

Міністерство охорони здоров'я України
Департамент охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації
Департамент охорони здоров'я Харківської міської ради
Департамент науки і освіти Харківської обласної державної адміністрації
Харківський національний медичний університет
ВГО «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини»

ГЕНДЕР. ЕКОЛОГІЯ. ЗДОРОВ'Я

Матеріали

V Міжнародної науково-практичної конференції

(Харків, 20–21 квітня 2017 року)

Харків
ХНМУ
2017

Друкується за рішенням вченої ради
Харківського національного медичного університету.
Протокол № 4 від 20 квітня 2017 р.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Лісовий Володимир Миколайович – ректор Харківського національного медичного університету, чл.-кор. Національної академії медичних наук України, д-р мед. наук, проф., лауреат Державної премії України;

Кравець Володимир Петрович – ректор Тернопільського національного педагогічного університету ім. Володимира Гнатюка, д-р педагогічних наук, проф.;

Капустник Валерій Андрійович – перший проректор з науково-педагогічної роботи ХНМУ, д-р мед. наук, проф.;

М'яосдов Валерій Васильович – проректор з наукової роботи ХНМУ, д-р мед. наук, проф.;

Гречаніна Олена Яківна – директор Українського Інституту клінічної генетики, чл.-кор. АМН України, лауреат Державної премії України, академік Української академії екологічних наук, д-р мед. наук, проф.;

Летік Іван Васильович – проректор з науково-педагогічної роботи ХНМУ, д-р мед. наук, проф.;

Коробчанський Володимир Олексійович – директор НДІ гігієни праці й професійних захворювань ХНМУ, акад. Української академії екологічних наук, чл.-кор. Міжнародної академії наук інтегрованої антропології, д-р мед. наук, проф.;

Хагенгрубер Рут – голова Департаменту філософії, директор програми «Жінки в науці і філософії» університету Падерборн, Німеччина, проф.;

Карпенко Катерина Іванівна – директор Центру гендерної освіти ХНМУ, д-р філософ. наук, проф.;

Корост Ярослава Володимирівна – виконавчий директор ВГО «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини».

Г 3 Гендер. Екологія. Здоров'я: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (Харків, 20–21 квітня 2017 р.). – Харків : ХНМУ, 2017. – 372 с.

Представлено матеріали більш ніж 300 фахівців та молодих науковців з багатьох навчальних закладів Харкова, 13 міст України, фахівців з Німеччини, Польщі, Греції, Словаччини, Казахстану. Доповіді присвячено гендерним аспектам медицини та екології, а також дослідженню перспектив гендерної медицини.

УДК 314.334.43
ББК 60.542.21

ШАНОВНІ УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ!

Актуальність теми конференції «Гендер. Екологія. Здоров'я» є надзвичайною. Це зумовлено тим, що у суспільстві на цей час відсутнє адекватне розуміння небезпеки екологічних ризиків, що загрожують здоров'ю як жінок, так і чоловіків. На користь актуальності конференції свідчить також недостатньо оцінений позитивний вплив рівноправності статей на охорону навколишнього середовища. Жінки наразі меншою мірою, ніж чоловіки представлені на рівні прийняття рішень щодо природокористування та охорони здоров'я.

Кількість досліджень, заходів, цілеспрямованих стратегій і ступінь інформованості громадськості щодо різних впливів та наслідків екологічних проблем, які стосуються і жінок, і чоловіків, залишається недостатньою.

Але зміни характеру біомедичних гендерних досліджень можуть бути тільки частковою стратегією врахування статі та гендерної нерівності у сфері медицини. Для розуміння повного діапазону впливів на здоров'я людини доречними є їхні дослідження в межах суспільних наук. Немає жодного сумніву щодо необхідності розвитку мультидисциплінарних гендерних досліджень. Їх результати мають важливе значення для здійснення всебічної політики у сфері здоров'я.

Останнім часом в українській системі охорони здоров'я посилюються процеси щодо інтеграції гендерних підходів. Зокрема, наказом МОЗ України від 15.09.2016 № 972 затверджено медико-технологічну документацію зі стандартизації медичної допомоги при гендерній дисфорії. Також обговорюються перспективи впровадження інструментів гендерного бюджетування в сферу охорони здоров'я з метою зменшення/ліквідації нерівності у доступі жінок та чоловіків до отримання послуг, що фінансуються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів.

Сьогодні стало очевидним, що головним чинником у погіршенні репродуктивного здоров'я є сучасна екологічна ситуація, а також економічна криза. Саме тому конференція має на меті інтегрування зусиль представників різних галузей науки для міждисциплінарного аналізу проблем гендерної рівності, екології та здоров'я. Своє бажання взяти участь у конференції висловили вчені багатьох вищих навчальних закладів Харкова, 13-и міст України, фахівці із Німеччини, Польщі, Греції, Словаччини, Казахстану.

Вітаючи учасників конференції, з приємністю зазначу, що цей форум, як і чотири попередні, є прикладом реалізації принципу партнерства. Співорганізаторами конференції стали Міністерство охорони здоров'я України, Харківська обласна державна адміністрація, Харківська міська рада, Всеукраїнська громадська організація «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини» і Харківський національний медичний університет. Такий склад співорганізаторів створює надійну платформу не лише

для різнобічного вивчення проблем гендеру, екології та здоров'я, а й для їх більш послідовного розв'язання.

Переконаний, що результати конференції сприятимуть дослідженню й подоланню гендерних стереотипів, які стримують розвиток сучасної медицини. Вони стануть суттєвим підґрунтям для формування політики гендерної чутливості та досягнення гендерного паритету у системі медичної освіти.

Бажаю усім вам творчих успіхів у наукових пошуках і педагогічній діяльності!

Лісовий В.М.,

Ректор Харківського національного
медичного університету.

Шановні друзі!

Радий привітати учасників, учасниць та організаторів заходу, що вже вп'яте збирає нас у стінах славетного Харківського національного медичного університету, від імені голови Харківської обласної державної адміністрації Юлії Світличної. Єдина жінка-керівниця такого рівня серед усіх регіонів України є сьогодні провайдером принципу рівних прав та можливостей жінок і чоловіків як однієї з найважливіших умов сталого соціально-економічного розвитку, реалізації прав людини та самореалізації особистості, запорукою ефективного розв'язання існуючих проблем, а також повноцінного приєднання України до європейської спільноти. І ми намагаємось, щоб Харківщина була лідером руху гендерних перетворень в країні.

Нові підходи, нові ідеї та рішення: як покращити становище жінок у сферах, де зберігається нерівність; подолати гендерні стереотипи; протидіяти усім формам дискримінації щодо жінок і чоловіків – цього як ніколи потребує наша країна, що опинилася перед викликами сьогодення. І жінки і чоловіки однаково страждають від війни, економічної кризи та корупції, але водночас мають однаковий потенціал щодо сприяння процесам встановлення миру, відбудови та реформування країни.

Впевнений, що під час дискусій та спілкування науковців, практиків, небайдужих до цієї тематики представників громадянського суспільства ви знайдете креативні рішення, розробите ефективні шляхи наближення до тих європейських гендерних стандартів, за якими живуть розвинені країни вже багато років.

З повагою

А. Бабічев,

заступник голови – керівник апарату
обласної державної адміністрації.

Шановні учасники конференції!

Антивікова медицина заснована на застосуванні передових наукових і медичних технологій для раннього виявлення, профілактики, лікування вікової дисфункції, розладів і захворювань. Гендерний підхід у цій царині став сьогодні важливою складовою медичних практик антистаріння. Ця галузь охорони здоров'я ґрунтується на тісному сплетінні інновацій і досліджень в науці з метою подовження здорового життя – тривалості часу, протягом якого людина може жити продуктивно.

Сотні наукових досліджень чітко доводять, що зміна дієти, додавання фізичних вправ, заходи щодо профілактики різних хронічних неінфекційних хвороб благотворно і суттєво впливають на здорове функціонування в старості.

В усьому світі люди шукають способи залишатися здоровими, активними і мати повноцінне життя в старші роки. В результаті принципи способу життя, які направлені на подовження життя (антистаріння), набувають швидкого і широкого визнання як основи здорового способу життя.

Ольга Барна,
Голова правління ВГО
«Асоціація превентивної
та антиейджинг медицини»,
завідувач кафедри загальної практики
(сімейної медицини)
НМУ ім. О.О. Богомольця,
д-р. мед. наук, професор.

Горбунова-Рубан С. О¹, Сичова В. В².

Заступник Харківського міського голови
з питань охорони здоров'я та соціального захисту населення,
Харківська міська рада¹,
ХНУ ім. В.Н. Каразіна²

ДІЯЛЬНІСТЬ ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ЩОДО ПРОТИДІЇ ГЕНДЕРНО-ОБУМОВЛЕНОМУ НАСИЛЬСТВУ

Однією з умов інтеграції України в європейський простір є наявність громадської культури, де гендерно-обумовлене насильство є неприйнятним і неприпустимим. Проте збройний конфлікт на Сході України збільшив прояви гендерно-обумовленого насильства (ГОН) в регіонах, що посилює інтерес до зазначеної теми.

Протидія ГОН та домашньому насильству є складовою гендерної політики. Гендерне-обумовлене насильство – це насильство, яке стосується чоловіків і жінок, і жертвами якого в основному є жінки. Насильство стосовно жінок розуміється як порушення прав людини й форма дискримінації стосовно жінок та означає всі акти насильства стосовно жінок за гендерною ознакою, результатом яких є або може бути фізична, сексуальна, психологічна або економічна шкода чи страждання стосовно жінок, у тому числі погрози таких дій, примус або свавільне позбавлення волі, незалежно від того, чи відбувається це в публічному або приватному житті [2, ст. 3].

Фонд Народонаселення ООН в Україні (UNFPA Ukraine) влітку 2015 р. ініціював дослідження проявів ГОН у регіонах, що постраждали від конфлікту в Східній Україні, а саме – на підконтрольних Україні територіях Донецької та Луганської областей, а також у Дніпропетровській, Запорізькій та Харківській областях, які прийняли основний потік внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Було з'ясовано, що серед жінок із числа ВПО показник насильства з боку сторонніх осіб у три рази перевищив відповідний показник серед місцевих жінок за весь період конфлікту (15,2 проти 5,3 % респонденток) [1, с. 5]. Серед найбільш поширених форм насильства в період конфлікту респондентки зазначали випадки, коли їх принижували або ображали; залякували, шантажували або погрожували; били рукою або давали ляпас; відбирали або вимагали гроші/майно; відбирали документи; змушували працювати без оплати праці або за мінімальні гроші; піддавали неприйнятним висловлюванням сексуального характеру; були випадки й сексуального насильства [1, с. 5]. Досвід пережитого насильства не лише впливає на стан фізичного здоров'я, а й призводить до вагомих психологічних наслідків, які можуть мати тривалий вплив на подальше життя постраждалих. А також може спричинити зростання конфліктності в середовищі ВПО і провокуватиме ризики насильства в сім'ї та поза її межами.

Розпорядженням міського голови м. Харкова від 22.04.2016 № 66 створено Координаційну раду з питань сім'ї, гендерної рівності, демогра-

фічного розвитку, запобігання насильству в сім'ї, гендерного насильства, протидії торгівлі людьми. Вона, зокрема, розробляє методичні рекомендації щодо налагодження міжвідомчого реагування на ГОН з метою налагодження ефективної взаємодії між постачальниками медичних послуг, психосоціальних служб, правоохоронних організацій, органів поліції. Завдяки взаємодії Харківської міської ради, МБФ «Українська фундація громадського здоров'я» (у рамках проекту «Відповідь на гострі гуманітарні потреби найбільш вразливих жінок та неповнолітніх дівчат, які постраждали від збройного конфлікту на сході України), Фонду народонаселення ООН в Україні та МБФ «Ініціатива», у м. Харкові 02.12.2016 р. відкрито Центр допомоги жінкам, постраждалим від насильства.

Отже, діяльність Харківської міської ради сприяє протидії порушенню прав людини, створенню інституційного та культурного середовища, де гендерно-обумовлене насильство є неприйнятним і неприпустимим.

Література

1. Гендерно-обумовлене насильство в регіонах, які постраждали від конфлікту : Звіт за результатами дослідження [Електронний ресурс] / Український центр соціальних реформ. – К., 2015. – Режим доступу : http://www.unfpa.org.ua/files/articles/6/55/GBV%20Prevalence%20Survey_UKR.pdf

2. Конвенція Ради Європи про попередження та боротьбу з насильством щодо жінок та домашнім насильством та пояснювальна доповідь. Стамбул (Туреччина), 2011. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680093d9e>

Кравець В. П.

Тернопільський національний педагогічний університет
ім. Володимира Гнатюка

СЕСУАЛЬНА ПЕДАГОГІКА ЯК НОВА ГАЛУЗЬ ПЕДАГОГІЧНИХ ЗНАТЬ

Під сексуальною педагогікою розуміють розділ педагогічної науки, що на основі вивчення сутності та закономірностей статевого дозрівання, гендерних особливостей психосексуального розвитку обґрунтовує зміст і технології сексуальної соціалізації дітей та підлітків, вивчає сутність і закономірності сексуальної освіти, статевого виховання та формування сексуальної і репродуктивної культури, їх взаємозв'язок з вихованням особистості взагалі. Сексуальна педагогіка – це галузь науки, утвореної на стику психології і педагогіки, що включає елементи соціальної психології та соціальної педагогіки, а також сексології та гендерології, сексуальної соціології та психології, репродуктивної біології, етики та естетики.

Сексуальна педагогіка має свій **об'єкт**: формування і розвиток особистості та індивідуальності людини як особлива функція суспільства. **Предметом** сексуальної педагогіки є формування сексуального досвіду та сексуальної культури людини і визначення на цій основі процесу її соціалізації як спеціально організованого педагогічного процесу, закономірностей та принципів організації сексуальної соціалізації підростаючого покоління.

Метою сексуальної педагогіки є формування цілісної особистості, що відносить себе до певної статі, здатної усвідомлювати свої психічні і фізіологічні особливості, соціальні і моральні норми і, завдяки цьому, встановлювати оптимальні стосунки з людьми своєї і протилежної статі. Іншою метою є формування адекватних знань про прояви статі, що сприятиме зменшенню неuczтвa, соромливості, заборонності, таємничості у питаннях, що стосуються цих проявів, а також попередженню виникнення у дітей шкідливих звичок і передчасного пробудження статевого потягу.

Основні завдання сексуальної педагогіки:

– розкриття педагогічних аспектів процесу сексуальної соціалізації дівчаток і хлопчиків як суб'єктів шкільного виховання, впливу складних і багатовекторних взаємодій з батьками, однолітками, педагогами, матеріалом шкільних підручників і курсів на становлення сексуальної ідентичності індивідів обох статей;

– дослідження психофізіологічних та психологічних змін, що відбуваються в період статевого дозрівання та вироблення психолого-педагогічних рекомендацій щодо їх врахування в освітньо-виховному процесі;

– вивчення еротичних та сексуальних реакцій школярів різного віку та різної статі та формування рекомендацій педагогам та батькам із сексуальної соціалізації вихованців;

– виявлення можливих наслідків ризикованої статевої поведінки школярів різної статі;

– дослідження психолого-педагогічних аспектів формування адекватних сексуальних орієнтацій;

– дослідження психологічних і педагогічних засобів і умов формування сексуальної культури людини;

– аналіз ролі школи як соціального інституту в сексуальній соціалізації дівчаток і хлопчиків, сприяння ліквідації дискримінації за статевою ознакою, подоланню найбільш жорстких сексуальних стереотипів у шкільній практиці;

– розробка нормативної моделі і механізмів сексуальної соціалізації дітей в сучасній сім'ї, теоретичний пошук її вирішення;

– виявлення закономірностей і методики педагогічного впливу вчителя на сексуальні ідентичності учнів;

– виявлення й обґрунтування шляхів врахування в освітньо-виховному процесі школи гендерних особливостей сексуальності статей;

- узагальнення світового та європейського досвіду сексуальної соціалізації школярів;
- розробка психолого-педагогічних умов формування репродуктивно-контрацептивної культури шкільної молоді тощо.

Література

1. Кравець В. П. Сексуальна педагогіка : навч. посіб. / В. П. Кравець. – Тернопіль : ТНПУ ім. В.Гнатюка, 2016. – 320 с.

Капустник В. А.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНИХ ХВОРОБ

Останнім часом частка жінок у оплачуваній робочій силі різко зростає. У середньому жінки становлять близько 42 % глобального оплачуваного працюючого населення, що робить їх внесок в національну економіку незамінним. Видима присутність жінок в оплачуваній зайнятості стимулювала роздуми про те, як їх здоров'я повинне бути захищено, і, в свою чергу, про те, як стать впливає на їхнє здоров'я у зв'язку з характером роботи.

Жінки, як правило, виконують відмінні від чоловіків завдання, працюючи в різних секторах виробництва. Жінки частіше зайняті в неформальному секторі, наприклад, в домашній роботі та вуличній торгівлі. Вони можуть працювати не залишаючи власного будинку. В цілому жінки рідше, ніж чоловіки займають керівні посади у виробництві.

Умови праці та зайнятості також можуть відрізнитися в залежності від статі. У деяких країнах жінки піднімають важкі вантажі, а чоловіки виконують адміністративну роботу, в той час як в інших – переважає протилежна ситуація. В одних країнах жінки більш ймовірно можуть стати безробітними, а в інших – частіше чоловіки залишаються без роботи. Жінки, як правило, працюють більше годин дома і менше поза домом, і вони, як правило, беруть на себе основну відповідальність за сімейне благополуччя. Чоловіки в багатьох країнах більше зайняті у сезонній роботі (риболовецький бізнес, лісове господарство) [1].

У всьому світі жінки більше страждають від зростаючого конкурентного тиску, що призводить до ненадійності робочої зайнятості, обмеження можливості для навчання і просування по службі, а також неадекватної соціальної допомоги (наприклад, страхування, відпустка з причини хвороби).

Розподіл функцій на роботі відрізняється за статевою ознакою. В країнах, що розвиваються, жінки і чоловіки виконують різні завдання в галузі сільського господарства, видобутку корисних копалин, у сфері послуг. У Південній Африці, наприклад, жінки частіше зазнають впливу пестицидів побічно, під час посадки і збирання врожаю, а чоловіки – безпосередньо під час їх виготовлення. Різні фізичні і психологічні стресфактори по-різному впливають на жінок і чоловіків, це, зокрема інтенси-

вне навантаження, монотонна повторювана робота, важка праця. Жінки виконують більшу частину медико-санітарної допомоги робітникам, піддаються ризику зараження (в т. ч., під час надання медичної допомоги), травма опорно-рухового апарату і психічного вигорання. Жінки, як правило, страждають від дискримінації, насилля, переслідувань і домагань частіше, ніж чоловіки [2].

Отже, професійні захворювання реєструються не лише за діагностикою, збудником, віком, родом занять, сферою діяльності, а також за статтю. Так, статистичні дані вказують, що в цілому професійні алергічні захворювання становлять 14 % від загального числа зареєстрованих професійних захворювань. Наше дослідження показало, що кількість випадків алергічного альвеоліту (чоловіки – 52, жінки – 53) і бронхіальної астми (186 чоловіків / 184 жінок) була приблизно однаковою серед обох статей. Жінки більше представлені при алергічному риніті (184 жінок/ 114 чоловіків), алергічному контактному дерматиті (234 жінок/ 152 чоловіків), а також при контактній кропив'янці/білок-контактному дерматиті (114 жінок/ 45 чоловіків).

Відповідно до сучасних уявлень, немає великих гендерних відмінностей у розвитку астми або алергічного риніту. Більша кількість жінок із професійною дихальною алергією і гострою алергією шкіри може свідчити про те, що жінки більш залежні від алергенів типу I, ніж чоловіки. Зростаюче число випадків алергічного контактного дерматиту у жінок може свідчити про схильність до уповільненого типу алергії, а професійне опромінення жінок – про вплив контакт-алергенів.

Література

1. Thiede M., Liebers F., Siedler A., Gravemeyer S., Latza U. Gender specific analysis of occupational diseases of the low back caused by carrying, lifting or extreme trunk flexion–use of a prevention index to identify occupations with high prevention needs <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4225683/>
2. Women and occupational diseases. The case of Belgium https://www.etui.org/content/.../5203/.../Report-122_UK.pdf

М'ясоєдов В. В.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНА МЕДИЦИНА ЯК ОСВІТА І ПРАКТИКА

Гендерна медицина фокусується на вивченні впливу статі на фізіологію та патофізіологію людини, клінічні ознаки захворювань. Поняття «гендер» належить до складного взаємозв'язку та інтеграції статі як біологічного і функціонального маркера людського тіла і психологічної та культурної ідентифікації людини (через етнічні, соціальні та релігійні контексти).

Гендерний підхід привертає увагу до впливу гендерних відмінностей на патофізіологію і, отже, на можливе керування найбільш поширеними соціальними захворюваннями, такими, як серцево-судинні захво-

рювання, онкопатологія, остеопороз, цукровий діабет, нейродегенеративні порушення, тривоги і розлади настрою, ревматичні захворювання та ін.

Призначення наукових досліджень у сфері гендерної медицини – виступати дієвим інструментом для лікарів загальної практики і фахівців, зацікавлених у гендерній галузі охорони здоров'я та медицини. Поширення інформації про гендерну медицину через засоби комунікації, ЗМІ, для формування політики в галузі охорони здоров'я та економіки охорони здоров'я є надзвичайно актуальним. Інтерес до цього знання і практики заснований на тому, що люди відповідальні за власне здоров'я. А чоловіки й жінки, хоч і є рівними у політичному сенсі, на чому наполягає сучасна гендерна теорія, все одно різні, що треба враховувати. У цьому контексті доречно звернути увагу, що наказом МОЗ України від 15.09.2016 № 972 затверджено медико-технологічну документацію зі стандартизації медичної допомоги при гендерній дисфорії [1].

Важливо підкреслити, що мета імплементації гендерного підходу у медицину та медичну освіту не пов'язана зі створенням нової спеціальності з гендерної медицини, а являє собою зусилля щодо зосередження уваги на гендерних відмінностях та їх впливові на індивіда в діагностиці, профілактиці та лікуванні захворювань у межах багатьох медичних спеціальностей.

Література

Наказ МОЗ України від 15.09.2016 № 972 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гендерній дисфорії». – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160915_0972.html.

Уте Зіленд (Ute Seeland),

Інституті Гендеру в медицині
Берлінського медичного університету – Шаріте
Institute of Gender in Medicine,
Medical University of Berlin – Charite

ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОННОГО КУРСУ НАВЧАННЯ З ГЕНДЕРНОЇ МЕДИЦИНИ

FEATURES OF E-LEARNING COURSE ON GENDER MEDICINE

Курс електронного навчання з гендерної медицини висуває на перший план статеві і гендерні відмінності в стані здоров'я і хвороби. Знання в цій галузі є важливим кроком на шляху до індивідуалізованого і більш успішного підходу в медицині. Курс спрямований на підвищення рівня знань студентів щодо статевих відмінностей і гендерних аспектів лікування. Гендерний підхід у медичному навчанні заохочує дискусію між студентами, а також між фахівцями. Мета електронного курсу полягає в тому, щоб надихнути дискусії щодо спірних питань і спонукати студентів шукати для цього нові знання. Саме широкий спектр доступної інформації забезпечує предметну й результативну дискусію.

Концепція навчання в освіті дорослих заснована на конструктивізмі, який поєднує теорії навчання і певний професійний досвід. Ця теорія припускає, що знання не може бути однаковим для всіх. Воно конкретизується для кожної окремої людини. Це процес навчання, який дозволяє студентам активно формувати своє середовище навчання, і, таким чином, самостійно формувати свої знання на основі надійних і важливих джерел. Студенти можуть поєднувати нову інформацію із середовища навчання з їх попередніми знаннями з метою їх подальшого власного осмислення і розуміння. Якщо нова інформація не корелює з попереднім знанням або досвідом і їх узгодження неможливе, то необхідно змінити структуру знань таким чином, щоб нова інформація знову стала значущою для студента. Взаємодія між студентами і їх середовищем навчання, а також цілями навчання є важливою частиною процесу навчання. Студенти матимуть можливість користуватися різними джерелами інформації. Курс електронного навчання з гендерної медицини спирається на змішану концепцію навчання для того, щоб дозволити студентам вибирати з різних «навчальних інструментів». Змішана концепція навчання включає «лицем до лица» (аудиторне) навчання, електронного навчання й он-лайн співпраця.

Для досягнення мети залучаються різнобічні педагогічні підходи. Студентам надаються тексти для навчання з базових дисциплін, у структурах яких артикульовані гендерні аспекти. Наявність базових знань з конкретної дисципліни є умовою вивчення її гендерної складової. Аудіо/відео матеріали візуалізують і додають емоційну складову відносно розуміння відповідних захворювань. Електронний курс включає короткий опис змісту модуля. Ключові повідомлення для перегляду є легко доступними для ознайомлення. Використовуються також комплекти питань у вигляді вікторин, ігор. Вивчаються історії хвороб, і перш за все «типові» приклади захворювань. Для підготовки до електронних тестів пропонується додаткова література, яка підготовлена експертами у конкретній галузі медичного знання. Власні переконання студенти закріплюють також, спілкуючись на дискусійному форумі (чат) з гендерної медицини. Можливість обговорити проблемні питання та обмінятися думками закріплює знання та допомагає формувати професійні переконання, що і є основною метою електронного курсу з гендерної медицини.

Прикладом такого спілкування стала участь студентів Харківського національного медичного університету у семінарі «Гендерна медицина: знання – комунікація – інновація», який було проведено у Інституті Гендеру в медицині Берлінського медичного університету – Шаріте. Директор інституту професор Вера Регітз-Загрозек запросила професора кафедри філософії ХНМУ, директора центру гендерної освіти ХНМУ Карпенко К. І. виступити на заході з лекцією про перспективи гендерної медицини в Україні. Активну участь у семінарі взяли студенти ХНМУ: Анастасія Мартиненко, Анжела Абдуїєва та Марк Адамський. Участь пред-

ставників ХНМУ у семінарі була підтримана грантом від Німецького товариства гендерної медицини (Deutschen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin e.V. (DGesGM e.V.).

Отже, подальший успіх електронного навчання з гендерної медицини залежить від послідовної реалізації його базових принципів.

Hovorun T. V.,

John Paul II Lublin Catholic University, Poland

GENDER DIFFERENCES IN SELF-PRESENTATION: WHO IS MORE ENDURING?

There is gender gap in career self-identity and professional achievement. What is the psychological background of the existing gender differences? Is it due to women's lower self-esteem and confidence in professional settings? The present research aims to address these questions. 82 students from colleges in Ukraine took part in the survey. Women constituted 60 % of the sample.

Respondents were administered a series of surveys: "Three types of competence" (A. Matchak); "People at work" (A. Matchak, A. Yavorovska); "The multidimensional self" (E. Obrayan, S. Epstein). "Life existential attitudes" (Richard Klamut).

This technique had especial value because of sex comparative test results: Purpose: The high scores mean conviction of having clear and well-defined goals in life and a sense of orientation in time from past to future. Low data indicate a lack of purpose for direction in life, as well as persuasion in possibility of the implementation of positive experiences in purposeful activity. Internal consistency- high scores mean consistent picture of understanding the self, accepting its own existence. Low data is nonarrangement of his or her own life activity, unaccepted changes in the life, its obscurity, the lack of understanding of his own life lack of purpose activity. Control of life – low scores mean lack of conviction the possibility of having control over their lives, beliefs, that he / she is the author's own decisions and bear responsibility for it. High scores mean the possibility of having control over their lives, the persuasion in it. Acceptance of death-high scores means that a person treats death as a natural aspect of life, fearlessness toward an end of life. Low scores-survival is the prospect of death in terms of fear, before the end of the own existence. Existential emptiness-high scores mean no sense of value and meaning in their own lives, lack of life goals and meaningful actions, feeling apathy, boredom, simply withdrawing from participating activities. Low scores – effective, creative sense of purposeful activity.

The search for the purpose – high scores mean a desire to leave the routine of life, accepting motivation and readiness for new challenges. The low ratio indicates the lack of potentiality, but undesignated incentive voltage. Personal meaning Index-high scores signify state of personal meaning, life organized and tar-

geted to coincide with important life's goals for implementation; the result of this is the experience of personal identity. Low scores – mean lack of personal sense, sense of creative activity (important goals in life), ability to understand the world, the life experience of their own identity. The balance of attitudes to life-high scores mean that a person is efficient in experiencing own life activity in perspective sense, is convinced of its own event control, being the author of his own life, a high level of self-subjectivity. Low scores-lack of feeling self-possibilities of organizing the own life activity, distance to his own existence; thinking about death increases anxiety and fear, a high level of voltage undesignated incentive belief in the inability to control their own actions. The analyses compared levels of endorsement between men and women. Female students show higher levels of social competence. They have more relationships at work and are better capable of solving interpersonal issues. However, females score lower on the feelings of subjective control and assessment of success, which indicates recognition of the barriers that existing work conditions and stereotypes pose on their professional success. The self-assessment indicators show higher levels of female identity in comparison to male peers. Women demonstrate higher self-acceptance as a result of coherence between moral views and factual behavior and a more favorable assessment of their physical attractiveness, popularity, competence, capacity for leadership, and managing people. However, the general level of women's self-esteem is lower, which may be rooted in the fear of possible rejection by society where success is measured through male standards. Men show the desire to be seen in the best light, which sometimes is accompanied by anger and aggression when they feel misunderstood or underestimated.

According to “People at work” findings, women show higher levels of being in control in job settings. Males are more likely to attribute their success to external factors while women are more likely to attribute any kind of advancement to their own efforts.

The findings from “Life existential attitudes” show that women's feelings of responsibility, internal values and goal consistency are higher in comparison to the male sample. Lower scores on the existential vacuum and death acceptance dimensions show women's concern over providing for others and a higher level of anxiety and uncertainty about the future. The data suggests that young women in Ukraine enter into the professional world believing in their competence and in having control of their professional achievements. They are less likely to endorse external factors, such as connections or luck, as determinants of their success, contrary to the stereotypes of women's preference to be submissive in professional settings.

Our research suggests that an important barrier to women's success in a workplace is their own acknowledgement of the societal stereotypes that show women in a more negative light than men. Distancing themselves from such stereotypes is an important first step to successful professional self-presentation among young women.

Discovered gender segregation in professional and economic interests and professional skills indirectly proves imbalance between public and private, professional and family functioning between male and female population. Creation equal opportunities for young men and women to achieve social status in professional settings is impossible without overcoming traditional stereotypes, adopting egalitarian ideology in social-economic activity, interchangeability of sexes in family functioning.

Received psychological dichotomy manifest the necessity to change focus on the areas of economic self-presentation (women – family area, men – public). We should note that the economic culture of the individual has determined by sex belonging. But there appeared such new aspect of professional functioning as presentation of own competence, which determine women to overcome stereotypical attitudes by demonstrating potential job opportunities, the ability to achieve high social status in vocational activity and career growth. Contemporary economic expectations provide the ability for self-navigation in economic processes by demonstrating more assertiveness in self-presentation of personality professional potential without looking at sex-belonging.

Ruth Hagenruber¹, Kateryna Karpenko²,

University of Paderborn, Germany¹

Kharkiv National Medical University, Ukraine²

ECOFEMINIST STANDPOINTS OF ECONOMIC GROWTH

The most correlative analysis of environmental economics comes from the social version of ecofeminism insisting that the destruction and exploitation of nature by men has its roots in the domination of women by men. In this sense, ecofeminist analysis enhances methodological foundations of environmental economics. Whereas many environmentalists identify industrialization and new technologies as appropriate tools for economic growth, the representatives of ecofeminist approach believe that the proliferation of technology should be balanced and more attention must be paid to pollution and natural resource preservation. They look forward to self-sufficient, decentralized relations of production, where men and women work together in reciprocity with external nature, no longer alienated or diminished by a gendered division of labour and international accumulation [1, 5, and 7]. To accomplish these objectives, ecofeminist and philosophical standpoints of Val Plumwood, Ariel Salleh, Maria Mies and others will be utilized to analyze the advantages and disadvantages of technological development to human and nature. Ecofeminist philosophy is dialogical in nature, as a kind of remark, response, reaction or comment on already formulated postulates, axioms, theorems and conclusions. Despite the criticism ecofeminism is far from being just an echo.

In the book “Feminist and the Master of Nature” (1993) V. Plumwood developed five key features of the logic of colonization. The first touches the *backgrounding* qualities. In society women’s domestic labor (child rearing,

housework, cooking etc) has traditionally held no monetary value placed on it, rather it is sentimentalized. Here women are like nature. *Radical exclusion* is the second feature. In traditional patriarchal society we have woman and man and we also have humans and animals, both are seen as separate, as different as having nothing in common. *Incorporation* means that subordinate groups are always defined in terms of lack, lack of valued traits, as non-rational and with lack of reason, like humans treatment of nature. The fourth feature is *homogenization*. Subordinate groups often are defined by their lack of difference among the members of the subgroup – all looking the same, thinking the same, acting the same. People say that all animals are the same but of course we understand there are different species within that group with different needs and concerns. *Instrumentalism* is the fifth feature, where the subordinated women and nature are valued only as a means to an end.

Let's try to refract these comments into the context of a modern environmental economics, which examines in what ways industrialization and new technologies can continue without causing any harm to nature or with the least damage possible. In strictly economic terms, people – it is a means of production, and gender equality is a more effective competition on the labor market.

Women have made huge progress in the workplace, but still get lower pay and far fewer top jobs than men. Why? Because in the context of traditional *backgrounding* qualities the monetary value of their jobs is underestimated.

Numerous modern studies have shown that the higher the level of women's participation, the better the economic results at the level of both the company and the country, and the world. Of course, it is important to understand the cause and effect relationship: the mechanical performance does not improve the women inclusion on boards of directors and simultaneous resolving of the environmental problems. The intelligent policy of human capital management leads to the fact that the posts are appointed by the most worthy candidates. In turn, the presence of women in the governing bodies of companies and states usually means that at least some elements of such a policy in the organization are present.

“Denying women full participation in the global economy is costly. McKinsey & Co. has now calculated by just how much. Full gender equality would add 26 percent, or \$28 trillion, to global gross domestic product in 2025, according to a new report by the consulting firm's research and economics arm.

While capturing that potential may not be realistic in the short term, boosting women's equality at the same rate as the fastest-improving nation in a region - bringing Bangladesh to the level of Singapore, for instance - would increase annual GDP by \$12 trillion in 2025, the study said” [Colby L.].

Eliminating the remaining gap between male and female employment rates could boost GDP in America by a total of 9 %, in the euro zone by 13 % and in Japan by as much as 16 % [Closing the gap].

When women have equal opportunities (not formally, but in fact), it increases the number of trained workers in the economy and increasing competi-

tion for key positions. Competition in the labor market, in turn, means better value for money and quality of work, and thus gives the employer the opportunity to invest, create jobs, and create further economic growth. In this context, ecofeminist analysis highlights eco-critical concerns towards sustainable development and preserving natural resources and ecosystems. Ecofeminists reject the mainstream assumption that economic growth will automatically bring a reduction in gender inequality

Here, it is important to refer to Maria Mies' (Mies & Shiva, 1993) attitude to technological development. She indicates that the development of technology in a capitalist patriarchal society is not meant to make human beings happy but to allow continuing accumulation of profit. Industrialization and technological development lead to exploitation of marginalized classes in human society. She also focuses on biotechnologies that, from her point of view, are designed to manipulate and appropriate women's ability to reproduce, so reducing their human dignity. M. Mies suggested that the merits and demerits of a technology depend on its application, its accessibility for all people and its effect on social relations [Mies & Shiva, 1993]. These findings can be accepted without question. Today they are still relevant.

At the same time, claiming equality as being achieved simply by being allowed membership within the dominant group is methodologically wrong. According to environmental sociologist John Barry (1999), the original form of ecofeminism dates back to "Vindication of the Rights of Women" written by Mary Wollstonecraft and published in 1792 [See: 2]. But M. Wollstonecraft advocated that equality could be achieved on the basis that women are no less rational than men, therefore placing women in opposition to animals. Ecofeminists insist that rather we must seek emancipation by denying patriarchal dominance. We must question the terms in which emancipation has been framed.

Ecofeminism takes care not to sentimentalize nature. Ecofeminist relationship to nature is an ethics of mutuality, of interdependence and respects of the interests and needs of the 'other'. Besides, we don't need simply reverse the dualism, as rationality is bad and nature is good. While revaluing this bond is important, we need to revalue relationships between men and women and between men and nature. An equal potential for men is to adopt nature-friendly practices and values.

Literature

1. Bauhardt, C. Degrowth and Ecofeminism: Perspectives for Economic Analysis and Political Engagement / <http://www.degrowth.de/wp-content/uploads/2015/08/3347>

2. Barry, J. (1999). Environment and social theory. London: Routledge.

3. Closing the gap Women have made huge progress in the workplace, but still get lower pay and far fewer top jobs than men. Barbara Beck asks why / <http://www.economist.com/node/21539928>

4. Colby L. How Do You Boost GDP by \$28 Trillion? Gender Equality Would Do It, McKinsey Says / <http://www.bloomberg.com/news/articles/2015-09-24/mckinsey-says-gender-equality-would-boost-gdp-by-28-trillion>

5. Farrell P. Opinion: 7 reasons women will lead the new world order / <http://www.marketwatch.com/story/7-reasons-women-will-lead-the-new-world-order-2014-08-29>

6. Mies, Maria, and Vandana Shiva. *Ecofeminism*. Halifax, N.S. : Fernwood Publications; 1993.

7. Plumwood V. (1993) *Feminism and the Mastery of Nature*, London: Routledge.

Julia Sonja Leries (JSL)

Paderborn University, Paderborn, Germany

GENDER ASPECT IN HILDEGARD OF BINGEN'S MEDICAL WORK: SOME INSIGHTS FOR MEDICAL ETHICS

Apart from a few scientifically substantiated publications and a number of popular-scientific literatures on the universal scholar Hildegard of Bingen (1098–1179), the innovative impact of her medical and scientific writings has so far not been sufficiently investigated for today's medical ethics. This paper addresses this issue and focuses on gender aspects in Hildegard's medical works. From the rich variety of her opus, parts of Hildegard's *Causae et curae* and *Physica* will be examined. Although *Physica* is build up like typical medieval texts of this genre, it was written under a specific, empiricism-oriented medical perspective focusing on applied sciences. With regard to medical ethics, *Causae et curae* and *Physica* agree with medieval medicine in the basic concept and are, nevertheless, full of progressive approaches. As for the human constitution, Hildegard develops a complex system of twenty-four physical and eight sexual typologies which are applied to both sexes. Physicians, medievalists, and philosophers are not only amazed by this system that greatly exceeds the ancient theory of the four humors still commonly referred to in the medieval ages, but also by the non-judgmental and natural way in which Hildegard describes both physical and mental illnesses. Thus, emotional and psychological problems as well as erectile dysfunctions, and menstrual disturbances are treated the same and not morally condemned. The focus is on recovering the health of the individual sick being, man or woman, and even animals. To understand Hildegard's medical writings, it is essential to comprehend her anthropological assumption made in her visionary trilogy that the human being is a *corpus ubique*, which is realized by means of its corporality in the other. Hence, man and woman are ordered toward each other like body and soul. Hildegard develops a holistic approach to health promotion where the interdependence of humans as corporal beings and the positive influence on body and soul have to be considered in order to cure a sick person. The emphasis here is on the "proper conformity" of the soul and the body. Consequently, it is less

the therapeutic correction with its remedies that characterizes Hildegard's medical approach, it is the activation of the inherent healing powers which are developed by focusing on a sensible order of life.

- Cadden, Joan 2000. Western Medicine and Natural Philosophy, in Bullough, Vern L. & Brundage, James A. (Eds.): *Handbook of medieval sexuality*. New York, NY: Routledge, 51–80.

- Derschka, Harald 2013. *Die Viersäftelehre als Persönlichkeitstheorie: Zur Weiterentwicklung eines antiken Konzepts im 12. Jahrhundert*. Ostfildern: Thorbecke.

- Fuchs, Rebecca M. 2016. *Zur Anschauung von „Leben“ bei Hildegard von Bingen: Ein Schnittpunkt von Poesie und Theologie*. Berlin: de Gruyter.

- Green, Monica H. 2009. Integrative Medicine: Incorporating Medicine and Health into the Canon of Medieval European History. *History Compass* 7(4), 1218–1245.

- Hagenhuber, Ruth 2015. Cutting through the Veil of Ignorance. Rewriting the History of Philosophy. The History of Women's Ideas. *The Monist* 98(1), 34–42.

- Hildegard & Carlevaris, Angela (Ed.) 1995. *Liber vit[a]e meritorvm*. Tvrnholti: Brepols. (*Corpus Christianorum Continuatio mediaevalis*, 90).

- Hildegard, Delorez, Albert & Dronke, Peter (Eds.) 1996. *Liber divinorum operum*. Tvrnholti: Brepols. (*Corpus Christianorum Continuatio mediaevalis*, 92).

- Hildegard & Führkötter, Adelgundis (Ed.) 1978. *Hildegardis Scivias*. Turnholti: Brepols. (*Corpus christianorum Continuatio mediaevalis*, 43/43A).

- Hildegard, Hildebrandt, Reiner & Gloning, Thomas (Eds.) 2010. *Physica: Liber subtilitatum diversarum naturarum creaturarum*. Berlin: de Gruyter.

- Hildegard & Moulinier, Laurence (Ed.) 2003. *Beate Hildegardis Cause et cure*. Berlin: Akademie-Verl. (*Rarissima mediaevalia Opera latina*, 1).

- Hildegard & Riha, Ortrun (Ed.) 2012. *Ursprung und Behandlung der Krankheiten: Causae et curae*. Beuron: Beuroner Kunstverlag.

- Hildegardis & Riha, Ortrun (Ed.) 2012. *Heilsame Schöpfung – die natürliche Wirkkraft der Dinge: Physica*. Beuron: Beuroner Kunstverlag.

- Riha, Ortrun 2015. Anthropologische Grundlinien hildegardischer Naturkunde, in Berndt, Rainer & Zatonl OSB, Maura (Eds.): *Unversehrt und unverletzt: Hildegards von Bingen Menschenbild und Kirchenverständnis heute*. Münster: Aschendorff. (*Erudiri sapientia*, 12), 77–88.

- Schipperges, Heinrich & Broadwain, John A. 1997. *Hildegard of Bingen: Healing and nature of the cosmos*. Princeton, NJ: Markus Wiener Pub.

- Sweet, Victoria 2006. *Rooted in the earth, rooted in the sky: Hildegard of Bingen and premodern medicine*. New York: Routledge.

STRENGTHENING OF A GENDER PERSPECTIVE IN SPORT

The right to sport and physical activity is one of the main human rights in the International Charter of Physical Education and Sport, adopted in 1978 by the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

Sport, as initially a "male" type of activity, contributes to the formation of the corresponding character traits (purposefulness, perseverance, firmness of character, focus on competition, self-confidence and rigidity in behavior). However, at the moment, sports are already almost completely won by women. The realities of today reflect the strengthening of a gender perspective for girls and women of all ages in the field of education, promoting women's participation in all sports and physical activity, including instruction, training and management at the national, regional and international levels. 2000 was a truly significant year for women athletes.

100 years ago, women for the first time took part in the Olympic Games. But it does not mean that they today have got an opportunity to participate in sports competitions of an international scale on an equal footing with men. There are problems of gender asymmetry in modern sports: for example, at the Olympic Games in Mexico (1968), the results of the biological definition of femininity were first published, all participants of the Olympic Games were physically examined (in reality, it is very humiliating).

But even more modern chromosome tests raise a psychological obstacle before women-athletes, which they have to overcome. In response to active demands over a number of years to develop new methods of testing femininity that do not have destructive effects on the athletes' personality, the International Athletics Federation (IAAF) in 1991 at the World Championships in Tokyo agreed to stop the test on femininity. He was replaced by a health test for all athletes, regardless of their gender.

It is necessary to note the essential role of sports specialization. Athletes who specialize in martial arts are more psychologically masculine than female athletes engaged in feminine sports. They are characterized by developed will, greater aggressiveness and higher self-esteem of a number of qualities that usually associated with masculinity.

Athletes engaged in "Feminine" sports, on the contrary, demonstrate the development of a person's feminine type. Thus, the employment of certain sports contributes to either consolidating or destroying traditional gender patterns of behavior. Today, women have more opportunities than ever before to engage in sports and physical training, up to the professional level.

Nevertheless, the number of female athletes lags behind the number of male athletes in all countries of the world. In addition, women are practically not represented in the position of coaches, management of sports teams, as

arbitrators and judges. The resolving of all the problems is still quite far away and the issue of discrimination against women in sports is still quite acute. For example, the problem of women's participation in the management of sport continues to exist, because there are very few of them who hold high positions in sports organizations. But on the whole there has been an egalitarian tendency towards women in sport.

Psaltopoulou Dora,

Aristotle University of Thessaloniki, Greece

GENDER DIFFERENCES IN MUSIC PSYCHOTHERAPY

Music Therapy is a tridimensional therapy in a polyphonic relation between three main components: "science", "interpersonal relationship" and "art" (Bruscia, 1989). The issue is discussed from theoretical, philosophical, research and clinical practice based evidence.

Does music induce emotion in the listener or do we project emotion to music? It is the latter opinion that is supported most frequently in music psychology research. Various studies demonstrate that a variety of physiological and psychological changes occur when listening to music, although it is not yet clear how these changes are brought about, related directly to musical qualities. The question how music influences the listener is of importance to music therapy.

In clinical practice, evidence shows that when negative emotions are expressed, shared and sublimated, positive effects emerge in all areas for the individual. Thus in music therapy every emotion is of value and significance whereas, lack of emotions, positive or negative hinders the therapeutic process.

The issue of gender differences in benefit from psychotherapy is enigmatic. Although it is generally assumed that women are more empathic, relational, and psychologically minded than men, the majority of studies have failed to confirm the assumption that females benefit more from psychotherapy than males, and that women therapists are more effective than their male counterparts. This lack of empirical confirmation is probably due to a multitude of uncontrolled factors. These include therapist-patient gender combinations, therapists' experience and gender attitudes, patients' diagnoses, issues and developmental level, gender differences in therapy process and gender sensitivity of outcome measurements. Regarding psychotherapeutic method, no studies were found investigating gender differences in outcome of creative arts therapies.

In contrast to a comparative model of gender that implies that gender is something you have, a performative model of gender points towards gender as something that is construed in relationship and in context. From this perspective music therapy can be understood as an arena for performance and negotiations of gender. In this process, music therapy can conceal a range of socio-cultural and political dimensions significant in how people manage their sense of self, health, and well-being. Music therapy is intertwined with the broader context of cultural politics. The perspective task is to study how gender and sexuality are located

through singing as a musical act and cultural gesture, and how the social presence of the voice is implicated in sexual politics. It is important to examine the notion of interrupted voices in everyday life and therapy.

Literature

1. Psaltopoulou, Theodora (2012). *Music therapy in children with special needs: A complete therapy*. Proceedings of the 19th International seminar of the ISME Commission on Music in Special Education, Music Therapy and Music Medicine. – P. 224-231. 30th ISME World Congress Commission on Music in Special Education, Music Therapy and Music Medicine, Thessaloniki.

Chornopyska O. P.,

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

GENDER FEATURES IN EDUCATION IN UKRAINE

In the Ukrainian education system boys and girls are taught differently. At first glance this statement contradicts the reality – the Constitution and education laws prohibit directly discrimination based on sex.

Ratio of women and men, or as it is called, the index gender parity at schools and universities is close to unity.

In other words the number of people of both sexes in educational institutions is almost equal. The access to both the school and higher education is open to girls – a system of admission to universities practically excludes subjective factors. But statistics tell us something different: distinctly “female” and “male” areas are in higher education as well as in the labor market. Is such a horizontal gender segregation or separation in education and professional life depending on gender the result of free choice?

Why do girls want to be nurses and teachers, but not radio physic specialists, aircraft designers or militaries? Let us try to find answers to these questions in the hidden gender career guidance at school.

From early childhood, girls and guys have been consciously and unconsciously prepared for different kinds of activities, different interests and skills. It must be said about the income gap – in most cases “female” areas are lower paid and less prestigious, because man must “feed the family”.

If you look at the motivation of educational institution and profession choice, there is no difference by gender. For both female and male students prestige of the university, the ability to find a good job, the interests in the profession are equally important.

However, when the time comes to choose a profession, we get the aforementioned horizontal gender segregation. Thus, while girls are studying at schools and universities no worse and often better in comparison with guys, teach math, but in the end, they still find themselves on the “brides’ faculties”, as if the entrance to the technical professions for them is closed [1].

Unfortunately, according to the school curriculum girls have been still taught cooking and sewing, and boys – basics of military affairs. On the other

hand, everyone, regardless of gender, should be able to equip his everyday life and behave appropriately in case of emergency or armed conflict.

Anyway girls and boys are divided implicitly. As a result, existing studies have been confirmed by the educationalists: from a certain point teachers of math's, computer science or physics start to pay more attention in class to boys, often calling them to the board and giving complex tasks. Instead, the girls are expected and therefore required greater achievements on the languages and literature lessons.

Such practices are caused by deeply rooted gender stereotypes. To eradicate them there is a need of systematic training of teachers. It is also necessary to "clean" educational programs and textbooks removing gender stereotypes or frank sexism from them. Only then gender equality will come into the school not only with academic exploration projects, but as a fundamental value of government policy.

Literature

1. Iryna Kogut. Xlopchyky – napravo, divchatka – nalivo. Yak vyglyadaye genderna rivnist v osviti / Ukrayinska Pravda, 06.07.2016 // <http://life.pravda.com.ua/technology/2016/07/6/214737/>

2. Shestakovskiy O. Henderna nerivnist na rynku pratsi Ukrainy: strukturni peredkumovy i tryvki stereotypy // Available: <http://www.socd.univ.kiev.ua/sites/default/files/library/elopen/visnyk.04.49.pdf>

**Korneyko I. V., Petrova O. B.,
KhNMU**

PHD STUDENTS MOTIVATION

TO LEARN ESP (MEDICINE): GENDER ASPECTS

Motivation, or the "effort plus desire to achieve the goal of learning the language plus favorable attitudes toward learning the language" (R.C. Gardner, 1985), is generally considered to be the most potent factor determining success in foreign language acquisition. Z. Dornyei (1998) emphasizes that motivation can also compensate for some learners' deficiencies such as lack of aptitude. As it is influenced by a variety of factors, it can be reasonable to investigate them before starting a course of a foreign language. As the program can motivate the students to learn if it corresponds their needs and interests (R. Schmidt, D. Boraie, O. Kassabgy (1996), we assessed the motivation of PhD students as a preliminary stage in needs analysis. The purpose of the work was to distinguish the factors which could have influenced motivation, attitude to the subject and desire to learn it before the course beginning.

Our survey involved the first-year PhD students of KhNMU who were asked to fill in the questionnaires about their ESP needs, containing several questions dealing with the students' motivation to attend the ESP classes. Within our ongoing examination of the needs of PhD postgraduate students, we analyzed their gender distribution, firstly, and gender-related needs distri-

bution concerning ESP, secondly. The proportion of women and men involved in our research made up 32 % to 58 %, respectively. All respondents, irrespectively of their gender, assessed positively their previous experience of participation either in international conferences, travelling abroad, international exchange programs, reading English literature in their field, or holding English medium classes for the foreign students. But some specific features were observed in details. For example, the answer for the question about having experience, that supposes usage of foreign languages, somewhat differed as for the past history and future plans and ambitions, exactly, history of participation in international conferences: men (m) – 50 %, women (w) – 64.7 %, plans: m – 87.5 %, w – 88.2 % and beliefs: m – 75%, w – 88.2% ; history of participation in international clinical trials: m – 0%, w – 11.7%, and beliefs: m – 75%, w – 54.7%; history of participation in international exchange programs for specialists: m – 12.5 %, w – 11.7 %, plans: m – 62.5 %, w – 82.3 % and beliefs: m – 62.5 %, w – 64.7 %; history of reading foreign literature in their field; m – 75 %, w – 76.5 %, plans: m – 75 %, w – 78.2 %).

Thus, men, having no past experience, hoped to use English knowledge for participation in international clinical trials (history – 0 %, beliefs – 75 %, difference – 75 %), in women such plans were preserved, as the delta observed is less – 43 % (history – 11.7 %, beliefs – 54.7 %) that indicates the men's intention to use English in new for them area. Having almost the same with the men level of past participation in international exchange programs for specialists (m – 12.5 %, w – 11.7 %), the women demonstrated greater share as for planning it in future participation in international exchange programs for specialists (m – 62.5 %, w – 82.3 %; delta: about 20 per cent). It is of interest, that women are less sure to realize these plans (beliefs: m – 62.5 %, w – 64.7 %). Both men and women intend to increase their participation in international conferences. No changes were observed in levels of history and plans for reading foreign literature in their field, these skills are of interest in both cohorts.

It is obviously, that nowadays it is expected to consider gender differences phenomenon in multivariate investigations. Thus, it was supposed that certain specificity exists in the women's and men's attitude to their needs, motivation and styles towards ESP course study. Gender phenomenon is an actively studied issue in various fields of present science. Meta-analysis can tell us about some such gender-related differences reflected in the answers given to the purpose-developed questionnaire concerning self-evaluation of needs, necessities and lacks in English as a foreign language course taken by the Medical University PhD postgraduates.

Motivation analysis can give important information about the students' attitude to the subject and their readiness to learn. The teachers can manipulate the motivating factors revealed by the analysis to enhance the students' interest to language learning. Motivation analysis should be a part of needs analysis procedure in an ESP course planning.

**PRODUCTIVE AND REPRODUCTIVE WOMEN'S LABOUR
IN UKRAINIAN ETHNOCULTURE
OF THE LATE 19TH – EARLY 20TH CENTURIES**

Contemporary science witnesses a rapid development of interdisciplinary research concerning labour and employment as a gendered field of social and economic interactions in both traditional and modern culture. The case of Ukrainian traditional culture and labour activity of peasant women can shed some light on the transformative powers of modernisation and capitalism on every aspect of human life including employment.

The author aims to highlight the significance of traditional ideas and gender stereotypes and their impact on socioeconomic position of Ukrainian peasant women, their employment and labour activities of the late 19th – early 20th centuries.

Ukrainian peasant household had a fairly strict differentiation of labour according to age and gender. In obedience to such division of economic and production functions in the family, women's sphere of competence covered primarily domestic duties, care giving, processing of agricultural raw materials and adjacent farming and livestock breeding activities, as well as a number of collective occupations for them. Labour activities were under the influence of stereotypes about the behaviour patterns and controversial attributes ascribed to men and women. Mobility and active behaviour of men were opposed to static and passive women. Thus, man's field of activity was outside the household and was a productive one. While most of the works carried out by peasant women took place within a home and its vicinity and were definitely reproductive. However the wife of the head of the family not only performed some work by herself, but also gave the orders to distribute household chores among the other women in it and taught them. And if her husband died even leaving the adult sons, she led all the peasant family business being fully responsible for the economic capacity and taxes of the household.

Despite woman's traditional bondage with domestic duties, the economic development of the Ukraine (both in agriculture and industry) demanded involvement of women to the labour market of those days. But for the most part Ukrainian women remained outside leadership roles in economic and organized labour activities. For example, a woman could not ever be elected a leader of a wage labourers' cooperatives ("artil") formed by both men and women members to seek for agricultural employment in the Southern Ukraine. An experienced married elderly woman could only become a head of women labours cooperative. And yet in this case she had some additional obligations comparing with the leader of men's cooperative: she had to take care of girls' safety, to gather them after the employment and bring them home. So even outside their homes and community young girls should have remained under

its authority, personified in an elderly woman leader with her control and supervision. Only widows with their small children were quit independent to travel in search for employment, whereas young married women usually went with their husbands. And parents took decision for their daughters and sent them as wage labourers to other households or landowners' enterprises.

