А. Образование в Новом Веке / Алиса А. Бейли. – М. : Издательство «Литан», «Новый центр», 1998. – 176 с.
3. Горащук В.П. Валеологія / В.П. Горащук. – Київ : Генеза, 1998. – 144 с.
4. Lipton Bruce The Biology of Belief / Bruce Lipton. – San Francisc State University // <http://www.sfsu.edu/~holistic/Welcome.html>

***Марущенко О.А.***

*Харківський національний медичний університет*

## **ТРАДИЦІЇ ЯК МАНІПУЛЯТИВНА АНТИГЕНДЕРНА ТА «АНТИЖІНОЧА» ТЕХНОЛОГІЯ**

Нерідко у різних дискусіях на кшталт «Гендерна рівність: про і contra» можна почути цілу низку аргументів, що апелюють до начебто непохитних традицій нашого «славетного минулого». «Жінки і чоловіки такими, якими вони є зараз, були завжди – ледь не від початку людства, то ж нічого міня-

*ти не треба, бо це ж наша традиція»* – чомусь для багатьох така (або схожа) консервативна риторика є достатньою для заперечення необхідності гендерних перетворень у суспільстві.

Традиції завжди підносяться зі знаком «плюс» – як абсолютне благо, щось сакральне і святе (*«коли будемо їх наслідувати, то усе буде добре»*), що не може бути піддано критиці. Натомість, їх справжній критичний аналіз вказує на те, що **традиції є звичайною маніпулятивною технологією, свідомо вибудованою інтерпретацією того, чого насправді ніколи не було (або принаймні паралельно існувало і щось протилежне, про що не згадується). Мета цієї технології – збереження існуючого гендерного порядку, в якому чоловіки є домінуючою групою, а жінки – домінованою.** Традиціоналістський дискурс – це коли в нас намагаються цілеспрямовано сформувати певні уявлення про минуле, видаючи їх за реальні традиції.

Візьмемо один з найпоширеніших міфів про те, як і коли з'явився розподіл праці між жінками і чоловіками. Згідно з популярною версією, чоловіки полювали на мамонтів, а жінки, як слабкі і тендітні творіння, залишалися в печері, де готували їжу та нетерпляче виглядали своїх героїв-чоловіків. Посиланням якраз на цю традицію часто виправдовують існуючий гендерний розподіл праці (за чоловіками – продуктивна праця, за жінками – репродуктивна).

Реальність, натомість, була іншою. Як стверджує експертне в цих питаннях коло, у стародавніх людей взагалі був відсутній розподіл обов'язків за статевою ознакою, бо це було нераціонально. На хижаків полювали ті, хто був спритнішим, швидшим, влучнішим, а головне – здоровим у конкретний момент часу. При цьому вагітність, пологи, годування груддю, очевидно, ставали факторами лише «тимчасової непрацездатності», що знижували рівень «конкурентоспроможності» жінки у племені.

Традиція – це, фактичне, міфологізоване спотворення історії. Будь-які практики, що не вписуються в загальноприйнятий дискурс, або просто замовчуються, або відкидаються, і таких випадків безліч.

Лише відвідуючи справжні етнографічні студії, можна дізнатися, наприклад, про особливості старовинного українського обряду комори, зокрема про те, що якщо під час першого статевого акту жених з якоїсь причини не міг здійснити свій подружній обов'язок, до його виконання призивався друг.

Дослідження дошлюбних статевих практик українського народу взагалі є дуже показовими у сенсі деконструкції традиції. Згадаємо, скажімо, ретельно збережені історичні свідчення щодо чисельних випадків дошлюбного «спільного спання» хлопців і дівчат на селі, які були дуже поширені буквально століття тому. Такі «спанья» не тільки не вважалися чимось неприпустимим або аморальним, а навпаки – були нормативною практикою і часто-густо навіть віталися громадою. Звичайно, з огляду на традиціоналістський дискурс (*«раніше дівчата були більш цнотливими»*; *«секс до шлюбу – це завжди була ганьба»* тощо), це дуже важко уявити зараз. При цьому зрозуміло, чому усі згадані інтимні практики українського народу замовчуються – просто вони

вступають у протиріччя з існуючим «соціальним замовленням» щодо гендерних ролей у стосунках та руйнують образ «високоморального минулого».

Важливо підкреслити той факт, що звернення до традиції завжди використовувалося для того, аби «урізати» права жінок і при цьому виправдати це «урізання», адже будь-яка традиція наче «відмінняє» необхідність здійснення особистісного вибору, формування індивідуальної ідентичності, створюючи, натомість, альтернативну групову (як-от: «жінка в усі часи – це, передусім, матір, отже усі жінки мають бути гарними матерями») і формуючи ієрархічну структуру, де кожному і кожній уготоване своє місце.

Образ, який дуже добре ілюструє сучасну групову ідентичність для українських жінок – це берегиня. Прийнято вважати, що він повністю відповідає традиції нашого народу: жінка ж в усі часи берегла домашнє вогнище, сімейний затишок, рід. Насправді ж, реальні наукові дослідження етимології даного образу вказують на кардинально інше його наповнення: в українських міфологічних традиціях образ берегині означав жіночу істоту, подібну до русалки, яка населяла береги річок. Відоме ж усім трактування образу берегині є банальним сучасним «новоделом», його вигадало українське письменництво другої половини ХХ ст. (Василь Рубан, Василь Скуратівський та ін.). А прижилося і стало популярним воно тому, що в точності відповідало (та й відповідає зараз) «соціальному заказу» в існуванні саме таких жіночих ролей.

Отже, апелювання до традиції є маніпулятивним політичним проектом, певним «заказом» на конкретну ідеологію, за допомогою якої історія інтерпретується вільно шляхом «висмикування» з неї найбільш затребуваного (згідно з сучасним контекстом), не гребуючи при цьому й відвертими вигадками. Традиція як антигендерна, «антижіноча» технологія є тим більше вигідною державі, чим менш демократичною та менш модерною є ця держава. Традиція підмінняє собою реальні соціальні проблеми та необхідність їх вирішувати.

*Maurelio Augusto*

*Kharkiv National Medical University*

## **PHENOMENON OF MEDICAL ERROR**

This work is concerned to study the nature of medical error, estimating its essential possible origins in the quality of medical students. There is debate today on the intellectual and moral level of current students, this our present generation of students. Taking as its starting point the analysis of the behavior of students in the school, where we see a huge decrease in before elementary questions as basic culture, discipline and above all respect for the rules, respect the university, respect for teachers and colleagues, it is not difficult to ask, how such student will be able to respect the patient. Would be possible a correct care, or reduce errors if you do not learn how important it is. Respect for people was at the center of moral theory by the German philosopher Immanuel Kant (1724–1804) and, since then, has become the lynchpin of modern humanism and one of the pillars of liberal demo-

cratic societies. In his book of *Morals Metaphysical Foundations*, I. Kant proposes a celebrated moral law to which we must obey unconditionally: «Act in such a way that you treat humanity, whether in your person as in any other, always as an end and never merely as a means». In order to respect a person, to treat it as an end in itself, it is necessary, first of all, know it, pay attention to their particularities and understand your goals.

By definition, medical error is the result of improper professional conduct that involves a technical failure, capable of producing damage to life or injury to the health of others by in competence, recklessness or negligence

Medical error suggests any doctor's deviation from the rules of conduct in or out of medicine. Differentiate malpractice unpredictable accident and uncontrollable outcome. Unpredictable accident is the harmful result, unforeseeable circumstances or force majeure, unable to be predicted or prevented, whatever the author and in the same circumstances. On the other hand, the uncontrollable result of relentless and very course of developments in the case when science and professional competence have no solution, until the time of occurrence.

In the United States for instance, are common ad of lawyers experted in compensation for medical errors that can generate millions of dollars, not only as a reward for the physical losses caused to patients and / or their families, but also as compensation for pain and suffering, the so-called moral damage. Although they can be recognized easily in hospital settings, such errors are also found in other sectors of health care as in outpatient clinics, private offices, pharmacies, at home nursing care and the so-called «Home Care». The analysis of the autopsies show that the overall percentage of misdiagnosis is around 10 %.

Professional profile and procedures related to medical erro Professionals with over 10 years of graduation; small procedures; failure to communicate with family members; incomplete records; multiple jobs; omission of care; minor procedures paucity of time and staff availability; choice of inadequate facilities; Poor doctor-patient communication; laconic notes or no – verbal prescriptions; lack of knowledge and skills, fatigue and pressure for productivity; factors associated with professionals – behavior, communication, performance; factors associated with the system – working environment; external factors – outside the organization's control. The precarious title worth infer that the newly graduated doctor, such as «resident», although practically the terminal act, complex and susceptible to errors, it shows more updated with point procedures and do not appear as the main agent errors. The professional activity above 10 years offers the doctor a false security experience and, above all, a dangerous departure from the books as a source of theoretical knowledge, now relegated to the background on the ability of the field of technology and accumulated experience. It is a dangerous time in working life, the risk moment as a challenge, the audacity as a demonstration and virtuosity in the technical implementation. Another important point is the illegal trade connection created with the pharmaceutical industry, which leads to many doctors, for greed, prescribe medicine improperly or unnecessarily, which high chance of physician error.

Independent of criminal actions via courts, provided punishments vary between countries, in general the Medical Council often decide the following penalties: Confidential Warning in Reserved Warning; Private censorship in Notice Received; Public censure in Official Gazette; Professional Exercise suspension up to 30 days; Cassation of Professional Practice. Examples of medical errors Numerous cases of medical errors can be found in the media, such as: wrong organ transplants, forgotten surgical instruments inside the patient, surgery on the wrong patient, surgery on the wrong body site, wrong organ amputation without anesthetic surgery, wrong dose; Children born with cerebral palsy by delay in treatment of pregnant women. What then would be a way to improve? Avoid overconfidence in memory (to update constantly); prepare for each procedure; simplify the actions; standardize processes; adopt restrictive measures use protocols and checklists; improve access to information; pay special attention to the responsibility of transfers; increase feedback (feedback), always act with responsibility, seriousness, humility and respect for others.

The fact is that dissatisfaction with the humanistic preparation of doctors is patent. Curriculum guidelines for medical courses recommend as professional profile to be formed, a physician generalist, humanist, critical and reflective, able to work guided by ethical principles. "Doctors are lucky: their successes gleam in the sun...and the earth covers its mistakes" ( Michel de Montaigne).

It is possible to see the description of the causes and examples of medical errors, that much of what is going not only a good technical preparation, acquisition or experience of having good working structure. Whereas attention should be paid to the labor factor with responsibility and the recognition of limitations and therefore, with respect to the patient, it becomes clear that the beginning of everything is the moral basis of the doctor as a person, as a citizen, a basis that builds from education in family, in their behavior and developing educational and social environment, as respect for others is rather the practice of medicine. Prevention is the best solution, the medical error of forgiveness begins in the very intention of the hit and its prevention.

*Му'авія Салем Насер Альмарадат*

*Харківський національний медичний університет*

## **АКТИВНІСТЬ НЕЙРАМІНІДАЗИ В СЛИЗУ ЦЕРВІКАЛЬНОГО КАНАЛУ ПРИ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ**

*Мета дослідження:* Визначення ефективності корекції шийки матки у жінок з істміко-цервікальною недостатністю (ІЦН) шляхом дослідження активності нейрамінідази у цервікальному слизу.

*Матеріал і методи дослідження:* Обстежено 80 не вагітних жінок з ІЦН, що склали основну групу, і 20 здорових пацієнток (контрольна група). Основна група пацієнток була розділена на 2 клінічні групи: I – 40 жінок з ІЦН, яким у предгравідарному періоді проводилося лікування філлерами на основі гіалуронової кислоти, II – 40 жінок з ІЦН, яким до настання вагітності ліку-

вання ІЦН не проводилося. Предгравідарна корекція ІЦН проводилася методом біоревіталізації шийки матки, який заснований на застосуванні філерів, основним компонентом яких є гіалуронова кислота. Глікозаміноглікановий біополімер вводили інтрацервікально в тканину шийки матки в кількості 0,3 мл одноразово, шляхом поступового обколювання всій площі внутрішнього зіву сумарним об'ємом препарату від 1 до 2 мл. Як критерій ефективності корекції шийки матки запропоновано використовувати показник активності нейрамінідази в цервікальному слизу. Біохімічне дослідження нейрамінідази вуглеводних компонентів глікопротеїнів в слизу цервікального каналу визначали тіобарбітуровим методом, використовуючи як субстрат глікомакропептид молочної сироватки (ГМП).

*Результати дослідження та їх обговорення.* У жінок основної групи з ІЦН відзначалася низька активність нейрамінідази в слизу шийки матки порівняно з контрольною групою. Виявлені особливості мають бути результатом деструкції глікопротеїнів при недостатності шийки матки функціонального генезу. Проведення корекції шийки матки у пацієток з ІЦН на етапі предгравідарної підготовки супроводжувалося підвищенням вмісту всіх вуглеводних компонентів в слизу цервікального каналу в середньому на 40–45 % і зберігалось протягом 14–18 місяців.

*Висновки:* Біоревіталізація шийки матки на основі гіалуронової кислоти є ефективним методом корекції ІЦН на етапі предгравідарної підготовки, перевершує існуючі методи лікування даної патології та призводить до зниження необгрунтованих хірургічних і інших втручань до настання вагітності. Визначення концентрації нейрамінідази в цервікальному слизу може служити діагностичним маркером відновлення структурно-функціональних характеристик шийки матки на етапі предгравідарної корекції ІЦН.

*Меркулова Н.Ф., Лантух А.П.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Национальный фармацевтический университет*

## **ЭВТАНАЗИЯ И СУИЦИД В ИНТЕРПРЕТАЦИИ АНТИЧНЫХ ФИЛОСОФОВ**

Термин «эвтаназия» заимствован у древних греков и обозначал просто «хорошую» смерть – легкую и безболезненную. У древних не было не только единого слова, но даже общепринятого выражения по поводу эвтаназии. Вероятно, условия, при которых обращение к эвтаназии было бы целесообразно или возможно, возникали столь редко в ту эпоху, что они не могли привлечь сколько-нибудь серьезного внимания. Существенную роль в данном случае играли также религиозные предписания, направленные против убийства человеческого существа. Вместе с тем в философских текстах древних греков, например, у Платона в «Государстве», мы можем найти положения о допустимости убийства неизлечимо больного и желающего умереть. В данном случае философы морально оправдывали медицинскую практику, когда

неизлечимо больному позволяли отказаться от дальнейшего лечения и легко умереть. Защищая это, Платон, по сути дела, обращается к более широким принципам социальной политики, которая позволяет тяжело больному избавиться от своей боли ценой собственной жизни на том основании, что он уже не в силах продолжать прежний активный образ жизни, когда его природа и таланты были направлены на реализацию значимых целей. Сходные проблемы ставит Аристотель в своей «Политике» относительно детей, рожденных с дефектом. В «Государстве» Сократ описывает медицинскую практику идеального города, согласно которой продление жизни безнадежно больному не приносит пользы ни ему, ни обществу в целом. Следовательно, такому больному можно позволить умереть раньше времени. Таким образом, в идеальном городе-государстве Платона при выборе между благом отдельного индивида и благом общества в целом предпочтение отдается последнему. Тяжелобольному предоставляется возможность умереть не столько потому, что это было бы благом для него самого, а потому, что эта смерть облегчила бы жизнь другим людям. Именно поэтому смерть неизлечимо больных людей рассматривается Платоном как благо независимо от того, разделяет ли сам больной подобные взгляды или нет. Кроме того, здесь подчеркивается связь между возможностью или невозможностью продолжения жизни субъекта и активной социальной деятельностью. Не случайно в этом диалоге Сократ рассматривает возможности оказания медицинской помощи юношам и людям средних лет, тогда как люди пожилого возраста оказываются за рамками подобного рассмотрения. Вопросы о том, что хорошо, и что плохо для пациента, являются у Платона объективными, социально значимыми. Важное место в философии Платона занимает идея *метемпсихоза* – вера в переселение душ. В связи с этим Платон обращается не столько к желаниям пациента, сколько к объективным качествам его возможной последующей жизни.

Что касается проблемы «суицида» или самоубийства, то оно имеет латинское происхождение. Однако, мы не находим случаев его употребления ни в Древней Греции, ни в Древнем Риме. У древних греков и у древних римлян существовал свой способ выражения этого понятия, и все философы, начиная с пифагорейцев (V в. до н. э.), упоминали о нем. С самых ранних времен древнегреческие философы обсуждали правомерность, целесообразность и рациональную допустимость самоубийства. Так, в «Федоне», Сократ излагает взгляды пифагорейца Филолая, согласно которым субъект не имеет права убить самого себя. С точки зрения пифагорейцев, каждое человеческое существо живет в соответствии с собственной судьбой, и ни один человек не вправе освободить себя (посредством самоубийства) от этой судьбы. В представлении древних греков наша жизнь является наказанием за какие-то грехи, и в то же время боги оказываются хранителями нашей жизни, проявляя заботу о ней как о своей собственности. Как не принадлежащие самим себе, мы не вправе по собственному усмотрению расстаться со своей жиз-

нию. С точки зрения Платона, человек должен приветствовать свою собственную естественную смерть, поскольку она освобождает его от телесной зависимости и приближает его к абсолютной истине. Однако человек не имеет права покончить жизнь самоубийством, нарушив тем самым естественный ход вещей. Вместе с тем в «Законах» Платон утверждает о возможности и даже целесообразности самоубийства при следующих обстоятельствах: а) в соответствии с решением суда о смертном приговоре (как, например, Сократ), б) под давлением внешних неизбежных обстоятельств; в) если субъект покрыл свое имя несмываемый позором.

Стоицизм же оправдывает самоубийство: в силу неизлечимой болезни или нестерпимой боли, ввиду отсутствия необходимых средств для поддержания «нормальной» жизни и т. п. С точки зрения стоиков, соображения морального порядка не могут определять для субъекта, продолжать ли ему свою жизнь или покончить самоубийством. Как и стоики, Эпикур утверждает, что каждый из нас свободен в выборе: покончить с жизнью или продолжать ее. Он указывает на различные ненормальные состояния разума — глубокую депрессию или сильную тревогу, которые толкают людей к самоубийству под воздействием «иррационального страха смерти». Таким образом, допуская принципиальную возможность самоубийства, Эпикур в то же время призывает людей избавляться от тех ненормальных психических состояний. Как видим, древние философы уже выразили все то ценное, что можно сказать по вопросу о самоубийстве.

*Набок Т.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

### **СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО: «ЗА» И «ПРОТИВ»**

Беременность – это очень важный, но и достаточно трудный этап в жизни любой женщины. Однако не каждую женщину Бог награждает таким счастьем – стать Матерью. Когда супружеская пара сталкивается с такой проблемой, единственно правильный выход они видят в обращении к врачам. Если лечение не помогает, то на помощь приходят вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). Смысл действия основной из этих технологий *in vitro* («в стекле», «в пробирке», т. е. вне живого организма), заключается в следующем: оплодотворенную в пробирке яйцеклетку, помещают в инкубатор с определенной температурой на несколько дней, а затем перемещают в организм матери, где он развивается, как и все другие зародыши. Но не всегда и эта методика эффективна. В этом случае родители, мечтающие о своем ребенке, который будет именно их «кровинушкой», обращаются к суррогатным матерям. В этом случае оплодотворенную в пробирке яйцеклетку помещают в матку суррогатной матери в течение первых 3–5 дней развития эмбриона. В современном обществе мнения по поводу суррогатного материнства расходятся. Во многих странах мира, оно даже строго запрещено. Услуга суррогатного материнства имеет как достоинства, так и недостатки. Если говорить о достоинствах, то это определено радостью

родителей, которые не способны иметь своего родного ребенка. Недостатки суррогатного материнства имеют биологические и моральные аспекты. Биологические недостатки заключаются в том, что разрушаются природные связи между матерью и ребенком, в дальнейшем это может каким-то образом отразиться на ребенке, так как в его рождении участвовали трое (биологическая мать, биологический отец и женщина, вынашивающая плод) с вмешательством технологий. Подобного рода последствия в достаточной мере еще не изучены. Моральные недостатки состоят в том, что ребенок, фактически, становится товаром, а его рождение превращается в технологический конвейер. Религия высказала свое негативное отношение к суррогатному материнству, полагая, что таким образом разрушается эмоциональная близость между матерью и плодом за время беременности. Беременность превратилась в вид работы для женщин, занимающихся суррогатным материнством. К негативным моральным аспектам следует отнести сложности поиска женщины, которой можно доверить вынашивание собственного ребенка. Такая услуга достаточно дорогостоящая, а также не урегулирована в правовом отношении. Несмотря на такие сложности и недостатки, большинство людей не считают суррогатное материнство своего рода преступлением, т. к. считают, что суррогатная мать не имеет родства с таким ребенком, ведь организм женщины используется лишь для вынашивания.

Таким образом, в суррогатном материнстве есть свои «за» и свои «против». Медицина готова помогать бездетным родителям. Правовой аспект находится в начальной стадии регулирования. Моральный аспект суррогатного материнства целиком ложится на плечи родителей, которые ради своего семейного счастья готовы идти на любые жертвы, не взирая на возможные последствия в будущем.

*Нагиева Айнур Нурали кизи*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР В МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ**

Профессия врача предъявляет к личности требования, специфика которых обусловлена особенностями, как самой деятельности, так и тем сложным объектом, которым является человек. Именно поэтому профессиональная деятельность врача связана с эмоциональными перегрузками, частыми стрессовыми ситуациями, с дефицитом времени, необходимостью принимать решения при ограниченном объеме информации, с высокой частотой и интенсивностью межличностного взаимодействия.

По роду профессиональной деятельности врач сталкивается со страданием, болью, умиранием, смертью. Работа врача - особый вид деятельности, характеризующийся состоянием постоянной психологической готовности, эмоциональной вовлеченности в проблемы окружающих, связанные с состоянием их здоровья, практически в любых ситуациях, предполагающих межличностное взаимодействие. С психологической точки зрения болезнь может рассматриваться как ситуация неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом – одна из наиболее трудных психологиче-

ских ситуаций в жизни, частой эмоциональной реакцией на которую является страх. Эту ситуацию переживает больной, в нее «входит» врач, который может уменьшить степень информационной неопределенности путем тщательной диагностики, но контролировать в полной мере «человеческий фактор» он не может. Существование в подобных условиях требует от специалиста медицинского учреждения высокой эмоциональной устойчивости, стабильности, психологической надежности, умения противостоять стрессу, информационным и эмоциональным перегрузкам, а также сформированных коммуникативных навыков, развитых механизмов психологической адаптации и компенсации.

На сегодняшний день самым главным фактором в работе врача с пациентом является психологическое понимание состояния больного. Любому врачу должен придерживаться определённой совокупности этических норм и правил поведения при выполнении профессиональных обязанностей.

Моральный образ и принципы медицинского работника были сформированы и усовершенствованы в течение очень многих веков, включая следующие факторы: политический строй, уровень культуры, национальные и религиозные традиции, а также социально-экономические и классовые отношения в стране.

Каждый врач должен обладать высоким уровнем морали, уметь себя правильно вести при общении с больным, сохранять доверительные взаимоотношения с коллегами и с обществом. Медицинский работник должен помнить не только о своих правах, но и об обязанностях перед больными, коллегами и обществом. Ведь главное правило в работе врача: «Не навреди!». Двадцать пять столетий назад Гиппократ писал: «Если существует любовь к человеку, то есть и любовь к искусству. Некоторые пациенты, знающие об опасности своего заболевания, могут восстановить здоровье только благодаря тому, что будут довольны своим врачом».

Нарушение правил поведения врача при лечении больных может обусловить возникновение психогенного расстройства в результате неправильных или неосторожных высказываний и действий медицинского работника. Так как в работе с больными чрезвычайно важным есть общение. Ни один компьютер не заменит человеческого слова, искреннего сочувствия и своевременной помощи.

Высокий уровень профессиональных знаний и умений, а также точное выполнение назначений, соблюдение тактичности, человечности, внимательности, самообладания, отзывчивости являются очень важными при работе врача с его пациентом. Потому что именно от этих качеств врача как человека, зависит общее состояние больного. Это происходит из-за того, что один из важнейших факторов, который влияет на ход развития лечения больного – его психологическое состояние и душевный комфорт. Больной всегда должен иметь оптимистический настрой и быть уверенным в скором выздоровлении.

#### *Литература*

1. Лаун Бернанд. Утерянное искусство врачевания. – М. : Изд-во Крон-Пресс, 1998.

2. <http://www.eurolab.ua/balance-and-stress/3780/31564/>

## **К ВОПРОСУ О СИМВОЛИКЕ ВЕЛИКОЙ БОГИНИ-МАТЕРИ В ТРАДИЦИОННОМ И ЭКЛЕКТИЧЕСКОМ ВИККАНСТВЕ**

Основной, центральный объект почитания виккан – Великая Богиня-Мать. Согласно космогоническому культу викканства и теогонической мифологии, Великая Богиня существовала прежде времен и породила Вселенную из собственного тела и разума. Являясь творческим Началом космоса, Богиня родила бога-сына, которого сделала своим супругом, и результатом этого священного брака стала жизнь на Земле. Богиня почитается как Прародительница всех божественных существ, населяющих мир («От Меня пришли все боги и Богини, которые существуют» ср. пророчество в храме Кибелы [Р. Грэйвс «мифы Древней Греции»]).

В символике традиционной и эклектической Викки Богиня часто представлена в трех ипостасях: Дева, Мать (Жена) и Старуха (или Древняя). Их символизирует растущая, полная и ущербная Луна. Также – неспаханное поле, обильная жатва и дремлющая и скованная холодом земля. «Богиня – есть Природа, Она и Искусительница и Старуха, вихрь и теплый весенний дождик, колыбель и могила» [Р. Айслер, «Чаша и клинок»]. Богиню в сакральных текстах, ритуалах, а также обрядовых действиях, совершаемых викканами, называют Владычицей Неба, Матерью Богов, рождающей Богов, Божественным Источником, Великой Матерью и другими именами.

Образ Триединой богини во многом близок образу архетипической Богини-матери, почитаемой у многих народов; в ряде мифологий встречаются и «женские триады» (трое Харит, трое Мойр, ал-Лат, ал-Узза и Манат), некоторые из которых полностью соответствуют ипостасям викканской Великой Богини. С точки зрения виккан, сексуальность, беременность, кормление грудью – и другие женские репродуктивные процессы – являются путями воплощения Богини, сотворением своего рода жертвы [Pike, Sarah M. «Gender in New Religions», 2007].

Хелен Бергер пишет, что «по утверждениям верующих, в этом отражаются различные стадии женской жизни, и таким образом женщина может отождествить себя с Богиней, что было для неё невозможно с времен расцвета патриархальных религий» [Berger, Helen A. «Witchcraft and Magic: Contemporary North America», 2006]. Отметим, что «Церковь всех миров» – характерный пример неоязыческого движения, которое идентифицирует Триединую Богиню как олицетворение «цикла плодородия». Предполагается также, что этот образ вбирает в себя персональные черты и личностный потенциал каждой женщины, когда-либо появлявшейся на этот свет. К числу других представлений, разделяемых многими викканами, относится убеждение, что воссоединение с Великой богиней является жизненно важным для духовного и физического здоровья человечества «на всех уровнях». Дэнна Конуэй включает в свою модель Девы-Матери-Старухи греческих богинь Деметру, Персефону и Гекату [Conway, Deanna J. «Maiden, Mother, Crone:

the Myth and Reality of the Triple Goddess», (1995)]. Для Конуэй Триединая богиня – значит единство, взаимодействие и соучастие со всеми созданиями, в то время как боги-мужчины представляют разобщение, отделение и владычество природы. Это заявление подверглось критике со стороны как неоязычников, так и со стороны научного общества как возрождающее устаревшие гендерные стереотипы и игнорирующее сложившуюся в мире этническую и экологическую обстановку [Devlin-Glass, Frances, and McCredden, Lyn «Feminist Poetics of the Sacred: Creative Suspicions», 2001].

Дианическая ветвь Викки восприняла учение Р. Грейвса о Триединой Богине, совместив его с элементами традиционного викканства, и получила свое название в честь Дианы, богини всех ведьм согласно книге Арадия Чарльза Годфри Леланда [Berger, Helen A. «Witchcraft and Magic: Contemporary North America», 2006]. Шушанна Будапешт, считающаяся основательницей Дианической Викки, называет Триединую Богиню «изначальной Святой Троицей: Дева, Мать, Старуха». Дианические виккане, такие, как Руфь Баррет, последовательница Будапешт и со-основательница Храма Дианы, используют образ Триединой богини в своих ритуалах и соотносят три «основных направления» – «вверху», «в центре» и «внизу», или «над», «в» и «под», – с Девой, Матерью и Старухой соответственно [Barrett, Ruth «Women's Rites, Women's Mysteries: Intuitive Ritual Creation», (2007)]. Баррет говорит: «Дианические виккане почитают Ту, что призывается Её дочерьми сквозь время, во многих местах и многих именах».

Некоторые неоязычники утверждают, что Триединая богиня является образом-архетипом, на протяжении веков воплощавшимся во множестве разных культур под разными именами, и что многие отдельные богини могут быть интерпретированы как воплощения Триединой богини [Р. Айслер, «Чаша и клинок»]. Распространение этой теории привело к тому, что неоязычники начали использовать образы и имена божеств из разных независимых культур для своих ритуальных целей.

Символический ряд некоторых викканских течений может быть достаточно эклектичен, но сакральная символика комплекса мифоритуальных практик, посвященных непосредственно Великой Богине едина для всех виккан, так же как и соблюдение универсальной заповеди, по сути единственной и являющейся краеугольным камнем всей викканской философии: «Делай, что хочешь, только не вреди».

*Нгоно Шарль Аврора*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ БИОТЕХНОЛОГИИ**

Согласно определению, представленному в Википедии, биотехнология – это дисциплина, изучающая возможности использования живых организмов, их систем или продуктов их жизнедеятельности для решения технологических задач, а также возможности создания живых организмов с необходимыми свойствами методом генной инженерии.

На сегодняшний день технологической основой биотехнологической революции в мире является генная инженерия. Основным продуктом генной инженерии являются генномодифицированные организмы – ГМО. Рациональное и прагматическое оправдание применения генномодифицированных организмов в пищевой, медицинской, косметологической и прочих сферах жизни человечества сводится к обещаниям биотехнологических компаний достичь, посредством генетических модификаций организмов-объектов аграрной индустрии, значительного улучшения здоровья и качества жизни всего человечества.

В условиях глобальной цивилизации, здоровье каждого человека не является сугубо личной ценностью. Оно определяет множество социальных аспектов и проблем, отражающих благополучие человечества в целом. Таким образом, глобальная проблема влияния биотехнологий на здоровье людей не может касаться отдельной страны или региона планеты. Данная проблема находится в фокусе внимания множества международных организаций и фондов.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) представила отчет от 2005 года «Современная биотехнология производства продуктов питания, здоровье и развитие человека: исследование на основе фактов». Из общих выводов, представленных в отчете, можно констатировать, что «возможное непосредственное влияние ГМ продуктов питания на здоровье человека в целом сравнимо с известными опасностями, ассоциируемыми с традиционными продуктами питания, и включает, например, возможную аллергенность или токсичность компонентов, а также диетологическую и микробиологическую безопасность продуктов питания» [1].

Хотя исследование идентифицирует некоторые из возможных воздействий генномодифицированных продуктов питания на человеческое здоровье и развитие, оно настаивает на том, что генномодифицированные продукты предлагают потенциал увеличения сельскохозяйственной производительности или увеличение питательной ценности, прямо способствующий улучшению человеческого здоровья и развитию. Эти два утверждения составляют часть невыполненных обещаний биотехнологической промышленности, так как до сих пор, единственные продукты, которые находятся на рынке, это те, которые обладают сопротивлением к гербицидам, насекомым и далеки от того, чтобы предлагать продукты лучшего качества. ГМ продукты питания, которые были помещены на рынки продовольствия и животноводческих кормов не могут быть проверены в долгосрочной перспективе, а, следовательно, таят в себе риск для человеческого здоровья [2].

### *Литература*

1. Кошкин Е. ГМ-источники пищи. Данные о безопасности/<https://geektimes.ru/post/251246/>
2. Биотехнологии и человеческое здоровье/ <http://blyg.ru/archives/70/>

## **МИ САМІ ОБИРАЄМО СВОЄ ОТОЧЕННЯ**

Справді, досить цікаво, що ж притягує людей один до одного? Можливо, ми обираємо для спілкування схожих на нас людей? А, може, навпаки шукаємо спілкування з тими, хто має ті риси, яких у нас немає, і ми просто хочемо бути схожими? Упевнені, що кожен з нас розмірковував над цією проблемою. Але знайти однозначну відповідь неможливо.

Насправді ж, це наша підсвідомість нашіптує нам, з ким дружити, кого кохати, з ким спілкуватись. Дійсно, нас ніби притягують окремі люди. Безперечно, люди обирають своє оточення на основі тих образів, які вже склались у їх підсвідомості. Давайте замислимося ще над однією річчю – ось ми в перший раз бачимо людину. У більшості випадків ми ставимося до нового знайомого нейтрально, але іноді трапляються люди, до яких з першого погляду в нас виникають дуже сильні почуття (велика симпатія або, навпаки, жорстка антипатія). Начебто з чого? Адже ми навіть не знаємо цю людину, ми не знаємо, хто вона, не знаємо її якостей, переваг або її недоліків. Це наша свідомість їх знає, а наша підсвідомість уже все відчула й вже нам нашіптує – ось ця людина підходить під твої критерії хорошої людини, а ось ця, навпаки, під них зовсім не потрапляє [1].

Звісно, нам потрібно думати та налаштовувати свою підсвідомість на те, що нас оточують тільки доброзичливі люди, але маємо вас запевнити: можуть зустрітись і ті, хто буде Вам заздрити, намагатися зробити щось погане, образити чимось. Варто розглядати таких персон як маленькі камінчики на Вашому великому та довгому життєвому шляху та припиняти спілкування з ними, і тоді звільниться місце для тих, хто дійсно вартий Вас. До речі, Ви помічали, що більшість з нас зосереджують свою увагу на поганих вчинках людей, телефонують друзям, щоб виговорити всі негативні думки, до яких призвели вчинки певних людей. Гадаємо, що це так. Якщо вчиняти саме таким чином, то оточуючі будуть незалежно ставитись і до Вас. Ми переконаємося, що люди роблять для нас багато добра. Але не всі це помічають та вдячні за це, і тому люди відовідають тим же, роблять неприємне та забувають про те хороше, що робили для них Ви.

А з чого взагалі починається наше спілкування? Упевнені, що будь-хто зможе знайти відповідь на це питання, спираючись на свій життєвий досвід. Насправді людей зближують спільні інтереси, заняття, звички, погляди, принципи, уподобання.

Лише ми, і тільки ми обираємо своє оточення, ми його створюємо, можемо піддавати корекції. І результат від цих дій також безпосередньо залежить від нас. За допомогою правильного мислення, яке налаштовує нашу підсвідомість на залучення в наше життя тих людей, з якими ми хотіли б йти пліч-о-пліч, ми можемо кардинально змінити свій шлях, значно його покращити.

Ви складаєте картину свого життя, змальовуєте своїх друзів, знайомих, викладачів, начальників та взагалі людей, які є навколо Вас. Ви впевнено

обмірковуєте їх реакції, поведінку, вчинки. Після такого чіткого планування в дію вступає Ваша підсвідомість і працює замість Вас.

У світі дійсно існує такий закон: якою людиною є ви самі, таких людей ви до себе й залучаєте. Як саме він діє, це вже питання. Або ви просто не звертаєте уваги на тих людей, які не резонують з вами, або не спілкуєтеся з іншим типом співрозмовників, або не буваєте в тих місцях, де люблять перебувати люди з іншими інтересами. Причин такого явища може бути багато. Але факт залишається фактом: ви притягує до себе саме таких людей, які відображають вас самих. Інакше ви з ними просто припинили б своє спілкування.