Performed tasks in agricultural labour were also influenced by the ideas of masculinity and femininity. Strength and endurance were considered the man's work qualities. And women's work was associated with nervousness and excitement, speed, dexterity and agility in movements. Consequently employers, peasants and even researchers of the late 19th – early 20th centuries believed that woman workforce was more productive in the reaping and making sheaves, or it was appropriate to rake up hay, to weed and dig the beets.

The traditional ideas of the Ukrainians about social roles in domestic, communal and labour relations influenced the spheres of employment for women in domestic and agricultural labour, limited their opportunities to find appropriate and well paid job. These ideas in customary-law relations of hiring agricultural workers consolidated the unequal status of women and children as deficient labourers comparatively to men. Gender stereotypes also had a great impact on the terms of labour and the amount of wages, measures of rights and obligations for women employees.

Martynenko Nataliya,
KhNMU

GENDER ASPECTS OF HUMAN BEHAVIOUR IN CONFLICT SITUATIONS

Conflict relations affect each personality. As a rule, he/she in conflict relations feels discomfort and a long conflict leads to the complications both in internal world and external relations. The most harmful are conflicts in professional sphere and in the family life. For the effective solution of conflict situation it is necessary to take into account gender aspect. It directly influences on the strategy of human behaviour in the conflict, and his/her choice of the ways for outgoing of the tension between the sides.

Conflict contradictions appear mostly because of the conflict between traditional and contemporary roles of the representatives of different sexes.

Gender stereotypes in the professional sphere dictate certain models of behaviour. They had been formed for centuries. The essence of them is demonstration of power and independence in male behaviour, and dependence, mildness, and weakness for the female one.

It would be interesting to investigate the influence of personal male and female qualities on the professional activity and the carrier.

In contemporary society there is a subdivision of professions on male and female ones. Women choose male professions unwillingly, and prefer the work mostly in non-industrial sphere. They get lower salary for that, and this

kind of jobs do not have high prestige in society. The majority of women feel their-self better in “female professions”, because the are more casual for them on the everyday level.

Lower level of female employment in “male professions” caused by discrimination of women in compare to men. Usually women do not want to work in male collectives, because of hostile attitude to them their male colleagues. Employees are sure that women like a workers are less valuable than men. We have to underline, that there is a definite level of discrimination of men, who had chosen so called “female professions”.

Their professional activity male and female accepted in different ways. They try to satisfy through the profession different needs. The majority of women work mostly for money, lesser part would like to be in the collective, and just the smallest part are really interested in profession. For men it is important the fulfill socially important work, its variety, creative character and results of their activity. At this basis we can make the conclusion that the work for males has higher importance than for females.

Women make their professional carrier later, and they mostly do it in “horizontal” variant, but men risk more often and change their sphere of activity, making “vertical” variant of the carrier.

As a rule men achieve the status of maturity by 30-years, but women can be freshers up to the middle age.

There is one interesting point in female behaviour. They sometimes afraid of success. They think that they will lose femininity in the case of successful carrier, and loose the important relations with their social surrounding. The second point is the feeling of guilty towards the family and husband, because of that in subconscious level women refused from the professional carrier. From their point of view the success in family life and in professional sphere is difficult to combine.

Men also can afraid of success. It could happen if they do not want to cause the envy of their colleagues, and to break friendly relations with them.

In spite of that men are striving to self-realization more often than women. There is one moment, which affects in negative way the professional growth of women. Pregnancy and taking care of sick children can interrupt this process. It is a fact that among women-leaders there is a big per cent of single and childless ladies, in opposition, among male-chefs there is higher per cent of married ones with children.

In conclusion, we have to underline that representatives of both sexes have their own approaches to the solution of professional conflicts and in realization of own carrier ambitions.

MILITARY CONFLICT IN UKRAINE THROUGH ISSUES OF GENDER-BASED VIOLENCE

The problem of GBV in the conflict setting has gained large-scale public attention in the Ukrainian society.

Based on numeral surves confirmed the increased vulnerability to various forms of violence in the conflict setting – the share of IDP women reporting at least one instance of violence outside the family before their displacement was three times higher than that of local women during the entire conflict (15.2 % against 5.3 % of respondents). We can also say about various types of psychological, economic, physical and sexual violence. Among the most prevalent forms of abuse during the conflict, both groups of respondents reported instances of humiliation, insults, intimidation, blackmail, verbal threats, physical violence (being hit or slapped), confiscation of money or property, confiscation of official documents, forced labour without pay or for a pittance, and being subjected to improper sexual comments. In spite of the wide-spread taboo towards sexual violence, we also can talk about.

The key concerns for women as a result of conflict:

First of all we should talk about status of victim for women are need of constant care (because no one wants to accept them as victims on legal level)

Secondly, women and girls are subjected during armed conflicts of various kinds of harassment while at the same time; there is no political will and mechanisms to reform the situation.

Thirdly, using systematic raping as a tactic of war and terrorism. Consequences of violence and violations of the rights in such situations is experienced by women of all ages, who suffer displacement, loss of home and property, loss or involuntary disappearance of close relatives, poverty, decay and family disintegration, victims of murder, terrorism, torture, involuntary disappearances , sexual slavery, rape, sexual abuse and forced pregnancy in situations of armed conflict, especially as a result of the policy of ethnic cleansing and other forms of violence. This is compounded by the effects of armed conflict, as well as foreign occupation in the social, economic and mental injuries that are felt throughout life.

The next problem is number of suicides among women and children, refugees and internally displaced persons, and increasingly using fire arms. The growth of the number of suicides due to military conflicts, as well as feelings of hopelessness and helplessness experienced by women and children in armed conflict and its aftermath. Long-term consequences can affect even decades after the end of the armed conflict. Injuries that experienced by children and adults, can cause them serious mental disorders.

Finally, we can also talk about specific of women in Army. They have no opportunity to influence on the process of making decisions in the army. Women

are not actually allowed to take decisions in the Armed Forces. Many of them are not formalized, and, in fact, are not able to get paid for their work, and no longer have public benefits, the status of party fighting and all that will come from this.

A major obstacle to solving the problem of achieving a lasting peace is the lack of women at all levels where decisions are made for the restoration and maintenance of peace, the reconciliation of the parties after the conflict and the restoration of the devastation.

At the moment, there is a need find ways to empower women so that they can put forward their own priorities and values as equal partners with men in decision-making at all levels. In addressing armed or other conflicts should encourage an active and visible policy of mainstreaming a gender perspective into all programs so that before decisions are taken, an analysis of the effect on women and men.

Алексєєнко А. П.,
ХНМУ

«ГЕНДЕРНІ» МОТИВИ
У ПОЕТИЧНИХ ПОШУКАХ ЛІНИ КОСТЕНКО
(збірка «Річка Геракліта»)

Поезія Ліни Костенко завжди вражала и вражає своєю щирістю, відвертістю, яскравістю, різноплановістю. В її віршах можна знайти багато тем, які не тільки привертають увагу, але і запрошують до співбесіди, розмірковування, філософування.

В її віршах віддзеркалюються ті проблеми, які сьогодні є достатньо актуальними. До їх числа відноситься і гендерна проблематика, хоча на-вряд у віршах Ліни Костенко знайдеться місце для такого формулювання. Вона завжди інша в розумінні багатьох питань, в тому числі і цієї про-блемі. Але гендерні мотиви не обійшли її поезію.

Вона по-своєму розуміє ці питання і по-своєму їх розкриває. Для неї жінка – це особливий світ, перед яким світ чоловічої раціональності та дії стає безпорадним. Ліна Костенко ставить жінку в Центр світу, що обумовлено її мудрістю, незвичайною спостережливістю, глибокою вта-ємничою ірраціональністю, особливим розумінням буття. Діапазон її іс-торичної діяльності дуже великий і неосяжний: від жінки-язичниці до жінки сучасного світу з усіма її проблемами суто жіночого буття – сього-дення, неперевершеної жіночності, перед якою світ чоловічої сили втра-чає свою впевненість. В усвідомленні жінки прихований «Вищий закон буття, яким по суті вона і є» (С. Якутович). Чи можна розгадати цей закон з суто чоловічої логіки? Мабуть, що ні. Адже вона несе в собі ту пам'ять, яка ховається у глибинах її тонкої душі, безмежного внутрішнього світу.

Пам'ять про свою бабусю надихає поетесу на щирі, глибокі згадки, бо в них відтворюється класичне уявлення про роль жінки у житті родини, у вихованні дітей, у передачі того досвіду, що накопичувався віками.

За цим світлим образом стоїть наша ньенька-Україна, на долю якої випало так багато страждань, але яка змогла назавжди зберегти свою вірність і відданість, свою щирю любов до всього, що її оточує, до всього, чим вона пишається. Цим стверджується в пам'яті система морально-етичних координат. Пам'ять – жіночого роду. І тільки вона надихає знову повернутися в минуле, знову відчути дотик того рідного і близького, що може зберегти лише жіноче серце:

«І хата, й тин, і груша серед двору,
І кияшиння чорне де-не-де,
Все згадує себе в свою найкращу пору.
І стежка, по якій вже тільки сніг іде...»

Пам'ять викликає не тільки спогади. Вона – неперевершений біль, відчуття вини за те, що не було зроблено...

В поезії Ліни Костенко чоловік завжди стоїть поряд з жінкою, бо без нього вона безпорадна в своєму житті, без нього вона не здатна пізнати, що таке любов та істинне кохання:

«То рік Щура, то Тигра, то Дракона,
Мигтить життя в калейдоскопах Вічності.
Я в Твоїх очах надрукована
Таємним шрифтом Твоєї ніжності».

В серці жінки міститься не тільки щира любов, але й глибокі екзистенційні переживання, які вона породжує.

«І не минає і не минає!
І вже, напевно, не мине.
Тривога душу розпинає:
А що, як любиш не мене?»

Одвічне питання, яке хвилює жінку, в якому звучить поклик до того, хто поряд з нею повинен бути завжди, бо вона не здатна виявити всю свою істинну сутність, якщо поряд з нею не буде її половини, її охоронця, того, хто здатен зробити її щасливою. Саме тому в поезії Ліни Костенко виявляється широкий діапазон жіночої мудрості та чоловічої раціональності в їх єдності і тісному взаємозв'язку:

«Якби ти знав, як солодко, нестерпно,
І як спочатку я тебе люблю».

Альков В. А.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ ВІСПОЩЕПЛЕННЯ СЕРЕД СЕЛЯНСТВА ХАРКІВЩИНИ В XIX – НА ПОЧАТКУ XX СТ.

Історично віспа була однією з найбільш нищівних інфекцій, яка призводила до загибелі значної кількості дітей. Щеплення, яке практикувалося на Харківщині від початку XIX ст., давало імунітет від хвороби, але це не дало змоги її повністю перемогти. Регулярно лютували епідемії, а віспа лишалася серед головних причин дитячої смертності. Від неї на Харківщині ще 1913 р. помирала 7–10-та частина дітей. Крім того, віспа

приводила до рябих облич, більма на очах, сліпоти, спотворення та ампутації частини обличчя, знижуючи якість і без того складного життя. Так вийшло багато в чому внаслідок неосвіченості населення, здебільшого матерів, що, у свою чергу, було відображенням їх гендерної ролі в суспільстві.

Освіта не була елементом ієрархії цінностей тогочасного селянина, який ставився до нововведень вороже. Тим більше, це було характерно для жінок. Але в цій системі цінностей одне з чільних місць займала наявність великої кількості дітей як ознака Божої прихильності. Суміш забобонів, православного менталітету, антисанітарії та значної кількості дітей цілком закономірно вела до високих показників дитячої смертності. Крім того, через високу народжуваність нормальний догляд за дітьми – обов'язок жінок – був справою непростою. Відповідно до висновку знаного російського історика Б. Миронова, чим вищим був порядковий номер дитини, тим менше в неї було шансів. Крім того, цей дослідник пояснює показники смертності тим, що тогочасні жінки покладалися не на себе, а передусім на Бога, який все одно забере, якщо така його воля. Цей фаталізм приводив до мінімального догляду за дітьми.

Селянки нерідко заявляли лікарям та віспощепіям, що віспа в їхніх дітей вже була й так намагалися уникати щеплень. 1844 р. Харківським повітовим лікарем зазначалось, що в Зміївському повіті жодні спроби переконання не діяли. Лікар зауважував, що там епідемія віспи почалася саме внаслідок забобонного небажання жителів робити щеплення. В результаті в Хорошеві, Безлюдівці та Васищевому померло 59 осіб, лише 280 жителів залишилось. У Бугаєвській поміщицькій економії хворіло 168 людей, щонайменше 62 з них померли. Аби жителі під різними приводами не приховували своїх дітей від щеплень, їм пояснювали можливі наслідки. Робити щеплення насильно було суворо заборонено, у разі відмови доводилося змиритися й чекати на спалах епідемії та жертви. У Лебединському повіті фельдшер об'їздив населені пункти по кілька разів, намагаючись робити щеплення. Та селяни ставились до цього без розуміння важливості та ігнорували на користь своїх справ, хоча в більшості випадків процедурі довіряли, страх тут якоїсь ролі не грав. Це можна пояснити тим самим фаталізмом, який помітив у поведінці селянок Б. Миронов.

Таким чином, успіх віспощеплення значною мірою залежав від поведінки матерів, які відрізнялися фаталізмом та загалом невисокою культурою побуту, неувагою чи острахом перед простою медичною процедурою. Це, у свою чергу, було однією з причин високої смертності від віспи серед дітей.

Львівський національний університет ім. Івана Франка
СУЧАСНИЙ ГЕНДЕРНИЙ ДИСКУРС

Гендерні дослідження виникають в Західній Європі як міждисциплінарна сфера знань у кінці 60-х на початку 70-х років. В Україні гендерні дослідження виникають у 90-х роках ХХ ст. Впроваджуються такі дослідження в різних гуманітарних науках – філософії, історії, культурології, соціології, психології, лінгвістиці. Гендерна проблематика висвітлюється в науково-академічних, культурологічних, літературознавчих працях В. Агеевої, О. Забужко, Н. Зборовської, К. Карпенко, Л. Смоляр, С. Павличко, І. Жеребкіної.

Гендерні пошуки вирішення проблем зробили суттєвий внесок у зміну поглядів на суспільство. Науково-дослідницька діяльність, а також практичний феміністський рух дали можливість сформулювати свій дискурс – спосіб говорити про жіночі проблеми. Дискурс, в основному, в гуманітарних науках вживається як специфічний спосіб організації мовної діяльності. Філософи-структуралісти, М. Фуко, Ж.Лакан, розширили дане поняття. Вони доповнили його соціальними засобами, які прийняті в конкретному суспільстві та зумовлені певними правилами мови. Отже, дискурс – це не просто спосіб правильно говорити, але й засіб формування мислення особи. Гендерний дискурс формує, визначає та закріплює у суспільній свідомості та у свідомості особи соціальні ролі жінки і чоловіка, їх значущість.

У гендерних дослідженнях використовується метод деконструкції Ж. Дерріди для критики традиційного мислення, для використання основних термінів, нових засобів в інтерпретації текстів. Відбувається постійна полеміка про жіночу творчість, тобто про здатність жінок створювати духовні талановиті праці у різноманітних сферах діяльності. Жіноча творчість – література виділяється не для того, щоб підкреслити їх унікальність чи особливість. У гендерному дискурсі це означає підняття статусу жінки – письменниці, художниці, драматурга, науковця. У суспільній свідомості – це утвердження рівності статей.

Зазначимо, що у сучасному українському суспільстві й надалі існує патріархатна субординація та розподіл ролей. Зокрема, Соломія Павличко у своїх статтях розкриває важкий стан української жінки. Вона підкреслює, що патріархатне суспільство нищівно впливає на ментальність, культуру, спотворює її та проявляється у зневажанні жінок, в їхній експлуатації, особливо, сексуальній. Українські чоловіки не просто бояться поділитися із жінками владою та відповідальністю, а впершу чергу, зруйнувати міфи, стереотипи, національно-культурні ідеали та культури про жінку – дружину і матір. Дослідниця дає феміністичний аналіз літературних текстів, історії української культури. В українському суспільстві фемінізм необхідний тому, що він – добрий оздоровчий засіб, особливо для чоловіків, які негативно відносяться до гендерної проблематики. Відмітимо, що становище жінки в суспільстві – це відзеркалення стану та розвитку самої держави

ІНТИМНЕ ЖИТТЯ В ЕСХАТОЛОГІЧНИХ УЯВАХ ХЛИСТІВ

Хлистівство вийшло з радикального напрямку російського старообрядництва. У своїх ідеях щодо утримання від інтиму хлисти засновувалися на синтезі народного та чернечого аскетизму. Проте вони розглядали плоть не як породження злої сили, а як гальмо, яке заважає душі об'єднатися з Святим Духом. Розпуста, полігамні стосунки, груповий секс та інші гріхи, які приписувалися хлистам, абсолютно не вписувалися в загальну концепцію їх світогляду та провідної ідеї приборкання пристрастей, придушення бажань з метою спасіння душі.

Наприклад, в 1828 р. в слободі Попівці Старобільського повіту Харківської губернії було викрито секту хлистів. Медичний огляд дозволив встановити, що заміжні жінки не мали досвіду статевого життя. Так серед затриманих була селянка 19 років. Дівчина вказувала, що вже 4 роки одружена, проте під час її обстеження лікарем (інспектором лікарської палати Беккером) було встановлено, що дівчина залишалася цнотливою. Після огляду вона зізналася, що не мала статевих відносин із чоловіком. Одним із постулатів хлистів було жити з дружиною, як голуб з голубкою. Під час допитів жінки зізнавалися, що їх чоловіки абсолютно уникали з ними «шлюбного життя». Одна з селянок заявила, що вона не належала до секти, не відвідувала збори хлистів, як це робив її чоловік, і скаржилася на відсутність інтимних стосунків з ним протягом десяти років.

За свідченням односельців, попівські хлисти дочки своїх не віддавали заміж, а синів одружували з дівчатами із тих родин, які не належали до секти (таким чином відбувалася прозелітична діяльність). Наприклад, під час допиту Авдотья Резнікова (23 роки, незаміжня) заявляла, що «заміж не вийшла, бо їй і з батьками добре живеться». Однак, не заперечувала, що може вийти заміж, якщо знайдеться жених, бо вона себе «не прирекла на довічне дівоцтво». Медичний огляд встановив, що жінка була цнотлива, ознак оскоплення на тілі не мала. Єфросинія Сіропятина (40 років, незаміжня) таїнство шлюбу не заперечувала, і заявляла, що готова вступити у шлюб, якщо буде нагода [1, Ф. 40, Оп. 31, Д. 363, Л. 185–188].

Непрямим доказом обмеження сексуальних стосунків, часткової або повної відмови від інтимного життя, на нашу думку, служить наявність в родинях хлистів 1 – 2 дітей, що для XIX ст. було скоріше за все винятком. Так Іван Резніков у 28 років мав єдину доньку 5 років, Андрій Добрицький у 27 років мав двох дітей.

Виявити справжню картину шлюбного та інтимного життя в родинях хлистів практично неможливо через відсутність об'єктивних джерел. Під час допитів підозрювані не розкривали подробиць сектантської ідеології, особливо в сфері приватного життя. На прямих питання про

шлюбне життя давали чітку відповідь: «з дружиною шлюбне життя маю постійно» [1, Ф. 40, Оп. 31, Д. 363, Л. 177–178, 181–184]. Незаміжні доньки хлистів підкреслювали свій чернечий спосіб життя стилем в одязі. Жінки не носили прикрас (сережок, намиста), покривали голову чорною хусткою, вдягали темний одяг [1, Ф. 40, Оп. 47, Д. 1331, Л. 3].

Рапорти священників складали основу архівних матеріалів з даної теми. З рапорту священника Северина Сулими відомо, що в другій половині XIX ст. в хуторі Амбарном, неподалік від Слободи Козинки Старобільського повіту відкрито жили сектанти. «Всі вони не вживають м'яса, не вдягають жінки сережок та моніста, не вживають горілки, не мають сексуальних стосунків, не ходять в гості до кумів, родини живуть окремо (діти відселяються від батьків). Наприклад, Максим Попов, головний сектант, розділився з сином Архипом (можливо через те, що родина сина продовжувала вживати м'ясо та горілку). У Антона Горового незаміжня дочка ходить з покритою головою. Максим Попов запрошував до себе селян та агітував: «Ми можемо як монахи, які не вживають м'яса, тому що святі не їли його, ми – люди духовні, а ви – суєтні, ми ходимо по Божій дорозі, а ви – по мирській, ми навіть дівок своїх не знаємо, а ті, навіть, хто чоловік та жінка між собою, не торкаються один одного, живуть монахами. А якщо присягнете, що не будете про нас розказувати, будете з нами, то ми навчимо вас спасінню духовному»» [1, Ф. 40, Оп. 47, Д. 1331, Л. 3–5].

Отже, архівні джерела свідчать, що секта хлистів в Харкові, з якою влада з перемінним успіхом боролася протягом XIX ст., була представлена особами, які відмовлялися від шлюбного життя, проповідували суворий аскетизм, обмеження або повну відмову від інтимного життя.

Література

1. Державний архів Харківської області.

Арутюнян А. Ю., Бутов Д. А.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Актуальность. Принято считать, что одним из факторов риска развития туберкулезного процесса является гендерная принадлежность человека: показано многолетними наблюдениями, что мужчины более подвержены к данной патологии, нежели женщины. Статистика показывает, что сильный пол болеет в 2–3 раза чаще. Кроме того, фактором риска является наличие у больного сахарного диабета (СД), что больше увеличивает склонность к развитию туберкулеза (ТБ). Эти два заболевания являются взаимоотношающимися, поэтому зачастую не удается определить, какое из этих состояний являлось первичным.

Целью нашего исследования было изучение гендерных особенностей заболеваемости ТБ в сочетании с СД и без него.

Материалы и методы. Для проведения исследования был проведён анализ литературных данных. Пациенты были разделены на 3 группы, в которых изучалась зависимость заболеваемости ТБ с гендерной принадлежностью: 1-я группа – пациенты, заболевшие ТБ без СД; 2-я – пациенты с СД, заболевшие ТБ; 3-я – больные СД без ТБ. 1-я группа включала 434 пациента, из которых мужчин 331 (76 %), женщин – 103 (24 %) средний возраст составил $39,00 \pm 17,3$ лет. Во 2-ю группу вошли 187 пациентов, среди которых мужчин 114 (60 %), женщин – 73 (40 %), средний возраст составил $35,00 \pm 12,7$ лет. 3-я группа состояла из 319 пациентов, где мужчин – 167 (52 %), женщин – 152 (48 %), средний возраст – $45 \pm 18,9$ лет. Показатель возраста среди групп был не достоверный ($p > 0,05$).

Результаты.

Таблица 1

Гендерное соотношение заболеваемости туберкулезом и сахарным диабетом

| Пол | ТБ без СД (1-я группа) | | ТБ с СД (2-я группа) | | СД без ТБ (3-я группа) | | p (t) | | |
|---------|---------------------------|----------------|-------------------------|----------------|---------------------------|----------------|---|-------------------------------------|--|
| | n | p%± Stp% | n | p%± Stp% | n | p%± Stp% | p ₁ | p ₂ | p ₃ |
| Мужчины | 331 | 76,27± 2,04 | 114 | 60,96± 3,57 | 167 | 52,35± 2,80 | p<0,05 (t= 18,19) | p<0,05 (t=4,35) | p>0,05 (t= 1,19) |
| Женщины | 103 | 23,73± 2,04 | 73 | 39,04± 3,57 | 152 | 47,65±2, 80 | | | |
| Итого | 434 | 100 | 187 | 100 | 319 | 100 | | | |

Примечание:

p₁ – степень значимости разницы соответствующих показателей между мужчинами и женщинами 1-й группы;

p₂ – степень значимости разницы соответствующих показателей между мужчинами и женщинами 2-й группы;

p₃ – степень значимости разницы соответствующих показателей между мужчинами и женщинами 3 группы.

Выводы. В 1-й и 2-й группах наблюдается достоверное преобладание заболеваемости мужчин. Показатели в 3-й группе были не достоверны, что свидетельствует о равномерном гендерном распределении больных в данной группе. Наши результаты свидетельствуют, что у больных ТБ и ТБ в сочетании с СД достоверно чаще болеют мужчины. Таким образом, ТБ и ТБ в сочетании с СД можно считать гендерно-зависимым заболеванием, которое чаще встречается у мужчин.

Бабаева А. Р.,
ХНМУ

ВЛИЯНИЕ СТЕРОИДНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ЭРЕКТИЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ У МУЖЧИН

В наше время не утихают споры о влиянии стероидных лекарственных препаратов на эректильную дисфункцию у мужчин. В большинстве случаев, к применению подобных препаратов прибегают профессиональные спортсмены или мужчины, которые любят посещать различные виды спортивных секций.

Цель – узнать, есть ли влияние стероидов на потенцию.

Материалы и методы. 73 истории болезни у мужчин в возрасте от 22 до 34 лет с эректильной дисфункцией, получавших лечение в андрологическом отделении областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала № 17 г. Харькова. Из этих пациентов 40 – принимали «Тамоксифен», «Виагру», «Альфупрост Мр», и прекратили применение стероидов, а 33 – принимали те же препараты, что и первая группа, но не отказались от стероидов. Наблюдение проводилось после 5 месяцев применения стероидов и продолжалось на протяжении 2 месяцев.

Результаты. В группе мужчин, которые прекратили прием стероидов, было отмечено в утренней порции крови повышение уровня общего тестостерона, стала наблюдаться ригидность пениса на уровне не менее 50 % и сохранение такого состояния на протяжении 10 и более минут. У мужчин, которые продолжили применение стероидов, не было улучшения состояния, уровень общего тестостерона был снижен, и диагностический тест показывал ригидность пениса менее 30 % и сохранение такого состояния не более 5 мин.

Вывод. В группе мужчин, которые прекратили прием стероидов, наблюдалась более положительная динамика, чем у мужчин, продолжавших прием стероидных препаратов. Таким образом, стероиды являются одним из негативных факторов, которые влияют на эректильную дисфункцию у мужчин.

Басюк Л. Б.

Криворізький державний педагогічний університет
**ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ В ШКІЛЬНОМУ ПІДРУЧНИКУ
З УКРАЇНСЬКОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

Соціально-історичні зміни в Україні останніх десятиліть зумовлюють зміни в усіх сферах суспільного життя, зокрема й освітнього середовища. Неабиякої важливості відповідно до державних перетворень набуло гендерне питання. У зв'язку з чим виникла потреба переосмислення у гендерному ракурсі освітньої системи загалом та навчально-методичної літератури зокрема.

Гендерна парадигма включає в себе такі поняття, як гендерні ролі, гендерна соціалізація, гендерна компетентність, гендерний вимір в освіті, гендерна чутливість, гендерні стереотипи тощо. Вітчизняні дослідники та дослідниці у своїх наукових розвідках різноаспектно піддають аналізу гендерні питання, а саме: гендерна компетенція педагога (Т. Дороніна), гендерний моніторинг як засіб підвищення якості навчального процесу (К. Карпенко), гендерна політика у закладах вищої освіти (О. Кікінежді, О. Луценко, І. Мунтян), гендерна компонента у шкільній освіті (Т. Говорун, О. Кікінежді), гендерні стереотипи у шкільному середовищі (С. Вихор) тощо. Увага науковців до цих питань свідчить про їх актуальність у сучасній науковій думці.

Зупинимось більш детально на гендерних стереотипах, бо саме вони мають важливий вплив на становлення особистості, формування її життєвих орієнтирів. Гендерні стереотипи є тим комплексом усталених уявлень про жінок та чоловіків, які стають моделями їх поведінки.

Свою увагу ми зосереджуємо на підручнику з української літератури, адже література – це той предмет, під час вивчення якого відбувається окрім виховання людини, формування її як особистості. Дитина, переживаючи різні емоції під час читання художнього твору, переймає на себе певну поведінку героїв/героїнь, переосмислює життєві ситуації, обираючи свою роль у подальшому житті.

Через обмеженість даної публікації наведемо лише деякі приклади гендерних стереотипів, які наявні в підручниках з української літератури:

- сімейні ролі відповідно до статі (жінка – домогосподарка, виховує дітей, займається побутом, чоловік – годувальник, заробляє на життя);
- зовнішній вигляд (фізична сила, статність першорядні для чоловіка, зовнішня привабливість, краса – для жінки);
- маскуліність/фемінність (врівноваженість, інтелект, логічність – чоловічі риси, ірраціональність, емоційність, піддатливість – жіночі).

Наведені стереотипи можуть виявлятися в ілюстраціях до творів, у пояснювальних матеріалах, безпосередньо в наративі художнього твору, який укладачі підручників не мають права змінювати, але можуть подати до них пояснення в завданнях до творів.

На нашу думку, гендерні стереотипи з одного боку регулюють соціальні відносини, упорядковують соціальні норми, дозволяють людині відчувати себе "своєю" у певному культурному полі, але водночас вони обмежують особистість, ставлячи певні соціальні рамки, виходячи за межі яких, людина почувається "білою вороною". Тому так важливе сьогодні дослідження гендерних стереотипів у навчальній літературі, яка має вплив на становлення юнок та юнаків.

Обсяг публікації не дозволяє здійснити детальний гендерний аналіз змісту шкільного підручника, тому перспективним напрямком подальших наукових пошуків вважаємо усебічний гендерний аналіз змісту підручника з української літератури та виявлення впливу гендерних стереотипів на формування особистості учня/учениці.

**Бездетко Т. В. Ю., Химич Т. Ю., Еременко Г. В.,
ХНМУ**

ГЕНДЕР И ХРОНИЧЕСКАЯ КРАПИВНИЦА

В последние годы активно обсуждаются отличия в течение различных заболеваний у мужчин и женщин, что стало основой для формирования гендерных подходов к лечению. Женщины больше мужчин подвержены риску возникновения аллергии. Такое «гендерное неравенство» связано с тем, что адекватный иммунный ответ обеспечивается опреде-

ленным гормональным гомеостазом, любые изменения которого приводят к изменению такой реактивности. Так, установлено, что андрогены обладают иммуносупрессорной активностью, тогда как эстрогены, напротив, иммунные реакции стимулируют. Кроме того, отмечено более частое развитие различных аутоиммунных заболеваний у женщин по сравнению с мужчинами. Гендерные различия в отношении аутоиммунных заболеваний особенно выражены у женщин старше 35 лет, что дает основание трактовать их развитие не как результат возрастной инволюции иммунной системы, а скорее как следствие измененной иммунологической реактивности на инволюцию репродуктивной системы. Установлено, что у женщин как гуморальная, так и клеточная составляющие иммунного ответа более выражены, чем у мужчин (длительнее продолжительность иммунного ответа, более низкий порог для его развития, а также выше пик антител). Этот факт наряду с другими особенностями женского организма подтверждает правомерность выделения феномена иммунологического полового диморфизма, смысл которого сводится к более выраженной реакции женского организма на все экзогенные факторы, изменяющие его жизнедеятельность на уровне, как системного иммунитета, так и секреторной функции эндокринных желез.

Хроническая идиопатическая крапивница (ХК) поражает от 0,6 до 5 % населения. По данным VAO в течение жизни крапивница возникает у 25 % населения. ХК – крапивница, возникающая ежедневно, в течение более чем 6 недель. ХК обычно длится 1–5 лет, но может длиться и более 5 лет примерно у 14 % больных. ХК может возникнуть от лекарств, физического стимула, являться частью воспалительных или врожденных болезней, или может иметь идиопатическую природу. Лица, больные ХК отмечают эмоциональный дистресс, ощущение изоляции и утомление от этого заболевания.

Как многие, аутоиммунные болезни, хроническая идиопатическая крапивница чаще встречается среди женщин, чем среди мужчин, отмечается гендерная частота от 2:1 до 4:1.

В более половины всех случаев хронической идиопатической крапивницы имеет место аутоиммунный механизм из-за антител к высокоаффинным рецепторам (FcεRI) иммуноглобулина E. Выявлена сильная связь между ХК и аутоиммунными болезнями, такими как заболевания щитовидной железы (аутоиммунные тиреопатии), ревматоидный артрит, системная красная волчанка, синдром Шегрена и др.

В случае аллергологии иммунологии важность гендерного различия не может быть переоценена. От того, что исследовательская и медицинская практика будут улучшены в соответствии с половыми различиями, выиграют как женщины, так и мужчины. Во время лечения аллергии и аутоиммунных заболеваний нужно обращать внимание на пол пациента.

ВПЛИВ ФАКТОРІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ

На сьогоднішній день, проблема збереження репродуктивного здоров'я є однією з найбільш актуальних. Репродуктивне здоров'я – це можливість зачати, виносити і народити здорову дитину. Його збереження – завдання і жінки, і чоловіка. Сучасна медицина виділяє ряд факторів, які впливають на репродуктивне здоров'я чоловіка і жінки. До списку входять як індивідуальні особливості організму, так і соціальні, економічні та культурні аспекти життєдіяльності людини. Найбільш серйозні проблеми сучасного світу і суспільства це – екологічні проблеми. Забруднене повітря, вода, контакти з токсичними речовинами (ртуть, свинець, бензин), радіаційне випромінювання призводять до порушення гормонального фону.

Наприклад, після вибуху на Чорнобильській атомній електростанції не замовкають суперечки про те, як вплинула радіація на організм людини. Сьогодні нас цікавить питання про дію вибуху на репродуктивне здоров'я. Медики з Інституту педіатрії, акушерства і гінекології після аварії на ЧАЕС спостерігали за ними та їх дітьми. Через деякий час вони зробили висновки, що кількість пологів скоротилися на 40%, почастишали випадки безпліддя через збільшення запальних процесів статевих органів. Кількість ускладнень під час вагітностей також стало значно вище, ніж у жінок, що не зазнали такого впливу радіонуклідів [1].

Розглядаючи проблему наявності несприятливих факторів, що впливають на репродуктивне здоров'я, необхідно відзначити, що репродуктивний потенціал майбутніх батьків починає формуватися з самого народження, особливо в дівчат, яку необхідно розглядати як потенційну мати. Тому збереження здоров'я з дитинства, зміцнення його в підлітковому періоді у молоді, яка вступає в репродуктивний вік, – одна з ключових проблем народження здорового покоління. На жаль, необхідно відзначити, що на сьогоднішній день більшості людей притаманне байдуже ставлення до власного здоров'я. Незбалансоване харчування, в першу чергу дефіцит білкової їжі, істотне обмеження раціону, може привести до розладу менструальної функції і навіть ановуляції у дівчаток і розладу сперматогенезу у хлопчиків. Регулярні стресові ситуації призводять до послаблення імунітету. Відповідно страждає весь організм, в тому числі і статева система. Шкідливі звички викликають мутацію генів і розвиток багатьох захворювань. Особливості наслідків згубних звичок у тому, що навіть при можливості завагітніти або народити дитину, відсоток імовірності появи на світ малюка з патологіями дуже великий [2].

Роблячи висновок, слід підкреслити, що головна функція кожного організму – відтворення собі подібних. Саме тому так важливо піклува-

тися про своє здоров'я. Регулярна діагностика і своєчасне лікування сприяє мінімізації негативного впливу інфекційних процесів на здоров'я і репродуктивну систему. Слід також підкреслити, що на думку вітчизняних вчених “в системі нових досягнень біологічної, фармакологічної, фармацевтичної і психологічної наук, що дають можливість реалізації довголіття на основі позитивної самореалізації особистісних якостей чоловіка і жінки слід враховувати потенціал гендерних досліджень як фактора, що впливає на стан здоров'я” [3, с.266].

Література

1. Пилипенко С. Репродуктивне здоров'я як проблема статевого виховання та безпеки життєдіяльності / С. Пилипенко // Імідж сучасного педагога. – 2010. – № 4. – С. 75–76.

2. Ревич Б.А. Екологічна епідеміологія : підручник для вищ. навч. закладів / Б. А. Ревич, С. Л. Аваліані, Г. І. Тихонова [Під ред. Б.А. Ревич]. – М.: Видавничий центр «Академія», 2004. – 384 с.

3. Шушляпин О. И., Ломакина О. В., Добровольская И. Н. Феномен гендера и здоровье человека с позиций биологического и психологического возраста: проблемы и перспективы // Гендер. Екологія. Здоров'я: матеріали IV Міжнародної науково-практ. тичної конференції, присвяченої 210-річчю Харківського національно. го медичного університету (Харків, 21–22 квітня 2015 р.), – Харків: ХНМУ, 2015. – 280 с.

Бібік Н. В., Фесенко Г. Г.,

Харківський національний університет
міського господарства ім. О.М. Бекетова

ГЕНДЕРНІ ВІЗІЇ «ЗДОРОВОГО МІСТА»

*(з досвіду участі Гендерного центру ХНУМГ ім. О. М. Бекетова
у проєктах облаштування дитячих майданчиків Харкова)*

Застосування гендерних підходів у містоплануванні обумовлено вимогою забезпечення рівного доступу усім мешканцям міста (незалежно від статевої приналежності) до міських локацій [1], призначених для заняття спортом і активного дозвілля. Особлива увага має приділятися дітям, оскільки щоденне перебування на відкритому повітрі, активне дозвілля на спортивно-ігрових майданчиках (2 години на добу) є системоутворюючим чинником формування їх здоров'я. Втім спостерігається загальна вітчизняна тенденція – недотримання цієї базової гігієнічної норми для формування здоров'я дітей на відкритому повітрі, адже на відкритому повітрі регулярно бувають 46,4% хлопців і 29,8% дівчат [2]. Недостатній рівень перебування дітей на спортивно-ігрових майданчиках негативно впливає на їх психосоматичний статус [3; 4]. Встановлено, що стан здоров'я дітей у молодшій школі погіршується незалежно від статі, а в середній і старшій – несприятливі зміни більш характерні для дівчат, що підтверджується гендерно-чутливою статистикою захворювань серед підлітків: дівчат - 51,0%, хлопців - 40,8 % [2].

Існуюча гендерна асиметрія в статистиці захворювань, що у певній мірі обумовлені «просторовим» чинником, стала предметом спеціальної уваги експертів Гендерного центру ХНУМГ ім. О. М. Бекетова (далі – ГЦ). ГЦ, в рамках проектів «Гендерний аудит міського простору», «Гендерне бюджетування на місцевому рівні» (у партнерстві з виконавчим комітетом Харківської міської ради та за підтримки Представництва Фонду Фрідріха Еберта в Україні) виконав гендерний аудит «дитячого середовища» прибудинкових територій багатоквартирних будинків Харкова, техніко-економічну експертизу «дитячої інфраструктури» [5; 6]. Було підтверджено «гендерну нейтральність» дитячих локацій для дошкільнят та дітей молодшого шкільного віку (ними користуються в однаковій мірі, як дівчинки, так і хлопчики). Разом з тим виявлено гендерну асиметрію в облаштуванні спортивно-ігрових комплексів, призначених для вікової категорії 12+, оскільки частіше представлені футбольними майданчиками і не містять локацій для активного дозвілля дівчат-підлітків. Зрозуміло, що такий «середовищний фактор» може впливати на повсякденні практики дівчат, зокрема, їх «витіснення» у «домашній простір», що, у свою чергу, посилює «дефіцит відкритого повітря» і спричиняє неналежний рівень їх психосоматичного стану.

Гендерні аналітичні розвідки дитячого середовища міста, ініційовані ГЦ у 2013 р., до теперішнього часу залишаються унікальними для вітчизняної урбаністики. В Університеті продовжується робота з гендерними контекстами архітектурно-просторових рішень з організації міських просторів відповідно до принципів універсального дизайну, формування міського середовища, дружнього до дітей з інвалідністю. Також вивчаються кращі європейські урбан-практики збереження здоров'я (Будопешта, Відня, Лондона, Нової Гориці). В сучасній урбаністиці спостерігаються цікаві рефлексії щодо вітальних та ціннісних смислів міста з метою «оздоровлення» не тільки традиційних дитячих локацій на прибудинкових територіях, а і публічних просторів. Так, у Лондоні для дітей віком від 0-11 років і підлітків вікової категорії 12+ облаштовуються дитячі локації чотирьох типів: 1) прибудинкові для дітей молодшого віку; 2) з ландшафтним озелененням і спеціальним обладнанням для фізичної активності дітей віком від 0 до 11 років; 3) кварталні з окремими майданчиками для дітей віком від 0 до 11 років та підлітків вікової категорії 12+; 4) соціальний простір для підлітків для неформального відпочинку або фізичної активності [7].

Наразі продовжується розробка комплексних рішень для українських міст щодо організації «здорового середовища» для активності дітей різних статево-вікових груп.

Література

1. Бібік Н.В. «Гендерні окуляри» для урбаністів / Н. В.Бібік, Г. Г. Фесенко, Т. Г. Фесенко // Гендер. Екологія. Здоров'я. Матеріали ІV Міжнародної науково-практичної конференції (Харків, 21–22 квітня

2015 р.). – Харків: ХНМУ, 2015. – С.41-42. - <http://eprints.kname.edu.ua/43801/1/Bibik%20N.Fesenko%20G.%20Fesenko%20T.pdf>.

2. Даниленко Г. М. Гігієнічні основи системної оптимізації формування здоров'я дітей в умовах загальноосвітнього навчального закладу : автореф. дис ... д-ра мед. наук: 14.02.01 / Г. М. Даниленко. – Київ : Б.в., 2007. – 40 с.

3. Каракашян А. Н. Гендерні особливості способу життя учнівської молоді / А. Н. Каракашян, Т. Ю. Мартиновська, О. В. Севрюкова // Гігієна населених місць. – 2014. – № 64. – С. 278-282.

4. Полько Н. С. Особливості режиму дня учнів середнього шкільного віку / Н. С. Полько, Н. Я. Яцковська, А. Г. Платонова [та ін.] // Гігієна населених місць. – 2012. – № 60. – С. 260-269.

5. Гендерний центр ХНУМГ ім. О.М. Бекетова: <http://gc.kname.edu.ua>.

6. Фесенко Т.Г. Імплементация гендерних підходів у муніципальній програмі розвитку житлово-комунального господарства / Т. Г. Фесенко, Д. М. Мінаєв, О.В. Беяцький, І.С. Усачов // Матеріали III міжнародної науково-практичної конференції (Харківський національний університет міського господарства імені О.М. Бекетова, Харків, 23-25 жовтня 2013 року) «Гендерна політика міст: історія і сучасність». Вип. 4: наук. зб. – Х.: ХНУМГ ім. О.М. Бекетова, 2013. – С. 238-240.

7. Фесенко Г. Г. «Дитячий простір» в філософсько-урбаністичній інтерпретації // Гілея: науковий вісник. Збірник наукових праць / гол. ред. В. М. Вашкевич. – 2017. – Вип.117 (2). – С. 180 – 184.

Білогур В. Є.,

Мелітопольський державний педагогічний університет
ім. Богдана Хмельницького

ВПЛИВ ЗАНЯТЬ СПОРТОМ

НА ГЕНДЕРНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСОБИСТОСТІ ЖІНОК

Фахівці різних галузей наукових досліджень займалися жіночою проблематикою в спорті. Протягом багатьох років великий інтерес до гендерному аспекту в області спорту, розуміння ролі жінок, її значущості соціального статусу в цій діяльності не пропадає як в Україні, так і за кордоном. Представленість соціальних ролей обох статей в спортивному середовищі впливає на розвиток жіночого спорту та вирішення гендерних конфліктів в різних спортивних заходах та спортивної діяльності в цілому. Можна відзначити той факт, що кількість жінок, які беруть участь у спортивних заходах, збільшилася за останні роки, але те, що стосується призначення на керівні посади жінок в спортивних організаціях, робота жінок в якості тренерського складу, офіційних керівників високого рівня в цьому аспекті діяльності можна говорити про відсутність рівноправності в спорті. Спорт - вид діяльності, що привертає своєю красою та видовищністю, що надає індивіду величезні можливості для самореалізації,

самовираження, прояву природних унікальних можливостей. Жінки досягають видатних спортивних вершин, б'ють рекорди, які встановили чоловіки, демонструють високий технічний рівень майстерності, і тим не менше на сьогоднішній день в постійно погіршується соціальної, економічної та екологічної ситуації, при фізичних навантаженнях на жінок впливають негативні чинники на їх організм. Жінки спортсменки не завжди замислюються, що чекає на них після завершення спортивної кар'єри, які не розмірковують про їх сімейного життя. Вони націлені на успіх будь-яку ціну, в досягненні результатів провідних до слави, визнання, самоствердження, матеріального достатку. Займаючись окремими видами спорту, жінки перейняли також типові для чоловіків принципи тренування. Однією з особливості сучасного жіночого спорту є націленість освоєння жінками тих видів, які традиційно вважаються «чоловічими» видами спорту, як футбол, бокс і боротьба, важка атлетика, культуризм, хокей з шайбою, стрибки на лижах з трампліну, стрибки з жердиною, а також екстремальних – сноубординг, скейтбордінг. Помітне місце в цьому переліку займають різновиди спортивної боротьби (дзюдо, самбо та вільна боротьба). Гендерно-нейтральні види спорту, такі як плавання, біг, мають найвищі показники участі хлопчиків і дівчаток. Бажання жінок конкурувати нарівні з чоловіками в кожному виді спорту зараз повністю вдовольнилося. Не залишилося жодного офіційного заборони для жінок займатися будь-яким видом спорту. *Одним з факторів* негативного впливу спорту вищих досягнень, пов'язаних з особливостями жіночого організму, є диморфізм. Ця проблема займає не останнє місце в світі спорту. Розгляд спортивних результатів з точки зору статевого диморфізму показує, що у жінок темпи зростання спортивної майстерності вищі, ніж у чоловіків. *Іншим фактором* є використання допінгових препаратів жінок з метою досягнення високих результатів і встановленням світових рекордів, провідних згодом до появи багатьох порушень в психофізіологічному аспекті. В цьому полягає небезпека вступу в нелюдський світ, не гармонійний світ, в якому зіштовхується культура, природа і людина. З розвитком людино-машинного суспільства він звертає увагу на антигуманність негативних явищ, на те, що в технічній цивілізації, в якій ми живемо, спорт став засобом руйнування людини. *Ще одним фактором* і значущою проблемою слід вважати розробку соціально-психологічних основ жіночого спорту, для якої характерний спортивний стиль життя, який передбачає відмову від багатьох звичних для звичайних людей радостей життя, обмежені можливості спілкування, екстремальні фізичні навантаження і ще багато всього іншого, що дійсно відрізняє спортсменку від інших представниць прекрасної статі.

ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ТА СТАТІ

Зростання захворювання легенів багато в чому пов'язане з прогресуючим погіршенням екологічного стану навколишнього середовища. Для ряду захворювань органів дихання характерний статевий диморфізм. Однак вплив гендеру при негоспітальній неускладненій пневмонії (ННП) у дітей вивчено недостатньо. Тому особливості прояву статевого впливу при ННП залежно від рівня фізичного розвитку дітей є актуальним питанням.

Мета дослідження: встановити особливості імунної відповіді на гострий запальний процес у дітей з ННП в залежності від статі та фізичного розвитку.

Обстежено 171 дитина віком 3-14 років з діагнозом ННП та різним рівнем ФР, з них 53,22% склали дівчатка, 46,78% – хлопчики. Оцінку рівня ФР дітей проводили за показником індексу маси тіла (ІМТ). З урахуванням рівня ФР хворі були розподілені на групи: 1-а група – з надлишковою масою тіла (НМТ); 2-а – з дефіцитом маси тіла (ДМТ); 3-я – діти із середніми показниками фізичного розвитку (СПФР). Контрольну групу склали 20 практично здорових дітей аналогічного віку. Визначення рівня цитокінів (ІЛ-1 β , ІЛ-4 і ФНП- α) в сироватці крові проводили в гострий період.

Аналіз показників дослідження рівня прозапального ІЛ-1 виявив достовірні гендерні особливості підвищення рівня цитокіну у дітей з різним рівнем ФР. Так, в групі з ДМТ підвищення рівня ІЛ-1 характерно для хлопчиків (50,0 \pm 1,9)%, тоді як у дівчаток підвищення рівня цього показника не відмічалось (0%; $p < 0,001$). Подібна закономірність характерна і для хворих з СПФР: у хлопчиків підвищення рівня ІЛ-1 мало місце у (21,4 \pm 1,7)% і не притаманне для дівчаток (0%; $p < 0,05$). Для хворих з НМТ: частота підвищення вмісту цитокінів у дівчаток ((34,8 \pm 4,21)%; $p < 0,05$) в 3,3 рази перевищувала таку у хлопчиків ((11,1 \pm 1,2)%; $p < 0,05$). Отримані результати свідчать про суттєві гендерні відмінності метаболізму ІЛ-1 у відповідь на запальний процес в легенях і залежать від рівня фізичного розвитку.

При аналізі результатів дослідження серед хворих на ННП з підвищеним рівнем ФНП- α залежно від статі достовірних відмінностей встановлено не було ($p > 0,05$), що вказує на те, що гендерні особливості дітей не впливають на метаболізм даного інтерлейкіну.

Аналіз пацієнтів з підвищеним рівнем ІЛ-4 встановив, що гендерні відмінності відзначені лише в групі з ДМТ: частота збільшення вмісту ІЛ-4 у хлопчиків (72,2 \pm 8,2%) в 2,6 рази більше ($p < 0,001$), ніж у дівчаток.

Поглиблений аналіз гендерних особливостей щодо наявності вираженого дисбалансу цитокінів серед груп показав, що залежно від рівня ФР у хлопчиків в 2,2 рази частіше реєструється дисбаланс про- і протизапальних цитокінів, ніж у дівчаток ((61,1 \pm 6,6)% і (27,3 \pm 2,1)% відповідно, $p < 0,05$).

При порівняльному гендерному аналізі встановлено, що в групі з ДМТ дисбаланс про- і протизапальних механізмів у хлопчиків ($61,1 \pm 6,6\%$) в 2,2 рази вищий ніж у дівчаток ($27,3 \pm 2,1\%$, $p < 0,05$). В інших групах достовірних відмінностей відносно статі встановлено не було ($p < 0,05$).

Таким чином, у дітей хворих на ННП відмічається підвищення продукції прозапальних цитокінів (ІЛ-1, ФНП- α) з найбільшим значенням рівня ІЛ-1 у дівчаток в групі з ДМТ та НМТ. Так дівчаток з відхиленнями рівню ФР в той чи інший бік, можна розглядати як групу ризику щодо важкого перебігу ННП. Підвищення рівню протизапального цитокіну (ІЛ-4) серед хлопчиків з ДМТ свідчить на користь адекватних компенсаторних механізмів при ННП.

Венцель Н. В.,

КЗ «Житомирський обласний інститут

післядипломної педагогічної освіти» Житомирської обласної ради

РЕАЛІЗАЦІЯ ПРАВ ЖІНОК КРАЇН «ТРЕТЬОГО СВІТУ»

У ГЛОБАЛІЗАЦІЙНІЙ КРИЗІ СУЧАСНОСТІ

Актуальність теми. У багатьох країнах «третього світу» жінки беруть активну участь не лише у суспільному житті, реалізуючи принцип рівноправ'я у побуті та на роботі, а й у внутрішній і зовнішній політиці своїх країн. Проте гендерний баланс, який є одним із гарантів безпеки для країн, що розвиваються, при постійному поглибленні глобальної кризи, не стабільний. Тому вивчення процесу рівності статей та розширення можливостей жінок у країнах «третього світу» є актуальним та важливим науковим завданням.

Мета роботи. Дослідити вплив глобальних проблем на гендерну рівність в країнах «третього світу».

Основний текст. Більше двадцяти років діють заходи, покликані сприяти досягненню справжньої рівності між жінками та чоловіками, прийняті у Плані дій Міжпарламентської ради в Парижі та в Пекінській Декларації і Пекінській Платформі дій. Проте, на даний час вони, у переважній більшості, не реалізовані [2]. Відіграючи важливу роль у всіх прошарках суспільства, жінки країн «третього світу», досі недопредставлені в парламентах, урядах, міжнародних організаціях, системах правосуддя та в економіці. За рівноцінну працю жінки отримують значно меншу заробітну плату, вони частіше страждають від безробіття і злиднів, мають набагато менше можливостей впливати на процеси прийняття рішень, при цьому набагато більше працюючи з людьми, допомагаючи їм у вирішенні конкретних і щоденних проблем. У слаборозвинутих країнах існує значна дискримінація, з якою стикаються жінки та дівчата при здобутті освіти, профілактиці та охороні здоров'я і материнства, розвитку особистості. Крім того, в цих країнах загрозливо високий рівень насильства по відношенню до жінок, який включає і насильство в сім'ї. Злидні, голод

і нерівність, які процвітають у цих країнах, тягнуть за собою збройні конфлікти і нестабільність, що погіршує і без того складну ситуацію з дотримання прав жінок. Погіршення стану навколишнього середовища і стихійні лиха, які відбуваються на територіях країн «третього світу», відображаються на житті всіх громадян, але найчастіше вони впливають на жінок. Дослідження вказують на залежність між дискримінацією в сфері освіти, обумовлену гендерними проблемами, та уповільненням темпів економічного зростання країн. Порівняльні дані по країнах «третього світу» свідчать, що рівноправний доступ чоловіків і жінок до освіти, продуктів харчування, вирішення екологічних проблем, використання доходу та майнових прав сприяв би зменшенню частки дітей з недостатньою вагою у віці до трьох років на 13 %, що зменшило б на 13,4 млн. кількість дітей, які вмирають внаслідок недоїдання, зменшенню небезпеки від стихійних лих, покращенню заходів у відновленні та управлінні природними ресурсами [3]. Яскравим цьому прикладом є Елен Джонсон-Серліф – президент Республіки Ліберія, самої бідної країни Західної Африки, в якій рівень безробіття один з найвищих у світі. Крім того за останні три десятиліття країна пережила державний переворот і дві громадянські війни. Проте у 2005 р. випускниця Гарварду, колишня співробітниця Світового банку та інших міжнародних фінансових інститутів за результатами голосування здобула перемогу на виборах президента. Результатом її плідної роботи стала Нобелівська премія миру з формулюванням "за ненасильницьку боротьбу за безпеку жінок і за їх право на участь в побудові світу", присуджена їй у 2011 році, разом із співвітчизницею Лейме Гбове і представницею Ємену Таваккул Карман [1].

Висновки. Таким чином, слід зазначити, що, хоча в світі намітилася позитивна тенденція до організації справжньої рівності між жінками та чоловіками, економічна та екологічна кризи, безробіття, голод, збройні конфлікти погіршують вразливість економічно відсталих країн і роблять жінок особливо залежними у таких ситуаціях. І хоча рівність між чоловіками і жінками сприяє повноцінному соціально-економічному розвитку суспільства, цей процес уповільнюється глобальними кризовими явищами сучасності.

Література

1. Лауреат Нобелевской премии переизбрана на пост президента Либерии. Режим доступа – <https://lenta.ru/news/2011/11/11/sirleaf/>
2. Основные аспекты гендерного равенства, которые должны найти свое отражение в рамочной программе развития на период после 2015 года [Слектронный ресурс] / Режим доступа - <http://docplayer.ru/385434-En-6-2013-срп-5-razvitiya-na-period-posle-2015-goda.html>
3. Food and agriculture data FAOSTAT provides free access to food and agriculture data for over 245 countries and territories and covers all FAO regional groupings from 1961 to the most recent year available. [electronic resource] / access mode: <http://www.fao.org/ faostat/en/#home>

4. Half the World, Half a Change. An Introduction to Gender Development. [electronic resource] / access mode: – <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/half-the-world-half-a-chance-an-introduction-to-gender-and-development-122709>

Власенко О. В., Нго Т. Т. Н.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМАТИКА В ЭКОЛОГИИ

Как известно, гендерный подход основан на идее о том, что важны не биологические или физические различия между мужчинами и женщинами, а то культурное и социальное значение, которое придает общество этим различиям. И одним из самых интересных направлений современных гендерных исследований является гендерная проблематика в экологии.

Как происходит взаимодействие гендера и окружающей среды (природы)? Возможно ли использовать гендерный подход в решении экологических проблем? Есть ли связь между гендерной дискриминацией и экологическими кризисами? Эти и многие другие вопросы составляют гендерную проблематику в экологии.

Не секрет, что женщину всегда ассоциировали с природой, и наоборот. Эта взаимосвязь удивительным образом нашла свое выражение в двух современных социальных движениях – за освобождение женщин (феминизм) и экологическом. Гендерная проблематика в экологии предметно рассматривается экофеминизмом – относительно новым направлением научной мысли и общественного движения (возникло в начале 1970-х годов сначала во Франции и США, а затем во многих других странах), появившемся на стыке двух упомянутых.

Общеизвестно, что взаимодействие природы и общества происходило далеко не гармонично. Нарастающие экологические кризисы сопровождалась гендерным неравенством. Конечно, с давних времен женщина считалась хранительницей домашнего очага, а мужчина – охотником и кормильцем семьи. Разделение труда по половому признаку способствовало тому, что социум старался отделить себя от окружающей среды через систему производства, в которой, как известно, всегда доминировали мужчины. Сфера же приватная традиционно считалась «женской вотчиной», где использовался неоплачиваемый труд женщины. В результате женщины и мужчины отчуждались и друг от друга, и от результатов собственного труда.

Согласно экофеминизму, потребительское отношение к природе и притеснение женщин в культуре тесно взаимосвязаны. Сторонницы и сторонники экофеминизма считают, что экологический кризис был порожден той же патриархатной системой (причем западного образца), которая исторически выстроила и систему угнетения представительниц женского пола. Гендерная дискриминация и деградация природы

предопределены тем, что западная культура всегда была склонна во всём замечать принадлежность либо к разуму и духу, абстрактному мышлению, науке и технологии, либо же к природе, телу, интуиции, репродуктивности [1]. И если только удастся решить проблему дискриминации женщин, тогда, считают последователи и последовательницы экофеминизма, можно будет привести мир к некоей изначальной гармонии.

На мой взгляд, экофеминизм – это невероятно перспективное направление научной мысли и общественной практики. Я считаю, ему нужно оказать всестороннюю поддержку. Мы должны построить новый стабильный мир, где мужчина и женщина будут иметь равные права и возможности, что, в свою очередь, поспособствует выстраиванию потерянного баланса между обществом и природой.

Література

Карпенко К. Гендерная проблематика в экологии [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://ecofeminism.noblogs.org/гендерная-проблематика-в-экологии/>

Воротченко М. О., Сичова Л. В.,
ХНМУ

ВПЛИВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Тіло людини є така ж святиня, як і дух, з яким воно нероздільне...

*І тому я вважаю, що людина ніколи не має права
нехтувати своїм здоров'ям.*

Л.М. Толстой

Я обрала саме цю тему, тому що вона є дуже важливою для нашого існування. Кожний із нас обов'язково зустрічається з цією проблемою. Репродуктивне здоров'я неабияк пов'язано з навколишнім середовищем. Саме в цій статті я б хотіла розповісти про середовище, яке нас оточує і як воно впливає не тільки на наше з вами майбутнє, а й на майбутнє наших дітей.

Середовище, в якому живе організм, впливає на здатність до запліднення і відтворення здорового потомства. Часті контакти з різними хімікатами, забруднене повітря, знижена фізична активність, стрес і шкідливі звички призводять до зміни гормонального фону, розвитку злякисних пухлин. Під впливом даних факторів у жінки може наступити раніше менопауза, а у чоловіка початися ослаблення еректильної функції.

Порушення в харчуванні мають серйозний негативний вплив на фертильність. Існують дослідження, які показують, що чоловіки, які страждають на діабет і потребують ін'єкцій інсуліну, мають абнормальні зміни в ДНК сперми. Хвороби, асоційовані з шлунково-кишковим трактом, можуть призвести до імпотенції і ретроградної еякуляції. Дефіцит вітаміну D у жінок сприяє полікістоз яєчників і змін в менструальному циклі. Часте вживання алкоголю також серйозно пригнічує статеву функцію.

Якщо в регіоні погане повітря, будуть часто спостерігатися випадки безпліддя в парах або викидні. Особливо в літню пору міста з промисловими підприємствами покриваються сірим серпанком – смогом, який може складатися з мало не всієї таблиці хімічних елементів Менделєєва. Відповідно людина дихає цим повітрям, речовини (формальдегіди, азот, сірка, ртуть, метали) всмоктуються в кров. Внаслідок цього для зачаття дитини може елементарно не вистачати кисню та інших речовин, а також з вини поганої екології можуть відбуватися зміни у внутрішніх статевих органах жінки і чоловіки.

Окис етилену (під час стерилізації медичних інструментів), контакт зі всілякими лікарськими препаратами і вплив радіації. Негативними наслідками цього може стати безпліддя, всілякі дефекти у розвитку плоду, самовільне переривання вагітності, не виношування і т.п. Також вдихувані ними пари різних миючих засобів і контакт з ними безпосередньо через шкіру впливає на репродуктивне здоров'я. При цьому в три рази підвищується ризик виникнення безпліддя. Рентгенівські установки, під час роботи з якими на людину впливає радіоактивне випромінювання, яке призводить до зниження функції яєчників (у жінок) та погіршення якості сперми (у чоловіків). Небезпечні для репродуктивного здоров'я – фунгіциди, гербіциди та пестициди. Вони можуть викликати не виношування, безпліддя і всілякі вроджені патології, а також дефекти у розвитку майбутнього малюка. На хімічних виробництвах на людину впливають різні хімікати і накопичуються солі важких металів. Усе це може призвести до безпліддя і вроджених дефектів і патологій у розвитку плоду.

Одним з головних елементів біосфери є вода. Промислові підприємства, каналізаційні стоки чинять негативний вплив на її якість. Хлорована вода з-під крана негативно впливає на репродуктивне здоров'я як чоловіків так і жінок, оскільки вона надає шкідливий вплив на організм.

Фільтрування і кип'ятіння води з-під крана не врятує ситуацію. При кип'ятінні хлорована вода насичується діоксинами, які негайно діють на імунну систему, викликають порушення роботи ендокринної системи, провокують розвиток генетичних аномалій у розвитку майбутнього плоду і онкологічних захворювань статевої системи у жінок і чоловіків. Тому рекомендується вживати питну воду в пляшках або дитячу воду.

Література

1. Астахов В. М. Автоматизация клинко-психологических исследований в акушерско-гинекологической практике / В. М. Астахов, Ю. Б. Максименко. – Донецк: Новый мир, 2006. – 82 с.
2. Гойда Н. Г. Концептуальні основи біосоціального ритму репродуктивного потенціалу населення та заходи профілактики порушень на етапах його формування / Н. Г. Гойда, В. І. Чебан // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 1 (1). – С 24-26.
3. Горбенко О. В. Аспекти прихильності сучасної молоді до контрацепції / О. В. Горбенко // Медико-соціальні проблеми сім'ї. - 2006.

МЕЖДУНАРОДНО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ЖЕНЩИН В УКРАИНЕ

Гендерное неравенство в Украине – проблема, которая нуждается в конструктивном подходе и комплексном решении. Благодаря движению женщин за свои права и международному сотрудничеству в этой области удалось достичь успехов в ликвидации дискриминации в отношении женщин и выработке международно-правовых норм в области защиты прав женщин.

Во многих государствах международного сообщества (и Украина в этом смысле не исключение) реализация международно-правовых и национальных норм в данном аспекте оставляет желать лучшего. Это связано с тем, что законодательно они закреплены в основных законах национального права, а на практике – не применяются. Поэтому проблема защиты прав женщин является актуальной как для всего мира, так и для Украины в отдельности.

Эффективное обеспечение прав женщин требует, в первую очередь, комплексного понимания социальной структуры и соотношения сил, которые формируют не только законы и политику, но и экономическую и социальную динамику, а также семейную и общественную жизнь.

В ноябре 1967 года была принята первая Декларация о ликвидации дискриминации в отношении женщин, а позднее 18 декабря 1979 года единогласно Генеральной Ассамблеей ООН – Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.

Глобализация проблемы обеспечения и защиты прав женщин в современном межгосударственном сотрудничестве мирового процесса остается очевидной. Свидетельством этого является проведение Организацией Объединенных Наций всемирных конференций по положению женщин и заключительной сессии Конференции Генеральной Ассамблеи ООН «Women Deliver» 2016 года. В рамках этой конференции собираются активисты, государственные должностные лица и представители агентств ООН, чтобы сосредоточиться на том, как осуществлять цели ООН в области устойчивого развития на благо женщин и девочек.

Права женщин и девочек являются неотъемлемой, составной и неделимой частью всеобщих прав человека. Полное и равное участие женщин в политической, гражданской, экономической, общественной и культурной жизни на национальном, региональном и международном уровнях, а также ликвидация всех форм дискриминации по признаку пола являются первоочередными целями международного сообщества.

Идея о международной защите прав женщин, а также идея о преодолении ликвидации дискриминации в отношении женщин, в первую

очередь должны основываться на гендерном сознании людей, которое является одной из форм общественного сознания.

Структура «ООН-женщины» работает на Украине с 1999 года. На Саммите тысячелетия в Нью-Йорке 2000 года Украина присоединилась к 189 странам мира, подписавшим Декларацию тысячелетия ООН. Согласно этой декларации, каждая страна обязуется обеспечить гендерное равенство.

В настоящее время правовая система Украины содержит немало юридических механизмов, направленных на защиту прав и свобод женщин от всех форм дискриминации. Государственные программы, утверждаемые Президентом Украины и Кабинетом Министров: «Долгосрочная программа улучшения положения женщин», «Программа предотвращения торговли женщинами и детьми», «Национальный план действий по улучшению положения женщин». Однако остаются серьезные проблемы с их практическим воплощением.

Для расширения прав и возможностей женщин в международно-правовых нормах следует предусмотреть полное осуществление всех прав человека и основных свобод всех женщин. Значимой задачей является принятие целевых программ, ориентированных на профессиональную переподготовку женщин. Сегодня осуществляются действенные меры в области ликвидации нищеты. Интересы женщин в этом отношении являются приоритетными. Для обеспечения трудовой квалификации создаются необходимые условия для получения женщинами профессионального образования. Важно, чтобы эти скромные тенденции укреплялись, утверждались в повседневной жизни, а не просто декларировались.

Годзь Н. Б.,
НТУ «ХПИ»

СТЕРЕОТИПИ В МЕЖАХ ДОСЛІДІВ ЕКОЛОГІЧНОЇ ФУТУРОЛОГІЇ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З «ПОСТДОРОБЛЮЮЧИМ МИСЛЕННЯМ»

ТА «ВІРТУАЛЬНОЮ ПАМ'ЯТТЮ НЕІСНУЮЧОГО ПРОСТОРУ»

Фізично, ментально й соціально ми існуємо у певних видимих та невидимих, віртуальних просторах, просторах, які пов'язані з реально існуючими екологічно обумовленими площинами (нішами), як у природному, так й у соціально детермінованому розумінні. Під час існування ми вимушено або усвідомлено взаємодіємо з природою та соціумом, використовуємо механізми стереотипізації, або діємо відповідно за ними (культурні стереотипи, гендерні стереотипи) [1, с. 15-165]. Позитивом, як це не дивно, на нашу думку, є загальне домінування у науковій думці концепції реального розуміння людини та її місця, та більш обґрунтоване ставлення до розуміння ролі природного, екологічного оточення людини та техносвіту, нею створеного. Важливо враховувати розгалуження екології на окремі напрями, які мають власну специфіку [2, с. 174-180]. Займаючись питанням

екологічної футурології, ми тим чи іншим чином у наукових роздумах звертаємося до питань гендерної тематики [3, 4]. Таким чином, ми виходимо на питання екологічного простору, особливо здорового простору людини. У зв'язку з чим виникає необхідність використовувати поняття, які ми пропонуємо – а саме «постдоброблюючого мислення» та «віртуальної пам'яті неіснуючого простору», бо швидке входження нових технологій у нових поколінь знищує цілі пласти колективної практичної пам'яті, а саме дій, стереотипів, які пов'язані з використанням у суспільстві інших технологій, або взагалі, життя. За межами використання технологій феномен «Бліп»-культури дуже негативно діє на сучасне суспільство. Попередні покоління мали більш цікавий досвід існування у природо-техногенному середовищі, ніж сучасне покоління. Отже, саме у нього є «віртуальна пам'ять неіснуючого простору», якого вже нема. Вважаємо також, що ті, хто працюють над винаходами, також мають прояв цього феномену, але так би мовити, скерованого у майбутнє. А саме: до можливого майбутнього. Саме тут стереотипи образу можуть віддзеркалювати семантико-когнітивні асоціації, діяти на механізми впізнавання та співвідношення.

«Постдоброблююче мислення» також є прив'язаним до «віртуальної пам'яті неіснуючого простору», бо в історичних проєкціях природних екологічних ніш воно може активно функціонувало, відновлюючи ті сфери духовної та матеріальної реальності, які наразі або вже зникли чи трансформувалися, або існують з втратами; чи ще не створені або не матеріалізовані в об'єктах, механізмах й т.п. Трансформації та зміни відбуваються навколо нас й у середині нас, але перед нами залишається задача не тільки зафіксувати у пам'яті зміни та образи попереднього, але й питання збереження поліваріантності моделей того, що існує в природі, в соціумі. Думається, все це можливо відтворювати за рахунок артикуляції подій та сенсів, а також завдяки реальному моделюванню цієї ланки віртуальної дійсності. Постійна проблема «не забути» й не «втратити» змушує нас вирішувати ці питання.

Література

1. Годзь Н. Б. Культурні стереотипи в українській народній казці: текст. дис. канд. філос. наук : 09.00.04 філософська антропологія, філософія культури / Н. Б. Годзь. – Харків : Харківський Національний університет ім. В. Н. Каразіна. – 2003. – 199 с.
2. Карпенко К. І. Природа і жінка: перспективи екофемінізму в Україні. Монографія / К. І. Карпенко. – Харків : Крук, 2005. – 320 с.
3. Маркович Д.-Ж. Социальная экология / Д.-Ж. Маркович // Пер. с сербскохорватского О. И. Долгой. – Москва : Просвещение. – 1991, 172 с.
4. Экология человека: учебное пособие / В. В. Хаскин, Т. А. Акимова, Т. А. Трифонова. – Москва : ЗАО Издательство «Экономика», 2008. – 367 с.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕРОНТОЛОГИИ

*Блажен, кто в старческие годы
Всю свежесть чувства сохранил,
В ком испытанья и невзгоды
Не умертвили духа сил.
А. Плещеев*

Огромную угрозу человечеству несут глобальные изменения возрастного состава населения стран, прежде всего развитых. Она заключается в отвлечении из экономики значительных ресурсов на медицинское, социальное и психологическое поддержание жизни людей позднего возраста. Человечество оказалось не готово, во-первых, выразить свою толерантную позицию к старикам, а во-вторых, у общества до сих пор нет целостной программы увеличения продолжительности активной фазы жизни людей. Такие подходы могли бы не только увеличить продолжительность использования трудовых ресурсов, но и существенно снизить отвлечение средств на удовлетворение геронтологических потребностей. Необходимость изучения данных проблем детерминируется наличием их гендерных особенностей. Обусловленные почтенным возрастом, эти гендерные особенности носят деликатный характер. Однако прежде следует рассмотреть, какие геронтологические проблемы сегодня наиболее актуальны. В современном украинском обществе сложился тесно переплетенный клубок противоречий, связанных с проблемами геронтологии. Наиболее значимые среди них – это противоречия:

1. Между актуальными социально-экономическими потребностями страны в здоровых и трудоспособных пенсионерах и ее низкими социально-экономическими возможностями по их медицинскому и фармацевтическому обеспечению.

2. Между высокой ценностью медицины и фармацевтики для стариков и падением их престижа как ограниченно доступных.

3. Между признанием факта обеспеченной старости как мощного ресурса продления жизни пенсионеров и отсутствием у государства адекватной модели реализации ее в социуме.

4. Между декларируемыми конституционными правами граждан на обеспеченную старость, заботу, уважение и исключением пенсионеров из активной социальной жизни, что усложняет определение ими целей и смысла жизни, ведет к потере мотивации, угнетенному состоянию, вызванному необходимостью выживания. Чем дальше человек движется по хронологии своей жизни, тем больше возрастает вероятность того, что потенциально генетически заложенные болезни все правдоподобнее станут манифестными.

5. Между значительным увеличением продолжительности жизни и снижением качества здоровья пенсионеров, что неизбежно ведет к сокращению активной фазы жизни человека.

6. Между стремлением старшего поколения быть «золотым фондом», полезным обществу, и стремлением молодежи самим занять все ниши социальной пирамиды. Таким образом, происходит «отторжение» старшего поколения. А ведь работающий пенсионер не только гарантирует себе финансовую независимость, но и сохраняет социальные контакты, которые играют ведущую роль в поддержании содержательного и насыщенного событиями образа жизни.

7. Между восприятием старости как единственного способа жить долго и ее качеством: для многих людей она – самая безрадостная, обремененная лишениями и болезнями, часть жизни.

8. Между страстным желанием человека жить долго и нежеланием быть старым. Молодые неуважительно относятся к старикам, но сами предполагают дожить до глубокой старости, оказываясь, таким образом, в плену самообмана.

9. Между стремлением проявлять постоянную заботу о своих престарелых родителях, с одной стороны, и стремлением детей к разделению жилищного, трудового, семейного и другого социального и психологического пространства.

Реализация интересов старших поколений требует умения эффективно разрешать противоречия, не накапливая их, а превращая в источник прогресса и саморазвития. Именно такой подход способен обеспечить решение проблем геронтологии с учетом гендерных особенностей.

Обозначенные геронтологические противоречия имеют гендерную окраску и требуют серьезного исследования. Наиболее значимые из них – это распространенное заблуждение об утрате с возрастом интеллектуальных способностей. Современные зарубежные исследования свидетельствуют, что с возрастом проявляются гендерные интеллектуальные различия: у мужчин преобладает уровень невербального интеллекта, а у женщин – вербальный характер интеллекта. Также имеются гендерные особенности физических потенций.

Таким образом, обозначенные геронтологические противоречия детерминируют необходимость дальнейшего изучения гендерных особенностей людей позднего возраста.

**Гранкина С. С., Полетова Н. П., Шуба И. В.,
ХНМУ**

ПРОБЛЕМАТИКА ГЕНДЕРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Модернизация высшего медицинского образования обусловлена повышением его качества, характерными особенностями которой является учет многообразия индивидуальных и гендерных особенностей будущих специалистов-медиков при обеспечении и поддержке процессов их самопознания, самоактуализации и самореализации [1].

Под гендерным образованием следует понимать образовательную модель, в которой принимается во внимание наличие гендерных проблем в социальном развитии общества и системе образования, предпринимается поиск способов их решения [2].

К *стратегической* проблеме гендерного образования в медицинском вузе мы относим отсутствие гендерной стратегии государственной политики в Украине в отличие от Европейских государств, где данная проблематика является фокусом, способствующим созданию обширной информационной базы конкретных проблем, касающихся гендерных конфликтов, и различные предложения по их разрешению.

Методологической проблемой гендерного образования в вузе является отсутствие систематизированного и обобщающего гендерного научного знания.

Концептуальной проблемой становления гендерного образования в вузе является появление гендерной проблематики в разных науках, способствовавшее их терминологическому и теоретическому обновлению.

Содержательной проблемой становления гендерного образования в вузе является рост количества и качества исследований, посвященных гендерному образованию, порождающих востребованность гендерного знания в системе высшего образования и осмысление выбора содержания гендерной проблематики, «вписывающегося» в общую систему образования высшей школы, равноценного для самореализации представителей обоих полов.

Методическая проблема становления гендерного образования в вузе связана с выбором эффективных педагогических средств освоения гендерного знания, проявляющаяся в организации и проведении теоретических и практических семинаров, студенческих конференций по гендерной тематике, в публикации материалов гендерного содержания, сотрудничество с различными организациями, поддерживающими гендерную тематику.

Таким образом, решение выявленных проблем будет способствовать повышению качества гендерного образования в вузе.

Каждый преподаватель является источником информации и обладает собственным стилем изложения учебного материала, является носителем определенного гендерного поведения; студенты отличаются определенными гендерными особенностями, поэтому важнейшей задачей вуза должно стать создание атмосферы востребованности гендерной культуры преподавателей и студентов, гендерной компетентности, обеспечивающей благоприятные условия для самореализации студентов и студентов, способствующие повышению качества гендерного образования в вузе, лишённого сексизма, и высшего педагогического образования в целом, отвечающего современным требованиям мирового образовательного пространства.

Литература

1. Александрова, Н. В. Гендерные стратегии в Европейском образовании: Германия и Франция / Н. В. Александрова // Гуманитарное образование и социальный контекст: гендерные проблемы. – 2007. – С. 48-54.
2. Борытко, Н. М. Гуманитарная парадигма образования в контексте гендерных исследований / Н. М. Борытко // Гендерные исследования в образовании: проблемы и перспективы. – 2009. – С. 36–40.

Григорьева А. С., Ермоленко Т. И.,
ХНМУ

СПЕЦИФИКА ПРОТЕКАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Гендерная медицина является новым направлением, специализирующимся на биологических и физиологических различиях, существующих между мужчиной и женщиной, проявляющихся в течение различных заболеваний и реакции систем организма на различные виды лечения. Последние исследования лабораторной медицины установили принципиальные различия между мужчинами и женщинами, и протеканием у них сердечно-сосудистых, онкологических, желудочно-кишечных заболеваний.

Специфические половые физиологические различия сердечно-сосудистой системы включают сниженный индекс массы тела, меньший размер сердца и коронарных сосудов, а также меньший размер всех органов тела у женщин по сравнению с мужчинами, следствием чего являются большие объемы распределения фармакологических препаратов для мужчин. У женщин наблюдается больший процент жировой ткани, которая может увеличивать выраженность действия в них липотропных препаратов. Симптомы течения сердечно-сосудистых заболеваний заметно отличаются у мужчин и женщин. В то время как боль, отдающая в левую руку, является стандартным признаком сердечного приступа у мужчин, тошнота и боли внизу живота – симптомы у женщин. При этом сердечные приступы у женщин более тяжелые именно из-за неспецифических симптомов. Именно поэтому женщины часто несвоевременно обращаются к врачу за медицинской помощью. В проявлениях ИБС тоже имеются половые различия. Согласно Фреймингемскому исследованию, у женщин первым проявлением обычно бывает стенокардия напряжения (в 47% случаев), а у мужчин – инфаркт миокарда (в 46% случаев). У женщин менее специфична нагрузочная ЭКГ-проба. Самое очевидное объяснение, почему женщины реже болеют ИБС, это благотворное влияние эстрогенов на сердечно-сосудистую систему, в том числе улучшение липидного профиля и расширение сосудов. Также ожирение по женскому типу в меньшей степени предрасполагает к ИБС, чем ожирение по мужскому типу. С другой стороны, женщины чаще страдают артериальной гипертонией, сахарным диабетом и ожирением, имеют более высокие

уровни общего холестерина и фибриногена. У женского организма выше репаративные (восстановительные) способности, поэтому легче переносятся болевые ощущения.

Можно отметить, что психологический аспект у мужчин и женщин также играет важную роль в течение заболевания и выздоровления. Женщины проще относятся к серьезным заболеваниям: – таким, как онкология. Пол также оказывает влияние пациента на химиотерапию в целом.

Таким образом, гендерные различия влияют на течение заболевания и шанс пациента на выживание. Поэтому специалисты в своей лечебной практике должны учитывать особенности патогенеза и течения заболеваний в мужском и женском организмах.

Громов А.А.,
ХНМУ

ФАКТОРЫ ВОЗРАСТАНИЯ РОЛИ ЖЕНЩИН В СОВРЕМЕННОЙ УКРАИНЕ

Демократизация украинского общества, реформирование экономической и политической системы предусматривает реструктуризацию социальных отношений. В патерналистской командной экономике они были выстроены на основе формирования и закрепления властной вертикали, субординации нижних и верхних уровней организации жизни людей. В период кланово-олигархической системы последних 20 лет эта вертикаль приобрела особый, извращенный характер, когда внешне иерархия вроде бы ослабляется, а де-факто стала более жесткой. Властные структуры возглавляли, по обыкновению, мужчины, достигшие успеха в теневой экономике, с ее неформальными правилами поведения, которые часто преобладали над нормами права.

Такая система вовсе не демонстрирует эффективности социальных отношений. Поэтому своевременным заданием общества является разрушение такой системы, в частности с помощью укрепления и развития гендерных отношений, которые объективно предполагают развитие горизонтальных связей, ибо женское начало на биологическом уровне не допускает излишнего патерналистского пресса. Даже в семье родители по-разному реализуют свою роль. Для мужчины главным остается функция «оставить после себя потомство», а женщина формирует условия, при которых дети растут и обретают счастье. При этом выстраиваются такие горизонтальные связи, которые при перенесении на общество закладывают фундамент становления и развития гражданского общества в целом.

С точки зрения мужчины, гражданское общество является альтернативой государству (или монополии государства на власть), однако женщина рассуждает иначе. С ее точки зрения, не государство формирует человека условия, а сам человек создает условия жизнедеятельности в рамках форм самоуправления, ограничивая узаконенное насилие власти.

С каждым годом усиливается тенденция проникновения элементов гендерных отношений в структуры публичной власти.

Историческим примером может служить политическая карьера Голды Меер (с 1948 по 1974 гг.), которая выстраивала израильское государство, а также современного литовского государства под руководством Дали Грибаускайте. Они относятся к обществу как к семье, выстраивая властные отношения, позволяющие стабилизировать и укреплять экономическое и политическое пространство. Тенденция к расширению женского «похода во власть» свидетельствует о том, что общество созрело к устойчивому характеру процесса сглаживания противоречий между государством, с его несовершенствами развития и обществом, требующим новых форм реализации. Такой действенной формой выступает активное участие женщин в принятии управленческих решений на всех уровнях властной иерархии, привнесение своего «женского» видения в решении большинства проблем в государственном строительстве.

Женщины иначе смотрят на проблему соотношения войны и мира, они стремятся к поиску всех возможных и невозможных путей противостояния военным конфликтам. Так, канцлер Германии А. Меркель, продолжительный период времени отстаивает позицию приоритетов дипломатии над военным решением конфликтов. Кстати, в Украине наблюдается та же тенденция, свидетельствующая о процессе европеизации общества, развития и укрепления гендерных отношений, повышении роли женщин в управлении государством.

В результате – возрастает роль женщин в бизнесе, как основе развития среднего класса в стране. Хотя во многих профессиональных сферах еще сохраняется предубеждение против женщин-руководителей, и они, если и возглавляют предприятия, то по большей части малые: 26% малых предприятий, 15% – средних, 12% – больших. Бизнесом в промышленности руководят только 2% женщин. Вместе с тем в половине норвежских компаний совет директоров состоит более чем на 40% из женщин.

Сегодня в Украине развивается та же тенденция. Однако следует отметить, что катализатором этого процесса, к сожалению, выступила не внутренняя готовность общества к гендерному прорыву, а военный конфликт на Донбассе, побудивший многих женщин оставить повседневную жизнь и пополнить ряды Вооруженных Сил Украины и волонтерского движения. По словам Президента Украины, ныне в армии проходят военную службу и работают около 54 тыс. женщин, из которых почти 20 тыс. – военнослужащие.

Война фактически разрушила стереотипы украинского общества, стимулируя своеобразный гендерный взрыв. Женщины ломают атмосферу дедовщины, устаревших отношений подчинения, сопровождавшихся ненормативной лексикой и алогичными приказами (например, «копать от забора до обеда»). Женщины этого не позволяют и требуют иного подхода. Они должны ощущать каждый шаг, интуитивно понимая его обосно-

ванность и последствия. Женщины более чутки к проявлениям несправедливости и, в то же время, более ответственны в своих обязанностях.

В конце концов, украинские женщины воюют за гендерный авторитет, что делает их похожими на женщин в развитых странах.

Проявлением тренда возрастания роли женщин в украинском обществе есть их чрезвычайная роль в волонтерском движении. 2/3 общего состава волонтеров – женщины. Они не только обеспечивают армию материально, но, что самое главное – и обеспечивают поддержку воинов духовно и морально, формируя в обществе особое, позитивное отношение мужчин к женщинам.

Приведенные факторы свидетельствуют не просто об обыкновенных изменениях в обществе, а о его новом (европейском) облике, к которому стремится Украина.

**Губская О. Н., Добровольская Е. М.,
ХНМУ**

ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА СНИЖЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЧЕЛОВЕКА

Снижение репродуктивной функции человека или климакс – это естественное физиологическое состояние организма. Так предопределено природой, что прохождение этого процесса у женщин и мужчин несколько отличается. Женщины в возрасте 50-52 лет переживают явление менопаузы – биологическое событие, когда на фоне возрастных изменений доминируют инволютивные процессы в репродуктивной системе. Особо неприятной является не столько сама менопауза, как возможное длительное течение постменопаузного периода, для которого характерны определенные симптомы. Частота таких симптомов составляет 40-60%. В отличие от женщин, у мужчин не наблюдается резкого окончания репродуктивной функции, у них происходит постепенное снижение уровня половых гормонов (в первую очередь, тестостерона), начало которого приходится на возраст около 40 лет.

У большинства женщин, входящих в менопаузу, наблюдаются вазомоторные симптомы. При снижении или отсутствии действия эстрогенов и гестагенов нарушен сигнал для включения механизмов симпатической нервной регуляции, приводящих к дилатации сосудов и гипергидрозу. Такие «приливы» могут длиться 1–5 мин и часто являются причиной нарушения сна. К более поздним проявлениям климакса у женщин относятся остеопороз, недержание мочи и ощущение дискомфорта при мочеиспускании, нарушения обмена веществ за счет прибавления в весе, сухость влагалища.

У мужчин же возможные проявления климакса включают сердцебиение, «приливы» с покраснением кожи лица, рук, головокружение, которые возникают чаще и проявляются сильнее при психоэмоциональных

и физических нагрузках. В некоторых случаях отмечаются перепады артериального давления, которые могут привести к развитию артериальной гипертонии.

Стоит отметить, что все симптомы у женщин проявляются гораздо чаще и в большей степени, поэтому терапия женского климакса предполагает применение большего количества лекарственных средств. Менопаузальная терапия включает гормональные средства для перорального и парентерального введения, где дозы эстрогенов низкие и соответствуют уровню таковых в крови молодых женщин в ранней фазе пролиферации. Для коррекции психологического и эмоционального состояния применяются антидепрессанты и седативные средства, для профилактики остеопороза – биофосфонаты, при проявлениях влагалищных изменений показано применение крема для местного введения эстрогена.

Принципы лечения мужского климакса включают: заместительную терапию производными тестостерона (эти препараты при климаксе у мужчин назначаются при снижении общего тестостерона ниже 8 нмоль/л, свободного – ниже 180 пмоль/л), а также препараты, стимулирующие синтез собственных половых гормонов. В большинстве случаев соблюдение специальной диеты, богатой растительной пищей, и умеренные физические нагрузки способствуют незаметному прохождению климакса у мужчин.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что снижение репродуктивной функции у женщин проходит с отличающейся симптоматикой в сравнении с мужчинами, а интенсивность проявлений этих симптомов намного выше. Данный фактор играет ключевую роль в установлении необходимости проведения климактерической терапии, а также выборе естипа и напряженности.

Дворник Н. А., Занг Т. Л., Кателевская Н. Н.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ «БЫСТРОГО ПИТАНИЯ» НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Актуальность. В XXI веке число поклонников "быстрого питания" непрерывно увеличивается. Особую тревогу вызывает значительный процент детей и подростков, которые отдают предпочтение данному виду питания. Соответствующее положение свидетельствует о недостаточном внимании общества к вопросу влияния "быстрой еды" на здоровье молодого поколения.

Цель: изучение особенностей влияния «быстрого питания» на здоровье детей и подростков обоих полов.

Данные, полученные учеными, показывают, что фаст-фуд и навязчивый маркетинг соответствующих продуктов питания значительно влияет на мальчиков-подростков, чем на девочек. Это доказали послед-

ние результаты австралийского национального обследования диетических и поведенческих привычек старшекласников.

Исследование включило данные от почти 9 000 студентов в 196 различных средних школах, собранных в 2012 и 2013 гг., и было выпущено Австралийским советом рака и Национальным Фондом Кардиологии. Исследователи обнаружили, что 46 % мальчиков-подростков в стране регулярно едят фаст-фуд (по сравнению с 34 % девочек), 28 % мальчиков регулярно употребляют сладкие напитки (по сравнению с 14 % девочек) и 63 % мальчиков часто употребляют соленую еду.

Но более интересен тот факт, что подростки более восприимчивы к влиянию рекламы нездоровой пищи, которую проводят с различными конкурсами и призами. Или же подростки привлекают их кумиры и профессиональные спортсмены, которые также рекламируют вредную еду.

Полагают, что мальчики чаще страдают избыточным весом или ожирением, чем девочки. Это связано с тем, что мальчики чаще проводят время за компьютерными играми, а девочки в подростковом возрасте начинают уделять внимание своей фигуре.

Мальчики также «превозмогли» девочек в плане того, чтобы на них легче повлияла реклама, особенно, если она связана с актером или спортивной личностью, которые им нравятся. Почти вдвое больше мальчиков, чем девочек, купили продукт потому, что он получил одобрение знаменитости из фильма, или спортивного игрока; 54 % мальчиков купили еду или напиток после того, как увидели рекламу, а почти 40 % отправились в специальный пункт быстрого питания из-за специального предложения (напиток в подарок). Это означает, что мальчики чаще страдают ожирением, несмотря на большую, чем у девочек, физическую активность. Также было выявлено, что 25 % мальчиков выбрали закуски или безалкогольные напитки для участия в конкурсе или чтобы выиграть приз (по сравнению с 15 % девочек).

Таким образом, «быстрое питание» больше влияет на мальчиков, чем на девочек, что необходимо учитывать при разработке мероприятий по пропаганде здорового образа жизни и правильного питания среди детей и подростков.

Дейнека В. В.,
ХНМУ

ПО ТУ СТОРОНУ ЖЕНСКОЙ ЭМАНСИПАЦИИ

Говоря о современном состоянии процесса эмансипации феминного от маскулинного в современном западном обществе, необходимо рассмотреть возможные достижения конечной цели данного процесса в наиболее обобщенной форме.

На острие гендерной проблематики стоит вопрос о необходимости доведения уровня репрезентированности женщин во всех сферах деятельности человека не только в декларативно-правовом, но и в воплощенном в натуре виде.

Состояние формальной правовой системы западного мира таково, что в настоящее время отсутствуют какие бы то ни было юридические механизмы, препятствующие реализации женщинами их прав и свобод исходя из их половой принадлежности. Для сторонников гендерной теории единственным логическим объяснением сохраняющейся диспропорции в представительстве мужчин и женщин в высших и низших социальных кластерах является наличие барьеров, основанных на неформальных нормах, а именно – гендерных стереотипах. Любое выявление инаковости индивидов по какому-либо постоянному признаку приводит к сепарации и сегрегации различного уровня, а также фиксации неравенства, основанного на утверждении неполноценности конкурентной социальной группы. Если исключить наличие мирового заговора мужчин против женщин, остается предположить, что существование гендерных стереотипов обусловлено неправильным воспитанием. Следовательно, устранение воспитательной установки на асимметричность маскулинного и феминного, должно, по мнению сторонников гендерных теорий, привести к формированию «правильных» гендерных стереотипов, т.е. таких, которые не допускают фиксации инаковости между маскулинным и феминным. Таким образом, либо феминное должно «переродиться» в маскулинное, либо наоборот, плюс, остается третий вариант – тотальное установление третьего социального пола как усредненного результирующего.

Подобная ситуация входит в диссонанс с биологической и физиологической андрогенно-эстрогенной дифференциацией мужчин и женщин. Гормональные модуляторы типов поведения в сексуальной игре и обусловленные ими различия в реакциях на внешние факторы не могут быть отброшены как малозначимые. Не имея возможности отбросить природные факторы дифференциации мужчин и женщин, достижение конечной цели эмансипации женщин потребует подавления личности мужчин. Например, посредством установления социальных механизмов общественного одобрения добровольного самоподавления маскулинными мужчинами своих естественных реакций, а именно: отказ от лидерства, подавление агрессии, переход к неконкурентным типам взаимоотношений с окружающими и т.д. Практика подобных ограничений маскулинного типа поведения приведет к изменениям гормонального фона и, как следствие, феминизации мужчин, что в свою очередь повлечет ухудшение мужского репродуктивного здоровья. Феминизированный мужчина в настоящий момент – это в значительной степени трансгендерная личность. В условиях существования «эталонных», т.е. маскулинных индивидов мужского пола, трансгендеры выносятся современным обществом в отдельную страту, претендующую на собственную эмансипацию. Если экстраполировать данную зависимость на всех мужчин, то естественным образом начнется процесс эмансипации мужчин.

Литература

1. Танхилевский А.Г. Эмансипация как философская проблема // Альманах «Vita Cogitans», Vita Cogitans №2. С.-Пб: Санкт-Петербургское философское общество, 2003. С.164-183.

2. Егорова М.С. Психология индивидуальных различий. М.: – Планета детей, 1997.

3. Геодакян В.А. *Теория дифференциации полов в проблемах развития человека.* – В кн. Человек в системе наук. М., 1989.

Демченко А. В., Ермоленко Т. И.,
ХНМУ

ПОЛОВЫЕ ОТЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мужчины и женщины отличаются не только физическими возможностями и внешним видом, но и болеют тоже неодинаково. Поэтому в последнее время врачи всего мира пришли к выводу, что лечить пациентов надо, учитывая особенности пола. Как известно, средняя продолжительность жизни у женщин дольше, чем у мужчин. Причина этого не только в том, что они меньше курят, пьют и следят за своим здоровьем, а и в том, что женские половые гормоны защищают представительниц слабого пола от сердечных приступов вплоть до менопаузы. Ведь именно сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди причин смертности. Женщины сталкиваются с кардиологическими проблемами чаще всего после 50 лет.

Однако до этого возраста женщины больше подвержены таким заболеваниям как диабет и повышенный уровень холестерина. Уже после 50 лет частота заболеваний и проблем с сердцем практически не зависит от пола. Женщины чаще подвержены скрытым сердечным приступам или с не характерными симптомами, что намного затрудняет диагностику заболевания. Мужчины чаще болеют раком легких, бронхов, трахеи, желудка и лимфатических узлов. Женщины более склонны к депрессиям, так как у них вырабатывается меньше серотонина, чем у мужчин. Избыток в организме женского гормона эстрогена способствует развитию воспаления в суставах, болям и отекам ног. Поэтому женщины больше страдают от ревматизма, венозной недостаточности. Мужской гормон тестостерон делает мужчин менее восприимчивыми к аллергии.

Таким образом, анализируя вышеперечисленное, можно сделать вывод, что эффективное лечение многих заболеваний будет зависеть от правильных подходов врача с учетом гендерных отличий больных. На данный вопрос и ориентирована превентивная медицина.

Денисова Е. Г., Стоян Е. Ю.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

В современной медицине уделяют большое внимание гендерным аспектам клинических проявлений заболеваний, частоте развития осложнений, прогнозированию результатов лечения и т.д. В то же время, имеет

значение и психофизиологическое состояние пациента перед какими-либо медицинскими процедурами, в частности стоматологическим лечением. У детей в возрасте от 3 до 5 лет происходит первичная гендерная идентификация. Именно в этом возрасте складываются механизмы поведения, завязываются первые отношения, формируются механизмы подражания, развивается рефлексия – формируется личность. Критические точки приходятся на 3 года (первичная половая идентичность) и 5–6 лет (система гендерной идентичности). Развитие основ мужественности и женственности также начинается в этом возрасте. Поэтому очень важно, какая модель поведения будет формироваться у детей 3–5-летнего возраста на медицинские вмешательства, так как с наибольшей вероятностью именно медико-психологическая реакция, полученная в детстве, ляжет в основу поведения в этой сфере в дальнейшем.

Целью исследования было определение психофизиологического состояния детей 3-5 лет перед стоматологическим вмешательством.

Материалы и методы исследования. Было проведено обследование 25 детей в возрасте от 3 до 5 лет (12 девочек и 13 мальчиков) на амбулаторном стоматологическом приеме. Для исследований психофизиологического состояния исследовали частоту сердечных сокращений (пульс, уд/мин), артериальное давление (мм рт. ст.). Проводили тест Люшера, который позволяет измерить психофизиологическое состояние, стрессоустойчивость, активность и коммуникативные способности, позволяет определить причины психологического стресса, который может привести к появлению физиологических симптомов.

Результаты исследования. Измерение физиологических показателей перед стоматологическим вмешательством проводили в два этапа: перед проведением теста Люшера (P_1) и после (P_2), непосредственно перед медицинским вмешательством. При этом все дети знали, что идут «лечить зубки», об этом их информировали родители. Результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1
Показатели сердечно-сосудистой системы у детей 3-5 лет

| Пол ребенка | Систолическое артериальное давление, мм рт. ст. | | | Диастолическое артериальное давление, мм рт. ст. | | | Частота сердечных сокращений, уд./мин. | | |
|----------------|---|------------|-------------|--|------------|------------|--|------------|-------------|
| | С P_1 | С P_2 | t | Д P_1 | Д P_2 | t | П P_1 | П P_2 | t |
| девочки, n=12 | 109,1±4,9 | 121,3±4,6 | 12,3 | 75,4±2,4 | 84,5±2,8 | 6,8 | 99,8±6,7 | 113,3±6,2 | 13,9 |
| мальчики, n=13 | 110,4±4,1 | 123,9±7,2 | 10,3 | 75,7±2,3 | 86,5±2,2 | 8,2 | 99,4±5,1 | 111,9±7,2 | 14,8 |
| t | 0,6 | 1,2 | | 0,2 | 1,4 | | 0,2 | 0,5 | |

Примечание: * -t-критерий Стьюдента.

Анализ таблицы показал, что состояние сердечно-сосудистой системы, как у мальчиков, так и у девочек изменилось по мере приближения стоматологического вмешательства, разница была статистически

значима ($p \leq 0,01$), но эти показатели между мальчиками и девочками не выявили статистически значимой разницы. При проведении теста Люшера у 5 девочек состояние характеризовалось как пограничное, у 7 – неустойчивое. У мальчиков наблюдалась аналогичная картина: 6 – пограничное состояние, 7 – неустойчивое.

Таким образом, гендерных различий в психофизиологическом состоянии детей раннего возраста перед стоматологическим приемом выявлено не было. Но врач должен учитывать психологические и физиологические особенности пациентов, их повышенную личностную тревожность в линии поведения, общение с ребенком, длительность стоматологических процедур, безболезненность лечебных манипуляций для дальнейшего позитивного отношения к стоматологическому лечению.

Держко І. З.,

ЛНМУ ім. Данила Галицького

ГЕНДЕР ТА ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ БІОЛОГІЧНОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ І ДУХОВНОЇ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ СТАТІ

Найчастіше чоловіків і жінок розрізняють за притаманними їм ознаками мужності і жіночності. Загальна точка зору така: мужність – це чоловіча властивість, жіночність – жіноча, і ніякого обміну бути не може. Проте численні спостереження за людьми показують, що жіночних чоловіків (тобто турботливих, жалісливих) не так вже й мало. У той же час існують жінки, які більшою мірою мужні, ніж деякі чоловіки.

Біологічні схильності чоловіків і жінок не існують в пустому просторі. Їх конкретні модальності залежать від соціального очікування і підтримки, а також від духовного контексту епохи.

Так, різні рівні споживання і доставки кисню впливають на деякі аспекти фізичної працездатності. Наприклад, тоді, коли чоловік біжить на 50% від своїх фізичних можливостей, жінка повинна прикладати більше 70% своїх зусиль для того, щоб йти в ногу з ним. Чоловіки краще бачать на відстані і глибини і, як правило, в освітлених умовах на відміну від жінок, у яких краще розвинуте нічне бачення і краща зорова пам'ять.

Жінки більш чутливі до звуків, ніж чоловіки. Вони краще сприймають високочастотні звуки. Можливо, саме тому вони швидше сприймають плач дитини вночі. Три важливі фізіологічні функції, що властиві жінкам, які повністю відсутні у чоловіків: менструація, вагітність і період лактації. Ці фізіологічні механізми істотно впливають на жіночу поведінку і відчуття. Жінки є більш емоційно гнучкими, завдяки чому їм сміятися і плакати легше, ніж чоловікам.

У будь-якому випадку, чіткий поділ людства на чоловіків і жінок можливий тільки з біологічної точки зору, тобто за біологічною статтю. У соціальному сенсі існують ролі чоловіків і жінок, і поділ тут здійснюється за поняттям «гендер». Тут поділ на чоловічі та жіночі ролі і очікування є досить умовним.

Дзьобань О. П.,
НДІ інформатики і права
Національної академії правових наук України

**ДО ПРОБЛЕМИ КУЛЬТУРНОЇ ДЕТЕРМІНАЦІЇ
ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ**

У сучасному світі у суспільній свідомості і практиках взаємодії гендерні стереотипи розглядаються як «справжні», як певний соціальний консенсус, що застосовується при вирішенні проблем, для яких немає однозначних підтверджень і об'єктивних критеріїв.

Під гендерним стереотипом зазвичай розуміють спрощений, стійкий, емоційно-забарвлений образ поведінки і рис характеру чоловіків і жінок. Він проявляється у всіх сферах життя людини: самосвідомості, в міжособистісному спілкуванні, міжгруповій взаємодії.

Динаміка гендерних стереотипів у будь-якій культурі є найбільш яскравим показником глибоких внутрішніх змін ціннісно-сміслового ядра культури, етнічної свідомості й самосвідомості її представників.

Зміст гендерних стереотипів в різних культурах і в різні епохи свідчить на користь гіпотези про те, що гендерні стереотипи формуються культурою. Відмінності в гендерних стереотипах залежать від ступеня гендерної диференціації в культурах або ступеня маскулинності (чоловічності) або фемінності (жіночності) тієї чи іншої культури. Люди маскулинних культур з високою дистанцією влади мають більш високу мотивацію досягнення, сенс життя вбачають у роботі і здатні багато і напружено працювати. Фемінні культури з низькою дистанцією влади мають особистісно-орієнтовані сім'ї, які сприяють засвоєнню рівності в гендерних ролях.

Важливо відзначити, що зміст стереотипів залежить не тільки від культури, а й від історичної епохи. І. Кон зазначає, що традиційна система диференціації статевих ролей і пов'язаних з ними стереотипів фемінності-маскулинності відрізнялася такими характерними рисами: жіночі і чоловічі види діяльності та особисті якості відрізнялися дуже різко і здавалися полярними; ці відмінності освячувалися релігією або посиленнями на природу і уявлялися непорушними; жіночі та чоловічі функції були ієрархічними, жінці відводилася залежна підпорядкована роль.

К.Хорні приділяє велику увагу культурним факторам і розглядає їх як джерело жіночих проблем і питання ідентичності жінки в цілому. К.Хорні вважала, що жінки заздять чоловічим привілеям і їм потрібно більше можливостей для розвитку загальних для всіх здібностей і нормальних людських якостей. Патріархальний ідеал жінки не обов'язково повинен збігатися з її вродженим характером, проте культурна сила цього ідеалу є такою, що вона змушує жінок жити згідно з ним.

К.Хорні вказує, що наша культура – це чоловіча культура і тому в цілому несприятлива для розкриття жіночої індивідуальності. Неважливо, що

жінку можуть високо цінувати як мати або кохану, тим не менше, в духовному і загальнолюдському плані чоловік завжди буде оцінюватися вище.

Не можна обійти увагою й те, що становище жінки в суспільстві закріплено в релігійних вченнях, які характерні для тієї чи іншої культури. Домінування чоловічого бачення суцього знаходить відображення у світових релігіях. У текстах світових пам'яток культури висвітлюється домінація чоловіків і закріплюється їх пріоритет у сім'ї, соціумі, житті. Наприклад, в індійських «Законах Ману» говориться, що в дитинстві жінка повинна підкорятися батькові, в юності – чоловікові, після смерті чоловіка – синам і що жінка не повинна бути вільною від підпорядкування. У Корані написано, що чоловіки стоять над дружинами за те, що Аллах дав першим перевагу над другими. Близькі у даному контексті думки можна знайти й у Біблії.

Таким чином, тендерні стереотипи формуються залежно від культурного контексту. Якщо культурний і релігійні контексти будуть відрізнятися один від одного, то і стереотипи маскулинності-фемінності, які сформувалися в рамках даних культур, будуть різними.

Добринь О. В.,

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В УМОВАХ ВИКЛИКІВ СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА СПОЖИВАННЯ

Одною з найголовніших проблем сучасності є проблема прогнозування і усунення небезпечних наслідків науково-технічного прогресу, які ставлять під загрозу функціонування природних екосистем і заганняють життя і здоров'я людини в малокерований простір ризиків. Ця проблема є дуже символічною. Вона, як, власно кажучи, і сама людина, повна протиріч. З одного боку, наукові знання, що мають не руйнувати, а посилювати могутність людини над природою, покликані задовольняти матеріальні і духовні потреби людини, полегшувати умови соціально-виробничої та побутової організації її життєдіяльності. З іншого боку здобуті знання трансформуються у потужну зброю проти людства. Чому ж так відбувається? З точки зору ціннісних орієнтацій об'єктивно наука є нейтральною. Чи буде вона нести позитивний або негативний заряд для здоров'я людини залежить від соціокультурних маркерів конкретної історичної епохи і поведінки конкретної людини, що у сукупності стають демаркаційною лінією поміж добром і злом.

Відповідь полягає в тому, що грандіозними здобутками науки і техніки розпоряджається людина. Наразі немає ніяких потреб доводити, що людина за своєю суттю ніколи не була однозначною, тобто зібранням тільки самих чеснот. Людина – це не лише людяність, співчуття, відповідальність, щирість, совість, шляхетність, безкорисливість. На превеликий жаль, для багатьох людей підлість, владолубство, корисливість, кар'єризм, лицемірство, жадібність, пиха виявляються непереборними і скеро-

вують їх соціальні прояви у згубне для інших русло. У разі володіння потужними науковими технологіями такі сторони людської природи стають фатальними у своєму нищівному впливі на життя і здоров'я великих мас людей. Все це відбувається масштабно, що є властивим для ризиків глобалізації та масової культури. І вже неважливо власні ті технології, придбані чи спеціально розроблені за замовленням з боку, наприклад, транснаціональних корпорацій – вони у всій своїй непривабливості й часто безкарності зумовлюють виснаження потенціалу здоров'я людини.

Важливо розуміти, що потенціал здоров'я людини формується в форматі адаптації не тільки до об'єктивних зовнішніх натисків з боку забруднених атмосфери, акваресурсів і ґрунтів, технічних й технологічних ризиків і стресоутворюючих факторів соціально-політичної нестабільності. Якщо розглядати суб'єктивну складову потенціалу здоров'я пересічної людини (у разі людини з вродженими патологіями в дію додатково вступають й інші механізми), то вона безпосередньо залежить від культури здоров'я, яка, в свою чергу, продукується загальною культурою. Ключовим моментом при цьому є той неспростовний факт, що всі економічні, політичні й техногенні розбалансування, які найчастіше винуватять у соціальній нестабільності й зниженні рівня фізичного і психічного здоров'я, насправді виявляються зовнішнім проявом системної кризи культури сучасної цивілізації.

Окрім подолання економічної кризи, що потребує тривалих спільних економіко-політичних трансформацій, найважливішим і більш доступним фактором у збереженні високих адаптаційних функцій потенціалу здоров'я на всіх рівнях є забезпечення валеологічної грамотності соціальних суб'єктів, а, отже, вкрай необхідним є систематичне розповсюдження санітарно-гігієнічних рекомендацій, які є значущою складовою профілактичної медицини і орієнтиром у комерціалізованому суспільному просторі.

Дрокін А. В., Усик А. В.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ ПЕРВИННИХ ІМУНОДЕФІЦИТІВ, ЯКІ ЗЧЕПЛЕНІ З Х-ХРОМОСОМОЮ

До останнього часу в діагностиці та лікуванні багатьох захворювань, в тому числі і захворювань імунної системи, фактору статі не надавалося особливого значення. Автори багатьох наукових публікацій не завжди вказують стать досліджуваних пацієнтів. У той же час досвід показує, що певні захворювання, більш характерні для чоловічої статі, інші ж зустрічаються частіше у жіночій. Тяжкість перебігу захворювання, відповідь на лікування та прогноз захворювання також у багатьох випадках залежать від статі досліджуваних суб'єктів. Особливо це відноситься до первинних імунodefіцитів, які зчеплені з Х-хромосомою. На жаль, у літературі практично немає публікацій, присвячених проблемі статі в імунології. При розгляданні проблеми первинних імунodefіцитів обговорю-

ються наступні питання: які чинники обумовлюють відмінності перебігу захворювання між статями? Що в основі різної частоти народження деяких первинних імунodefіцитів у чоловічій й жіночій статі? Чому при одних первинних дефектах тяжкість перебігу хвороби і прогноз менш сприятливі у чоловічій статі, а при інших, навпаки, у жіночій? чим пояснюється в деяких випадках різна відповідь на лікування? Цій проблеми статевого диморфізму присвячений даний розгляд клінічних випадків у межах однієї родини [1, 2]. Гіподіагностика хронічної гранулематозної хвороби (ХГХ) є значною проблемою, незважаючи на ранній початок клінічних симптомів. Хлопчик Н., 15 років, від 1-ї вагітності, вакцинований БЦЖ, переніс фурункульоз, отіти, ларингіти, пневмонії, стрептодермію, туберкульоз лімфатичних вузлів. При дослідженні імунного статусу виявлено зниження показників фагоцитарної активності. У 4-річному віці діагностовано: первинний імунodefіцит, дефект фагоцитозу, хронічна гранулематозна хвороба. Генералізована БЦЖ-інфекція з ураженням лімфовузлів. Призначена протитуберкульозна та постійна профілактична терапія ко-тримоксазолом і інтроконазолом. *Несприятливий перебіг захворювання обумовлений* деструктивною пневмонією у 14-річному віці, відсутністю позитивної динаміки у лікуванні, незважаючи на використання курсу антибактеріальної, протигрибкової терапії препаратами широкого спектру дії. При бактеріологічному дослідженні лаважу: *Micobacterium tuberculosis*. Протитуберкульозна терапія неефективна, нарастають прогресуючі клінічні ознаки дихальної недостатності. При КТ легенів: вогнища деструкції, порожнина зі вмістом і прошарком повітря зліва. При дослідженні мокротиння: ***Aspergillus fumigatus***. Представлений випадок клінічного спостереження відображає складність диференційної діагностики між бактеріальними і грибовими інфекціями при подібній клінічній симптоматиці при ураженні легенів. Спадковість обтяжена: у 2-х молодших братів хворого від іншого біологічного батька діагностовано первинний дефект фагоцитозу. Один із братів помер у 8-місячному віці від інфекційних ускладнень, на диспансерному обліку в імунолога не перебував. Інший брат спостерігається в імунолога, має загострення інфекційних захворювань та діагностований туберкульоз лімфатичних вузлів. Молодша сестра від іншого біологічного батька клінічних проявів імунodefіциту не має. Даний клінічний випадок слід розглядати, як *дефект, що зчеплений з Х-хромосою*.

Висновки. Гендерні відмінності у перебігу первинних дефектів фагоцитозу, зчеплених з Х-хромосою у хворих чоловічої статі, пов'язані з відсутністю цитохрому в нейтрофільних лейкоцитах, *що призводить до неефективного знищення бактеріальної і грибової флори*. Жінки-носії рідко страждають від важких інфекцій, бо мають проміжні порушення функції та два різновиди нейтрофілів.

Література

1. Chronic granulomatous disorder: a guide for medical professionals // UK, London, 2015.- Доступ до електронної версії: www.cgdsociety.org
2. Modern management of chronic granulomatous disease. /Seger, RA.// British Journal of Haematology,- 2008.- 140 (3).-P. 255-66.