Як залучати до себе потрібних людей? Успішна людина впускає у своє життя тільки успішних людей. Звичайно, на її шляху можуть з'являтися люди, які із задоволенням захочуть пожитися її досягненнями. Але вона їх просто до себе не підпустить, оскільки бачитиме значну різницю між тим, якою є вона сама, і тим, якими є люди-паразити. Успішна людина не купиться на фальшивку. Вона відразу ж побачить, хто перед нею знаходиться – людина, яка чогось досягла у своєму житті, або індивід, який хоче жити за рахунок інших.

Ну а що ж щодо кохання? Це моральне за своєю суттю почуття облагороджує люблячих, об'єднує чоловіка й жінку та несе в собі співчуття, переживання, а також обов'язок одного перед іншим [2]. Психологи склали «чарівну» добірку із 36 запитань, завдяки яким утворюється душевна близькість, які створюють атмосферу «взаємної вразливості» – а це є плідним підґрунтям для зародження кохання. Навіть закохатися можна спеціально, якщо захотіти [3].

Пам'ятайте геніальну фразу Зигмунда Фрейда: «Ми вибираємо не випадково один одного ... Ми зустрічаємо тільки тих, хто вже існує в нашій підсвідомості».

Отже, візуалізуйте своє оточення, будьте вдячні та цінують тих людей, які завжди поряд, і тоді Вам будуть відповідати взаємністю.

#### *Література*

1. [Електронний ресурс]// Режим доступу: <http://imway.ru/obshhayas-s-kuricami-ne-stanesh-orldom.html>

2. І. С. Вітенко. Психологія. – Київ, «Здоров'я», 1994. – 158 с.

3. [Електронний ресурс]// Режим доступу: <http://life.pravda.com.ua/society/2015/01/18/187868/>

***Носок Л.А.***

*Харьковский национальный медицинский университет*

### **ГУМАННА ЛІИ «ДОЗА СМЕРТИ»?**

В жизни каждого человека наступает момент, когда он умирает. Хорошо, если это будет легкая смерть в глубокой старости. Однако все может быть и по-другому, когда, например, человек может страдать от неизлечимой болезни, мучаться от сильных болей, когда даже лекарства не в силах облегчить страдания, или когда больной находится долгое время в коме, и нет надежды на то, что он когда-нибудь из нее выйдет. В таких случаях

перед врачом стоит выбор: опустить руки и просто ждать либо же облегчить страдания больному, ускорив его смерть. Вот эта «легкая смерть» и называется эвтаназией. С данным «особым методом» связано очень много споров и противоречий. Мне, как человеку, который непосредственно причастен к медицине, захотелось разобраться в этом вопросе.

Изучение я начала с причин, по которым может быть совершён акт эвтаназии. В основном, это либо случаи неизлечимого заболевания, ведущего к летальному исходу с труднопереносимыми физическими мучениями, либо же глубокая кома. Исследуя самые разные материалы, я наткнулась на историю некой Годеливы де Тойлер [1], которая пережила немало жизненных драм, долгие годы страдала от депрессии и с 19-летнего возраста ходила к терапевтам. Летом 2011 года 63-летняя женщина услышала о враче Виме Дистельмансе. Спустя 4 месяца она написала своему сыну Тому электронное письмо: «Я отправила запрос об эвтаназии на основании психологического расстройства. Теперь жду результата». 20 апреля 2012 года сын получил еще одно сообщение от матери, в котором уже в прошедшем времени было сказано, что ее эвтаназия проведена 19 апреля. В письмах Годеливы, найденных в ее доме, она объясняла, что к такому решению ее привели одиночество, бесполезность сорокалетней терапии и отсутствие того, ради чего следовало бы двигаться вперед. После смерти матери, ее сын Том решил бороться с «абсурдной практикой»: он направил жалобу в прокуратуру, утверждая, что состояние здоровья его матери не было непоправимым – общение с детьми и внуками могло бы сгладить одиночество, от которого та страдала. Изучив документы матери, сын выяснил, что некоторые специалисты считали, что ей еще можно помочь. Общественность обвинила Тома в том, что он делает из врачей «козлов отпущения», ставя собственные интересы выше интересов матери.

Именно эта статья изменила мой взгляд на проблему эвтаназии. Здесь очень важно различать, о какой именно эвтаназии идет речь: активной – когда используют средства, ускоряющие наступление смерти (передозировка снотворного, смертельная инъекция по просьбе больного и т. д.) или же пассивной, предполагающей бездействие врача, отказ от борьбы за жизнь пациента. Я допускаю как раз первую, тогда как пассивная мне кажется недопустимой: на то мы и врачи, чтобы до последнего бороться за жизни наших пациентов.

Серьезный аргумент, часто выдвигаемый противниками эвтаназии, последовательно сформулировал врач В. Соколов: «По сути, эвтаназия есть убийство одного человека другим, медиком. А убийство противоречит самой сущности врача и среднего медработника. Если врач, по любым соображениям, способен лишить жизни другого человека – его немедленно нужно лишать диплома, ибо он превратился в свою противоположность, в убийцу. Нельзя также забывать, что врачи тоже люди, а человеку свойственно поддаваться соблазну. Врачу, наделенному правом убивать, рано или поздно

люди перестанут доверять свою жизнь. Убийство гуманным не бывает. И общество, если оно хочет быть гуманным, не должно навязывать врачу обязанности, противоречащие сути его деятельности. Под каким бы то ни было благовидным предлогом. Известно, куда очень часто ведут благие намерения» [2].

Однако в защиту эвтаназии также аргументов хватает. В сущности, самой эвтаназии лежит самоуправление, ведь мы вольны сами принимать решения, которые впоследствии влияют на нашу жизнь. Кроме того, если больной, находясь в сознании, понимает, что летальный исход неотвратим, и он больше не способен выносить страшную боль, просит ускорить его смерть, в такой ситуации «доза смерти» будет более гуманна, так как сразу прекратит страдания. При этом повышение дозы обезболивающего имеет «двойкий эффект»: ослабляет боль и ускоряют смерть.

Окончательно вопрос об эвтаназии, конечно же, еще не решен. Но его предстоит решать нашему поколению, если мы действительно хотим считать себя людьми, свободными в выборе образа жизни и образа смерти. Лично для меня этот вопрос все еще остается открытым: в силу своего возраста и нехватки опыта я пока не могу окончательно выбрать «за» или «против». Но одно я знаю точно: если это только будет в моих силах, я до последнего буду бороться за жизни своих пациентов.

#### *Литература*

1. Ирина Соломонова Доза смерти. Одна история об эвтаназии. // Доступно на: <https://slon.ru/posts/52841>.
2. Ревяко Т.И., Трус Н. Способы самоубийств // Доступно на: <http://www.bibliotekar.ru/encSuicid/36.htm>.

*Огнева Л.Г., Величко В.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

### **ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОСНОВ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

Профессия врача предполагает не только наличие глубоких профессиональных знаний, но и высокой нравственной культуры, гуманизма.

Наша страна занимает одиннадцатое место в мире по количеству населения в возрасте 65 лет и старше. В настоящее время действует так называемый принцип трех пятерок: каждый пятый житель Украины – человек пожилого возраста, каждый пятый человек пожилого возраста – одинок, каждый пятый человек пожилого возраста, проживающий одиноко, утратил способность к самообслуживанию. Рост численности старшей группы населения неизбежно влечет за собой повышение частоты случаев заболеваний, связанных с возрастом. Пожилые люди – это наиболее социально уязвимая часть населения.

В современной отечественной медицинской культуре сохраняется преобладание моральных и социальных норм, таких как милосердие, сострада-

ние и забота о больных, создание благоприятных условий для сохранения и восстановления здоровья человека, трансформации моральных ценностей в профессиональной медицинской культуре, ценности жизни и здоровья в других формах медицинской культуры. Чтобы рассматривать долголетие как достижение человеческой цивилизации, социального прогресса и успехов в медицине, необходимо на людей пожилого возраста смотреть как на особую группу, вносящую определенный вклад в общество, а не как на обузу, приносящую ему издержки.

С древнейших времен перед человечеством стоял вопрос: является ли старость болезнью или физиологическим состоянием.

В основе профессиональной врачебной этики лежит принцип доброжелательности и милосердия по отношению к пожилым людям и старикам. Данная идеальная норма отношения человека к человеку, изначально ориентированная на любовь, заботу, помощь, поддержку, непосредственно связана с практическим отношением врача к больному человеку, которое должно выстраиваться независимо от его расовой, этнической, национальной принадлежности, возрастных характеристик, социального, экономического и иного положения. Эта специфическая способность любить любого пациента в профессиональной врачебной сфере является реальным критерием и для выбора профессии, и для определения меры врачебного искусства.

Процесс старения в каждом человеке протекает индивидуально. Главное – не применить ко всем один и тот же критерий. В то же время важно осознавать, что пожилые люди – это возрастная группа, которая имеет социально специфические особенности и потребности. Забота о пожилых людях должна выходить за пределы того, что связано лишь с медицинской стороной вопроса.

Знание особенностей поведения пожилых людей, психологических, эмоциональных черт необходимо, чтобы принимать их такими, какие они есть. Помочь пожилому человеку – это, прежде всего, воспринять и принять его мир.

Пожилые люди, обеспокоены изменением своего самочувствия, особенно склонны к преувеличению, а нередко и к превратной оценке тяжести своего состояния. Проблема общения пожилых людей, их адаптации к новым ролям и условиям жизни не только существует, но и более значима для этого возрастного периода по сравнению с предыдущим. Терпимость – также один из важных принципов работы с пожилыми людьми. Последнее достигается в ходе неторопливой и доверительной беседы, когда пациент сообщает врачу не только сугубо медицинские, но и социально – бытовые аспекты своей жизни.

Обязательной чертой каждого врача должно являться особенно чуткое, радушное, предельно внимательное и обязательно ободряющее отношение к гериатрическим пациентам.

Медперсонал в больном преклонного возраста должен всего видеть личность, страдающую от многих болезней и частичной или полной потери

способности к самообслуживанию. Больной как личность отличается конкретными индивидуальными качествами характера, привычками, культурой поведения. Поэтому должны быть категорически запрещены снисходительно-пренебрежительный тон в общении с пожилыми больными, двусмысленные уклончивые ответы на вопросы о характере, прогнозе заболевания, о необходимости дополнительных исследований и вмешательств.

Старый человек должен стать для медицинского работника субъектом индивидуального подхода. Никогда нельзя забывать о том, что при беседе со старым человеком нужно стараться сохранять на лице выражение интереса, сочувствия и доброжелательности. Чувство уважения к старому человеку, заинтересованность его жизненным путем и опытом обычно повышают доверие к медицинскому работнику, его авторитету как специалиста.

*Олейник М.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ФИЗИЧЕСКИЙ, СОЦИАЛЬНЫЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТЫ**

Что такое здоровье? Существуют различные определения этого понятия. Но наиболее точным, на мой взгляд, является вариант, который указан в преамбуле устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) еще в 1946 г., и которое до сих пор не утратило своей актуальности: «Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Зависит ли качество профессиональной деятельности человека от его здоровья? Безусловно. Каким, например, будет эфир на радио, если радиоведущий окажется простуженным вследствие ослабленного иммунитета? Или как водитель маршрутки со сломанной рукой сможет полноценно выполнять свои функциональные обязанности? Никто из них не сможет должным образом выполнить свою работу. Поэтому физическое здоровье является важной составляющей частью успешной профессиональной деятельности.

Ничем не уступает физическому здоровью здоровье социальное. Под фразой «социальное здоровье» я подразумеваю готовность человека идти на контакт с окружающими, отсутствие страха общения, легкость в выражении своих мыслей, своих идей. Множество профессий основано именно на коммуникациях между людьми. И если человек будет социально «нездоров», то ему будет очень тяжело достичь успеха в своей работе. Сможет ли врач поставить диагноз и вылечить больного, не узнав основные симптомы, не спросив о жалобах? Может быть, у него и получится, но это будет сложно и займет больше времени.

Важное значение имеет и эмоциональный аспект профессиональной деятельности человека. Хочется ли вам заниматься своими привычными делами, когда настроения совсем нет? По себе знаю – не очень. Вот так и в профессиональной деятельности. Конечно, финансовый директор крупной фир-

мы будет выполнять свою работу, независимо от настроения. Но будет ли она столь качественной, если вечером накануне он поссорился с женой? Эмоциональное состояние человека зависит от многих факторов: погода, физическое состояние, ссоры и т. д., и оно никак не должно сказываться на обязанностях работника. Но, как показывает практика, полностью исключить это влияние невозможно.

Преодоление последствий нарушения здоровья и устранения причин требует поиска таких мероприятий, которые бы способствовали улучшению ситуации.

Во-первых, сохранение здоровья нации – это задача национального масштаба, а потому она требует государственной поддержки. Эта проблема требует немедленного решения, т.к. численность населения Украины катастрофически снижается.

Во-вторых, необходимо внедрять во всех учебных заведениях страны специальный учебно-тренировочный курс по сохранению здоровья.

В-третьих, на уровне семьи и детского садика необходимо приучать детей к здоровому образу жизни.

В-четвертых, необходимо на всех уровнях активно поощрять стремление человека быть здоровым. Поддерживать свой дух и тело в здоровом состоянии – это большой труд. И это под силу лишь людям волевым, имеющим знания, навыки и умения по сохранению здоровья. Напротив, люди ленивые, необразованные, с вредными привычками, склонны к заболеваниям. А потому государство должно культивировать в обществе имидж, который должен стать необходимым и модным: «Здоровый человек, который занимается своим собственным здоровьем».

В-пятых, необходимо использовать все доступные средства для того, чтобы сделать человека ответственным за свое здоровье перед самим собой, перед своей семьей и перед страной.

Выводы. Здоровье человека как ценность имеет абсолютное значение, так как сохраняет свое значение на протяжении всего жизненного цикла. Это, в свою очередь, актуализирует необходимость формирования в обществе и у конкретного человека гуманистического вектора мотивации на общечеловеческие ценности, на уважение к себе и окружающему миру. Вот почему крайне необходимо внедрение в жизнь каждого человека оздоровительной концепции как важнейшего условия для создания полноценной жизни.

*Ольховский В.А., Нарижная А.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ**

Под врачебной тайной понимают не подлежащие огласке сведения о болезни, интимной, семейной сторонах жизни больного, полученные от него самого или выявленные в процессе сбора анамнеза, обследования и лечения, то есть выполнения медицинским персоналом своих обязанностей. Причем

огласке не подлежат не только данные о самой болезни, но и сведения о функциональных особенностях организма больного, его физических недостатках, вредных привычках, особенностях психики, имущественном состоянии, круге знакомств, интересах, увлечениях и др. Сведениями конфиденциального характера, к которым применим термин «тайна», в том числе являются персональные данные, то есть сведения о фактах, событиях и обстоятельствах частной жизни гражданина, позволяющие идентифицировать его личность.

Понятие врачебной тайны возникло еще в античные времена и существует в медицине по крайней мере более 2 500 лет. «Можно страшиться брата, матери, друга, но врача – никогда» – гласит пословица народов Древней Индии, где, как предполагают, и зародилось понятие врачебной тайны. Врачебная тайна есть не что иное, как модификация важнейшей нормы медицинской этики. «Прежде всего – не навреди: не навреди личности своего пациента в глазах окружающих; не навреди спокойствию как его самого, так и его близких; помни, что благополучие человека не исчерпывается только физическим здоровьем» (Гиппократ). Суть клятвы Гиппократа состоит в том, чтобы «при лечении, а также и без лечения, не увидел и не услышал касательно жизни людской из того, что не следует разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной». В связи с этим каждый врач, каждый медицинский работник должен сознавать себя носителем священной традиции недопустимости разглашения профессиональной тайны. В медицинской этике понятие врачебной тайны органично связано с понятием доверия. «Обещаю свято хранить вверяемые мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемое мне доверие» – так говорилось в свое время в «факультетском обещании» выпускников медицинских факультетов отечественных университетов. В Международном кодексе медицинской этики (1949) так формулируется заповедь врачебной тайны: «Врач должен сохранять в абсолютной тайне все, что он знает о своем пациенте в силу доверия, оказываемого ему».

Врачебная тайна – одно из выражений профессионального долга медика. Сохранение врачебной тайны – эквивалент морально-этического ответа медика на доверие больного и своего рода расплата за это доверие. Умело применяя заповедь о врачебной тайне по отношению к отдельным больным, медицинские работники обеспечивают гарантию конституционного права граждан на охрану личной жизни (ст. 32 Конституции Украины). Возведение врачебной тайны в ранг юридической нормы является утверждением огромной социальной ценности этого традиционного понятия медицинской этики. Право медика задавать пациенту, его родственникам определенные вопросы отнюдь не беспредельно. Это право имеет юридическую меру: «Каждое уполномоченное лицо при наличии к тому фактических и юридических оснований может проникать в сферу личной жизни и ее тайны только в своем узкоспециализированном аспекте» (ст. 23 Закона Украины «Об информации»). Профессиональная обязанность медицинских работников хранить врачебную тайну предусмотрена также статьей 78 «Основ законода-

тельства Украины об охране здоровья» (19.11.1992). Однако, необходимо знать, что существуют случаи, когда разглашение медицинской тайны не является правонарушением и допускается в следующих случаях:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокуратуры и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему лицу в возрасте до 14 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- в целях расследования несчастных случаев производственного или непроизводственного характера (постановления Кабинета Министров Украины от 05.05.1997 г. № 421 «Об утверждении Положения о расследовании и учете несчастных случаев непроизводственного характера» и от 21.08. 2001 г. № 1094 «Некоторые вопросы расследования и учета несчастных случаев, профессиональных заболеваний и аварий на производстве»). Все лечебно-профилактические учреждения о данных фактах должны в течение суток информировать местные органы исполнительной власти специальным уведомлением.

В своей деятельности медицинским работникам особенно необходимо знать и руководствоваться приказом МВД и МОЗ Украины от 10.05.1993 г. № 307/105 «Про порядок обліку випадків звернення до закладів охорони здоров'я і міськрайлінорганів внутрішніх справ громадян з тілесними ушкодженнями кримінального характеру». В нем, в частности, говорится: «Лечебные учреждения, независимо от ведомственной подчиненности и форм собственности, обязаны сообщать в дежурные части органов внутренних дел о всех фактах обращения граждан с огнестрельными и ножевыми ранениями, а также прочими телесными повреждениями насильственного характера, если есть основания считать, что они получены в результате правонарушений». Действующие медицинские инструкции также возлагают на врачей обязанность сообщать органам расследования или суду о всех случаях насильственной смерти, причинении телесных повреждений, связанных с разного рода ранениями, о самоубийстве и покушении на него.

*Острягина О.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **РОСТ ПОДРОСТКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ РИСКОВ И ОБЩЕСТВЕННОГО ОСУЖДЕНИЯ**

Нормативным элементом морали современного общества является неприятие, осуждение ранней беременности. Я решила разобраться, с чем связано такое ее неприятие.

Ранняя беременность (она считается таковой, если наступает в период 13–18 лет) в большинстве стран мира до сих пор является нерешенной проблемой. Самая ранняя удачная беременность в истории медицинских наблю-

дений была зафиксирована в 1939 году в Перу. Лина Медина в возрасте 5 с половиной лет родила здорового сына весом 2,7 кг. На данный момент она занесена в Книгу рекордов Гиннеса как самая молодая мама в мире. Похожий случай случился и в России с девочкой 6 лет. Слишком рано развившаяся половая система у детей столь юного возраста – очень редкий случай, но в медицинской практике такое иногда встречается.

Любопытный опрос на эту тему был недавно проведен в России: 60 % респондентов считают, что двадцатилетним людям еще рано обзаводиться детьми, а беременность несовершеннолетних подростков осуждается практически единогласно. В то же время, мы знаем по примеру целого ряда восточных (и чаще всего традиционных) культур, что бывает и прямо противоположное отношение, когда считается вполне нормальным, что в 12–14 лет девочка выходит замуж, беременеет, рождает детей, и в таких традиционных культурах малолетние мамы являются вполне самостоятельными: они не только выходят замуж, но и уже умеют вести собственное хозяйство, не являясь ни для кого обузой.

Почему же наше общество осуждает «маленьких мам»?

Вероятно, основная причина заключается в том, что общество просто не желает брать на себя ответственность за «маленького» и несамостоятельного человека, не хочет выделять на «юную мамы» экономические ресурсы, заботиться.

Часто можно слышать мнение, что малолетние мамы – это выходцы из неблагополучных семей, где отсутствует должное воспитание. Такие семьи всегда порицаются, поэтому негативное отношение переносится и на юных мам.

Добавляет «негатива» и тот факт, что многие молодые отцы, узнав о беременности, нередко бросают девушку одну с ребенком на руках и без помощи.

С медицинской точки зрения, несовершеннолетняя девушка, физиологически зрелая, может совершенно нормально забеременеть, выносить беременность и родить здоровое потомство.

Вместе с тем, есть здесь и немало рисков. Например, чем подросток моложе, тем выше общий риск для его здоровья, особенно, если девушке нет еще 15 лет. Также следует отметить, что в раннем возрасте в 2,5 раза выше частота невынашиваемости плода. Ранней беременности сопутствуют и такие проблемы, как нарушение строения костной ткани при недостатке кальция в организме (ребенок «забирает» себе многие витамины и микроэлементы для собственного роста и развития). Нельзя забывать и о психологических рисках: молодые беременные девушки, столкнувшись с такой «нестандартной ситуацией», куда в большей степени, чем другие подростки, предрасположены, например, к суициду.

Ощущая на себе тотальное общественное осуждение, несмотря на возрастающий объем просветительской информации (в частности, предупреждений об опасности незащищенного полового акта), ежегодно около 1 млн. молодых девочек все равно беременеют, и цифра эта только растет. К сожалению, общество (в том числе в лице государства и других структур) пока не имеет рецептов кардинального решения данной проблемы.

## **ЛЕГАЛІЗАЦІЯ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ЗБРОЇ ДЛЯ САМОЗАХИСТУ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ КУЛЬТУРНОГО РІВНЯ ЛЮДИНИ**

Однією з важливих проблем, що вже майже чверть століття турбує наше суспільство, є проблема особистої безпеки громадян. Ця проблема є актуальною для кожного громадянина України, від вищого керівництва до безробітного, адже ніхто не застрахований від протиправного посягання на їх життя, здоров'я, майно тощо.

Останнім часом, у зв'язку з активізацією суспільного життя в Україні, спричиненого подіями Майдану кінця 2013 – початку 2014 років, знов була піднята тема самооборони за допомогою вогнепальної зброї. Питання стало ще актуальнішим після Російської інтервенції у Крим і Донбас, що призвело до окупації частини Української Держави та неоголошеної війни з Російською Федерацією. Ці події спричинили до масового потрапляння вогнепальної зброї до рук українського населення, активізації радикальних настроїв, що відроджує практику збройних сутичок, найвідомішою з яких стали Мукачівські події 2015 року, коли окремі представники Правого сектору вступили у конфронтацію з правоохоронними органами. Незалежно від мотивів такі прояви насильства руйнують і без того хитку суспільну рівновагу.

У статті 27 Конституції України сказано, що кожна людина має невід'ємне право на життя. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави – захищати життя людини. Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань. Більш детальний прояв ця конституційна норма знайшла у ст. 36 Кримінального кодексу України – «Необхідна оборона», відповідно до якої людина має реальне право на застосування зброї для захисту свого життя, здоров'я, житла або майна. Але не завжди людина керується у своїх діях законом, набагато важливіше, який у неї внутрішній, моральний закон. Саме тому дуже важливим аспектом, що дозволить адекватно оцінити аргументи за і проти широкого використання вогнепальної зброї для самозахисту є культурно-психологічний рівень українського суспільства.

Визначення поняття «культура» є дискусійним, на даний час є велика кількість різних її визначень. Так, згідно з Академічним словником української мови культура – це сукупність матеріальних і духовних цінностей, створених людством протягом його історії. Основоположник німецької класичної філософії Імануїл Кант (1724–1804) бачив основу культури не в самій природі людини, а в сфері її морального існування. В кантівському розумінні культура – це здатність індивіда підвестись від обумовленого його тваринною природою емпіричного, чуттєвого існування, при якому мета його поведінки визначається зовнішнім світом, до морального існування, яке дозволяє йому вільно діяти в ім'я цілей, які він сам перед собою висуває, зважаючи на веління морального обов'язку. Всесвітня конференція UNESCO

1982 р. визначила культуру як комплекс матеріальних, духовних, інтелектуальних і емоційних рис суспільства, що включає не лише різні мистецтва, а й спосіб життя, основні правила людського буття, системи цінностей, традицій і вірувань.

У своїй роботі я вважаю за необхідне розуміти культуру в системи цінностей, які вона формує за допомогою суспільних законів та внутрішнього морального чуття (що є добром, а що злом для кожної конкретної людини). Саме дані цінності, орієнтири, соціальні ролі, стереотипи, на мою думку, визначають поведінку людини у кожній конкретній ситуації, а тому питання художньої обізнаності (знання живопису, літератури, архітектури і т. д.) мені не мало цікавлять у даній роботі, мені важливіше визначити моральний рівень людини, при яких обставинах вона буде використовувати вогнепальну зброю і чи використає взагалі.

Однією із складових культури, яку я розгляну, є культура поводження з вогнепальною зброєю. У зв'язку з тим фактом, що згідно мого дослідження більшість українців ніколи не використовували вогнепальну зброю, такої культури у даних людей просто не може бути. В той же самий час дана специфічна культура формується не лише технічними знаннями про зброю та її використання, а і загальною культурою, яку я визначив як мотиви людської поведінки.

Якщо подивитися на статистику, то вона просто вражає. Так, у 2013 р. ці у стані алкогольного сп'яніння було зареєстровано 804 умисних вбивства. Для порівняння, кількість убивств, вчинених з корисливих мотивів у тому році, складала 142. Тобто, у 5,7 менше. Скоріш за все, це зумовлено тим, що за даними ВООЗ за різні роки Україна посідає 5–6-е місце в світі за рівнем споживання алкоголю. Враховуючи дані особливості, логічно припустити, що у випадку негайної лібералізації обігу зброї, ескалація насильства буде неминучою, адже п'яній людині, як відомо, море по коліно, а наявність у неї вогнепальної зброї може викликати бажання її застосувати.

Навіть ті, хто мають вогнепальну зброю в Україні, часто поводяться ірраціонально. Так, в Одеській області у 2013 р. з 14 злочинів, скоєних із застосуванням вогнепальної зброї, 7 (50 %) здійснено із зареєстрованої. У 2014 – з 33 злочинів з використанням зброї 7 (21 %) здійснено із зареєстрованої. У Києві у 2013 році – з 36 злочинів 15 (42 %) скоєно із зареєстрованої зброї, у 2014 із 66 – 16 (24 %) із зареєстрованої зброї. У цій статистиці можна спостерігати, що нині кількість злочинів із зареєстрованою зброєю залишається майже ідентичною минулим рокам. Таким чином, культура поведінки з власною зброєю залишається достатньо низькою.

У зв'язку з цим хочеться зазначити, що допоки наша нація матиме сумнівне щастя входити в п'ятірку країн з найбільшим вживанням алкоголю, говорити про високий рівень культури більшості наших людей та можливість запобігання злочинам у суспільному вимірі за допомогою вогнепальної зброї серед цивільного населення зарано. Також варто додати, що згідно проведеного мною дослідження, 53 % опитаних вважають, що українське суспільство

знаходиться на низькому культурно-психологічному рівні, а 67 % не довіряють правоохоронним органам. Тому, для того щоб вогнепальна зброя змогла стати захисником, а не руйнівником українського суспільства, треба відродити довіру людей як одне до одного, так і до правоохоронців, що неможливо без глибоких соціально-політичних перетворень, підвищення життєвого рівня населення та підвищення ефективності у боротьбі зі злочинністю.

Підсумовуючи, необхідно сказати, до легалізації зброї треба підходити всесторонньо, одночасно створюючи умови як для покращення матеріального становища громадян (бідність є живильним середовищем екстремізму), так і для їх духовного розвитку і самореалізації. Окрім цього, Держава має забезпечувати захист своїх громадян, інакше право на зброю швидко трансформується у право сильного, яке у свою чергу остаточно знищить законність, що матиме катастрофічні наслідки як для суспільства загалом, так і для кожної конкретної людини.

*Петраш К.*

*Національний юридичний університет ім. Ярослава Мудрого*

## **ТРУДНОЩІ ФОРМУВАННЯ КОНСТИТУЦІЙНОЇ КУЛЬТУРИ ГРОМАДЯН НА ЕТАПІ ДЕМОКРАТИЧНОГО ТРАНЗИТУ**

Перехід до демократії, тобто, процес демократичного транзиту супроводжується систематичною трансформацією практично у всіх сферах суспільного життя.

Однією з найважливіших складових демократичного транзиту є формування конституційної культури нового демократичного суспільства, що передбачає формування у суспільній свідомості окрім, іншого формування у суспільній свідомості, як окремої людини, так і суспільства в цілому внутрішньої потреби дотримання принципів і норм як Конституції України так і Законів України.

Однак на шляху вирішення цієї складної задачі знаходяться перепони, які дісталися нам, як спадщина відмираючого суспільства, а також з'явилися на етапі демократичного транзиту. Серед них наступні:

- 1) Відсутність розвиненого громадянського суспільства;
- 2) Наявність багаточисельних, проте слабких політичних партій, які в силу нерозвиненого громадянського суспільства, поки що нездатні повною мірою представляти інтереси того суспільства в надрах якого вони народилися;
- 3) Внаслідок нездатності громадянського суспільства контролювати політичні партії, їх (політичні партії) контролює олігархат, який завжди з'являється там, де відсутнє громадянське суспільство та панує правовий нігілізм;
- 4) Через значний вплив на контроль олігархів на суспільне життя відсутня економічна свобода, що природно не може породжувати економічну свободу і тому не може в таких умовах формуватися середній клас, який і повинен стати зрілим та активним громадянським суспільством;

5) Слабкість середнього класу, який міг би фінансувати та контролювати політичні партії закономірно породжує корупцію, починаючи із самих надр, існуючого суспільства;

6) Нерозвиненість громадянського суспільства та політичних партій обумовлює слабкість парламентаризму;

Слабкість парламентаризму його природа неоднозначно розуміється як українськими, так і зарубіжними вченими, існує декілька точок зору:

Перша превалюючий парламентаризм – це система організації і функціонування державної влади, яка структурно і функціонально ґрунтується на принципах верховенства права, верховенства Конституції і законів України, поділу влад.

Друга яка безпосередньо пов'язує парламентаризм з громадянським суспільством, тобто, як вважає ціла низка німецьких, австрійських, американських вчених – це система в яку входять як парламентаризм з його елементами, так і громадянське суспільство в особі виборців, які не тільки активно і свідомо обирають своїх представників але й контролюють їх через представників громадянського суспільства та опозицію.

Для того, щоб сформувати громадянське суспільство слід розпочати перш за все із формування демократично-патріотичного громадянина, який би не тільки знав та шанував свої права та виконував обов'язки які покладає на нього держава, а й вимагав дотримання тих норм і принципів які закріплені в Конституції та законах України. Так як, на даний момент ми стоїмо на самому початку демократичного транзиту, то і виховання демократичних цінностей та правової культури потрібно розпочинати, ще із малечку та розвивати на протязі всього життя.

Для цього потрібно:

1. Посилити увагу до виховання загальної культури на всіх етапах соціалізації в родині, дитсадку, школах, ВНЗ.

2. Приділити більше сил та часу для виховання конституційної культури, виходячи з того, що Конституція є для нас символом таких принципів, як верховенство права, визнання людини з її правами честю та гідністю найвищою соціальною цінністю, рівності всіх перед законом, поділу влад.

3. Виховати у людини потреби до саморозвитку та працелюбства.

*Петренко Т. О.*

*Харківський національний медичний університет*

## **ТІЛО ЯК НЕВІД'ЄМНА ЧАСТИНА ОСОБИСТОСТІ**

На запитання, за яким критерієм можемо оцінювати межу дозволеного при втручанні в людське, як і в будь-яке інше життя, отримуємо багато суперечливих відповідей, які все ж ґрунтуються на відповідальності людини за власним існуванням та всі живі істоти у світі і за весь світ загалом та порушують роздуми стосовно законності чи незаконності втручань у життя, які здійснюються чи можуть бути здійснені у галузі біології і медицини. Людина –

істота духовна, особистість, яка є унікальним створінням та має власну гідність і цінність, навіть та, котра не виявляє здатності реалізувати свої розумові здібності (Т. Аквінський, Г. Марсель, К. Ясперс, М. Гайдеггер).

Що є добром для людини? Благополуччя людини чи благополучність людства? Благополучність сучасного людства чи також майбутніх поколінь? Пріоритет у таких роздумах надається втручанням у життя людини, розглядаючи інші форми життя ( тваринне та рослинне, включаючи мікроорганізми) переважно у зв'язку з їх впливом на здоров'я людини та її відповідальністю за них.

На цінності тіла, як вираженні культури, цивілізації та здатності до технічного перетворення світу і матерії, наголошував М. Шеллер, основоположник філософської антропології, представник феноменологічної школи, який вбачав у культурному посередництві тіла здатність до самореалізації особи. Крім здатності до мовлення для тіла властиве вираження, об'явлення, феноменологія «я»; і не тільки через мову, письмо чи мистецтво, а й всією жестикуляцією, від посмішки і плачу до погляду і виразу обличчя. Зрештою, тіло є співпринципом і ознакою індивідуальної відмінності: чоловік, жінка, цей індивід чи інший є такими завдяки тілу.

Людина як найдосконаліша особистість є недоторканою і не може бути ні інструментом, ні засобом експериментування чи будь-яких маніпуляцій над нею. Експериментування над людською особистістю можливе лише за її власної інформованої згоди, яку вона дає цілком свідомо і добровільно. Медицина чи суспільство мають над пацієнтом лише ту владу і права, якими наділяє їх сам пацієнт.

Етична засада недоторканності не допускає експериментування на особах юридично недієздатних, які не можуть свідомо дати інформовану згоду для експериментів на собі. Стосовно них допустимі лише терапевтичні експерименти.

*Що на ваги поставить доля?..*

Що на ваги поставить доля?

Мораль, хворобу, чи життя?

Які дослідження дозволять

Забути жаль і почуття?

В неволі виросла тварина,

Не вбереглась від муки й стресу,

Своє життя віддати повинна

Задля науки і прогресу.

Зате у матері надія –

Життя здорового дитяти,

Син врятувати матір мріє,

Страшну недугу подолати.

Бурхливий розвиток науки

З експериментами по суті

Створив політ людської думки,  
Що вона майже всемогутня.  
Учений лікар – син народу,  
Вершити долі мають люди.  
Серед суспільства і природи  
Не можна межі перетнути.  
Щоб на планеті враз не стати,  
Як та піддослідна тварина,  
Духовність, совість треба мати –  
Цим вирізняється людина.

### *Література*

1. Діогена – Галина – Терешкевич. Біоетика в системі охороні здоров'я і медичної освіти. – Л. : «Світ», 2008.

***Pechenikova L., Ridwan A.***

*Київський національний економічний університет ім. Вадима Гетьмана  
Kharkiv National Medical University*

## **THE HEALTH OF SOCIETY AS A PHILOSOPHICAL PROBLEM**

The problem of human health is one of the most complex and actual. Philosophy relates it to the contemporary problems which are called global. The problem of valuing health is an actual problem of today's life in the context of analysis for balanced existence, including the harmony of body and soul. All this necessitates theoretical and methodological reflection on the theme of health.

In the modern world this problem is scientifically studied not only in biomedical or psychological, but also on the philosophical aspect. At the same time, efficient solution of health problems is possible only on the basis of interdisciplinary approach which is developed by philosophy.

Healthcare is the diagnosis, treatment, prevention and management of illness, injury, disease and the preservation of the well-being of humans both mentally and physically. These services are delivered by both healthcare professionals and practitioners.

Healthcare is the key for the normal work of a society. A health nation is a wealthy nation. Healthcare is important because people are constantly in need of proper help, be it in a hospital or in an emergency center. People can get ill, fall in accidents and emergencies, and hospitals are required to diagnose and treat such ailments and diseases. The healthcare system can be divided into many systems in order to meet the health needs of individuals and the people at large. With the increase in population, the healthcare industry will also evolve and thrive in order to meet such a great demand, forming an enormous part of the country's economy.

Nation leaders should be mindful and sensitive of the improvement and increase in quality of medicine and formal education. Public schools, universities and hospitals must be set up and well managed for the service of less well off citi-

zens that cannot afford the basic means to access proper institutions. This process of opening public services to the people, means a more educated and health country men, it would also improve the economy and quality of living.

Hence, a community can strive to better its self only by the positive change in the individual health of the people, and the decrease in diseases which can destroy the foundation and the core.

Individuals should emphasize the need of health and education as means to help them live a well advanced life. It is a person's duty to take care of themselves by doing regularly exercises and eating healthy meals. There are volunteers willing to go and teach and help the uneducated, this brave men and women will be remembered and honored. There is only so much one can do without the support and assistance of other people, organizations and government.

In today's world, people will create and use the technology of the production of health. The person becomes the subject of his own health. Philosophy of health proceeds from the methodological principles about the complex nature of health that incorporates the social and personal aspects of the formation of health needs. If the social health of an individuality is determined by the level of well-being in varying social system, we can say that individual health is determined by the ability of man to control independently and be responsible for his own health. The government and the people, both have different contributing abilities. Leaders cannot lead without any followers and followers have nothing without a good leader. Hence, we conclude that healthcare is the responsibility of both the individual and the government.

*Печененко А.Р., Самойленко С.Е.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМАТИКА**

### **В СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКОМ И МЕДИЦИНСКОМ АСПЕКТАХ**

Если уходить далеко в сущность, то понятие «гендер» обозначает социальную категорию. Многие авторы используют слово «пол» и «гендер» как синонимы, ориентируясь на бинарную гендерную систему, в которой на основании анатомического пола людям приписывается одна из двух гендерных ролей: мужчины или женщины. Рассмотрим ситуацию именно в этом аспекте. В Библии сказано, что «муж есть глава жены, как и Христос глава Церкви, и Он же Спаситель тела» (Ефесеям 5:23). Апостол Павел ясно указывает главенство мужа. Иными словами, без главенства не существует и брака. Но в то же время, женщина считается главной хранительницей мира, любви и очага в семье. Ещё с древних времён люди устраивают свою жизнь вокруг этого основополагающего принципа. Что же относительно медицины? Кто же по праву должен брать на себя роль главнокомандующего при лечении пациента? Медицинская служба устроена схожим образом, ведь и на сегодняшний день в большинстве случаев основное решение остаётся за врачом-мужчиной, а медсестра-женщина – главный помощник и начальник

по обеспечению соответствующего ухода за больным. Главенство мужа описано не только в концепции христианства, а и многих других религий. Этот принцип заложен также и в Исламе. Однако если брать Буддизм, то с точки зрения Будды положения мужчины и женщины определены их кармой, избежать которой невозможно.

Хотя бинарная гендерная система является господствующей в современном мире, исторически она свойственна далеко не всем культурам мира. На сегодняшний день, особенно на Западе, всё больше освещается проблема трансгендерности. Трансгендерность – это несовпадение биологического пола и гендерного самоопределения человека. Трансгендерный человек может иметь противоположный полу гендер либо другой, выходящий за рамки бинарной гендерной системы (бигендер, агендер и т. д.). В западной науке трансгендерность официально не признаётся заболеванием, так как трансгендерные люди здоровы психически и социально адаптированы.

Гендерная проблема в медицине затрагивает в первую очередь роль женщин и мужчин во врачебной среде. В общественном сознании при слове «врач» обычно всплывает именно образ врача-мужчины, а к нему уже прилагаются медицинские сёстры - женщины. И хотя, таким образом, профессия врача традиционно считается прерогативой мужчины, конкретные специальности выделяют как «более мужские». Это, например, хирургия, травматология, анестезиология, реаниматология, ортопедия, требующие «сильной руки». Женщине, выбравшей одно из этих направлений, требуется приложить гораздо больше усилий для получения желаемой специальности, побороть недоверие как со стороны пациентов, так и со стороны коллег. Но, оглянувшись назад, можно заметить, как много медицина уже добилась в урегулировании гендерного вопроса.

Сёстры милосердия издавна служили не только Богу, но и медицине, а сейчас их преемником считается младший медицинский персонал. Что же касательно врачебного дела, то история отечественных женщин-медиков начинается в 1872 году, когда в Петербурге был учрежден «Особый медицинский курс для образования учёных акушерок» при Медико-хирургической академии. В 1906 году были открыты медицинские отделения при Высших женских курсах в Киеве и Одессе, в 1910 году – Харьковский женский медицинский институт. К концу 1913 года на территории Российской Империи числилось 23 143 гражданских врача, в т. ч. 90 % мужчин, 10 % – женщин. Первыми известными женщинами-врачами Российской империи были М. Бокова, Н. Сулова, В. Кашеварова-Руднева.

В наше время оба гендера представлены в сфере медицины примерно в равном количестве, на первый план выходят профессиональные и личностные качества доктора, а не его гендерная принадлежность. Всё больше стирается грань между «мужскими» и «женскими» врачебными специальностями, профессиональные отношения строятся на взаимном уважении.

## **СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ИНДЕКС ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВРАЧА**

*Сочувствие больному должно быть  
основным движением ума и сердца врача.*

*Т. Келановский, польский врач*

Врач (ст.-слав. врачь) – лицо, посвящающее свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека, получившее в установленном порядке право на занятие врачебной деятельностью. С древнейших времен профессия врачавателя слывет одной из самых трудных и почитаемых, потому что ее объектом является самое дорогое для всех людей – их здоровье и жизнь. За высокими профессиональными, нравственными и этическим требованиями, предъявляемыми к людям этой профессии, как-то забывается о том, что они тоже, прежде всего, люди, со всеми присущими им проблемами, с очень разным состоянием здоровья (в силу причин генетических, социально-бытовых и прочих), а также о том, что нелегкий труд исцеления больных способствовать развитию заболеваний у самих врачей.

Поступая в медицинский институт, почти никто не предъявляет жалоб на нервную, желудочно-кишечную, опорно-двигательную и другие системы своего организма. Но стоит пройти этот сложный путь становления врача, отработать первые годы в медицине, и число тех, кто имеет жалобы на данные системы достигает почти 90 %.

Реалии современной жизни характеризуются возрастанием психоэмоциональных нагрузок на людей, что не может не коснуться профессии врача. Вследствие этого чаще выявляются нарушения, связанные со стрессом на рабочем месте (тревога, депрессия, синдром эмоционального выгорания и др.). Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающее как результат хронического стресса на работе, особенно характерное для профессий системы «человек – человек», где доминирует оказание помощи людям.

Кроме познавательной информации важно видеть практическую направленность проблемы, что позволяет нам сделать три главных вывода:

1. Постоянно занимаясь лечением больных, врачи зачастую пренебрегают собственным здоровьем, что сказывается на доверии к ним пациентов. Для устранения подобных недостатков необходима твердая уверенность в правоте официальных медицинских рекомендаций и жесткая самодисциплина.

2. В сравнении с практически здоровыми лицами других профессий, у большей части врачей отмечается более низкий уровень качества жизни.

3. Врачи достоверно отличаются высоким уровнем эмоционального выгорания и снижением качества жизни за счет эмоциональной составляющей.

Среди профессий, в которых СЭВ встречается наиболее часто (от 30 до 90 % работающих), следует отметить врачей, учителей, психологов, социальных работников, спасателей, работников правоохранительных органов. Почти 80 % врачей психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов имеют различную степень выраженности признаков синдрома выгорания; 7,8 % – резко выраженный синдром, ведущий к психосоматическим и психовегетативным нарушениям. По другим данным, среди психологов-консультантов и психотерапевтов признаки СЭВ различной степени выраженности выявляются в 73 % случаев; в 5 % случаев определяется выраженная фаза истощения, которая проявляется эмоциональным истощением, психосоматическими и психовегетативными нарушениями.

Среди медицинских сестер психиатрических отделений признаки СЭВ обнаруживаются у 62,9 % опрошенных. Фаза резистенции доминирует в картине синдрома у 55,9 %; выраженная фаза «истощения» определяется у 8,8 % респондентов в возрасте 51–60 лет и со стажем работы в психиатрии более 10 лет.

По данным английских исследователей, среди врачей общей практики обнаруживается высокий уровень тревоги в 41 % случаев, клинически выраженная депрессия – в 26 % случаев. Треть врачей использует медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения, а количество употребляемого алкоголя превышает средний уровень. В исследовании, проведенном в нашей стране, у 26 % терапевтов отмечен высокий уровень тревожности, а у 37 % – субклиническая депрессия. Признаки СЭВ выявляются у 61,8 % стоматологов, причем у 8,1 % – синдром в фазе «истощения».

Синдром выгорания, как показали исследования, имеет еще одну негативную особенность: в отличие от насморка или «простуды», он не исчезает самостоятельно: чтобы от него избавиться, надо приложить усилия. Конечно, идеальным вариантом было бы посещение психолога и адресная работа с ним по данному вопросу. Однако далеко не все мы можем себе позволить такую форму помощи. Поэтому попробуем последовать знаменитой Библейской заповеди: «Врачу, исцелися сам!».

*Полетова Н.П., Гранкина С.С., Шуба И.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ОСНОВЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ИЗУЧЕНИИ КУРСА МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАТИКИ**

Медицинская информатика является мощным отголоском такой науки, как информатика. Она занимает место фундаментальной дисциплины в медицинских ВУЗах и входит в основной перечень наук, изучаемых сегодня студентами-медиками.

Одной из основных проблем, изучаемых в курсе медицинской информатики, на сегодняшний день можно назвать знание основ доказательной медицины (ДМ), которая является ключом для проведения анализа результатов

клинических исследований с позиций современных требований. Ее рассматривают как новый подход, направление или технологию сбора, анализа, обобщения и интерпретации научной информации с целью выбора наилучшего метода лечения конкретного больного.

Причины возникновения ДМ, как науки, очевидны: это увеличение объема и упрощение доступа к научной информации, увеличение скорости постановки точного диагноза и, конечно же, это проблема рационального расходования средств на тот или иной вариант лечения. Также, мы смело можем говорить о том, что, медицина, основанная на доказательствах, является совокупностью методологических подходов к проведению клинических исследований, оценке и применению их результатов. В узком смысле «доказательная медицина» – это, так называемая, разновидность медицинской практики, предполагающая, что принятие решений врачом о тактике ведения больного должно основываться на достоверных результатах, полученных в ходе крупных клинических исследований.

Проблема ДМ глубже, чем просто сбор, обработка и накопление информации. На самом деле можно говорить об изменении мировоззрения врача, о появлении нового врачебного кодекса, основанного на доказательствах. Однако, ДМ не ограничивается анализом результатов рандомизированных клинических исследований. Границы ее применимы к любой области медицинской науки, включая общие проблемы организации оптимальной системы здравоохранения [1].

Современное общество является свидетелем внедрения в медицину сложных технологий и точных методов диагностики. Это тоже диктует закономерный переход к новому качеству медицинской практики, повышению ее эффективности.

Можно сказать, что современные исследования наивысшего уровня доказательности способны продуцировать надежные факты, которые ложатся в основу клинической практики. Они создают фундамент ДМ, которая, в отличие от эмпирической, позволяет осуществлять диагностику и лечения с наивысшей эффективностью и безопасностью и с наименьшими затратами [2].

Методом внедрения научных исследований в практическое здравоохранение является создание клинических руководств и протоколов ведения больных.

Стандарты и протоколы по клинической практике предназначены, главным образом, для врачей широкого профиля и посвящены наиболее общим вопросам диагностики и лечения. Для этих руководств характерны строго ограниченный объем теоретических сведений и отсутствие описаний редких форм заболевания и новых экспериментальных методов лечения. Но благодаря этому они выполняют свою основную функцию – предоставляют врачам необходимую и точную информацию, позволяют оптимизировать лечебный процесс и обеспечить одинаково высокое качество медицинской помощи в любом из лечебных учреждений [2, 3]. Применение протоколов поз-

воляет врачу осуществлять выбор терапии не на основании мнений, а на основании доказательств, не минуя вопросов биоэтики.

Таким образом, изучение основ ДМ является важной задачей, которая ставится перед студентами медицинских вузов. Но, ни в коем случае нельзя ДМ принимать как «шаблон» в диагностике и лечении, т.к. это наука, которая учит будущего врача относиться к отдельно взятому пациенту как к индивидуальности, с учетом его физиологических, психологических, экономических и, даже, социальных параметров.

Приобретение знаний в области доказательной медицины и опыт их применения студентами, врачами и научными работниками будет способствовать формированию и усилению мотивации к непрерывному профессиональному медицинскому образованию и повышению качества медицинской помощи.

#### *Литература*

1. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины: учебное пособие для студ. высш. мед. учебных заведений и сист. послевуз. проф. образования / Т. Гринхальх ; пер. с англ. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2006. – 240с.

2. Кельмансон И.А. Принципы доказательной медицины / И.А. Кельмансон. – СПб.: Фолиант, 2005. – 210 с.

3. Петров В. И. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие / В. И. Петров, С. В. Недогада. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 144 с.

*Пономарёва Анна*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ЭТИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ**

«Злокачественная опухоль» – термин, который имеет особое значение, так как приводит к очень сильному психо-травматическому воздействию на состояние больного человека. В большинстве случаев у таких пациентов появляется подавленность, чувство страха, безысходности, неверие в успех лечения. Сегодня, когда уровень населения растет, все знают об этом заболевании. Теперь опасаться травмирующего воздействия диагноза может каждый. Разница лишь в силе и продолжительности травмирующего воздействия, в характере ответной реакции: у одних эта реакция выражена четко и видима в встревоженных и перепуганных глазах, у других не видно никакой реакции во внешнем проявлении за счет умения владеть собой. Медицинские работники и близкие должны знать особенности психики онкологического больного. Внешне спокойный и уравновешенный человек может скрывать внутреннюю озабоченность, настороженность или растерянность. Требуют понимания и внимания не только те, кто только заболел и проходят обследование. В нем нуждаются и те больные, кто закончил радикальное лечение. Особенно выражены изменения в психическом статусе больных, прошедших операции экстирпации гортани, прямой кишки, ампутации конечности, тотального уда-

ления желудка и у молодых женщин после ампутации молочной железы, интенсивной гормональной терапии. В первые годы после радикального лечения всех больных беспокоит опасность рецидива и метастаза.

«Учитывая особенности общения с онкологическими больными относительно информации о болезни, необходима слаженная работа коллектива онкологических учреждений, исключение возможности неправильных разговоров с больными со стороны среднего медицинского персонала или врачей, которые непосредственно не лечат данного больного», – считает один из ведущих онкологов академик М.М. Блохин. В связи с этим медицинские сестры и фельдшеры участковых поликлиник, станций скорой и неотложной помощи и других «неонкологических» учреждений должны знать и выполнять тактику «психологического уважения» пациента со злокачественной опухолью. Особого такта и умения требует от медицинских сестер уход за неоперабельными больными с опухолевыми процессами. Интенсивное комплексное лечение должно проводиться до последних дней жизни больного, так как одна и та же болезненная ситуация в разное время может с безнадежной превратиться в контролируемую, в ту, что подвергается если не лечению, то некоторой стабилизации. При работе с онкологическими больным врач обязан быть особенно тактичным, внимательным, должен поддерживать его, подготовить к будущему лечению, вселить оптимизм и веру в положительный результат. В то же время, нельзя скрывать серьезность заболевания, сложность и продолжительность предстоящего лечения, необходимость быстрого начала специального лечения. Существуют различные подходы к целесообразности сообщения больному диагноза злокачественного новообразования – от неразглашения диагноза до исчерпывающей информации о болезни и прогнозе заболевания. В любом случае должен решаться вопрос о рациональном информировании пациента, при этом необходимо учитывать индивидуальные психологические особенности, уровень интеллектуального развития, отношение к болезни, способность адаптации к негативной информации, а также стадию заболевания. Принцип работы с такими больными: никогда не обманывать, в то же время, избегать бездумной открытости. Правда должна быть дозированной, такой, которая будет постепенно доводиться до пациента, чтобы у него было время на адаптацию к своему диагнозу. Врач при этом должен чувствовать, насколько больной хочет далеко зайти в осознании истины. Не стоит давать информации больше, чем требуется пациенту. Особое отношение требуют терминальные больные. При распространенных формах опухолей проводятся активные лечебные мероприятия, облегчающие состояние больного, поддерживающие максимально возможный уровень качества жизни. Это достигается с помощью медикаментозных средств и специальных методов лечения (паллиативные операции, лучевая терапия). При этом нельзя преувеличивать перспективы, но нельзя и лишать больного надежды на позитивные сдвиги, определив при этом ближайшую цель. При депрессивном состоянии у таких больных необходимо широко использовать психофармакологические препараты.

## **ВІЛЬНА ЛЮДИНА ЯК СУБ'ЄКТ ДЕМОКРАТИЧНОЇ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ В УКРАЇНІ**

В умовах, коли демократична трансформація вбачається необхідною стратегією розвитку України, постає питання про те, що може стати поштовхом до низки необхідних перетворень. У сучасній транзитології більша увага приділяється вирішенню соціально-економічних проблем, в той час як проблема демократичної культури та індивіда-носія цієї культури знаходиться на периферії. На наш погляд, гвинтиком, що може змінити цілу систему є людина, адже демократична трансформація здійснюється людьми, їх активністю, готовністю до участі в трансформаційних процесах. Дослідження настроїв суспільства та рівня його демократичної культури вбачається цікавим та актуальним, а також дозволяє визначити на якому етапі демократичного процесу знаходиться українське суспільство.

Обрана проблема становила предмет дослідження як українських вчених, так і закордонних авторів. Слід, передусім, виділити роботи П. Штомпки, С. Г. Рябова, О. Г. Злобіної, Т. В. Бурдової, В. І. Бортнікова, І. О. Ільїна, П. Сорокіна. Однак, варто зазначити, що саме в такому розрізі вона майже не розглядалася. Автор ставить перед собою завдання у межах можливостей студента дослідити це доволі актуальне та цікаве питання.

Перед тим, як перейти до аналізу поняття демократичної культури, варто зупинитися на понятті культури взагалі. Необхідно зазначити, що у наукових колах абсолютної згоди щодо визначення цього поняття не існує. Самуель Пуфендорф один з перших у своїх наукових працях застосовував цей термін до «штучної людини», вихованій в суспільстві, протиставляючи її людині природній, неосвіченій. Антагонізм природи і культури прослідковується також у І. Канта, який вважав що культура – це здатність індивіда піднятися від обумовленого його тваринною природою емпіричного, чуттєвого існування, при якому мета його поведінки визначається зовнішнім світом, до морального існування, яке дозволяє йому вільно діяти в ім'я цілей, які він сам перед собою висуває, зважаючи на веління морального обов'язку. Гегель продовжує думку І. Канта і вбачає культуру найважливішим знаком вільного самоздійснення людини в контексті вартісного вибору. Представник київської культурологічної школи В.П. Іванов розглядає культуру як певний вимір і специфічну форму життєдіяльності людського суспільства. Вона виникає з історичною необхідністю як особлива інфраструктура в побудові усього людського світу, перш ніж її принципи і закони починають використовуватись членами суспільства. Як зазначав Т. Парсонс, не даючи точного визначення поняттю, у культурі можна виділити три її головних аспекти: по-перше, вона передається, вона є спадком або соціальною традицією; по-друге, це те, чому навчаються, культура не є проявом генетичної природи людини; по-третє, вона є загальноприйнятою. Таким чином, культура, з од-

нієї сторони, є продуктом, а з іншої – детермінантою систем соціальної людської взаємодії. Отже можна зробити висновок, що культура – це певний набір цінностей та стандартів поведінки, що іманентні носію цієї культури та що дозволяють йому вчиняти так чи інакше.

Високий рівень культури людини визначає високий рівень її залученості до суспільного життя. В цьому розрізі можна говорити про культуру демократії або демократичну культуру як про невід'ємну складову загальної культури людини. Т. В. Бурдова вважає, що в аксіологічному аспекті демократична культура особистості – це спосіб діяльності людини на досягнення суспільно-значущих цілей, що відбивають інтереси людей на базі індивідуально-культурного вільного самовираження та дії, заснований на певних цінностях та установках. Погоджуючись з цією думкою, варто звернути особливу увагу, що демократична культура – це не тільки визнання таких демократичних цінностей як свобода, рівність можливостей, прав та обов'язків людини, відповідальності кожного перед суспільством та самосвідомості. В Україні, як і в багатьох інших країнах в процесі демократичного транзиту, формальне визнання та закріплення вищеперерахованого наявне, але про високий рівень демократичної культури говорити зарано. Демократична культура проявляється саме в засвоєнні цих цінностей людиною, у вірі в них, що проявлятиметься у здатності детермінувати ними свої соціально-значущі вчинки, у «активному залученні людини як суб'єкта управління та регуляції народо-владдя». С. Г. Рябов зазначав, що «специфічною рисою демократичної культури громадянськості є залученість особистості до життя громади ... подолання загрози соціальної байдужості й апатії». В. І. Бортніков вважає, що соціальні основи демократії зароджуються у надрах громадянського суспільства, першоджерелом якого є активна особистість.

Виходячи з цього, припускаємо, що підвищивши рівень демократичної культури суспільства, можна вирішити проблеми багатьох, зазначених в літературі перешкод на шляху демократичного транзиту. Коли людина стане активною та буде керуватися у суспільній діяльності загальним благом та інтегруватися у громадянське суспільство, коли громадянське суспільство стане «народжувати» відповідальні перед виборцями політичні партії, що згодом прийдуть до влади, саме тоді стане можливим досягнення жаданого рівня демократії. Не досягнувши достатнього успіху у насадженні демократичних стандартів «зверху», необхідне намагання вироблення та їх сприйняття «знизу». Як зауважував П. Штомпка: «Немає демократії без демократично налаштованих і компетентних громадян, немає капіталізму без підготовлених підприємців, немає відкритого обміну ідеями без зацікавлених учасників... Таким чином, культурні зміни і, як наслідок, зміна складу розуму, життєвих позицій і мотивацій соціальних акторів – необхідна складова реформи інституцій».

## **ПРОБЛЕМЫ РЕЧЕВОГО ОБЩЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОЖНО ИЗМЕНИТЬ**

Человеческий голос – это инструмент, который используется во всех сферах человеческой жизни. Голос живого человека, возможно, самый важный и «мощный» звук в мире. Единственный, который может спровоцировать войну и разрушения или организовать массы для совместного созидания, посеять ненависть между народами или установить любовь и дружбу. Посредством речи и голоса можно также влиять на здоровье и самочувствие людей, как угнетая здоровье и эмоциональное состояние, так и улучшая деятельность организма и настроение. Речь, облаченная в голос – это мощнейший инструмент передачи информации, воздействия на сознание человека. У многих был такой опыт, когда человек говорит, а его не слушают. Почему так происходит? Как обрести такую силу речи, чтобы изменить мир или хотя бы одного человека?

Для улучшения позитивного влияния собственной речи на других людей необходимо избавиться от ряда негативных привычек. Перечень таких привычек не исчерпывающий, но можно выделить семь пунктов, отражающих наиболее распространённые привычки, которые есть у всех.

Первая – это негативные смысловые коннотации. Высказываясь негативно о чем-либо, мы формируем негативную установку у слушателей.

Вторая – осуждение. Мы знакомы с теми, кто склонен к этому в беседе и довольно – сложно слушать кого-то, зная, что вас осуждают или хотят это сделать. С таким собеседником общаться заранее неприятно.

Третья – отрицание. Ему очень легко поддаться; трудно слушать, когда кто-то что-то отрицает.

Четвертая – нытьё. А ведь нытьё – это вирусное бедствие, оно заразно, передается от человека к человеку, оно не распространяет в мире свет и добро.

Пятая – Оправдания. Все мы сталкивались с этим, да и сами искали себе оправдания. Некоторые как будто оснащены катапультой обвинений, он перекидывает вину на кого угодно и не хотят нести ответственность за свои действия.

Шестая – приукрашивание, преувеличение. Оно обедняет нашу лексику. Например, если я вижу что-то обычное, но называю его прекрасным, классным, то это ложь. В следующий раз, когда буду говорить «это прекрасно», «это классно», люди будут видеть в этом обман.

И наконец, седьмая – догматизм. Когда говорящего засыпают чужими мнениями как будто они и есть истина, сложно высказать собственную мысль. Трудно разговаривать с тем, кто не хочет диалога, а воспринимает только свои мнения и догмы.

Можно сформулировать конкретный способ преодоления перечисленных проблем. Метод может быть сведен к четырем мощным механизмам.

Они – основы, на которые мы можем опереться, если хотим, чтобы наша речь была сильной и могла изменить мир.

Первое – искренность, то есть быть правдивым, прямолинейным и понятным.

Второе – подлинность, что означает, просто быть собой. Мой друг сказал это, как воплощение собственной истины, что я нахожу интересным объяснением.

Третье – это честность. Необходимо держать слово, делать именно то, что сказал и быть тем, кому можно доверять.

Четвертое – любовь. Не романтическая любовь, а пожелание людям хорошего. Любовь должна уравновешивать абсолютную честность. Например: «О боже, ты отвратительно выглядишь сегодня утром». Пожалуй, это негативная форма. Такую честность необходимо уравновесить любовью, тогда это превосходная вещь. Если по-настоящему желать людям добра, то очень трудно в то же время осуждать их. Очень сложно одновременно делать и то, и другое.

Избавившись от вредных привычек речевого общения и осознав важность четырех принципов «правильного» общения, можно добиться собственной речью значительных результатов.

*Рисованая Л.М., Алексеенко Р.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В КОНТЕКСТЕ ПСИХОСОМАТИКИ**

Психосоматическая медицина является концептуальным подходом к здоровью и болезни, который рассматривает психосоматические состояния как взаимодействие психологических, социальных и биологических факторов [1].

Специальный интерес психосоматики направлен на группу заболеваний, при которых эмоциональные факторы играют особо важную роль. Следует, однако, стремиться к тому, чтобы психосоматика развивалась в поддержку врача, которую можно было бы позиционировать как «интегральный подход в медицине». Интерес к такому обобщающему психосоматическому подходу в общей медицине возник не случайно. Пришло четкое понимание того, что болезни часто возникают на почве множественных этиологических факторов [2].

Пациент не является только лишь «носителем» какого-либо нездорового органа, на который необходимо обратить внимание, необходимо лечить человека в целом. Медицина, при лечении пациента, обязана учитывать психосоматические связи, т. к. внутренние конфликты, нарушение социальных связей, психотравмирующая ситуация изменяют картину органического заболевания, влияют на его течение, длительность и даже устойчивость к терапии [2].

Один из основателей психосоматической медицины, американец венгерского происхождения Ф. Александер утверждал, что «термин «психосо-

матический» следует употреблять лишь для обозначения методического подхода в исследовании и терапии», т. е. скоординированного использования соматических и психологических методов и концепций [3]. Автор делает акцент на то, что эти методы «применяются в концептуальном поле причинных последовательностей».

При анализе сложных взаимосвязей между структурой и функцией выдвигается правомерное представление о существовании двух уровней органического поражения: анатомического (гистологического) и синаптического (нейронного). Последний может достигать крайней степени и вызывать тяжёлые психические расстройства вплоть до деменции.

Для лучшего понимания возникновения психосоматических расстройств, они были представлены в виде трёх компонентов: отношение с окружающей средой; способность к выбору конструктивной формы поведения, направленного на преодоление конфликта; достаточность личностного энергетического потенциала. Дефицит этих трёх составляющих приводит к развитию психосоматических расстройств.

Наиболее эффективным и близким путем положительного решения психосоматической проблемы является изучение механизмов эмоционально-вегетативных реакций.

Дальнейшее комплексное концептуальное изучение органогенеза психических и соматических может радикально изменить существующее представление о соматических и психических отношениях; позволит по-новому, на более объективных началах подойти к классификации психосоматических расстройств.

На сегодняшний день, в условиях усиленной валеологической ориентации медицины, психосоматика должна быть нацелена также на укрепление и сохранение здоровья здоровых людей.

#### *Литература*

1. Григорьева Е.А., Хохлов Л.К. К проблеме психосоматических, сомато-психических отношений // Обозр. психиатр. и мед. психол. – 2011. – № 2. – С. 30–34.
2. Байкова И.А. Психосоматические расстройства. Методические рекомендации предназначенные для врачей общей практики. – Минск, 1999. – 21 с.
3. Александер Ф. Психосоматическая медицина (принципы и применение). – М.: ЭКСМО-Пресс, 2009. – 352 с.

***Ростовська В.І.***

*Кафедра педагогіки і психології,  
Національна фармацевтична академія (Харків)*

### **ГУМАНІТАРИЗАЦІЯ ЧИ ПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЯ ОСВІТИ?**

Гуманітаризація передбачає перш за все залучення молоді людини до гуманітарної культури людства. Іншими словами, гуманітаризація зазвичай розглядається як додатковий і необхідний компонент професійної освіти.

Гуманітаризація освіти переслідує дві основні і взаємопов'язані цілі: по-перше, з її допомогою прагнуть подолати «частковість» людини (молодого спеціаліста), її одномірність, що задається професійною підготовкою; по-друге, за допомогою гуманітаризації прагнуть закласти у молодого фахівця основи гуманістичного світогляду. Іншими словами, гуманітаризація розглядається як спосіб залучення молодого людини до духовних цінностей цивілізованого світу, як його окультурення в широкому сенсі слова, аж ніяк не зводиться до вузької професіоналізації.

Хоча необхідність гуманітаризації зараз ніким не заперечується, гострі зіткнення спостерігаються якраз в питанні гармонізації гуманітаризації і професіоналізації, в їх збалансованому співвідношенні в рамках навчального процесу. Тут дуже непродуктивною є постановка питання: «Що важливіше для студента: гуманітаризація або професіоналізація?».

Без якісної професіоналізації не може бути сформований фахівець, професіонал у своїй справі, і, отже, навчання в вузі взагалі втрачає свій початковий сенс. Ця теза навіть не потребує у своєму обґрунтуванні. Однак без гуманітаризації не може бути сформована повноцінна особистість.

Як тільки заходить мова про співвідношення обсягів гуманітарного та професійного блоків в навчальній програмі, ми тут же стикаємося з проявом корпоративних інтересів гуманітаріїв і професіоналів. Професіонали, вказуючи на обвальне зростання сучасної наукової інформації, прагнуть стиснути гуманітарний блок до мінімальних розмірів, а гуманітарії, у свою чергу, посиляючись на невичерпне багатство гуманітарної культури, вимагають введення все нових курсів та спецкурсів. Сперечатися тут можна дуже довго, мабуть, куди більш конструктивною є позиція розумного компромісу. Сучасні стандарти вищої освіти визначають розмір гуманітарного блоку приблизно в чверть від загального погодинного обсягу всього навчального навантаження у виші. І, мабуть, цього цілком достатньо, якщо ефективно використовувати надану можливість. Дійсно серйозне питання полягає в тому, наскільки ефективно використовуються ресурси гуманітарного блоку в гуманітарній освіті.

Як тільки ми переводимо проблему гуманітарної освіти в практичне русло, тут відразу виникає два важливих питання. По-перше, що слід викладати студентам, тобто як повинна виглядати дисциплінарна матриця гуманітарного блоку, і, по-друге, як слід викладати гуманітарні дисципліни.

Вирішуючи перше питання, ми неминуче вступаємо в корпоративні суперечності між представниками гуманітарних наук. Однозначного рішення тут не існує. Не випадково, що міністерство освіти рекомендує вирішувати це питання з урахуванням можливостей і потреб вишу. Формування гуманітарної матриці має будуватися також на розумному компромісі, де думки протиборчих сторін повинні бути почуті і враховані при формуванні навчального плану. З нашої точки зору, основу гуманітарної дисциплінарної матриці повинні скласти науки (і, можливо, мистецтва), в центрі яких стоїть людина, її світ культури, гуманістичні ідеї та ідеали, концепції соціального,

політичного, правового устрою людського життя, які здобули всесвітню популярність.

Разом з тим, слід звернути увагу на те, що існує тенденція наповнення гуманітарного блоку дисциплін, які, по суті, продовжують лінію поглиблення професіоналізації. Іншими словами, прихильники професіоналізації намагаються найчастіше вирішити свої проблеми за рахунок гуманітарного блоку. І це неприпустимо. Сучасна людина є цілісною, а тому недоречно принижувати чи то професійну, чи то загально-гуманітарну складову її світогляду.

*Рубинская А.Н.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ПРОБЛЕМЫ ВОСПРИЯТИЯ АНАРХИЗМА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ**

В своей жизни каждый человек сталкивается с массой предрассудков, основанных на поспешных выводах, ложных фактах и домыслах, не соответствующих действительности. Предвзятое отношение ко многим, в особенности малопонятным, вещам, является нашим неизменным спутником. Стоит отметить, что успехи в развитии информационной сферы далеко не способствуют решению данной проблемы, а нередко и усугубляют ситуацию: в обилии информации (особенно, когда речь идет о средствах массовой информации) человек редко может найти «непредвзятую» истину. Убеждения, заложенные еще в раннем возрасте при помощи телевидения, радио, печатных изданий нередко бывают ложными и «однобокими», поэтому дают начало предрассудкам, предвзятому отношению и формированию стереотипов. Такая ситуация позволяет говорить о том, что в руках медиа находится не меньше власти в вопросах воспитания человека, чем, например, у семьи или института образования.

Толковый словарь Д.Н. Ушакова гласит, что власть – это право и возможность подчинять кого(что)-нибудь своей воле, распоряжаться чужими действиями. Возникает вопрос, зачем людям в современном обществе нужна власть? Разве человек не вправе распоряжаться собственной жизнью, самостоятельно оценивать свои поступки и нести ответственность не перед властью имущими, а перед подобными ему людьми и, в первую очередь, перед своей совестью?

Понятие «власти» идет неразрывно с понятием «свобода», которое понимается как возможность самому определять свои жизненные цели и нести личную ответственность за результаты своей деятельности. Наличие в обществе власти фактически исключает возможность достижения свободы человека. Следовательно, свободное общество – это общество с минимумом власти. Ярким примером, описывающим подобного рода общество, является теория анархизма – политико-философская теория, основывающаяся на свободе и имеющая своей целью уничтожение всех типов принуждения и эксплуатации человека человеком, предлагающая заменить власть разными формами сотрудничества. Основными идеями анархии являются свобода, равенство и братство.

Казалось бы, подобное движение обречено на успех и принятие широкой общественностью, но на самом деле мы видим абсолютно противоположную тенденцию: многие люди считают анархию синонимом хаоса, что является абсолютно неверным. Анархия подразумевает не просто отсутствие власти и беззаконие, а, в первую очередь, отсутствие необходимости во власти, когда каждый человек способен трезво оценивать свои поступки, ценить свободу окружающих и уметь нести ответственность. Подобные условия часто не укладываются в голове и воспринимаются как утопия, хотя на самом деле речь идет о формах саморегуляции.

Современному человеку, погрязшему в корысти, лжи, информационном пресыщении и полном отсутствии доверия к окружающим сложно представить именно анархию, а не хаос при условии отсутствия власти. Кроме того, понятие «анархии» вызывает крайне отрицательные эмоции вследствие медийного искажения самой сути анархизма. Ярким примером может служить кинематограф, например, фильм под названием «Судная ночь: Анархия» (США–Франция, 2014, реж. Джеймс ДеМонако), повествующий о хаосе и жестокости – вещах, не имеющих ничего общего с анархизмом.