Дышкант Т. Н.,
ХНМУ

СОВРЕМЕННОЕ ОБЩЕСТВО И УГРОЗА ПОТЕРИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

Проблема идентичности субъекта – одна из ведущих проблем современной философской науки. Эта проблема включает в себя и проблему гендерной идентичности. Гендер определяют как социальный пол, следовательно, при его рассмотрении невозможно обойтись без анализа современного общества. Самыми распространенными обозначениями современного общества являются: информационное общество и общество массового потребления. Информация – главный ресурс интеллектуального производства, пришедшего на смену машинному производству. Необходимым условием такого производства является открытость любой информации, ее доступность для использования и обмена каждым участником этого производственного процесса. Обеспечить выполнение данного условия возможно с помощью сетевого принципа, который не нуждается в иерархии жестко закрепленных ролей.

Гендер всегда строился на поляризации – сильный/слабый пол, рациональный подход к восприятию мира/эмоциональный подход и т.п. В информационном обществе, где мускульная сила отходит на второй план, отказ от жестко закрепленных ролей делает систему гибче и устойчивей. Но это же порождает размытость и угрозу последующей утраты половой идентичности. Роли становятся таковыми, что они не отрицают возможность взаимозаменяемости: и женщина может быть успешным руководителем, и мужчина может замечательно справляться с воспитанием детей (как сказано в одной романтической комедии: «Мать у них (детей) был Новосельцев»). Стирание границ «женственности» /«мужественности» позволило даже ввести в культурный дискурс образ «киборга», отменяющий половые отличия.

Помимо процессов, приводящих к стиранию гендерных различий на экономическом уровне, существуют процессы на уровне культуры, на которую распространились рыночные тенденции, способствующие этому же результату. Современное общество атомизировано и индивидуализировано. Создается парадокс: с одной стороны, индивидуализация, которая должна как будто предполагать уникальность, с другой – шаблонность, стандартизация, унификация, навязываемая обществом массовой культуры, транслирующей однотипный образ жизни. Постмодернистская

культура інформаційного общества привітствує расставання з будь-якою формою універсализма і поєтому не сприяє пошуку гендерної ідентичності на суттєвому рівні. Пошук «ускользящої» ідентичності переміщується на поверхневий рівень – на рівень індивідуальності. Індивідуальність – акцентування на зовнішніх, найбільш яскравих єдиничних проявленнях індивіда. Пошук відповіді на запитання «жінка чи я або особистість без ідентифікації за статтю» оформляється в такі стилізовані крайності як унісекс (образ бесполого істотності) або надмірна підкресленість статтвобної приналежності, досягнута шляхом хірургічного втручання (збільшення грудей, яєчок і т.п.).

Висшеказанне дозволяє зробити висновок про існуючу по сьогодні теоретичної неопределенності есенціалістського характеру (що саме собою представляє сутність статтвобної), і це продовжує турбувати дослідників в області гендерної проблематики.

Єрмоленко Т. І., Гордійчук Д. О., Онашко Ю. М.,
ХНМУ

ХРОНОФАРМАКОЛОГІЯ – СУЧАСНИЙ НАПРЯМОК ЕФЕКТИВНОЇ ГЕНДЕРНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ

Проблема раціонального застосування лікарських засобів зумовила формування нового напрямку в сучасній фармакології – хронофармакології, яка вивчає дію лікарських засобів залежно від біологічних ритмів організму. Встановлено, що артеріальний тиск, температура тіла, концентрація гормонів в крові, частота пульсу, активність роботи нирок та ін. залежить від добових й сезонних коливань. Застосування лікарських засобів впливає на динаміку природних біоритмів, що є причиною формування нових і достатньо стабільних зрушень фізіологічних функцій організму та виникненню небажаних побічних реакцій.

Тому основним завданням хронофармакології є вивчення впливу біоритмів на вираженість фармакологічних ефектів лікарських засобів, що надає можливість підвищити ефективність фармакотерапії і значно знизити її негативну дію.

У лікуванні багатьох захворювань, враховуючи біоритми чутливості, реактивності організму та ритм фармакокінетичних процесів, застосовують динамічні дози лікарських препаратів, розробляють їх оптимальні комбінації та оптимальний час їх введення. Так, найбільший діуретичний ефект фуросеміду можливий при його прийомі в 10 год., максимальне виведення з сечого калію – при прийомі в 17 год, натрію – в 13 год. Гіпоглікемічний ефект інсуліну найбільше виражений в період 8–13 год. Зміст гістаміну в організмі найбільшої концентрації відзначається в період 21–24 год, що пояснює підвищену чутливість алергіків до гістаміну, антибіотиків, домашнього пилу саме у вечірній час. Тому антигістамінні препарати рекомендують приймати у вечірній час для попередження алергічних реакцій.

Доведено, що біодоступність багатьох препаратів знижується на 20–30 %, якщо їх приймати ввечері. Всмоктування і ступінь зростання концентрації у плазмі жиророзчинних препаратів збільшується, якщо їх приймати зранку. Пресистемна елімінація анаприліну є найвищою о 14 год, що пов'язано з високою метаболічною активністю печінки у цей час доби.

В хронофармакології є декілька методів застосування лікарських препаратів. При методі превентивного удару лікарський препарат вводять в момент акрофази контрольованого процесу, час, коли контрольована функція досягає своїх максимальних значень. Наприклад, при лікуванні злоякісних новоутворень доцільно приймати більшу частину добової дози у 20 год, тоді коли спостерігається максимальна активність пухлинних клітин. За методом непомітного впливу раціонально застосовувати в період батіфази, час, коли контрольована функція досягає своїх мінімальних значень. Згідно з даним принципом гепато- і нефротоксичні засоби необхідно приймати у вечірній час, що зменшить їх токсичний вплив на відповідний орган. За імітаційним методом прийом препаратів обґрунтовується відповідно до встановлених закономірностей змін концентрацій речовин в крові і тканинах, що характерно для здорової людини біоритмом. Наприклад, при інсулінотерапії цукрового діабету надходження інсуліну в кров повинен бути максимально наближеним до профілю ендогенного інсуліну. Загальноприйнятим стало застосування гормональних препаратів за схемами, які розробили хронобіологи. Так, гормональні препарати рекомендується призначати в ті години, коли потреба організму в них максимальна, стимулюючи таким чином роботу і власних залоз внутрішньої секреції. Лікування, якщо проводиться за такою схемою, виявляється найбільш ефективним, а дози гормональних препаратів мінімальні.

Таким чином, можливо зробити висновок, що знання загальних принципів ритмічності фізіологічних процесів в організмі допоможе визначити оптимальні схеми лікування, час застосування лікарських засобів, підвищити ефективність, зменшити дозування препарату і, отже, зменшити побічні дії і токсичність.

**Єрмоленко Т. І., Онашко Ю. М., Гордійчук Д. О.,
ХНМУ**

ВІДМІННОСТІ ФАРМАКОКІНЕТИКИ ТА ФАРМАКОДИНАМІКИ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК ПРИ ЗАСТОСУВАННІ БЕТА-БЛОКАТОРІВ

Гендерна медицина є новим напрямком, який спеціалізується на вивченні відмінностей при різних захворюваннях в чоловіків та жінок, що стало основою для формування гендерних підходів для лікування цих хвороб.

В останні роки було проведено більше експериментальних дослідів на вивченні відмінностей перебігу саме серцево-судинних захворювань, їх діагностики та лікування залежно від статевої належності. Оскільки

у серцево-судинній системі чоловіків і жінок спостерігаються відмінності, які могли б пояснити різну терапевтичну дію при застосуванні тих чи інших лікарських препаратів. Перш за все, у жінок менший розмір серця порівняно з чоловіками, частота серцевих скорочень (ЧСС) у спокої у жінок вища, ніж у чоловіків (в середньому на 3-5 уд./хв), тоді як тривалість серцевого циклу, відповідно, вище у чоловіків. У жінок вона залежить від менструального циклу і продовжується протягом періоду менструації. Також у жінок спостерігається велика тривалість коригованого інтервалу QT і коротший час відновлення функції синусового вузла.

Нами було розглянуто відмінності фармакокінетики та фармакодинаміки у чоловіків та жінок при застосуванні саме бета-блокаторів. У різних експериментальних роботах доказаний зв'язок між гормональним статусом і щільністю бета-адренергічних рецепторів. В умовах недостатності естрогенів підвищується кількість бета-адренорецепторів у міокарді, що теоретично може призводити до більш вираженого ефекту бета-адреноблокаторів у жінок з дефіцитом естрогенів. Також доведено, що метопролол має більш високі рівні концентрації в плазмі у жінок порівняно з чоловіками, особливо при прийомі оральних контрацептивів. При цьому у жінок також зазначалося більш виражене зниження ЧСС і артеріального тиску. Високі плазмові концентрації можуть пояснювати той факт, що у жінок, як правило, кількість побічних реакцій при прийомі бета-блокаторів в два рази вище, ніж у чоловіків.

Цікавими є гендерні особливості фармакокінетики лікарського засобу лабетололу з групи альфа, бета-адреноблокатори. Виявлено, що концентрації неактивного і альфа-блокуючого компонента лабетололу відрізнялися у чоловіків і жінок, тоді як концентрація бета-блокуючого компонента була однаковою в осіб обох статей. При цьому якщо концентрація бета-блокуючого компонента у жінок була на 10 % вище, ніж у чоловіків, то концентрація альфа-блокуючого – на 77 % вище. При проведенні даного експерименту автори зазначають, що коли дози титрувалися до отримання гіпотензивного ефекта, жінкам призначали на 80 % більш високу дозу, ніж чоловікам.

Таким чином, при застосуванні багатьох серцево-судинних препаратів, в тому числі і бета-блокаторів, для яких проводили специфічні гендерні аналізи, підтверджуються фармакокінетичні та фармакодинамічні відмінності в їх впливі на жінок та чоловіків. Для інших кардіологічних препаратів специфічні гендерні відмінності залишаються недослідженими. Тому необхідні подальші дослідження із зазначеної проблеми, фінальним етапом яких повинна стати розробка диференційних за статевою ознакою стандартів призначення серцево-судинних препаратів.

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ АНТИАГРЕГАНТІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Антиагрегантна терапія є одним із найважливіших способів первинної та вторинної профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ). Найбільш вивченим лікарським засобом цієї групи є ацетилсаліцилова кислота (АСК). Основний механізм дії АСК – неселективна інактивація ферменту циклооксигенази (ЦОГ) типу 1 тромбоцитів. У результаті порушується синтез простагландинів, у тому числі простагліну, ендотеліальними клітинами, також тромбоксану А₂ тромбоцитами. АСК також підвищує фібрінолітичну активність плазми та знижує концентрацію факторів згортання крові II, VII, IX, X.

Між тим, у більшості широкомасштабних досліджень з вивчення ролі АСК для профілактики ССЗ завжди переважали пацієнти чоловічої статі, тоді як свідоцтво про ефективність АСК у жінок взяті переважно з невеликих досліджень та мають спостережуваний, а не доказовий характер. На теперішній час відомо що фармакокінетика АСК в чоловіків та жінок відрізняється. У жінок вища біодоступність АСК, та довший період напіввиведення. Відмінності у біодоступності зникають при прийомі пероральних гормональних контрацептивів. У чоловіків АСК переважно впливає на агрегацію тромбоцитів, що пов'язано з дією тестостерону. Встановлено, що АСК у чоловіків та жінок знижує ризик ССЗ по різному: у жінок знижує ризик інсульту, у чоловіків – інфаркту міокарду. Є дані про те, що резистентність до АСК зустрічається частіше у жінок, що пов'язують з більшою частотою мутації гену ЦОГ-1.

При непереносимості АСК рекомендовано прийом клопідогрелю. Гендерних відмінностей фармакокінетики клопідогрелю не виявлено, проте частота кровотеч при застосуванні препарату спостерігалась частіше у жінок. Частота геморагічних ускладнень вища у жінок і при застосуванні препаратів групи інгібіторів П₂/П₃ рецепторів тромбоцитів. Окрім цього, сама жіноча стать є незалежним фактором ризику кровотеч.

Таким чином, для успішної профілактики ССЗ та зменшення частоти побічних дій, потрібна корекція дозування вказаних препаратів, врахування статі, віку, антропометричних даних.

**Єфіменко О. В., Довгопол А. О., Онипченко О. І.,
КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» ХОР**

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ ТА ГЕНДЕРНА КУЛЬТУРА МОЛОДІ В РОБОТІ СОЦІАЛЬНОГО ПЕДАГОГА

Відмінності у сприйнятті чоловіками й жінками одних і тих самих явищ, а також суперечність між умовами, які передбачають взаємодію статей у широкому спектрі постійно змінюваних соціальних ролей, і часті випадки жорсткої прихильності до традиційних статево-рольових стандар-

ргтів призводять як до відкритих, так і прихованих конфліктів. Ця проблема розглядається і в статевому вихованні, яке покликане формувати чіткі поняття про мужність і жіночність, виховувати у молоді взаєморозуміння і взаємну повагу до представників різних статей. Розуміння й прийняття відмінностей протилежної статі не лише як нормального явища, а й як цінності, – проблемне питання для різних галузей психології, соціальної педагогіки [1, с. 19].

Актуальною для молоді залишається побудова таких партнерських стосунків між статями, у яких важливою складовою стає взаємна відповідальність за спільні дії. У нашому суспільстві, на жаль, існують певні стереотипи щодо стосунків між жінками та чоловіками у питаннях збереження репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. Наприклад: «Лише жінка повинна думати про контрацепцію», «Якщо подружжя не має дітей, то це проблема жінки», «Вагітність дівчини – виключно її провина», «Чоловік працює – жінка народжує», «Чоловік б'є – значить любить», «На козаку немає знаку». Часто в таких стереотипах закладено нерівність відповідальності чоловіків і жінок за статеві стосунки: ініціатива у статевих стосунках переважно лежить на чоловіках, а відповідальність за наслідки – на жінках. Існування, а тим більше бездумне присвоєння особистістю таких стереотипів заважає розвитку гармонійних міжстатевих відносин у підлітковому та юнацькому віці і найчастіше призводить до дискримінації, тобто різних образ і обмеження реалізації прав людей.

Отже, гендерні аспекти статевого виховання потребують формування гендерної культури молоді, що набуває особливої актуальності у зв'язку із задекларованою Україною державною стратегією щодо забезпечення гендерної рівності, зміни традиційних гендерних стереотипів щодо ролі чоловіка та жінки в суспільстві на засадах самореалізації та співпраці в різних сферах суспільства.

Проблеми інтеграції гендерного підходу в систему вищої освіти відображено в працях вітчизняних науковців: Т. Голованової, Т. Дороніної, І. Жеребкіна, О. Кікінежди, Н. Кічук, В. Кравця, О. Луценко, М. Пірен тощо.

У зв'язку з означеними проблемами, вважаємо доцільним використовувати у роботі соціального педагога запропоновані дослідницею Васильченко О. І. *інтерактивні форми роботи*: а) саБЄ-study (робота над ситуаціями з проблем профілактики насильства, гендерної дискримінації та нерівності); б) рольові ігри (з проблем гендерної ідентичності, запобігання стереотипізації, упереджень); в) диспути та дебати (диспути: «Чи можлива дружба між жінкою та чоловіком?», «Чи може бути професія чоловічою чи жіночою?», «Жінка-керівник: за чи проти?»; дебати: «Чи існує гендерна рівність в Україні?», «Як розподілити хатні обов'язки?»). Обговорення питань профілактики кібернасильства, шляхів уникнення дискримінаційних практик із використанням *методів демонстрації* у формах презентацій у PowerPoint та відео-сюжетів. Специфіка навчаль-

них занять дозволяє використати *нарративні методи* (форми: листування, твори-роздуми, есе «Моє місце в сім'ї», «Кар'єрні можливості для жінок і чоловіків в Україні»). Також ефективними формами навчальної роботи є: аналіз зразків народної творчості (прислів'їв, приказок) з метою порівняння гендерних уявлень та стереотипів; рекламно-інформаційна акція «Сучасний українець та українка: позбавляймося стереотипів!».

Література

1. Статеве виховання і репродуктивне здоров'я підлітків та молоді : навч. посіб. / Н. О. Лещук, Ж. В. Савич, О. А. Голоцван, Я. М. Сивохоп. – К., 2014. – 136 с.

2. Васильченко О. І. Соціально-педагогічні умови формування гендерної культури студентів університету: автореф. дисертації на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.05. – Київ, 2015.

Жданенко С. Б.,

Національний юридичний університет ім. Ярослава Мудрого
**ГЕНДЕР ЯК СТАТЬ І СОЦІАЛЬНИЙ СТАТУС
В ТРАДИЦІЙНОМУ, ЛІБЕРАЛЬНОМУ
ТА ІНФОРМАЦІЙНОМУ СУСПІЛЬСТВІ**

На сучасному історичному етапі відбуваються стрімкі зміни всіх параметрів суспільства. Модернізуються не лише економіко-технологічна та політико-правова сфери, а й гуманітарна. Людство перебуває в постійному пошуку найкращої моделі організації та розвитку суспільного життя, а отже, й ідеологічного підґрунтя такої моделі.

Традиційне суспільство та його соціальна структура ґрунтуються на природному та самоочевидному розрізненні між чоловіком та жінкою. Сама природа або Бог підказує людству ті принципи чи матрицю, за якими має будуватися суспільство, його інститути. Стать від народження визначає соціальну роль та соціальний статус, адже розрізнення між чоловіком та жінкою не лише біологічні, а й психологічні, ментальні, що визначає їх призначення в суспільстві. Статєва розрізненість визначає соціальні норми й зразки поведінки. Існують різні системи виховання для хлопчиків та дівчаток, що забезпечують відновлення певної гендерної культури.

З виникненням, поширенням та затвердженням ліберальних ідей ідеологічним підґрунтям організації суспільного життя стає принцип загальнолюдської рівності, тобто акцент робиться не на відмінностях, а на спільності чоловіка та жінки як людей. Всі люди від народження рівні, і хоча це гасло стосується публічної, насамперед, правової сфери, воно значною мірою визначає й переформатування основ соціального життя. Правова рівність передбачає однаковий статус для жінок і чоловіків. Вона означає, що чоловіки та жінки мають однакові умови для реалізації своїх людських прав та однаковий потенціал для здійснення свого внеску у національний, політичний, економічний, соціальний та культурний розвиток, а також рів-

ні права на користування результатами цього розвитку. В той же час слід визнати, що саме визначення статі базується на природному чиннику і належить до приватної сфери. Можна сказати, що люди народжуються жіночої або чоловічої статі, а потім вчаться бути дівчатами та хлопцями, щоб згодом сформуватися у жінок та чоловіків, рівноправних членів суспільства.

В 70-ті роки ХХ століття питання визначення особою власної статі перестає бути самоочевидним, адже вважається фактором вибору. Виникає поняття гендеру для опису соціально визначених характеристик чоловіків та жінок на відміну від біологічно визначених (стать). Гендер, як поняття, відноситься до соціально набутої поведінки і очікувань, які асоціюються з обома статями. Подібно расі і класу, гендер – це категорія соціальна, яка виникає у великому розмаїтті нашого життя і визначає наші суспільні стосунки з іншими людьми. Відповідно до гендерної теорії, дитина народжується не хлопчиком чи дівчинкою, а чимось невизначеним, маючим задатки усіх гендерів, а чоловіками та жінками ми стаємо в процесі виховання, головну роль в якому відіграє сім'я. Традиційна сімейна педагогіка нав'язує хлопчику роль чоловіка, а дівчинці – роль жінки й матері, що визнається насильством над дитиною. Протидією в сучасному суспільстві виступає ювенальна юстиція і гендерна педагогіка, що рекомендує дітям спробувати себе в різних гендерних ролях. Виховання на принципах гендерної рівності і гендерного різноманіття практикується у багатьох країнах Північної Європи, Німеччини тощо. Вважається, що гендер не є бінарним, і кожний визначає його для себе сам. Гендерна самоідентифікація здійснюється на основі внутрішнього самовідчуття як представника того чи іншого гендера: чоловіка, жінки чи представника іншої категорії. Можливий перелік трансгендерних орієнтацій доволі великий. Так, інтернет-мережа пропонує понад 50 варіантів статевої належності. Принцип гендерного різноманіття стає основним в міжнародній політиці, багатьох національних законодавствах, процес гармонізації гендерних відносин бачиться як складова частина загальнодемократичного процесу. Гендерні відношення пронизують всю культуру, суспільний устрій, державні інститути, методи прийняття рішень і стиль мислення. Вони накладають потужний відбиток на мову, звичай, мистецтво, навіть на виробництво.

Залюбовська О. І., Тюпка Т. І., Литвиненко М. І., Яворська О. М.,
ХНМУ

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОЗДОРОВЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ НА ВОДНИХ ОБ'ЄКТАХ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ АНКЕТУВАННЯ

Для розробки концепції охорони населення на водних рекреаційних зонах та отримання даних від мешканців Харківської області та м. Харкова про основні критерії, якими вони користуються при виборі пляжу, а також про можливі зміни у стані їхнього здоров'я після відвідування ними пляжів протягом 2013–2016 рр., було проведено анкетування респондентів за розробленою анкетною.

Респонденти розподілялись за категоріями розташування рекреацій: водойми м. Харкова; водойми басейну ріки Сіверський Донець; водойми Харківської області.

Головними напрямками мети анкетування респондентів були:

1. Оцінка розташування та благоустрою рекреаційної зони.
2. Суб'єктивна власна оцінка якості води поверхневої водойми.
3. Суб'єктивна власна оцінка питомої ваги виникнення негативних наслідків (алергічних реакцій, поганого самопочуття, гострих кишкових розладів, травм) внаслідок використання водних рекреацій.

Анкетування проводилось у місцях масового скупчення людей (майдани, парки, сквери тощо). Опитуванням охоплено 866 осіб різної статі віком від 18 до 65 років.

Респонденти давали оцінку ситуації на водних рекреаційних зонах в балах.

Основними критеріями, якими користувались респонденти при виборі зони рекреації для відпочинку це:

- якість води поверхневої водойми;
- благоустрій зон водних рекреацій;
- наявність на пляжі медичного та рятівного пунктів;
- доступність пляжу без використання громадського транспорту.

За оцінкою респондентів пляжі м. Харкова, за рівнем благоустрою, посіли перше місце. За пріоритетністю рішення в області проблемних питань в організації оздоровлення на воді респонденти вибрали наступне: на першому місці - якість води рекреаційної зони (41,1 %); на другому - благоустрій зони (23,2 %); на третьому - наявність медичного та рятівного пунктів (21,6 %); на четвертому - доступність водної рекреаційної зони (без використання громадського транспорту) (14,1 %) (рис. 1).

Водночас більше 5% респондентів своїх анкетах зазначили, що вони не користуються пляжами Харківської області у зв'язку з їх незадовільним санітарним станом.

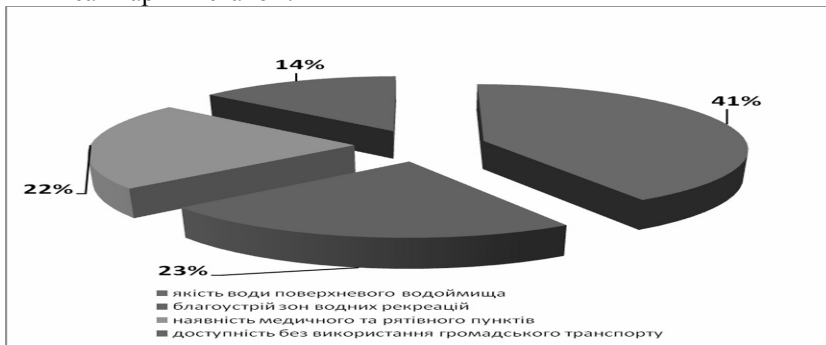


Рис. 1. Показники критеріїв при виборі пляжів за даними анкетного опитування.

Література

1. Литвиненко М.І. Еколого-гігієнічне обґрунтування оптимізації регіональної системи рекреаційного використання водойм: дис. канд. мед. наук 14.02.01 / Литвиненко Микола Ігоревич — Х. 2016 — 196 с.
2. Литвиненко М. І. Порівняльний аналіз стану рекреаційних водойм Харківської області за результатами санітарних та екологічних досліджень / М. Г. Щербань, М. І. Литвиненко, В. В. Гарник, Л. М. Мельник, О. Г. Васенко // Одеський медичний журнал. – 2015. – № 6. – С. 62–66

Завгородній І. В., Сидоренко М. О., Літовченко О. Л.,
ХНМУ

ЕКОЛОГІЧНИЙ ТА ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТИ У СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Здоров'я населення є важливим показником якості життя. Рівень захворюваності залежить від багатьох факторів і визначається насамперед станом економічних та соціальних умов, екологічною ситуацією і рівнем медичної допомоги в країні. Стан навколишнього середовища є головною складовою, що впливає на здоров'я не тільки рівнем забруднення довкілля, а й тривалістю проживання в цих умовах. За оцінками ВООЗ на 2016 р., близько 20% смертей обумовлені екологічними факторами [1]. На сьогодні стан здоров'я населення України розцінюється як незадовільний, що пов'язано з високим рівнем загальної смертності (1099,2 на 100 тис населення у 2015 р.), з них 1537,3 осіб чоловічої статі та 800,9 – жіночої [2]. З певною ймовірністю збільшення випадків тих чи інших видів захворювань може бути віднесено на рахунок забруднення навколишнього середовища. Надмірне технічне навантаження на довкілля призводить до поширеності захворювань та тяжкості їх перебігу. За останні роки відмічається тенденція до зростання патології з боку органів дихання, які увійшли в число 10 провідних причин смертності в світі. Така тенденція зростання багато в чому пов'язана з прогресуючим погіршенням екологічного стану повітряного простору [1].

За даними Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України, за останні роки відмічається зростання рівня поширеності хвороб органів дихання серед населення України. У 2015 р. патологія органів дихання посіла друге місце за класами хвороб серед населення – 19,8 %. Динаміка показників поширеності захворювань свідчить, що у 2014 р. цей показник складав 33696,5 на 100 тис. населення, а у 2015 р. – 33952,9, зростання відбулося на 0,76 %. У структурі поширеності хвороб серед чоловіків і жінок II рейтингове місце теж посідають хвороби органів дихання. У чоловіків цей рівень був на 0,15 % вищим, ніж у жінок (33996,0 та 33915,9 відповідно).

Що стосується структури первинної захворюваності, то хвороби органів дихання переважають (44,3 %) як за класами хвороб серед населення, так і залежно від статі. Динаміка показників захворюваності свід-

чить, що у 2014 р. цей показник склав 27594,0 на 100 тис. населення, а за 2015 р. – 27741,1, зростання відбулося на 0,53 %. Рівень захворюваності у чоловіків теж вищий, ніж у жінок (28,026,5 та 27495,3 відповідно) [3].

З боку досліджень гендерних особливостей враховується той факт, що чоловіки і жінки по-різному схильні до факторів ризику. Рівень поширеності хвороб органів дихання та перебіг захворюваності має відмінності залежно від статі, що може характеризуватися моделями поведінки.

Таким чином, на сучасному етапі людства ситуація, що склалася, вимагає вирішення ряду проблем з негативного впливу навколишнього середовища на здоров'я людини, включаючи гендерний підхід. Отже, виникає необхідність оптимізації міжгалузевої взаємодії між державним управлінням охорони громадського здоров'я й органами влади у сфері охорони навколишнього природного середовища та екологічної безпеки в подоланні цієї проблеми.

Література:

1. Здоровье и окружающая среда в Европейском регионе ВОЗ. Создание жизнестойких сообществ и благоприятной окружающей среды: <http://www.euro.who.int>

2. Населення України за 2015 рік, демографічний щорічник / Державна служба статистики України. – Київ. – 2016. – 120 с.

3. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В.В.; МОЗ України, ДУ "УІСД МОЗ України". – Київ, 2016. – 452 с.

Згонник М. В.,
ХНУБА

ПРОБЛЕМА ГЕНДЕРНОЇ ДИСКРИМІНАЦІЇ В УКРАЇНІ

Проблема нерівності прав чоловіків та жінок є дуже актуальною для українського суспільства. Більше того, вона є специфічною, тому що українське суспільство ще не усвідомлює її наявності. Та хоча Конституція України стверджує демократичні основи розвитку держави, свободи особистості, загальні політико-правові принципи гендерної рівності, але, на жаль, в реальному житті вона дійсно існує, більше того, кожен з нас стикається з нею постійно.

Метою даного дослідження є висвітлення проблеми гендерної дискримінації жінок в трудовій сфері в Україні.

Гендерна дискримінація – довільне, необґрунтоване, невинуватене обмеження прав і можливостей людей залежно від їх статі, що зменшує для них можливості у трудовій та соціальній сфері. Ідеал гендерної рівності означає, що жінки та чоловіки повинні мати однаковий суспільний статус, однакові умови для реалізації всіх прав людини, однакові можливості робити внесок у національний політичний, економічний, соціальний розвиток та користуватися його результатами.

Оплата праці жінок та чоловіків. Жіноча зайнятість традиційно переважає у сферах діяльності з найнижчими рівнями середньої заробітної плати – сфері соціального забезпечення, освіти, охороні здоров'я, побутовому обслуговуванні та культурі, в яких жінки становлять понад 70 % працівників. Водночас «чоловічими» видами діяльності залишаються високооплачувані галузі важкої промисловості, транспорт, сфера підприємництва.

Унаслідок цього середня заробітна плата жінок протягом останніх років не перевищувала 70 % середньої заробітної плати чоловіків.

98,6 % жінок серед працівників дошкільних закладів, 84,5 % – в середніх школах. Загалом, жінки працюють у соціально важливих, але низько оплачуваних державних секторах (наприклад, освіта, охорона здоров'я та соціальні послуги). Жінка працює на 4–6 год більше, ніж чоловік. Праця в домашньому господарстві не враховується як продуктивна, а тому не оплачується й не враховується в пенсійних схемах.

Одним з найпоширеніших видів дискримінації на ринку праці в Україні є дискримінація за статтю та віком саме на етапі доступу до роботи. Моніторинг інформаційно-реklamних видань показав, що серед оголошень, які містять вимоги до статі, більш як дві третини (69,6 %) дискримінують жінок, і трохи менше третини (30,4 %) – чоловіків. Серед таких оголошень у 74,3 % випадків на роботу секретарів, офіс-менеджерів, помічників, робота яких є низькооплачувана, запрошували жінок. У решті категорій посад перевагу надавали чоловікам: робітники, обслуговуючий персонал – 86,1 %; керівники всіх рівнів та адмінперсонал – 79,5 %; кваліфіковані спеціалісти – 66 %; менеджери з реклами, з продажу тощо – 54,3 %.

В той же час українське законодавство забороняє жінкам займати деякі посади та виконувати певну роботу. Такі заходи мали за мету захистити жінок від важких та небезпечних умов праці. Але багато обмежень перевищують прийняті міжнародні норми регулювання праці жінок. Більше того, визначені українським законодавством інструменти захисту жінок базуються на необ'єктивних критеріях, що суперечать принципам гендерної рівності

Офіційні посадові особи зазвичай заперечують те, що дискримінація стосовно жінок на ринку праці є проблемою для України. Тем не менше спостерігачі Human Rights Watch виявили, що українські офіційні структури мають відношення до дискримінації як в державному, так і в приватному секторах економіки. Багато посадовців визнавали, що роботодавці часто надають перевагу чоловікам, та захищали дискримінаційну практику роботодавців, що переважає право жінок на рівні можливості на ринку праці.

ЕКОЛОГІЧНЕ ОТОЧЕННЯ В СИСТЕМІ ЧИННИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ

Процес трансформації популяційного здоров'я віддзеркалює історію розвитку людського суспільства. На різних етапах суспільного розвитку змінювалися також ознаки, що визначають популяційне здоров'я. На початку XIX ст. середня тривалість життя людей в країнах Європи не перевищувала 35 років, а рівень дитячої смертності досягав 50 %. Наразі в країнах з постіндустріальним господарством і громадськими пріоритетами в розвитку суспільства середня тривалість життя населення становить 73 роки, а рівень дитячої смертності не перевищує 8 %. Індустріалізація породжує більш сьогоденний тип здоров'я, що характеризується зниженням смертності та одночасним збільшенням так званих хвороб цивілізації [1, 2].

У дослідженнях останніх десятиліть досить повно відображено негативний вплив техногенного забруднення природного середовища на здоров'я людини, що веде до регресу громадського здоров'я. У той же час розглядати зміну якості життя людини тільки з цих позицій було б помилкою. Модифікованою виявляється вся послідовність впливу середовища в процес індивідуального розвитку людини, що і змінює психофізіологічні можливості організму і в результаті – його здоров'я. Так, використання електричного світла значно трансформувало послідовність світлового впливу на організм людини протягом доби. Впровадження різних механізмів в життєдіяльність людини практично повністю змінило характер його рухової активності. При цьому, не тільки зменшився обсяг рухів, але і змінився алгоритм і послідовність фізичних навантажень, які формували опорно-рухову систему в процесі розвитку людини. Тільки за рахунок переважання в житті дитини форм дозвілля, що не потребують рухової активності, необхідної для розвитку організму в цьому віці, поширеність патології опорно-рухової системи збільшилася на 34% [2].

Необхідно зауважити, що велике розповсюдження патологічних станів в кількості, що наближається до видових норм, безперервно збільшує популяцію людей, які потребують коректування своїх психофізіологічних резервів за рахунок соціальних механізмів адаптації. В людській екосистемі соціальних механізмів збереження і підтримання здоров'я вирізняється умовами життєдіяльності населення і рівнем медико-профілактичної допомоги. Останній залежить від рівня суспільного розвитку, господарства, культури, умов життєдіяльності та соціальної політики держави [1].

Незважаючи на те, що в людському суспільстві переважає дія соціальних законів і вона може створювати і підтримувати певні типи екосистем відповідно до своїх потреб, біологічні відзнаки організму людини

визначаються опорними законами функціонування систем. Неприятливий вплив екологічних умов на організми, з одного боку, викликає крайнє напруження механізми адаптація, а з іншого – сприяє розвитку процесів дезадаптації, які можуть проявлятися ослабленням резистентності організму, вести до розвитку хвороби, та навіть до завчасної інвалідизації [3, 2].

Література

1. Головні причини й джерела розвитку екологічної кризи / Електронний ресурс. Режим доступу: <http://ecology.at.ua/index/0-18>

2. Москаленко О. Вісім екологічних проблем України / Електронний ресурс. Режим доступу: <http://ecology.at.ua/index/0-18>

3. Юрченко Л.І. Екологічна культура в контексті екологічної безпеки: Монографія. – К.: ПАРАПАН, 2008. – 296 с.

Зеленская Е. А.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. Суицидальное поведение представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современного общества. Являясь сложным феноменом, суицидальное поведение включает в себя не только медицинский, но также социальный, психологический, культуральный, религиозный и другие аспекты.

Цель: изучение гендерных особенностей формирования суицидального поведения у лиц молодого возраста.

Материалы и методы: На базе ХОКПБ № 3 с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии было проведено комплексное обследование 147 больных депрессивным расстройством молодого возраста. В работе были использованы следующие методы обследования: клинико-психопатологический, клинико-anamnestический, психодиагностический с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона, шкалы Монтгомери – Айсберга, больничной шкалы тревоги и депрессии, Способ определения суицидального риска, Способ самосознания смерти, «Теста самооценки аутоагрессивных предикторов».

Результаты: анализ полученных данных позволил определить основные психотравмирующие ситуации, приводящие к развитию суицидального поведения при депрессивных расстройствах у лиц молодого возраста: одиночество, потеря близкого человека, развод (39,2 % женщин и 34,3 % мужчин), серьезные финансовые затруднения, неожиданный имущественный крах, потеря работы (49,2 % женщин и 64,3 % мужчин), вынужденное резкое изменение жизненного стереотипа (16,9 и 11,2 % соответственно), конфликты семейных (58,3 и 64,2 %) и служебных (5,9 и 5,6 %) отношений, жестокое отношение к суицидентам (52,8 и 46,1 %

соответственно), ситуации длительной психического напряжения (12,3 % женщин и 7,9 % мужчин), плохое состояние соматического здоровья, наличие инвалидизирующего заболевания (11,3 % женщин и 6,3 % мужчин). Согласно данным психодиагностического исследования для обследованных нами больных с депрессивными расстройствами и наиболее типичны следующие личностные черты. Низкая коммуникативность, замкнутость, скрытность в основной группе составила 37,4 % обследованных женщин и 42,3 % мужчин, а в контрольной – 10,4 % женщин и 16,2 % мужчин. Тревожная мстительность в основной группе составила 43,6 и 39,5 % соответственно и в контрольной группе – 31,2 и 29,4 %. Склонность к драматизации, негативной оценке событий и фактов в основной группе представлена у 52,6 % женщин и 31,2 % мужчин, а в контрольной – 28,9 и 18,6 % соответственно. Ипохондрический фон настроения – 37,4 и 45,6 % в основной группе и 25,1 и 20,3 % соответственно. Предвзятое, настороженное отношение к окружающим в основной группе составило 49,1 % женщин и 42,3 % мужчин и в контрольной группе – 40,2 % и 39,8 % соответственно. Снижение требований к самому себе – 39,3 % женщин и 40,1 % мужчин в основной группе и 21,2 и 24,3 % в контрольной группе соответственно. Неуверенность в себе в основной группе составила 43,4 и 43,6 % и в контрольной группе – 26,8 и 22,7 % соответственно. Эгоцентризм – 39,4 и 51,6 % в основной группе и 29,9 и 40,2 % в контрольной группе соответственно. Неуравновешенность, раздражительность в основной группе составила 52,4 и 35,9 %, а в контрольной группе – 39,2 и 30,1 % соответственно. Повышенная чувствительность, впечатлительность 62,3 % женщин и 39,1 % мужчин в основной группе и 41,3 и 16,8 % в контрольной группе. Обидчивость и злопамятность в основной группе составила – 55,6 и 33,4 % и в контрольной группе 35,3 и 29,1 % соответственно.

Выводы. Модель формирования суицидального поведения у лиц молодого возраста с депрессивными расстройствами представлена комплексом патогенных факторов. Профилактика суицидального поведения должна быть комплексной с учетом анамнестических, гендерных, личностных особенностей пациента и включать фармакотерапию, психотерапию и психообразование.

Зозуляк-Случик Р. В., Березовська Л. І.,
Прикарпатський національний у-т ім. В. Стефаніка,
м. Івано-Франківськ

ВПЛИВ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ НА ДОСЯГНЕННЯ ВЗАЄМОРОЗУМІННЯ В ДІЯЛЬНОСТІ

На сучасному етапі розвитку суспільства відбувається зміна багатьох існуючих до цього часу моральних гендерних стереотипів. Звісно, що ці стереотипи не можуть повністю зникнути. Але більшість із них вже не відповідає соціально-культурним умовам сучасності.

Гендер стосується не тільки чоловіків і жінок як окремих індивідів, а й характеризує відносини поміж ними як соціально-демографічними групами та гендерні відносини в цілому те, як реалізуються соціальні ролі жінок і чоловіків, дівчаток та хлопчиків, як вони соціально вибудовуються.

Взаєморозуміння в організації не може бути сповна осмислене і проаналізоване без урахування психологічної своєрідності індивіда, яка проявляється і в його статевій приналежності. Із великої кількості властивостей, що відрізняють чоловіків від жінок, найважливіші ті, що пов'язані з умінням передавати інформацію, сприймати один одного, контактувати та взаємодіяти з іншими. Йдеться про комунікативні, перцептивні, та інтерактивні статеві відмінності, які неабияк позначаються на різних сферах життєдіяльності людини.

Виступаючи лідерами в ситуаціях, де немає жорсткого розподілу ролей, чоловіки сильні до авторитарності, а жінки – до демократичності; чоловікам набагато більше вдається директивний, проблемно-орієнтовний стиль керівництва, а жінкам – стиль соціального лідера, який створює «дух команди». Навіть тоді, коли чоловіки й жінки займають одну й ту саму посаду, та грають однакову роль, вони частіше за все мають різні обов'язки і виконують різні завдання; лише незначна частина працівників бажають працювати під керівництвом жінки, хоча їй властива охайність, уважність, деталізація обов'язків, ретельне виконання; так само вченими підкреслюється недостатньо виражена ділова спрямованість жінок, перевага орієнтації на сім'ю, неформальні відносини, підвищена емоційна чутливість; жінки у порівнянні з чоловіками більш хворобливо реагують на свої помилки і критичні зауваження, на неповагу до себе із боку вищого керівництва.

Чоловіки і жінки відрізняються багатьма сферами – у пізнавальному розвитку, у фізіологічному становленні, у складі розуму, у звичках, вольовій та емоційній сфері. Зрозуміло, що і ситуації вони вирішують по-різному.

І. Кон стверджує, що при всіх індивідуальних і культурно історичних варіаціях чоловічий стиль життя більшою мірою є предметно-інструментальним, а жіночий – емоційно-експресивний. І незважаючи на вирівнювання соціально-статевих відмінностей, у більшості чоловіків на першому місці є професійно-трудова діяльність, а у жінок – сім'я. Хоча, в умовах сьогодення, дедалі більше жінок, заради кар'єри готові пожертвувати сімейними цінностями.

Таким чином, гендерні стереотипи є набором загальноприйнятих норм і суджень про становище жінок і чоловіків, норм їхньої поведінки, мотивів, потреб. Вони часто диктують, приписують чоловікам і жінкам певні психологічні якості, норми поведінки, рід занять, професії тощо, часто ускладнює оптимізацію процесів у сфері гендерних стосунків.

Література

1. Мудрик А.Б. Гендерна компетентність особистості : теорія, діагностика, розвиток : посібник / Алла Богданівна Мудрик. – Луцьк, 2014. – 204 с.
2. Кон И. С. Введение в сексологию / И. С. Кон. – М. : Медицина, 1988. – 182 с.
3. Кравець В. П. Педагогіка та психологія: гендерний аспект: [навч. посібник] / В. П. Кравець, О. М. Кікінежді. – Тернопіль : Навчальна книга. – Богдан, 2004. – 124 с.

Зуб К. А.,
ХНМУ

ПРОБЛЕМЫ САМОРЕАЛИЗАЦИИ ЛЮДЕЙ С ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИЕЙ

Самореализация – необходимый атрибут существования и продуктивной жизнедеятельности человека. На сегодняшний день под самореализацией понимается воплощение личностных возможностей индивида посредством собственных усилий и кооперации с другими людьми. В основе осуществления возможностей лежит их тщательный анализ, постановка перед собой целей, планирование и выбор стратегий их осуществления, осмысление результатов и накопленного опыта. Условием успешной самореализации является адекватное понимание своего «Я», места в обществе и использование адекватных социальных навыков. Критерием успешности можно считать удовлетворенность личности своим статусом, собой, результатами деятельности при неременной удовлетворенности со стороны социума. Самореализация тесно взаимосвязана с гендерной идентичностью человека. Удовлетворенность собой предполагает, в первую очередь, восприятие себя как женщины или как мужчины. Эти представления влияют на выбор стратегии и тактик самореализации.

Под термином «пол» понимаются биологические различия между людьми, определяемые генетическими особенностями. Эти различия проявляются в анатомических и физиологических характеристиках, детородных функциях. Термин «гендер» подразумевает социально-психологические характеристики личности, её социальный статус, которые связаны с полом и биологической ролью, но возникают лишь при взаимодействии с другими людьми. Формирование «правильной» половой идентичности, то есть причисления себя к тому или иному полу описывается как гендерный подход к процессу самоидентификации и самореализации.

Гендерный подход в психологии, прежде всего, направлен на описание механизмов формирования гендерной идентичности в различных социокультурных контекстах. Долгое время половая принадлежность индивида считалась однозначной и унитарной. Однако со временем выяснилось, что пол – сложная многоуровневая система, компоненты которой формируются

последовательно, на разных стадиях индивидуального развития. Биологические факторы половой дифференцировки дополняются социальными. Эти обстоятельства совместно с жизненным опытом формируют окончательную половую и сексуальную идентичность зрелого человека.

В рамках репродуктивной биологии признают только два начала – мужское и женское. Формирование некоего сочетания того и другого расценивается в современном социуме как расстройство гендерной идентичности. Это явление получило название «гендерная дисфория». Гендерная дисфория – состояние, при котором индивид не принимает свой биологический пол, следовательно, чувствует неудовлетворенность собой.

Гендерная дисфория обусловлена различными причинами. В первую очередь, рассматривается утверждение о биологических основах гендерной дисфории. Различные заболевания матери во время беременности, в особенности гормональный дисбаланс, могут приводить к нарушению формирования психологического восприятия пола у плода. Гендерная дисфория также может иметь место вследствие несовпадения хромосомного и внешнего пола.

Расстройства гендерной идентичности различают по степени развития и внешним проявлениям. Люди, страдающие гендерной дисфорией, интеллектуально и психически абсолютно полноценны. Однако возможности самореализации у людей с данным заболеванием строго ограничены в связи с неприятием их жизненных позиций обществом. Общество, как показывает опыт, настроено крайне отрицательно, широко распространяются предубеждения, часты случаи агрессии в отношении таких людей. Ученые отмечают значительные трудности в самореализации, наблюдаемые как у мужчин, так и у женщин, которые во многом обусловлены особенностями гендерной социализации. Причины трудностей обнаруживаются в когнитивной и эмоциональной сферах личности, в ее поведенческих проявлениях, в социоадаптации. На данный момент активизируется поддержка трансгендеров, создаются общества по защите прав таких людей, пропагандируется максимальная толерантность к субъективному восприятию себя и отнесению личности к некоторому полу. Понятие нормы расширяется: единичное и частное приобретают не меньшую значимость, чем всеобщее и общественное.

Вышеуказанные способы решения проблемы самореализации трансгендеров действительны лишь в случаях незначительного проявления дисфории, когда психологическое восприятие себя хоть в некоторой степени основывается на своем биологическом начале. Наблюдается также тяжелая степень проявления данного расстройства – так называемый транссексуализм. Идентификация себя как человека противоположного пола сочетается с неприятием своего тела вплоть до суицида. Данная категория людей полностью ведет образ жизни противоположного пола. В этом случае вопросы самореализации становятся гораздо острее. Опе-

рация и гормонотерапия, как правило, необходима по жизненным показаниям. Пациенты, прошедшие через оперативную смену пола, подтверждают значительное улучшение качества жизни. Есть данные об эффективности лечения антидепрессантами невроза и депрессивного состояния, которыми сопровождается гендерная дисфория.

Таким образом, проблемы самореализации людей с гендерной дисфорией являются достаточно острыми. Они требуют серьезных научных исследований, а также трансформации общественного сознания.

Иванова А. В., Рыжков А. В., Сомова Е. В.,
Центр Репродукции Человека
«Клиника проф. Феськова А. М.», Харьков

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЦИКЛОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ) У СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ ПРИ АЗООСПЕРМИИ

Среди супружеских пар, проходящих лечение методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), мужской фактор бесплодия диагностируется более, чем в половине случаев, причем у 1/3 мужчин наблюдается отсутствие сперматозоидов в эякуляте (азооспермия). Азооспермия – патологическое состояние, при котором отсутствуют сперматозоиды в эякуляте. Различают азооспермию обструктивную и необструктивную, или секреторную. Обструктивная азооспермия характеризуется нормальной секрецией сперматозоидов и наличием непроходимости семявыносящих путей. Секреторная азооспермия обусловлена нарушением секреции сперматозоидов в яичках. Она встречается в 80% случаев отсутствия сперматозоидов в эякуляте.

Целью данной работы явилось изучение эффективности проведения программ ВРТ в пределах супружеской пары в зависимости от формы азооспермии при нормальном кариотипе и отсутствии нарушений в AZF- локусах У хромосомы.

Материалы и методы. В рамках исследования было сформировано 2 группы пациентов. Группу 1 составили 40 пациентов (средний возраст 36,2 ± 5,3 лет) у которых был установлен диагноз: обструктивная азооспермия. Стимуляция сперматогенеза у них не проводилась, В день пункции фолликулов и получения ооцитов супруги осуществлялась пункционная биопсия придатка яичка и проводился поиск сперматозоидов в аспирате. В группу 2 вошли 9 мужчин (средний возраст 32,4± 6,4 лет) у которых была выявлена секреторная азооспермия и были найдены единичные сперматозоиды. У мужчин группы 2 стимулировали сперматогенез препаратами хорианического гонадотропина человека (ХГЧ) в течение 6 мес при ежемесячном контроле уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и тестостерона. Непосредственно перед пункцией фолликулов и получением ооцитов женщины

проводилась операция микрохирургическая экстракция сперматозоидов из семенных канальцев яичка (МикроТЕЗЕ) и в отдельных фрагментах семенных канальцев осуществлялся поиск единичных сперматозоидов. В обеих группах проводилась интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в ооцит (ИКСИ), при обструктивной азооспермии - из придатка яичка, а при секреторной - из канальцев яичка. Оценивали частоту обнаружения сперматозоидов в зависимости от метода их получения, частоту оплодотворения, процент эмбрионов высоко качества, частоту наступления беременности.

Результаты. Частота оплодотворения между группами 1 и 2 значимо не различалась и равнялась 67 и 69 % соответственно в группе 1 и 2. Однако, относительное количество эмбрионов высокого качества было достоверно ниже в группе 2 – 29% против 47%- в группе 1, $p < 0,05$. Частота наступления беременности в группе 2 с секреторной азооспермией составила 22,2 % (у 2 женщин из 9), что в 1,5 раза меньше, чем в 1 группе у мужчин с обструктивной азооспермией (35 % – у 14 женщин из 40).

Выводы. При любых формах азооспермии возможно проведение ИКСИ в программах ЭКО в пределах пары. При проведении программ ВРТ у пациентов с отсутствием сперматозоидов в эякуляте качество эмбрионов и частота наступления беременности выше у пациентов с обструктивной формой азооспермии.

**Ивантеева Ю. И., Курчанова Ю. В., Кателевская Н. Н.,
ХНМУ**

ПСИХОГИГИЕНА ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ВИДОВ СПОРТА

В 21 веке мир находится в состоянии модернизации и инновации. Абсолютно во всех сферах жизни происходят изменения и усовершенствования, и спорт этому не исключение. На протяжении многих столетий считалось, что подвергать свою жизнь риску во всех его проявлениях следует только мужчинам, как представителям «сильного пола», в то время как женщинам категорически запрещалось подвергать опасности свою жизнь. Однако, сейчас мы живем в очень непростое и динамичное время. Многие люди увлекаются активными видами спорта, включая и экстремальные его варианты. Стоит также отметить, что женщины все чаще увлекаются, так называемыми, мужскими видами спорта. Вероятно, данный факт связан с тем, что за последние десятилетия, когда происходила активная популяризация видов спорта сопряженных с риском для жизни, отмечалась также активизация мирового феминистического движения. Экстремальные виды спорта стали способом и платформой для проявления равенства прав и возможностей обеих полов.

Целью нашей работы является определение основных психоэмоциональных мотивов к регулярным занятиям экстремальными видами спорта лицами мужского и женского пола.

Понятие «экстремальность» подразумевает, что организм отвечает на внешние раздражители предельно допустимыми по тем или иным параметрам изменениями. Человек стремится переживать яркие эмоции, чувствовать скорость и дерзость при выполнении фантастических трюков и спортивных упражнений. Занятия подобными видами активности, определено, прибавляют уверенности в себе. Для многих представителей обоих полов спорт – это хороший способ привлечь к себе внимание. В борьбе со стрессом позитивные эмоции от преодоления собственных страхов перед, например, каким-либо экстремальным прыжком или спуском играют определенную важную роль. Более того, экстремальный спорт требует определенной хорошей физической подготовки, что позволяет формировать сильное и тренированное тело.

Можно сделать вывод, что мотивация при выборе экстремального вида спорта, как у мужчин, так и у женщин, имеет похожие черты. Оба пола имеют общую цель – формирование стойкости характера, силы воли, упорства, смелости, бесстрашия, стрессоустойчивости путем выплескивания негативных эмоций и переживаний через спорт. Однако, параллельно с этим существует «женская цель» на преодоление сексизма и недооценивание миром женской силы и стойкости, и «мужская цель» направленная на очарование прекрасной половины человечества и подтверждение извечных вселенских шаблонов о «сильной половине».

Ивантеева Ю. И., Ковальцова М. В., Сулхдот И. А.,
ХНМУ

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МОБИЛЬНЫХ ТЕЛЕФОНОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МУЖСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Еще совсем недавно мы не знали о существовании такого гаджета как мобильный телефон, а сейчас он есть даже у первоклассника. И это уже не просто средство связи, а любимая игрушка и помощник, с которым человек проводит немалое количество времени в течении всего дня. Но о влиянии электромагнитного излучения на здоровье нашего организма не задумывается практически никто. Прежде всего, это проявляется в ухудшении функционального состояния репродуктивной системы. Ткани мужской репродуктивной системы являются чувствительными образованиями к воздействию антропогенных факторов окружающей среды. И прежде всего это проявляется в снижении количества сперматозоидов, которые имеют активное прямолинейное движение. Это связано с прямым действием излучения, которое индуцирует свободно-радикальные процессы в сперматозоидах через активацию процессов образования активных форм кислорода, что обуславливает данное явление.

При изучении строения сперматозоидов, которые были облучены, отмечается снижение площади головки, акросомной части, а также на-

блюдається уменшення зв'язування передньої частини мембрани кліток з білками-рецепторами, які розташовані на блискучій оболонці яйцеклітки. То є електромагнітне випромінювання знижує запліднювальну здатність сперми. Але в той же час її щільність і об'єм не змінюються під впливом електромагнітного випромінювання мобільних телефонів. Крім того знижується життєздатність чоловічих статевих кліток. Треба також сказати, що збільшується кількість аномальних форм сперматозоїдів. Це, знову ж, обумовлено активацією вільнорадикальних процесів, підвищеною продукцією активних форм кисню, що призводить до їх апоптозу і пошкодженню структур ДНК. Також збільшується рівень тестостерону, в порівнянні з лютеїнізуючим гормоном, рівень якого знижується. Зміна рівня цих гормонів, ймовірно, відображає адаптаційну функцію ендокринної системи до хронічного стресу, який обумовлений тривалою експозицією мобільного телефону.

Щоб попередити свій організм від впливу електромагнітного випромінювання мобільних телефонів необхідно зменшити час використання їх до мінімуму, а також тримати телефон на максимальній відстані від органів чоловічої статевих системи, але не в кишенях штанів.

Калініченко О. В.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ

В НОВЕЛІ ВАЛЕР'ЯНА ПІДМОГИЛЬНОГО «СТАРЕЦЬ»

У новелістиці В.Підмогильного поєднуються краєві традиції світової та української класики і водночас пошук нового, що заголом було притаманно літературі 20-х років. У цьому плані його «мала» проза, безсумнівно, вельми своєрідне і багатопланове явище в історії українського письменства.

Серед тематичного доробку Валер'яна Підмогильного вагоме місце посідає тема кохання, яку неможливо розглядати, не торкаючись гендерного аспекту. На думку дослідників, зокрема С. Павличко, І. Дробот, Т. Гундаревої, письменник «вирізняється якимось особливим «жінконевисництвом»».

В. Підмогильний насправді не зображає сильних жінок, не тому що жінка є власністю чоловіка, принижуючись і схиляючись перед ним, стверджуючи його силу, а тому що це означало б і визнання маскулітної поведінки, як єдиної успішної, а отже, єдиноправильної. Яскравим прикладом може слугувати новела «Старець». У творі зображено дві жіночі постаті «стара істота», якій автор навіть імені не дав, і Галька-повія. Автор з повагою ставиться до свого героя Тимоша – каліки, старця, з огляду і відразу до господині: «...стара істота схилилась на край столу й пильно дивиться на нього; на ній накинута була лише одна сорочка, змокріла від поту; сорочка прилипла бабі до тіла і немов навмисно на

показ виставляла гострі маслаки її костистого тіла...». Інша героїня Валер'яна Підмогильного викликає більшу прихильність, мабуть, тому що «...молода, опасиста і вродлива. А за нею жуками повзуть чоловіки, наготувавши грошей...».