Современному государству не нужны люди, обладающие свободой, т.к. это поставило бы под угрозу существование власти. Вполне возможно, что СМИ просто выполняют «заказ» по дискредитации анархизма, всячески стараясь доказать, что воплощением анархии является образ злобного, необразованного, грубого и сеющего разруху человека, что идет вразрез с идеей анархизма.

Анархия не может быть навязана насильно и не может быть достигнута одномоментно. Она возможна лишь при условии взаимного уважения, равенства, способности критически мыслить и свободы от предрассудков. Эти качества могут быть достигнуты только при условии правильного воспитания с малых лет, когда еще только формируется мировоззрение и убеждения личности. Также немаловажным фактором является осознание единства народов и бессмысленность конфликтов. И тогда, спустя столетия, путем смены поколений, передачи идеи анархистской философии и минимализации влияния СМИ на человеческое сознание и мировоззрение, возможно и произойдет установление анархического общества.

*Сатиянц Э. Д.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМАТИКА В СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКОМ И МЕДИЦИНСКОМ ИЗМЕРЕНИЯХ**

*Мужчина и женщина стали одинаковыми, вместо того, чтобы стать равными как противоположные полюса.*

*Эрих Фромм*

В современном мире человечество фанатично проповедует идеал равенства между мужчиной и женщиной, поэтому гендерные отношения ныне выступают как одна из главных проблемных парадигм XXI века. Гендер –

это совокупность социальных и культурных норм, которые общество предписывает выполнять людям в зависимости от их биологического пола. Он конструируется обществом как социальная модель женщин и мужчин, определяет их положение, а также роль в обществе. Формирование гендера происходит с появления на свет и продолжается на протяжении всей жизни человека. С момента рождения он становится объектом воздействия гендерной системы: в зависимости от пола ребенка выбирается цвет коляски, одежды, набор игрушек. В процессе социализации семья, система образования, культура в целом внедряют в сознание детей гендерные нормы, формируют определенные правила поведения и создают представления о «настоящем мужчине» и «настоящей женщине».

Философия неоднозначно относится к проблеме гендера. С одной стороны, пол человека – это совсем не функция, а свойство его организма. Человек совмещает в себе мужской и женский принцип в разной пропорциональности. Мужчина, в котором бы совсем отсутствовал женский принцип, был бы отвлеченным существом, совершенно оторванным от эмоциональной стихии. Женщина, в которой совсем бы отсутствовал мужской принцип, не была бы личностью. Мужской принцип и есть по преимуществу антропологический и личный. Женский же принцип есть по преимуществу эмоциональный и коллективный. Только соединение мужского антропологически-личного начала с женским эмоционально-коллективным началом создает полноту человека. С другой стороны, в философии разум, ассоциирующийся с мужским началом, выступает как высшее совершенство не только в структуре человеческой субъективности, но и мироздания в целом: высший Разум тождественен высшей Добродетели и высшей Красоте. Наоборот, неоформленное тело, которое ассоциируется с женским началом, представляет, с точки зрения философов, полюс абсолютного несовершенства, хаоса, небытия. Поэтому принцип подчинения телесного/женского начала разумному/мужскому выступает у философов основополагающим принципом философского знания, целью которого является формирование установки субъекта на достижение максимального рационального контроля над чувственностью.

Для медицины женщина и мужчина – это два полюса, две половинки одного целого. Они принадлежат к одному биологическому виду – *homo sapiens*, поэтому у них много общего, ведь у каждого есть сердце, сосуды, нервы, руки и ноги. Медицина руководствуется принципом гендера лишь в такой сфере своей деятельности, как гендерная медицина. Это совершенно новое направление, специализирующееся на биологических и физиологических различиях, существующих между мужчиной и женщиной. Всемирная организация здравоохранения использует гендерный подход к здоровью, описывая женское здоровье через различия в здоровье мужчин и женщин. Многие болезни и условия жизни по-разному влияют на мужчин и женщин: они могут быть специфическими или преобладающими среди женщин. Проблема здоровья женщин была выделена сравнительно недавно. Ранее здоро-

вье женщин связывали с репродуктивным здоровьем, гинекологией и планированием семьи. Теперь, несмотря на то, что в большинстве развитых стран женщины живут дольше, чем мужчины, они больше страдают от острых и хронических симптомов болезней и чаще обращаются к помощи медиков.

*Вывод:* гендерные стереотипы различными науками воспринимаются по-разному. Для социальных наук они представляют собой нормы поведения, которые давят на личность и заставляют её действовать согласно определенным правилам ради получения одобрения и признания. Естественные науки разделяют мужчину и женщину исключительно ради научных целей, при этом не создавая четких и жестких правил поведения в социуме.

*Sedaya Yuliya*

*Kharkiv National Medical University*

## **FORMATION OF GENDER IDENTITY IN SPORT**

Gender identity of sportsmen and sportswomen has been studied very little. In the scientific literature there is the view that the identification of athletes with their sports role begins in early childhood and continues into adulthood. In this regard, there are concerns, whether it will «slow down» or distort the process of gender identification.

Big sport requires from professional athletes high performance, and to pursuit it the rules are often violated. For example, often men take part in the competition instead of women. Let us see the history.

The first case, when it was officially recognized and proven male participation in women's events, was in 1936. German high jumper Dora Ratjen has never received medals – she got the 4th place, the Germans won the unofficial team standings. Dora Ratjen won the European championship, setting a new world record. Only after 19 years, Dora admitted that all this time she had been a man, and her real name was Herman. Dora Ratjen was stripped of the title of the champion and the right to participate in international competitions. In fact, Dora Ratjen was intersexual, i.e. features of both sexes were developed not fully in her/his body. After birth obstetricians didn't manage to determine the sex of the baby. The parents raised the child as a girl, but at 12, she felt as a young men.

In 1932, the Olympic championship in the race for 100 meters was won by the Pole Stanisława Walasiewicz, who was recognized the best athlete of Poland within 3 years. She set the world record in the race for 60 and 100 meters, she was called the fastest woman in the world of the 1930s. In competitions she participated until 1951. The truth was revealed only after the death of Stanisława. She was killed in an attack by bandits; and the autopsy revealed that the athlete had both female and male genitals.

Until now, the debates about the gender of famous Soviet athletes, sisters Tamara and Irina Press, have been taking place. Athletes took gold at the Olympics in 1960 and 1964. During their preparing to compete in 1968, it was announced about the mandatory test for gender identity, and the sister suddenly

abandoned their plans. Without any evidence, the journalists immediately dubbed them "brothers Press" in the Western media, and sports doctors claimed that the Press were hermaphrodites. In 1966, the sisters suddenly finished their career.

After scandals, from 1966 the sex of athletes started to be checked. In 1976 tennis player Renee Richards was not allowed to participate in the US Open, due to the fact that she failed a gender test. As it turned out, Rene was born as a man, but one year prior the competition he made a sex change operation. She proved his right to defend in court, so she became the first female athlete transgender, legally entitled to compete with women.

German athlete Heidi Krieger was born as a woman, but in the process of training became a victim of steroids, which the doctors have stuffed her for 16 years. Because of hormonal failure woman actually turned into a man. In 1986, she won the European Championship in 1990 having completed a career and decided to stay a man. Heidi made a sex change operation and became Andreas. In the same way Yvonne Bushbaum did – the German athlete, winner of several European championships in pole vaulting.

In 2015, 8 players in women's football team of Iran were men who expected for sex-change operations.

Here we should say about the problem of gender roles, their specificity and the formation in the sphere of sport. Some gender norms influence the behavior of athletes and it is quite possible to assume that these standards can be applied to all areas of human life, including sports.

In the scientific literature the notion that women engaged in masculine sports, are experiencing such a kind of "role conflict", which they are trying to overcome by "improving" their femininity, for example, by diplomatically soft relationships with others, with the help of clothes and make-up, can be found.

One of the major problems associated with the social subject of sex is its role in social adaptation of personality. Unfortunately, this problem has not been studied enough. There is only fragmentary information, which do not allow forecasting the success of the individual life based on his/ her gender. T. Artamonova notes that, despite of all the controversial statements (*see above*), the view is that the traditional male socialization processes largely than one of women, who provides exercises, because the quality bred them stereotypically as masculine, and it is quite common. It specifies that sports, in which achievements is the end in itself, is not consistent with the typical image of femininity in many ways.

Sports success of women, according to E. Wroblewski, now is so obvious that many scientists consider it necessary to define the morphological and psychological features of masculinization, which are markers at their sport choices. Among such, they are generally viewed to be particular morpho (somatic) there is dermatoglyphic hip index. Somatotype is a reliable diagnostic criterion; this is evidenced by the fact that the group of masculine athletes revealed 85 % of athletes of subathletic morphotype that indicates masculinization of the athletes' physique. It was found that highly skilled athletes (men) were somatic, and among them, this phenotype occurs much more frequently than in the whole population.

Regardless of specialization, it was found in 75 % of female athletes. This is because elite sport requires manifestation of energetic and competitive behavior. However, despite this, women have long been engaged in, and will be engaged in sports. They have mastered the majority still considered to be "male" sports. Therefore, nowadays the dispute centered around the question of the feasibility of separating sports on «female» and «male» and the effects of the employment of women in the sphere of sports is in the past.

Some authors suggest that aggressive physical contact – is the image of male sports, while grace and elegance – the characteristics of typical female athletes. In this regard, certain sports are characterized as the most «preferred» for women and men. For example, sports, representing the images related to the stereotypes of masculinity (masculinity, rigidity, strength, manifestations of aggressiveness in the interaction with the enemy), and include various types of martial arts, and femininity, where softness, emotionality, artistry are necessary, such as ballroom dancing, figure skating. In theory of F. Jordansky, during comparing men and women in one sport, it was found that many of the purely physiological and social parameters are practically identical (body composition, muscle and fat mass values) or very close (heart morphology indicators, physical performance) at the same level of qualification. Thus, the sexual dimorphism was erased. In some cases it is almost impossible to determine the sex of the athlete visually. In this regard, according to the Resolution 1968 of the medical commission of the International Olympic Committee as well as the majority of international sports federations, the Olympic Games, World and Continental Championships monitoring of women athletes on gender is carried out necessarily. This control is determined using cytogenetic methods.

It is caused by the fact that in the previous years there was a record amount of achievements in women's sports by people with disorders of sexual differentiation, namely hermaphrodites (false male hermaphroditism). According to M. Nalbandian it's obtained in the survey of 12 thousand athletes of all ages and athletic skills, involved in various sports, – the frequency of disorders of sexual differentiation is 1 in 700-800 athletes, while in the general population – 1 in 20,000. However, the need to determine the biological sex in sport is deeply controversial.

F. Jordansky have also noted that the specificity of sport determines the particular morphological and functional women's options already at the initial stage of preparation – choice of sport, where in the volleyball, basketball, handball select tall girls are selected, while in gymnastics and figure skating – small, fragile, flexible, with good co-ordination, and in football – girls of medium height, hardy, with good neuromotor response. S. Khrushchev writes that, on the one hand, the masculinization of female athletes is a deviation from the norm. On the other hand, from the viewpoint of the effect of sport it has positive results. Despite the fact that the analyzed issues are directly related to the physiology, they have a close relationship with psychology. Firstly, the physicality cannot be viewed in isolation from the mental. Secondly, as has been shown above, between physical

and mental masculinity there is a relationship. The problem of excessive masculinity of athletes has three aspects – the aesthetic, social and psychological. With regard to the first aspect, we can only agree that the greatest uncertainty and subjectivity in the debate for or against the unlimited penetration of women in “male” sports is allowed when it is affected by psychosocial, ethical and aesthetic aspects of the problem.

### *Bibliography*

1. Anshel M.H. Coping with acute stress among male and female Israeli athletes // *International journal of sport psychology*. 2001. N 3. P. 271–289.
2. Brown C, Hartley D. Athletic identity and career maturity of male college student athletes // *International journal of sport psychology*. 1998. N 1. P. 17–27.
3. Colker R., Widom C.S. Correlates of female athletic participation: masculinity, femininity, self-esteem and attitudes toward women // *Journ. sex roles*. 1980. V. 6. P. 47–58.
4. Davis S. Men as success objects and women as sex objects: a study of personal advertisements // *Journ. sex roles*. 1990. V. 23. P. 43–51.
5. Dworkin Sh.L. "Holding back": Negotiating a glass ceiling on women's muscular strength // *Journ. sociological perspectives*. 2001. V. 44(3). P. 333–350.
6. Haamer S. *Girls in sports. Aggressive and feminine*. California, Los Angeles, 1979. P. 7.
7. Geron E., Weingarten G. Personality characteristics of Israeli women athletes as indicated by the MMPI-221 // *Journ. better teaching and coaching*. Cape Town, 1977. P. 209–214.
8. Kane J. Personality profiles of physical education students compared with others // *Proceedings of the first international congress of sport psychology*. Rome, 1965. P. 772–775.
9. Matteo S. The effect of sex and gender-schematic processing on sport participation // *Journ. sex roles*. 1986. V. 15. P. 417–423.
10. Murphy P.J., Leonard W.M. *Sport and gender // A sociological perspective of sport*. Illinois State University, 1998. P. 241–276.
11. Ogilvie B.C. What is an Athlete? // *Journ. of health, physical education and recreation*. 1967. V. 38. P. 40–48.
12. Sabo D., Jansen S. *Image of men in sport media: The social reproduction of gender order // Men, masculinity, and the media*. Beverly Hills, CA: Sage. 1992. P. 169–186.
13. Solomon G., Bredemeier B. Children's moral conceptions of gender stratification in sport // *International journal of sport psychology*. 1999. N 3. P. 350–369.
14. Wann D. Author and subject gender in sports research // *International journal of sport psychology*. 1995. N 2. P. 225–232.
15. Wrublewski E. Selection and training of track- and field women-athletes from the position of sexual dimorphism // *Proces Doskonalenia Treningu I Walki Sportowej*. Warszawa: AWF, 2007. T. 4. P. 325–329.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ВРАЧ И КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ**

Особенностями сегодняшнего дня являются время высоких технологий, время информатизации, унификации, глобальных подходов, время доказательной медицины. При этом мы живём в период реформирования здравоохранения и высшей медицинской школы. В ближайшем будущем в медицине ожидаются революционные перемены. По сути, вопрос заключается в том, как продолжится наша эволюция. Динамика саморазвития неумолимо приближает нас к созданию нового типа человека – техногенного. Впереди жестокая борьба за существование, в ходе которой будут решаться проблемы изменений в органическом мире планеты. Мы должны сохранить цель своего существования и внутреннюю устойчивость.

Благодаря научному прогрессу наши возможности заглянуть внутрь человеческого организма сказочно увеличились. Техника увеличила время врача, расширила масштабы и подняла эффективность его интеллектуальной деятельности. Однако техника несёт и негативные влияния, т.к. врач, становясь частицей какой-то технической системы, лишается своей творческой сущности. В связи с возрастающим количеством информации появляется тенденция убывания доли врачебного знания. Совершенствование специальной техники и появление новых методов исследования не упрощают, а усложняют мышление врача, т.к. он должен осмыслить и связать гораздо большее число симптомов заболевания и показателей различных методов исследования.

В связи с этим под влиянием научно-технического прогресса складывается новый медицинский менталитет. Встаёт насущная задача поиска новых философских принципов обучения в системе высшего медицинского образования и здравоохранения. Клинической медицине сегодня угрожают две опасности: 1) фетишизация техники и 2) пренебрежение клиническим мышлением.

Прогрессирующий техницизм и рост специализации в медицине сопряжены с постоянной дегуманизацией врачебной деятельности, превращением врача в «оператора при реализации лечебно-диагностического процесса». Личность пациента воспринимается уже как набор различных параметров, не укладывающихся или соответствующих определённым нормативам. Новейшие приборы и медикаменты значительно расширили могущество врача в плане победы над некоторыми заболеваниями. Однако суть болезни гораздо сложнее. Клиницист имеет дело не только с болезнью, но и с личностью, её преломляющей.

Ценой, которую платит современная медицина за всё более современную оснащённость, оказывается атрофия клинического мышления, инфляция авторитета врача, на место которого встаёт прибор. Культ техники вытесняет способность врача к клиническому восприятию больного. Исчезает творческий подход к больному, что приводит к деформации клинического

мышления. Диагностическая техника приказывает врачу, у которого нет своего мнения, тогда как думающего врача она лишь обеспечивает дополнительной информацией, делая его решение более убедительным.

Вопрос о повышении культуры мышления поднимает сама жизнь, предъявляя всё более строгие требования к интеллекту, знаниям, общей культуре и профессиональной подготовке врача. Следует подчеркнуть, что традиционные для отечественной клиники методики и приёмы тщательного сбора анамнеза и детального физикального обследования остаются и сегодня столь же актуальными как для диагностики, так и при создании программ лекарственной терапии и других методов лечения. Недооценка, тем более игнорирование этого компонента клинического мышления фактически не позволяет врачу получить всю необходимую информацию о причине и природе болезни и её динамике. Это не исключает, а наоборот делает актуальным проведение современных высокотехнологических методов исследования и лечения, что расширяет и углубляет возможности тонкой и ранней диагностики, которые прежде были недоступными клиницисту.

Невозможно поставить диагноз без общения с больным, без раздумий у постели больного. Клинически мыслить – это значит мыслить и формально-логически, и философски, и образно-художественно, развивая в себе способность наблюдения за больным. Поэтому, отвечая на вопрос: нужно ли клиническое мышление современному врачу? – можно констатировать, что точная ранняя диагностика невозможна без современных технологий, которые при этом резко повысили ответственность клинического мышления. Если признать, что современный диагноз – это творчество, а болезнь – прежде всего это личность, то очевидна ограниченность любой высокотехнологичной методики, запрограммированной на получение лишь заданной информации.

*Сіліна М. П.*

*Харківський національний медичний університет*

## **ЗАГАЛЬНИЙ НАРИС ВПЛИВУ РЕЛІГІЇ НА РОЗВИТОК МЕДИЦИНИ ТА НАУКИ СЬОГОДЕННЯ**

Важко уявити сучасність без активного розвитку науки, та медицини зокрема. Її важливість для суспільства неоціненна та займає преміальну роль серед інших галузей людської діяльності. Саме тому так важливо вивчати не тільки медицину, як науку практичну, а й досліджувати фактори, що здійснюють вплив на її розвиток, задля його оптимізації та максимізації. На практиці, можна виділити багато факторів, що мають як негативний, так і позитивний внесок у процвітання світової науки: фінансування дослідницьких інститутів; якість освіти та матеріальна база вищих навчальних закладів; рівень популяризації науки серед населення; зацікавленість науковців у дослідженнях; законодавчий статус та дозвіл на проведення експериментів; тощо.

Одним з дуже важливих факторів, який і буде розглянутий далі, – є релігія. Як невід’ємна частина життя суспільства загалом, вона проникає й у

життя наукове. У джерелах, де окреслюється дане питання, співіснування релігії та науки розглядається з чотирьох різних сторін: 1) конфлікт – наука та релігія є несумісними та взаємовиключними, ідеї притримуються такі відомі сучасники-науковці, як Р. Докінз та П. Еткінс; 2) незалежність – думку можна зустріти у роботі І. Канта «Критика чистого розуму», під «незалежністю» мається на увазі, що наука з релігією мають справу з різними областями пізнання; 3) діалог – галузь пізнання перекриваються, і виникає необхідність усунення протиріч з окремих питань шляхом спростування або їх узгодження; 4) інтеграція – обидві області пізнання науки та релігії об'єднуються в цілісну систему міркувань, цієї ідеї тримався, наприклад, такий відомий біолог та теолог П. Т. де Шарден.

Ретроспективно можна простежити як ці чотири типи відносин зустрічались по чергово за всю історію розвитку наукового пізнання. Якщо говорити про сучасність, наука, зокрема медицина, розвиваються з приголомшливою швидкістю, у людства є можливості до вирішення проблем, які ще десять років тому здавались занадто непідсильними. Лікування таких тяжких генетичних хвороб, як талассемія, м'язова дистрофія Дюшена, муковісцидоз, комбінований імунodefіцит, пов'язаний з дефектом гену аденозиндезамінази, хвороба Німанна-Піка, тощо – є теоретично можливим. Велика кількість дослідів вже була проведена на тваринах, вченим не вистачає досвіду роботи з людським генетичним матеріалом. На даний момент це є гостро етичним питанням, що стоїть у науковому товаристві. І у цій ситуації релігія виступає фактором, що активно гальмує розвиток медицини у цьому напрямі, не даючи змоги розвинути знання та навички науковців і лікарів у питаннях хвороб, пов'язаних з геномом людини.

У березні 2008 року єпископ Дж. Джиротті за аналогією з сімома канонічними пороками особистості перерахував сім соціальних гріхів сучасного світу, що завдають шкоди всьому людству, серед яких були генна інженерія та досліді на людських ембріонах. Таке табу на вивчення людського генома та пошук способів його модифікації не могло не відобразитись на, по-перше, свідомості людей та їх ставлення до подібного роду досліджень, та, по-друге, як наслідок на статусі таких дослідів. На даний момент у світі є лише дві країни, де дозволені експерименти з людським геномом – це Велика Британія та Китай, науковці інших держав, що навіть мають науковий потенціал для практичного розвитку генної інженерії людини, не володіють дозволом на проведення таких досліджень.

Це лише один з прикладів того, як позиція церкви та релігійні упередження впливають на розвиток науки. Існує ще безліч питань, що стають ґрунтом для конфліктів та суперечок. Задля припинення гальмування наукового прогресу та максимізації можливостей медицини, необхідне подолання конфронтації подібного роду, науці та релігії потрібно переходити до продуктивного діалогу.

## **ГІДНІСТЬ ЯК ОЗНАКА ДУХОВНОГО ВИХОВАННЯ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ**

Політична та економічна криза, яка захлиснула наше суспільство породила духовну кризу, тому все більшу значущість набуває виховання моральної гідності.

Гідність є передусім моральною характеристикою особистості. Найчастіше гідність визначають не змістовно, адже змістовно її можна визначити по-різному. Формально гідність найпростіше можна визначити через те, що прагнуть зберегти від приниження та знищення. Тобто гідність залежить від зовнішньої оцінки, визнання інших, і якщо відсутнє таке визнання, то це призводить до ситуації приниження або знищення чиєїсь гідності. Важливо, щоб саме медичні працівники не втрачали гідність як у професійній діяльності, так і в особистому житті. До представників медицини суспільство в усі часи висувало підвищені моральні вимоги, так В.В. Вересаєв зазначав: «При всіх рівних умовах лікар залишається на голову в моральному відношенні вище представників інших спеціальностей».

Стрімкий розвиток медицини, її технічна оснащеність, високий ступінь інтелектуальних інновацій нагально диктує необхідність звернення до проблем моралі, вимагає, перш за все, пошуку найбільш ефективних підходів, які сприяють розвитку студентів-медиків творчих здібностей та клінічного мислення.

Авторитет медичного працівника серед населення досягається лише в тому випадку, коли лікарі мають не тільки високу професійну підготовку, але й чітко дотримуються принципів етики та «кодексу» гідності. Зокрема неетично з боку лікаря-початківця проводити так звані аналогії випадків «такого ж захворювання» в іншого пацієнта, «втручатися в психологічний простір» пацієнта, коли «випадково» він може принизити його чи його гідність, викликати сумнів у правильності попереднього лікування та в авторитеті лікаря, якому він раніше довіряв.

Важливо утримуватися від поспішних та остаточних висновків, не висловлювати необґрунтованих прогнозів, щодо самопочуття пацієнта.

Слід пам'ятати, що діагноз – це не вирок, а деяка імовірність суджень, бо кожен лікар може помилитися чи висловлювати свою думку, що може бути по-різному витлумачена пацієнтом. Тому велику увагу слід приділяти вихованню духовно-моральній гідності студента-медика. Завданням гіднісного виховання майбутнього медика є формування в лікаря усвідомленої потреби в моральному удосконаленні, укріпленні його віри в можливість використання своїх знань для користі людини, переконання його в існуванні чітких критеріїв добра і зла, беззаконня та закону, свавілля і волі. Наразі гіднісне знання все більше набуває значення як інтегруючий центр у системі наук. Тільки інтеграція гіднісної та природно-наукової складової в культурі

кожного індивіда може слугувати стійкою внутрішньою основою для розуміння особистістю своєрідності кожної людини, кожної культури. Гіднісний аспект медичної освіти, відображає концептуальний підхід у розв'язанні проблем професійної діяльності лікаря – проблем взаємовідношень з пацієнтами, членами їх родин, колегами, питання медичного права, проблем цілісного підходу в профілактиці та лікуванні захворювань, аспекти впливу наукових відкриттів на безпеку й покращення здоров'я людини, проблеми обміну передовим професійним досвідом. Гіднісний аспект вищої медичної освіти передбачає формування духовно-розвинутої особистості – майбутнього фахівця, рівень підготовки якого гармонійно поєднує в собі освіченість, професіоналізм, духовність, моральність. В єдності це і складає гіднісний потенціал сучасної медицини.

Отже, духовна культура лікаря – це не просто властивості лікаря, які заслуговують на увагу, але і якості, що визначають його професіоналізм, гідність. Формування такого образу лікаря, органічне входження в нього, дозволяє студенту-медику оцінити самого себе і спів віднести цю самооцінку з уявленнями про те, яким він повинен стати.

*Смірнова В.І.*

*Харківський національний медичний університет*

## **ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ: ФІЗИЧНИЙ, СОЦІАЛЬНИЙ ТА ЕМОЦІЙНИЙ АСПЕКТИ**

Десять років. Що вам може сказати це число? Комусь воно нагадує про приємну сімейну річницю. Для багатьох це майже сьома частина їхнього життя. І саме стільки часу ми проводимо за роботою, до чого можна віднести й професійну діяльність. Відношення до професійної діяльності у кожного своє, тому декотрі скаржаться на повільний плин набридливих їм дій, а інші сумують, що їхня улюблена справа так швидко минула. Наші захоплення і види праці постійно змінюють одне одного, так активно, що від попередніх емоцій часто не лишається і сліду, проте дещо так просто не зникає: здоров'я людини зберігає на собі відбиток практично всіх наших дій, а отже професійна діяльність, під яку відводиться велика частина нашого життя, обов'язково впливає на нього. Щоб дізнатися більше про цей взаємозв'язок, розглянемо його в фізичному, соціальному та емоційному аспектах.

Гармонійний розвиток людського організму передбачає обов'язкове фізичне навантаження. Це не означає, що ми маємо бігати п'ять кілометрів щоранку або піднімати важкі гантелі. Мається на увазі рух, що вважають проявом самого життя. Без руху людина – камінь. Недарма ті, хто нехтують можливістю розім'яти суглоби, нерідко страждають від серцево-судинних захворювань, надмірної ваги, кволості, гіподинамії. Тільки у казках можна весь вік пролежати на печі без ризику атрофії м'язів. Тому професійна діяльність, що вимагає від робітника активності, енергійності, потребує тримати себе у формі й не дає перебувати в одному положенні занадто довго, дуже

корисна, особливо в нашу цифрову епоху, коли майже увесь вільний час ми перебуваємо біля миготливих екранів. З іншого боку, в усьому треба притримуватися міри, а отже занадто важкі роботи, які функціонально виснажують нас, мають бути або легшими, або ж забезпечувати нас оптимальним співвідношенням відпочинку і праці. Бо наскільки людина сильна духом, настільки вона крихка тілом.

Соціальний аспект також має велике значення, тому що саме групові взаємодії були одним з вирішальних факторів, які допомогли первісним людям скоріше перетворитися на сучасне суспільство. Колектив співробітників, організація праці, дотримання прав і обов'язків, роль обраної професії у житті людей – всі ці фактори тісно переплітаються з емоційними, але більше характеризують наше відображення думок і дій оточуючих стосовно нашої роботи. Ми швидко втрачаємо бажання що-небудь робити, якщо не відчуваємо потреби інших у цій праці. Відсутність необхідності у тому, що ми робимо, навіть найулюбленіше заняття зробить стражданням, це послабить мотивацію, а без цього людина повільно зслизає в депресію, що зовсім не покращує здоров'я. Негативна атмосфера у колективі, невпевненість у правовому захисті породжує стрес, що часто призводить до зниження захисних функцій організму і виснаження. Дуже легко починаються хвороби, часто – хронічні.

Але якщо оточення можна змінити при бажанні або ж налагодити стосунки, то від себе людина не сховається. Внутрішнє сприйняття своєї професійної діяльності, емоційний аспект, може виявитися найбільш руйнівним серед всіх зазначених факторів. Робота за покликанням – одна з найліпших благ, і щаслив той, хто зміг її знайти. Радість, цікавість, азарт (у творчому сенсі), як й інші позитивні емоції, тонізують нервову систему, надають сил, штовхають людину вперед. Улюблене заняття не набридає та перетворює ці десять років на свято. Напроти, якщо йти на роботу, як на каторгу, відчувати огиду до рутинних дій, організм теж піддається хаосу, хронічна невдоволеність життям повільно вбиває його. Недарма говорять, що значна частина хвороб – породження нашої душі. Якщо вона неспокійна, то й життя не ладнається.

Як бачите, професійна діяльність впливає на здоров'я людини з багатьох сторін: фізичної, соціальної, емоційної. Дуже часто ми не помічаємо цього, але недбайливе ставлення до нашої роботи і байдужий вибір її можуть бути прямою причиною багатьох медичних негараздів. Неможливо знайти ідеальний варіант для задоволення усіх вимог, проте ми можемо збалансувати робочий процес так, щоб сьома частина нашого життя минула щасливо і корисно.

*Старикова Г.Г.*

*Харьковский национальный университет радиоэлектроники*

## **ФОРМИРОВАНИЕ АНТРОПОЦЕНТИЧЕСКОЙ ПАРАДИГМЫ В СОВРЕМЕННОЙ ФИЛОСОФИИ ЯЗЫКА**

Философия языка, пройдя сложный путь развития, к концу XX века пришла к необходимости пересмотра структуралистской, инструментальной парадигмы и формирования принципиально нового, антропологического под-

хода к исследованию феномена языка. Возникло и утвердилось требование исследовать язык в неразрывной связи с мышлением, сознанием, познанием, культурой, мировоззрением как отдельного индивидуума, так и языкового коллектива, к которому он принадлежит. Формулировка принципа антропоцентричности и антропоморфности языка определила не только новый аспект лингвистических поисков, это привело к новому пониманию и трактовке таких традиционных лингвистических понятий, как знак, значение и т.п. «Лейтмотивом» нового подхода к интерпретации языковых явлений стало осознание того, что естественный язык не «отличает» экстралингвистическую реальность от психологической реальности и от социального мира носителей языка. Поэтому изучение специфики антропологической лингвофилософской парадигмы является актуальным для современной философии.

В настоящее время, опираясь на предложенную Ю.С. Степановым трехчленную схему эволюции теоретических представлений в лингвистике: «философия имени» (семантическая парадигма) – «философия предиката» (синтаксическая парадигма) – «философия эгоцентричных слов» (прагматическая парадигма) и учитывая приоритетные стратегии современной лингвистики, следует признать, что мы находимся на третьей ступени поступательного развития философских взглядов на язык, когда в центре лингвистического внимания оказался детерминированный определенной культурой пользователь языка – субъект, познающий мир, мыслящий, оценивающий, чувствующий.

Рассматривая разнообразные «образы языка» в лингвистике XX столетия («язык как язык индивида», «язык как член семейства языков», «язык как структура», «язык как система», «язык как тип и характер» и т. п.), Ю.С. Степанов приводит обобщенное определение языка, сложившееся на конец столетия: «язык как пространство мысли и дом духа». При таком подходе к осмыслению сущности языка далеко на задний план отходит «инструменталистское» понимание этого сложного феномена (язык как способ познания, мышления и коммуникации), освобождая первое место гумбольдовским идеям о языке как «эманации духа» народа, что отсылает нас к формулировке М. Хайдеггера: «Язык – дом бытия человеческого существа». Именно в ракурсе такого понимания содержательное наполнение понятия «мировоззрение народа» может получить максимально широкую трактовку – как осмысление, переживание и оценка мира тем или иным этносом, воплощенные в языковых национально-специфических формах: «язык является органом внутреннего бытия, даже самим этим бытием, насколько оно шаг за шагом достигает внутренней ясности и внешнего воплощения».

Культурно-философская интерпретация языка, безусловно, не противопоставлена инструменталистской и находится с последней в отношениях «дополнительности». Очевидно, целостное представление о языке может дать исследование его проявлений во всех отведенных ему ролях: язык как код (знаковая система); язык как способ познания; язык как инструмент коммуникации; язык как «дом бытия духа народа». Таким образом, утверждение в лингвистике нового взгляда на язык не отвергает предшествующие теорети-

ческие наработки. Перемещение человека и всего человеческого в центр лингвистического внимания, осознание языка как воплощения духовной энергии народа привели к пересмотру многих, казалось бы, неопровержимых аксиом языкознания, в частности, к ревизии лингвосемиотических и семантических догматов.

Антропоцентрический подход к языку, истоки которого восходят к идеям В. фон Гумбольдта, предполагает более масштабное осмысление функций языка, выход за пределы узкорациональной, прагматической трактовки его предназначения. Язык как вместилище духа народа, как результат неповторимой рационально-оценочной деятельности определенного этноса может открыться не столько инструментальному, сколько философскому взгляду, способному охватить и осмыслить глубинную духовную сущность национального языка как уникального творения этноса. По словам Гадамера: «Если каждый язык является мировоззрением, то он обязан этим не тому, что он представляет собой определенный тип языка, а тому, что говорится и, соответственно, передается этим языком».

Формирование новой культурологической парадигмы как основного в современную эпоху подхода к языку определило новый стиль лингвистического мышления, требующий разработки своего категориального аппарата и, в частности, выработки новых подходов к изучению лингвистических феноменов, онтологическая сущность которых на современном этапе развития лингвистической науки предстает в несколько ином, непривычном свете. К таким феноменам, несомненно, относится и феномен естественного языка в многообразии его проявлений. Одним из важных и недостаточно исследованных к настоящему времени антропоцентрических аспектов функционирования естественного языка является его место в национальной картине мира как специфической и неотъемлемой стороне бытия любого народа. Это направление представляется весьма перспективным для дальнейшего изучения.

*Степаненко К.М.*

*Харківський національний медичний університет*

## **ДУХОВНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ**

Двадцяте століття є переломним у духовному розвитку людського суспільства. Воно характеризується як найвищими досягненнями людського духу, так і найважчими випробуваннями для культури.

Культура нашого часу – це єдине загальнолюдське явище, у якому зливаються різні течії та струмки національних культур. Більшість філософів сучасності зазначають, що прогрес людства сьогодні визначається його духовним розвитком. Людина оволоділа гігантськими природними силами, які можуть бути застосовані проти неї та проти її середовища. У цих умовах постає проблема культури особистості, суб'єкта творчої діяльності та власної історії. Загальна тенденція розвитку людської духовності полягає в подаль-

шій автономізації людини від суспільства, у зростаючому синтезі культур різних народів при збереженні та збагаченні національних культур. Головне, що з'єднує різні форми та національно-етнічні типи культур сучасності, – це прогресуюче усвідомлення того, що культура, як загальний спосіб людського буття, як особлива реальність ціннісно-смиислового існування є, власне, єдиною і неперехідною цінністю людства, тим, що рятує людство від цілковитого здичавіння та тотальної бездуховності.

Великий геній українського народу Т. Г. Шевченко закликав: «Учітеся, брати мої». А вчитися нам є чому в усього світу, відроджуючи національну культуру, відновлюючи культуру всіх народів, що проживають в Україні. Шлях до оволодіння загальносвітовою культурою лежить через засвоєння власної культури, через її піднесення до світового рівня, але завжди – через формування індивідуальної культури особистості, світоглядних визначень, свого духовного світу.

Тільки людина, що оволодіває культурою, є вільною особистістю, котра свідомо й відповідально постає гідним суб'єктом світового процесу.

*Сырчина В.О.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ЮВЕНАЛЬНЫЕ И ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КУЛЬТУРЫ СОВРЕМЕННЫХ УКРАИНЦЕВ**

В современной медицинской культуре сохраняется преобладание моральных и социальных норм, таких как милосердие, сострадание и забота о больных, создание благоприятных условий для сохранения и восстановления здоровья человека, трансформации моральных ценностей в профессиональной медицинской культуре, ценности жизни и здоровья в других формах медицинской культуры. Так, знание особенностей поведения детей и пожилых людей может помочь нам оказать им медицинскую помощь. В первую очередь, нужно понять их внутренний мир. Как пожилого человека, так и маленького ребенка нужно понять и потом уже начинать их лечить. Но, если пожилого человека необходимо, прежде всего, внимательно выслушать и лечить с учетом его душевного состояния, то с лечением ребенка дело обстоит сложнее. Важно ещё убедить «начитанную мамочку», которая прочитала в интернете уже несколько диагнозов, подходящих под симптомы, замеченные ею в здоровье ребенка. Нередко врачу приходится долго доказывать, что его диагноз верен и что именно эти лекарства могут помочь.

Основной проблемой формирования медицинской культуры, на мой взгляд, является то, что сейчас есть свободный доступ к характеристикам заболеваний и их лечению. Реклама лекарственных средств зачастую приносит не пользу, а вред. Пациенты, часто не задумываются, что одни и те же симптомы могут проявляться в нескольких различных заболеваниях. Именно поэтому, люди нередко обращаются к специалистам уже в том случае, когда состояние здоровья значительно ухудшилось.

Пожилые люди очень часто страдают от одиночества и могут придумывать себе симптомы, не задумываясь о побочных действиях лекарств, которые может выписать врач, не задумывающийся над тем, что пациенту просто хотелось пообщаться. Одиночество – это социально-психологическое состояние, которое характеризуется недостаточностью или отсутствием социальных контактов, поведенческой или эмоциональной неудовлетворенностью индивида, характером и кругом его общения. Также проблема одиночества в старости приобретает такую специфическую черту, как вынужденное уединение, причиной которого является физическая немощь, затруднения при решении повседневных гигиенических и бытовых вопросов.

Мне кажется, что для развития медицинской культуры в Украине нужно, чтобы бы врачи были, действительно, компетентными и открыто объясняли пациенту, что с ним происходит, каков его диагноз и каким образом будет протекать лечение. Украине нужны такие врачи, к которым не страшно будет отвести своего ребенка, родных и родителей. Тогда люди станут меньше заниматься самолечением и перестанут сами себе ставить диагнозы.

*Терещенко І.І., Стенкова Н.Ф.*

*Харківський національний медичний університет*

## **ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЇ ВИБОРУ ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ**

*Актуальність* вивчення мотивації вибору професії лікаря обумовлена тим, що професіоналізація, становлення фахівця-професіонала починається з моменту вибору професії. Мотивація вибору професії спрямовує і регулює поведінку, визначає ступінь активності і особистісної зацікавленості студентів у навчанні.

*Мета дослідження* – вивчення мотивації вибору професії лікаря студентами медичного вузу і встановлення ієрархії мотивів вибору професії. Дослідження проводилися серед 126 студентів другого курсу лікувального та педіатричного факультетів методом анкетування.

*Результати дослідження* показали, що серед найбільш значущих мотивів лідируючі позиції займають мотиви: допомагати людям (57 %), здобути освіту, щоб допомагати собі та близьким (43 %), рятувати життя інших людей – благородна професія (29 %), можливість займатися цікавою роботою (15 %). Серед значущих мотивів найчастіше відзначають мотиви: благородна професія (29 %), бажання здобути освіту, щоб допомагати собі та близьким (21 %), можливість займатися цікавою, змістовною роботою (18 %), професія лікаря дає можливість розвитку і самореалізації (17 %). Найбільш часто зустрічаються другорядні мотиви: бажання бути високоосвіченою культурною людиною (22 %), професія лікаря цінується в суспільстві (22 %), можливість займатися цікавою змістовною роботою (17 %), хочу пізнати, як влаштована людина, людське тіло (13 %). Слід зазначити, що 74 % студентів не мали поняття щодо рівня заробітної плати лікарів, проте майже усі (97 %) зазначили важливість цього фактору у їхньому майбутньому житті.

Таким чином, в ієрархії мотивів вибору професії лікаря перші позиції займають моральні мотиви (допомагати людям, допомагати близьким), соціальні мотиви (благородна професія), мотиви, пов'язані з утриманням праці (цікава робота). На другій позиції представлені ті ж мотиви, крім моральних, і додається мотив саморозвитку і самореалізації. Менш значимими мотивами вибору професії лікаря (третя позиція) є престижні мотиви, мотиви, пов'язані з утриманням праці, і пізнавальні мотиви. Отримані показники, на наш погляд, дають надію щодо майбутнього нашої медичної галузі.

*Ткаченко В.Г., Соломенник Г.О.*

*Харківський національний медичний університет*

## **РОЗДУМИ ПРО ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ**

Безліч трактувань поняття «здоров'я» в залежності від аспекту, підходів чи критеріїв його визначення переконливо характеризують багатозначущість та багатовекторність сприйняття цієї чи не найголовнішої складової в житті кожної людини. Але одна властивість здоров'я характерна для нього незалежно від сутності визначення – це неможливість придбати здоров'я за гроші. Останній аргумент апріорі надає здоров'ю найвищий сенс нашого життя, робить його чи не найціннішим скарбом.

Один із багатьох варіантів визначення здоров'я бачимо в наступних поетичних рядках віршу «Роздуми про здоров'я»:

*То що ж вважати за здоров'я?  
Невтомну нашу працю чи дарунок долі?  
Здоров'я – все, що є, було та буде у людини,  
Нащадками здобуде й успадковане із покоління в покоління.  
Здоров'я – скарб найголовніший на землі,  
Який примножувати треба нам та берегти.  
Здоров'я згаявши – утратиш значно більше,  
Аніж собі ти можеш уявити.*

Кожна людина повинна дбати про своє здоров'я в першу чергу сама. Краще запобігти захворюванню, ніж лікуватися. Першим важливим елементом піклування про здоров'я є відслідковування власного самопочуття. Важливе місце займає особиста гігієна, активне й здорове спілкування з іншими людьми, комфортні умови праці, раціональне харчування і **здоровий спосіб життя** (<https://uk.wikipedia.org/wiki/>). Саме на останній чинник, як здається, кожен з нас може вплинути з найбільшою користю для свого власного здоров'я, а, отже, й здоров'я суспільства та нації взагалі. Так, ми усвідомлено говоримо про суспільне здоров'я, або здоров'я нації, країни, покоління, тощо, адже важко уявити здорову людину щасливою, коли її оточують хворі, немічні та безпомічні. І в цьому випадку доречна аналогія: якщо ви заможні та багаті, але у вашому оточенні всі інші бідні та знедолені, то ваші статки не принесуть вам усвідомлення радості та задоволення.

Не вдаючись в аналіз багатьох складових здорового способу життя, окреслимо основні його прояви та мету. Якщо з метою та сенсом здорового способу життя здається все більш-менш зрозуміло – це запобігання виникнення захворювань задля подовження тривалості активного у фізичному та психічному сенсах життя. То з проявами здорового способу життя у широкому сенсі його розуміння не все так однозначно, тому що на різні речі різні люди дивляться по-різному. Зокрема, ставиться під сумнів корисність, доцільність, сприйнятливність певних способів харчування (дієт), видів спорту (травматизм), варіантів поведінки та участі у суспільному житті (активність та пасивність) та багато іншого. У спірності цих питань та неоднозначності відношення суспільства до них внаслідок історичного плину часу проявляється відносність та зміни суспільного бачення на ті чи інші питання, проблеми, аспекти.

В країнах, у яких турбота про здоров'я її громадян не обмежується тільки декларуванням цього на законодавчому рівні, можна бачити практичну сторону від того, що певних осіб, які не палять та не зловживають алкоголем, регулярно займаються фізичними вправами та фізичною культурою, підтримують себе у належній спортивній та фізичній формі роботодавці стимулюють та заохочують матеріально, надають сприяння та переваги щодо реалізації професійних та особистих здібностей своїх підлеглих.

За багато років безоплатної медицини, нашу спільноту розучили рахувати вартісну складову здоров'я, що призводило до відсутності у більшості мотивації та стимулу щодо відповідального ставлення до його збереження та примноження, а тому пенетрантність гена «здорового способу життя» із покоління в покоління ставала все меншою. Зі зміною соціально-політичної формації в нашій країні практично повсюдно, за незначним виключенням, став зникати привид безоплатної медицини й неминуче з'явилася фінансова, хоча й дуже гірка мікстура для багатьох малозабезпечених українців, складова здоров'я – яку тепер доводиться прораховувати на калькуляторі, і вже практично всі усвідомили, що хворіти є дуже збитково, дорого (нарешті у грошовому еквіваленті здоров'я дійсно стало найдорожчим скарбом), невідгідно. Але всебічне переосмислення своєї власної відповідальності та ролі у збереженні здоров'я ще попереду.

Таким чином, з'явилася усвідомлена та одночасно підсвідома необхідність займатися власним станом здоров'я. В індивідуальному, а тим паче в суспільному аспектах, питання: «Здоровий спосіб життя – обов'язок кожного чи власний вибір»? , як нам здається, втрачає свій колишній сенс.

*Ткемаладзе Д.Ю.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ЛЮБОВЬ КАК ОТРАЖЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА**

Человек – это существо социальное и индивидуальное. Он часто может сталкиваться с различными жизненными ситуациями или проблемами, которые он решает и приобретает жизненный опыт для дальнейшего легкого ре-

шения подобных ситуаций или для обучения других людей, которые переживают похожие проблемы. Один из главных социальных вопросов, который, как правило, существенно меняет жизнь человека, – это любовь. Трудно дать определение любви. Я считаю, что любовь – это все хорошие чувства.

Для себя я выделил два вида любви. Это любовь между женщиной и мужчиной: «платоническая любовь» или еще ее можно назвать «принц и принцесса». И любовь «ко всему окружающему» – Библейская любовь: к природе, к людям, к животным, к прекрасным жизненным моментам т. д.

Любовь между мужчиной и женщиной должна быть платонической, если нет, то это привязанность, которую можно отнести ко второму виду любви: «ко всему окружающему». Платоническую любовь можно часто встретить в сказках, где парень и девушка, ни разу не виделись до этого, влюбляются с первого взгляда. На пути к их воссоединению встречаются трудности, которые они преодолевают. Затем они создают семью, у них появляются дети, живут счастливо, до самой старости, но в отличие от сказки, не всегда умирают в один день. Она дает силы, вдохновляет, заставляет нас творить чудеса, когда пара вместе, энергия их соединяется и удваивается. Полное доверие, неисчерпаемое счастье, желание находиться всегда вместе и просто быть друг с другом.

Много проблем возникает с безответной любовью, когда один любит другого, а второй не отвечает взаимностью. Тогда любящий впадает в отчаяние, депрессию, апатию, вплоть до самоубийства, задавая вопрос: «почему меня не любит?». Ответ прост: это не «платоническая любовь» («принц и принцесса»), а «любовь ко всему окружающему». Но почему тогда человек впадает в отчаяние, депрессию, апатию? Ведь любовь – это чувство, которое дарит нам счастье, радость, вдохновение. Это сложный момент такого вида любви. «Любовь ко всему окружающему» подразумевает умение и стремление любить все. Но многие концентрируют эту любовь на чем-то одном, что неправильно и может привести к отрицательным последствиям. Человек становится фанатом, испытывающим высокое влечение к определенному объекту. Этим объектом может быть все что угодно. Например, у каждого есть любимый фильм. Но кто-то может быть настолько одержимым, что не может смириться с тем, что главные герои фильма выдуманы, что история придумана и это все не на самом деле. Тогда человек пытается перенести в реальность жизнь героев, забывая о своей собственной. Таких людей не так много, чем тех, которые решили пойти дальше и искать кумира не среди персонажей фильма, а среди людей, которые эти образы играют – к актерам. Одержимые люди понимают, что актеры недостижимы, а это приводит или к депрессии, или, если фанат настойчив, к вмешательству в личную жизнь актера, что обычно неблагоприятно заканчивается для фаната. Такая же история и с любимыми музыкантами, художниками. Еще можно любить еду, тогда человек получает физическую травму, связанную с пищеварительной системой.

Можно сильно любить противоположный пол. Таких людей можно поделить еще на два вида: «романтики» – те, кто страдают духовно, от безответной любви. И «любителей половой жизни» – те, кто ведут безобразную половую жизнь, что может привести тоже к неблагоприятному исходу. Если провести параллель с Библейскими грехами, которые тоже появились вследствие высокого злоупотребления любовью к чему-то одному, то ситуация с актерами и музыкантами – это «не сотвори себе кумира», с едой – «чревоугодие», а с противоположным полом – «прелюбодеяние».

Таким образом, ко всему нужно относиться спокойно и взвешенно, или как призывает христианство – бесстрастно. Тогда станет возможным достижение и сохранение духовного мира человека в гармонии.

*Усенко С.Г., Манжелий В.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В УКРАИНЕ**

В настоящее время состояние здоровья населения Украины сегодня оценивается как неудовлетворительное, что связано с высоким уровнем общей смертности (14,6 на 1000 населения), неуклонно растет; низкими уровнями ожидаемой продолжительности жизни (66,1 года ниже только в России, Казахстане, Туркменистане) и продолжительности здоровой жизни (59,2) одним из самых высоких в Европейском регионе естественной убылью населения (-3,9 на 1000 населения в 2014). К началу 2014 естественная убыль и отрицательное миграционное сальдо обусловили сокращение населения почти на 5 млн. человек, преобладающую роль в котором сыграл естественная убыль – результат превышения числа смертей над числом рождений.

По оценке Государственной службы статистики численность населения Украины на 1 января 2015 составляла 42 928,9 тыс. человек, из них 29663,9 тыс. человек (69,1 %) проживало в городских поселениях, а 13265 тыс. человек (30,9 %) – в сельской местности. За период 1993–2015 гг. численность городского населения сократилась на 3,6 млн человек, а за последние пять лет – на 0,5 млн человек. Сельское население также уменьшалось - на 2800000 человек за последние 23 года. Итак, именно депопуляция является основной составляющей непрерывного сокращения численности населения Украины [1, с. 70].

В 2014 г. число рождений в Украине по сравнению с предыдущим 2013 г. в абсолютном измерении уменьшилось на 9,2 тыс. человек, а относительный показатель – общий коэффициент рождаемости снизился по сравнению с предыдущим годом на 1,8 ‰. Очевидными проявлениями неудовлетворительного состояния здоровья матери и младенческой смертности является все еще довольно высокие уровни материнской смертности и смертности младенцев.

Общий показатель смертности в Украине за период 2010 –2015 гг. Держится на слишком высоком уровне 15,3–14,7 ‰, что отмечается существен-

ними регіональними розличиями: в 2014 г. величина загального коефіцієнта смертності колибалась в межах від 10,4 % в г. Києві до 19,2 % в Чернігівській обл. більш низький загальний рівень смертності спостерігається в Івано-Франківській і Чернівецькій обл. (12,8 %), найвищий – в Сумській і Чернігівській обл. (17,2–19,2 %). [3, с. 33].

В структурі захворюваності трудоспроможного населення в 2014 г., як і в попередні роки, переобладали захворювання органів дихання (35,88 %), захворювання мочеполової системи (9,77 %), травми, отруєння і деякі інші наслідки впливу зовнішніх факторів (7,98 %), захворювання системи кровообігу (6,67 %), захворювання шкіри (6,45 %), захворювання кістково-м'язової і зв'язочної тканини (5,33 %); частка інших захворювань становила 27,92 %.

Таким чином, демографічний криза в Україні є відображенням соціальних процесів, що відбуваються в світі і вимагає заходів, спрямованих на збереження здоров'я населення. Державна політика в сфері охорони здоров'я повинна бути спрямована на посилення профілактики і забезпечення раннього виявлення захворювань, підвищення якості медичної допомоги і доступності медичних послуг, покращення ефективності державного фінансування і створення стимулів для здорового способу життя населення і здорових умов праці. [2, с. 74]. Враховуючи несприятливу для країни демографічну ситуацію, Президентом України підписано Указ від 12 січня 2015 № 5/2015 «Про Стратегію стійкого розвитку» Україна-2020». Стратегія передбачає реалізацію ряду реформ і програм розвитку держави, серед яких – Програма здорового способу життя і довголіття.

#### *Література*

1. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: спеціалізоване видання / В.В. Лазорин, Н.А. Лисневська, Л.Я. Ковальчук. – М., 2014. – 608 с.

2. Цибровський А. Н. Проблеми системи охорони здоров'я України і стратегія її реформування / О. М. Цибровський, П. Лисенко // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3 (31). – С. 68–75.

3. Чепелевський Л. А. Динаміка смертності населення України на сучасному етапі: регіональний аспект / Л. А. Чепелевський, Ю.Б. Яценко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2 (26). – С. 30–34.

**Фоміна Л.В., Кулікова І.І.**

*Харківський національний медичний університет*

## **ЧИННИКИ АНТРОПОЛОГІЧНОЇ КРИЗИ ЛЮДИНИ В ХХІ СТОЛІТТІ**

Питання духовної кризи людини є одним з тих питань, яке не має однозначної відповіді, адже воно набуло міждисциплінарного характеру в ХХ–ХХІ століттях. До нього в різних аспектах зверталися й продовжують звертатися філософи, соціологи, антропологи, релігієзнавці, літературознавці тощо. Кожен з них подає своє бачення цієї проблеми. І в цьому ми можемо

пересвідчитися на прикладі відомих праць філософів О. Шпенглера «Присмерк Європи» (1918), Х. Ортега-і-Гассет «Повстання мас» (1930), Ф. Фукуяма «Наше послюдське майбутнє» (2004); романів О. Хакслі «Ми» (1934), Р. Бредбері «451 за Фаренгейтом» (1954), М. Етвуд «Розповідь Служниці» (1986) тощо. Така актуальність поснюється тим, що на цей час припали кризові моменти історії, війни, численні соціальні експерименти, поява віртуальної реальності, які призвели до зміни духовного світу людини.

На нашу думку, антропологічна криза викликана кількома обставинами й фокусується на таких константах, як сім'я, виховання, кохання, любов, які стають залежними від соціальних мереж, економічних та соціальних чинників. Не викликає сумнівів, що інститут сім'ї зазнає серйозних трансформацій. Усе частіше ми є свідками руйнувань традиційних сімейних цінностей. Це відбувається через те, що родина перетворюється на формальність, а її члени починають виконувати механічні функції дружини та чоловіка, не надаючи їм глибокого сенсу. Це можна позиціонувати як стосунки відчуження, коли чоловік відсторонений від жінки чи навпаки, коли кожен живе своїм власним життям. Такий сценарій, на жаль, є непоодиноким. Але найнебезпечнішим є те, коли кохання переходить у ненависть, а щирість – у байдужість.

Ми є свідками того, як дуже часто байдужість виникає на ґрунті залежності від соціальних мереж чи комп'ютерних ігор. У першому випадку, члени родини проводять велику кількість часу в спілкуванні з віртуальними друзями чи за переглядом різної інформації, що постійно з'являється на екрані. Згідно з сучасними дослідженнями дуже рідко віртуальний друг прийде тобі на допомогу. Таким чином, спостерігається добровільна відмова від живого спілкування чи, навпаки, прагнення знайти того, з ким можна розділити свої проблеми, коли вдома тебе не розуміють чи навіть не бажають зрозуміти. Спостерігається конфлікт між членами родини, коли батьки не розуміють дітей, а діти намагаються знайти допомогу зовсім в іншому місці. Особливо гостро тут стоїть проблема виховання, коли батьки не прищеплюють дітям любов до книги, до живої природи, до людей, які тебе оточують. В іншому випадку, під час комп'ютерної гри людина забуває про свою родину, про себе, віддаючи свій вільний час вигаданій реальності, де вона може бути кимось іншим, зовсім не схожою на себе справжню. Щодо філософії Г. С. Сковороди має місце проблема «Я» як «Інший». Це пояснюється тим, що виникає конфлікт між «я» справжнім та «я» у світі вигаданої реальності. Ми з упевненістю можемо сказати, що вік людей, які є залежними від комп'ютерних ігор, з кожним роком молодшає. Усе частіше ми можемо зустріти учнів молодших класів не з книгою в руках, а з телефоном чи плантешом, де вони ведуть активні «бойові дії». Звичайно, не можна заперечувати той факт, що є певні ігри, які проектуються на виховання в дитини уваги, розвитку логічного мислення, але їх кількість незначна. Варто також наголосити на соціальних мережах, де молоді люди, а особливо сту-

денти, проводять дуже багато часу. Вони заповнюють своє життя не завжди важливою чи навіть зайвою інформацією, сприймаючи певні фото чи красиві картинки, які змінюють одна одну. Проблема в тому, що молоді люди перестають аналізувати, робити свої висновки, а сприймають лише інформацію нав'язану їм черговою соціальною сторінкою чи розрекламованим блогером.

У сучасному світі ми спостерігаємо появу ще однієї проблеми, яка має назву «чайлдфрі». Це рух, що з'явився в Сполучених Штатах Америки в 70-х роках минулого століття й набуває зараз особливої популярності в Україні. У перекладі з англійської мови це поняття означає «вільний від дітей», «бездітний». Учасники цього руху добровільно й свідомо відмовляються від бажання мати дітей, аргументаючи це власною філософією й бажанням прожити своє життя лише для себе, а не жертвувати його заради когось. (Ми не беремо до уваги жінок, які не можуть мати дітей через проблеми зі здоров'ям). Така тенденція є вбивчою для українського менталітету, де жінка була берегинею. Відбувається переорієнтація жінки не на народження дитина, що є її першочерговим завданням, а на появу «нової жінки», яка не прагне бути матір'ю.

Таким чином, у сучасному українському суспільстві відбувається трансформація духовного світу людини, її пріоритетів, але завдання педагогів полягає в тому, щоб навчити молоду людину аналізувати, мислити, дбати про свою історію, культуру, дати їй можливість зрозуміти багатство внутрішнього світу людини, сприяти відродженню інтелектуальної нації з високими моральними пріоритетами.

***Фролова Т.В., Охалкіна О.В.***

*Харківський національний медичний університет*

## **ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННОСТІ ХВОРОБ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ**

Останнім часом саме гендерний підхід у медицині, зокрема у педіатричній практиці набуває все більш актуальності. Розділи гендерної медицини продовжують наповнюватися доказовою базою. Так, організація Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ, США) представила аналіз довготривалих досліджень, які підтверджують суттєві відмінності у формуванні, розвитку та перебігу захворювань у чоловік та жінок. Гендерні особливості у розвитку та перебігу захворювань залежать насамперед від психологічних особливостей представників жіночої та чоловічої статі, відмінностями у поведінці та образу життя, що обумовлено соціально-культурними нормами та, безумовно, має свої регіональні особливості. Слід зазначити, що на теперішній день, у науковій базі даних щодо гендерних особливостей в педіатрії не багато, та присвячені здебільше ендокринній патології (ожиріння, метаболічний синдром тощо).

*Мета дослідження:* визначити гендерні особливості поширеності хронічних соматичних захворювань серед дітей шкільного віку Харківського регіону.

Шляхом експедиційних виїздів до організованих дитячих колективів комплексно обстежено 2500 дітей віком від 8 до 17 років; з них 1 541 постійні мешканці м. Харкова та 959 дитини, які мешкають у сільських районах Харківської області. Вибір дитячих закладів для виконання дослідження проводився методом випадкової вибірки, що дозволило скласти репрезентативну вибірку яка відображає стан здоров'я в популяції. Усім дітям проведено комплексне обстеження з використанням клініко-анамнестичного методу аналізу, з урахуванням даних перинатального анамнезу, скарг пацієнта та результатів об'єктивного обстеження. Усі діти були оглянуті фахівцями: окулістом, ортопедом, гастроентерологом, кардіологом, психоневрологом. При необхідності проводили інструментальне дослідження (УЗД органів черевної порожнини, ЕКГ, ЕЕГ та ін.).

Аналіз результатів дослідження встановив наступні гендерні особливості у поширеності хронічних соматичних захворювань: у дівчаток шкільного віку переважають захворювання щитоподібної залози, холецистохолангіт, дискенізія жовчовивідних шляхів, коліти зі схильністю до закрєпів, цистити, нейроциркуляторна дистонія за гіпертонічним типом, дівчатка частіше хлопчиків мають проблеми з суглобами та їх гіпермобільність. Тоді як серед хлопчиків шкільного віку достовірно частіше виявляються гастрити та виразкова хвороба шлунку, гепатози, панкреатити та панкреатити, дизметаболичні нефропатії та сечокам'яна хвороба нирок, кардіопатії, зокрема гіпертрофія лівого шлуночка міокарду.

Окрім того, встановлено, що з віком у дівчаток на відміну від хлопчиків збільшується частота випадків поєднаної патології. Так, у середньому ( $9,4 \pm 1,0$ ) % школярів у віці 10–12 років мають 2 діагнози (форма 112/у), з них 53,2 % дівчаток та 46,8 % хлопчиків. У віці 13–15 років ( $12,2 \pm 1,1$ ) % дітей мають 3 клінічні діагнози, при цьому 68,7 % дівчаток та 31,3 % хлопчиків, що є статистично значущим ( $p < 0,05$ ). У ( $20,4 \pm 1,4$ ) % підлітків у віці 16–17 років встановлено 4–5 діагнозів, з достовірною гендерною відмінністю: 67,5 % дівчаток та 32,% хлопчиків ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, аналіз результаті дослідження показали, що серед дитячої популяції Харківського регіону має місце достовірні гендерні особливості щодо розвитку та поширеності хронічної соматичної патології, що необхідно враховувати в системі моніторингу здоров'я дітей та підлітків шкільного віку.

*Харатян Т.Н.*

*Національний юридичний університет ім. Ярослава Мудрого*

## **МЕЖІ СВОБОДИ БІОТЕХНОЛОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У КОНТЕКСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНСТИТУЦІЙНОГО ПРАВА ЛЮДИНИ НА ЖИТТЯ ТА ІНШИХ СУМІЖНИХ ПРАВ**

Дискурс про потенційні наслідки застосування сучасних гуманотехнологій (технологій об'єктом застосування яких виступає людина, наприклад, біоінженерії, психогеноміки тощо) стає у наш час все більш актуальним. До-

сліджуючи питання постлюдської стадії антропосоціогенеза, вчені роблять висновок про те, що практика застосування відповідних технологій «за певних умов спроможна стерти людське буття з лику планети (В. Лук'янець, О. Соболев). Дійсно можна упевнено говорити про новітні загрози, які поставили перед усім людством. Насамперед це пояснюється відсутністю у цілому ряду сучасних вчених-експериментаторів розуміння необхідності обмежувати себе виходячи із уявлень про потенційні наслідки своєї діяльності та почуття персональної відповідальності перед іншими за свої діяння та виключна орієнтація на реалізацію себе як творчої особистості та задоволення наукових чи навіть економічних інтересів.

Деякі науковці підтримують ідею проголошення повної свободи наукової діяльності, разом із тим непереконаливість їх аргументів є очевидною. Достатньо лише спробувати уявити до чого може призвести реалізація цієї ідеї, наприклад, у сфері проведення дослідів, спрямованих на так звану корекцію чи модифікацію людського геному. Вона надасть можливість безвідповідально та без достатніх підстав проводити досліді, які на теперішньому етапі недосконалості та недовершеності відповідних технологій самі по собі несуть більше загроз, аніж потенційно корисних результатів, які будуть насамперед слугувати економічним інтересам окремих суб'єктів суспільних відносин та можуть призвести до остаточного знецінення людського життя та гідності.

Відповідальність є зворотною стороною свободи, нерозривно пов'язана з останньою, завжди її супроводжує і є найважливішим аспектом визначення її меж. На жаль, «ідея прогресу приспала у європейців і американців те радикальне почуття небезпеки, яке і є субстанцією людини. Бо якщо людство прогресує з неминучістю, з цього начебто випливає: ми можемо перестати бути насторожі, відкинути усі турботи, звільнити себе від будь-якої відповідальності та надати можливість людству невідворотно вести нас до вдосконалення і до насолоди» (Хосе Ортега-і-Гассет).

У статті 3 Конституції України проголошується, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Пріоритет базових прав людини над свободою наукової діяльності має бути безумовним та безсумнівним. Ідея свободи наукової діяльності у чистому виді – абсолютної, не обмеженої рамками розумності, доцільності, співмірності тощо, суперечить ідеї власне свободи, свободи індивідуальної, саме тієї, яка надає сенс життю людини. Іншими словами не можна законодавчо дозволяти безпідставно та невинуватою свободою науки перекреслювати свободу від фатальних ризиків для життя, здоров'я, гідності людей тощо. З аналізу практики Європейського суду з прав людини також впливає те, що право на життя сьогодні – це право жити вільно та гідно, не побоюючись, що чиясь потенційно небезпечна, безвідповідальна діяльність, часто формально виправдана очікуваннями, сформованими на основі прогнозів та оцінок, далеких від неупереджених, та представ-

лена, як складова багатообіцяючого наукового проекту може стати перешкодою для її реалізації. Ми не ставимо під сумнів те, що основною базовою цінністю у сучасному світі є свобода, оскільки саме свобода у всій своїй багатоманітності є гарантією для забезпечення свободи життя. Зміст права на життя трансформувався, життя людини сьогодні не прирівнюється лише до фізичного існування.

Науково-технічний прогрес відкриває нові можливості для зростання свободи у найрізноманітніших сферах суспільних відносин, водночас розширені практично безмежні можливості для прояву свободи людської творчості, відкривають такі ж практично безмежні перспективи досягнення фатальних наслідків реалізації такої свободи. Суттєве підвищення рівня людської свободи із розвитком науки та техніки стало причиною виникнення нових проблем перед людством та одночасно зумовлює необхідність законодавчого уточнення меж відповідальності людини за свою діяльність. Необхідно усвідомити важливість своєчасного визначення допустимих меж свободи наукової діяльності людини. Що стосується новітніх біотехнологій, то у цій царині, враховуючи існуючі знання та досвід людства, з метою забезпечення належного захисту та гарантування цілого ряду фундаментальних прав людини необхідно вчасно розумно обмежити свободу наукових пошуків.

*Харина М.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ**

Осуществление сравнительного анализа гендерных стереотипов диктует нам необходимость детального рассмотрения данной проблемы. Следует отметить, что гендер – это социально-ролевой статус, который определяет социальные возможности человека в образовании, профессиональной деятельности, доступности власти, распределении семейных обязанностей, во взаимоотношениях между людьми. Гендер – понятие, которое определяет социальный пол человека в отличие от биологического пола.

Современное общество и продуцируемые им идеи, стали активно подвергаться гендерным стереотипам и нормам. Гендерные стереотипы – это стойкие шаблонные, общепринятые представления о личностных качествах и поведенческих моделях женщины и мужчины. В соответствии с гендерными стереотипами мужчин идентифицируют с такими качествами как предприимчивость, решительность, настойчивость, отвага, амбициозность, прямота. Женщинам приписывается отзывчивость, жертвенность, доброта, забота, дружелюбие, тактичность, мягкость, нежность, любовь к детям. Женщины ориентированы, прежде всего, на подчинение, поэтому они, зачастую, не претендуют на руководящие должности, зато их «прерогатива» – работа по дому и воспитание детей. В то же время, мужчина, как представитель «сильного» пола (один из наиболее распространённых стереотипов), стремится к самореализации вне семьи, а признаком счастья для него выступает материальный достаток и высокий социальный статус.

Однако, что стоит за подобными стереотипами? Предначертанные типично «мужские» и «женские» правила ведут к психическим расстройствам и болезням человека. Разрушая рамки стандартизованного образа, тщательно выстроенного веками, человек сталкивается с рядом трудностей. В любом случае, с рождения мы впитываем их в себя, а, будучи уже взрослыми, мы их не только не можем преодолеть, мы их попросту не замечаем – так прочно они укореняются в нашем сознании.

При выполнении женщиной функции, связанной с проявлением маскулинности, страдает репродуктивная функция и общее состояние здоровья. Нужно уйти от сложившегося стереотипа, что женщина, выполняя репродуктивную функцию, ограничивает себя в социальном и профессиональном пространствах, что влечет за собой ограничение ее прав. В связи с этим была введена гендерная профессионализация.

Для систематизации всего сказанного ранее и преодоления гендерных стереотипов, возникла необходимость осуществления гендерной политики. Гендерная политика – совокупность решений, действий, мероприятий, направленных на утверждение гендерного равноправия во всех сферах общественной жизни. Необходимость ее поддержки основана на объективных данных гендерного неравенства во всем мире и в Украине.

В качестве примера проявления гендерных стереотипов в Украине следует сказать, что среди предпринимателей 30 % женщин заняты в малом и среднем бизнесе, в то время как большим бизнесом занимаются в основном мужчины. Еще один пример: при разводе ребенок чаще всего остается с матерью, хотя отец имеет такие же права. В этом ракурсе Украина идет по пути совершенствования законов с точки зрения гендерного законодательства.

Такой сравнительный взгляд позволяет нам осмыслить пользу или вред гендерных стереотипов и устранить гендерные неравенства. Сегодня в нашем обществе происходят процессы демократизации и гуманизации, способствующие созданию равных возможностей для личностной реализации, независимо от социальных характеристик человека. Истинная гуманизация предусматривает преодоление стереотипов, веками властвующих над женщинами и мужчинами, и установление гендерного равенства во всех сферах общественной жизни.

*Вывод:* во всех обществах гендерные стереотипы плотно укоренились в сознании людей, однако они могут меняться в зависимости от социальных, экономических или политических условий, хотя этот процесс происходит достаточно медленно. Стереотипы усваиваются очень рано, и используются детьми задолго до возникновения собственных мнений о тех группах, к которым они принадлежат.

**МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФЕССИИ  
СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА**

Профессия врача – это непрерывная борьба прежде всего за жизнь и здоровье людей. Испокон веков врач призван откликаться на зов больного, независимо от тяжести его болезни, возраста, пола, положения в обществе. Таков непререкаемый в веках постулат практической медицины, который несколько столетий назад выразил придворный врач монарха Франции Амбруаз Паре. Но и в современном обществе эти понятия являются медико-эстетическими основами воспитания современного врача. Именно эта профессия подразумевает наличие у человека прежде всего высокой нравственности. А.П. Чехов писал о том, что профессия врача – это подвиг, она требует самоутверждения, чистоты души и чистоты помыслов. Врачебная профессия, утверждая человеческую жизнь в качестве высочайшей ценности, определяет ее защиту и помощь ей, как основную социальную функцию медицины. Тем самым, изначально в деятельности врача ведущими являются идеи гуманизма, выступающие как основа нравственности, внутренней и внешней культуры. Глубоким отражением гуманизма медиков стал девиз голландского врача Ван Тульпа: «*Alis insexviendo ipse cosumor*» – «светя другим, сгораю сам».

Глубокие профессиональные знания, достигаемые с помощью все ускоряющегося технического прогресса, успехи в трансплантации органов и тканей, возможность вмешательства в сам факт зарождения новой жизни, способность неоднократной реанимации и реабилитации тяжелых больных с возвращением их к труду – все это является реальностью медицины настоящего времени. Решение указанных и других проблем медицины не может быть достигнуто только путем получения научных знаний и мастерства. Возникает острая потребность в воспитании нравственной культуры врача путем всех накопленных веками нравственных общечеловеческих ценностей. Именно поэтому этическое воспитание будущих врачей приобретает особое социальное звучание.

В жизни каждого человека может наступить тот момент, когда тонкая нить между жизнью и смертью находятся в руках врача. Все хотят видеть в лице врача – профессионала доброго и сострадательного. Поэтому очень важно при воспитании врачей в медицинских университетах не только дать определенный уровень знаний профессиональных, но и сформировать истинно духовного человека, способного сопереживать другим людям. Потому что понятие духовность и способность сопереживать другим людям являются, на наш взгляд, взаимозаменяемыми. Таким образом, медицинская этика и деонтология обязательно должна быть одним из основных предметов подготовки будущих врачей.