Письменник погоджувався з правом жінки бути іншою, неподібною до чоловіка, це визначає і І.Дробот «лейтмотивом усіх його визначних творів є думка про неможливість порозуміння між чоловіком і жінкою». Підтвердження цього знаходимо в новелі «Старець». Коли Тиміш запропонував Гальці провести з ним час, то вона зухвало над ним насміялась: «...Галька зручно вдарила по Тимошевій колодці, збила її і Тиміш важко впав на лаву горілиць, потягнувши за собою жінку... Жінка задихалась. Вона не могла більше пручатись, тільки в'їлась зубами в Тимошеву щоку і здушила її, як лещатами...».

– Сволоч... чортяка, – гарчала вона і зосереджено біла, пильнуючи влучити по голові.

Тиміш затулив лице руками і лежав мовчки не ворущаючись...».

В. Підмогильний не нав'язує своїх думок, а знову і знову примушує нас до співпраці, спонукає до роздумів і власних висновків.

Отже, жінка для Валер'яна Підмогильного залишається одвічною загадкою, вона вривається в життя чоловіка й залишає його в повному розпачі, відбираючи серце і розум.

Калиновський Ю. Ю., Бредіхіна В. Л.,

Національний юридичний університет ім. Ярослава Мудрого
**ГАРАНТУВАННЯ ПРАВА ЛЮДИНИ НА БЕЗПЕЧНЕ ДОВКІЛЛЯ
ЯК ІМПЕРАТИВ СУЧАСНОГО ДЕРЖАВОТВОРЕННЯ**

Розвиток сучасної цивілізації супроводжується постійним науково-технічним зростанням, яке надає не тільки нові можливості людині, а й провокує екологічні кризи, що значно погіршують якість життя на планеті та у підсумку можуть призвести до зникнення людства в цілому. У таких умовах гарантування права людини на безпечне довкілля стає одним з ключових параметрів існування сучасної, цивілізованої держави. В наш час наявність у країні безпечних екологічних умов для життя людини є однією з ознак високої якості життя, що сприяє саморозвитку та самореалізації особистості.

В цьому контексті варто звернутися до Конституції України, де зафіксовано, що права і свободи людини, її гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави (ст. 3). У частині 1 ст. 50 даного документу проголошується, що кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди.

Конкретизацією вищезначеної норми Конституції України стали визначені Законом України «Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року» стратегічні цілі

національної екологічної політики української держави, до яких відносяться такі: підвищення рівня суспільної екологічної свідомості; поліпшення екологічної ситуації та підвищення рівня екологічної безпеки; досягнення безпечного для здоров'я людини стану навколишнього природного середовища; інтеграція екологічної політики та вдосконалення системи інтегрованого екологічного управління; припинення втрат біологічного та ландшафтного різноманіття і формування екологічної мережі; забезпечення екологічно збалансованого природокористування; удосконалення регіональної екологічної політики.

Вочевидь, повноцінне забезпечення вищенаведених норм, ефективна реалізація «екологічної функції» держави можлива лише за умови розвитку суспільної екологічної свідомості, глибокого розуміння важливості екологічних цінностей та прав як елітою суспільства, так і пересічними громадянами. В свій час представник німецької «практичної філософії» Клаус Міхаел Маср-Абіх сформулював ідею «екологічної держави». Зокрема, він наголошував, що людство – не вінець природи, а особливий вид живих істот, який має своєю обережною діяльністю доповнити та покращити природу, і запропонував новий образ держави, яка дбає не лише про дотримання економічних інтересів своїх громадян, а й про недопущення руйнування людського й природного спільноту.

На сьогоднішній день ідея «екологічної держави» на теренах сучасної України є значно менш популярною, ніж у європейських країнах. Як слушно зазначає український дослідник Р. Андрос: «Екологізм не вкоренився в Україні ані у виді світоглядної ідеології, ані у виді політичної ідеології, яку взяли б на озброєння парламентські партії».

На наше переконання, гарантування права людини на безпечне для життя та здоров'я довкілля потребує посилення відповідальності всіх суб'єктів державотворення за вирішення екологічних проблем. Аналізуючи дану проблему, один з фундаторів комунікативної філософії К.-О. Апель визначає принципово нову вимогу до відповідальності за екосферу нашої планети: вона полягає в тому, що ми повинні взяти на себе відповідальність за майбутні (як наукові і технологічні, так і політичні й економічні) наслідки нашої колективної діяльності. На думку фахівців, екологічна відповідальність спирається на принцип рівної співвідповідальності усіх представників людської спільноти. Головні проблеми екологічної кризи (забруднення атмосфери планети, морів, тропічних лісів, перенаселення, потреба в збереженні і справедливому використанні ресурсів Землі) потребують обмеження партикулярних інтересів, визначення систем цінностей різних суспільств, підпорядкування їх спільному інтересові людства.

КОРРЕКЦИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

В современном мире, особенно у представительниц европеоидной расы, проживающих в экономически развитых странах, медико-социальные проблемы предменструального синдрома (эмоциональная нестабильность, раздраженность, возбуждение, депрессия, плаксивость, апатия, нарушение памяти, головная боль, головокружение, дискоординация движений, гиперестезии, боли в сердце, аритмия, утомляемость, слабость, нарушение сна, суицидальные мысли, нарушение либидо, ощущение страха, гиперчувствительность к запахам или звукам, периферические отеки, увеличение массы тела, боли в молочных железах, метеоризм, нарушение диуреза, изменения аппетита и вкусовых пристрастий, тошнота, рвота, вульгарные угри на лице, изменение жирности кожи, увеличение потоотделения, крапивница, зуд, гиперпигментация, дискомфорт и боли во всем теле) резко снижают качество жизни и работоспособность женщин репродуктивного возраста. Тяжелые формы наблюдаются у 3–8% женщин, в 20% всех случаев требуется медикаментозная терапия. Коррекция предусматривает нормализацию не только гормонального репродуктивного статуса (комбинированные пероральные контрацептивы, прогестагены, блокаторы продукции пролактина (каберголин, бромокриптин), но и питания, образа жизни и лечение сопутствующей патологии. Для комплексного облегчения предменструальной симптоматики применяют миотропные спазмолитики (пентоксифиллин, дротаверин, ницерголин), поливитаминно-минеральные комплексы, биогенные стимуляторы (эрбисол, коэнзим Q10), нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак, индометацин), транквилизаторы (мебикар, гидазепам), антимигренозные средства (золмитриптан, бетагистин), ноотропы. Популярными в Европе менструальные календари симптомов и визуально-аналоговые шкалы позволяют оценить динамику и эффективность коррекции предменструального синдрома.

Карпенко Г. В.,
ДЗ «ДМА МОЗ України»

ВАЛЕОЛОГІЧНА СОЦІАЛІЗАЦІЯ ЯК АСПЕКТ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ

Тенденції розвитку країн колишнього Радянського Союзу протягом 90-х років, змусили по-новому віднести до проблем формування здоров'я й здорового способу життя, особливо молодого покоління. Насамперед, необхідно відзначити, що порівняно із гендерними відмінностями, більш істотною виявляється вікова динаміка значимості здоров'я.

Представники середнього й особливо старшого покоління найчастіше відводять йому пріоритетну роль. Однак у фокусі нашої уваги перебуває молодь. Молоді люди, у більшості випадків, звичайно ставляться до проблеми здоров'я як до досить важливої, але абстрактної, що не має до них прямого відношення. У їхній ієрархії цінність здоров'я перебуває в числі перших, поряд з матеріальними благами і кар'єрою (63,5%). Але при глибоких дослідженнях виявляється, що дана цінність не підкріплюється практиками здоров'я. Якщо їй приділяється увага здоров'ю, то головним чином його фізичній складовій, тобто молоді люди здебільшого піклуються про свій зовнішній вигляд та привабливість. І тому, щоб накопичені людством знання почали давати результат, необхідно врахувати й усунути цілий комплекс проблем, що перешкоджають їхньому реальному втіленню. Однією з таких проблем виступає відсутність послідовної й безперервної системи навчання здоров'ю. На різних етапах вікового розвитку індивід одержує інформацію про здоров'я в родині, у школі, в системі вищої освіти, у лікарні, із засобів масової інформації тощо. Однак інформація ця фрагментарна, випадкова, не носить системного характеру, найчастіше суперечлива й виходить іноді навіть від некомпетентних людей. Звідси набуває виняткової важливості проблема розробки системи безперервної валеологічної освіти, що озброює індивіда методологією здоров'я, засобами й методами його формування.

При такій складній ситуації дуже важливим виявляється проходження молоддю валеологічної соціалізації, під якою ми пропонуємо розуміти процес засвоєння людиною індивідуальної системи валеологічних знань, норм і цінностей, спрямованих на формування, збереження й зміцнення здоров'я. Тобто у широкому розумінні процес валеологічної соціалізації молоді характеризується формуванням стійких базових валеологічних цінностей, які впливають на подальшу соціальну активність і спрямованість поведінки в сфері здоров'я, обумовлюючи рівень самосвідомості і культури здоров'я. Валеологічна соціалізація містить у собі три основних процеси: валеологічна освіта, валеологічне навчання й валеологічне виховання.

Практика сприяння процесу валеологічної соціалізації молоді в рамках системи вищої освіти може включати наступні нижченаведені стратегії: освіта щодо загальних закономірностей і конкретних проблем, пов'язаних з усіма аспектами особистого і суспільного життя; повне і достовірне інформування людей про дійсний стан наявних проблем у сфері здоров'я та можливостей їх розв'язання; сприяння розвитку самосвідомості й активності особистості, студентських груп, місцевих громад; організаційне забезпечення діяльності з проблем здоров'я – розвиток, досягнення змін, удосконалення діяльності різних служб, у тому числі служб охорони здоров'я; формування сприятливої політики на підтримку проєктів, спрямованих на покращення здоров'я молоді;

міжгалузева співпраця, партнерство з усіма, хто може бути корисним щодо адаптування та розбудови профілактичних заходів, пошук партнерів у структурах виробництва, бізнесу тощо.

Отже, процес валеологічної соціалізації, особливо в умовах вищої школи, повинен не лише забезпечувати молоду людину необхідним обсягом знань і навичок практичної діяльності та створювати умови і можливості для участі в суспільному житті, але й водночас формувати її валеологічну компетентність та відповідальність щодо власного здоров'я та життя в цілому. Критерієм же ефективності валеологічної соціалізації виступить ступінь інтеріоризації базових валеологічних цінностей – визнання здоров'я як вищої термінальної цінності людства.

Кікінежді О. М.,

Тернопільський національний педагогічний університет
ім. Володимира Гнатюка

ФЕНОМЕН ГЕНДЕРУ В ПСИХОЛОГІЇ

Процес «переміщення» буттєвих проблем двох половинок людства в центр психологічної думки зумовлений демократизацією онтологічних основ життя в статі. Інституціалізація гендерних досліджень як нова галузь психологічного знання дає змогу обґрунтувати можливість використання категорії образу Я у вивченні проблеми статевої диференціації, інтерпретувати психологічні механізми персоналізації гендерного Я в процесі онтогенезу, зміст, структуру та критерії самовизначення представників різної статі у системі егалітарних чи традиційних гендерних координат (орієнтирів).

Сучасна психологія у контексті «генези здійснення особистості» (С. Максименко) акцентує увагу на розвитку індивіда в системі процесів самопобудови і самоздійснення, гармонізації його внутрішнього світу із зовнішнім в умовах соціокультурної різноманітності, що спричинено глобалізаційними тенденціями (Г. Балл, В. Кремень, В. Кравець, С. Рубінштейн, Т. Титаренко). На нашу думку, найвиразніше цей феномен репрезентується в межах гуманістичного та феноменологічного підходів, що дає змогу розкрити питання розвитку суб'єктності, самовираження, набуття «сутнісного Я» в суперечностях життя (І. Бех, М. Боришевський, Т. Говорун, І. Кон, Г. Костюк, А. Маслоу, В. Роменець, К. Роджерс, В. Татенко та ін.). В основу вивчення проблеми нами були покладені загальнонаукові принципи психологічної науки про єдність свідомості і діяльності, опосередкування зовнішніх впливів внутрішніми умовами, провідну роль діяльності та спілкування у розвитку психіки, системності, цілісності, активності, розвитку особистості, застосування генетико-моделюючого підходу. Категорія гендеру розглядалась нами в контексті психологічних концепцій С. Бем, крізь призму теорій гендерних схем і лінз, а саме поляризації, андроцентризму та біологічного есенціалізму,

у феномені яких простежується певна аналогія з висновками Л. Виготського про «знакове опосередкування» психіки, коли культурний знак стає засобом організації суб'єктної поведінки особистості у період її дорослішання. Соціалізація забезпечує входження дитини в гендерну культуру суспільства і є найважливішим фактором, що визначає конструювання її гендерної ідентичності, суб'єктну активність у процесі самотворення гендерного «Я» відповідно до віку, зони найближчого розвитку та провідного виду діяльності, новостворень в психічному розвитку.

Саме егалітарна соціалізація є співзвучною практиці особистісно-орієнтованого (ненасильницького) підходу в освіті як найбільш прогресивної та продуктивної спільноти рівноправних індивідуальностей різної статі. У цьому розумінні вихідні положення особистісно-егалітарного підходу як базової стратегії соціалізації та виховання охоплюють реалізацію ідеї рівноправ'я статей та їх взаємозамінність; індетермінацію біологічною належністю гендерних ролей; утвердження егалітарного світогляду: гендерну компетентність як обізнаність із нормативами статевої поведінки, гендерну чуйність як створення умов для повноцінного розвитку представників різної статі попри статові стереотипи та упередження, здатність розв'язувати проблеми навчання і виховання з позиції егалітарної ідеології та гендерну толерантність як повагу до основоположних прав та свобод людини. Як наголосила Міністр освіти і науки України Лілія Гриневич «головна проблема розвитку гендерної освіти в Україні – це недостатнє розуміння суспільством цієї тематики. Найбільш важливим в цій політиці є відкритість і залучення до неї нових людей. Тільки таким чином у суспільстві можна сформувавши розуміння, що таке гендерна політика, що вона несе собою захист і повагу до гідності кожної людини незалежно від статі» [1]. Посилення патріархальних викликів паритетній демократії, «гендерна еkleктика», стереотипізація суспільної свідомості сьогодні потребує переосмислення феномену гендеру у освітньо-професійній підготовці та громадянській позиції молодого покоління, дослідження гендерного виміру розвитку людини, психологічних механізмів біологічної та соціальної детермінації задля вирівнювання можливостей самореалізації жінок і чоловіків.

Література

1. Результати роботи Круглого столу «Інституціоналізація гендерної освіти: перспективи та ризики» (м. Київ, 5 грудня 2016 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mon.gov.ua/using-novivni/novini/2016/12/05/%E2%80%9Cu-pidruchnikax-ne-mae-buti-shtampiv,-shho-z-rannogo-viku-nav%E2%80%99yazuyut-shkolyaram-pevni-roliv/>

ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Инновационные технологии настолько глубоко вошли во все сферы жизнедеятельности, что не представляется возможным отсутствие у нас различных технических гаджетов. Не обошла инновационная деятельность и сферу здравоохранения. Однако, сведение инновационной деятельности только лишь к использованию технических средств последнего поколения не является верным.

Инновационной деятельностью называют научные, технологические, организационные, финансовые и коммерческие мероприятия для улучшений в одной из сфер жизни человека[1]. Инновационной деятельностью в сфере здравоохранения является разработка и внедрение системы управления качеством медицинской помощи, а также ее профессиональных стандартов, проведение научно-методической работы и исследований во врачебной деятельности, подготовка квалифицированных кадров, внедрение новых медицинских технологий, повышение культуры обслуживания пациентов и профессионального уровня врачей. Врачом общей практики является врач с наличием базовых знаний в каждом из существующих разделов медицины при этом ему нет необходимости углублять свои знания ни в одной из областей медицинских знаний. Врачи данной специальности не делятся по возрастному или гендерному признаку и оказывают медицинскую помощь всем вне зависимости от пола и возраста. Врачи общей практики занимаются больше профилактической нежели врачебной деятельностью, так как они компетентны в оказании помощи при более простых проблемах со здоровьем чем врачи узкой специализации. Врачей данного профиля в перспективе можно трансформировать в семейных, что является позитивным элементом развития эффективности сферы здравоохранения и ее реформ. [2]

Мы провели опрос среди студентов кафедры общей практики – семейной медицины и внутренних заболеваний ХНМУ касаясь их отношения к инновационной деятельности. В опросе приняли участие 60 студентов среди которых 30 юношей и столько же девушек. В нами результате проведенного опроса были получены следующие результаты: девушки более настроенно относятся к применению инновационной деятельности чем юноши. Это можно объяснить более серьезным отношением девушек к ответственности за свои решения и поступки. В тоже время данные результаты говорят об открытости юношей ко всему новому и некой консервативности девушек. Не существует различий в ответах респондентов касаясь важности высокой квалификации кадров и профессиональной подготовки врачей. Для девушек важнее повышение культуры

обслуговування пацієнтів, а молоді люди орієнтовані на управління якістю медичної допомоги. В перспективі більш глибоке дослідження піднятої нами проблеми.

Література:

1. Дичківська І.М. Інноваційні педагогічні технології: Навчальний посібник/ І. М. Дичківська. – Київ: Академвидав, 2004. – 352 с.

2. Врач общей практики [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://nmedicine.net/vrach-obshej-praktiki/>

Ковальчук В. М.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У МАНІФЕСТАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи. Встановлено, що на артеріальну гіпертензію страждають 20–30 % дорослого населення.

АГ діагностується при наявності систолічного артеріального тиску (АТ) ≥ 140 мм рт.ст. і/або діастолічного АТ ≥ 90 мм рт.ст. Есенціальна АГ (або гіпертонічна хвороба) становить 90–95 % випадків АГ. Вторинна (симптоматична) АГ є причиною підвищеного АТ у решти хворих на АГ.

З віком поширеність АГ збільшується і досягає 50–65 % у осіб старше 65 років.

У віці до 50 років АГ частіше зустрічається у чоловіків, але після 50-тирічного віку захворюваність АГ у жінок різко зростає, що пов'язано з настанням менопаузи і зменшенням вмісту в організмі жінки естрогенів. Механізми кардіопротекторної дії ендогенних жіночих статевих гормонів реалізуються за рахунок прямої дії на біохімічні процеси в стінці судин через специфічні рецептори до естрогенів, опосередкованого впливу через метаболізм глюкози, інсуліну, гомоцистеїну, систему гемостазу, розподіл жирової тканини по андрогенному типу, впливу на метаболізм ліпідів і ін.

Однак, далеко не у всіх жінок підвищення АТ збігається з настанням статевої інволюції. Останнім часом відзначається зростання АГ серед молодих жінок, в тому числі серед вагітних. Гіпертензивний синдром спостерігається у 15–30 % вагітних і призводить не тільки надзвичайно серйозних ускладнень в період вагітності і пологів, а й чинить негативний вплив на віддалений прогноз у матері.

Серед вторинних АГ у жінок частіше зустрічається фіброзно-м'язова дисплазія, що є причиною реноваскулярної АГ. Поширеність інших вторинних АГ не залежить від статі.

Гендерні відмінності в поширеності та особливості перебігу АГ так само пов'язують з рядом особливостей фізіології серцево-судинної системи. У жінок, в порівнянні з чоловіками, відзначені нижчий індекс маси тіла, менший розмір серця і коронарних судин і менший розмір всіх

органів тіла. У жінок більший відсоток жирової тканини. В організмі жінки відбувається зміна кількості рідини в залежності від періодів менструального циклу, так як високі концентрації естрадіолу пов'язані із затримкою натрію і рідини. Залежно від фази менструального циклу у жінок змінюється АТ, частота серцевих скорочень (ЧСС), психо-вегетативний статус, рівень ліпідів, функція ендотелію. У жінок нижчий рівень клубочкової фільтрації та нижчий рівень кліренсу креатиніну. У жінок ЧСС вища, ніж у чоловіків на 3–5 уд./хв. Тривалість серцевого циклу, відповідно, вище у чоловіків. У жінок більш короткий період відновлення активності синусового вузла. Товщина міокарда жіночого серця є меншою, ніж чоловічого.

Особливістю клінічного перебігу АГ у жінок є більш швидкий розвиток ускладнень. Результати досліджень показують, що у 50 % випадків жінка може померти від першого серцевого нападу, тоді як у чоловіків ця цифра досягає 30 %. З тих жінок, хто вижив після першого серцевого нападу, 38 % хворих помирає протягом першого року, тоді як серед чоловіків летальність спостерігається у 25 % пацієнтів. Також виявлено, що 46 % жінок стають непрацездатними внаслідок серцевій недостатності, що розвинулася після інфаркту міокарда, тоді як у чоловіків цей показник знаходиться на рівні 22 %.

Таким чином, можна зробити висновки, що жінки схильні до розвитку АГ переважно після 50 років, в той час як у чоловіків спостерігається більш ранній розвиток захворювання. У жінок спостерігається більш швидкий розвиток ускладнень АГ в порівнянні з чоловіками.

Кодар З. М.,

НИИ социальных и гендерных исследований
Казахского государственного женского
педагогического университета, Казахстан

ТЕНДЕНЦИИ ДУШЕВНО-ДУХОВНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

При формирующихся рыночных отношениях со всеми их издержками, связанными с негативным отношением работодателей к женщинам, имеющим детей, беспомощностью и неопределённостью профсоюзов в отношении к ним, в современном Казахстане возрастает необходимость социальной защиты репродуктивного здоровья женщин, заботы о здоровье будущих детей, здоровья нации. Среди причин, по которым женщины делают аборт, респонденты выделили, прежде всего, экономическую несостоятельность семьи.

Кроме того, проживание вне брака и без семьи стало социально привлекательной моделью поведения. Часть населения выражает лояльное отношение к сексуальным контактам между людьми одного пола.

Большинство считают нормой совместную жизнь вне зарегистрированного брака (сегодня это каждый пятый казахстанец).

В этих непростых условиях существования семьи как общественного института возникает необходимость формирования семейной политики, которая диктуется перспективными задачами по реализации «Стратегии–2050», амбициозными целями по вхождению Казахстана в число 30 конкурентоспособных государств. Для этого требуется рост не только активности населения, но и его численности.

Отчасти сгладить остроту отдельных негативных тенденций может сфера духовного общения между полами. Входя в пространство и время семейной жизни, мужчина и женщина наполняются равной теплотой и ответственностью, которых они не знали раньше. Появляется забота, сопонимание, со-переживание и общение. Всё это позволяет говорить о таком специфическом феномене как любовь-дружба. Любовь-дружба есть форма любви, которая основана на духовных и душевных отношениях.

Единство мужского и женского в семье проявляется как единство духовного и душевного начал. И как бы ни выстраивались гендерные отношения в современном обществе, их духовно-душевная грань неизменна.

**Козько В. М., Меркулова Н. Ф., Соломенник А. О., Волик М. С.,
ХНМУ**

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ВИЧ/СПИД ИНФЕКЦИИ

На здоровье как уникальное для каждой личности состояние влияет множество факторов. Сравнительно недавно различия в здоровье между женщинами и мужчинами объясняли в основном биологическими факторами. Однако социальные и ситуационные условия оказывают на индивида больше влияния, нежели биологические признаки пола.

Последнее десятилетие Всемирная организация здравоохранения развивает и рекомендует использовать именно гендерный подход к здоровью. Сравнительно недавно считалось, что женщины менее уязвимы для повреждающих факторов. Статистика показывает, что на протяжении 2015–2016 гг. количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди мужчин составила 55,3 и 44,7 % среди женщин. Более того, женщины инфицируются в более раннем возрасте по сравнению с мужчинами.

Различия в продолжительности жизни значительно варьируют в зависимости от страны, социально-культурных условий. Согласно статистическим данным, максимальные различия в смертности у юношей связана с травмами и насильственной смертью, в то же время как у мужчин приблизительно 60-ти лет – с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. В Украине – высокая смертность мужчин трудоспособного возраста. На особенности здоровья мужчин и женщин, кроме биологии, влияют: гендерно-обусловленное разделение труда; уровень доступности к ресурсам – информация, деньги; гендерные нормы и поведенческие стереотипы, обусловленные культурой.

Согласно докладу ООН, половина женщин, окончивших школу, решаете продлить учебу в ВУЗах, что на 30 % ниже, чем аналогичный показатель у украинских мужчин. Особо подчеркивается, что женщин берут на менее ответственную работу. Женщины в Украине занимают более низкооплачиваемые и менее престижные рабочие места, чем мужчины и получают 70 % от зарплаты мужчин.

Гендерное неравенство и некоторые биологические факторы делают женщин и девушек более уязвимыми к ВИЧ/СПИД инфекции. Рассматривая биологические факторы, можно отметить, что во время любого незащищенного гетеросексуального полового контакта женщины более мужчин восприимчивы к ВИЧ-инфекции из-за большей площади слизистой, значительного количества семенной жидкости и высокой концентрации в ней вируса. Важную роль занимают социальные и культурные факторы. Мужчины отличаются рискованным поведением, агрессией и пренебрежением к возможным разрушительным последствиям поведения, что обуславливает практику опасного сексуального поведения; сексуальное насилие.

Идеология верности, любви и доверия в браке/стабильных отношениях часто ведет к отказу от использования контрацептивов, женщины особенно подвергаются риску заражения ВИЧ. Неосведомленность девушек в вопросах сексуальных отношений считается признаком их невинности. Они имеют ограниченный доступ к получению информации и навыков. Особенно это относится к подростковому возрасту. Вероятность инфицироваться ВИЧ при гетеросексуальном половом контакте у девушек-подростков в 5 раз выше, чем у их партнеров. Они чаще подвержены сексуальному насилию. Молодые девушки стесняются обращаться в женскую консультацию. Юноши-подростки часто вступают в сексуальные отношения под воздействием алкоголя, наркотиков, что стимулирует незащищенный секс. С 2010 г. продолжается увеличение удельного веса полового пути передачи в 67,0 % случаев, в том числе среди женского населения. Мировой рынок порождает целую группу профессий, которые пользуются услугами секс-бизнеса, что способствует повышению заболеваемости на ВИЧ-инфекцию.

Количева Т. В. ,

Український державний університет залізничного транспорту
ГЕНДЕРНА САМОДОСТАТНІСТЬ З ПОЗИЦІЙ ГЕШТАЛЬТ-ТЕОРІЇ

В людській природі існують дві протилежні тенденції - до ізолюваності та причетності. Гештальт-теорія, як напрямок, проводить ідею про становлення особистості шляхом наближення до своєї сутності. Людина знаходить свою сутність за допомогою здорового функціонування в середовищі. Ф. Перлз стверджує, що жодна людина не є самодостатньою. Індивід може існувати тільки в середовищі, разом з яких він кожному мить стає єдиним цілим полем [3, с. 127].

Поняття «самодостатність» слід розрізняти з поняттям «самотність». Французький представник гештальт – напрямка Г. Маскольє виявляє міжособистісну самотність, тобто «відчуття відрізаності від інших, відсутність друзів», внутрішньоособистісну самотність, тобто «відчуття відрізаності від самого себе, та екзистенційну самотність, при якій втрачається зв'язок між собою та світом у цілому [1, с. 101].

Гештальт-теорія, як філософсько – психологічний напрямок, розглядає людину, як особистість, що розвивається у взаємодії з оточуючим середовищем. В такому ракурсі гештальт-теорія розглядає і питання, пов'язані з гендерними аспектами. Гендерні відносини, як і будь які інші, будуються за принципом існування певної границі контакту в цих відносин, яка в здорових стосунках є рухливою та лабільною. В гештальт-теорії розкривається поняття self, яке означає творче пристосування індивіда до середовища.

Гендерне сприйняття себе є результатом різних дій та очікувань. Гендерна ідентичність залежить не тільки від біологічної статі, але й також від позиціонування себе у різних конфліктах, від інтроєкцій та проєкцій, а також, від власних трактувань співвідношення між роллю особи протилежної статі у власному житті і власною роллю у формуванні свого гендерного образу .

М. Шиффман, представниця гештальт-напрямку, учениця Ф. Перлза, виділяє такі особливості невротичного сприйняття особи протилежної статі: очікування безумовного схвалення партнером, бажання взаємного життя, готовність до власного схвалення дій партнера. Це, як правило, відбувається, коли людина переоцінює характеристики особи протилежної статі, та намагається за рахунок цієї переоцінки «подолати» внутрішньо особистісну, міжособистісну та екзистенційну самотності. Тобто, з одного боку, людина існує поряд з іншими, взаємодіє з ними і не може бути самодостатньою, а з іншого – тільки самодостатня позиція надає можливість для реалізації власного життєвого потенціалу, а також для розкриття екзистенційного потенціалу партнера. Людина, яку не можна назвати самодостатньою, занурюється у конфлікт між тим, що вона може зробити для свого партнера з точки зору його емоційних потреб, і тим, що він від неї очікує. Не самодостатня людина використовує партнера як інструмент для власного емоційного та духовного росту [4, с. 145]. На противагу їй, людина, яку можна назвати самодостатньою, здатна незалежно здійснювати своє духовне зростання, і мати його як інструмент для покращення стосунків з партнером.

З усього сказаного вище можна зробити висновок, що протиріччя між неможливістю бути самодостатньою, та доцільністю самодостатності людини у різних аспектах її життя, у тому числі, в питаннях гендера, не існує насправді. Це пояснюється за допомогою такого поняття у гештальт-теорії, як прегнантність – доцільну форму.

В випадку гендерних питань, прегнатність означає розуміння своїх власних очікувань відносно партнера, а також, власне вміння узгодити свої очікування з реальною людиною поряд. Є. Медреш відмічає: «В основі прегнантної форми лежать, перш за все, почуття. Форма тоді і стає прегнантною, коли виникає навколо моїх власних потреб, досвіду, пов'язана з моїм життєвим експериментом. При цьому вона не тільки досконала, але й містить внутрішні протиріччя, вона прагне поєднати ризик з певними гарантіями» [2, с. 40].

Тільки самодостатня людина спроможна, говорячи мовою гештальт – теорії, чітко з'ясувати, що відносини гендерного характеру між двома особами також існують, як певна система, структура, що діє за певними законами. Тобто, людина, яка розвивається в рамках своєї власної прегнантної форми, прагне і у відносинах з іншою людиною шукати таку прегнантну форму, що буде сприяти гармонійному існуванню поряд.

Література

1. Маскольє Г. Выбери свою жизнь. Гештальт сегодня./ Маскольє Г. – М. : Академический проект, 2017. – 189с.
2. Е. Медреш. Идеи и отношения./ Е. Медреш. – Харьков и Око, 2009.- 144 с.
3. Перлз Л. Давай и братъ/ Перлз Л. – М.: Апрель пресс, 2000. – 320 с.
4. Шиффман М. гештальт – самотерапия: Новые техники личностного роста/ Шиффман М. –М. : Психология, 2008. – 256 с.

Колодяжна В. В.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

Вперше проблема статі у взаємозв'язку з мовою виникла в античні часи при осмисленні категорії граматичного роду. Найдавнішим і довгий час єдиним припущенням про мотиви появи та функціонування в мові категорії роду була символіко-семантична, що ґрунтувалася на співвідношенні природно-біологічної категорії «sexus» з граматичною категорією «genus». Становлення та посиленій розвиток гендерних досліджень в мовленнєвій діяльності припадає на прикінцеві десятиліття ХХ століття, що пов'язано з переворотом наукової парадигми в гуманітарних науках під впливом постмодерністської філософії.

У межах комунікативно дискурсивного напрямку дуже цікавим і потенційно неодмінним чимдалі частіше стає лінгвістичне конструювання гендеру в комунікативній взаємодії індивідів у різноманітних видах дискурсу, мовна поведінка чоловіків і жінок з позицій теорій соціальної ідентичності, комунікативна адаптація та інтеракціонізм. Дискурсивна діяльність чоловіків та жінок дуже відрізняється одне від одного, що привело до появи комунікативної асиметрії на користь чоловіків і відповідно обумовлює їхній панівний соціальний статус.

Аналіз комунікативної поведінки чоловіка та жінки у моногамних і гетерогамних групах дає можливість визначити деякі найбільш поширені та стереотипні гендерні стратегії й тактики, що є залежними від типів сприйняття навколишнього середовища і пояснюють гендерні особливості в комунікативних відносинах.

З огляду на практику, більшість жінок у процесі мовної комунікації віддані стилю співробітництва, а чоловіки використовують стиль конкуренції, тому кожен має специфічні способи комунікації: жінки зазвичай дотримуються черговості мовлення, а чоловіки прагнуть до домінування та самоствердження.

Але найголовнішою відмінністю вважається відношення до зворотнього зв'язку, так як існує думка, що жінка сприймає відповідь на повідомлення не стільки як реакцію на нього як таке, скільки як ознаку взаєморозуміння; чоловіки в свою чергу сприймають його суто як інформацію, що може не бути збігом з їх розумінням. Відповідно до цього є різні стилі мовлення жінок та чоловіків: чоловіче мовлення не надто емоційно забарвлене, адже чоловіки більш вдумливо підбирають для свого висловлювання слова. Жіноче мовлення значно відрізняється, так як їхні слова більше витончені та насичені експресивною лексикою. Гендерні особливості статей виникають на різних соціальних рівнях, які формують комунікативну поведінку індивіда. Під комунікативною поведінкою розуміється сукупність норм і традицій спілкування народу, вікової, професійної та ін. групи.

Для жіночої асоціативної позиції характерні більш різнопланові реакції, більша частина реакцій прикметниками. У чоловіків же, в свою чергу, в реакціях переважають іменники. Також у жінок мінімізована кількість незгод від реагування, жінки переважно реагують словосполученнями. Отже за допомогою детального опису мовленнєвої поведінки можна визначити певні гендерні характеристики, а саме: комунікативну привітність, здатність підтримувати контакт у комунікації, міміку, жести, гучність мовлення та його емоційне забарвлення тощо.

Кравченко В. І.,
ХНМУ

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ПРОТИРІЧЧЯ ГЕНДЕРУ

Гендерні дослідження, які сформувалися як новий напрямок в цілому ряді соціальних наук ще в 60–70-і роки минулого століття стосувалися головним чином статевої проблем в медицині, економіці, політиці, науці і т.ін. Багато уваги приділялось підвищенню ролі жінок у різних сферах життя, встановленню реально справедливих і рівноправних відносин в розподілі праці і її оплаті, формуванні керівних кадрів в політиці, економіці, соціальній сфері. Зусилля вчених, результати досліджень, світовий гендерний рух на нинішній час принесли певний позитивний ре-

зультат. Так, збільшується частка жінок в політиці, в тому числі у вищих ешелонах влади: у Великобританії вдруге прем'єр-міністром стає жінка, у Німеччині вперше канцлером стала жінка, яка проводить досить активну внутрішню і зовнішню політику.

Сучасні жінки досить успішно конкурують з чоловіками практично у всіх галузях суспільних відносин і діяльності. Поступово відбувається руйнація традиційних систем розподілу праці, послаблення маскулітності в популяризації чоловічих і жіночих соціально-виробничих ролей, занять та сфер діяльності. Цьому сприяє ряд чинників: рівень освіти, де жінки вже випереджають чоловіків, а це, у свою чергу, багато в чому визначає можливість кар'єрного росту, успіху у бізнесі. Зростання вартості життя, недостатність доходів чоловіків для забезпечення сімей зумовлює необхідність активізації економічної діяльності жінок.

Та все ж до вирішення гендерних проблем і у світі, і в Україні ще далеко.

Так, у ФРН середнього динна заробітна плата чоловіків на 22% вище ніж у жінок та складає, відповідно € 19,60 і 15,21. Зберігається нерівність в оплаті праці навіть при виконанні ідентичних робіт. Через ряд чинників, в першу чергу, через сімейні обставини 39% зайнятих жінок Німеччини працюють неповний робочий день і це є основою для зниження їм погодинної тарифної ставки. Жінок, які знаходяться у відпустці по догляду за дітьми, обходять у черговому підвищенні заробітної платні. Зберігається дискримінація і у зайнятті керівних посад. Так, в медичних університетах 70% студентів – жінки, а на керівних посадах в медицині – менше 10%. У цілому 2016 р. керівники-жінки склали лише 21% і при однаковій освіті і роботі заробляють на 5,5% менше чоловіків.

Не краща ситуація у цьому плані і в Україні. При середньомісячній зарплаті в 2016 р. 5183 грн. чоловіки отримували 6001 грн., жінки – 4480 грн., різниця – 33,95%. При цьому в науці вона складала, відповідно, 8824 грн. і 7361 грн. – різниця 19,87%, а в охороні здоров'я – 3787 і 3355 – різниця 12,87%. Доречі, в охороні здоров'я заробітна платня у 2015–2016 рр. була найнижчою серед всіх галузей і складала всього 71,4% від середньої по країні. Та ще більш разючим показником соціальної нерівності є зубожіння населення в Україні. При зростанні номінальної заробітної платні у 2015 р. порівняно з 2014 р. на 20,5% реально вона зменшилась на 20,2%. Суттєво знижуються загальні реальні доходи. Все це спонукало жінок до маршу 8.03.2017 р. в захист своїх соціальних прав, прав своїх сімей. Таким чином, гендерні проблеми переростають у серйозні соціальні, які необхідно вирішувати, об'єднуючи всі суспільні рухи в боротьбі за свої права.

Література

1. Державна служба статистики України. Електронний ресурс <http://www.ukrstat.gov.ua/>

2. Gender Pay Gap: Gehaltslücke zwischen Frauen und Männern <http://m.bpb.de/nachschlagen/yahlen?und?fakten/soziale-situation-in-deutschland/61538/altersgruppen>.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ИНДИЙСКИХ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА

Проблема гендерного неравенства в Индии имеет давнюю историю, связанную с наличием кастовой иерархии, согласно которой женщина является бесправной и всецело подчиняется мужчине. В разные времена прогрессивно мыслящие личности организовывали мощное протестное движение в пользу прав женщин. Достаточно вспомнить крупнейшего религиозного реформатора конца XIX века Вивекананда, который считал, что страна, не проявляющая уважение к женщинам, не может стать великой. Невозможно не отметить и деятельность Махатмы Ганди, под руководством которого в ходе национально-освободительной борьбы в начале XX века в корне изменился общественный климат, позволивший женщинам участвовать в общественно-политической жизни.

Результатом борьбы стало запрещение дискриминации по половому признаку, закрепленное в статье 15 Конституции Республики Индия. Однако на практике это равенство лишь декларируется. В современной Индии до сих пор остаются актуальными гендерные стереотипы.

Тем не менее, на протяжении последнего десятилетия в Индии создаются и реализуются целевые программы, направленные на ликвидацию безграмотности в целом по стране и, в частности, на расширение доступа женщин к получению среднего и высшего образования. «Сейчас в Индии почти 6 миллионов девушек и женщин обучаются в различных вузах. Учитывая этноконфессиональные, культурные традиции, в стране развивается и расширяется сеть женских колледжей, университетов, институтов» [1].

Несмотря на положительную динамику в решении гендерных проблем, неравенство полов в Индии все-таки сохраняется. Этим мотивируется желание современных девушек выехать за рубеж для получения высшего образования. В настоящее время в ХНМУ обучается более 1000 индийских студентов, среди которых 40 процентов составляют девушки.

На сложный процесс адаптации к новым условиям жизни прежде всего влияет понимание мотивации как позитивного фактора к овладению будущей профессией. Четкое понимание мотивации одинаково развито у обоих полов. Однако процесс адаптации усугубляется нарушением системы взаимоотношений между предъявляемыми к обучаемым требованиями и их психоэмоциональным статусом, который формируется на фоне изменения условий жизни.

В сложном комплексе функциональных взаимодействий важное место занимают показатели психоэмоционального состояния обучаемых, которые проявляются в адаптационном периоде. Мы полагаем уместным дифференцировать их по гендерному признаку.

Факторы, влияющие на психоэмоциональный статус и процесс адаптации:

| Факторы | Девушки | Юноши |
|---|---------|-------|
| Оторванность от дома | Да | Нет |
| Климатические условия | Да | да |
| Изменение пищевого рациона | Да | Да |
| Культурный шок | Да | Да |
| Повышенный эмоциональный фон | Да | нет |
| Соблюдение правил внутреннего распорядка, включая дресс-код | да | да |

Как видно из таблицы, девушки обладают более неустойчивым психоэмоциональным статусом по сравнению с юношами, что увеличивает время процесса адаптации. Однако в целом следует отметить довольно быстрое усвоение местной специфики и комплекса требований, чему способствует четкое понимание мотивации действий. Индийские студенты усваивают правила гендерного равенства, характерного для европейского региона, и приобретают уроки толерантности.

Литература

1. Радченко Л.Р. Проблема гендерных различий в доступе к высшему образованию и пути их решения в Индии//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2013, № 6.

Кругляк В. А.,
ХНМУ

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА

Актуальность. Андрогенный дефицит или синдром PADAM (partial androgen deficiency in aging male) — частичная андрогенная недостаточность у пожилых мужчин, возрастной гипогонадизм. В науке есть прямо пропорциональная зависимость роста сердечно-сосудистых заболеваний, как фактора смертности в мире №1, от андрогенного дефицита мужчин. У мужчин (в отличие от женщин) нет четкого возрастного периода снижения продукции половых гормонов и период наступления андрогенного дефицита имеет индивидуальные колебания от 35 до 70 лет. Выражается он в симптомах андрогенного дефицита: нарушение сексуальной функции (снижение либидо, эректильная дисфункция, снижение чувствительности полового члена, расстройств оргазма), слабая струя мочи, проблемы со сном (трудности с засыпанием, на протяжении сна, раннее пробуждение, бессонница), повышенная утомляемость, упадок сил, усталость, снижение работоспособности, депрессия, снижение мышечной силы и мышечной массы и увеличение количества жировых отложений.

Цель. Сравнить терапевтические подходы для лечения андрогенного дефицита.

Материалы та методы. На базе КПОЗ «ХОКЦУН им. В.И. Шаповала» 53 больных (группа 1) согласились лишь на заместительную гормональную терапию препаратами без возможности и желания изменить свой образ жизни и 127 больным (группа 2) предложено принимать препараты заместительной гормональной терапии совместно с изменением образа жизни, так как причины и факторы, способствующие развитию андрогенного дефицита в основном это образ жизни и питания, также развитие PADAM в 2,7 раз выше, если ИМТ ≥ 25 кг/м²; в 2,1 раз выше при сахарном диабете; в 1,8 раз выше при артериальной гипертензии; в 1,2 раз выше, если возраст ≥ 65 лет; недоразвитие половых желез, их поражение; крипторхизм (и другие аномалии положения яичек); простатит; артериальная гипертензия, сахарный диабет. Пациентам предлагалось оценить результаты терапии анкетированием по МИЭФ, сексуальному анамнезу, уменьшению жалоб, снижению массы тела и объема талии и общему улучшению состояния здоровья. Группе 2 было настоятельно рекомендовано увеличить и ввести в рацион витамины, минералы, физические нагрузки и занятия спортом, избавиться от ожирения, сидячего образа жизни, алкоголя, газированной воды, кофе, соленой пищи, полуфабрикатов, соевых продуктов пива, перегрева яичек при ношении тесного белья, исключить из рациона жирную и жареную пищу, соли, быстрые углеводы – булочки, шоколад, белый хлеб, выпечку, сладкие газировки и использовать лекарственные формы тестостерона: пероральные – Андриол и Стриант, трансдермальные – Тестостерона гель (Андрогель) и пластыри с тестостероном (Андродерм), инъекционные – Тестостерона-унадеканоат (Небидо), – энантат, ципионат, смесь эфиров тестостерона (Сустанол-250, Омнадрен-250). Группа 1 принимала только лекарственные формы тестостерона.

Результаты исследования. Через 1 год применения различных лекарственных форм заместительной терапии тестостерона в группе 1 со слов пациентов показало 81 % улучшения состояния, уменьшение симптоматики андрогенного дефицита, улучшения МИЭФ и всего сексуального анамнеза с начальных у 11 % очень высокого уровня либидо до 71 %. Группа 2 показала 94,4 % позитивных изменений, где со стартовых у 11 % больных с очень высоким уровнем либидо возросло до 75,5 %, а снижение веса продемонстрировало 96 % пациентов, уменьшение объема талии 97,6 % против группы 1–85 % и 90 % соответственно.

Выводы. Рекомендации по предупреждению синдрома PADAM комбинацией препаратов тестостерона в различных лекарственных формах совместно с исправлением образа жизни и питания пациентов показало большую эффективность (группа 2 – 94,4 %) нежели применение одного лишь тестостерона без изменения образа жизни и питания (группа 1 –81 %), то есть образ жизни немаловажен в профилактике и лечении андрогенного дефицита, а в сочетании с терапией препаратами тестостерона в любой лекарственной форме показывает больший терапевтический эффект.

ГЕНДЕРНІ ПРОБЛЕМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ УКРАЇНСЬКОГО СОЦІУМУ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АНАЛІЗ

Актуальність дослідження проблем модернізації українського соціуму, в контексті забезпечення сталого соціально-економічного розвитку, визначена активним впровадженням гендерної політики. Слід підкреслити, що пріоритетність модернізації має визначатися не тільки техніко-технологічними змінами (П. Друкер, Й.Шумпетер), а й вирішенням проблеми гендерного дисбалансу в соціально-економічній сфері (Г. Бондар, К. Карпенко).

Україна на сучасному етапі соціально-економічних перетворень потребує активного впровадження дієвих заходів державної соціальної політики, що націлені на забезпечення гендерної рівності (рівність прав і свобод людини/громадянина, незалежно від статі, визначається і гарантується Конституцією України), подолання сталих патріархальних стереотипів, вирішення проблеми неоднакових можливостей жінок і чоловіків щодо професійної представленості в структурах влади, у сферах охорони здоров'я, освіти, формування доходів. Такий перехід має бути раціонально осмисленим, як умова загальнолюдського руху до демократизації, гуманізації суспільного життя, безпеки людського розвитку в соціальній державі.

На думку вітчизняних дослідників (Т. Журженко, Ю. Саєнко, В. Стешенко, Л. Чуйко), хворобливий стан невизначеності, наявність протиріч між законодавчим закріпленням принципів гендерної рівності та реальними соціальними процесами, що характеризуються збереженням гендерних диспропорцій практично у всіх сферах життєдіяльності сучасного українського соціуму призвели до глибокої економічної кризи, бідності, неповної зайнятості, низьких стандартів оплати праці, демографічної кризи, надзвичайно високого рівня смертності населення працездатного віку. Відповідно до статистичних даних у більшості випадків заробітна плата чоловіків вища ніж у жінок. На жаль, незважаючи на високу професійну й освітню підготовку жінки переважно перебувають на нижчих посадах, що потребують нижчої кваліфікації і, відповідно, менше оплачуються. Як наголошує експерт УІДЕ Р. Старовойтенко: "Підвищення мінімальної зарплати до 3200 гривень не вирішує проблеми бідності працюючого населення, натомість зростають ризики інфляції", що неминуче призведе до скорочення соціальних програм, зокрема, зорієнтованих на потреби сім'ї. Відтак, можна зробити висновок, постійні затримки виплати заробітної плати об'єктивно ускладнюють становище жінки на ринку праці України. Найбільш трагічним аспектом нашого дослідження є те, що "наведені вище фактори мають негативний вплив на стан здоров'я молоді. Саме від їх вирішення

багато в чому залежить майбутнє нації, подальший розвиток держави, її життєздатність і безпека” [1, с.5].

Керуючись гендерними ідеями соціальної рівності, слід замислитися над системою цінностей і регулятивів, як головної детермінанти успішної реалізації державної стратегії гендерного перетворення на засадах оновлення суспільної та політико-владної системи, зокрема об'єднанні інтелектуальних здібностей жінок і чоловіків в процесі модернізації й забезпеченні сталого суспільного розвитку в Україні [2].

Література:

1. Алексеевко А. Здоровье молодежи Украины в зеркале современных социально-экономических проблем / А. Алексеевко // Філософія виживання: здоров'я молоді – майбутнє нації. Матеріали міжрегіональної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, присвяченої 205-й річниці заснування ХНМУ (20 квітня 2010р.): зб. наук. праць. – Харків, ХНМУ, 2010.

2. Кучера Т. Проблема гендерної рівності в сучасному українському суспільстві / Т. Кучера // Гендер. Екологія. Здоров'я. Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (22 квітня 2015р., М. Харків): Зб. наукових праць. – Харків: ХНМУ, 2015. – 280 с.

Лантух А. П.¹, Меркулова Н. Ф.,²Терьошин В. О.³,
НФаУ¹, ХНМУ^{2,3}

МЕДИЧНА ЕКОЛОГІЯ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ

Зниження ефективності «гіппократівської» моделі медицини викликав до життя нові орієнтири на саморегулятивно-профілактичну модель, на новий вектор розвитку в охороні здоров'я, який вимагає і нові принципи, а саме 1) лікування не хвороби, а всього організму; 2) використання в процесі оздоровлення факторів середовища; 3) рівноправну участь лікаря і пацієнта в процесі лікування; 4) навчання кожної людини здоров'ю, тобто біологічним законам управління організмом і методів їх використання. Однак, розвиток медицини йде інтенсивно і сьогодні в надрах саморегулятивно-профілактичної моделі медицини закладаються основи для взаємодії, зокрема, з медичною екологією. Медична екологія (екологічна медицина) – новий напрямок медичної науки, що розглядає взаємодію між факторами ризику зовнішнього середовища і здоров'ям людини. Медична екологія – це комплексна наукова дисципліна, яка розглядає всі аспекти впливу навколишнього середовища на здоров'я населення з центром уваги на середовищних захворюваннях. Це - розділ антропоєкології і напрямок у сучасній профілактичній медицині, що аналізує зв'язки і залежність суспільного здоров'я і його відхилень від факторів навколишнього природного, соціального і техногенного середовища Медична екологія намагається встановити причину захворювань у безпосередньому зв'язку із навколишнім середовищем, при цьому враховується велика різноманітність екологічних

факторів, нозологічних форм захворювань і генетичних особливостей людини. Так медична екологія з'ясувала, що незважаючи на те, що значну роль у формуванні різних патологічних відхилень грають генетичні компоненти, віково-статевий склад, клімат, конституція тіла людини тощо, кожна нація має свої «слабкі місця». Зокрема, розміри серця у представників європеоїдів, монголоїдів і негроїдів в кардіоторакальному відношенні різні. А ось спадково обумовлене потовщення стінки вільцевих артерій у населення східних районів Фінляндії обумовлює більш високу смертність від ІХС. Відмінності в числі клапанів великих вен пов'язані з більш високою частотою варикозу вен у представників європеїдної раси в порівнянні з негроїдами. Зате негроїди в 10 разів частіше страждають на рак простати. Вчені пов'язують це з різницею в концентрації статевих гормонів у крові. Що стосується мешканців Тихоокеанського регіону, то у них спостерігається висока схильність до цукрового діабету, майже 45 %. Стійкість африканців до малярії існує за рахунок гена серповидно-клітинної анемії. Європейці частіше мають генетичні особливості, що відповідають за ідеопатичні гемохроматози, резистентність до туберкульозу, ризик артеріальної гіпертензії. Люди, що мають генетичну схильність до шизофренії, більш стійкі до інфекцій і травм. Люди, генетично детерміновані по короткозорості, часто відзначені високим інтелектом, а схильність до алкоголю, навпаки, пов'язана зі зниженим інтелектом.

Є й інша класифікація, котра пов'язана з гендерною приналежністю і яка повинна враховуватися медициною. Так у жінок після 35 років збільшується вірогідність народження «сонячних дітей». Доньки літніх батьків часто бувають бездітними. Далі, чоловіки-росіяни, які за тривалістю життя сьогодні поступаються всім етносам, крім молдавського, відрізняються дуже високою інтенсивністю смертності в працездатному віці. Найбільші шанси прожити довго і щасливо мають представники єврейського етносу. Чоловіки-євреї значно випереджають в цьому плані інші нації. Так, наприкінці ХХ ст., середня тривалість їхнього життя становила 66,2 року, тоді як для молдован – 62,5, росіян – 62,6, українців – 63,4, білорусів – 63,5. Вважається, що серед євреїв переважає суспільна група, яка зайнята розумовою працею, і саме вони є найбільш раціональними людьми з обережним поведінням і підвищеним інстинктом самозбереження. Що стосується жіночої смертності, то вона вище серед представниць єврейської та польської національностей, а найнижча - серед російських жінок.

Як бачимо, у медицині, як і в житті, відбуваються великі зрушення, а звідси і ускладнення моделі медицини, яка постійно трансформується, ускладнюючись і переформатовуючись під впливом потреб людського життя, зокрема, гендерних.

ОТЛИЧИЯ В СИСТЕМЕ ПИЩЕВАРЕНИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

В современной клинической картине заболевания желудочно-кишечного тракта занимают одно из первых мест, причем они широко распространены как у женщин, так и у мужчин. Однако, учитывая физиологические особенности женского организма, ряд состояний чаще встречается именно у женщин, что обусловлено определенными различиями в строении и функционировании желудочно-кишечного тракта.

Прежде всего, мужчины и женщины отличаются восприятием вкусовых ощущений. Для женщин характерно более сильное ощущение как горьких, так и сладких вкусов, что объясняется их повышенной чувствительностью, которая сохраняется во всех органах желудочно-кишечного тракта. Более высокая чувствительность женщин к раздражителям свидетельствует о том, что большинство женщин субъективно переносят изжогу гораздо хуже, чем мужчины, при этом степень повреждения слизистой у женщин меньше.

Желудок женщин обычно имеет более низкий уровень секреции соляной кислоты и более медленное его опорожнение. Это зачастую проявляется целым комплексом жалоб, характеризующих нарушение процесса переваривания и эвакуации пищи из желудка: тошнота, ощущение тяжести в эпигастральной области, чувство быстрого насыщения.

Физиологические особенности женского организма проявляются также активностью ферментных систем печени, поджелудочной железы и тонкого кишечника, необходимых для расщепления разнообразных веществ, в т. ч. медицинских препаратов. Некоторая непредсказуемость в работе ферментных систем иногда может привести к недостаточному или, наоборот, чрезмерному действию лекарств.

Лисак М. С., Логвінов Д. І.,
ХНМУ

ВПЛИВ ЧИННИКІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я З УРАХУВАННЯМ ГЕНДЕРНОГО АСПЕКТУ

Антропогенний тиск на біосферу особливо посилюється в ХХ столітті і до середини століття він набув глобального характеру. Це стало наслідком інтенсивного видобутку корисних копалин: металів і вуглеводневої сировини, а також масивного надходження в навколишнє середовище промислових, сільськогосподарських і побутових відходів, більшість з яких хімічно виявилися «незнайомими» для організму.

До антропогенних слід віднести і ряд так званих соціокультурних факторів, які несуть в собі подвійне значення, в т.ч. – патогенний вплив на

організм людини (стрес, шкідливі звички, порушення біологічних ритмів і т.п.). Фізичні і хімічні параметри середовища проживання, викликані антропогенними впливами, формувалися в процесі еволюції, та стали представляти реальну загрозу здоров'ю людей та здоров'ю майбутнього покоління.

Всі параметри здоров'я людини в певній мірі виявилися залежними від стану навколишнього середовища.

За різними даними ступінь цієї залежності становить 40–70 % (порівняно з 10–15 % залежно від рівня медичної допомоги). Слід особливо приділити увагу впливу несприятливих факторів та наслідкам їх на репродуктивну систему, оскільки порушення репродуктивної функції стосуються не тільки теперішніх поколінь, а й майбутніх. На жаль, репродуктивний потенціал молоді в даний час знижується.

Структура захворюваності в цій віковій категорії за період з 1999 р. по теперішній час не змінилася: перше місце – хвороби органів дихання (52,6 %), друге – окремі стани перинатального періоду (10,5 %), на третьому - хвороби крові та кровотворних органів (5,5 %).

Що стосується захворюваності інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом, дітей у віці 0–17 років включно в Україні, то серед зазначеної групи хвороб найвищий рівень захворюваності у всі роки припадає на трихомоніаз: 31,10–22,81 на 100 000 дітей 0–17 років включно (відповідно 2006–2009 рр.).