*Цыгулева В.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМАТИКА В СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКОМ АСПЕКТЕ**

Гендерная равность – это не что-то космическое, что пришло к нам на землю через избранного, которого хорошо треснуло молнией! Это – не фантазия обнаглевших женщин или мужчин. Это реальные факты, исследования.

Гендерная проблематика относится к числу тех научных аспектов исследования социальной реальности, которые затрагивают интересы научного общества. Можно выделить несколько причин такого отношения, но главным является не вполне ясное понимание того, что такое «гендер», а отсюда и недопонимание сути гендерных исследований.

Современная гендерная теория не пытается оспорить различия между мужчинами и женщинами. Для нее важен не сам факт различий, а их оценка и интерпретация, а также построение властной системы на основе этих различий.

Мужчины и женщины как представители гендерных групп, постоянно опираются на гендерные представления и гендерные стереотипы. Гендерные представления как сеть понятий, утверждений призваны ориентировать поведение мужчин и женщин в различных ситуациях в соответствии с системой ценностей, принятых в культуре данного общества и касающихся поло-специфического восприятия, поведения.

Гендерная культура создает социально-детерминированные представления о специфичности женского и мужского, на основе которых строится распределение социальных ролей и функций мужчин и женщин, соотношение их социальных статусов. Современное поколение приобщается к данному культурному контексту в эгалитарных условиях. И эту, достаточно благоприятную перспективу, не следует упускать. Равенство между мужчинами и женщинами в различных сферах жизни должно быть реальным, проявляющимся не только в повседневной жизни, но и на различных уровнях самореализации человека, не зависимо от того, кто он: мужчина или женщина.

*Чирва А.В*

*Харківський національний медичний університет*

## **ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ БІОТЕХНОЛОГІЙ**

XXI століття, напевно, буде століттям біології. У медицині настає епоха генетики та молекулярної медицини – науки, яка займається діагностикою, лікуванням і профілактикою спадкових хвороб на генному рівні. Біотехнологія може внести остаточний внесок у вирішення глобальних проблем людства. Сучасний розвиток генетики досяг тих висот, з яких відкриваються перспективи вирішення деяких важливих питань як біологічного, так і філософського характеру. Можливості, що відкривають сучасні біотехнології, змушують з тривогою думати про перспективу зміни самої природи людини.

Хоча турбота про майбутнє людської природи – програма далеко не нова. В даний час в галузі розробки і використання генних технологій існує ряд проблем, що викликають етичні побоювання. Це проблема використання генних технологій для покращення природи людини; проблема доступу різних верств населення до можливості їх використання; проблема генетичного скринінгу населення та генетичної паспортизації населення; проблема збереження таємниці генетичної інформації; проблема комерціалізації процесу використання генетичної інформації та генних технологій; проблеми наукових досліджень в галузі розробки і вдосконалення генних технологій; проблеми трансгенних рослин та тварин. Область етичних проблем, що виникли у зв'язку з розвитком генетики, обумовлена низкою причин. З часів античних філософів у західно-європейській культурі утвердилася ідея про те, що природа людини недосконала і призначення людини в тому, щоб використати всі свої сили і можливості для видалення цього недоліку. Одним з таких «недоліків» була визнана смертність людини. Протягом багатьох століть людство шукало засоби подовження термінів життя людини, прагнуло знайти «еліксир молодості», засіб, що дозволяє стати безсмертними. Здоров'я, довголіття (чи безсмертя), високий інтелект і різноманітні таланти, тілесна краса людини стали благими цілями в наукових дослідженнях, у тому числі і в галузі генетики. Це створило моральні підстави для визнання втручання у біологічну, в тому числі і генетичну природу людини допустимим. В кінці ХХ століття активно досліджувалася проблема ступеня генетичної обумовленості поведінки людини, в тому числі його інтелекту, характеру, здібностей і т. д. Найбільшого розвитку ідеї «поліпшення якості природи людини» досягли в рамках євгеніки. Різні євгенстичні ідеї висловлюються багатьма сучасними вченими. На думку прихильників євгеніки, суспільство за рахунок розвитку медицини, соціальної підтримки інвалідів та інших штучних заходів поліпшення якості життя послабило дію природного відбору, в результаті чого виникла небезпечка виродження націй. Євгенічні методи спрямовані на те, щоб зупинити генетичне виродження населення.

Сьогодні можна назвати великою епохою генетики, бо, як всім відомо, Велика Британія зробила великий крок на шляху до наукового тріумфу: британське державне агентство HFEA дозволило проводити експерименти щодо генетичної модифікації ембріонів людини. Одночасно з появою технології редагування геному з'являється і можливість його «поліпшення», в самих різних варіаціях. Поки мова йде про досить прості (з точки зору механізму успадкування) захворювання, але потенційно мішенями для редагування можуть стати не тільки «поламані» гени, але і гени просто пов'язані з підвищеним ризиком для здоров'я. Або навіть гени, що відповідають за звичайні фізіологічні особливості начебто здатності пити молоко в дорослому віці, або успіхи в спорті.

Але як відомо, у медалі є й інший бік, тому, напевно зарано радіти, бо ніхто не знає до чого приведе цей експеримент чи вийде взагалі щось з нього.

Біотехнології перетворюють навколишній світ живої природи в деяку глобальну техногенну систему, виступають найбільш потужним фактором відчуження людини від природи і від самого себе. Небезпека біотехнологічного прогресу має потужному спокусу: стикаючись з тією чи іншою проблемою, людина замість того, щоб змінити себе і свій спосіб життя, шукає технологічне її рішення. Іншими словами, біотехнологічний прогрес не є благом самим по собі. Він створює важливі засоби для досягнення благих цілей в медицині і сільському господарстві. Однак він може продукувати проблеми в тому випадку, якщо люди, зачаровані його досягненнями, свої людські ситуації стануть вирішувати суто технологічними засобами.

*Чумак Л.И.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ КАК СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В МЕДИЦИНЕ**

Понятие «качества жизни» в медицине является достаточно информативным и значимым, хотя и несет в себе определенный элемент субъективизма. На современном этапе развития системы здравоохранения важным является получение информации о всех составляющих лечебно-диагностического процесса от самого пациента, что возможно путем опроса. У врачей появилась потребность в медико-социологических знаниях и необходимость знать субъективные переживания больного, вызванные болезнью. В современном мире основными социально значимыми заболеваниями стали хронические и среди целей лечения болезни помимо достижения состояния ремиссии появилась цель обеспечения комфортности человека внутри себя, возможность полноценной жизни с хроническим заболеванием, реализация социальных задач и гармоническое развитие личности. Именно понятие «качество жизни» позволяет выявить определенные ограничения в различных сферах жизни больного и степень этих ограничений. Разработка протокола и выбор инструмента исследования, особенности сбора данных для изучения качества жизни позволяет определить его как социологическое исследование.

Изучение качества жизни предполагает понимание мотивов, потребностей, ценностей индивида, учета культурных факторов конкретного социума, что составляет предметную базу социологии медицины, а социальная природа и поведенческая обусловленность проблем здоровья обуславливает приоритетность медико-социологического подхода к изучению качества жизни, связанного со здоровьем. Кафедра социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета более 15 лет занимается изучением качества жизни различных групп населения.

Целью данного исследования являлось изучение возможности применения социологических методов для определения уровня и значения составляющих качества жизни детей с сахарным диабетом I типа.

Материалы и методы: методика исследования качества жизни использовалась для определения показателя качества жизни детей больных сахарным диабетом I типа (в исследовании участвовали 202 ребенка до 18 лет, проживающие в г. Харькове). Метод сбора информации – социологический опрос в форме интервьюирования. Опрос проводился по специально разработанным анкетам, где были включены вопросы по определенным группам ограничений, связанных с заболеванием, а именно – физические и психологические ограничения, а также ограничения в питании, повседневной и духовной сферах. Опросник учитывал многокомпонентность понятия «качество жизни» и был разработан с учетом социальных и культурных особенностей общества.

Детей и их родителей опрашивали в клиниках города в период перед выпиской из стационара с целью определить уровень качества жизни после проведенного лечения и реабилитации.

*Результаты и их обсуждение:* Результаты исследования определили средний показатель качества жизни для детей с сахарным диабетом, который составляет 63,9 % и на 98 % зависит от изучаемых групп ограничений. Наиболее значимыми среди них являются ограничения в психо-духовной сфере (28,1 %) и физической (22,0 %), что в совокупности составляет 50,1 % ограничений. Ограничения в общественной жизни и питании составляют 20,2 и 19,1 % соответственно и значительно влияют на качество жизни детей с сахарным диабетом I типа.

При детальном анализе основные ограничения выявлены в психо-духовной сфере, а именно проблемы с запоминанием, на что указали 29,5 % респондентов, обеспокоенность в связи с болезнью – 20,7 %. Немаловажным выявился факт того, что дети с сахарным диабетом (15,6 %) завидуют здоровым детям. В физической сфере наиболее значимым фактором выступили: быстрая утомляемость после любой физической загрузки – 24,3 %, проблемы со сном – 24,1 %, ограничения в подвижных играх и участие в туристических походах – 20,9 и 12,8 % соответственно. Ограничения употребления сладостей имеют 82,7 % больных детей. Необходимо отметить, что названные ограничения снижают уровень качества жизни детей с сахарным диабетом и существенно влияют на образ жизни ребенка, родителей и всей семьи.

Данная методика возможна для мониторинга уровня качества жизни с целью оценки эффективности деятельности различных секторов оказания помощи пациентам, поскольку учитывает динамические изменения в субъективном восприятии состояния своего здоровья больным сахарным диабетом ребенком. Таким образом социологические исследования должны широко использоваться в медицине для выяснения мнений пациентов о состоянии своего здоровья, о качестве медицинской помощи, об их удовлетворенности этой помощи.

## **ПРОИСХОЖДЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ДИСПОЗИЦИЙ**

*«Трагедия детства в том, что его катастрофы – вечны».*

*Хью Уолпол, британский писатель XX в.*

Приходилось ли Вам задумываться над тем, как часто родители принимают решения за детей, не учитывая их мнение, не выслушивая их? Почему взрослые думают, что они – важнее? И по какой причине зрелые, опытные люди, у которых еще свежи в памяти взаимоотношения со своими родителями, не считаются с детьми, по сути, подавляя в ребенке личность, вырабатывая у них с самого детства комплексы, и, тем самым, причиняя им психологическую травму.

Очень часто в ответ на попытку своего ребенка рассказать родителям о трудностях, возникших в детском саду, школе, мама или папа кричит: «Да какие могут быть проблемы в твоём возрасте? Мне завтра квартальный отчет сдавать! Вот это действительно проблема».

Такая психологическая невосприимчивость между поколениями влечет за собой не только травмы личностного характера. В таком противостоянии иногда мир теряет великих спортсменов, писателей, артистов, конструкторов и других творческих людей, лишь только потому, что взрослые не воспринимают всерьёз мнение ребенка и не отдают его в ту секцию, в которой сами хотели заниматься, но не получилось (скорее всего из-за таких же родителей), тем самым подсознательно пытаясь компенсировать свои несбывшиеся детские мечты. На самом деле, в этих взаимоотношениях не хватает нескольких «мелочей»: признавать, что даже маленький ребенок – это личность, с мнением которого нужно считаться.

Ребенок зачастую уходит в себя, что для родителей является не самой страшной проблемой. А ведь ребенок, как это часто бывает, может уйти из дома, из семьи, попасть под чужое, не самое лучшее влияние. И только тогда родители начинают «отматывать» ситуацию назад, искать причины и тот роковой момент, когда они проглядели самое дорогое что у них может быть – своего ребенка.

Зигмунд Фрейд по этому поводу в своем труде «Толкование сновидений» писал: «Все мы родом из детства. В этот момент, создаётся фундамент, на котором уже строится здание». Нечто подобное написал и Эрих Фромм в книге «Искусство любить»: «Все наши взрослые проблемы родом из детства».

А известный профессор психологии и психиатрии США Дрю Уэстен высказал противоположную точку зрения: «Методы воспитания детей оказывают такое же влияние на их личность, как я – на орбиту Юпитера».

Итак, многие великие умы искали ответ на этот вопрос. Споры по поводу поиска правильных методов воспитания и психологического взаимодействия между поколениями будут продолжаться всегда, затрагивая философию, психологию, педагогику, этику, медицину и многие другие науки. Окончательное решение каждый принимает для себя сам. Я же склоняюсь к мнению Зигмунда Фрейда и многих его последователей, что происхождение многих личностных и социальных диспозиций следует искать в нашем детстве.

## **ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ УКРАИНЫ**

Сегодня Украина переживает глобальные демографические проблемы: депопуляция, старение населения, сокращение средней длительности жизни человека, ухудшение здоровья населения и физического развития детей и молодежи.

Отечественные ученые все чаще поднимают вопросы демографического и экологического кризиса, проблему бедности и неудовлетворительного состояния сферы охраны здоровья. А также, не менее важное место занимает проблема урбанизации как нивелирование традиционного уклада и социальной стратификации современного украинского социума, доминирование городского образа жизни над сельским; «социальный стресс», который обусловлен утратой населения трудовой мотивации вследствие неадекватной нищенской оплаты труда; возростание количества людей приклонного возраста; общественное неравенство и социальная незащищенность.

Возникает вопрос: может ли Украина преодолеть затянувшийся многоуровневый кризис и построить стратегию сталого развития в контексте гармоничных социальных, политических, экономических и экологических отношений?

Выдающийся философ и мыслитель Э. Фромм в своей работе «Здоровое общество» подчеркивал, что именно здоровое общество должно строиться на основе человеческой солидарности, где можно быть хозяином своей жизни и влиять на жизнь всего социума. И главное – общество не имеет права противоречить природе человека, её внутренней конституции [1]. Очевидным является то, что здоровое общество – это и внутренняя солидарность, и слаженное взаимодействие индивида с социальным организмом, и своеобразный индикатор духовно-морального состояния большинства людей, который проявляется в социальных взаимоотношениях всех направленностей.

Украинский социум на пути национального оздоровления и самоутверждения должен обновить свою природную связь с действительностью, усвоить новую философию – философию актуальности. Все нарастающие социальные проблемы очень важно решать в контексте объективного анализа ситуации, причин и возможностей, через понимание иерархии интересов и потребностей.

Следует подчеркнуть, стратегия государства и общества в преодолении демографического кризиса предусматривает как социальные, так и медицинские меры, в коренной смене стратегии охраны здоровья населения, важно сделать перенос акцентов на профилактику, как это записано в ст. 4 «Основ законодательства Украины об охране здоровья [2]».

### *Литература*

1. Фромм Э. Здоровое общество // Психоанализ и культура. Избранные труды Карен Хорни и Эриха Фромма. – М.: Юность, 1995. – 623 с.
2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992р., № 201-ХІІ.

## **ДУХОВНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ**

Сучасна цивілізація за останні півстоліття в техніко-економічному плані сягнула далеко вперед. Проте, вічні філософські проблеми духовності, моральності, цінностей і здоров'я залишаються і потребують глибокого аналізу.

Духовний розвиток – це необхідна складова повноцінного розвитку людини. Розвиватися, змінюватися на краще – копітка робота, результати якої стають явними не одразу, проте бувають просто вражаючими. Йдучи шляхом духовного вдосконалення – людина набуває впевненості у власних силах, є фізично здоровою, сповненою творчих ідей і має стимул увесь час рухатися, не стояти на місці, реалізовувати свої таланти. Така людина – активно діюча позитивна складова Всесвіту. Людина, яка уникає духовного розвитку «запрограмована і відформатована». Їй важко вийти за означені межі, а це спричиняє «лінійність руху» і зумовлює бажання задовольнитися малими незначними здобутками. Такі люди невдоволені і роздратовані. А це істотно впливає на оточуючих і не сприяє ефективному розвитку. Агресія, байдужість, жорстокість, споживацькі ідеали, деградація особистості – є результатом розриву між справжніми потребами і духовністю.

Проблема істинної віри є в наш час важливим елементом духовності. Значна кількість людей ходять до церкви «тому, що так треба» і це впливає на їх статус. На наш погляд, віра має бути у серці і душі кожної людини, не даючи їй забути основні заповіді, щоб було менше зла на Землі (вбивств, заздрості, ненависті). Сучасні люди намагаються шукати Бога всюди, забуваючи про основне – душу. У підсумку, маємо всілякі культу і секти, «пошуки віри», які у незрілих індивідів можуть закінчитися самогубством, наркотиками, жертвоприношеннями.

Духовність і моральні принципи мають бути частиною сучасної освіти. Успішного складання іспитів – недостатньо. Треба, щоб людина після отримання широких і глибоких знань про навколишній світ – з легкістю розрізняла такі поняття як добро і зло, знала більше про свій власний внутрішній світ. Від цього залежатиме успішність розвитку соціуму і окремих його членів.

Сімейні традиції, цінності і виховання істотно впливають на формування особистості. Все починається з родини, і саме батьки і атмосфера сім'ї закладають фундамент здоров'я й успішності дитини. Досягнення в галузі медико-біологічних наук свідчать про те, що емоційно-духовний стан подружжя «програмує» майбутню дитину і відбивається на її фізичному стані. Американський мікробіолог Брюс Ліптон у своїх працях довів, що позитивний настрій і духовний розвиток батьків здатні, навіть, «скоректувати» коди ДНК [1].

Його колеги спростовують думку про те, що ненароджене дитя, або немовля – «нічого не розуміє і не відчуває, як свідомо людина». Дослідження науковців спростовують такий підхід [2–4].

Отже, соціум – це механізм, який має працювати злагоджено. Внесок кожної людини, родини, національної спільноти – є важливими. У людства є шанс перетворити сучасну епоху на добу відродження моральності, етичності, відповідальності за все, що відбувається навколо. Кожна людина, яка духовно вдосконалюється – дає шанс виживання людству. Змінюючи себе, ми змінюємо навколишній світ.

#### *Література*

1. Bruce Lipton The Biology of Belief. – San Francisco State University: SFSU Speaker Archives // <http://www.sfsu.edu/~holistic/Welcome.html>
2. Thomas Verny and John Kelly The Secret Life of the Unborn Child: How You Can Prepare Your Baby for a Happy, Healthy Life Category. – Dell: Pregnancy & Childbirth Publisher, 1981. – 256 p.
3. David Chamberlain The Mind for Your Newborn Baby. – Berkly, California: North Atlantic Books, 1998. – 224 p.
4. Peter Natanielsz Life in the Womb: The origin of Health and Disease. 1<sup>st</sup> ed. – Cornell: University Press, 1999. – 363 p.

*Шегера В.О.*

*Харківський національний медичний університет*

### **ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ БІОТЕХНОЛОГІЙ**

Застосування біотехнологій у наш час впливає як на навколишнє середовище, так і на змінення ідентичності людини. Фантастичні успіхи новітніх біотехнологій, які проявилися у другій половині й особливо наприкінці ХХ ст., породили цілий спектр світоглядно-етичних проблем. Безмежні технологічні можливості людини, яка використовує методи генної інженерії, клонування, потребують нової визначеності суспільства в плані ставлення до людини як природної й соціокультурної цінності. Постають проблеми моральних регулятивів, «стандартів», що дозволяють або забороняють певні втручання в людське біологічне тіло. Взагалі конструювання живого методами новітньої біотехнології породжує питання етичного і світоглядного характеру.

Поява біологічних технологій, з одного боку, допомагає вирішити проблеми суспільства, а, з іншого боку, вони є великою загрозою для здоров'я сучасної людини. Саме тому лікарі повинні завжди мати на увазі етичну і моральну сторону своїх професійних дій і наперед знати результат своєї роботи.

У кінці липня 2000 р. генетики з США і Великобританії сповістили про початок нового етапу в розвитку біотехнологій. Вони зробили карту з приблизно 100 тис. генів у тілі людини, або карту геному людини. Науковці упевнені, що з нею вони увійшли в нову еру біології і медицини людини. З'явилась реальна можливість покращання «біологічного» в людині. Принципово це можливо на основі терапевтичного клонування – отримання людського ембріона, з якого будуть виділені так звані стовбурні клітини для вирощування кісткових, нервових, м'язових та інших тканин. Пізніше ця технологія може привести до вирощування цілих органів, наприклад, серця, нирок.

З'явиться можливість розв'язання гострої проблеми – нестачі донорських органів, яка стримує сьогодні операції з трансплантації.

Як бачимо, новий рівень можливостей людини поставив перед суспільством нові проблеми, які потрібно буде вирішувати на практиці. Наприклад, джерела випромінювання мають місце в різних галузях виробництва, ризик випромінювання виникає при роботі на рентгенівських установках, під час роботи на комп'ютерах. Слід підкреслити, електромагнітне випромінювання, яке ми отримуємо кожен день від побутової техніки викликає переважно, головний біль, порушує загальний стан людини.

Тож, сучасні технології та біотехнології радикально змінюють не лише умови існування людини, але і її сутність. Наприклад, виникнення програми примусової стерилізації людей з епілепсією у 1930–1960 році.

На перший погляд, біотехнології – ключ до нових досягнень в різних галузях, але, якщо зазирнути у майбутнє, то можемо передбачити погані наслідки, які вплинуть на найдорожче, що є у людини – здоров'я. А тому єдиним коректним рішенням є кореляція прогресу суспільства з потенційними адаптаційними можливостями людського організму.

*Шеліховська А.О., Шпотта Т.А., Савостьянов В.С.*

*Харківський національний медичний університет*

## **СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ТА ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ЕВТАНАЗІЇ**

Проблема евтаназії виникла не сьогодні, і не раптом. Своє літочислення вона починає в далекій давнині. Феномен евтаназії викликаний численними суперечками серед медиків, юристів, соціологів, психологів, адже цінність людського життя по відношенню до всіх правових і моральних реалій переважає будь-яку суспільно-правову проблему. Поняття «евтаназія» має грецьке походження і означає «легка смерть». Але що ж це насправді: «Легка Смерть» або «Милосердне Вбивство»? [1; 2]. В контексті соціально-філософського аналізу, спробуємо віднайти відповідь: чому евтаназія в будь-якій країні світу викликає величезний резонанс і дискурс.

Православна церква розглядає смерть не як біологічну подію, а як містерію, наповнену прихованого духовного сенсу, і одночасно – велике благословіння. Відповідно до того, що православна церква вважає кожную смерть, що настала в результаті рішення людини, викликом Богу – бдь-яка медична дія, яка не спрямована на продовження життя розглядається, як неетична. Комітет церкви з біоетики проголосив: «Завжди існує певна ймовірність помилкового діагнозу, або несподіваного результату захворювання, або навіть дива». Саме тому не дозволяється ні утримуватися від лікування, ні скасовувати його, і навіть якщо пацієнт знаходиться в повній свідомості і попросить скасувати лікування (яке може врятувати йому життя), моральним обов'язком лікаря є умовити пацієнта погодитися на лікування [1].

Евтаназія офіційно дозволена в Голландії, Бельгії, в американському штаті Орегон. У США з 1998 року добровільно пішли з життя 170 неви-

ліковно хворих, в Бельгії з 2002 року близько 400 пацієнтів, а в Голландії лише за 2005 рік цим правом скористалися 4 300 осіб.

У клятві Гіппократа сказано так: «Я нікому не дам смертельної отрути, що в мене просять». В Україні теж виникало питання про можливість дозволу евтаназії, але після бурхливого обурення духовенства, законопроект зняли ще до початку розгляду. Так ми і залишилися на мертвій точці, обережно дискутуючи і потихеньку вивчаючи іноземний досвід. На сьогоднішній день, евтаназія в Україні офіційно заборонена законом, про що прямо говориться в ст.5 2 «Основ законодавства України про охорону здоров'я».

Юридична позиція розглядає евтаназію як свідоме заподіяння смерті. Кримінальне право нашої країни розглядає евтаназію як вбивство, проте, в сотих частках випадків евтаназія може використовуватися, тому це занадто жорстке визначення. Адже намір особи, що здійснює певні дії, полягає в наданні допомоги важко хворій людині, щоб зменшити його страждання, до того ж по його власній волі [3].

Але головна проблема постає щодо хворих, які не в змозі самотійно прийняти рішення про те, щоб перестати жити (ті, хто знаходяться в комі, розумово неповноцінні). За них зробити вибір повинен хтось інший. Але, хто? Родичі, влада або медичні представники? І де впевненість в тому, що їх рішення буде вірним? На даний момент медицина розвивається дуже швидко, і сьогодні знайдені способи лікування хвороб, ще недавно вважалися безнадійними; таким чином, відключаючи пацієнта від систем життєзабезпечення, ми позбавляємо його шансу дочекатися появи ліків від його недуги.

У разі повної легалізації евтаназії вона швидше стане безумовним злом. Велика також небезпека зловживань. Наприклад, в умовах нашої держави при бідності медицини евтаназія може перетворитися на засіб умертвіння самотніх людей похилого віку, дітей-інвалідів, осіб, які страждають на рак і СНІД. Визнання евтаназії законом може також позбавити державу стимулу для фінансування досліджень з пошуку ефективних засобів лікування. З іншого боку, не можна не бачити, що евтаназія вже фактично існує в медичній практиці. Очевидно, що ця проблема вимагає термінового правового рішення і закривати на неї очі більше не можна [1; 3].

#### *Література*

1. Акопов В.И., Бова А.А. Сборник докладов первой международной конференции «Общество, медицина, закон». – Кисловодск, 1999. – С. 5–6.

2. Уранова В.Н. Врачебные ассоциации. Сборник официальных документов. – М., 2005.

3. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.3.

4. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. Медичне право України: підручник / За заг. ред. д.ю.н., проф. С.Г. Стеценка. – К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.

5. Цивільний кодекс України: Закон України від 16 січня 2003 року // Офіційний вісник України. – 2003. - №11. – Ст. 461.

## **ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ БІОТЕХНОЛОГІЙ**

В останній третині ХХ ст. на взаємовідносини в системі «людина – природа» вплинули біотехнології, стрімкий розвиток яких створив вихід поза межі як природного, так і людського світу. Вихід за межі буденного досвіду людей, з однієї сторони, дозволяє людям оволодівати такими силами природи, якими без науки оволодіти було б неможливо, і які є більш потужними, ніж ті, якими раніше володіла людина. З іншої сторони, – тут ховаються серйозні небезпеки для людства в цілому.

У даному контексті мова йде, перш за все, про біомедичні технології, які певним чином трансформували традиційне уявлення про природу та характер самої медицини. Технології дають можливість роками підтримувати життєві процеси в тілі людини без свідомості. Вони так діють на людину, що дозволяють боротися зі спадковими хворобами, змінювати та модифікувати саму природу людини.

Ще одним витком проблем є надзвичайний стрибок в розвитку репродуктивних технологій в акушерстві та гінекології. У 1978 р. в Англії (Кембридж) уперше вдалося втілити спосіб «in vitro» (в пробірці), внаслідок чого з'явилась перша дитина «з пробірки». Тим же способом у 1997 р. було клоновано вівцю Доллі (Шотландія). Це технології, які допомагають стати батьками парам, що не можуть мати дітей, але створюють проблему «зайвих» ембріонів, які потрібно знищувати.

Ці та інші проблеми все частіше стають початком та об'єктом гострих дискусій, виникає ситуація своєрідного «заглиблення» людини в світ, що спроектований для неї науковими технологіями. Як наслідок, людина опиняється перед необхідністю самостійно приймати рішення, і головне, брати відповідальність за власний вибір, який, можливо, не дає чіткого уявлення про тонку грань між допустимим та недопустимим з етичної точки зору.

Відповіддю на цей своєрідний виклик, яка хоча б частково могла обґрунтувати відповіді на різноманітні проблеми, стала поява біоетики. Адже вона, по-перше, орієнтує на проблеми охорони здоров'я (а саме взаємодію в системі «лікар–пацієнт»); по-друге, досліджує вплив наукового знання та біотехнологій на людину та всю сферу живого; по-третє, намагається дати відповідь на глобальні проблеми людства шляхом задіяння у практику моральних імперативів.

Надзвичайно складною та суперечливою з морально-етичної точки зору є реальна можливість продовження життя людей на 100–150 років, а також стрімкий розвиток фармакології, що може призвести до трагічних наслідків для людства. Саме по собі застосування даних апаратів вже є експериментом над людиною, хоча загальна Декларація ЮНЕСКО про біоетику та права людини (2005 р.) завбачає отримання максимальних благ пацієнтами або учасниками досліджень від розвитку і застосування наукових знань і зве-

дення до мінімуму будь-якої шкоди. Тим не менш, за останні 10 років лише в Україні проведено більше 2 200 клінічних досліджень (вдвічі більше, ніж у будь-якій іншій європейській країні). Наявні факти свідчать про те, що в одних випадках це приносить позитивний результат, а в інших випадках є показником недостатньої контрольованості втілення препаратів у практику, що призводить до трагічних результатів, які не можливо виправити.

Як бачимо, новий рівень можливостей людини («контроль» над життям) поставив перед науковцями, професіоналами та простими людьми нові проблеми, які потрібно буде вирішувати на практиці.

Реальним прикладом виступає евтаназія, яка з однієї сторони є полегшенням болі або «вибором меншого зла» для безнадійно хворої людини, це прояв милосердя по відношенню до іншого, а з іншої сторони чи допустимо з моральної точки зору сприяти смерті людини. Адже, евтаназія вступає у суперечність з моральним кодексом лікаря, що наголошує в першу чергу на обов'язок лікаря боротися за життя пацієнта за будь-яких обставин.

Відповіддю на зростаючі моральні проблеми стало формування особливих інститутів – етичних комітетів, які займаються питаннями моральних перспектив у сфері охорони здоров'я. Їх завданням є пошук «золотої середини», гармонії між людиною та сучасними

*Шульга Е.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **МОРАЛЬНАЯ УЯЗВИМОСТЬ ОТЧУЖДЕНИЯ ОРГАНОВ**

В информационном пространстве в начале февраля 2016 года общественному мнению была предложена информация (со ссылкой на новостное издание FOX 10), имеющая прямое отношение к морально-этическим проблемам медицины. Суть новостного сообщения состоит в истории, произошедшей летом 2013 года в США и получившей необычное дальнейшее продолжение зимой 2016 года. Мать восьмимесячного Лукаса, погибшего в июне 2013 года, Хизер Кларк отдала сердце своего сына для трансплантации 18-тимесячной девочке Джордан Дрейк. Спустя 4 года произошла встреча, на которой Хизер предложили послушать сердце сына в груди спасенной Джордан. Растроганная мать не смогла сдержать слез, слушая биение родного (в буквальном смысле) сердца.

Данная история имеет много смысловых «слоев», один из которых оголяет сложную и практически не разработанную на сегодняшний день морально-этическую проблематику. Хотя история трансплантологии органов от человека человеку ведется с середины прошлого века, достаточной философской и правовой традиции, связывающей эти явления с прочей социальной реальностью, еще не сформировалось.

Особенность именно этого, представленного в СМИ случая, состоит в первую очередь в объекте, находящемся в фокусе внимания – сердце. От прочих органов и тканей человека, которые используются в трансплантоло-

гии, сердце отличается рядом характеристик, смыслов и коннотаций, расходящихся в различные сферы социальных практик. Сердце является органом, функционирование которого доступно чувственному восприятию человека, невооруженного специальными средствами – биение сердца издает слышимый ухом звук и, тактильно ощущаемые вибрации, что на чувственно-эмоциональном уровне создает ощущение его «жизни».

В фольклорной традиции сердце – это средоточие самой жизни. Именно по наличию биения сердца принято определять, жив человек или нет. В античной и средневековой философской и религиозной традиции сердцу человека приписывали особые духовные и интеллектуальные функции. Его считали вместилищем души и всех добродетелей, что некоторым образом сакрализует этот орган, превращает его в объект культа и придает ему оттенок «самостоятельного бытия», независимого от прочих частей организма человека.

В данной истории мать умершего ребенка столкнулась с реальностью физического существования сакрального органа ее сына – живым сердцем, которое как в некотором «хранилище», продолжает жить внутри тела другого ребенка. Базис существующих языковых практик, литературных, фольклорных, религиозных и прочих традиций и контекстов создает основания для постановки вопроса о параллельности и/или симбиотичности существования отдельного органа (сердца) и совокупности остальных частей организма, составляющих вместе единый организм как целостную биосистему. Хизер Кларк имеет генетическую общность с отдельным органом чужого ребенка. Можно ли в этом случае говорить о ее генетической общности с Джордан Дрейк и какие морально-правовые последствия признания такой общности могут быть актуализированы в последующей социальной практике? Это лишь один из аспектов сложной в морально-правовом отношении ситуации в части практической трансплантологии. Расширение практики подобных операций необходимо приведет к формированию определенной традиции, что потребует ответов на вопросы, которые на сегодняшний день еще не достаточно разработаны.

### *Литература*

1. Интернет-издание U-NEWS от 02.02.2016 «Мать разрыдалась, услышав сердце своего погибшего ребенка в груди спасенной девочки». <http://u-news.com.ua/curiosities/30277-mat-razrydalas-uslyshav-serdce-svoego-pogibshego-rebenka-v-grudi-spasennoy-devochki.html>

2. Жарова М. Этические проблемы трансплантации органов и тканей/ интернет-издание журнал RELGA №13 [211] 01.09.2010.

<http://www.relga.ru/Environ/WebObjects/tgu-www.woa/wa/Main?textid=2726&level1 =main&level2=articles>

## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ И НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ**

В связи с прогрессирующим старением женского населения проблема нарушений здоровья у женщин занимает одно из центральных мест современной гинекологии.

Развитие и прогрессирование синдрома эстрогенного дефицита закономерно нарушает качества женщин и усугубляет анатомо-функциональные расстройства женской половой сферы, в том числе проявления пролапса гениталий и связанного с ним нарушение мочеиспускания. Это приводит к де социализации пациенток развитию у психологических нарушений.

В последние десятилетия во всем мире отмечен рост интереса к вопросам социального функционирования и качества жизни пациенток.

В нашем исследовании обращали внимание на какие аспекты жизни женщины влияет пролапс гениталий и связанной с ним стрессовое недержание мочи, а также оценивали влияние проведенного лечения на качество жизни.

Обнаружено, что у пациенток в перименопаузе с пролапсом гениталий и стрессовым недержанием мочи отмечается тенденция к депрессивным состояниям (депрессия легкой степени тяжести- средний балл  $10,3 \pm 2,0$ ). С возрастом выявлена прямая корреляционная зависимость влияния пролапса гениталий и недержания мочи на развитие депрессии у пациенток. Проведенное лечение в течение месяца дает положительные результаты. Выявлено статистически значимое восстановление психоэмоционального состояния у 87,8 % пациенток.

Таким образом, учитывая выраженность психоэмоциональных расстройств у подавляющего большинства пациенток в перименопаузе с пролапсом гениталий и недержанием мочи, нам представляется целесообразным обязательное включение в комплекс диагностических исследований пациенток углубленную оценку их психоэмоционального статуса с помощью специализированных анкет (опросников). Применение комплексной терапии приводит к регрессу основных психопатологических проявлений, позволяет вернуть женщине уверенность в себе тем самым улучшить качество жизни.

*Юзюк М.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЁЖИ**

Внимание к молодежи в контексте исследования ее социального здоровья представляется одной из самых актуальных проблем современной науки, поскольку эффективное социально-экономическое развитие самого общества определяется в расчете на идеальное функционирование индивидов. Другими

словами, именно человек, который обладает высоким потенциалом своего здоровья, является главным элементом развития социума и своей страны.

Отечественные ученые отмечают, что длительное пребывание населения в состоянии социального и психоэмоционального стресса, истощает адаптационные и компенсаторные механизмы, поддерживающие здоровье людей, и ведет к увеличению заболеваний, росту психозов, неврозов, депрессий, алкоголизма, наркомании, к катастрофическому падению рождаемости, что неразрывно связано с кризисом института семьи и в целом социокультурным кризисом, а также отсутствием продуманной демографической политики государства.

В настоящее время четко обозначилась потребность в качественно новом решении задач в области социального здоровья украинской молодежи и всего населения в целом. Объективные условия состояния социального здоровья молодежи Украины требуют создания механизма эффективного воздействия на процессы, связанные с оздоровлением нации и повышением ее духовного и физического потенциала.