На тлі зниження захворюваності на сифіліс, гонококової інфекцією, трихомоніазом, хламідійною інфекцією, відзначається зростання уrogenітального мікоплазмозу з 5,94 на 100 000 дітей 0–17 років включно в 2006 р. до 7,01 в 2009 р.

Кожна 8-а дівчина і кожен 7-й юнак перенесли захворювання, що передаються статевим шляхом, в результаті цього у майбутніх батьків є порушення здоров'я, які мають негативний вплив на здатність мати дітей. В результаті кожна 7–8-а українська сім'я не має змоги мати дітей, в тому числі з-за чоловічого безпліддя. З 20 років частка збільшилася на 10–12 % і продовжує зростати.

Незважаючи на те, що інфекційні та паразитарні хвороби знаходяться на 7-у місці у структурі поширеності хвороб (серед усіх зареєстрованих хвороб протягом року) серед дітей 0–17 років у структурі захворюваності (серед захворювань встановлених вперше в житті) вони переміщуються на 3-є місце і складають 3,85.

На даний час з розвитком технологій та поширеністю всесвітньої мережі молодь все частіше шукає відповіді на ті питання які їх бентежать в мережі інтернет, але достовірність даних, які там поширюються залишає бажати кращого. Тому важливо щоб ці питання висвітлювали фахівці, вчасне інформування та фахові профілактичні огляди в цих питаннях дадуть позитивний результат в майбутньому.

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У РОБОТІ ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА

В наш час існує багато наукових публікацій з різних аспектів проблеми гендерного дизморфізму, проте, і досі не з'явилося фундаментальних досліджень, де був би представлений порівняльний аналіз особливостей гендерних відмінностей у педіатрії. Враховуючи, що у повсякденній практиці лікар-педіатр постійно стикається з с біологічно обумовленими, відмінностями чоловічої і жіночої статі, це питання є достатньо актуальним. Знання анатомічних, морфологічних, гістологічних гендерних відмінностей у педіатрії є необхідними, бо дозволяють не тільки поліпшити ранню діагностику деяких захворювань, но і прогнозувати перебіг захворювання.

Загальноприйнятими є уявлення про більш високі темпи зростання, більшу вираженість м'язової маси і сили у чоловічої статі. Зміни темпів фізичного розвитку у різні періоди дитячого віку, лікар визначає за загальноприйнятими спеціальними номограмами, використовуючи показники довжини і маси тіла дитини в залежності від віку та статі. Що і є наглядним прикладом використання гендерних відмінностей фізичного розвитку у загальній практиці лікаря. Гендерні особливості має і психомоторний розвиток дитини у різні вікові періоди. Рутинні неврологічні дослідження не виявляють відмінностей між мозком чоловіка і жінки, спеціальні сучасні методики виявляють структурні особливості пов'язані зі статтю. Дівчата починають раніше говорити короткі фрази, починають раніше читати, краще будують граматичні конструкції, точніше в пунктуації та правописі. В наслідок, дівчата проявляють кращі здібності до вивчення іноземної мови. І навпаки великі відмінності є у просторовій орієнтації. Починаючи зі школи, хлопчики значно краще дівчаток вирішують математичні завдання, які включають абстрактні концепції простору, взаємозв'язку і теорії [1-3].

Серед генетичних аспектів з гендерним поглядом на хвороби особливе місце займають «Х-зчеплені» та «У-зчеплені» захворювання. «Х-зчепленими» хворобами у практиці педіатра є гемофілія, дальтонізм, м'язова дистрофія Дюшена, Беккера, хвороба Брутона, синдром Віскотта-Олдріча, хронічна гранулематозна хвороба, синдром Дункана та ін. При Х-зчеплених захворюваннях аномальний ген знаходиться на Х-хромосомі. Оскільки особи жіночої статі успадковують дві копії Х-хромосоми, вони можуть бути гетерозиготними і іноді гомозиготними по будь-якому алелю в у локусі. У результаті інактивації Х-хромосоми в кожній клітині організму активна тільки одна Х-хромосома. У гетерозиготних осіб жіночої статі продукт нормального гена виробляється у кількості 50 % від нормального, зазвичай такої кількості досить для нормальних фенотипічних проявів, тому жінки не мають клінічних ознак захворювання та є «носіями гену». Оскільки особи чоловічої статі успадковують тільки одну Х-хромосому, всі його гени експресують-

ся. У разі спадкової передачі Х-зчепленого мутантного гена розвиваються фенотипічні прояви захворювання, так як Y-хромосома не містить нормальні аллели, здатні компенсувати функцію мутантного гена. Ознаки, зчеплені з Y-хромосомою, з яких самий явний – чоловічий фенотип, передаються тільки від батька до сина. Через невелику кількість генів на Y-хромосомі кількість Y-зчеплених хвороб невелика. У даний час ідентифіковані гени, локалізовані в Y-хромосомі обумовлюють розвиток організму за чоловічим типом, беруть участь в сперматогенезі і контролі зростання тіла і зубів. Мутації в деяких генах призводять до розвитку раку яєчок, простати, різним гонадобластам, чоловічого безпліддя: азооспермії та олігоспермії тяжкого ступеня.

Література

1. Гендерная проблема в неврологии/ Вейн А.М., Данилов А.Б.// Доступ до електронної версії: <http://www.paininfo/articles/2492.html>.
2. Жеребкина И.А. О статусе гендерных исследований: взгляд культуролога // Высшее образование. – 2001. – № 2. – С. 75–85.
3. Современное состояние проблемы изучения качества жизни в педиатрии / И.В.Винярская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 3. – С. 28–31.

Люфт А.Н.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Изучение гендерного аспекта в формировании физической культуры и понимания здорового образа жизни очень важен, так как это один из острых вопросов в современном воспитании и образовании.

Формирование общей картины здоровья человека осуществляется поэтапно, начиная с детского возраста, и имеет решающее значение в развитии привычек здорового образа жизни.

Важным фактором, который регулирует образ жизни человека, является нравственные отношения, сложившиеся в социуме. Из этого вытекает то, что в основе этой проблемы лежит необходимость обучать и воспитывать детей с раннего возраста в соответствии с гендерными различиями. Закладка основ и правильного понимания здорового образа жизни требует подбора определенной учебной литературы и приспособления способов обучения, которые будут соответствовать разным типам функциональной работы мозга девочек и мальчиков и будут отвечать их запросам в отношении учебно-оздоровительной работы. В ходе обучения также следует руководствоваться тем, что к одним и тем же знаниям девочки и мальчики приходят, используя разные стратегии мышления, то есть разными путями.

Еще можно сказать о том, что гендерные различия имеются и в оценке собственного состояния здоровья у более взрослых групп населе-

ния студентов (то есть разницу можно проследить уже в сформировавшемся у парней и девушек понятии о здоровом образе жизни).

Это доказывает исследование, которое было проведено в 2007–2010 гг. Были анкетированы учащиеся 1 курса – 160 девушек и 178 юношей. Респонденты так оценили свое состояние здоровья: 3,3 % – плохое, 34,0 % – удовлетворительное, 56,5 % – хорошее, 5,3 % – затруднились ответить, 0,9 % – не ответили. Было обнаружено, что разница в субъективной оценке собственного здоровья зависит от пола. Там, где основной контингент обучающихся – юноши, состояние здоровья оценили как хорошее 59,9 % респондентов, а где обучаются девушки и юноши свое здоровье оценили как хорошее только 38 % респондентов, из них 55,3 % девушек и 44,7 % юношей [1].

Из этого можно сделать следующие выводы: во-первых, пол, безусловно, влияет на восприятие и переработку информации, в частности, на формирование представлений о здоровом образе жизни; во-вторых, гендерные различия прослеживаются как в использовании уже нажитых устоявшихся понятий, так и в актуальных общественных отношениях.

Литература

1. Елькова Л. С. Гендерные особенности в отношении к здоровому образу жизни студентов вуза [Текст] // Актуальные задачи педагогики: материалы Междунар. науч. конф. (г. Чита, декабрь 2011 г.). – Чита: Издательство Молодой ученый, 2011. – С. 207–209. / Электронный документ. – Режим доступа: <http://moluch.ru/conf/ped/archive/20/1394/>

Малець О. С.,
ХНМУ

ВПЛИВ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ НА МАНІФЕСТАЦІЮ ТА ПЕРЕБІГ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКА

Системний червоний вовчак (СЧВ) – хронічне системне аутоімунне захворювання сполучної тканини та судин, яке характеризується важким перебігом, незмінним прогресуванням та багатосиндромністю клінічних проявів. Головними проявами захворювання вважаються ураження суглобів, ураження шкіри (висипання на обличчі у вигляді «метелика»), полісерозит та прогресуюче ураження інших систем органів.

Захворюваність на СЧВ в середньому складає 10–20 випадків на 100 000 населення. Серед хворих переважно більшість складають жінки. З різних джерел відомо, що співвідношення жінок і чоловіків хворих на СЧВ складає приблизно 6:1. На підставі цього були проведені дослідження, з метою виявлення чинників, що впливають на відмінності маніфестації та перебігу СЧВ у осіб різної статі.

Однією з основних причин, що визначає такі гендерні відмінності, вважається вплив статевих гормонів. Андрогени (чоловічі гормони) мають імуносупресивну активність, тоді як естрогени (жіночі гормони) стимулю-

ють імунну відповідь. Протягом багатьох років роботи з пацієнтами, що страждають на СКВ, було відмічено, що має місце зв'язок загострень з вагітністю і пологами, несприятливим впливом оральних контрацептивів, відмічено зниження активності хвороби після видалення яєчників (залоз продукуючих естрогени) та більш м'який перебіг хвороби у постменопаузі. На тлі цих спостережень були зроблені висновки, що патогенез хвороби залежить від рівня статевих гормонів. Це було підтверджено низкою лабораторних досліджень. Завдяки ним визначено, що у хворих обох статей знижена кількість тестостерону та дегідротестостерону, збільшена кількість пролактину, фолікулостимулюючого і лютеїнізуючого гормонів. Також відмічається порушення метаболізму естрогенів.

Не зважаючи на рідкість захворювання на СЧВ чоловіків, хвороба протікає в них значно важче, ніж у жінок. Для них характерні такі прояви як більш швидкий розвиток хвороби і частіші незворотні ураження внутрішніх органів, менша кількість ремісій. Як свідчать дані досліджень, це обумовлено пізнішою діагностикою, нетиповою картиною початку захворювання, великим відсотком ураження життєво важливих органів і судинної патології.

Отже, на підставі цих фактів ми можемо зробити висновок, що гендерні відмінності у маніфестації і розвитку СЧВ мають місце і представлені більш частим ураженням хворобою жінок та більш важким перебігом захворювання у чоловіків.

Мануйлов Є. М.,

Національний юридичний університет ім. Ярослава Мудрого
**ІНФОРМАЦІЙНА БЕЗПЕКА ЯК ЧИННИК ПСИХОЛОГІЧНОГО
ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ В УМОВАХ «ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ»**

На сучасному етапі державотворення Україна стала об'єктом потужних геополітичних впливів, одним з уособлень яких є розв'язана проти нашої країни «гібридна війна». Одним з ключових елементів даного типу війни є інформаційний, який передбачає перманентний вплив на суспільну свідомість з метою її викривлення, деформації ціннісних настанов та пріоритетів. В контексті нашого дослідження можна стверджувати, що маніпулятивні інформаційні технології застосовуються задля спотворення картини світу об'єкта нападу, що відповідно негативно впливає на психологічний стан (психологічне здоров'я) суспільства, людини, нації, суспільної верстви тощо. Саме тому в Україні актуалізувалася проблема зміцнення інформаційної безпеки як запоруки захисту національних інтересів та дієвого механізму забезпечення соціально-психологічного здоров'я нації.

На думку фахівців, небезпека психологічному здоров'ю нації у «гібридній війні» криється у інформаційно-психологічному впливі на суспільну та індивідуальну свідомість. Механізм інформаційно-психологічного впливу ґрунтується на маніпуляції свідомістю мас і внесенням у свідомість цілеспрямованої дезінформації.

На переконання П. Шевчука, основними напрямками та способами маніпулятивних психоінформаційних технологій РФ відносно України були (й залишаються надалі): поступове зниження міжнародного іміджу України з метою послаблення її геополітичного значення; відповідне дозування та спотворення інформації з метою дестабілізації ситуації в державі та впровадження власної політики «керованого хаосу»; формування стереотипу меншовартості та вторинності українців, а також відповідне руйнування почуття нації та народу; домінування російської мови, культури та традицій для утвердження самоідентифікації при одночасному витісненні української мови та культури.

У таких умовах Україні край важливо зміцнювати та вдосконалювати систему інформаційної безпеки. Необхідність захисту психологічного здоров'я нації в умовах «гібридної війни» обумовлена тим, що ворог активно застосовує інформаційно-психологічну зброю, яка з точки зору О. Левченко впливає на психіку, свідомість, підсвідомість, морально-психологічний стан людини, соціальних груп та суспільства в цілому. Вона поділяється на: пропагандистську, яка призначена для здійснення інформаційно-психологічного впливу, спрямованого на закріплення бажаних уявлень, звичок, переконань у людини (соціальної групи), або навпаки – руйнування небажаних уявлень, звичок та переконань; психофізичну, яка призначена для здійснення інформаційного і (або) енергетичного впливу на психічні функції і на роботу фізіологічних органів і систем людини; нейролінгвістичну, яка призначена для управління людською свідомістю та поведінкою за допомогою лінгвістичних конструкцій, набору певних символів, кольорів, звуків, архетипів, візуальних зображень тощо; психотропну, яка призначена для впливу на мозок людини, збудження або зниження процесів мислення і сприйняття інформації за рахунок використання механізму зміни біохімічних характеристик процесів, що перебігають у нервовій системі людини; психотронну, яка призначена для впливу спеціальними технічними засобами на свідомість та підсвідомість людини з метою зниження її волі, пригнічення, тимчасового виведення з ладу, зомбування тощо; психогенну, яка призначена для внесення змін у нервово-психічну діяльність мозку людини; психоаналітичну, яка призначена для впливу на підсвідомість людини терапевтичними засобами, зокрема у стані гіпнозу та глибокого сну з навіюванням її необхідних установок тощо.

Таким чином, інформаційна безпека є важливою складовою збереження психологічного здоров'я нації, особливо в умовах «гібридної війни». Інформаційна безпека – це стан захищеності національних інтересів України в інформаційному середовищі, збереження національно-культурної самобутності нашого народу.

ЧОЛОВІК У ПОЛОГОВОМУ ВІДДІЛЕННІ: ГЕНДЕРНІ ПАРАДОКСИ ПАРТНЕРСЬКИХ ПОЛОГІВ

Практика партнерських пологів за останні 10–12 років набула в Україні великої популярності: якщо, наприклад, у 2004 р. таких не було взагалі, то сьогодні більшість жінок вже народжують у присутності партнера [1].

Цю практику прийнято оцінювати, в основному, позитивно, і автор, який не так давно сам взяв участь у партнерських пологах, повністю приєднується до таких оцінок. Головний «гендерний прорив», що відбувся завдяки популяризації партнерських пологів, це освоєння чоловіком (а партнером зазвичай виступає саме він) ролі, раніше йому не властивої: замість, фактично, «стороннього спостерігача», який спочатку бродить під вікнами пологового будинку в очікуванні радісної звістки, а потім – активно «розслабляється» в дружній компанії, чоловік став повноцінним суб'єктом процесу. Власне, відбувся перехід від цілковитої неучасті майбутнього батька до активної співучасті та допомоги, що забезпечило нормальний психологічний і фізичний стан породілля і знизило вірогідність пологових ускладнень.

Є й інші однозначні плюси партнерських пологів: сама присутність чоловіка в момент «першого контакту» з дитиною, перебування з нею у перші кілька годин після пологів (особливо критичних з точки зору безпеки та здоров'я жінки), можливість подальшого спільного обговорення родового процесу і «ретроспективного повернення» до нього тощо.

Разом із тим, партнерські пологи, при всіх їх очевидних перевагах, кардинально змінили «розстановку сил» у гендерній ієрархії такого традиційно «закритого» медичного закладу, як пологовий будинок, а також у самому процесі пологів, і такі трансформації не можуть не цікавити з точки зору гендерного аналізу.

Пологовий будинок – це традиційно «жіноча територія», система, що є самозамкнутою з позицій патріархатних підвалів: тут одні жінки (які складають переважну більшість медичного персоналу) мають всю повноту «влади» і приймають ключові рішення щодо інших жінок – породіль.

Раптово в цю історично вибудовану, стійку ієрархію легітимно «вбудовується» той, кого патріархатна культура у «зовнішньому світі» наділила владою, привілеями, капіталом. Чоловік у пологовому залі – це не просто помічник або пасивний свідок того, що відбувається, він – негласний «ревізор», який має право «голосу» і привілей «прихованого оцінювання», а отже – володіє владою. Від винесеного ним «вердикту» (чи пройшло усе так, як треба?) залежить, у тому числі, і розмір фінансової винагороди медичному персоналу, адже саме прийняття даного рішення і безпосередня виплата «гонорару», як правило, також здійснюється чоловіком.

Фактично, ті ж латентні ролі виконуються ним і в наступні кілька днів на етапі реабілітації жінки: лише тільки присутність чоловіка в пала-

ті кардинально змінює ставлення медичного персоналу – і мама, і дитина отримують максимум уваги і турботи, охоче позначається готовність до надання персоналом будь-якої необхідної допомоги.

Звичайно ж, виявлені ієрархічні пертурбації жодним чином не скасовують переваг партнерських пологів, більш того, вони – додатковий фактор, що швидше сприяє сумлінному виконанню медиками своїх прямих обов'язків, аніж навпаки. З присутністю у пологовому відділенні чоловіка персонал пологового будинку змушений рахуватися (і навіть більше!), хоча, цілком імовірно, вважав би за краще не робити цього. Разом із тим, очевидний простий висновок: якби патріархат історично не наділив чоловіка настільки владним статусом і «повноваженнями», сама його присутність на пологах виконувала б «чисто технічну» роль і не вносила б змін до гендерної ієрархії.

Література

1. Ольга Васильєва. Партнерські пологи в Україні – звичайна справа? [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://goo.gl/h4VcDo>.

Масловська А. О., Питецька Н. І.,
ХНМУ

ОРГАНІЧНА ЇЖА ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ

Людство все більше усвідомлює важливість правильного харчування для здоров'я і загального благополуччя. Оброблені продукти з високим вмістом насичених жирів, цукру, низьким вмістом необхідних поживних речовин не тільки відповідальні за надлишкову вагу, але й сприяють виникненню цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця. Крім того, існують штучні консерванти, підсилювачі смаку й ряд хімічних речовин, які негативно впливають на здоров'я людини. З іншого боку, необроблені продукти вирощуються з використанням пестицидів, хімічних добрив, антибіотиків та гормонів росту, що також може спричинити цілу низку захворювань.

Головною перевагою органічних продуктів є відсутність всіх неприродних інгредієнтів. При вживанні екологічних продуктів до організму надходить достатня кількість вітамінів та мікро- і макроелементів, знижується ризик захворювань серцево-судинної системи, жовчокам'яної і сечокам'яної хвороби, подагри.

Для досягнення максимальної користі при споживанні органічної їжі треба враховувати гендерні особливості. Наприклад, для жіночого організму життєво необхідні вітаміни А, Е, В6, фолієва кислота, в той час як для чоловічого здоров'я дуже важливі вітамін Е, мінерали, цинк і селен. «Продуктовий кошук» чоловіків обов'язково повинен містити морепродукти, які не тільки підтримують репродуктивну систему, а й посилюють лібідо завдяки великій кількості легкозасвоюваних білків і цинку. Чоловікам потрібно вживати більшу кількість білка, ніж жінкам, що зу-

мовлено більш інтенсивним процесом оновлення клітин в тканинах м'язів. У харчуванні чоловіків також обов'язково повинні бути присутні продукти з великим вмістом заліза, але в меншій кількості в порівнянні з раціоном жінки. Натомість недолік заліза в чоловічому харчуванні призводить до ризику виникнення інфарктних станів.

Таким чином, вживання органічних продуктів харчування з обов'язковим урахуванням гендерних особливостей відіграє ключову роль у здоров'ї людини та є одним з шляхів до довголіття.

Матюшина В. О.,

ДУ «Донецький ОЛЦ МОЗ України»

САНІТАРНО-ОСВІТНЯ РОБОТА ЯК ОДИН З НАПРЯМІВ ДІЯЛЬНОСТІ ДОНЕЦЬКОГО ОБЛАСНОГО ЛАБОРАТОРНОГО ЦЕНТРУ МОЗ У ВИРІШЕННІ ГЕНДЕРНОЇ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Сучасні уявлення світової науки стосовно феномена здоров'я людини ґрунтуються на новому розумінні актуальності проблеми виживання людства взагалі. Цим питанням приділяють увагу різні науки – медицина, гігієна, екологія, педагогіка, психологія, соціологія, фізична культура, валеологія.

За сучасними уявленнями здоров'я розглядають як комплексну проблему, складний феномен глобального значення. Нині здоров'я визначається як філософська, соціальна, економічна, біологічна, медична категорія, як об'єкт споживання, вкладу капіталу, індивідуальна і соціальна цінність, явище системного характеру, яке є динамічним і постійно взаємодіє з оточуючим середовищем. Стан здоров'я людини обумовлений станом власне закладів системи охорони здоров'я на 10 %, на екологію припадає близько 20 %, спадковість займає теж 20 %, а найбільше припадає на умови і спосіб життя – близько 50 %.

Формування здорового способу життя серед населення, особливо серед підлітків, є одним з важливих напрямків роботи лабораторних центрів МОЗ.

В зв'язку з проведенням АТО Донецький обласний лабораторний центр з 2015 р. переміщено в м.Краматорськ, але профілактичний заклад продовжує виконувати покладені державою обов'язки щодо забезпечення сан.епід.благополуччя населення, проведення моніторингових досліджень об'єктів навколишнього середовища, здійснення санітарно-освітньої діяльності.

Протягом 2016 р. спеціалістами ДУ «Донецький ОЛЦ МОЗ України» було здійснено 56 виступів на радіо та 252 виступи на телебаченні. Для активного спілкування з аудиторіями різних вікових груп дедалі ширше використовуються сучасні форми подання інформації профілактичного спрямування : прес-конференції, круглі столи, брифінги. Для широ-

ких верств населення спеціалістами профілактичної справи було підготовлено 147 прес-релізів. Актуальними нині залишаються питання якості питної води, води водоймищ в літній період, стан атмосферного повітря в населених пунктах.

Значну частину профілактичної роботи здійснюється у вигляді лекцій. Протягом 2016 р. було прочитано 1713 лекцій різної тематики, в тому числі з профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань, паразитарних захворювань, здорового способу життя.

Для проведення гігієнічного навчання декретованого контингенту розроблені навчальні програми, які включають гігієнічні питання певної професійної діяльності, питання дезінфектології та ін. Для оцінки засвоєння знань використовуються тестові завдання різного рівня складності.

Особливо важливою є робота серед підлітків в навчальних та оздоровчих закладах по формуванню здорового способу життя. Для цієї аудиторії у спеціалістів ДУ «Донецький обласний лабораторний центр» та її філій є напрацьована тематика, яка здатна викликати зацікавленість у юнаків та дівчат, оскільки сучасний підлітковий вік, коли формується власне «я», нерозривно пов'язане з поглядом на власне здоров'я. І якщо зовсім недавно профілактична спрямованість проти шкідливих звичок стосувалась більше підлітків чоловічої статі, то зараз це питання досить актуальне серед дівчат. Тому бесіди серед юнаків та дівчат з питань тютюнопаління, вживання алкогольних напоїв та ін. змушують використовувати дещо відмінні форми у викладенні матеріалу, наведенні переконливих аргументів, тощо. Врай важливо зацікавити підлітків у необхідності збереження власного здоров'я та переконати, що бути сучасним означає в першу чергу бути здоровим.

Інформаційний потік сьогодення змушує спеціалістів профілактичної справи постійно удосконалювати свою майстерність, щоб проведена санітарно-освітня робота була справді ефективною, оскільки підростаюче покоління – це наше майбутнє, майбутнє держави.

Міньковська І. І.,

Гендерний інформаційно-аналітичний центр Крона
**НАЗВИ ПРОФЕСІЙ В ГАЛУЗІ БІОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ
В АСПЕКТІ ГЕНДЕРНОГО АНАЛІЗУ**

Як свідчать численні дослідження у галузі психолінгвістики, мова (слово) і мислення (думка) взаємопов'язані: як наші думки впливають на те, що і яким чином ми говоримо, так і сказане нами формує наші думки, а отже і впливає на все наше життя. Будь-яка мова – це окрема картина світу, що відображає знання народу про світ, його структуру і орієнтування в ньому. Разом із засвоєнням та використанням певної мови ми закладаємо у нашій підсвідомості моделі поведінки, що потім реалізуються в реальних життєвих ситуаціях.

Що ж таке гендер і як він пов'язаний із мовою? На сучасному етапі розвитку теорії соціальної справедливості гендер визначається як самостійна, не зумовлена біологічною статтю, конструйована культурою та суспільством характеристика людини, щось, чого люди не мають як даність, а (осмислено чи неосмислено) показують / транслюють / демонструють, взаємодіючи з різними людьми у різноманітних інституціональних ситуаціях. Біологічна стать і гендер є різними конструйованими характеристиками, котрі можуть поєднуватися в людині довільно, незалежно одна від одної. Серед цих інститутів, які визначають наш гендер, знаходиться і мова. Іншими словами, те, як ми поводимо себе в тій чи іншій ситуації, які свої якості можемо проявляти, залежить і від того, які культурні норми і моделі поведінки були засвоєні нами, в тому числі, і через мову.

Чому це важливо і чому варто звертати увагу на такі, нібито, суто лінгвістичні речі? У Класифікаторі професій України у розділі 3 «Фахівці», у пункті 32 «Фахівці в галузі біології, агрономії та медицини» нарахується понад 63 назви професій, пов'язаних із медициною та біологією, з них 47 назв є іменниками чоловічого роду та 16 назв – іменниками жіночого роду. Серед назв професій чоловічого роду є різного роду *техніки (7), фельдшери (6), лаборанти (5), фахівці (4), лікарі (4), інструктори (3), асистенти (2), помічники лікаря (2), масажисти (2), технологи (2), фармацевти (2)*, а також *гігієніст зубний, оптометрист, фотодактилоскопист, таксидерміст, логопед, статистик медичний, провізор-інтерн, натуропат та цілитель*.

Серед назв професій жіночого роду бачимо 15 різного роду *медичних сестер* та 1 *акушерку*. Вражає і назва пункту 323 «*Медичні сестри та акушерки, що асистують професіоналам*», з якої начебто випливає, що медичними сестрами або акушерками в нашій країні можуть працювати тільки жінки, а професіоналами своєї справи стають лише чоловіки. Також відразу згадуємо назву професії *медбрат*, яка вже давно успішно використовується у мовному узусі, але досі не є зафіксованою в офіційних джерелах.

У випадку з розглянутими вище назвами професій, пов'язаних із медициною та біологією, маємо справу з мовним андроцентризмом – явищем, коли загальний чоловічий рід застосовується на позначення і жінок, і чоловіків, навіть тоді, коли, наприклад, для більшості назв цих професій можна утворити форми обох родів. Відсутність назв жіночого роду на позначення багатьох професій висвітлюють ті лексичні лакуни, що існують наразі в українській мові.

Гендерне конструювання дійсності, коли образи жіночої та чоловічої статей відображені асиметрично, теж входить у поняття андроцентризму. Наприклад, *акушерка «жінка із середньою медичною освітою, яка має право самостійно надавати медичну допомогу при пологах» – акушер «лікар-фахівець з акушерства»*.

Бачимо, що андроцентрична структура мови дійсно визначає механізм підпорядкування жінок, але в той же час мовна норма не є сталою, вона змінюється і ми можемо впливати на ці зміни. Харківський мовознавець А.М. Нелюба відзначає, що «у новітньому українському жіночому словотворі активно задіяно форманти: *-к(а)* (половина дериватів від загальної кількості), *-ин(я)* (35 номенів), *-иц(я)* (25 номенів), *-ес(а)* (10 номенів), *-их(а)* (8 номенів), а також форманти *-и(а)*, *-івн(а)*, *-j(а)* – разового використання. Якщо застосувати вказані засоби до назв медичинських професій, отримаємо *фельдшер – фельдшерка, лаборант – лаборантка, лікар – лікарка, інструктор – інструкторка, фахівець – фахівчиня, технолог – технологиня, техник – технікеса, помічник лікаря – помічниця лікаря* тощо. Такий підхід отримав назву стратегія фемінізації. Звичайно, творення фемінітивів викликає деякі труднощі як внутрішньолінгвістичного характеру – не завжди модно утворити адекватний фемінітив простим додаванням суфікса, так і загального соціокультурного – часто ще використання фемінітивів навіть у розмовному мовленні є незвичним, а подекуди навіть викликає несприйняття (*технік – технікеса*).

Лінгвістки й активістки жіночих рухів в усьому світі, урахуовуючи особливості своїх мов, розробили рекомендації щодо поступової зміни норм. Вони включають в себе також стратегію нейтралізації. У нашому випадку звичайне звернення, наприклад, адміністрації лікарні до *працівників/-ниць* звучало б: «Доброго ранку, шановне *товариство!*»

Оскільки в нашому регіоні українська мова зазнає значного впливу російської, яка є менш гнучкою, і фемінітивні суфікси в ній мають негативне забарвлення (*директорша*), то за аналогією таке відношення переноситься і на українські фемінітиви, які такого забарвлення не мають. Вхідження в ужиток фемінітивів лише на початку свого шляху, і це становить перспективу лінгвістичних наукових досліджень. Тож, використовуймо весь інструментарій, що нам надає його українська мова, та робімо наше життя справедливішим!

Література

1. Класифікатор професій України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.rabota.kharkov.ua/professions/proflist.html?profcode=3241>.
2. Гендер для медій // М. Маєрчик, Л. Малес, Т. Марценюк, О. Плахотнік, О. Приходько, О. Синчак та С. Шимко [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://ua.boell.org/uk/2013/12/30/gender-dlya-mediya>.
3. Скорик М.М. Основи теорії гендеру: Навчальний посібник / Скорик М.М. – К.: “К.І.С.”, 2004. – 536 с.
4. Нелюба А.М. Інноваційні зрушення й тенденції в українському жіночому словотворі / Нелюба А.М. // Лінгвістика. – 2011. – № 2 (23).

БЕССМЕРТНЫЙ КРУГ УИЛЬЯМА ГАРВЕЯ

Уильям Гарвей – английский врач, основатель физиологии и эмбриологии.

В развитии физиологических знаний огромным скачком явилась его деятельность в Падуанском университете, где изучалась проблема кровообращения.

В этом вопросе у него были предшественники. Об открытиях арабского врача Нафиса, описавшего в XIII веке малый круг кровообращения в Европе еще не знали. Гарвей также не мог знать этого. Но он был знаком с трудами европейских ученых падуанской школы, в первую очередь, и продолжал исследования, начатые Везалием, Фаллопием и Коломбо. В книге, в главе, посвященной вопросам физиологии, ученый Сервет описывал переход крови из правого желудочка в левый путем обхода через легкие. Писал о кровообращении и выдающийся мыслитель эпохи Возрождения Дж. Бруно, также, как и Сервет, сожженный на костре инквизицией в 1600 г.

Но никто из предшественников Гарвея не дал полной картины кровообращения и научного его объяснения.

Одна из главных исторических заслуг Гарвея – применение нового метода в изучении жизненных явлений. Он стал проводить эксперименты, чтобы понять их значение. В одном из опытов над собакой он обнаружил, что кровь движется по венам лишь в одном направлении.

Он продолжал ставить эксперименты на кошках, собаках и телятах. Вскрывает ученый и трупы людей; запрещение вскрывать трупы наконец-таки снято. Он рассматривал вены и артерии, разрезал сердце и изучал желудочки и предсердия.

В коллегии врачей в 1616 г. ему предложили кафедру анатомии и хирургии. Здесь во время одной из лекций Гарвей впервые публично высказал убеждение, что в организме кровь непрерывно циркулирует и что центральной точкой кровообращения является все же сердце.

И только в 1628 г., когда Гарвею исполнилось пятьдесят лет, не в Англии, а в далекой Германии выходит его непревзойденный труд «Анатомическое исследование сердца и крови у животных».

Книга в 72 страницы подвела результаты многолетних опытов, наблюдений, вскрытий и раздумий. Сердце, считал Гарвей – это большой мышечный мешок, имеющий несколько камер. Оно работает как насос, нагнетающий кровь в артерии. Толчки сердца – это последовательные сокращения его отделов и внешние признаки работы «насоса». Двигается кровь по кругам, всё время возвращаясь в сердце, и этих кругов два – большой и малый. В первом кровь движется от сердца к голове, к поверхности тела, ко всем его органам. В малом же круге – между сердцем и легкими. В сосудах воздуха нет, они наполнены кровью.

Как кровь попадает из артерий в вены, Гарвей не знал – без микроскопа путь крови в капиллярах не проследишь. Мелкие капилляры открыл итальянский ученый Мальпиги в 1661 году, через 4 года после смерти Гарвея. Не знал Гарвей и роли легких. В его время не имели представления о газообмене, был неизвестен и состав воздуха.

Гарвей пережил много неприятностей со стороны церкви и многих ученых, но все же молодые врачи и физиологи пошли за Гарвеем, ученый дождался признания своего открытия. Первым теорию Гарвея признал Декарт, затем – Галилей, Санторио, Борелли.

Насонова Л. И.,
ХНМУ

К АНАЛИЗУ ОПЫТА ФАСИЛИТАЦИИ ГРУППЫ ВСТРЕЧ ПО РАБОТЕ С ЖЕНСКИМИ ВОЛШЕБНЫМИ СКАЗКАМИ

Группы встреч по методам и целям своей работы расцениваются специалистами как отличные от традиционных психотерапевтических групп. «Основная встреча» (Rogers С. R.) или «открытая встреча» (Schutz W. С.) рассматривается как способ поддержки самоактуализирующей тенденции в психике человека, ускорения психологического развития и самореализации нормально функционирующей личности.

Работа с женскими волшебными сказками в модальности аналитической психотерапии актуализирует материал, связанный с поло-ролевой моделью личности, сексуальностью, гендерной идентичностью и феноменологией внутренних процессов самоактуализации женщины. Выбор волшебной сказки как проективного и психокоррекционного материала для группы встреч позволяет снизить уровень тревожности участников психотерапевтического процесса, облегчает выявление жизненных сценариев, неадаптивных поведенческих, эмоциональных и когнитивных паттернов. Сочинение собственной сказки, выстраивание фабулы с помощью образов, метафор, работа над изменением сюжетной линии способствует снятию внутреннего напряжения, ослаблению невротической тревожности, а также помогает актуализировать вытесняемые моменты личной истории. В терапевтической сказке можно найти ресурс, чтобы прожить «замороженные» эмоции, попробовать в безопасном пространстве «встретиться» с собой и Другим, сформировать новый взгляд на проблемную ситуацию, моделируя более конструктивное отношение к ней и – в идеале – конструктивное поведение.

Аналитическая группа встреч по работе с волшебными сказками предполагает:

- длительное «развертывание», рождение и освоение общего метафорического контекста;
- освоение интеллектуальной и понятийной базы аналитической психологии, овладение языком сказочной метафоры;
- обучение членов группы умению концентрироваться на себе и своих чувствах, возникающих непосредственно в процессе групповой и индивидуальной работы;

- «работу» терапевта и клиента сообразно внутренней феноменологии людей, вступающих в контакт, открытое выражение чувств и ожиданий, возникающих в этом контакте;

- проживание, включение того, что происходит на группе в жизнь, что является одним из определяющих моментов в плане осознанности процесса индивидуации и констелляции архетипических структур.

Организация и проведение группы встреч в рамках аналитической модальности психотерапии является достаточно ресурсоемким проектом в первую очередь для ее участников, но также и для фасилитатора. Процесс групповой работы с женскими волшебными сказками требует не только вовлеченности в проект со-творчества, высокой мотивации и определенного интеллектуального ресурса, но и буквального «прожить» свою историю, разворачивающуюся в феноменологическом пространстве. Это «проживание» подразумевает вовлеченность самого клиента в то, что происходит с ним не только непосредственно в процессе работы с терапевтом, но и в саму свою жизнь, про обретение внутреннего локуса контроля и про понимание психотерапии не как «волшебной таблетки», а как инструмента для реализации собственной самоактуализирующей тенденции.

Нестеренко В. Г.,

ХНУ ім. В.Н. Карабіна

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ УСПІШНОСТІ В НАВЧАННІ

Актуальність теми. За всіх часів поставало питання відмінності чоловіків та жінок. Ці відмінності відображені не лише фізично, але й ментально також. З найменшого віку дівчата відрізняються від хлопців по способу мислення та втілення своїх ідей у життя. В початковій та основній школі дівчата краще навчаються та серйозніше ставляться до завдань. Дівчата більш зацікавлені в отриманні знань та позитивних оцінок.

Мета дослідження: виявити гендерні відмінності у навчання школярів, що мають різний рівень фізичної активності протягом тижня.

Результати досліджень. Проведене дослідження з виявлення впливу фізичної активності учнів на успішність навчання. В дослідженні брали участь 989 школярів з різним рівнем фізичної активності протягом дня та тижня. З метою вивчення фізичної активності школярів та успішності їх навчання проведено анкетування. Група 1 – ті школярі, які займаються спортом майже щодня. Група 2 – ті, які відвідують спортивні секції 4–5 днів на тиждень. Група 3 – ті, які займаються спортом 2–3 дні на тиждень. Група 4 – ті школярі, які взагалі не займаються спортом. Отримані результати:

– Серед учнів, що отримують переважно відмінні оцінки немає великої різниці між тими, хто займається спортом і тими, хто не займається (група 1 – 6,0 %, група 4 – 6,3 %). Є гендерна відмінність: у всіх групах дівчата складають більший відсоток відмінників, ніж хлопці.

– Серед учнів, що займаються на «добре та відмінно» також спостерігається перевага дівчат. Так, у групі 1 відсоток дівчат, що навчають-

ся на «добре та відмінно» складає 20,1 %, а хлопці – 16,1 %. У групі 2 відсоток дівчат становить 18,4 %, а хлопців 16,5 %. Група 3 – 25,0 % дівчат та 12,1 % хлопців, що у два рази менше, ніж у дівчат. Група 4 представлена аналогічно: 19,3 % дівчат та 13,9 % хлопців.

– Серед учнів, що займаються переважно на «добре», більший відсоток належить учням, що займаються спортом майже щодня 27,7 % в той час, як учні, що не займаються спортом складають 22,1 %. В цій групі майже немає відсоткової різниці між хлопцями та дівчатами, окрім групи 4. В групі 4 на оцінку переважно «добре» навчаються 36,1 % хлопців та 14 % дівчат.

– Серед школярів, що отримують «добре» та «задовільно» також немає великої різниці між хлопцями та дівчатами, а також залежності від фізичної активності.

– У школярів, які отримують переважно «задовільно» найбільший відсоток склали хлопці, які не займаються спортом – 19,4 %, а найменший – дівчата, які займаються спортом 2–3 дні на тиждень – 9,9 %.

– Серед учнів, які отримують «задовільно» та «незадовільно» найбільший відсоток складають дівчата, які не займаються спортом, а найменший – дівчата, які займаються спортом 2–3 рази на тиждень.

Згідно з проведеними дослідженнями встановлено, що дівчата навчаються краще за хлопців. Дівчата, що займаються спортом 4–5 разів на тиждень, склали більший відсоток відмінниць, ніж дівчата інших груп. Таким чином, можна сказати, що дівчата значно відповідальніше ставляться до занять, ніж хлопці.

**Ніколаєва О. В., Кузьміна І. Ю.,
Сафаргаліна-Корнілова Н. А.,
ХНМУ**

ВПЛИВ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЧИННИКІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНУ СИСТЕМУ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

Несприятливі фактори навколишнього середовища впливають на репродуктивну функцію людини і позначаються на стані здоров'я майбутніх поколінь. У сучасних умовах в Україні відзначається погіршення репродуктивного здоров'я націй, основною причиною чого є низькодозовані ефекти радіаційного забруднення, хімічних речовин, токсичних продуктів промислових підприємств, що потрапляють в їжу, воду, товари споживчого попиту, деякі лікарські препарати, тощо. Репродуктивна система жінки особливо дуже чутлива до впливу несприятливих факторів навколишнього середовища, що може сприяти змінам генофонду нації в результаті порушення генетичної рівноваги між мутаційним процесом і відбором. Ці порушення проявляються у вигляді клінічних, патофізіологічних, імунологічних та біохімічних змін. Виникаючі розлади репродуктивного здоров'я проявляються у формі зниження фертильності, і, як наслідок цього, збіль-

шення числа безплідних пар, почастищення патології вагітності та пологів, підвищення частоти порушень менструальної функції і неспецифічних хронічних запальних захворювань статевих органів, погіршення стану плода внаслідок гіпотрофії, гіпоксії, вад розвитку, зниження якості здоров'я новонародженого, збільшення перинатальної захворюваності та смертності. Велика кількість інфекційних агентів може досягати плода людини, багато з них (наприклад, краснуха, вітряна віспа, цитомегаловірус) можуть привести до вроджених вад розвитку. Контакт зі свинцем підвищує ризик викидня. Свинець легко передається через плаценту і проникає в організм плода. Вплив ртуті під час вагітності може привести до виникнення у новонародженого мікроцефалії і в майбутньому - дитячого церебрального паралічу. Підвищення рівня ПХБ (поліхлоровані біфеніли) в організмі призводить до викиднів і уповільненню розвитку плоду. Неприятливий вплив ПХБ на організм жінки і її потомство починає позначатися до формування ембріона і плоду, в проембріонального періоді, коли шкідливому впливу піддаються статеві клітини.

Вплив хімічних речовин на репродуктивну систему призводить до зростання числа безплідних шлюбів, збільшення кількості різноманітної патології вагітності та пологів, числа мимовільних викиднів, порушень росту і розвитку дітей, випадків злоякісних захворювань і передчасного припинення репродуктивної функції. Для оцінки небезпеки впливу чинників на репродуктивне здоров'я використовують поняття репродуктивної токсичності - це несприятливі ефекти, що супроводжують процеси запліднення і вагітності або позначаються на потомстві. Виділяються 2 групи ефектів, пов'язаних з репродуктивною токсичністю: 1. Порушення репродуктивних функцій організму та пов'язаних з нею ендокринної системи, репродуктивного циклу, сексуальної поведінки жінки, плодючості, пологів, репродуктивного старіння та зміни інших функцій організму. 2. Порушення розвитку плоду.

Одним з фундаментальних положень екологічної репродуктології є теза про особливо високу чутливість цієї системи до впливу зовнішніх факторів будь-якого походження. Для оцінки небезпеки впливу навколишнього середовища на репродуктивне здоров'я людини використовують поняття репродуктивної токсичності, під яким розуміють несприятливі ефекти, що супроводжують процеси запліднення і вагітності або позначаються на потомстві - це ембріотоксичність, тератогенність і мутагенні ефекти в статевих клітинах.

В останні роки екологічна репродуктологія інтенсивно розвивається як наука. Для оцінки екологічного статусу в Україні використовуються «Критерії оцінки екологічної обстановки території для виявлення зон надзвичайної екологічної ситуації та зон екологічного лиха», засновані на ряді медико-демографічних показників, що відображають репродуктивне здоров'я людини. Ці нововведення будуть сприяти покращенню репродуктивного здоров'я нації.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ПАТОФИЗИОЛОГИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

С каждым годом в мире стремительно нарастает эпидемия сахарного диабета (СД). Сегодня на Земле, по минимальным подсчетам, этим заболеванием страдают около 50 млн. людей. Многие специалисты придерживаются мнения, что на каждого зарегистрированного пациента приходится еще один с латентным течением заболевания. Ранее также считалось, что СД чаще болеют мужчины, однако, исследования последних лет отвергают категоричность данного утверждения и говорят о том, что различным типам сахарного диабета по-разному склонны как мужчины, так и женщины.

Роль пола и половых гормонов в патогенезе СД это очень важная тема, поскольку мужской и женский организмы имеют различные способы хранения и использования глюкозы. Многие аспекты регуляции гомеостаза глюкозы у них также различны, что имеет особое значение для развития сахарного диабета. Например, СД типа 1 имеет известный гендерный диморфизм. Больше мальчиков, чем девочек, страдают от диабета типа 1. Данный факт указывает на то, что женские гормоны защищают организм от развития инсулинозависимой формы заболевания. СД типа 2 также имеет половой диморфизм в человеческой популяции, о чем свидетельствует развитие диабета у большего числа женщин после менопаузы и уменьшения выработки эстрогенов, чем у мужчин их возраста.

Отличаются по полу и преддиабетные синдромы. Например, нарушение уровня глюкозы натощак наблюдается главным образом у мужчин, тогда как нарушение толерантности к глюкозе наблюдается у женщин. Таким образом, большинство этих различий, как полагают, являются следствием влияния мужских и женских гормонов после полового созревания.

Как было упомянуто ранее, эстроген защищает и поддерживает чувствительность клеток к инсулину, секрецию инсулина, а также помогает инсулин-продуцирующим бета-клеткам поджелудочной железы адаптироваться к метаболическим стрессам. Эти эффекты опосредуются рецепторами эстрогена. Когда в женском организме в период менопаузы перестает вырабатываться эстроген, они становятся предрасположенными к диабету 2-го типа. У мужчин тестостерон превращается в эстроген, и таким образом оказывает антидиабетическое действие на эстрогеновые рецепторы мужского организма. Большинство эффектов андрогена у мужчин является следствием влияния тестостерона на рецептор андрогена, который усиливает чувствительность к инсулину и препятствует отложению висцерального жира. Рецепторы андрогенов существуют также и в бета-клетках, что помогает этим инсулин-секретирующим клеткам вырабатывать больше инсулина. Мужчины, которые с возрастом или в случаях терапии андро-

генной депривацией при раке предстательной железы теряют продукцию андрогена, а также мужчины с гипогонадизмом и низким уровнем тестостерона, со временем имеют предрасположенность к СД 2-го типа.

К сожалению, старение населения неизбежно, по крайней мере, на данном этапе развития современной науки. Очевидно, что мужчины и женщины весомую часть своей жизни проживают в состоянии эстрогенного или андрогенного дефицита. Изучение влияния этих гормонов на метаболизм однозначно должно продолжаться, чтобы в скором времени можно было использовать их положительные эффекты для разработки адъювантной антидиабетической терапии с учетом пола.

**Овчинникова А. С., Помазун О. В.,
ХНМУ**

ПОЛОЖЕНИЕ ЖЕНЩИН В АФГАНИСТАНЕ

Что такое гендер мы уже знаем давно, но очень остро с этим вопросом столкнулись недавно. Это произошло тогда, когда наши преподаватели стали работать в зарубежных странах. Особенно в странах Востока.

Существует карта мира, на которой красным цветом обозначены страны мира, в которых нарушается гендерное равенство. В основном это ярко выражено в Афганистане. По данным международных правозащитных организаций, афганские женщины находятся в ужасном положении в настоящее время.

Связано это с приходом к власти движения «Талибан». В период существования ДРА (Демократической республики Афганистан) ситуация в стране была совершенно другой.

Приведём небольшие сравнительные данные.

ДРА

Проводилась активная борьба с неграмотностью. Было 70 % учителей и 40 % врачей (и это были женщины). Создавались специальные образовательные курсы. Женщины могли получить высшее и среднее образование за рубежом с последующим трудоустройством в государственных структурах при равной с мужчинами оплате труда. Женщины вовлекались в общественную жизнь.

В это время в стране было много преподавателей из СССР приехавших помогать становлению молодого государства. Шла война, но вузы и школы занимались своей работой, готовили молодых специалистов не только для своей страны, но и для зарубежных стран: Ирана, Палестины, Пакистана. Среди студентов было много девушек.

8 Марта. Зал КПИ (Кабульского политехнического института), самый большой зал Кабула, был заполнен до отказа женщинами-труженицами. Входя в зал, они снимали паранджу, и счастливые, занимали свои места, и им вручали подарки, от которых они были счастливы.

Они чувствовали себя свободными.

«Талибан»

1. Неграмотны более 90 % афганских женщин в настоящее время. Большинство образованных женщин бежали из страны. Некоторые из них были казнены. Женщины лишены доступа к полноценной медпомощи. 45–50 % женщин погибают ежедневно от осложнений, связанных с беременностью и родами. В небольших городах не осталось врачей, которые могут лечить женщин, поэтому больные женщины вынуждены ехать в Пакистан для получения помощи. Известны сотни случаев, когда они погибли в дороге.

2. Запрещено получать девочкам образование выше начальной школы, институты и колледжи, которые работали в стране, были закрыты.

3. Женщины Афганистана не имеют права на работу они вынуждены постоянно сидеть дома. Им запрещено путешествовать, выходить из дома без сопровождения мужчины.

4. Мужчинам врачам, хирургам и гинекологам, запрещено смотреть на тело чужой женщины, не являющейся его женой.

5. Очень распространено в стране и домашнее насилие над женщинами. Их могут избивать не только мужа, но и другие члены семьи мужского пола.

6. Продолжительность жизни у женщин меньше, чем у мужчин, и равна 44 годам. Это один из самых низких показателей в мире.

И в заключении следует сказать, как говорится в докладе Генерального секретаря ООН: «История Афганистана неоднократно доказывала, что усилиям по укреплению статуса женщин имманентно присуща угроза обратной реакции. Для достижения в полном объеме целей обеспечения гендерного равенства потребуются серьезная приверженность и политическая воля со стороны национальных и международных заинтересованных сторон».

Литература

1. Все об Афганистане. Положение женщин в современном Афганистане. [Электронный ресурс] // URL: <http://www.afghanistan.ru/doc/11394.html>

2. Текст доклада HRW «Афганистан: отказ в гуманности» (на английском языке) *Humanity denied Systematic Violations of Women's Rights in Afghanistan* – [Электронный ресурс] // URL: <http://www.hrw.org/reports/2001/afghan3/>

**Огнєва Л. Г., Афанасьєва В. О., Огінська М. К.,
ХНМУ**

ВПЛИВ СТАТІ НА ЧАСТОТУ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Велика соціальна значимість цукрового діабету (ЦД) полягає в тому, що він призводить до ранньої інвалідизації й летальності, обумовлених наявністю судинних ускладнень діабету: мікроангіопатії, макроангіопатії, нейропатії.

У чоловіків і жінок цукровий діабет протікає по-різному і найбільш тяжкими наслідками проявляється саме у сильній статі.

Багато лікарів пов'язують більш інтенсивний прояв симптомів діабету зі специфікою чоловічого організму. Фактори, що викликали розвиток діабету, безпосередньо впливають на швидкість прогресування захворювання. Як правило, багато чоловіки пропускають перші ознаки розвитку захворювання, списуючи симптоми на втому, вік і інші. Під час розвитку цукрового діабету у чоловіків відбувається більш обширне ураження внутрішніх органів. Аналіз частоти поширеності хронічних ускладнень в залежності від статі довів, що мікроангіопатії, генез яких залежить переважно від компенсації захворювання, рідше розвиваються у жінок, які активніше контролюють стан хвороби. Макроангіопатія, генез яких залежить не тільки від стану вуглеводного обміну, частіше також розвиваються у чоловіків, які в більшості мають шкідливі звички та у яких більш розвинуті порушення ліпідного обміну.

До певного часу панувала думка про відсутність або незначний вплив статі на розвиток ЦД як першого, так і другого типу. Проте накопичені дані свідчать про наявність важливих ефектів статі для обох типів захворювання. Так, для ЦД 1-го типу у популяціях європейського походження у віковому діапазоні від 15 до 40 років співвідношення чоловіків і жінок складає 3:2. Більше того, передача нащадкам ЦД 1-го типу ймовірніша від батьків із цим захворюванням, ніж від матерів. Що стосується ЦД 2-го типу, то у першій половині минулого століття спостерігалось виражене превалювання цього захворювання у жінок, проте в наш час у більшості популяцій це захворювання однаково поширено серед чоловіків і жінок. Вважають, що чоловіки є більш схильними до гіподинамії та ожиріння, що зумовлює відмінності чутливості до інсуліну та особливості локалізації жирових відкладень.

Останнім часом до групи хронічних ускладнень ЦД дедалі частіше включають патологічну зміну кісткової тканини. Остеопороз (ОП) за ЦД належить до вторинного та складає близько 15% усіх випадків ОП. Залежність між ЦД і здоров'ям кісток існує тенденція до зміни кісткової маси та мікроархітекtonіки кісткової тканини. Інсулін потрібний для підтримки та забезпечення процесів диференціювання остеобластів, їх здатності відповідати на інші гормональні стимули. Він також збільшує активність остеокластів. Тобто, недостатність інсуліну може призвести до порушення формування кісткової тканини та її демінералізації

ЦД 1-го типу є чинником ризику остеопорозу більшою мірою для чоловіків, ніж для жінок. Додатковим чинником, що сприяє зниженню щільності кістки у чоловіків, є паління тютюну. Серед осіб, які палять тютюн, зниження щільності кістки виявлено у понад 70% випадків, а серед чоловіків без цієї звички – у 42%. У жінок подібних відмінностей не виявлено.

Одним із найважливіших гормональних регуляторів кісткового метаболізму у чоловіків є тестостерон. Віковий дефіцит андрогенів впливає на розвиток остеопенії та остеопорозу. З 40-річного віку у чоловіків починається фізіологічна втрата кісткової маси. Встановлено, що у чоловіків із соматичною патологією за наявності ознак андрогенного дефіциту поширеність остеопорозу є значно вищою, ніж у чоловіків з їх відсутністю.

Отже, остеопороз на тлі ЦД є досить поширеним і, на жаль, не завжди діагностованим станом. Вважається, що значний вплив на кістковий метаболізм справляють гормональний дисбаланс і дефіцит інсуліну, судинні та неврологічні порушення, недостатність остеогенезу за ЦД 1-го типу.

Можливість розвитку незворотних порушень кісткової тканини у хворих на ЦД обумовлює необхідність вирішення питання ранньої діагностики патологічних змін у кістковій тканині та пошуку оптимальних способів лікування.

Гендерна рівність входить до п'ятірки головних цілей Сталого розвитку на 2016–2030 рр. [4]. У 2000 р. Україна взяла зобов'язання виконати Цілі тисячоліття ООН, де ціллю № 3 було забезпечення гендерної рівності в органах влади – не менше 30 % жінок у національному парламенті, не менше 50 % у регіональних органах влади [3]. Найкращим результатом за всі роки незалежності стало 11,1 % жінок-депутаток у Верховній Раді України восьмого скликання [5]. За результатами гендерного моніторингу місцевих виборів, який провів Запорізький благодійний фонд «Єдність» за майбутнє», Україна значно відстає від інших європейських країн за рівнем гендерної політики на національному та регіональному рівнях [2].

Для посилення жіночого представництва у владі на всіх рівнях, особливо де приймаються важливі рішення, необхідна консолідація зусиль політичних партій, активних жінок, громадськості. Завдяки підписанню 18 вересня 2015 р. Меморандуму про співпрацю між 7 політичними партіями та 44 громадськими організаціями, Запорізька область стала лідером в Україні на кількість жінок-кандидаток до обласної (34 %) та міської (37 %) рад [2].

Для досягнення гендерної рівності важливою складовою є медіа-підтримка роботи жінок у владі, привернення уваги суспільства до гендерних проблем. Інтерактивне соціологічне опитування, проведене на телепередачі «Відкрита студія» 23 грудня 2015 р. показало, що 425 телеглядачів із 701 переконані – для того, щоб підвищити ефективність роботи рад, жінкам варто об'єднуватися у міжфракційні групи [1].

У Запорізькій області створено 13 міжфракційних депутатських груп «Рівні можливості» у місцевих радах, які реалізували та реалізують важливі ініціативи для своїх громад для покращення соціально-економічної, екологічної ситуації та охорони здоров'я.