Следует подчеркнуть, социальное здоровье включает в себя такую важную характеристику, как отношение к обществу, в котором живет индивид, восприятие себя в этом обществе, своих целей, желаний, устремлений и смысла жизни. В современном обществе человек погибает не столько от инфекций, сколько от болезней, вызванных социальными причинами – неправильным образом жизни, тяжелыми переживаниями, глубокими фрустрациями, различного рода фобиями, психической травматизацией. Таким образом, социальное здоровье – это состояние человека, не сводимое к клиническим проявлениям организма, а выражающееся в удовлетворенности условиями труда, социально-экономическим положением и семейно-бытовыми условиями.

Социальное здоровье находит отражение в следующих характеристиках: адекватное восприятие социальной действительности; интерес к окружающему миру; адаптация (равновесие) к физической и общественной среде; направленность на общественно полезное дело; культура потребления; эмпатия; ответственность перед другими; альтруизм, демократизм в поведении.

Не мене важное место, в контексте нашего исследования проблемы социального здоровья молодёжи, занимает «культура здоровья человека». Это один из главных компонентов общей культуры индивида, который определяет формирование, сохранение и укрепление здоровья в образовательной среде современного университета, в частности, медицинского, где формирования культуры будущих врачей становится сегодня одной из приоритетных составляющих учебно-воспитательного процесса.

Таким образом, основной целью государства и общества в целом на различных уровнях воздействия на сознание и поведение современной украинской молодежи должно стать формирование разумного отношения к здоровью, которое проявляется в превентивном (самосохранительном) поведе-

нии как системе действий индивида, направленных на сохранение, укрепление и повышение качества здоровья.

Безусловно, основным фактором риска в украинском обществе является «фактор нестабильности», который и порождает ситуацию неопределенности абсолютно во всех общественных сферах, что, в свою очередь, оказывает негативное воздействие на самочувствие населения, так как неуверенность в завтрашнем дне и нестабильность порождают чувство страха, вызывают стресс, в котором пребывает большинство украинского населения уже на протяжении длительного времени.

Настало время для принятия серьезных шагов по выходу из создавшегося катастрофического положения в украинском обществе, в связи с чем одними из приоритетных направлений социальной политики государства должны стать улучшение социального здоровья молодежи, подготовка жизнеспособного и социально активного молодого поколения в процессе освоения им социально-экономических, политических и социокультурных норм в обществе.

*Юзюк М.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ФИЛОСОФСКИЕ ВЗГЛЯДЫ ГРИГОРИЯ СКОВОРОДЫ: СВЯЗЬ ФИЛОСОФСКОГО НАСЛЕДСТВА С СОВРЕМЕННОСТЬЮ**

Развитие духовной культуры Украины и её народа неразрывно связано с именем великого философа, поэта, педагога, писателя, музыканта и просветителя Григория Сковороды, который жил и творил в XVIII ст. С.А. Левицкий называет Г. С. Сковороду «философски наиболее ценным мыслителем XVIII века» [2, с. 40]. Следует подчеркнуть, путь великого мыслителя Г.С. Сковороды в мир философии был длинным. Из прожитых 72-х лет он отдал философской работе последние 25 лет своей жизни. Только в 70–80-х годах XVIII ст. он начал создавать свои философские диалоги, трактаты, притчи и, странствуя по Украине, стал проповедовать свое философское учение.

В диалогах и трактатах библейская проблематика переплетается с идеями платонизма и стоицизма, а смысл человеческого существования философ видит в подвиге самопознания и стремлении человека к истине и красоте: «Не любит сердце, не видя красоты!» [3, с. 122]. Автор подчеркивает, любовь будет свята, если сердце человека обрело в самом себе божественную красоту, истину, стремление к добрым делам. Наибольшей глубины в философии Г. Сковороды достигает тезис о счастье, которое достижимо человеком через трудовую деятельность человека, «сродный труд», а также «честную жизнь» и «чистую совесть». Мыслитель был глубоко убежден, «сродный труд» – это не обязанность, не принужденность, не гонка за деньгами и социальным статусом, а свободное влечение и выбор человека, к чему стремится его душа. Следовательно, когда человек познает себя, он определяет свои способности и выбирает сферу деятельности, занятий и труда. В свою оче-

редь, философ подчеркивает, что люди не редко избирают для своей деятельности сферу им «несродную», то есть не ту, которую указывает им их природа и внутренний мир. В «Разговоре, нарицаемом Алфавит и Букварь мира», Г. Сковорода рассуждает о том, как, с одной стороны, труд, если потребность его вытекает из природной склонности приятен для трудящегося и полезен для всего общества, и как с другой стороны труд, «не сроднен» природе или несоответствующий природным склонностям человека, тяжел для него и бесполезен для общества.

*«Никто не пожнет твердой славы от какого-либо художества, если около оного трудиться не почтет за сладчайшее, саму славу превосходящее увеселение. А тот уже самый верный друг званию своему, если и сама доходов убыль, нищета, хула, гонение любви его угасить не могут. Но без природы труд сладок быть никак не может [3, с. 218]».* Таким образом, можно сделать вывод, что украинский философ был убежден в том, что, если каждый человек будет заниматься «своим делом» согласно своим природным способностям, само общество станет лучше.

Сегодня философские идеи Г. Сковороды особенно важны и ценны, в эпоху социально-экономического и духовного кризиса, вхождения новых технологий, которые меняют все сферы социальной жизни. Философ в своих трудах призывал человека быть честным, любить свою работу, быть счастливым и делиться счастьем и радостью с окружающими нас людьми.

Можно с уверенностью сказать, что философское наследие Г.С. Сковороды многогранно, поскольку охватывает самые разнообразные аспекты человеческой жизни: науку, религию, культуру, искусство.

Анализируя природу человека, Г. Сковорода утверждал: «Весь мир состоит из двух натур: одна – видимая, другая – невидимая. Видимая натура называется тварь, а невидимая – бог...[3]». Согласно учению Сковороды, у всякого человека есть две натуры, будь ты простым уличным музыкантом, учителем, писателем, актером или врачом.

Широкая контекстуальность этико-философского наследия Г. Сковороды, заставляет нас современников задуматься о душевных и моральных характеристиках человека, их необычайной важности в врачебной практике, о саморазвитии, стремлении к профессионализму и мудрости, важности милосердия и доброты [4]. Ведь врач – это тот человек, которому пациент доверяет свои проблемы, свое здоровье, тело и душу. Следует помнить, что черствый и равнодушный человек не может окружить заботой и положительными эмоциями пациента, не сможет вылечить и защитить от страха перед болезнью. Не зря говорят, вылечить тело могут все доктора, а душу – избранные.

Г. Сковорода, утверждал, что человек, который выполняет желанную им работу, но при этом довольствуясь минимальной роскошью, все равно будет счастлив. Другой же имея все богатства, но не имеющий “сродного” призвания, будет мучиться так и не познав радость и смысл своего бытия: *«Изобилием снабжается одно только тело, а душу веселит сродное дела-*

*ние. Сия-то есть зала сладчайшего ее пириества. Тут-то она, будто хитрая машина, на полном своем ходу обращаясь, радуется и, находясь при одном ржаном хлебе и воде, царским чертогам не завидует [3, с.219]».*

Мы должны понимать, что каждый из нас делая свою работу честно и профессионально, укрепляет в обществе позицию к социальному прогрессу, стабильному развитию, внутренней гармонии.

Следует помнить, великий Г. Сковорода призывал каждого не стыдиться своего предназначения, ибо: *«У людей по разным природным склонностям и путь жития разный. Однако, всем один конец – честность, мир и любовь [3, с. 90]».*

#### *Литература*

1. Воецкая Т. В. Курс философии / Т. В. Воецкая, А. А Чунаев. – Одесса : ОКФА, 1999. – 616 с.
2. Левицкий С. А. Очерки по истории русской философии / С.А. Левицкий. – М. : Канон, 1996. – 496 с. – (История философии в памятниках).
3. Сковорода Г. Сочинения в 2 т. / [сост. Иванько И. В., Кашуба М. В.; ред. Шинкарук В. И.]. – М. : Мысль, 1973. –Т. 1. – 511 с.
4. Табачников И. А. Григорий Сковорода / И. А. Табачников. – М. : Мысль, 1972. – 207 с. – (Мыслители прошлого).

***Юшкевич М.К.***

*Харьковский национальный медицинский университет*

### **ПРОБЛЕМА АБОРТОВ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ**

Процесс смены ценностей с точки зрения истории и эволюции человека является процессом логичным, а потому все чаще в нашем обществе слышатся все новые и новые споры по поводу проблемы абортов. В данное время люди различных сфер деятельности (политики, экономисты, демографы, врачи), мужчины и женщины имеют совершенно полярные точки зрения по этой проблеме. Чтобы в ней разобраться, необходимо данную проблему рассмотреть с морально-этической, медицинской, экономической и демографической позиций.

Морально-этический аспект проблемы совершения абортов регламентируется традициями, особенно религиозными, которые сложились в данном обществе. В странах Европы – это, как правило, христианская религия, которая рассматривает аборт как смертный грех, за который женщина будет осуждена. Некоторые европейские страны (Германия, Нидерланды) ушли от этих религиозных ограничений, а другие (Польша, Ватикан, Швеция, Норвегия), напротив, остались им верны. Поэтому, на данный момент ситуация с морально-этической стороной в Европе является неоднозначной. Проблема мигрантов из арабских стран несет в себе исламский подход к абортам, где они совершенно запрещены.

Медицинский аспект проблемы совершения абортов логично рассмотреть в трех плоскостях – врач, пациент и общество. Для врача совершение

аборта – это дополнительный стрессовый фактор, так как фактически это убийство и не каждый врач, особенно в начале своей карьеры, будет относиться к этому равнодушно. Со стороны пациентки – это всегда угроза негативных последствий, которая может выражаться в бесплодии, кровотечениях, других осложнениях, вплоть до летального исхода. Общество также несет свою негативную нагрузку, которую можно измерить в экономических, медицинских и демографических потерях.

Экономический аспект последствий совершения абортов можно рассматривать в двух плоскостях – макроэкономической и микроэкономической. Аборты закладывают потери в макроэкономике от неполного использования трудовых ресурсов, а микроэкономические потери концентрируются на уровне отдельно взятой семьи. Согласно теории микроэкономики, мы должны понимать, что в современных реалиях растить и воспитывать ребенка – достаточно трудный и весьма затратный процесс, особенно если учесть тот факт, что есть дети с врожденными аномалиями, которые не будут в состоянии самостоятельно себя обеспечивать в будущем, что им требуется специфический уход и лечение. Исходя из этого, мы можем сделать вывод, что далеко не каждая семья будет располагать необходимыми временными и материальными ресурсами, чтобы воспитать и вырастить полноценного члена общества. Для детей из таких семей есть специфические заведения (интернаты), но, опять-таки, не во всех странах Европы они соответствуют реалиям. Согласно макроэкономике, – это потеря трудовых ресурсов со стороны матери, которой необходимо время, чтобы восстановить необходимое для работы состояние здоровья, так и более глобально – это потери целого звена в трудовой цепи, образующейся от нерожденных детей.

Демографический аспект. Статистика во всех частях Европы свидетельствует о снижении уровня рождаемости вследствие того, что, в силу целого спектра объективных и субъективных причин, рождается только один ребенок, или семья исповедует принципы Чайлдфри, которые подразумевают полное отсутствие детей. Подобная ситуация неизбежно ведет к старению нации, на смену которой приходят нации с более традиционными отношениями к семье (например, ближневосточные и азиатские мигранты). За счет них сейчас и происходит рост населения Земли (территории Азии, Африки, Латинской Америки), а также стран Европы. Это может привести к ассимиляции коренного европейского населения с потерей этно-религиозной идентичности и культуры, что повлечет за собой непоправимые утраты для всего мира.

Таким образом, аборты допустимы в случаях, когда плод несет угрозу жизни и здоровью матери, если он не будет конкурентно способным в существующем социуме. Демографический и экономический аспекты, безусловно, против абортов.

## **ЭСТЕТИКА УЛЫБКИ**

Понятия красоты и нормы многократно менялись в ходе истории человечества, да и сейчас различаются у народов, находящихся на разных ступенях развития. Однако к эстетическим манипуляциям человек тяготел всегда. На протяжении истории многие цивилизации, в которых были отмечены достижения в других областях человеческих знаний, также демонстрировали интерес к исследованиям в косметической и восстановительной стоматологии.

Целью нашего исследования является изучение исторических аспектов формирования эстетической улыбки в антропогенезе *Homo sapiens*.

Задачи: проследить этапы развития и становления эстетической стоматологии; выяснить значение окраски и подпиливания зубов в традициях некоторых народов мира.

В древние времена проводили косметическое контурирование зубов, известное нам по сохранившимся останкам черепов. Инструментом, напоминавшим современный напильник, сглаживали края сломанных зубов для создания более гладкой поверхности. В момент наивысшего расцвета цивилизации майя, система украшения зубов включала их подпиливание в замысловатые формы или украшение жадеитовыми инкрустациями. Также индейцы майя красили зубы в голубой цвет – бирюзой, и зеленый – нефритом. На острове Ява была введена мода стирать эмаль с наружной поверхности зубов, а их острые края стачивать при помощи пемзы. Женщины на Мадагаскаре подпиливали свои резцы таким образом, что они заострялись как у акулы. В Африке до сих пор у некоторых народов существует обычай выбивания зубов у невесты в день свадьбы.

В эпоху Античности были заложены основы антропометрии лицевого отдела головы. Так, древнегреческий скульптор Поликлет определил физиономическую высоту лица как расстояние от волосистой части головы до подбородка, составной частью которого являются рот и зубы.

Удивительные метаморфозы отношения человека к зубным болезням демонстрирует нам история в различные эпохи. Так, в Средневековье кариес считался болезнью гурманов и признаком достатка. На Руси сахар считался предметом высокого достатка, а потому только зажиточные люди могли позволить себе ежедневно пить чай с сахаром. И если у девушки были плохие зубы, это предполагало, что она из преуспевающего рода. К счастью, эта традиция продержалась только до начала XVIII века.

Особенно бурный расцвет эстетического познания человеческого тела был характерен для эпохи Возрождения. Именно художники Ренессанса значительно развили нормальную и пластическую анатомию. Микеланджело открыл очень важный для стоматологии закон равенства трех отделов лица – лобного, носового и рото-подбородочного. Судя по картинам мастеров живописи, улыбаться в то время, было не принято, а зубоврачевание делало лишь первые шаги по исправлению эстетических недостатков.

Особое внимание во все времена и во всех странах уделялось цвету зубов. Необходимо упомянуть японскую традицию – Охагуро – практика окраски зубов в черный цвет. Эта традиция была заимствована из Кореи и существовала с древнейших времен до начала эпохи Мэйдзи (1870 г.). Черные зубы – признак замужней верной женщины, а также преданности самураев своему хозяину.

Большое влияние на японскую культуру оказал Буддизм. Согласно Буддизму, черный «стабильный» цвет означает: «тот, который никогда не изменит и не может быть окрашен в другой». Во Вьетнаме также существовал обычай красить зубы в черный цвет. В представлениях древних вьетнамцев, у красивых женщин должны быть черные, как смоль, зубы. В Китае зубы покрывались золотой смесью, что придавало им особый блеск.

В Англии елизаветинского периода (XVI в.) одним из самых дорогих товаров был сахар, и черные, кривые зубы – следствие неумеренного потребления сладостей – считались признаком великосветского шика. Все знатные английские аристократы, чтобы сохранить зубы идеально коричневыми, натирали их специальной мазью.

В Италии в XVI веке появился обычай чернить зубы сурьмой, а Екатерина и Мария Медичи привезли этот обычай во Францию.

XIX век ознаменовал эру систематизированного изучения эстетики зубов и прикуса (руководство E. Angle «Аномалии окклюзии зубов»). В древних произведениях искусства улыбки не было или она была слабо выражена, представлена лишь мимикой губ. Зубо-губная улыбка, когда между губ видны зубы, начинает появляться лишь в начале XX века.

Современной модной тенденцией являются татуировки на зубах. Американский стоматолог Стив Хевард предложил создавать разнообразные рисунки на керамических зубных коронках. Правда, сделать подобное тату можно только на заказ в специализированных клиниках.

*Выводы.* мода всегда являлась отражением эпохи и этно-религиозного колорита тех или иных народов. Не являются исключением и зубы. Их природная белизна, форма и структура – признак самодостаточности и благополучия нации, а их качественное состояние во многом формирует красивую улыбку. В свою очередь, красивая белоснежная улыбка – это неотъемлемая часть имиджа успешного человека. Обнажение красивых ровных зубов во время общения является признаком здоровья, уверенности в своих силах и душевного равновесия.

*Ялоха А.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

## **ЦЕННОСТЬ И/ЛИ ЦЕНА ЗДОРОВЬЯ**

Можно с уверенностью считать обоснованным мнение, что большинство человеческих порывов сводится к стремлению, в той или иной мере достичь счастья. Для некоторых людей ощущение счастья граничит со смыслом жизни или даже им является. Но возможно ли счастье без здоровья?

Неотъемлемой составляющей счастья является здоровье, которое необходимо рассматривать как физическое и духовное благополучие человека. Кроме того, здоровье выступает в качестве фундаментальной основой существования любого живого существа, в том числе и человека.

С сожалением приходится констатировать, что на сегодняшнем этапе своей эволюции, человечеством освоено множество различных технологий, призванных сделать нашу жизнь комфортнее, легче и безопаснее. В условиях высокотехнологичной медицины, последняя все больше утрачивает «человеческое лицо» и все глубже срастается со сферой обслуживания. Деятельность врача из высокодуховного призвания все больше трансформируется в работу оператора по оказанию биомедицинских услуг, имеющих вполне определенную цену.

Очевидно, что «ценность» и «цена» явления в значительной мере антагонистичные. Сама возможность определения цены здоровья, изначально звучит абсурдно, не зря ведь говорят: здоровье – бесценно. «...Мало ценности во всем том, что имеет свою цену» – писал один из выдающихся философов XIX века Фридрих Ницше [1]. Рассуждения о ценностях, которым посвящено творчество Ф. Ницше, могут быть успешно экстраполированы в современную проблематику здоровья и медицины.

Мы привыкли «покупать» здоровье так же, как покупаем продукты питания, и лишь те, кто ранее терял здоровье или же его с трудом добивался, начинают осознавать его великую ценность. Совершенно разное – ценить и «оценивать» здоровье. У Ф. Ницше можно встретить следующее высказывание, подтверждающее последний тезис: «Если бы эти – имели хлеб даром, увь! о чем кричали бы они! Их пропитание – вот настоящая пища для их разговоров; и пусть оно трудно достается им!» [2]. Не имея опыта утраты здоровья, человеку сложно осознать ценность здоровья и его уязвимость. Первый травматический опыт и сопутствующая ему боль, закладывает основу ценностного восприятия здоровья и формирует страх его утраты.

В современном информационном обществе внимание человека ежедневно подвергается воздействию множества медиа-ресурсов, предлагающих средства, которые с высокой вероятностью и эффективностью решат очень многие проблемы со здоровьем. День за днем, сознанию людей навязывается идея того, что заплатив определенную сумму, любой может себе позволить вернуть здоровье в случае его утраты. Не удивительно, что перед многими людьми встает вопрос: а зачем тогда беречь здоровье? Ведь сложно отрицать, что сохранение своего тела и сознания в равновесном состоянии требует немалого внимания и усилий. Если здоровье можно восстановить, приобретя в медучреждении соответствующую услугу, имеющую вполне определенную цену, то и само здоровье опосредованно ценами медицинских услуг приобретает свою «цену».

Ценность того, что было утрачено, а затем вновь обретено, определяется приложенными для этого усилиями. Современные медицинские технологии

являются результатом титанических усилий, жертв и самоотверженного труда бессчётных поколений врачей. Однако, все эти усилия не могут быть отражены в таблетке или томографе и остаются «за скобками» современных актов купли-продажи здоровья, в результате чего нивелируется ценность деятельности врача, она подменяется стоимостью технологий.

Возможность «покупки» здоровья в нужный момент обесценивает здоровье. Даже сам факт утраты здоровья в определенной мере перестает казаться чем-то катастрофическим и исключительно отрицательным явлением. Печальным фактом остается то, что в доверии к средствам медицины, большинство людей недооценивает факторы риска и их последствия для своего организма.

«Но я говорю: что падает, то нужно еще толкнуть! ... И кого вы не научите летать, того научите – быстрее падать!» [3]. Смысл этого, уже успевшего стать крылатым, призыва Ницше, следует распространить и на сложившуюся в современной медицине ситуацию. Ведь порой, лишь осознание собственной ошибки неизбежности собственного «падения», подводит нас к мысли о борьбе. Борьбе за «ценности», а значит и к последующему их переосмыслению, в котором и состоит их новое обретение.

#### *Литература*

1. Ницше Ф. Сочинения в 2 т. Т.2/ Сост., ред. и авт. примеч. К.А. Свасьянова; Пер. с нем. – М.: Мысль, 1996. – 829 с. (исп. гл. 1 Так говорил Заратустра. Книга для всех и ни для кого/ пер. Ю.М. Антоновского)
2. Там же.
3. Там же.

<b>ЗМІСТ</b>		
ПІБ, назва тез		Стор.
<i>Алексеенко А.П., Лесовой В.Н.</i>	<b>КОЭВОЛЮЦИЯ МЕДИЦИНЫ И ФИЛОСОФИИ</b>	3
<i>Seeland Ute, Karpenko Kateryna</i>	<b>INCORPORATION OF SEX AND GENDER APPROACHES INTO THE MEDICAL CURRICULAR</b>	5
<i>Hagengruber, Ruth</i>	<b>THE LONG-LASTING TRADITION OF WOMEN-PHILOSOPHERS AS AN INSIGHT INTO THE HISTORY OF IDEAS</b>	6
<i>Claudio Fauci</i>	<b>SENSO DELLA STORIA O STORIA SENZA SENSO?</b>	9
<i>SZCZUREK Tadeusz, GÓRNIKIEWICZ Marcin</i>	<b>THE THREAT OF TERRORISM USING BIOLOGICAL AGENTS</b>	11
<i>Кублікієне Кароліна, Карпенко Катерина</i>	<b>ГЕНДЕРНИЙ ПІДХІД ЯК НОВИЙ ВИКЛИК МЕДИЧНИМ ДОСЛІДЖЕННЯМ</b>	18
<i>Альков В.А.</i>	<b>ОБРАЗ ЛІКАРЯ В СВІДОМОСТІ СЕЛЯНИНА ХVІІІ – ПОЧАТКУ ХХ СТ. (НА ПРИКЛАДІ ХАРКІВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ)</b>	20
<i>Atamanova O.V., Siniãieva I.R.</i>	<b>ADOLESCENT HEALTH: THE RELATIONSHIP OF SOCIAL AND MEDICAL ASPECTS</b>	22
<i>Афоніна О. В.</i>	<b>ЩОДО ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ В УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ</b>	23
<i>Багмут А.В.</i>	<b>РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА</b>	24
<i>Бакута Ю.</i>	<b>ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМАТИКА В ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЕ</b>	26
<i>Барсукова Е.Д.</i>	<b>МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ</b>	28
<i>Безвербний В.І.</i>	<b>ФЕНОМЕНИ СЕНСУ ЖИТТЯ, СМЕРТІ ТА БЕЗСМЕРТЯ В РЕТРОСПЕКТИВІ ФІЛОСОФСЬКОЇ ДУМКИ</b>	29
<i>Берченко Е.В.</i>	<b>КУЛЬТУРА ИЗНАСИЛОВАНИЯ</b>	31
<i>Бочарова Т.В., Бочарова М.Ю.</i>	<b>ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІВНЯ ІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ШКОЛЯРІВ УКРАЇНИ ТА ПОЛЬЩІ</b>	32
<i>Власенко А.О.</i>	<b>ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА</b>	33
<i>Вовк Е. І.</i>	<b>ФИЛОСОФИЯ И МЕДИЦИНА</b>	35
<i>Висоцька О.В.</i>	<b>ПРО НЕСПРИЯТЛИВИЙ ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ГЕНЕТИЧНО МОДИФІКОВАНИХ ОРГАНІЗМІВ</b>	36
<i>Вознюк І. Мидловец В.</i>	<b>СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В АСПЕКТЕ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ</b>	39
<i>Гавенко В.Л., Георгиевская Н.В.</i>	<b>НОРМОЗОЛОГИЯ И ПСИХО-СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА</b>	41
<i>Гаврилюк А.</i>	<b>ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ЗАХИЩЕНОСТІ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ В УКРАЇНІ КОНСТИТУЦІЙНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ (СТ. 46, 49 КОНСТИТУЦІЇ УКРАЇНИ): ДО ПОСТАНОВКИ ПРОБЛЕМИ</b>	43
<i>Гайворонская В.А.</i>	<b>АУТИЗМ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА</b>	45
<i>Глуценко С.В.</i>	<b>«ПЛОХАЯ» МУЖСКАЯ ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТЬ</b>	47
<i>Глянцев П.</i>	<b>ДУХОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА</b>	48
<i>Головка Я.И., Уразова Л.Ф.</i>	<b>ВАЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЕРМИНА «ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА» В УКРАИНЕ</b>	50
<i>Гончаренко Анна</i>	<b>ОСОБЛИВОСТІ ЦІННІСНОЇ ОРІЄНТАЦІЇ ЛЮДИНИ В ЕПОХУ СПОЖИВАННЯ</b>	52
<i>Гончаренко Л.О.</i>	<b>РИЗИКИ ТА ЗАГРОЗИ ЗДОРОВ'Ю СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ: АКСІОЛОГІЧНИЙ ВИМІР</b>	53
<i>Гоцуляк С.Л.</i>	<b>ТЕХНІЧНІ НОРМИ В КОНТЕКСТІ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ЗАКОНОДАВСТВА В УКРАЇНІ В ХХ СТОЛІТТІ</b>	56

<i>Григорова И.А., Григоров С.Н., Тихонова Л.В.</i>	
<b>ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ-ВРАЧЕЙ И МЕРЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ</b>	57
<i>Грищенко Д.</i>	
<b>ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННЫХ БИОТЕХНОЛОГИЙ</b>	58
<i>Dally Ibrahim</i>	
<b>SAMI IBRAHIM HADDAD AS ONE OF FAMOUS DOCTORS OF LEBANON</b>	60
<i>Дейнека В.В.</i>	
<b>ТРАНСФОРМАЦИЯ ЦЕННОСТЕЙ В ИНФОРМАЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ</b>	61
<i>Дидова Т.В.</i>	
<b>ГЕНДЕРНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ПОКОЛЕНИЯ Y</b>	63
<i>Добридень О.В.</i>	
<b>РОЛЬ НЕФОРМАЛЬНОЇ ОСВІТИ У ФОРМУВАННІ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВОГО СПОЖИВАННЯ</b>	64
<i>Добродородня А.С.</i>	
<b>АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ОПРОСНИКОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ</b>	66
<i>Долгопол О.О.</i>	
<b>ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНО-ОСОБИСТІСНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ СТУДЕНТІВ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ</b>	68
<i>Домбровская И. К.</i>	
<b>ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>	70
<i>Дрозд Ю., Новосельская Я.</i>	
<b>ТРАДИЦИОННАЯ И НЕТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА – ЕДИНСТВО И ПРОТИВОРЕЧИЕ</b>	72
<i>Дрокин А. В.</i>	
<b>ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМАТИКА В МЕДИЦИНЕ</b>	74
<i>Zhdanova T.O., Kuznetsova I.V.</i>	
<b>A GENDER APPROACH TO THE PROCESS OF TEACHING FOREIGN LANGUAGES IN A HIGH SCHOOL</b>	75
<i>Жердева О.О., Білик В.О.</i>	
<b>ПРОБЛЕМА ДУХОВНОСТІ В УМОВАХ СУЧАСНОГО СВІТУ: ФІЛОСОФСЬКО-АНТРОПОЛОГІЧНИЙ КОНТЕКСТ</b>	76
<i>Запорожець А.О.</i>	
<b>ДУХОВНІ ПРОБЛЕМИ МОЛОДІ В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ</b>	77
<i>Зелена І.І., Железнякова Н.М.</i>	
<b>КОЛЕГІАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ</b>	79
<i>Зиновьев И.Э., Огнева Л.Г.</i>	
<b>ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ В КУЛЬТУРЕ БОЛЕЗНИ И КУЛЬТУРЕ ВРАЧЕВАНИЯ</b>	80
<i>Калашиник В.К.</i>	
<b>ЧЕЛОВЕК И НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКИЙ ПРОГРЕСС: ЕДИНСТВО И ПРОТИВОРЕЧИЯ</b>	82
<i>Камінська Т.М.</i>	
<b>РОЛЬ СТРАХУВАННЯ В РЕАЛІЗАЦІЇ КОНСТИТУЦІЙНИХ ПРАВ ГРОМАДЯН УКРАЇНИ НА МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ</b>	83
<i>Квіткін П.В., Дятлова І.В.</i>	
<b>ДУХОВНЕ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА В УМОВАХ СУЧАСНИХ ЦИВІЛІЗАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ</b>	85
<i>Кислицька А. В.</i>	
<b>СТРИМАННЯ ВІД КОНФЛІКТУ – ЗАПОРУКА ЗДОРОВ'Я</b>	87
<i>Коваленко Н.І.</i>	
<b>ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ БІОТЕХНОЛОГІЇ</b>	88
<i>Ковальковський М.С.</i>	
<b>ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ СОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ</b>	90
<i>Ковальцова М.В., Соколова А.А.</i>	
<b>ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ</b>	91
<i>Козько В.Н. Меркулова Н.Ф.</i>	
<b>ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УКРАИНЕ</b>	92
<i>Колотилов А.В.</i>	
<b>ВОЛОНТЕРЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>	93
<i>Копейка Н.</i>	
<b>ЗДОРОВЬЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА: ФИЛОСОФСКИЙ И МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТЫ</b>	94
<i>Корсунов К. В.</i>	
<b>ЕВГЕНИКА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ</b>	96
<i>Костенко А.</i>	
<b>РЕЛИГИЯ И МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ</b>	97
<i>Котелюх М.Ю.</i>	
<b>ВИВЧЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-го ТИПУ</b>	99
<i>Коцур В.Е.</i>	
<b>ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ: ФИЗИЧЕСКИЙ, СОЦИАЛЬНЫЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТЫ</b>	100
<i>Кошиль М.</i>	
<b>ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДУХОВНОСТИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ</b>	101

<i>Красникова С.А. Запорожец И.В.</i> <b>ФОРМИРОВАНИЕ ЧЕЛОВЕКА ДУХОВНОГО В ПРОЦЕССЕ ДИАЛОГА КУЛЬТУР</b>	103
<i>Кузнецова К. Ю.</i> <b>ДУХОВНІ ПОШУКИ ЛЮДИНИ У СИТУАЦІЇ ЗАВЕРШЕННЯ МЕТАФІЗИКИ</b>	104
<i>Кулык Т. В.</i> <b>СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДОНОРСТВА ЯЙЦЕКЛЕТОК</b>	105
<i>Кулик Т.В., Плехова О.А., Череднікова Т.Ю.</i> <b>КОМПРОМІС – ЗАПОРУКА БАЛАНСУ СІМЕЙНИХ ТА ПРОФЕСІЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ МАТЕРІВ НА РИНКУ ПРАЦІ</b>	108
<i>Курчанова Ю.В.</i> <b>СОЦИАЛЬНОЕ НЕДОВЕРИЕ КАК ФЕНОМЕН МЕДИА-АГРЕССИИ</b>	110
<i>Кутарева М.Ю.</i> <b>МИФЫ И ПРАВДА О СУИЦИДЕ</b>	112
<i>Куцуба Алина</i> <b>СПИД КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА</b>	113
<i>Кучера Т. М.</i> <b>ДУХОВНІСТЬ ЯК ВАЖЛИВА ДЕТЕРМІНАНТА МОДЕРНІЗАЦІЇ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА</b>	115
<i>Кучеренко І.О., Рижова Д.В.</i> <b>ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ: ФІЗИЧНИЙ, СОЦІАЛЬНИЙ ТА ЕМОЦІЙНИЙ АСПЕКТИ</b>	117
<i>Лапко С.В., Ленська О.В., Тимбота М.А.</i> <b>ПРОБЛЕМА СБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ПЕДАГОГІВ</b>	119
<i>Лапко С.В., Ленська О.В., Тимбота М.А.</i> <b>ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВИКЛАДАЧА В СУЧАСНИХ УМОВАХ</b>	120
<i>Линник А.С.</i> <b>ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ</b>	121
<i>Лисицкий С. В.</i> <b>ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА КАК АНТРОПОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА</b>	123
<i>Литвин А.Д.</i> <b>ДОСТУПНІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ</b>	124
<i>Літвінова К.О., Калініченко Д.А.</i> <b>ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ : ФІЗИЧНИЙ, СОЦІАЛЬНИЙ ТА ЕМОЦІЙНИЙ АСПЕКТИ</b>	126
<i>Лобко К.І.</i> <b>ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ НА ФОРМУВАННЯ СУЧАСНОЇ ОСОБИСТОСТІ</b>	128
<i>Magaru Veera Venkata Akhil</i> <b>WHY ABORTION IS IMMORAL?</b>	130
<i>Мажуренко В., Ковалева Д.</i> <b>ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНИ ВРАЧЕЙ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОСТИ</b>	130
<i>Маликова Е.А.</i> <b>ГРИГОРИЙ СКОВОРОДА О СМЫСЛЕ ЖИЗНИ</b>	132
<i>Малишко А.</i> <b>ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ БІОТЕХНОЛОГІЙ</b>	134
<i>Martynenko N.M.</i> <b>PARENTS' FUNCTIONS: PHILOSOPHICAL APPROACH</b>	136
<i>Марущенко О.А.</i> <b>ТРАДИЦІЇ ЯК МАНІПУЛЯТИВНА АНТИГЕНДЕРНА ТА «АНТИЖІНОЧА» ТЕХНОЛОГІЯ</b>	137
<i>Maurelio Augusto</i> <b>PHENOMENON OF MEDICAL ERROR</b>	139
<i>Му'авія Салем Насер Альмарадат</i> <b>АКТИВНІСТЬ НЕЙРАМНІДАЗИ В СЛИЗУ ЦЕРВІКАЛЬНОГО КАНАЛУ ПРИ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ</b>	141
<i>Меркулова Н.Ф., Лантух А.П.</i> <b>ЭВТАНАЗИЯ И СУИЦИД В ИНТЕРПРЕТАЦИИ АНТИЧНЫХ ФИЛОСОФОВ</b>	142
<i>Набок Т.А.</i> <b>СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО: «ЗА» И «ПРОТИВ»</b>	144
<i>Нагиева Айнур Нурали кизи</i> <b>ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР В МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ</b>	145
<i>Насонова Л. И.</i> <b>К ВОПРОСУ О СИМВОЛИКЕ ВЕЛИКОЙ БОГИНИ-МАТЕРИ В ТРАДИЦИОННОМ И ЭКЛЕКТИЧЕСКОМ ВИККАНСТВЕ</b>	147
<i>Нгоно Шарль Аврора</i> <b>ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ БИОТЕХНОЛОГИИ</b>	148
<i>Нечипорук І. А.</i> <b>МИ САМІ ОБИРАЄМО СВОЄ ОТОЧЕННЯ</b>	150
<i>Носок Л.А.</i> <b>ГУМАННА ЛИ «ДОЗА СМЕРТИ»?</b>	151
<i>Огнева Л.Г., Величко В.А.</i> <b>ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОСНОВ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ</b>	153
<i>Олейник М.В.</i> <b>ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ФИЗИЧЕСКИЙ, СОЦИАЛЬНЫЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТЫ</b>	155
<i>Ольховский В.А., Нарижная А.В.</i> <b>ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ</b>	156