Література

1. Відкрита студія 23.12.2015. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.youtube.com/watch?v=U0xHrZzvQzs&feature=youtu.be>

2. Гендерний портрет Запорізької області. Представництво жінок в органах регіональної та місцевої влади в Запорізькому регіоні за результатами виборів 2015 року / За ред. Огородової Т.М. – 20 с.

3. Цілі розвитку тисячоліття 2000 – 2015 <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/mdgs>

4. Цілі Сталого розвитку 2016 – 2030 <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku>

5. У новій Верховній Раді найбільше жінок за всю історію – КВУ / Українська правда [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.pravda.com.ua/news/2014/11/12/7044034/>

Огородова Т. М.,

Голова правління ЗБФ «Єдність» за майбутнє»,
керівниця гендерних проектів у Запорізькій області

Дроздовська О. Є.,

PR-менеджер гендерного проекту,
ЗБФ «Єдність» за майбутнє»

**ПОКРАЩЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПОЛІТИЧНОЇ, ЕКОЛОГІЧНОЇ
СИТУАЦІЇ ТА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРЕЗ РОБОТУ
ГЕНДЕРНИХ МІЖФРАКЦІЙНИХ ДЕПУТАТСЬКИХ ГРУП
«РІВНІ МОЖЛИВОСТІ» У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Гендерна рівність входить до п'ятірки головних цілей Сталого розвитку на 2016–2030 рр. [4]. У 2000 р. Україна взяла зобов'язання виконати Цілі тисячоліття ООН, де ціллю № 3 було забезпечення гендерної рівності в органах влади – не менше 30 % жінок у національному парламенті, не менше 50 % у регіональних органах влади [3]. Найкращим результатом за всі роки незалежності стало 11,1 % жінок-депутаток у Верховній Раді України восьмого скликання [5]. За результатами гендерного моніторингу місцевих виборів, який провів Запорізький благодійний фонд «Єдність» за майбутнє», Україна значно відстає від інших європейських країн за рівнем гендерної політики на національному та регіональному рівнях [2].

Для посилення жіночого представництва у владі на всіх рівнях, особливо де приймаються важливі рішення, необхідна консолідація зусиль політичних партій, активних жінок, громадськості. Завдяки підписанню 18 вересня 2015 р. Меморандуму про співпрацю між 7 політичними партіями та 44 громадськими організаціями, Запорізька область стала лідером в Україні за кількістю жінок-кандидаток до обласної (34 %) та міської (37 %) рад [2].

Для досягнення гендерної рівності важливою складовою є медіа-підтримка роботи жінок у владі, привернення уваги суспільства до гендерних проблем. Інтерактивне соціологічне опитування, проведене на телепередачі «Відкрита студія» 23 грудня 2015 р. показало, що 425 телеглядачів із 701 переконані – для того, щоб підвищити ефективність роботи рад, жінкам варто об'єднуватися у міжфракційні групи [1].

У Запорізькій області створено 13 міжфракційних депутатських груп «Рівні можливості» у місцевих радах, які реалізували та реалізують важливі ініціативи для своїх громад для покращення соціально-економічної, екологічної ситуації та охорони здоров'я.

Література

1. Відкрита студія 23.12.2015. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.youtube.com/watch?v=U0xHrZzvQzs&feature=youtu.be>

2. Гендерний портрет Запорізької області. Представництво жінок в органах регіональної та місцевої влади в Запорізькому регіоні за результатами виборів 2015 року / За ред. Огородової Т.М. – 20 с.

3. Цілі розвитку тисячоліття 2000 – 2015
<http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/mdgs>

4. Цілі Сталого розвитку 2016 – 2030 <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku>

5. У новій Верховній Раді найбільше жінок за всю історію – КВУ / Українська правда [Електронний ресурс]. – Режим доступу <https://www.pravda.com.ua/news/2014/11/12/7044034/>

Онипченко О. І.,

**КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» ХОР
ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ
ЯК СКЛАДОВА СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ**

Важливою проблемою України є збереження репродуктивного потенціалу і народження здорового потомства. За даними ВООЗ, сьогодні Україна займає одне з останніх місць серед країн Євросоюзу за показниками природного приросту населення. Така ситуація зумовлена особливостями репродуктивної поведінки та репродуктивної мотивації населення, яка залежить від економічного та соціально-психологічного стану населення держави. Суттєве значення для здійснення дітородної функції має стан репродуктивного здоров'я.

На репродуктивне здоров'я впливає багато факторів: екологічні, соціальні, економічні, небезпечні й шкідливі виробництва тощо. Охорона репродуктивного здоров'я – це система заходів, спрямована на появу здорового потомства і планування сім'ї; захист від хвороб, що передаються статевим шляхом, і лікування захворювань репродуктивної системи; запобігання дитячій і материнській смертності [1].

Проблеми охорони репродуктивного здоров'я невіддільні від проблем сексуального здоров'я і повинні розглядатися, виходячи з рівності чоловіків і жінок. За визначенням ВООЗ, «сексуальне здоров'я – це така взаємодія соматичних, емоційних, інтелектуальних і соціальних чинників сексуальної суті людини, завдяки якій її внутрішній світ стає багатим, а її особисті якості, здібності до спілкування і вираження любові виявляються з новою силою» [2, с.103].

Репродуктивне здоров'я містить у собі наступні складові: безпечну вагітність та пологи, період пологів і після них; лікування безплідності; лікування захворювань репродуктивної сфери; безпечне ц ефективне запобігання незапланованої вагітності; можливість доступу й вибір безпечних ля здоров'я методів і засобів контрацепції; лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Виділяють три основні групи підвищеного ризику настання вагітності у підлітковому віці: 1) дівчата, які починають статеве життя як частину сексуального експериментування з приятелем-ровесником раніше, ніж будуть поінформовані про можливі наслідки і зможуть їх уникнути; 2) пасивні й недосвідчені дівчата, які не вміють встояти перед настирливим партнером, який зазвичай значно старший за них; 3) дівчата з емоційними проблемами, які страждають від браку тепла й розуміння у батьківській сім'ї і для яких статеве життя стає засобом досягнення емоційного комфорту. Вважається, що найбільший ризик у представниць третьої групи.

Корисним у роботі з молоддю є програма спецкурсу «Збереження репродуктивного здоров'я»; тренінгові заняття з формування сексуального здоров'я молоді, представлені в матеріалах для проведення освітньо-профілактичної роботи «Сексуальне здоров'я молоді, профілактика ВІЛ/СНІД та інфекцій, що передаються статевим шляхом» (за ред. К. Шендеровського, І. Ткач); розроблені фахівцями тренінгові заняття «Партнерське спілкування між статтю», «Ризикована сексуальна поведінка молоді», «Інфекції, що передаються статевим шляхом»; новий модуль тренінгу «Збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: потенціал громади».

Отже, з позицій сьогодення важливим є спрямування роботи на: об'єднання зусиль педагогів, батьків для розв'язання завдань збереження репродуктивного здоров'я підлітків через відповідне організоване статеве виховання; дотримання норм шлюбно-сімейних стосунків, формування в молоді орієнтації на шлюб, сім'ю та відповідальне батьківство; використання у виховній практиці сучасних форм роботи щодо статевого виховання.

Література

1. Лещук Н. О. Статеве виховання і репродуктивне здоров'я підлітків та молоді : навч. посіб. / Н. О. Лещук, Ж. В. Савич, О. А. Голоцван, Я. М. Сивохоп. – К., 2014. – 136 с.
2. Збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: потенціал громади: Метод. Матеріали до тренінгу / Авт.-упоряд. Н. В. Зимівець; За заг. ред. Г. М. Лактіонової. – К.: Наук. світ, 2004. – 205 с.

СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ СУПЕРЕЧНОСТІ ПОЯВИ ДІТЕЙ ВІД ТРЬОХ БАТЬКІВ

Впродовж останніх 10 років науковці працюють над розробкою технології так званого мітохондріального заміщення з метою подолання проблеми спадкових захворювань, зумовлених дефектами ДНК в мітохондріях. Мітохондрії – клітинні структури, які містять ДНК (37 генів) і забезпечують організм енергією. Мітохондріальна ДНК (мтДНК) схильна до різноманітних мутаційних змін. Ідентифіковано понад 700 мутацій, частина з яких призводить до серйозних наслідків (м'язова дистрофія, нейродегенеративні захворювання тощо) [3], від яких, згідно зі статистикою, потерпає 1 людина з 4000 [1]. Під час запліднення яйцеклітини сперматозоїди не передають їй свої мітохондрії, і всі мітохондрії людини беруть свій початок з мітохондрій яйцеклітини матері. З віком у жінок відбувається накопичення мутацій мтДНК, що під час вагітності спричинює зниження обміну речовин у ембріонів, а також позначається на зміні набору хромосом [4].

Припускають, що мітохондріальне заміщення із застосуванням генетичного матеріалу третіх осіб збільшує ймовірність народження здорової дитини, але досі не відомо, яка з методик отримає широке клінічне застосування. Загалом ми маємо дуже мало інформації про ймовірну безпеку та ефективність технології перенесення мтДНК з однієї яйцеклітини в іншу, проте вже окреслюється низка суперечностей застосування такої технології. Її етичні аспекти насамперед пов'язуються з феноменом підміни, який полягає в тому, що попри задекларовану назву технології, яка в англійській версії є “mitochondrial replacement therapy”, здійснюється не мітохондріальне заміщення, а заміщення ядра зародка донора на ядро зародка, у якого попередньо було виявлено мутацію. По-друге, запобігання передачі генетичних дефектів мітохондріальної ДНК одного зародка здійснюється ціною загибелі іншого. Крім того, методика цієї технології близька до клонування, тому юридичний дозвіл на її застосування може стати лазівкою, щоб обійти заборону на клонування людини, принаймні в частині опрацювання технологічної бази для здійснення подібних експериментів.

Найбільш суперечливий етичний аспект пов'язаний з появою дітей від трьох батьків. Незважаючи на те, що мітохондріальна ДНК від донорської яйцеклітини становитиме не більше 0,1 %, генетичного матеріалу, дитина, зачата таким чином, матиме трьох батьків – крім звичайної матері і батька у дитини буде ще й «мітохондріальна мати», а новий генетичний матеріал успадковуватиметься по жіночій лінії всіма наступними поколіннями. Попри законні побоювання з приводу здоров'я і благополуччя майбутніх дітей, як в короткостроковій, так і в довгостроковій пер-

спективі, в середині 2014 р. Британське управління з питань запліднення та ембріології людини (Human Fertilisation and Embryology Authority, HFEA) визнало таку технологію безпечною, а в лютому 2015 р. Палата громад Великої Британії ухвалила законопроект щодо легалізації методу поєднання в людському ембріоні батьківських генів та донорської мтДНК [2], проте на його застосування було накладено досить суворі обмеження, тож про прецеденти використання цього методу на людях у Британії досі не повідомлялося. Тим часом на початку 2017 р. Україна стала другою після Мексики країною у світі, де народилася дитина з генетичним матеріалом від трьох батьків, що стало можливим у результаті застосування методу пронуکلєарного перенесення ядер.

Запропонована технологія є прикладом того, настільки близько людинство підходить до зміни геному, грань стає дуже розпливчатою і перейти її не складає труднощів. Схоже на те, що через декілька років діти, народжені від трьох батьків, стануть частиною суспільства, а донорство і трансплантацію цитоплазми буде додано до переліку буденних медичних послуг. Запитання про можливість розробки дієвого законодавства з питань репродуктивних технологій у суспільстві, яке керується принципом: «Те, що не заборонене, є дозволеним!», є радше риторичним. Тим часом на тлі все більшого вдосконалення допоміжних репродуктивних технологій, неухильно зростає рівень безпліддя, тож суспільство стає усе більш залежним від таких технологій.

Література

1. Baylis F. The Ethics of Creating Children with Three Genetic Parents // *Reproductive Biomedicine* 2013. Vol. 26(6). [Електронний ресурс] - Режим доступу – (сайт) URL: [http:// www.rbmojournal.com/article/S1472](http://www.rbmojournal.com/article/S1472) .

2. Common Debates Statutory Instrument on Mitochondrial Donation. [Електронний ресурс] - Режим доступу – (сайт) URL: [http:// ww.parliament.uk/News/2015/February](http://ww.parliament.uk/News/2015/February).

3. Ma H, Folmes CD, Wu J, Morey R, Mora-Castilla S, Ocampo A, Ma L, Poulton J, Wang X, Ahmed R, Kang E, Lee Y, Hayama T, Li Y, Van Dyken C, Gutierrez NM, Tippner-Hedges R, Koski A, Mitalipov N, Amato P, Wolf DP, Huang T, Terzic A, Laurent LC, Belmonte, Mitalipov S. Metabolic Rescue in Pluripotent Cells from Patients with mtDNA Diseases // *Nature*. 2015. Vol. 15.

4. Wilding M, Dale B, Marino M, di Matteo L, Alviggi C, Pisaturo ML, Lombardi L, De Placido G. Mitochondrial aggregation patterns and activity in human oocytes and preimplantation embryos // *Human Reproduction*. 2001. Vol. 16(5)).

**Першин А. О., Бірюков Д. В.,
ХНМУ**

ЧОМУ СУСПІЛЬСТВО ПО-РІЗНОМУ СПРИЙМАЄ ЖІНОЧУ І ЧОЛОВІЧУ ЗРАДУ?

Із давніх часів існує проблема зради, причому зраджують як чоловіки, так і жінки. Але саме жіноча зрада підлягає більш категоричному осудженню з боку суспільства, ніж чоловіча. Зазвичай особам так званої

сильної статі мало хто робить зауваження з цього приводу, інколи навіть навпаки – такими індивідами починають захоплюватися та титулувати «самцями».

Чи існує відмінність між чоловічою та жіночою зрадою? Здається, ніякої. Чому ж у суспільстві існує ця проблема?

Різні погляди на ідентичні речі залежать від багатьох факторів, які в першу чергу склалися історично. Можна спостерігати закономірність, яка показує нам, що жінки у своїх правах завжди були дуже обмежені: при владі, як правило, знаходилися чоловіки, вони ж володіли маєтками, угіддями. Під своїм управлінням вони тримали світ, отже і правила та норми поведінки створювалися ними «під себе». В умовах жорсткого патріархату чоловік мав умовне «право на зраду» своїй дружині або подрузі, а кількість жінок, яких він таким чином завоював, визначала його статус у суспільстві. У той же час, якщо жінка зраджувала такому чоловікові, вважалося, що вона осоромлювала його, а це нерідко було гіршим, ніж смерть.

Так в погоні за жіночою вірністю та бажанням повного контролю над жінкою та її сексуальністю (особливо в той час, коли чоловік знаходився далеко від неї – скажімо, у хрестових походах) був вигаданий «бергамський замок», більш відомий, як «пояс вірності», що був надійним засобом утримання жінки від небажаних вчинків, адже ключ знаходився лише у законного чоловіка. Важко не згадати про матерів, які надягали на своїх 15-річних доньок пояс цнотливості і лише в день весілля урочисто передавали ключ своєму зятю. Вочевидь, це була не просто забаганка чоловіків, а справжній звичай у суспільстві, який різко обмежував жінок у свободі дій і в більшій мірі робив з них чоловічу власність, аніж повноцінну особистість. Симптоматичним є відношення до цього церкви: вона ні в якому разі не забороняла такі дії, дозволяючи жінкам позбавлятися «подружніх кайданів» лише у виняткових випадках прямої загрози їхньому життю.

Тобто, навіть якщо жінка і хотіла зрадити, зробити це було вкрай складно. При цьому подібних зазіхань на чоловічу нечесність не відбувалося: потенційну можливість зраджувати ніхто не контролював – як до весілля, так і після нього.

Не менш важливою причиною такого різного сприйняття суспільством жіночої та чоловічої зради є історична міцна прив'язка жінки до сім'ї та дому, особливо це закарбувалося в українській культурі. Жінка із давніх часів сприймалась як берегиня сімейного вогнища та домашнього тепла. Теперішнє покоління відходить від цього поняття, але для старожилів воно досі є важливою цінністю, тому своїх дітей та внуків вони виховували за тим законом, що жінка ніколи не повинна зраджувати, бо це ставить під загрозу сім'ю. Знову-таки, подібних вимог до осіб чоловічої статі не висувалося.

Усі названі причини, на наш погляд, можна віднести до основних пояснень, чому жіноча зрада критикується суспільством набагато силь-

ніше, ніж чоловіча. Очевидно, що певні соціальні практики, пануючи протягом багатьох століть, укорінювалися в суспільстві як норма, звичай. На цих культурних елементах базувалися етичні погляди, в той же час гендерної рівності ніхто не домагався, адже в цьому просто не вбачалося суспільної необхідності. Як наслідок, ці сформовані соціокультурні стандарти оточували людину із самого народження, сприймалися нею як незмінні і єдино правильні, і часто із плином життя вони не змінювалися, передавалися із покоління в покоління, обумовлюючи і виправдовуючи більшу сексуальну свободу чоловіків і значно меншу – жінок.

І дотепер сприйняття зради є гендерно обумовленим: воно дуже залежить від того, людина якої статі її вчинила.

**Петренко Г. Д., Сипливый В. А., Петренко Д. Г., Доценко В. В.,
ХНМУ**
**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ЖЕНЩИН**

Вентральные грыжи – распространенное заболевание во всех странах. Ежегодно в мире оперируется более 1 млн пациентов по поводу вентральных грыж, разрабатываются новые способы диагностики, оперативного лечения. Но проблема вентральных грыж остается далекой от решения. Становится очевидным необходимость новых подходов и направлений в изучении этой проблемы.

Цель работы: изучение особенностей развития вентральных грыж у женщин с целью индивидуализации обследования и оперативного лечения для улучшения качества жизни пациентов.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии № 2 ХНМУ оперировано 1172 пациента по поводу вентральных грыж, из них женщин – 694 (59,2 %), мужчин – 478 (40,8 %). У женщин по локализации преобладали пупочные, параумбиликальные и грыжи белой линии живота, у мужчин – паховые и пахово – мошоночные грыжи. Послеоперационные грыжи у женщин локализовались в области разреза по Пфаненштилю, а у мужчин – после срединной лапаротомии. У женщин значительно чаще наблюдали рецидивные грыжи – 183 против 75 у мужчин. У 239 пациентов первое вмешательство произведено в других лечебных учреждениях. Большие и гигантские вентральные грыжи в 2 раза чаще выявлялись у женщин. Средний возраст пациентов составил 48,5 года. Все пациенты обследовались согласно принятым стандартам, включая УЗИ и по показаниям МДКТ. МДКТ дополнялась исследованием в латеропозиции и с выполнением пробы Вальсальвы. Оперативные вмешательства выполнялись под региональной анестезией или интубационным наркозом. У пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами мы отказались от герниопластики собственными тканями, в том числе и герниопластики аутодермальным лоскутом по В.Н. Янову, а использовали

пластику грыж сетчатым эндопротезом. Герниопластика собственными тканями выполнялась только по социальным показаниям.

Результаты и их обсуждение. Анализ нашего клинического материала свидетельствует о том, что вентральные грыжи чаще развиваются у женщин, что объясняется анатомо – функциональными особенностями женского организма, относительной «слабостью» соединительной ткани и меньшей мышечной массой. Фактором, способствующим развитию вентральных грыж, является ожирение. Различная степень ожирения была выявлена у 583 (84,0 %) пациенток. У 38 (6,5 %) из них отмечалось избыточное отложение жира в области живота в виде кожно – жирового фартуха. В таких случаях герниопластика дополнялась иссечением кожно – жирового фартуха. Вес удаленного кожно – жирового фартуха составил от 3 до 18 кг. Дополнительная пластическая операция позволила значительно улучшить качество жизни пациенток после операции.

Нами отмечена высокая информативность диагностики МДКТ с латеропозицией и пробой Вальсальвы. МДКТ позволяет получить полную информацию о содержимом грыжевого мешка, размерах и форме грыжевых ворот, выявить дополнительные дефекты брюшной стенки. У пациентов с большими и гигантскими грыжами – определить степень тяжести синдрома дислокации внутренних органов, что позволяет выполнить адекватную герниопластику, предотвращающую развитие Abdominal Compartment Syndrome.

Ведение послеоперационного периода при вентральных грыжах у женщин с ожирением требует адекватной диетотерапии для стабилизации и снижения степени ожирения. В послеоперационном периоде умерло 2 пациента. Причиной летальных исходов были инфаркт миокарда и тромбоэмболия легочной артерии.

Выводы:

1. Вентральные грыжи у женщин встречаются чаще, чем у мужчин, что связано с анатомо – функциональными особенностями женского организма и ожирением.
2. В стандарт обследования пациентов с большими вентральными грыжами следует включать МДКТ, что позволяет получить полную информацию о грыже, определить тяжесть синдрома дислокации внутренних органов для профилактики Abdominal Compartment Syndrome.
3. Герниопластика у женщин должна выполняться с применением сетчатых эндопротезов, а при избыточном отложении жира в области живота необходимо выполнять иссечение кожно-жирового фартуха, что значительно улучшает качество жизни.
4. Послеоперационное ведение должно дополняться адекватной диетотерапией для стабилизации и снижения степени ожирения.

Петренко Т. А.,

Бахмутська центральна районна лікарня

ГЕНДЕР В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Актуальность. Сегодня в мире насчитывается 160 млн. слепых людей или лиц, признанных инвалидами по зрению, и 70 % из них – женщины. По данным Всемирной организации здравоохранения проблемы со зрением увеличиваются с возрастом человека, но если рассматривать мужчин и женщин в возрасте от 40 до 49 лет, то уровень глазных заболеваний у них примерно одинаков. Однако к 80 годам и далее количество слепых и слабовидящих женщин вдвое превышает количество мужчин такого же возраста.

Цель – проинтерпретировать гендерную составляющую в развитии офтальмологических заболеваний.

Результаты. Анализ существующих рекомендаций относительно лечения офтальмологических заболеваний показал, что качество зрения играет огромную роль в жизни человека вне зависимости от пола. Но, как следует из практики повседневного контакта с пациентами, у женщин риск возникновения ряда серьезных заболеваний органа зрения выше, чем у мужчин. Следует обратить внимание на эти различия и более ответственно относиться к здоровью глаз, особенно, если вы – женщина.

Твои глаза всегда прекрасны ,
И зоркий взгляд не обмануть ,
Они чисты, глубоки, ясны,
И сразу видят смысл и суть.
Ты женщина и глаз здоровье
Тебе важнее, знай об этом!
И красотой и любовью
Веди вперед и только к свету!

Петрушкевич М. С.,

Національний університет "Острозька академія", Острог

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ У РЕЛІГІЙНИХ МАС-МЕДІА: ДЕЯКІ РОЗДУМИ ПРО ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ

Стереотип – досить складний феномен у системі взаємодії. Він організовує та підтримує сталий розвиток комунікативної складової людських стосунків, а також є транслятором традиційного світогляду та смислів культури, що завершили етап становлення і набули певного рівня визнання та схвалення у суспільній думці. У будь-якому випадку, стереотип є колективним надбанням, він представлений на усіх рівнях людської комунікації, від інтимної внутрішньої комунікації до глобальної мас-медійної.

Стереотипи постійно змінюються, це є однією із їх характеристик, але є випадки, коли стереотипи зберігають свою силу досить тривалий час. До таких належать гендерні стереотипи підґрунтям яких є патріарха-

льна традиція. Одним із трансляторів таких стереотипів є релігійна комунікативна система, оскільки вона орієнтується на традицію та канон, передачу релігійного досвіду із мінімальними змінами у часі та просторі.

Віра є однією із складових на якій будується світогляд не лише окремої людини, але й колективу, суспільства, історичної епохи. Питання гендеру та релігії піднімаються неохоче у науковому середовищі, а світські мас-медіа ніби не помічають його. Це питання постає надто заідеологізованим та політизованим у сучасних українських та світових реаліях. Проблемою є також і самі релігійні мас-медіа, такі як преса, радіо, телебачення, Інтернет, нові медіа. Тому ця тема досить делікатна, вимагає виваженого підходу та максимального неупередження.

Часто самі мас-медіа формують певні стереотипи і закріплюють їх у масовій свідомості. Це стосується як масових, так і невеликих медіа. У висвітленні релігійних проблем журналісти майже завжди спираються на вже сформовані стереотипи. Найбільше вкорінені ці стереотипи у гендерній проблематиці [2, с. 49].

Цікаво, що тут гендерні стереотипи мало відрізняються у різних релігіях, особливо якщо звертатися до світових чи національних релігій, які транслюють патріархальний світогляд. Така ситуація стає особливо помітною зараз, коли проявляються нові ознаки реанімації фундаменталізму та приписовості у вірі.

Зазвичай, чоловік пов'язується із логосом, світлом, душею та правдою, а відповідно з божественним образом. Хоча, наприклад, у християнстві у «Старому заповіті» Бог не має статі (одночасно, протягом століть церква очолювалася чоловіками; при тлумаченні «Святого Письма» завжди вживалися займенники чоловічого роду; Свята Трійця – тільки чоловічі терміни – Бог Отець, Бог Син і Бог Святий Дух), все це і закріпило у суспільній свідомості уявлення про те, що Бог чоловічої статі [3, с. 70]. Релігійні мас-медіа і до сьогодні не лише транслюють цей образ, але й протиставляють йому стереотипні погляди на жінку.

Жіночі стереотипи, якими зараз послуговуються релігійні мас-медіа, були сформовані ще у період становлення міфологічної свідомості і орієнтувалися на структурування світу у вигляді бінарних опозицій. Тому чоловічому началу протистоїть щось інше, протилежне – жіноче. І тому у символічному світі виробляються стереотипи жінки як приземленої, гріховної (наприклад, як християнська Єва) або, навпаки, як недосяжного ідеалу (непорочної Богородиці).

У релігійній масовій комунікації транслюються також стереотипні образи маргінального дискурсу – повій, наркоманок, алкоголічок та лесбійок. Сюди ж можна віднести (з позиції сприйняття чоловічим каноном, водночас і жіноча традиція неоднозначно оцінює цих жінок) і феміністок або інших представниць громадських рухів і організацій, що підтверджує І. Жеребкіна. Але найчастіше, не беручи до уваги останніх, ними займаються психологи, що з'ясовують причини девіантної поведінки [1].

Загалом, стереотипи – невід’ємна складова будь-якого світогляду, у тому числі і релігійного також. Тому у релігійних мас-медіа гендерні стереотипи часто стають вагомими аргументами на користь авторської думки чи позиції церкви. Вміле використання стереотипів дає реальні можливості для маніпуляції масовою аудиторією.

Література

1. Пода О. Проблема гендерних ролей і стереотипів у пресі на межі ХХ–ХХІ ст. [Електронний ресурс] / Олена Пода. – Режим доступу: <http://vuzlib.com/content/view/1541/43/>

2. Полякова А. І. Формування гендерних стереотипів: релігійний вектор (на матеріалі журналів «Главред», «Корреспондент», «Фокус», «Український тиждень») / А. І. Полякова // Актуальні питання масової комунікації. – 2012. – Вип. 13. – С. 49–51.

3. Степанянц М. Образ женщины в религиозном сознании: прошлое, настоящее, будущее / М. Степанянц // Феминизм. Восток. Запад. Россия. – Москва : МЦГИ, 1999. – С. 66–76.

Питецька Н. І.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Вважають, що інфаркт міокарда (ІМ) – це захворювання чоловіків. Незважаючи на те, що у жінок ІМ розвивається на 10–15 років пізніше, ніж у чоловіків, що пов’язано з гіпоестрогенемією, кількість жінок, померлих від цього захворювання, майже дорівнює кількості чоловіків, що пояснюється значно більшою тривалістю життя жінок. Попри те, що захворюваність на ІМ в усьому світі знижується в усіх вікових категоріях, рання смертність у жінок від ІМ вища, ніж у чоловіків того ж віку. Особливо це відзначається у молодих жінок.

Існують гендерні відмінності за тригерами ІМ. Такі фактори ризику, як цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, дисфункція нирок і депресія, більш значущі для жінок, ніж для чоловіків, а фізичні вправи та помірне вживання алкоголю, за даними всесвітнього дослідження, виявили більшу протекторну дію у жінок, ніж у чоловіків. Відомо, що жінки менше палять, але у молодих жінок паління цигарок, особливо в комбінації з гіперліпідемією і гормональними порушеннями, є вагомим фактором ризику. Важкі фізичні навантаження відносять до тригерів ІМ у чоловіків, тоді як емоційні стреси частіше впливають на виникнення захворювання у жінок.

Під час клінічного дослідження симптоми ІМ у жінок не завжди вчасно розпізнаються через те, що вони порівняно з чоловіками відчують так звані «атипові» симптоми і більш вагусні ознаки активації, що призводить до затримки надання медичної допомоги. Крім того, до факторів затримки відносять вік, тип ІМ, відсутність знань щодо тромболіти-

чних засобів, небажання турбувати інших, схильність до самолікування і, особливо, сприйняття ІМ як суто «чоловічої» проблеми. При цьому вірогідність ішемічної раптової смерті у чоловіків набагато вища.

Кров пацієнтів чоловічої статі має підвищену в'язкість, агрегацію та деформованість еритроцитів порівняно з жінками. У жінки частіше спостерігаються ураження однієї судини, тоді як для чоловіків характерне багатосудинне ураження. Ангіографічне дослідження у жінок з важкою ішемічною хворобою серця частіше виявляє відсутність обструкції.

Більшість досліджень свідчить, що жінки одержують меншу інвазивну допомогу, ніж чоловіки, але останніми роками ця різниця не завжди підтверджується. Навпаки, описується однаковий процедурний успіх, але з більш високою частотою ускладнень після ЧВШ у жінок та більш високою короткочасною виживаємістю після шунтування коронарних артерій. Хворі жінки мають менший шанс одержати кардіовертер-дефібрилятор для профілактики раптової смерті після ІМ. Після ІМ чоловіки бояться проблем в інтимному житті, тоді як жінки відчувають інтенсивні епізоди страху.

Таким чином, незважаючи на прогрес у сучасній медицині для своєчасної діагностики ІМ та подальшого успішного лікування хворих необхідно враховувати гендерні особливості, що сприятиме покращанню якості життя незалежно від статі.

Пічкур І. М.,
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

**ФОРМУВАННЯ ГЕНДЕРНОЇ ПОЛІТИКИ В УКРАЇНІ
НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

Питання забезпечення рівних прав і можливостей в українському суспільстві набуває все більшої актуальності. Дотримання Україною міжнародних стандартів у цій сфері є показником демократизації суспільства. Реалізація принципу гендерної рівності – соціальної рівності за ознакою статі – у всіх сферах та на всіх рівнях суспільного життя є необхідною передумовою формування в Україні сучасного цивілізованого демократичного суспільства та її інтеграції в міжнародне товариство, яким ця рівність вже більше ніж півсторіччя визнана невід'ємною складовою загальних прав людини.

Досвід багатьох країн світу свідчить, що завдяки підвищенню частки жінок на рівні прийняття рішень посилюється соціальна орієнтація державної політики, знижується рівень корупції, що сприяє розвитку всього суспільства, покращанню соціально-економічного рівня розвитку країни та якості життя.

Після шести років активного лобювання з боку жіночої громадськості в 2005 р. Верховною Радою України було прийнято Закон «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків».

Сьогодні в Україні гендерна рівність – рівний статус жінок і чоловіків та рівні можливості, які дозволяють особам обох статей брати рівну участь у всіх сферах життєдіяльності суспільства.

Проте незважаючи на певні досягнення у сфері забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків в Україні продовжує існувати гендерна нерівність, основними проявами якої є недостатній рівень представництва та участі жінок на рівні прийняття політичних і соціально-економічних рішень, а також управління ресурсами, низький рівень економічної активності жінок відносно чоловіків працездатного віку, дискримінація у процесі працевлаштування та професійного розвитку, секторальна професійна сегрегація, яка призводить до суттєвого розриву в оплаті праці жінок та чоловіків.

Суспільні гендерні стереотипи створюють перешкоди та обмеження для вільного вибору способу життя, у тому числі професійної та суспільної реалізації, сімейного життя тощо. Низька ефективність національного механізму запобігання та протидії гендерному насильству, відсутність комплексного підходу до формування в суспільстві неприйняття насильства також є проявом гендерної нерівності.

Виходячи з таких обставин держава повинна пропонувати моделі гармонізації сімейного та професійного життя для чоловіків і жінок, зокрема, для формування культури відповідального батьківства, впроваджувати гендерний компонент в освітньо-виховний процес, зменшувати гендерні відмінності, вдосконалюючи гендерну політику країни.

Полетова Н. П., Гранкина С. С., Рисованая Л. М.,
ХНМУ

ФОРМИРОВАНИЕ ГЕНДЕРНОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

На современном этапе развития Украины объективные потребности общества диктуют необходимость повышения уровня профессиональной подготовки медицинских кадров на этапе их обучения в вузе. Интегративным показателем качества подготовки будущих специалистов-медиков выступает профессиональная компетентность, высокий уровень развития которой является решающим фактором социальной защищенности и профессионального развития, а его достижение – главной задачей профессионального образования. Рассмотрение данного вопроса с точки зрения гендерного подхода позволяет более полно и качественно проанализировать особенности профессионального становления будущих врачей на этапе профессиональной подготовки, определить эффективные пути оптимального развития их личности.

Однако вне поля зрения исследователей остается проблема внедрения активных форм и методов обучения в рамках личностно-ориентированного подхода в практику профессионального обучения медиков, с учетом их гендерных особенностей, что позволяет расширить

пределы возможностей профессиональной самореализации будущих врачей обоих полов.

Непонимание проявлений гендерных стереотипов, невысокая готовность педкадров к работе по формированию гендерной культуры приводит к тому, что актуальной проблемой становится изучение проблем гендерного формирования личности.

На сегодняшний день одним из приоритетов государственной политики в Украине является воспитание студенческой молодежи, где особое внимание уделяется необходимости гендерного воспитания личности, которое направлено на формирование у студентов представлений о роли и жизненном предназначении мужчин и женщин в современном обществе посредством приобщения подрастающего поколения к ценностям культуры.

Гендерное формирование личности, как вид воспитания, представляет собой целенаправленное формирование личности как представителя определенного пола на основе развития у нее определенного отношения к себе и окружающим с учетом половой принадлежности, мировоззрения, свободного от гендерных стереотипов, форм поведения, не допускающих проявлений дискриминации по половому признаку, и коммуникативных умений, позволяющих конструктивно общаться с представителями своего и противоположного пола.

Критериями сформированности гендерной культуры личности у студентов-медиков могут являться: знания о психофизиологических особенностях представителей обоих полов; понимание традиционного для национальной культуры образа мужчины и женщины; принятие своей гендерной роли и готовность к ее исполнению; критическое отношение к гендерным стереотипам, осознание права личности на собственный выбор; толерантное отношение; умение конструктивно общаться; представление о гендерном равноправии и недопустимости всех проявлений насилия и дискриминации по половому признаку.

Можно также выделить следующие факторы, значимые для гендерной социализации в системе образования в целом и для гендерного воспитания в частности: гендерный профиль учебного заведения; содержание предметов; личность преподавателя; гендерный профиль студенческой группы; система воспитательной работы.

Таким образом, проанализировав проблемы гендерных взаимоотношений, можно сделать вывод, что гендерный фактор оказывает большое влияние на формирование личности студента-медика. Повышение качества гендерного образования в вузе должно рассматриваться в структуре общей профессиональной компетентности, а профессиональная деятельность преподавателя должна формироваться с учетом социальных и культурных характеристик обеих полов.

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ПІД ДІЄЮ ПАТОГЕННИХ ФАКТОРІВ

У сучасних умовах, що характеризуються високим рівнем захворюваності, проблеми охорони репродуктивного здоров'я населення мають велике значення та спрямовані на збереження благополуччя в родині та підтримку народжуваності. Формування репродуктивного здоров'я починається ще в ембріональному періоді та залежить від багатьох екзогенних та ендогенних факторів ризику. Сучасна медицина виділяє серед них індивідуальні особливості організму, соціальні, економічні та культурні аспекти життєдіяльності людини. У даний час про репродуктивне здоров'я дбають не тільки лікарі, але й психологи, соціологи.

Вплив шкідливих речовин на організм жінок та чоловіків здійснюється через дію на фертильність (лібідо, сперматогенез і овогенез) й на організм, що розвивається (структурні аномалії, спонтанні аборти). Серед факторів, що визначають стан репродуктивного здоров'я, виділяють екзогенні – умови праці, навколишнє середовище, соціально-економічні показники життя і ендогенні – спадковість, стан соматичного здоров'я батьків, дитячий анамнез та інші. Наслідки цих впливів позначаються не тільки на здоров'ї матері, а й батька. У чоловіків це проявляється у вигляді погіршення показників рухливості спермій, порушення здатності до зачаття, крипторхізму, гіпоспадії, злоякісних новоутворень яєчка, що в підсумку призводить до безпліддя. У жінок порушується здатність до виношування плода, лактаційна функція. У більшості випадків тривала дія патогенних факторів малої інтенсивності може призводити до порушення адаптації організму, що проявляється у вигляді імпотенції у чоловіків, передчасних пологів, гіпоксії плода у жінок.

Таким чином, репродуктивна система дуже чутлива до патогенних факторів. Ці порушення проявляються у вигляді клінічних, патофізіологічних, імунологічних змін, що впливають на гомеостаз, збереження популяції людей та пристосування організму до навколишнього середовища.

**Рассказова О. І., Григоренко В. Л., Рассказова П. І.,
КЗ «ХГПА» ХОР**

ТРЕНІНГОВІ ФОРМИ ГЕНДЕРНОЇ ПРОСВІТИ ФАХІВЦІВ ОСВІТНЬОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ СФЕР – ШЛЯХ ДО РОЗБУДОВИ СУСПІЛЬСТВА РІВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ В УКРАЇНІ

Проблема необхідності запровадження гендерно-чутливого підходу у сферу освіти й соціальну сферу загострюється в умовах зміни концепції та пошуку нових форм професійної взаємодії в системі «педагог/соціальний працівник – отримувач освітніх послуг/клієнт – територіальна громада». Запровадження нової концепції послуг (освітніх та соціальних) для населення, заснованої на ідеї суспільної рівності та справед-

ливості, вимагає підвищення рівня гендерної грамотності та культури фахівців, до професійних обов'язків яких входить активна соціально-педагогічна взаємодія з представниками різних соціальних груп.

Сьогодні Україна приєдналася до міжнародної спільноти, взявши на себе зобов'язання щодо забезпечення рівності прав усіх верств населення. Необхідність забезпечення в суспільстві гендерної рівності означена як п'ята ціль серед Цілей Сталого Розвитку, які, за словами Президента України П. Порошенка, слугуватимуть як загальна основа для подальших перетворень в Україні, запровадження нових програм і проектів, які на практиці забезпечать соціальну згуртованість населення.

Виходячи з цього, гендерно-чутливий підхід стає невід'ємною частиною концепції освітньої діяльності та соціальної роботи з населенням, що апробується в діяльності освітніх закладів, різних організацій і структур в Україні та в Харківському регіоні зокрема при наданні соціальної допомоги і підтримки вразливих верств населення, територіальної громади. У межах цього руху відбувається експертиза шкільних підручників, у багатьох закладах освіти регіону проводяться уроки гендерної рівності та толерантності. Гендерно-чутливий підхід став невід'ємною частиною політики ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», яка ініціювала і впровадила діяльність з навчання спеціалістів ВЛ-сервісних організацій щодо інтегрування гендерного підходу у процес надання послуг клієнтам. У Харкові такий підхід запроваджено в підготовці патрульних до роботи у громаді тощо.

Хоча усі означені практики є досить ефективним, у зв'язку із підвищенням вимог до фахівців освітньої та соціальної сфер постає необхідність узагальнення набутого досвіду та створення й апробації принципово нової системи гендерної просвіти педагогів та працівників соціальної сфери для застосування гендерно-чутливого підходу в освітній та соціальній сферах.

Гендерно-чутливий підхід визначається нами як професійна взаємодія фахівця (педагога, соціального працівника) з людиною незалежно від статі з орієнтацією на роботу з неконструктивними гендерними стереотипами, що заважають особі розвиватися, досягати самореалізації, набувати нового досвіду, знаходити вихід зі складних життєвих обставин.

Наголосимо, що сьогодні Уряд України затвердив Концепцію Державної соціальної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2021 року. Проект зазначеного нормативного акта було розроблено Мінсоцполітики на виконання Закону «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків», зобов'язань України щодо виконання Конвенції ООН про ліквідацію усіх форм дискримінації щодо жінок та інших міжнародних актів. Затвердження документу було викликано необхідністю системного впровадження принципу рівних прав та можливостей жінок і чоловіків в усіх сферах життєдіяльності суспільства для забезпечення сталого соціально-економічного роз-

вितку, реалізації прав людини та ефективного розв'язання існуючих проблем з чіткою орієнтацією на людину.

Розкриваючи проблему гендерної просвіти фахівців освітньої та соціальної сфер у контексті розбудови суспільства рівних можливостей в Україні, наголосимо, що прийняття зазначеного документу актуалізувало необхідність збагачення гендерною проблематикою програм курсів підвищення кваліфікації державних службовців, посадових осіб місцевого самоврядування та працівників державних установ.

Неформальної гендерної просвіти гостро потребують фахівці з соціального та соціально-правового захисту й надання соціальних послуг, зокрема: працівники територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг), державних та недержавних соціальних служб; працівники служби пробації, волонтери пробації; працівники соціально-психологічної служби ЗОШ та ВНЗ, викладачі вищої школи, які опікуються підготовкою майбутніх соціальних працівників та інші фахівці.

Необхідність оновлення системи перепідготовки та підвищення кваліфікації зазначених категорій працівників, адаптації їх знань та вмінь до нових гендерно-чутливих практик актуалізує питання пошуку нових технологій гендерної просвіти, що забезпечують активізацію діяльності педагогів-практиків та працівників соціальної сфери, ефективне включення їх у новий не байдужий до потреб кожної особистості контекст професійної діяльності. Зважаючи на це, наголосимо, що вискоелективним засобом гендерної просвіти фахівців є універсальний вид неформальної освіти – соціально-педагогічний тренінг.

Тренінг – форма активного навчання, спрямована на розвиток знань, умінь і навичок та соціальних установок. Зазначена форма досить часто використовується в просвітницькій діяльності, де бажаний результат – не тільки отримання нової інформації, а й набуття професійних мотивів та навичок застосування отриманих знань на практиці. У широкому розумінні поняття «тренінг» застосовується до всіх форм і напрямів групової роботи (тренінг особистісного зростання, тренінг вирішення конфліктів, комунікативний тренінг тощо) [2].

У педагогічній науці питання організації соціально-педагогічного тренінгу в роботі з різними категоріями населення для вирішення різних соціальних та освітніх проблем розроблялись О. Безпалько, М. Галагузовою, Ю. Галагузовою, А. Капською, Г. Лактіоною, Л. Міщик, В. Нікітіним, В. Петровичем, С. Харченком та ін. У даному аспекті тренінг розуміється як технологія соціально-педагогічної діяльності, спрямована на набуття життєвої компетентності особистості шляхом збагачення як знаннями, так і життєво-практичним та емоційно-особистісним досвідом завдяки використанню інтерактивних засобів навчання.

Вважаємо, що використання соціально-педагогічних тренінгів у гендерній просвіті фахівців є перспективним напрямом удосконалення

їхньої професійної підготовки, адже педагог й працівник соціальної сфери – це фахівці, які мають майстерно оволодіти засобами організації соціальної та соціально-педагогічної взаємодії, мати досвід цілеспрямованого виховного впливу на іншу особу. Перифразуючи думку Є. Рогова [1], професійність таких фахівців розуміємо як сукупність психофізіологічних, психічних та особистісних змін, що відбуваються в людині у процесі оволодіння знаннями та тривалій діяльності й забезпечують якісно новий, вищий рівень вирішення складних професійних завдань на засадах гендерно-чутливого підходу.

Аналізуючи праці вчених (Б. Ананьєв, Ю. Бабанський, І. Бех, О. Бодальов, Ф. Гонболін, І. Зимня, В. Ільїн, Є. Клімов, Г. Костюк, Н. Кузьміна, О. Леонтєв, К. Платонов та ін.), присвячені проблемі підвищення професіоналізму фахівця, зокрема його професійної активності, відзначимо, що у процесі проведення соціально-педагогічного тренінгу набуватимуться саме ті надважливі професійні характеристики особистості, що виражаються в органічній єдності потреб, свідомості, знань, емоційно-вольової сфери та практичного досвіду соціально-педагогічної взаємодії, спрямовані на особистісне та професійне становлення людини як суб'єкта реалізації ідеї суспільної рівності.

Соціально-педагогічний тренінг є ретельно спланованим процесом надання чи поповнення знань, відпрацювання умінь і навичок, зміни чи оновлення певних професійних ставлень, поглядів і переконань. Тренінг характеризується тим, що під час його проведення немає авторитарного підходу до дотримання дисципліни; на тренінгу всі добровільно визнають правила. Тренінгова взаємодія відбувається під керівництвом ведучого, проте передбачає спілкування на рівних з тренером; активність учасників спрямована на здобуття нових знань та вмінь за допомогою ефективних практикологічних методів. Соціально-педагогічний тренінг забезпечує навчання в дусі педагогічного оптимізму, виконує мотивуючу функцію, сприяє підвищенню рівня впевненості особистості у власних силах, зняття психологічних бар'єрів у професійній діяльності.

Наголосимо, що сьогодні в Харківському регіоні відбувається створення інноваційної освітньої структури підвищення рівня гендерної грамотності та культури працівників освітньої та соціальної сфер – Гендерного відкритого університету, що має на меті системну, орієнтовану на потреби практики роботу щодо гендерної просвіти у професійному середовищі. У свою чергу, відповідна просвіта фахівців ініціює ланцюгову реакцію у системі професійної взаємодії з громадою щодо поширення принципів гендерної рівності та соціальної відповідальності при наданні освітніх послуг, соціальної допомоги і підтримки вразливих верств населення.

Проведення навчальних занять за спеціально розробленою робочою програмою підготовки із застосуванням засобів соціально-педагогічного тренінгу забезпечуватиме гендерну просвіту фахівців, під-

вищення рівня їх гендерної культури та надання їм додаткової інформації щодо шляхів та засобів реалізації гендерної політики держави, сприяння засвоєнню гендерно-чутливого підходу до створення й реалізації соціальних проєктів, планів, продуктів соціальної реклами в роботі з різними соціальними групами й верствами населення. На нашу думку, у таких програмах соціально-педагогічні тренінги забезпечуватимуть набуття фахівцями професійної та життєвої компетентності шляхом збагачення як фаховими знаннями, так і життєво-практичним та емоційно-особистісним досвідом завдяки використанню інтерактивної взаємодії. Такі тренінги стануть ефективними для вирішення різних соціально-педагогічних проблем, забезпечуючи підготовку слухачів до ефективного вирішення цілої низки освітніх й соціально-педагогічних завдань.

За нашим переконанням, використання соціально-педагогічних тренінгів у гендерній просвіті фахівців має значну перспективу. Розробка та апробація тренінгових засобів у процесі організації різних видів гендерної просвіти у професійному середовищі стає в сучасних умовах важливим напрямом подальших досліджень.

Література

1. Рогов Е. И. Личность в педагогической деятельности / Е. И. Рогов. – Ростов-на-Дону : РГПУ, 1994. – 240 с.

2. Соціальна педагогіка: теорія і технології : підручник / за ред. І. Звереві. – Київ : Центр навч. літ-ри, 2006. – 316 с.

Рингач Н. О., Керецман А. О., Власик Л. Й.,
Інститут демографії та соціальних досліджень
ім. М. В. Птухи, НАН України

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ РЕАЛЬНИХ І ПОТЕНЦІЙНИХ ВТРАТ ВНАСЛІДОК ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ В УКРАЇНІ

Як і в попередні роки, у нашій країні високим залишається розрив у тривалості життя між жінками й чоловіками – майже 10 років (проти 5–6 років у розвинутих європейських країнах). Це обумовлено в основному високою передчасною (до 65 років) смертністю українських чоловіків, детермінованою комплексом чинників (біологічних, соціальних, поведінкових), що визначає напрями стратегій і втручань з метою зменшення втрат через чоловічу надсмертність. Так, стандартизований показник смертності від всіх причин майже удвічі вищий у чоловіків.

В Україні спостерігаються значні відмінності у рівнях як реальних втрат життя через передчасну смертність, так і потенційних (тобто років, недожитих до цього віку через настання смерті у більш ранньому віці).

Розрахунок обсягу і структури років втраченого потенційного життя (Years of Potential Life Lost/YPLL або ВРПЖ) дозволяє оцінити міру впливу передчасної смертності в цілому та відносну значущість окремих причин смерті зокрема, у тому числі в розрізі статі. Усвідомлюючи, що

до оцінки останніх даних щодо смертності й чисельності населення слід ставитися з урахуванням імовірності їх недостовірності через низку причин, розрахунки ВРПЖ базувалися на звітності за 2013 рік.

Так, індекс ВРПЖ для чоловіків виявився більш ніж у два з половиною рази вищим, ніж у жінок, а для окремих регіонів навіть майже у тричі (у 2,9 рази для Тернопільської, Рівненської, Волинської, Сумської, Чернігівської областей тощо). Цікаво, що для областей з найвищими показниками (Донецька, Житомирська, Кіровоградська) статеve співвідношення виявилось дещо меншим. Можна припустити, що в цих регіонах жінки мають відносно вищий ризик передчасної смерті. На *рис. 1* представлено регіональні відмінності за рівнем втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смерті від всіх причин (ранжування за індексом ВРПЖ для чоловіків).

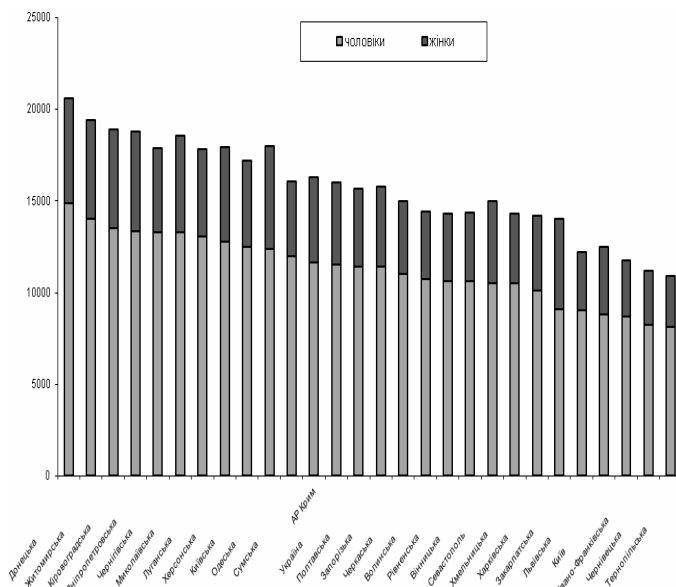


Рис. 1. Індекс втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності, людино-років на 100 тис. відп. нас., чоловіки і жінки, 2013 р.

(джерело: розрахунки фахівців Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи за даними Держстату)

Звичайно, найбільша різниця – для зовнішніх причин смерті, індекс ВРПЖ для сильної статі вищий майже у п'ять разів (відповідно стандартизований показник смертності – у 4,6 рази!).

Слід зазначити, що в Україні останніми роками зростає значущість патології травної системи як причини втрат життя, здоров'я та працездатності.

тності. На початку ХХІ ст. в Україні за класом хвороб органів травлення (ХОТ) ще зберігалось останнє місце у п'ятірці основних причин смерті, тепер же ці захворювання випередили клас хвороб органів дихання і піднялись на вищу сходинку. ХОТ в Україні у 2015 р. – на четвертому місці у структурі смертності, у структурі ВРПЖ також посідає четверте місце. За істотних відмінностей у рівнях смертності за статтю (майже у два рази), найбільша диспропорція показників характерна для зрілого віку від 25 до 70 років. У свою чергу, смертність в Україні від ХОТ в 2,2 рази вища, ніж у Європейському Союзі (ЄС), причому для чоловічого населення таке переважання є значно більшим (у 2,5 рази проти 1,8 для жінок).

Рисованая Л. М., Алексеенко Р. В.,
ХНМУ

ПРОБЛЕМА ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ В КЛЮЧЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ БУДУЩЕГО ВРАЧА

Процесс подготовки специалиста в медицинском вузе не может быть сведен к накоплению профессиональных знаний, умений и навыков. Формирование ценностно-смысловых основ профессиональной деятельности является, с одной стороны, психологической задачей молодого возраста, к которому относится большинство студентов ВУЗов, а с другой – отдельной психолого-педагогической задачей, стоящей перед учебным заведением.

Важной составляющей в формировании личности будущего врача является проблема ценностей личности, так как они являются детерминантами жизненного пути. Современные требования индивидуального подхода к формированию личности не могут быть выполнены без учета психологической специфики пола. Пол человека играет огромную роль в становлении его социально значимых свойств и качеств, выступая естественной основой индивидуальности.

Значение исследования ценностных ориентаций студента-медика определяется тем, что они представляют собой основной канал усвоения духовной культуры общества, превращения культурных ценностей в стимулы и мотивы практического поведения людей. Формирование ценностных ориентаций во многом способствует процессу развития личности в целом. Это является важным не только в период становления личности, но и на последующих этапах ее жизни. Причем на этих этапах, особенно в начале профессионально-трудовой деятельности, сильно возрастает значение объективных обстоятельств, влияющих на сознание молодого специалиста, в частности взаимодействия между ценностными ориентациями и различными формами социальной практики. Такое взаимодействие имеет существенные аспекты в плане социальной и гендерной адаптации молодого специалиста и окончательного формирования его как личности.

Ценностные ориентации представляют собой наиболее гибкую, предполагающую свободный выбор, а следовательно, и всесторонний

учет индивидуальных интересов и потребностей, форму включения общественных ценностей в механизм деятельности и поведения личности, в том числе и гендерного.

Формирование ценностных ориентаций будущих специалистов-медиков связано с проявлением допустимых профессиональных отношений в работе с различными лицами и группами населения. Поскольку профессиональная деятельность врача связана с индивидуальной и социальной конфиденциальностью, актуальным становится развитие в процессе обучения моральных качеств личности.

Будущему специалисту-медику необходимо быть нацеленным на решение целого комплекса разнообразных задач, таких, как диагностика состояния здоровья пациента, консультирование, профилактика, инновационная деятельность в области врачевания и т. д.

Какие же ценностные ориентации должны быть сформированы у будущего врача? Здесь можно сформулировать несколько, на наш взгляд, самых предпочтительных: ответственность, проявляющаяся в чувствительности к потенциально возможным конечным результатам своих профессиональных действий; соблюдение моральных и правовых норм; человеческое достоинство; справедливость и гуманизм; толерантность по отношению к пациентам обоих полов и многие другие.

При этом решение проблемы гендерной специфики активности заключается в поощрении развития личности в сторону индивидуального самовыражения.

Таким образом, будущий врач, обладающий профессиональными ценностными ориентациями, может найти верный путь к успешному решению поставленных перед ним задач, поэтому изучение проблемы ценностей и ценностных ориентаций являлось и является значимым для медицинского вуза.

Ростовская В. И.,

Национальный фармацевтический университет, Харьков
ЦЕННОСТНЫЕ АСПЕКТЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

Уровень техногенного воздействия современной цивилизации превышает возможности экосистем к сохранению биологического равновесия. Сегодня данное утверждение является общепризнанным фактом как научного дискурса, так и повседневного общения.

Уровень технологического развития позволяет как дестабилизировать структуры биогеоценоза, так и стабилизировать их путем уменьшения воздействия на окружающую среду. Следовательно, техногенная нагрузка на экосистему может с успехом контролироваться обществом.

Важнейшим фактором ограничения негативного воздействия человека на среду обитания является формирование устойчивых ценностных ориентаций граждан на уровне индивидуального и коллективного сознания, направленных на формирование архетипов экологического сознания и связанного с ним экологического действия.

Одним из направлений формирования ценностно-ориентированного экологического сознания является введение аспектов техногенных факторов среды обитания в дискурс проблематики здоровья и выживания человека.