<i>Острягина О.А.</i> РОСТ ПОДРОСТКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ РИСКОВ И ОБЩЕСТВЕННОГО ОСУЖДЕНИЯ	158
<i>Парасоткін О. С.</i> ЛЕГАЛІЗАЦІЯ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ЗБРОЇ ДЛЯ САМОЗАХИСТУ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ КУЛЬТУРНОГО РІВНЯ ЛЮДИНИ	160
<i>Петраш К.</i> ТРУДНОЩІ ФОРМУВАННЯ КОНСТИТУЦІЙНОЇ КУЛЬТУРИ ГРОМАДЯН НА ЕТАПІ ДЕМОКРАТИЧНОГО ТРАНЗИТУ	162
<i>Петренко Т. О.</i> ТІЛО ЯК НЕВІД'ЄМНА ЧАСТИНА ОСОБИСТОСТІ	163
<i>Pechenikova L., Ridwan A.</i> THE HEALTH OF SOCIETY AS A PHILOSOPHICAL PROBLEM	165
<i>Печененко А.Р., Самойленко С.Е.</i> ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМАТИКА В СОЦІАЛЬНО-ФИЛОСОФСКОМ И МЕДИЦИНСКОМ АСПЕКТАХ	166
<i>Плехова О.А., Калюжска В.Ю.</i> СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ИНДЕКС ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВРАЧА	168
<i>Полетова Н.П., Гранкина С.С., Шуба И.В.</i> ОСНОВЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ИЗУЧЕНИИ КУРСА МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАТИКИ	169
<i>Пономарёва Анна</i> ЭТИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ	171
<i>Радченко М. Е.</i> ВІЛЬНА ЛЮДИНА ЯК СУБ'ЄКТ ДЕМОКРАТИЧНОЇ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ В УКРАЇНІ	173
<i>Радомиарисон Жосинот Эуген</i> ПРОБЛЕМЫ РЕЧЕВОГО ОБЩЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОЖНО ИЗМЕНИТЬ	175
<i>Рисованая Л.М., Алексеенко Р.В.</i> ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В КОНТЕКСТЕ ПСИХОСОМАТИКИ	176
<i>Ростовська В.І.</i> ГУМАНІТАРИЗАЦІЯ ЧИ ПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЯ ОСВІТИ?	177
<i>Рубинская А.Н.</i> ПРОБЛЕМЫ ВОСПРИЯТИЯ АНАРХИЗМА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	179
<i>Сатиянц Э. Д.</i> ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМАТИКА В СОЦІАЛЬНО-ФИЛОСОФСКОМ И МЕДИЦИНСКОМ ИЗМЕРЕНИЯХ	180
<i>Sedaya Yuliya</i> FORMATION OF GENDER IDENTITY IN SPORT	182
<i>Семидоцкая Ж.Д., Чернякова И.А.</i> СОВРЕМЕННЫЙ ВРАЧ И КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ	186
<i>Сіліна М. П.</i> ЗАГАЛЬНИЙ НАРИС ВПЛИВУ РЕЛІГІЇ НА РОЗВИТОК МЕДИЦИНИ ТА НАУКИ СЬОГОДЕННЯ	187
<i>Сипало А.О., Калініченко О.В.</i> ГІДНІСТЬ ЯК ОЗНАКА ДУХОВНОГО ВИХОВАННЯ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ	189
<i>Смірнова В.І.</i> ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ: ФІЗИЧНИЙ, СОЦІАЛЬНИЙ ТА ЕМОЦІЙНИЙ АСПЕКТИ	190
<i>Старикова Г.Г.</i> ФОРМИРОВАНИЕ АНТРОПОЦЕНТИЧЕСКОЙ ПАРАДИГМЫ В СОВРЕМЕННОЙ ФИЛОСОФИИ ЯЗЫКА	191
<i>Степаненко К.М.</i> ДУХОВНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ	193
<i>Сырчина В.О.</i> ЮВЕНАЛЬНЫЕ И GERONТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КУЛЬТУРЫ СОВРЕМЕННЫХ УКРАИНЦЕВ	194
<i>Терещенкова І.І., Стенковая Н.Ф.</i> ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЇ ВИБОРУ ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ	195
<i>Ткаченко В.Г., Соломенник Г.О.</i> РОЗДУМИ ПРО ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ	196
<i>Ткемаладзе Д.Ю.</i> ЛЮБОВЬ КАК ОТРАЖЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА	197
<i>Усенко С.Г., Манжेलій В.В.</i> ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В УКРАИНЕ	199
<i>Фоміна Л.В., Кулікова І.І.</i> ЧИННИКИ АНТРОПОЛОГІЧНОЇ КРИЗИ ЛЮДИНИ В ХХІ СТОЛІТТІ	200

<i>Фролова Т.В. Охалкіна О.В.</i> <b>ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННОСТІ ХВОРОБ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ</b>	202
<i>Харатьян Т.Н.</i> <b>МЕЖІ СВОБОДИ БІОТЕХНОЛОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У КОНТЕКСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНСТИТУЦІЙНОГО ПРАВА ЛЮДИНИ НА ЖИТТЯ ТА ІНШИХ СУМІЖНИХ ПРАВ</b>	203
<i>Харина М.</i> <b>ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ</b>	205
<i>Хачатрян Л.Л.</i> <b>МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФЕССИИ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА</b>	207
<i>Цыгулева В.А.</i> <b>ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМАТИКА В СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКОМ АСПЕКТЕ</b>	208
<i>Чирва А.В.</i> <b>ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ БІОТЕХНОЛОГІЙ</b>	208
<i>Чумак Л.И.</i> <b>ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ КАК СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В МЕДИЦИНЕ</b>	210
<i>Шакирова О.О.</i> <b>ПРОИСХОЖДЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ДИСПОЗИЦИЙ</b>	212
<i>Шевченко И., Шишкіна С.</i> <b>ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ УКРАИНЫ</b>	213
<i>Шевякова О.</i> <b>ДУХОВНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ</b>	214
<i>Шегера В.О.</i> <b>ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ БІОТЕХНОЛОГІЙ</b>	215
<i>Шеліховська А.О., Шпотта Т.А., Савостьянов В.С.</i> <b>СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ ТА ЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ЕВТАНАЗІЇ</b>	216
<i>Шролик К.О.</i> <b>ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ БІОТЕХНОЛОГІЙ</b>	218
<i>Шульга Е.В.</i> <b>МОРАЛЬНАЯ УЯЗВИМОСТЬ ОТЧУЖДЕНИЯ ОРГАНОВ</b>	219
<i>Щербина Н.А., Алайя Ламиа</i> <b>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ И НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ</b>	221
<i>Юзюк М.В.</i> <b>СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЁЖИ</b>	221
<i>Юзюк М.,</i> <b>ФИЛОСОФСКИЕ ВЗГЛЯДЫ ГРИГОРИЯ СКОВОРОДЫ: СВЯЗЬ ФИЛОСОФСКОГО НАСЛЕДСТВА С СОВРЕМЕННОСТЬЮ</b>	223
<i>Юшкевич М.К.</i> <b>ПРОБЛЕМА АБОРТОВ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ</b>	225
<i>Яковлева Д. Ю.</i> <b>ЭСТЕТИКА УЛЫБКИ</b>	227
<i>Ялоха А.А.</i> <b>ЦЕННОСТЬ И/ИЛИ ЦЕНА ЗДОРОВЬЯ</b>	228

## ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

ПІБ автора

Відомості про автора

Лесовой В.Н. Алексеенко А.П. Seeland Ute	Ректор ХНМУ Д. филос. наук, проф. зав. кафедрой философии ХНМУ Institute for Gender Medicine (GiM), Charit. – University Medicine Berlin (CCM), Germany
Karpenko Kateryna Hagengruber, Ruth	Kharkiv National Medical University, Ukraine Paderborn University, Germany Head of Philosophy Department, Leader of the Research Group Women in Philosophy and Science
Claudio Fauci	Degree in Classics, Licence in Thomistic Theology. Professor of Introduction to St. Thomas Aquinas; Biblical Greek; Christian «paideia» at the Higher Institute of Religious Sciences "D. Scotus", Pontifical Faculty of Southern Italy, Nola (Naples
SZCZUREK Tadeusz	Tadeusz SZCZUREK Associate professor.. Military University of Technology – Warsaw, Poland Colonel, holder of postdoctoral degree in the discipline of "security sciences". He is a graduate of the Military University of Technology. He obtained a doctoral degree at the Maria Curie-Skłodowska University and a postdoctoral degree at the Faculty of National Security of the National Defence University (AON). He is the author or editor of several monographs and more than sixty other publications, addressing issues related to crisis management, environmental protection and use of technology in the execution of the security tasks He is particularly interested in non-military and para-military threats. He currently holds an office of Vice-Rector for Military Affairs at the Military University of Technology.
GÓRNIKIEWICZ Marcin	Marcin GÓRNIKIEWICZ. Military University of Technology – Warsaw, Poland. Reserve second lieutenant, holder of doctoral degree in the discipline of “security sciences”. He obtained his doctoral degree at the National Defence University (AON) in Warsaw at the Faculty of National Security. He was invited as a research fellow to Republic of China (Taiwan) and he conducted research He dedicated to create a new PSYOP reconnaissance method for the National Defence University in Warsaw. His scientific research areas are: PSYOP, especially on consciousness and subconsciousness levels
Кублікієне, Кароліна	Associate Professor Karolinska Institutet Head Centre for Gender Medicine, Inst. of Medicine-Solna. Senior Scientist Inst. for Clinical Science, Intervention & Technology Department of Obstetrics & Gynecology Karolinska University Hospital-Huddinge
Карпенко, Катерина	Д.филос.н., професор каф. філософії Харківський національний медичний університет. Керівник центра гендерної освіти ХНМУ
Альков В.А. Atamanova O.V., Siniaieva I.R.	К.іст.н., старший викладач кафедри суспільних наук ХНМУ к.м.н., доцент каф. пропедевтики педіатрії №1 ХНМУ к.м.н., доцент каф. пропедевтики педіатрії №1 ХНМУ

Афоніна О. В.	Студ. 4 курсу 4 групи господарсько-правового факультету Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого. Науковий керівник: Лукаш С.Ю., к.іст.н., доцент кафедри конституційного права України Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого
Багмут А.В.	Студ. 4 курса специальности «Лечебное дело» Харьковско-го национального медицинского университета. Научный руководитель <b>Усенко С. Г.</b> , к.мед.н., доцент кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения ХНМУ
Бакута Ю.,	Студ. 2 курс 2 мед. ф-т, група Научный руководитель: Гончаренко Л. А. к.філос. н. доцент каф. философии ХНМУ
Барсукова Е.Д.	Магістр. лаб.д., 4 мед. ф. ХНМУ, Научный руководитель Гончаренко Л. А.- к.філос.н., доц. кафедры философии ХНМУ
Безвербний В.І.	Студент 2 мед. фак., 21 групи 2 курсу Науковий керівник: к.ф.н. Кучера Т. М., ст.. викладач каф. філософії ХНМУ
Берченко Е.В.	Студ. 3 мед. ф-тет, 2 курс, 3 група. Научный руководитель: к.соц.н., доц. Марущенко О.А., доц. каф. философии ХНМУ
Бочарова Т.В.	Кандидат медичних наук, асистент кафедри патологічної анатомії ХНМУ
Бочарова М.Ю.	Студ. 4 курсу I медичного факультету ХНМУ
Величко В.А.	Студ. педіатричного фак. 3 курсу, 2 гр. Науковий керівник Огнева Л.Г. - асистент кафедри патофізіології ХНМУ
Зиновьев И.Э.	Студ. педіатричного фак. 3 курсу, 2 гр. Науковий керівник Огнева Л.Г. – асистент кафедри патофізіології ХНМУ
Огнева Л.Г.	Асистент кафедри патофізіології ХНМУ
Власенко А.О.	Студ. 18 гр. 2 мед. фак., 2 курс Науч. руководитель: Гончаренко Л.А., к.філос.н., доцент каф. философии ХНМУ
Висоцька О.В.	Д.т.н., професор кафедри біомедичної інженерії Харківського національного університету радіоелектроніки
Вовк Е. И.	Студ. 18 гр. 2 курса II ф-та ХНМУ. Научный руководитель Гончаренко Л.А. к.філос.н., доц.. каф. философии ХНМУ
Вознюк И.	Студ. 22 группы 2 курса 2 мед.фак. Научный руководитель: Кучера Т.Н. к.філос. н., ст. преподаватель каф. философии ХНМУ
Мидловец В.	Студ. 22 группы 2 курса 2 мед.фак. Научный руководитель: Кучера Т.Н. к.філос. н., ст. преподаватель каф. философии ХНМУ
Гавенко В.Л.	Д.м.н., проф. каф. психиатрии ХНМУ
Георгиевская Н.В.	К.м.н., доц. каф. психиатрии ХНМУ
Гаврилюк А.	Студ. 2 курсу, НЮУ ім. Ярослава Мудрого. Науковий керівник – доц. С.Ю. Лукаш
Гайворонская В.А.	Студ 2 курса, 1 мед ф-та 12 гр., ХНМУ. Научный руководитель: Гончаренко Л.А. к.філос.н., доц. каф. философии ХНМУ
Глушченко С.В.	Студ. 4-й курс, 1-й мед. фак , гр. 7. Научный руководитель Марущенко О.А., к.соц.н., доц. каф. философии ХНМУ
Глянцев П.	Студ. гр.25, 1 курс, 2 ф-т. Научный руководитель: Алексеенко А.П., д.філос.н., профессор каф. философии ХНМУ
Головка Я.И.	Ассистент кафедры социальной медицины , организации и экономики охраны здоровья ХНМУ

Уразова Л.Ф.	Студ. 4 курса специальности «Лечебное дело» ХНМУ. Научный руководитель Головка Я.И. Ассистент кафедры социальной медицины, организации и экономики охраны здоровья ХНМУ
Гончаренко Анна	студентка ХНМУ, бакалаврат «Сестринська справа». Науковий керівник: К.і.н., доцент кафедри суспільних наук Мартиненко Н.М.
Гончаренко Л.О.	К.філос.н. Доц. кафедри філософії ХНМУ
Гоцуляк С.Л.,	Здобувачка кафедри історії держави і права України та зарубіжних країн Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого. Науковий керівник д.ю.н., професор кафедри історії держави і права України та зарубіжних країн В.Д. Гончаренко
Григорова И.А. Григоров С.Н.,	Д.мед.н., професор, зав. кафедри неврології № 1 Д.мед.н., професор, зав. кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії.
Тихонова Л.В. Грищенко Д.	К.мед.н. доц. кафедри неврології № 1 Студ. 1 курс 2 мед. ф-т, 19 група. Научный руководитель: Гончаренко Л. А. к.филос.н., доцент каф. философии ХНМУ
Dally Ibrahim,	2 <sup>nd</sup> course student, group 4, the 6 <sup>th</sup> Faculty for international students Kharkiv National Medical University. Supervisor – Professor, Doctor of Philosophy Science K.I. Karpenko
Дейнека В.В. Дидова Т.В.	Ассист. каф. философии ХНМУ Студ. 2 курс, I медицинский, 12 гр. Научный руководитель: Карпенко Е.И., д.филос.н., проф. Каф. философии ХНМУ
Домбровская И. К	Студ. 4 курса специальности «Лечебное дело» ХНМУ. Научный руководитель – <b>Усенко С.Г.</b> , к.мед.н., доцент кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения
Добридень О.В.	ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України. К.філос.н., доцент., завідувач кафедри гуманітарних наук
Добродородня А.С. Долгопол О.О.	Харьковский национальный университет радиоэлектроники Кандидат педагогічних наук, Харківська медична академія післядипломної освіти
Дрозд Ю.	Студ.. 2 мед. фак.. 2к. 22гр. Научный руководитель – Алексеенко А.П., д.филос.н., професор каф. философии ХНМУ
Новосельская Я.	Студ.. 2 мед. фак.. 2к. 22гр. Научный руководитель – Алексеенко А.П., д.филос.н., професор каф. философии ХНМУ
Дрокин А. В	Студ. 29 гр., 2 ф-т, 2 курс ХНМУ. Научный руководитель: Гончаренко Л.А. к.філос.н., доцент каф. філософії ХНМУ
Zhdanova T.O. Kuznetsova I.V.	ХНМУ К.пед.н., доцент каф. иностранных языков ХНМУ. Candidate of Pedagogical Sciences, associate professor, KNMU
Жердева О.О.	Студ 2 курсу, 2 мед.фак., 21 група. Науковий керівник – Алексеенко А. П. д.филос.н. проф. каф. философии ХНМУ
Білик В.О.,	Студ 2 курсу, 2 мед.фак., 21 група. Науковий керівник – Алексеенко А. П. д.филос.н. проф. каф. философии ХНМУ
Запорожець А.О.	Студ. Гр. 15, 1 курс, 1 мед.фак. Науковий керівник, доц. Фоміна Л. В. Зав. кафедри української мови, основ психології та педагогіки.
Зелена І.І.	Ассистент кафедри внутрішньої медицини № 1, ХНМУ
Железнякова Н.М.	Доцент кафедри внутрішньої медицини № 1, ХНМУ

Калашник В.К.	Студ. 2 мед. Фак-та, ХНМУ, 1 курса, 22 гр. Научный руководитель: Гончаренко Л.А., к.филос.н., доцент каф. философии ХНМУ
Камінська Т.М.	Д.е.н., професор кафедри економічної теорії Національного юридичного університету ім. Ярослава Мудрого
Квіткін П.В.	К. філос.н., професор. Харківський університет Повітряних Сил імені Івана Кожедуба
Дятлова І.В.	К. філос.н. Харківський університет Повітряних Сил ім. Івана Кожедуба
Кислицька А. В.	Студ. 1 курсу. 1 мед. фак. ХНМУ Науковий керівник к. філ. н. Скорбач Т.В., к.філол.н., кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Коваленко Н.І.	Канд. біол. наук, доцент кафедри мікробіології, вірусології та імунології ХНМУ
Ковальковський М.С.	Студ. 2 к. 2 гр. 4 мед. фак., науковий керівник – Карпенко К.І., д.філос.н., професор каф. філософії
Ковальцова М.В., Соколова А.А.	Ас. кафедри патофізіології ХНМУ. Студ. 1 мед. фак., гр.8, курс 3. Наук. керівник ас. кафедри патофізіології ХНМУ Ковальцова М.В.
Козько В.Н., Меркулова Н.Ф.	д.м.н., Професор, зав.кафедрой инф. болезней ХНМУ к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней ХНМУ
Колотилів А.В.	Студ. 18 гр., 2 курс, 2 мед.ф-т. Научный руководитель: Гончаренко Л.А., к.филос.н., доц. каф. философии
Копейка Н.	Студ. 1 курс 2 мед. ф-т, 22 группа, Научный руководитель: Гончаренко Л. А., к.филос.н., доцент каф. философии ХНМУ
Корсунов К. В.	Студент 2 курс, 2 мед фак. Гр. 30, ХНМУ, Научный руководитель: Гончаренко Л. А., к.филос.н., доцент каф. философии
Костенко А.	Студ. 2 медицинский факультет, 2 курс, 21 группа. Науч. рук.: Кучера Т. Н. к.филос.н., ст. препод. каф. философии ХНМУ
Котелюх М.Ю.	Аспірант кафедри внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та алергології Харківського національного медичного університету
Коцур В.Е.,	студ. 1-го курса 1 медицинского факультета. Научный руководитель – Полищук Т.В.
Кошиль М.	Студ. 25 гр., 1 курс, 2 ф-т. Научный руководитель: Алексеенко А.П. д.филос.н., профессор каф. философии ХНМУ
Красникова С.А.	К.филол.наук, доцент, зав. каф. языковой подготовки иностранных граждан ХНМУ
Запорожец И.В.	Старший преподаватель кафедры языковой подготовки иностранных граждан ХНМУ
Кулык Т. В.	23 группа, 2 мед. факультет, 4 курс ХНМУ. Научный рук.: Гончаренко Л.А., к.филос.н., доцент каф. философии ХНМУ
Кулик Т.В.	Студ. 23 группа 4 курсу ХНМУ, II мед. ф-т. Наук. керівник – Череднікова Т.Ю., к.мед.н., кафедра педіатрії №2 ХНМУ
Плехова О.А. Кузнецова К. Ю.	Студ. 4 курсу ХНМУ, II мед. ф-т. Наук. керівник – Череднікова Т.Ю., к.мед.н., кафедра педіатрії №2 ХНМУ Аспірантка кафедри теоретичної і практичної філософії, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна.
Курчанова Ю.В.	Науковий керівник проф., д. філос. н. Бусова Н.А. Студ. 3 мед.фак. 2 курс, гр.3. Научный руководитель – Марущенко О.А., к. соц. н., доц.. каф. философии ХНМУ
Кутарева М.Ю.	Студ. 3 мед.фак. 2 курс, гр.3. Научный руководитель – Марущенко О.А., к. соц. н., доц.. каф. философии ХНМУ

Куцуба Алина	Студ. 2 курс, 28 гр. 2-й мед. ф-т. Научный руководитель: Насонова Л. И. – ассистент каф. философии ХНМУ
Кучера Т. М. Кучеренко І.О.	К.филос.н., ст. викладач кафедри філософії ХНМУ Студ. 1 курсу. Гр. 2, 1 мед. фак. ХНМУ
Рижова Д.В	Науковий керівник – к. філ. н. Скорбач Т.В., кафедра української мови, основ психології та педагогіки Студ. 1 курсу. Гр. 2, 1 мед. фак. ХНМУ
Лапко С.В.	Науковий керівник к. філ. н. Скорбач Т.В., кафедра української мови, основ психології та педагогіки Ст. викладач кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицин з курсом фізичного виховання та здоров'я ХНМУ
Ленська О.В.	Ст. викладач кафедри фізичної реабілітації, спортивної ме- дицин з курсом фізичного виховання та здоров'я ХНМУ
Тимбота М.А.	Студ. ХНМУ, наукові керівники: ст. викладачі кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини з курсом фізич- ного виховання та здоров'я ХНМУ Лапко С.В., Ленська О.В.
Лисицкий С. В.	Студ. 2 курса, 2 мед. ф-та, 30 гр., Научный руководитель: Гончаренко Л. А. к.филос.н., доцент каф. философии ХНМУ
Линник А.С.	Студ. 5 курс, 4 группа IV мед. фак. ХНМУ. Науч. рук. – ассист. кафедры эпидемиологии ХНМУ Макарова В.И.
Литвин А.Д.	Студ. 3 курсу 1 групи господарсько-правового факультету. Науковий керівник: к.і.н., доцент Лукаш С.Ю.
Літвінова К.О.	Студ. 1 курсу 1 мед.фак.ХНМУ. Науковий керівник – к. філ. н. Скорбач Т.В., кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Калініченко Д.А.	Студ. 1 курсу 1 мед.фак.ХНМУ. Науковий керівник – к. філ. н. Скорбач Т.В., кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Лобко К.І.	Студ. 1 курсу 1 мед.фак. Науковий керівник – доц. Калініченко О. В. кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Magaru Veera Venkata Akhil Мажуренко В.	Stud. 2 <sup>nd</sup> course, 6 <sup>th</sup> medical faculty, group 29 Scientific advisor – Prof., Doctor of Philosophy Science, K.I. Karpenko
Ковалева Д.	Студ. 2 курсу, 2 мед.фак. гр..22. Науч. руководитель – Алексеенко А.П., д.филос.н., проф.. каф. философии ХНМУ
Маликова Е.А.	Студ. 2 курсу, 2 мед.фак. гр..22. Научный руководитель Алексеенко А.П., д.филос.н., проф.. каф. философии ХНМУ
Малишко А.	Студ. 2 курса, мед. фак. Научный руководитель : к.соц.н. Марущенко О.А. доцент каф. философии ХНМУ
Martynenko N.M. Марущенко О.А. Меркулова Н.Ф. Лантух А.П., к.ф.н. Му'авія Салем Насер Альмарадат Набок Т.А.	Студ. 2 курсу, 2 мед. фак. 21 група Наук. керівник – Алексеенко А. П. д.філос.н., професор каф. філософії ХНМУ Ph.D. in History, Social Sciences' Department К.соц. н. доцент каф. философии ХНМУ К.м.н., доцент кафедри інфекційних хвороб ХНМУ Доцент Национального фармацевтического университета Аспирант кафедри акушерства и гинекологии №1 ХНМУ
Нагиева Айнур Нурали кизи	Студентка 12 гр., I ф-та, 2 курса ХНМУ. Науч. руководитель: Гончаренко Л.А. к.филос.н., доцент каф. философии ХНМУ Студ. 2 курс, 16 группа, 1 медицинский факультет ХНМУ. Научный руководитель Алексеенко А.П.– д. филос. н., проф. каф. философии ХНМУ
Насонова Л. И.	Ассистент кафедры философии ХНМУ

Нгоно Шарль Аврора.	Студ. 5 мед. ф-т, 36 гр. Научный руководитель: ассист. каф. философии Дейнека В.В.
Нечипорук І. А.	Студ. 1 курсу, 1 мед. фак. Гр.15. Науковий керівник – к.філ.н. Скорбач Т.В., кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Носок Л.А.	Студ. 3 мед. фак-тет, 2 курс, 3 гр. Науч. руководитель: к.соц.н., доц. Марущенко О.А., доц. кафедры философии ХНМУ
Олейник М.В.	Студ. 30 группы, 2 курса, 2 медицинского ф-та ХНМУ. Научный руководитель: Гончаренко Л.А. к.филос.н.,доц. кафедры философии ХНМУ
Ольховский В.А.	Доктор медицинских наук, проф., зав. кафедрой судебной медицины, медицинского правоведения ХНМУ
Нарижная А.В.	Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренней медицины № 2, клинической иммунологии и аллергологии ХНМУ
Острягина О.А.	Студ. 2 курса 3 мед.ф-та, 4 гр. Научный руководитель: Марущенко О.А., к.соц.н., доц. каф. философии ХНМУ
Парасоткін О. С.	Студент 3 курсу 8 гр. господарсько-правового факультету. Наук. керівник: Лукаш С.Ю., кандидат історичних наук, доцент кафедри конституційного права України Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого студ. НЮУ ім. Ярослава Мудрого. Наук. керівник – доц. С.Ю. Лукаш
Петраш К.	Студ.6 курсу 1 мед.фак гр. 7. Науковий керівник: проф. каф. філософії, Директор Центру гендерної освіти Харківського національного медичного університету, д. філос. н., проф. К.І. Карпенко
Pechenikova L.	Кафедра української мови та літератури ДВНЗ Київський національний економічний університет ім. Вадима Гетьмана
Ridwan A.	Second year Group 20 KhNMU – Teacher Tatiana Kuchera Kharkiv National Medical University
Печененко А.Р.	Студ.2 мед.фак.3 курс, гр..28 Научный руководитель – Гольева Н.В д.м.н., проф. каф. патоморфологии ХНМУ
Самойленко С.Е.,	Студ.2 мед.фак.3 курс, гр..28 Научный руководитель – Гольева Н.В д.м.н., проф. каф. патоморфологии ХНМУ
Плехова О.А.	Студ. 2 мед. фак. 4 курс ХНМУ. Научный руководитель: к.филос.н., доцент каф. философии ХНМУ Гончаренко Л.А.
Калюжка В.Ю.	Студ. 2 мед. фак. 4 курс ХНМУ. Научный руководитель: к.филос.н., доцент каф. философии ХНМУ Гончаренко Л.А.
Полетова Н.П.	Ассистент каф. медицинской и биологической физики и медицинской информатики, ХНМУ
Гранкина С.С.	Ассистент каф. медицинской и биологической физики и медицинской информатики, ХНМУ
Шуба И.В.	ассистент каф. медицинской и биологической физики и медицинской информатики, ХНМУ
Пономарёва Анна,	Студ. 2 курс, 31 гр., 2-й мед ф-т. Научный руководитель: Насонова Л.И., ассистент каф. философии ХНМУ
Радченко М. Е.	Студ. 3 курсу 5 групи господарсько-правового факультету Національного юридичного університету ім. Ярослава Мудрого Науковий керівник: Лукаш С.Ю., кандидат історичних наук, доцент кафедри конституційного права України Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого
Радомиарисон Жосинот Эуген Рисованая Л.М.	Студ. 5Мед. фак 36гр. Научный руководитель – Дейнека В.В, ассист. каф. философии ХНМУ Ассистент каф. медицинской и биологической физики и медицинской информатики, ХНМУ

Алексеенко Р.В.	К.м.н., доцент каф. физиологии, ХНМУ
Ростовська В.І.	Старший викладач кафедри педагогіки і психології, Національний фармацевтичний університет, м. Харків
Рубинская А.Н.	Студ. 2 курса, 3 мед. фак., гр. 2. Научн. руководитель Марущенко О.А. к.соц.н., доц. каф. философии ХНМУ
Сатиянц Э. Д.	Студ. 18 гр. 2 курса II ф-та ХНМУ. Науч. руководитель – Гончаренко Л.А. к.филос.н., доцент каф. философии ХНМУ
Sedayu Yuliya	Philosophys' Department. Kharkiv National Medical University
Семидоцкая Ж.Д.	Д. мед. н., профессор каф. ПВМ №2 та медсестринства ХНМУ
Чернякова И.А.	К. мед. н., доцент каф. ПВМ №2 та медсестринства ХНМУ
Сіліна М. П.	Студ. 2 курс, 5 група, 3 мед ф-т. Науковий керівник – Насонова Л. І., асистент каф. філософії ХНМУ
Сипало А.О.	Аспірант кафедри внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології ХНМУ
Калініченко О.В.	К.філ.н., доц. кафедри української мови, основ психології та педагогіки
Смірнова В.І.	Студ. 17 групи 2 курсу II медичного факультету ХНМУ Науковий керівник Гончаренко Л.О, кандидат філософських наук, доцент каф.філософії
Старикова Г.Г.	К.филос.н., доцент, доцент каф. философии Харьковского национального университета радиоэлектроники,
Степаненко К.М.	Студ. 1 мед. фак., гр.8, курс 3. Наук. керівник – ас. кафедри патології ХНМУ Ковальцова М.В.
Сырчина В.О.	Студ. 2 гр. 2 курс IV медико-профилактический ф-т. Науч. рук. – Карпенко Е.И., д. филос.н. проф каф. философии ХНМУ
Терещенкова І.І.	К.мед.н, доцент каф. пропедевтики педиатрии №1 ХНМУ, зав. кафедри д.мед.н., проф. Фролова Т.В.
Стенковая Н.Ф.	К.мед.н, доцент кафедри пропедевтики педіатрії №1 ХНМУ, зав. кафедри д.мед.н., проф. Фролова Т.В.
Ткаченко В.Г.	К. мед. н., асистент кафедри інфекційних хвороб ХНМУ
Соломенник Г.О.	К. мед. н., доцент кафедри інфекційних хвороб ХНМУ
Ткемаладзе Д.Ю.	Студ. 1 курс, 20 гр., II мед. фак. ХНМУ. Науч. рук.: Гончаренко Л.А. к.филос.н., доц. каф. философии ХНМУ
Усенко С.Г.	К.мед.н., доцент кафедри социальной медицины, организации и экономики здравоохранения ХНМУ
Манжелий В.В.	Студ. 4 курса специальности «Лечебное дело» ХНМУ
Фоміна Л.В.	Зав. кафедри української мови, основ психології та педагогіки ХНМУ
Кулікова І.І.	Кафедра української мови, основ психології та педагогіки ХНМУ
Фролова Т.В.	Д.мед.н., професор, зав.кафедри пропедевтики педіатрії № 1 ХНМУ
Охупкіна О.В.	Д.мед.н., доцент, професор кафедри пропедевтики педіатрії № 1 ХНМУ
Харатян Т.Н.	Здобувач кафедри конституційного права України Націо- нального юридичного університету ім. Ярослава Мудрого. Наук. керівник: Колісник В. П., доктор юридичних наук, професор кафедри конституційного права України Націо- нального юридичного університету імені Ярослава Мудрого
Харина М.	Студ. 1 курс 2 мед. ф-т, 22 група. Научный руководитель: Гончаренко Л. А., к.филос.н., доцент каф. философии ХНМУ
Хачатрян Л.Л.	Студ. 2 курса, стоматологического факультета. Научн. руководитель Н.В.Гольева, д.м.н., профессор кафедры патологической анатомии ХНМУ

Цыгулева В.А.	Студ. 2курс, 2 гр., 4 мед. Научный рук. Карпенко Е.И., д.филос.н.– проф. каф. философии ХНМУ
Чирва А.В.	Студ. ХНМУ курс 2 мед. факультет Науковий керівник: доц.кафедри філософії ХНМУ Гончаренко Л. О.
Чумак Л.И.	К.мед.н., доцент, кафедри социальной медицины, организации и экономики здравоохранения ХНМУ
Шакирова О.О.,	Студ. 2 мед. фак., 2 курс, 18 гр. ХНМУ Научный руководитель: к.филос.н., доц. кафедры философии Гончаренко Л.А.
Шевченко И.	Студ. 2 мед. фак. 2 курс, 22 группа. Науч. рук. Алексеенко А. П. д.филос.н., профессор каф. философии ХМУ
Шишкина С.	Студ. 2 мед. фак. 2 курс, 22 группа. Науч. рук. Алексеенко А. П. д.филос.н., профессор каф. философии ХМУ
Шевякова О.	Студ. ХНМУ «Сестринська справа» Науковий керівник: к.і.н., доцент кафедри суспільних наук Мартиненко Н.М.
Шегера В.О.	Студ. 2 курс, 2 група, IV медичний факультет. Наук. керівник – Карпенко К.І. , д. філос.н. проф. кафедри філософії
Шеліховська А.О.	Студ. 21 група, 2 мед.факультет, 2 курс, Наук. керівник Кучера Т.Н., к.філос.н., ст. викладач каф. філософії ХНМУ
Шпотта Т.А.	Студ. . 21 група, 2 мед.факультет, 2 курс, Наук. керівник Кучера Т.Н., к.філос.н., ст. викладач каф. філософії ХНМУ
Савостьянов В.С.	Студ. . 21 група, 2 мед.факультет, 2 курс, Наук. керівник Кучера Т.Н., к.філос.н., ст. викладач каф. філософії ХНМУ
Шролик К.О.	Студентка 1 курсу, 2 медичного факультету, 22 гр. ХНМУ. Науковий керівник: Гончаренко Л. О., к.філос.н. доцент каф. філософії ХНМУ
Шульга Е.В.	Студентка 25 групи, II медичного факультета. Науч. руководитель: Дейнека В.В., асист. каф. философии ХНМУ
Щербина Н.А.	Д.мед.н., профессор, заведующий кафедры акушерства и гинекологии №1 ХНМУ
Алайя Ламиа	Аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1 ХНМУ
Юзюк М.В.	Студ. 2 курс 2 мед. фак., 21 группа. 1. Науч. рук. – Алексеенко А. П. Д.філос.н., професор каф. філософії ХНМУ 2. Научн. руководитель Кучера Т.Н. к.филос.н., ст. преподаватель каф. философии ХНМУ
Юшкевич М.К.	Студ. 3 группа 2 курса 1ф ХНМУ. Науч. руководитель: Гончаренко Л.А., к.филос.н., доцент каф. философии ХНМУ
Яковлева Д. Ю.	Студ. 4 курса стом. ф-та ХНМУ, научный руководитель к. філос.н. доц. каф. філософії ХНМУ Гончаренко Л. А.
Ялоха А.А.	Студ. 2 курсу 2 мед. фак. Научный руководитель: Дейнека В.В. асист. каф. философии ХНМУ
Seeland Ute	Institute for Gender Medicine (GiM), Charit. – University Medicine Berlin (CCM), Germany
Karpenko Kateryna	Kharkiv National Medical University, Ukraine

Навчально-наукове видання

**ПРОБЛЕМА ЛЮДИНИ  
У СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНОМУ  
ТА МЕДИЧНОМУ ДИСКУРСАХ**

Матеріали  
міжвузівської науково-практичної конференції  
з міжнародною участю

Формат 60×84/16. Ризографія. Ум. друк. арк. 7,6.  
Наклад 150 прим. Зам. № 16-33140.

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmu@mail.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.