Понятие здоровья размыкается и рассматривается в связке с факторами внешней среды, имеющими непосредственное влияние на процессы, протекающие в организме человека и в обществе. Обобщенные сведения о взаимосвязи человека со всеми формами экосистем представлены в специфических отраслях знания: социальной экологии и экологии человека.

Целью экологического воспитания является формирование экологической культуры, атрибутами которой выступает система предписаний и запретов, регулирующих деятельность индивидов, социальных групп и социальных институтов с учетом экологических ценностей. Экологическая культура предполагает смену традиционных ценностных установок, предполагающих постулирование права человека на произвольную эксплуатацию ресурсов среды обитания. Деятельно-целевая установка должна быть ориентирована не на установление господства человека над природой, а на поиск возможностей формирования симбиотических отношений в условиях различных биосистем.

Планомерное внедрение методов экологического воспитания позволит достичь оптимизации уровня природопользования и максимального сохранения и поддержания биологического многообразия среды обитания человека.

Савельева Ю. М.,

Сумський державний університет

ФЕНОМЕН СІМ'Ї В ФІЛОСОФІЇ

Сучасна філософія відзначається помітним розширенням поля своєї уваги, когерентно чому розширюються та оновлюються й філософські дослідницькі підходи. Серед донедавна малоцікавих для філософії об'єктів вивчення можна виокремити й феномен сім'ї, трансформації якого зазнають чимало нарікань не лише з боку фахівців різних галузей знань, а й з боку політиків, релігійних лідерів, громадських діячів тощо. Основними причинами, що доводять потребу саме філософської рефлексії щодо сім'ї, ми вважаємо такі:

- Глобалізація, яка, охоплюючи всі сфери життя суспільства, здатна перетворювати масштаби будь-якої проблематики (у тому числі сім'ї) на світові глобальні. У даному випадку загострюється питання взаємодії сім'ї і суспільства.

- Постмодернізм з його плюралістичним мисленням та відходом від парадигмальних позитивістських установок в аналізі проблем. Неоднозначне сприйняття постмодернізму, часом ігнорування його дослідницького потенціалу гальмує можливості пізнання явищ сучасності, до яких належить і сучасна сім'я.

- Кардинальні зміни, що відбуваються з сім'єю (перш за все структура та функція), що вимагають перегляду підходів до її вивчення та розуміння.

Деконструкція як одна з найбільш яскравих форм філософської творчості постмодернізму в методологічному плані надає можливість відсторонитись від усталених уявлень про сім'ю та наблизитись до розуміння сім'ї сучасної. Аналіз соціологічних, психологічних, педагогічних та інших досліджень, що стосуються теми сім'ї, демонструє наявність прогалин у цьому полі знань, які можна заповнити лише скориставшись міждисциплінарним підходом, чим і вирізняється постмодернізм. Окремий визначений «лінгвістичний поворот» у філософії, починаючи з ХХ ст., сприймаючи світ як суцільну текстуальну реальність, пропонує вивчати сім'ю крізь призму деконструкції сім'ї як тексту.

Міждисциплінарні можливості постмодерністського підходу відповідають сучасному вектору розвитку пізнання та дозволяють ширше розглянути багатовимірний феномен сім'ї, що віддзеркалює соціально-культурні практики свого часу. Вихід за дисциплінарні межі окремих наук, що вивчають сім'ю, спрямовують об'єднані можливості різних методологічних установок на з'ясування специфічних ознак сім'ї. Деконструкція при цьому викриває протиріччя й історичні парадокси, на яких ґрунтується уявлення про сім'ю, а також демонструє, що феномен сім'ї має розмаїття сенсів, особливо у відносинах з іншими об'єктами.

Застосування саме постмодерністського підходу до вивчення поки що нетривалої історії сучасної сім'ї дала початок критиці філософського ідеалізму в осмисленні сім'ї, дискусіям щодо визнання політичного характеру сім'ї, викриттю того факту, що сім'я може бути не лише «островом духовного життя», а й місцем, де панує насильство, нерівний розподіл обов'язків, відсутність любові та злагоди.

Соціально-філософський аналіз глобальних тенденцій в організаційних формах сімейних відносин доводить, що сім'я, як і будь-який інший культурно-історично-соціальний феномен, постійно змінюється. Ці трансформації отримують різні оцінки, хоча сім'я доби постмодерну і вирізняється поєднанням традицій з інноваціями.

Сіденко М. Ю., Михайлова К. О., Оніпченко О. І.,
КЗ «ХГПА» ХОР

ПІДГОТОВКА СТАРШОКЛАСНИКІВ ДО СІМЕЙНОГО ЖИТТЯ ЯК СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

Соціологічні дослідження свідчать, що розвиток сучасної української сім'ї характеризується такими тенденціями: збільшення кількості розлучень; збільшення кількості неповних сімей та дітей, народжених поза шлюбом; збільшення середнього віку укладання шлюбу; поширення ідеї добровільної бездітності; проживання подружніх пар без оформлення

шлюбу; збільшення кількості одиноких людей, які не беруть шлюбу; зменшення кількості повторних шлюбів.

До того ж складна соціально-економічна ситуація в українському суспільстві негативно впливає на сім'ю як основний соціальний інститут, у якому виховується особистість майбутнього сім'янина. У педагогічних дослідженнях (В. Кравець, Д. Луцик, В. Макаров, І. Мачуська, Н. Новікова, В. Постовий, Г. Сутріна, В. Сухомлинський, Н. Феоктистова, О. Хромова, І. Шалімова, Л. Яценко) увага акцентується на виявленні соціально-педагогічних факторів та умов, дидактичних і виховних засобів цілеспрямованого керівництва процесом формування готовності молоді до створення сім'ї.

Одним із основних завдань суспільства є підготовка молоді до створення повноцінної сім'ї. Така підготовка повинна ґрунтуватися на системі знань, умінь і навичок, здобутих за час навчання у загальноосвітній школі. Однак педагогічні дослідження свідчать про існування певних проблем щодо сприйняття молоді себе у сімейному житті. Готовність до шлюбу і сімейного життя передбачає не лише бажання закоханих постійно бути разом, а й відповідальність і серйозні зобов'язання. Вона охоплює декілька аспектів: формування певного морального комплексу – готовність особистості прийняти на себе нову систему обов'язків щодо свого партнера, майбутніх дітей, насамперед йдеться про розподіл ролей між подружжям; готовність до міжособистісного спілкування і співпраці, сім'я є малою групою, для нормального функціонування якої необхідна узгодженість ритмів життя подружжя; готовність до самопожертви заради партнера, що передбачає здатність до відповідної діяльності, заснованої на альтруїзмі (безкорисливості); наявність якостей, пов'язаних із проникненням у внутрішній світ людини (емпатійний комплекс); висока естетична культура почуттів і поведінки особистості; уміння розв'язувати конфлікти конструктивним способом, здатність до саморегуляції власної психіки і поведінки [2].

Для підготовки старшокласників до сімейного життя в роботі соціального педагога пропонуємо тренінгові заняття «Я і ти: від дружби до сім'ї», мета яких полягає у формуванні в старшокласників адекватних уявлень про сімейне життя та моделі поведінки майбутнього сім'янина. Перелік занять показує наочно різноманітні проблеми, які в майбутньому необхідно вирішувати молоді у подружньому житті: 1) «Я – особистість»; 2) «Дружба»; 3) «Закоханість»; 4) «Кохання»; 5) «Я і моє репродуктивне та сексуальне здоров'я»; 6) «Я і мій майбутній шлюб»; 7) «Я і моя майбутня сім'я»; 8) «Я і можливі сімейні конфлікти»; 9) «Я і моє домашнє господарство»; 10) «Я і мої майбутні діти» [1].

Дослідник В. Кравець у підготовці учнівської молоді до сімейного життя в процесі позаурочної роботи зі школярами передбачає такі форми та методи: етична бесіда, диспут, постійний лекторій, усний журнал, читачка конференція, вікторина, зустрічі з молодими подружніми парами

та подружніми партнерами зі стажем; спільна трудова діяльність учнів різної статі, спільне виконання громадських доручень, спільне проведення вільного часу у неформальних групах, роліві ігри тощо.

Отже, варто посилити роль освіти, соціального педагога в підготовці учнівської молоді до майбутнього сімейного життя, оскільки сім'я, шлюб, діти є невід'ємними цінностями будь-якого суспільства.

Література

1. Хархан Г. Підготовка старшокласників до сімейного життя : тренінги / Г. Хархан ; упоряд. В. Снігульська. – Київ : Видавнича група «Шк. світ», 2015. – 136 с.

2. Резничук Г.О. Підготовка сучасної молоді до сімейного життя [Електронний ресурс] / Г.О. Резничук, О.М. Василенко // Науковий вісник Ужгородського національного інституту. – Режим доступу : <http://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/.pdf>

**Сипливый В. А., Гузь А. Г., Петренко Г. Д.,
Евтушенко Д. В., Мороз Е. Л.,
ХНМУ**

О ПАЗАРИТАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ

Согласно статистическим данным ВОЗ, 95 % населения являются носителями смертельных паразитов, которые в определенных ситуациях до какого-то времени скрыто существуют в организме, уничтожая иммунную систему человека, приводя к многочисленным заболеваниям вплоть до летальных исходов. На территории бывших СНГ паразитарные заболевания остаются одними из наиболее массовых, диагностировать и обнаружить которые нередко бывает сложно, а хирургические осложнения в ряде случаев требуют оказания экстренной квалифицированной специализированной помощи хирурга, назначения в последующем этиотропной терапии.

Особенно тяжело протекают паразитарные заболевания у больных СПИДом, учитывая их иммунологическую природу поражения, нередко являясь одной из причин их гибели, а также у гомосексуалистов и лесбиянок.

Цель работы: определить тактику, объем хирургического пособия, особенность лечения в раннем послеоперационном периоде у больных при паразитарных осложнениях в гнойной хирургии.

Материалы и методы. Последние годы в нашей практике в 6 случаях выполнены ургентные оперативные вмешательства по поводу нагноившихся кист грудной клетки, подключичной области (3 случая), передней брюшной стенки (2 случая), стопы (1 случай). При гистологическом исследовании препаратов в их просвете были обнаружены инородные тела, покрытые оболочкой, вероятнее всего, биологического происхождения – гельминт.

В клиническом анализе крови следует отметить повышенную СОЭ, эозинофилию.

Результаты и их обсуждение. Наиболее вероятными возбудителями можно считать филяридозы – группу тропических заболеваний, характеризующихся трансмиссивным путем передачи инвазии (кровососущие насекомые), медленным течением и развитием хронических воспалительных процессов в коже, подкожной клетчатке и лимфатической системе. Из известных в настоящее время 380 видов филяридозов хирургические осложнения вызывают только пять – вухерериоз, онхоцеркоз, лоаоз, дракункулез, аскаридоз.

Диагностика основывается на эпидемиологических, анамнестических, клинических результатах клинико-лабораторного исследования.

Сочетанные обнаружения паразита в препарате при наличии воспалительных явлений в лимфатической системе требуют выполнения их биопсии. Результативен анализ дневной крови на микрофилярии, жидкости из калабарского отека.

Лечение абсцессов после их вскрытия производится с использованием обычных приемов гнойной хирургии. Однако хирургическое лечение должно дополняться специфическим химиотерапевтическим курсом, согласованного с паразитологом.

Выводы. Интенсивная миграция населения на фоне существующей социально-экономической дестабилизации, ухудшения медицинского обслуживания способствуют все более частой встрече практикующих медиков с осложнениями паразитозов, что позволяет рассчитывать на актуальность нашего сообщения.

Слинько Ю. О., Соколова І. І.,
ХНМУ

ВІДМІННОСТІ БІОХІМІЧНОГО СТАТУСУ ПОТОМСТВА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН, МАТЕРІ ЯКИХ ЗАЗНАЛИ УМОВ ГІПОКІНЕЗІЇ ПІД ЧАС ВИНОШУВАННЯ

Добре відомо, що еволюційний розвиток людини проходить у нерозривному зв'язку з активною м'язовою діяльністю. Останніми роками через бурхливий технічний прогрес все більше людей потрапляє в умови відносної м'язової бездіяльності або гіпокінезії (Алексеєнко Р.В., 2011; Ганзій Т.В., 2014). Актуальність даної проблеми також загострилася ще й через те, що стан обмеженої рухової активності став, на жаль, звичним для сучасних жінок під час вагітності (Агеева В.А., 2007; Чернышова О.Н., 2008).

Також добре відомо, що процеси вільнорадикального окислення відіграють суттєву роль у життєдіяльності організму та згідно з сучасними уявленнями їм належить одне з важливих місць у патогенезі більшості захворювань (Меньшикова Е.Б., 2006). Тому нами було визнано за необхідне в експерименті дослідити рівень процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантного захисту (АОЗ) у потомства самиць щурів, які під час виношування знаходились в умовах гіпокінезії.

Для характеристики стану ПОЛ нами були обрані такі показники, як дієнові кон'югати (ДК) й малоновий діальдегід (МДА), а для оцінки рівня АОЗ – церулоплазмін (ЦП), SH-вмісні сполуки (SH-групи), вітаміни С та Е.

Моделювання стану гіпокінезії у самиць призвело до статистично достовірної активації продуктів ПОЛ у потомства. Так, вміст ДК у самців-щурят зріс у 1,4 рази (з $41,74 \pm 2,72$ до $59,55 \pm 3,20$ мкмоль/л, $p < 0,05$), а у самиць – у 1,7 рази (з $40,10 \pm 69,05$ до $69,05 \pm 3,07$ мкмоль/л, $p < 0,01$); вміст МДА – у 1,9 рази (з $2,41 \pm 0,19$ до $4,67 \pm 0,51$ мкмоль/л, $p < 0,01$) та 2,9 рази (з $2,08 \pm 0,28$ до $6,16 \pm 0,66$ мкмоль/л, $p < 0,001$) відповідно.

У результаті вивчення показників АОЗ було встановлено, що під впливом гіпокінезії матерів відбувається зниження вмісту ЦП в сироватці крові потомства у самців у 1,1 рази (з $1,77 \pm 0,15$ до $2,00 \pm 0,29$ г/л, $p > 0,05$), у самиць у 1,3 рази (з $1,61 \pm 0,22$ до $2,10 \pm 0,24$ г/л, $p < 0,05$); різке збільшення вмісту SH-груп: у 1,9 рази у самців (з $14,04 \pm 2,5$ до $26,71 \pm 2,58$ мкмоль/л, $p < 0,01$) і 2,1 рази у самиць (з $15,55 \pm 2,65$ до $32,66 \pm 2,04$ мкмоль/л, $p < 0,001$). Зміни також відбулися й в концентрації вітамінів Е та С. І якщо зниження концентрації вітаміну Е не мало значущої різниці між самцями й самицями, то концентрація вітаміну С знизилася у потомства гіпокінетичних тварин у 1,4 рази у самців (з $0,59 \pm 0,08$ до $0,42 \pm 0,08$ мг/л, $p < 0,05$) і 1,6 рази у самиць (з $0,72 \pm 0,05$ до $0,44 \pm 0,08$ мг/л, $p < 0,01$).

Враховуючи встановлену активацію продуктів ПОЛ, зниження вмісту ЦП і концентрації вітамінів Е та С на тлі підвищення вмісту SH-груп, можна зробити припущення про дисбаланс системи ПОЛ/АОЗ у потомства під впливом стану гіпокінезії їхніх матерів під час вагітності. При цьому звертає на себе увагу те, що підсилення прооксидантних механізмів та зниження антиоксидантного захисту має більший ступінь саме у самиць на відміну від самців. Враховуючи роль самиць у репродуктивній функції, можна припустити, що встановлені порушення метаболічної регуляції в тканинах експериментальних тварин, які під час виношування перебували у стані гіпокінезії, можуть бути підґрунтям для розвитку у їхнього потомства схильності до катаболічних процесів та ослаблення біосинтезу на загальному рівні за умов впливу місцевих або загальних негативних чинників.

Сокол К. М.,
ХНМУ

ПОЛІТИКА ЗДОРОВ'Я – 2020 ТА ПРОБЛЕМИ ЇЇ ВИКОНАННЯ В УКРАЇНІ ТА ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ

Політика Здоров'я – 2020, яка була прийнята у 2012 р. на сесії Європейського регіонального Комітету ВООЗ спрямована на те, щоб значно покращити здоров'я та підвищити рівень благополуччя населення.

Європейський регіон взяв за орієнтир політики Здоров'я – 2020 зменшення передчасної смертності від серцево-судинних, онкологічних,

хронічних респіраторних захворювань, а також вживання алкоголю, тютюну, а також надмірної маси тіла та ожиріння.

Середні стандартизовані коефіцієнти передчасної смерті від чотирьох НІЗ за період з 1998 по 2012 р. знизилась в Європейському регіоні, щорічне скорочення склало 1,8 % . ці темпи скорочення зросли від 0,8 % в 1998–2005 рр. до 2,6 % в період 2006–2012 рр. Зменшення передчасної смерті відбулось внаслідок скорочення смертності від серцево-судинних захворювань, що пояснюється здоровим способом життя, а також покращанням екстреної медичної допомоги пацієнтам з інфарктом міокарда та інсультом.

Рівень смертності від раку зріс. На його частку в 1998 р. припадало 37 % випадків передчасної смерті, а в 2012 р. цей показник досяг 43 %.

Хронічні респіраторні захворювання і цукровий діабет у загальній частці передчасної смертності склав близько 6 %. З часом значення впливу цих патологій на показники передчасної смертності не змінюється.

Проблемою для Європи залишається вживання тютюну. За період 2010–2012 рр. розповсюдженість вживання тютюну серед дорослих знизилась у 39 країнах із 41. Середній рівень скорочення склав 1,8 %. Додатковий аналіз, проведений ВООЗ, показав, що лише 11 країнам Євросоюзу, можливо, вдасться досягти до 2025 р. передбачених показників – скорочення на 30 %. Європейський регіон має найбільш високий рівень вживання тютюну, який складає 30 %. У Регіоні був відзначений найвищий регіональний середній рівень вживання тютюну серед жінок. Найбільш високий і найбільш низький національний рівень куріння склали 59,19 % серед чоловіків і 36,1 % серед жінок.

Порівнюючи показники Євросоюзу з показниками України та Харківської області слід зазначити, що в Україні та Харківській області за останні три роки (2013–2015 рр.) відмічається зростання передчасної смертності від серцево-судинної патології від 69,76 до 70,58 % в Харківській області й від 66,5 до 67,5 % в Україні.

Рівень смертності від онкопатології в Харківській області також вищий, ніж в Україні, і весь час зростає, але він нижчий, ніж в Євросоюзі. Так, цей показник в Україні коливався в межах 13,3–13,9 %, в Харківській області в межах 14,44–14,93 % в період 2013–2015 рр. Більш високий рівень передчасної смертності в Євросоюзі від онкопатології можна пояснити вищим рівнем діагностики.

Аналогічна ситуація спостерігається і щодо передчасної смертності від хронічних респіраторних захворювань і цукрового діабету. У той час як в Євросоюзі цей показник був близько 6 %, в Україні він складав щодо цукрового діабету 0,18–0,21 %, в області – 0,22–0,23 %; щодо хронічних респіраторних захворювань – від 1,79 до 1,85 % в Харківській області й від 2,3 до 2,5 % в Україні. Ці показники також можна пояснити більш низьким рівнем діагностики.

Значні проблеми в Харківській області, як і в цілому в Євросередині залишаються щодо розповсюдженості вживання алкоголю та тютюнопаління. Кількість осіб, які регулярно вживають алкоголь, склала у 2005 р. 46,3 % серед юнаків та 53,1 % серед дівчат. Регулярне тютюнопаління склало 32,7 % серед юнаків і 19,4 % серед дівчат.

Таким чином, проблемою для Харківської області й України є високий рівень передчасної смертності від серцево-судинних захворювань, а також низький рівень медичної допомоги населенню, що вплинуло на показники передчасної смертності від онкопатології, цукрового діабету та хронічних респіраторних захворювань.

Сомкіна Е. А.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ РОЛИ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ: МЕЖКУЛЬТУРНЫЕ ОТЛИЧИЯ

В современном обществе всё чаще возникает вопрос о равенстве прав и возможностей мужчин и женщин. Несмотря на врожденные физиологические отличия, разница между мужчинами и женщинами «на уровне биологии» не столь существенна (как бы ни казалось обратное), как на социальном уровне. Многим гендерным дистанциям мы обязаны именно культуре, механизму дифференциальной социализации.

То, как культурные нормы опосредуют наши установки и поведение, легко проследить, анализируя историческое развитие человеческой цивилизации. Основой для гендерных различий часто становились роли, отражающие разделение труда: женщины куда чаще исполняли роли, направленные на внимание и заботу к людям, тогда как мужчины – роли, позволяющие проявить физическую силу и лидерство. Вместе с тем, за последние несколько десятков лет гендерные представления и нормы несколько изменились. Так, например, еще в 1960-х годах в США некоторые высшие учебные заведения не принимали на учебу женщин, однако уже к концу прошлого века процент представительниц женского пола, получивших юридическое образование, вырос на 40 % [1].

Мало кто об этом задумывается, но гендерные роли и представления неоднородны от страны к стране, от культуры к культуре. Например, в Сенегале за рисовыми полями ухаживают женщины, в то время как в Сьерра-Леоне этим традиционно занимаются мужчины. На севере Центральной Африки главными специалистами по земледелию являются женщины, а в Латинской Америке – мужчины. Во всех описанных случаях существующее разделение труда понимается как исконное и единственно правильное.

В Японии, например, из всех наняваемых женщин около трети работают на условиях неполной занятости, что значительно выше, чем аналогичный показатель у мужчин. Однако Япония никак не может считаться страной с высоким уровнем гендерного равенства (здесь очень крепко укоренилось представление о том, что мужчина должен зарабатывать

деньги, а женщина – беречь домашний очаг). А например в скандинавских странах подобная разница практически нивелирована, как и гендерная асимметрия декретного отпуска: в той же Швеции законодательно предусмотрены равные права обоих родителей на декретный отпуск, и отцы, берущие декретный отпуск – совсем не редкость в этой стране, они выполняют эту роль охотно.

Иногда даже в одной и той же стране, но в разных культурных условиях, будут видны существенные гендерные различия. Гендерные различия проступают отчетливее и при «подключении» других признаков, по которым возможна дискриминация – возраст, класс, цвет кожи, район проживания, религиозная принадлежность, сексуальная ориентация. То есть, например, гендерные роли и представления гетеросексуального банкира среднего возраста из г. Киев с большой долей вероятности будут заметно отличаться от аналогичных в представлении пожилого винодела из Закарпатья, хотя оба они являются мужчинами. Этот эффект получил название интерсекциональности [2].

Таким образом, гендерные представления и роли не являются всюду тождественными. Встречая людей, воспитывавшихся в условиях других культурных устоев, мы можем столкнуться с довольно существенными гендерными отличиями. Изучения этих дистанций, того, как они образовались, является очень перспективным и интересным направлением современных гендерных исследований.

Литература:

1. Гендерное неравенство [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://goo.gl/A9N7eA>.

2. Что такое интерсекциональность как социологическая теория [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ona.org.ru/post/116593812133/intersectionality>.

**Сорокина И. В., Мирошниченко М. С.,
ХНМУ**

ГЕНДЕРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Патология органов мочевой системы среди детского населения остается актуальной медико-социальной проблемой в медицине. При организации лечебно-профилактической помощи детям с патологией органов мочевой системы большое значение необходимо придавать первичной диагностике заболеваний на ранних этапах, выявлению факторов риска, проведению диспансеризации и реабилитации таких детей.

Цель: выявить гендерные особенности патологии органов мочевой системы у детского населения Харьковской области.

Материалы и методы. Материалом исследования стала информация, полученная при госпитализации 662 больных в возрасте от 3 месяцев

до 17 лет в нефрологический центр Харьковской областной детской клинической больницы за период с 2012 по 2013 г. Значения показателей сравнивали, используя критерий Стьюдента.

Результаты. При анализе контингента больных, поступивших в клинику, было выявлено значимое ($p < 0,05$) преобладание во всех случаях количества девочек над количеством мальчиков. Так, врожденные пороки развития органов мочевой системы с вторичным хроническим пиелонефритом были диагностированы у 73 мальчиков (25,09 %) и 218 девочек (74,91 %), пузырно-мочеточниковый рефлюкс со вторичным хроническим пиелонефритом – у 3 мальчиков (8,82 %) и 31 девочки (91,18 %), острый пиелонефрит – у 11 мальчиков (23,40 %) и 36 девочек (76,60 %), мочекаменная болезнь со вторичным хроническим пиелонефритом – у 17 мальчиков (24,64 %) и 52 девочек (75,36%), дисметаболическая нефропатия с вторичным хроническим пиелонефритом – у 39 мальчиков (41,94 %) и 54 девочек (58,06 %), нейрогенная дисфункция мочевого пузыря с вторичным хроническим пиелонефритом – у 9 мальчиков (29,03 %) и 22 девочек (70,97%), острый тубулоинтерстициальный нефрит – у 1 мальчика (33,33 %) и 2 девочек (66,67 %), хронический тубулоинтерстициальный нефрит – у 11 мальчиков (37,93 %) и 18 девочек (62,07 %), токсико-инфекционная нефропатия – у 4 мальчиков (33,33 %) и 8 девочек (66,67 %), острый гломерулонефрит – у 5 мальчиков (38,46 %) и 8 девочек (61,54 %), хронический гломерулонефрит – у 14 мальчиков (43,75 %) и 18 девочек (56,25 %), острый цистит – у 3 мальчиков (37,50 %) и 5 девочек (62,50 %).

Вывод. Среди детского населения Харьковской области патология органов мочевой системы (врожденные пороки развития, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, острый пиелонефрит, мочекаменная болезнь, дисметаболическая нефропатия, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, острый и хронический тубулоинтерстициальный нефрит, токсико-инфекционная нефропатия, острый и хронический гломерулонефрит, острый цистит) чаще встречается у девочек по сравнению с мальчиками, что позволяет думать о том, что женский пол является фактором риска для развития патологии данной системы у детей.

Старовойт Т. П., Завгородня Н. І.,

Національний аерокосмічний університет ім. М.Є. Жуковського
«ХАІ»

ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ: ГЕНДЕРНІ МІФИ ТА РЕАЛІЇ

Загальновідомо, що люди з високим рівнем емоційного інтелекту володіють навичками обробки і розуміння емоцій, що дозволяє їм ефективніше використовувати дієві копінг-стратегії у повсякденному житті, у тому числі під час побудови міжособистісних взаємин.

Питання гендерних відмінностей щодо емоційного інтелекту має не тільки теоретичне, а й практичне значення. Загалом, мова йде не тільки про рівень розвитку емоційного інтелекту, а скоріше про особливості вираження окремих його компонентів у чоловіків та жінок.

Згідно з гендерними стереотипами сім'я, шлюб та близькі стосунки є більш важливими для жінок. Наприклад, в одному з наших досліджень виявлено, що у структурі цінності життєвих сфер студентів сім'я є більш значущою для дівчат, ніж для юнаків. Разом з тим, дослідження Д. Готмана показують, що чоловіки, які знаходяться в щасливих стосунках, більше заробляють, довше живуть, менше страждають, тобто якість їх життя є вищою.

За результатами 40-річних досліджень цього ж автора можна виділити ключові чинники гармонійних стосунків. Одним із таких чинників є взаємна довіра, а також здатність орієнтуватися на емоційний стан партнера. Отже, для побудови гармонійних стосунків важливою є здатність розуміти емоції, яку і відносять до явища емоційного інтелекту. Для людей із розвиненим емоційним інтелектом характерно звертати увагу на почуття інших, вони здатні до їх розрізнення та регулювання. Відкритість власним емоційним переживанням сприяє співчуттю іншим людям, розумінню глибини їх почуттів. Таким чином, емоційний інтелект пари є важливим для побудови стосунків. У той же час, серед особливостей проявів емоцій у чоловіків у стосунках варто відзначити вибірковість усвідомлення та демонстрації емоцій у контакті. Зокрема, чоловіки мають тенденцію до пригнічення позитивних емоцій, смутку та роздратування. Часто сором та провина стають татуйованими для чоловіків. Натомість, добре усвідомлюють та вносять у контакт гнів, злість, вербалізують агресивні тенденції. Крім того, чоловіки в рамках своєї традиційної гендерної ролі схильні до «обмежувальної емоційності» – мінімізації емоційної експресії, що може ставати чинником утруднення побудови емоційно зрілих стосунків.

Наріжним каменем у розумінні впливу емоційного інтелекту на стосунки є розуміння феномену асиміляції емоцій у мисленні (використання емоцій для підвищення ефективності мислення і діяльності). Стереотипно, жінки схильні реагувати не раціонально, а емоційно, причому відповідь визначається не стільки змістом висловлювання, скільки фундаментом емоцій, на яких цей зміст побудовано. Тобто така реакція є мимовільною, а отже, неконструктивною. Вочевидь, у реальності подібне спрощення є далеким від об'єктивності та в жодному разі не може створювати передумови для формування зрілої пари.

Якщо розглядати методику конструкти маскулінності та фемінності в широкому відомій методиці на виявлення психологічної статі С. Бем, стикаємось з тим, що маскулінність означає упевненість у собі, владність, наявність власної позиції та схильність її відстоювати, незалежність, напористість, здатність до лідерства, самодостатність тощо. Фемінність – уміння по-

ступатися, співчувати, піклуватися про людей, м'якість, ніжність, відданість. Отже, з концептом маскулінності пов'язані моделі поведінки, реалізація яких є деструктивною для взаємин. Екстраполяція на стратегії поведінки у конфлікті дозволяє припустити, що маскулінність буде стимулювати чоловіка у конфліктній взаємодії дбати лише про свою позицію, активно її відстоювати, що в кінцевому підсумку негативно впливає на стосунки. Виходячи з цього, важливим для розвитку емоційного інтелекту у чоловіків є звернення до власної фемінності та пов'язаного з нею емоційного інтелекту. Беззаперечним «ідеалом» є здатність інтегрувати маскулінність і фемінність як автономні якості цілісної особистості.

Стародубцева Ю. А.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. Технический прогресс привел к большому распространению и популяризации интернет-ресурсов, в частности, социальных сетей. Изучение аспектов влияния интернета и социальных сетей на пользователей включает исследование гендерных различий, которые проявляются при развитии зависимостей. В Европе средний процент пользователей социальных сетей среди пользователей интернета составляет 92 %, а среднее количество часов, проводимое в социальных сетях мужчинами и женщинами – 6,3 и 8,2 часа соответственно.

Цель и задачи: определение гендерных особенностей при формировании зависимости от социальных сетей у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Было обследовано 82 студента ХНМУ обоих полов (18–24 лет). Применялись следующие методы: клинико-анамнестический, психодиагностический с применением Шкалы формирования мировоззрения и скрининг-тест П. Н. Юрьевой; Т. Ю. Большота для диагностики интернет-зависимости.

Результаты и обсуждения. Выявлено, что влияние социальных сетей на формирование личного мировоззрения в большей степени присуще девушкам, нежели юношам. Для обследованных студентов социальные сети являются источником общения, у девушек это показатель выше – 82 % (против 68 % у парней). При оценке степени доверия к получаемой информации из социальных сетей было выявлено, что парни на 50 % доверяют ей, в отличие от девушек, у которых этот показатель составляет 35 %. По результатам скрининг-теста у 17 % обследованных (из них 7 % мужчины и 10 % – женщины) выявлена стадия риска развития компьютерной зависимости, более он выражен у студентов, не имеющих дополнительной занятости вне университета и не посещающих кружки и спортивные секции. Наиболее высокий уровень стадии риска зависимо-

сти определяется у девушек, живущих в общежитии, и парней, проживающих с родителями. Не было выявлено лиц со стадией компьютерной зависимости, что можно связать с высокой занятостью студентов.

Выводы. Среди опрошенных в наибольшей степени влияние социальных сетей распространено на сферу общения. У девушек эта склонность проявляется в большей степени, чем у парней. Факторами, влияющими на развитие зависимости от социальных сетей, являются наличие дополнительной занятости, участие в кружках или спортивных секциях и условия проживания.

Стахів С. О.,

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

ВПЛИВ УМОВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ УКРАЇНИ

Актуальність теми. Репродуктивне здоров'я є важливою складовою в процесі життя індивіда, оскільки воно відіграє вирішальну роль у розвитку майбутніх поколінь. Навколишнє середовище та спосіб життя особи безпосередньо впливає на якість та функціональну здатність її статевих клітин. Саме тому ця тема є актуальною, наукові пошуки в даному напрямі важливі для подальшого аналізу та вирішення проблем, пов'язаних з патологією в репродуктивній сфері. Як вважають сучасні вчені, при вивченні дії соціально-економічних факторів на народжуваність виявлений зворотний зв'язок між рівнями дитячої смертності, неграмотністю населення і рівнем народжуваності. [1]

Постановка проблеми. Репродуктивне здоров'я – це стан повного фізичного й соціального благополуччя, а не тільки відсутність захворювань репродуктивної системи й порушень її функцій.

Ваговою проблемою є суттєва зміна репродуктивної сфери діяльності сім'ї, функцією якої є біологічне відтворення виду, підтримка та збереження репродуктивного здоров'я. В основному це пов'язано і з тим, що негативні демографічні зміни, деформація сімейних стосунків, недостатнє матеріальне забезпечення населення призводять до погіршення умов формування репродуктивного здоров'я, від стану якого залежить не лише рівень народжуваності, але й життєздатність майбутніх поколінь.

Основний зміст дослідження. Фактори способу життя становлять близько 50 % впливу на репродуктивне здоров'я. Із способом життя пов'язують такі поняття, як рівень та якість життя, стиль життя (психологічні, індивідуальні особливості поведінки) та побут. Вживання алкоголю, наркотичних засобів, алкалоїдів, токсичних препаратів та тютюнопаління згубно впливають на статеві клітини, що безпосередньо пов'язано з розвитком майбутнього зародка. Якість харчування та сну, дотримання режиму дня є вагомими чинниками. На другому місці за впливом на стан репродуктивного здоров'я знаходяться біологічні фактори. На них припадає близько 20 % (генетичні хвороби, вірусні та протозойні захворю-

вання). Третє місце посідають фактори навколишнього середовища, їх вплив теж становить близько 20 %. Стан води, повітря, радіоактивний фон та кліматичні умови відіграють важливу роль у формуванні здоров'я. Суто медичні фактори лише приблизно на 10 % визначають стан репродуктивного здоров'я людини (аборти, гормональні препарати та інші клінічні заходи) [2, 3].

Головним напрямом зусиль щодо збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення є покращання способу життя людей і стану навколишнього середовища. Фактори навколишнього середовища є вкрай актуальними для нашої країни, на території якої відбулася Чорнобильська катастрофа.

Висновки. Отже, визначальними факторами, які негативно впливають на репродуктивне здоров'я, є зловживання алкоголем, тютюнопаління, вживання наркотичних та інших важливих шкідливих засобів, гормональні препарати, хвороби вірусного та протозойного походження, генетичні захворювання, попередні аборти, стреси, шкідливий вплив урбанізації та кліматичні умови. Причому на тлі Чорнобильської катастрофи для України зростає значущість факторів навколишнього середовища. Це дає підстави стверджувати про створення умов для незадовільного стану репродуктивного здоров'я населення України, що у свою чергу вимагає нагального державного реагування.

Література

1. Сім'я та сімейні відносини в Україні: сучасний стан і тенденції розвитку. – К. : ТОВ «Основа-Принт», 2009. – 248 с.
2. Столяров Г.С. Статистика охорони здоров'я : підручник / Г.С. Столяров, Ю.В. Вороненко, М.В. Голубчиков. – К. : КНЕУ, 2002. – 230 с.
3. Здоров'я дітей та жінок в Україні. – К. : ПРООН, 2007. – 152 с.

Стрельнікова І. М.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ МОНОТЕРАПІЇ СОЛЯМИ ВАЛЬПРОЄВОЇ КИСЛОТИ ПРИ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДАХ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

Церебрально-органічна недостатність при епілепсії сприяє розвиткові вольової нестійкості, легкому виникненню, бурхливому протіканню, загостренню і некерованості афектів, відсутності гнучкості у взаєминах з людьми. Нейропсихологічні і поведінкові зміни можуть перевищувати негативні наслідки власне епілептичних нападів. Вищевикладене обумовлює актуальність даного дослідження, метою якого було вивчення клінічної ефективності солей вальпроєвої кислоти для корекції та профілактики афективних розладів у хворих з різними формами епілепсії залежно від статі. Програма спостереження за клінічним ефектом солей вальпроєвої кислоти проведена на 58 хворих обох статей (32 особи жіночої статі та 26 – чоловічої), хворих на епілепсію, у віці 18–35 років, без грубих особистісних змін і вираженого інтелекту-

ального дефекту, у яких у міжприступному періоді мали місце афективні розлади. У хворих на епілепсію в структурі афективних розладів домінували депресивні розлади (39,6 %, з них 31,6 % – чоловіки та 68,1 % – жінки), афективні реакції (24,3 % обстежених, з них 54,1 % – чоловіки, 49,5 % – жінки), дисфорії (24,2 %, з них 59,7 % – чоловіки та 40,3 % – жінки). У ході проведеної монотерапії застосовувались солі вальпроєвої кислоти в дозі 20–30 мг на 1 кг маси тіла 2 рази на добу протягом тривалого часу (від півроку до 2 років). Упродовж усього дослідження хворим регулярно проводився моніторинг стану геатобіліарної системи, рівень холестерину, згортальної системи крові, клінічний аналіз крові та сечі.

Результати та обговорення. Призначення солей вальпроєвої кислоти продемонструвало терапевтичну відповідь у 83,7 % хворих на епілепсію з афективними розладами незалежно від гендеру. У 43,3 % випадків констатована відсутність нападів протягом всього дослідження. У результаті дослідження було виявлено, що низькі та середньотерапевтичні дози добре переносяться як чоловіками, так і жінками, вираженість та частота побічних ефектів, особливо відносно вищих психічних функцій, була незначною і в жодному випадку не призводило до відмови від терапії. Побічні дії препарату відзначені у 20,7 % хворих і здебільшого відносились до дозозалежних (понад 1500 мг на добу), але по різному переносились хворими. Найввічність стійких побічних ефектів у ряді випадків провокувала відмову пацієнтів від подальшої терапії цими препаратами. Для жінок суттєве значення мало збільшення маси тіла (22,1 %), надмірне випадання волосся (12,9 %), порушення менструального циклу (15,2 %). Для чоловіків на першому місці була надмірна седація (17,7 %), розлади з боку шлунково-кишкового тракту (19,5 %), порушення потенції (7,2 %).

Загалом результати проведеного дослідження свідчать, що солі вальпроєвої кислоти ефективні в терапії пароксизмальних порушень та корекції афективних розладів у хворих на епілепсію різної статі, добре переносяться хворими, що дозволяє відмовитись від призначення транквілізаторів та антидепресантів і дає можливість зменшити кількість психофармакологічних ускладнень, а також поліпшити якість життя хворих. Призначення цих препаратів у високих дозах (понад 1500 мг на добу) пов'язано зі збільшенням кількості побічних ефектів. Крім того, необхідно пам'ятати, що солі вальпроєвої кислоти можуть знижувати концентрацію гормональних контрацептивів та мають підвищену тератогенну дію, що необхідно враховувати у жінок дітородного віку.

**Тиркін Д. Д., Питецька Н. І.,
ХНМУ**

ЗБАЛАНСОВАНЕ ХАРЧУВАННЯ ЯК ВАЖЛИВИЙ РЕСУРС ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Вступ. Згідно зі статистикою ВООЗ неправильне харчування та гіподинамія – основні фактори ризику погіршення здоров'я людини

у всьому світі. Склад харчових продуктів виступає вагомим чинником виникнення багатьох неінфекційних захворювань (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет), що призводять до розвитку інфаркту міокарда, порушень кровообігу головного мозку тощо.

Якісне харчування є основним критерієм підтримання фізичного здоров'я людини. Саме збалансована кількість нутрієнтів підтримує оптимальне функціонування організму, як цілісної системи. Відомо, що якість харчування може впливати на психіку людини (наприклад, недостатня кількість вітамінів, ендогенних амінів та амінокислот є причиною багатьох розладів психічного здоров'я).

Академік О.О. Покровський виділив 7 основних функцій їжі: енергетичну, пластичну, біорегуляторну, імунорегуляторну, пристосувально-регуляторну, реабілітаційну та мотиваційно-сигнальну. Баланс між цими ланками є основою культури харчування. У зв'язку зі збільшенням кількості людей з патологією серцево-судинної та ендокринної систем, ВООЗ надала рекомендації щодо модифікації способу життя, основною складовою якої є раціональне харчування (вживання не менше 400 г/добу свіжих овочів та фруктів; менше 10 % енергії повинно надходити за рахунок вільних вуглеводів, менше 30 % – за рахунок жирів; вживання не більше 5 г/добу кухонної солі та менше 5 чайних ложок на добу кристалізованого цукру, харчуватися 5 разів на день достатніми порціями).

Мета дослідження – визначення кількості людей, що дотримується принципів здорового харчування.

Матеріали і методи. Кількість респондентів склала 200, віком від 18 до 69 років, серед яких було 84,2 % жінок і 15,5 % чоловіків. Для досягнення мети було створено опитувальник – міні-тест у програмі «Google-forms», за допомогою якого було визначено рівень денної фізичної активності, кількість добового вживання цукру, кухонної солі, овочів та фруктів, наявність хронічних захворювань з боку серцево-судинної та ендокринної систем, індекс маси тіла, вживання алкоголю, тютюнопаління.

Результати дослідження. Аналіз одержаних даних виявив наступні результати: 94,7 % респондентів (78,9 % жінок і 17,8 % чоловіків) займаються розумовим видом праці, 68,5 % – мають незбалансований характер харчування, кратність якого становить менше 4–5 разів/добу. Дуже мала кількість опитаних, які щоденно мають фізичні навантаження – 18,9 %. 71,1 % респондентів не вважають своє харчування корисним, 57,8 % щоденно вживають солодкі газовані напої, фаст-фуд, 63,2 % вживають менше 200 г свіжих овочів та фруктів на день. Індекс маси тіла практично в усіх опитуваних у межах норми. 56 % (45,8 % жінок і 10,2 % чоловіків) мають хронічні захворювання з боку серцево-судинної та ендокринної систем.

Висновки. Таким чином, серед опитаних респондентів тільки 31,5 % харчується збалансовано. Цей показник дуже низький і свідчить про недостатній рівень культури харчування у населення.

Навички збалансованого харчування з'являються ще в ранньому дитинстві. Саме культура харчування матері сприяє формуванню корисних звичок у дитини.

Для виправлення даних показників потрібно проводити просвітницьку діяльність, покращувати економічний розвиток у країні та забезпечити державний контроль за якістю харчової продукції.

Троценко О. В.,
ХНМУ

СТУДЕНТСЬКІ МОЛОДІЖНІ ОРГАНІЗАЦІЇ І ВИХОВАННЯ КУЛЬТУРИ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ

Одним з найважливіших проблемних моментів у формуванні гендерної культури української молоді є створення умов, за яких цей процес буде відбуватися не формально чи догматично (як результат – без особистого усвідомлення та сприйняття), а реально, у вигляді індивідуальної практики. Останнє важливо також і для уникнення крайнощів у поширенні принципів гендерної рівності, які теж мають вади, характерні для всіх теоретичних конструкцій. Для кожної етнічної спільноти, кожної нації чи соціальної групи цей процес має відбуватися з притаманними тільки їм особливостями. У той же час науковцям та педагогам необхідно мати можливість зберегти вплив на даний процес у середовищі молоді, коригувати його напрям, вчасно виявляти шкідливі тенденції.

Вирішення означеної проблеми вимагає пошуків таких соціальних молодіжних інституцій, які дають можливість здійснювати організований виховний вплив та моніторинг його результативності. Перш за все, нам цікаві молодіжні організації рівня ВНЗ, оскільки саме в студентські роки людина отримує перший реальний досвід самостійного життя в громадському, навчально-виробничому та сімейному плані, причому досвід усвідомлений і особистий. Серед молодіжних організацій українських ВНЗ таку роль цілком здатні виконувати студентське самоврядування і студентські профспілки.

Ці організації цікаві тим, що мають всі умови бути експериментальними майданчиками для виховання гендерної культури або ж культури гендерної рівності української молоді.

По-перше, законом захищена їх правова та фінансова автономність, адміністрація не має права втручатися в їх діяльність. Виникає область виховного простору, вільного від «педагогічного диктату і догмату» дорослих. Педагогічні практики тут можуть впроваджуватися серед студентів у тій мірі, у якій вони будуть усвідомлювати їх реальну доцільність для себе.

По-друге, законом визначена можливість формування студентами власних керівних органів, що дає їм певну легітимність в управлінні студентською громадою та можливість набути досвід управління, побачити наслідки власних рішень і нести особисту відповідальність.

По-третє, нестача життєвого досвіду для вирішення питань власного впорядкування та відчуття власної відповідальності постійно спонукає студентський актив до співпраці з педагогічними та адміністративними працівниками. Саме ця обставина дає можливість реалізовувати спільні проекти для обох сторін на взаємовигідній основі.

По-четверте, під час самостійної практичної реалізації спільних проектів саме життя виявляє межі гендерної рівності. Молоді люди отримують досвід визначення того, які здібності чи якості є доцільними для досягнення спільної мети. У таких умовах дійсно виникають ситуації, коли принцип панування та підпорядкування поступово вивільняється відношеннями усвідомленої взаємозалежності, адже індивідуальні практики виявляються важливішими за абстрактні нормативні приписи.

По-п'яте, своєю діяльністю молодіжні організації, за необхідності, здатні охопити своїм практичним впливом весь склад студентів ВНЗ. За потреби них є можливість налагоджувати співпрацю з іншими, зовнішніми для себе та міжнародними організаціями (у тому числі молодіжними). Тобто, мають здатність транслювати свій досвід широкому загалу молоді.

Як відомо, виховання відповідальності та толерантності вимагають значно більшої соціально-моральної активності та самостійності індивідів. Тому у справі виховання молоді взагалі та культури гендерної рівності зокрема, достатню увагу потрібно приділяти тим молодіжним соціальним інституціям, які самим своїм призначенням покликані формувати активність та самостійність.

Усенко С. Г., Усенко С. А.,
ХНМУ

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я: ГЕНДЕРНА СКЛАДОВА

Населення України увійшло у ХХІ ст. із погіршенням стану здоров'я, що має негативний вплив на економічну ситуацію. Як відомо, збереження і покращання здоров'я є одним із найважливіших пріоритетів нації, тому що стан здоров'я має стати головним критерієм доцільності й ефективності будь-якої діяльності. Стан глибокої демографічної кризи, зумовленої депопуляцією, збільшення питомої ваги осіб похилого віку, зменшення середньої тривалості життя негативно впливає на розвиток продуктивних сил, рівень добробуту людей та економічну ситуацію в державі.

На стан репродуктивного здоров'я суттєво впливає соматичне та психічне здоров'я населення. За останні роки збільшилася частка захворювань із хронічним рецидивуючим перебігом, зросла кількість осіб із захворюваннями системи кровообігу, нервової системи, сечостатевої системи, з інфекційними хворобами. Підвищується рівень психічних захворювань, кількості хворих на туберкульоз. Крім того, захворювання, які передаються статевим шляхом призводять до безпліддя та інфікування майбутньої дитини. Алкоголізм, тютюнопаління і наркоманія призводять до невиношування вагітності та народження важко хворих дітей.

Ранній початок статевого життя і, як наслідок, аборти у жінок є причинами безпліддя і розвитку багатьох захворювань як власне репродуктивної системи, так і всього організму в цілому.

Типовим для України є збільшення середнього віку матері, у тому числі при народженні першої дитини у 27,6 років. Це характерно як для сільського, так і міського населення, що характеризує погіршення стану здоров'я, зростання ризику безпліддя, ускладнень під час пологів.

Специфічною проблемою чоловічого здоров'я є відсутність уваги до стану своєї сечостатевої системи. Багато чоловіків при досягненні середнього віку ніколи не відвідували лікаря уролога чи андролога. Тому на теперішній час чоловіче безпліддя, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, становить 40 %. Чоловіче безпліддя – це нездатність до запліднення жінки, незважаючи на те, що є можливість виконувати нормальний статевий акт. Безплідним шлюб вважається тоді, коли вагітність у жінки не виникає протягом 1 року при регулярному статевому житті без використання запобіжних засобів. Причини різноманітні і є загальною проблемою репродуктивного здоров'я. У наш час існує багато факторів, які впливають на репродуктивне здоров'я чоловіків: нервово-психічні, вроджені та генетичні, інфекційно-токсичні, екзогенні інтоксикації, лікарські препарати, шкідливі звички, аліментарний фактор, іонізуюче випромінювання, хімічні мутагени, порушення функцій ендокринних залоз, захворювання внутрішніх органів, судинні порушення, травми, порушення гематотестикулярного бар'єра, вплив високих та низьких температур, професійні захворювання. З кожним роком до факторів, які впливають на репродуктивне здоров'я чоловіків, додаються нові, пов'язані з активним використанням стільникового зв'язку та комп'ютерів, широким вибором слабоалкогольних напоїв, які вживаються в підлітковому віці, сидіння біля телевізорів більше 250 хвилин.

Таким чином, збереження здоров'я населення в Україні виходить за рамки суто медичної проблематики і стає загальнодержавною, що потребує вирішення на національному рівні. Сучасна ситуація стану здоров'я вимагає нових ефективних шляхів розв'язання проблем його збереження та поліпшення. Стратегія охорони репродуктивного здоров'я значною мірою залежить від формування пріоритету здорового способу життя, зменшення негативного впливу на здоров'я. Покращити репродуктивне здоров'я українців можна завдяки завчасній профілактиці, здоровому способу життя та сучасним методам лікування. Однак найважливіше – це бажання людей реалізуватися в дітях і розуміння, що багато дітей – це справді престижно.

Фельдман Д. А.,
ХНМУ

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ: ГЕНДЕРНЫЙ ПОДХОД

В настоящее время проблема сохранения и укрепления здоровья актуальна для всех возрастных групп населения. Здоровье личности явля-

ется индикатором её социальной перспективности, одним из аспектов жизнедеятельности, в котором гендерные особенности играют важную роль. Под гендером понимается социальный пол человека, который характеризует особенности социальных функций мужчины и женщины. Гендер формируется в процессе социализации личности и включает в себя психологические, социальные и культурные различия между мужчинами и женщинами [3, с. 27].

Уровень здоровья — важное дополнение к традиционным гендерным показателям, свидетельство уровня развитости экономики и культуры, благополучия общества [4, с. 134]. Уровень здоровья определяется действием биологического и социокультурного факторов. Полагают, что преимущество женщин в уровне здоровья обеспечивается, прежде всего, действием биологического фактора. По расчетам специалистов разница в средней продолжительности жизни мужчин и женщин, обусловленная биологическим фактором, составляет 1,9–2,1 года. Остальное — результат действия социокультурных факторов, которые после выравнивания полов к периоду половой зрелости оказывают решающее влияние на различия в продолжительности жизни и состоянии здоровья человека [1, с. 134].

Взгляды мужчин и женщин на способы поддержания своего здоровья имеют как сходства, так и различия. Женщины чаще придерживаются диеты, избегают вредных привычек, значительно чаще посещают врача в целях профилактики заболеваний и регулярно принимают лекарства. В то же время мужчины более чем в два раза чаще считают, что для поддержания здоровья они делают достаточно. Таким образом, женскую модель поведения в отношении своего здоровья отличает большая гибкость, прагматичность как на уровне установок, стереотипов, так и на уровне действия в реальных ситуациях.

Образ жизни, и в частности гиподинамия, современного человека часто приводит к перегрузке механизмов адаптации организма, следовательно, и к нездоровью. Научно-технический прогресс резко изменил трудовую деятельность человека. Все это ведет к тому, что учащиеся, студенты, работники умственного труда в процессе своей деятельности, как правило, не испытывают физических нагрузок в необходимых объемах и достаточной интенсивности. Следовательно, неотъемлемым условием сохранения здоровья человека являются занятия спортивной деятельностью [2, с. 61].

Для женщин характерен более низкий уровень физической активности, чем для мужчин. В разных странах эти различия вызваны рядом исторических и социальных условий, в которых оказывалась женская половина человечества.

Анализ научно-методической литературы позволяет утверждать, что в ходе исторического развития общества складывались и трансформировались социальные функции мужчин и женщин. В социологических

исследованиях гендерный подход требует изучения психологических, социальных и культурных различий между мужчинами и женщинами. При этом одной из социальных проблем является формирование ценностного отношения к здоровью с учетом определенных стереотипов поведения, социальных ролей и биологических особенностей, свойственных лицам разного пола.

Литература

1. Краснов И. С. Методологические аспекты здорового образа жизни россиян // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2004. – № 2. – С. 61–63.

2. Назарова И.Б. Гендерные стереотипы применительно к индивидуальному здоровью [Электронный ресурс] / И.Б. Назарова. – Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/276286.html> (по состоянию на 3.11.2009).

3. Федоров А.И. Поведенческие факторы здорового образа жизни подростков: гендерный аспект // Мир спорта. – 2006. – № 4. – С. 27–30.

4. Шилова Л.С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // Социологические исследования. – 2000. – № 11. С. 134–141.

Фесенко Г. Г.¹, Фесенко Т. Г.²,
ХНУМГ ім. О.М. Бекетова¹,

Одеська державна академія будівництва та архітектури²

ГЕНДЕРНЕ БЮДЖЕТУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: QUO VADIS?

На теперішній час в українській системі охорони здоров'я посилюються процеси щодо інтеграції гендерних підходів. Зокрема, запроваджено медико-технологічну документацію зі стандартизації медичної допомоги при гендерній дисфорії [1]. Також обговорюються перспективи впровадження інструментів гендерного бюджетування у сферу охорони здоров'я з метою зменшення/ліквідації нерівності у доступі жінок та чоловіків до отримання послуг, що фінансуються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів. Наразі гендерне бюджетування ще не стало предметом спеціальної уваги з боку МОЗ України, і поки що відсутні відповідні нормативні документи, подібні до розроблених для гендерної дисфорії. Ініціатива у цій проблематиці належить міжнародній агенції (SIDA), що підтримує «автономну» від МОЗ України роботу над розробкою гендерних аналізів обласних бюджетів та співпрацює з Міністерством фінансів України [2, с. 2]. У теперішній ситуації обмежених ресурсів актуальним стає питання порівняльної оцінки гендерно-орієнтованих ініціатив, що здійснюються різними суб'єктами, з точки зору їх доцільності, ефективності та результативності [3].

Робочі групи проекту «Гендерне бюджетування в Україні» (SIDA) презентують бюджетні аналізи обласних програм з охорони здоров'я (Ки-

ївської, Івано-Франківської, Черкаської областей), виконані за методикою шведських партнерів, яка включає п'ять кроків. Крок 1 – Визначення гендерних проблем у галузі (аналіз становища різних груп жінок і чоловіків, визначення основних цільових груп програми) [2, с. 8], а саме: «протидія захворюванню на туберкульоз» [2, с. 37–39; 48–50], «протидія онкологічним захворюванням» [2, с. 39–42], «профілактика, діагностика та лікування вірусних гепатитів» [2, с. 42–44], «медико-соціальний захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» [2, с. 39–42], «лікарсько-акушерська допомога вагітним, породіллям та новонародженим» [2, с. 46–42], «протидія ВІЛ-інфекції/СНІДу» [2, с. 50–52]. При цьому автори зазначили [2, с. 36], що серед основних гендерних проблем галузі охорони здоров'я в Україні можна виділити такі:

- низька тривалість життя жінок та чоловіків (66 років), а особливо здорового життя (59 років);

- високий рівень смертності чоловічого населення, особливо працездатного віку; чоловіки рідше звертаються до лікарів, загальна культура здоров'я чоловіків є низькою (ризикована поведінка, шкідливі звички та зловживання, відмова від лікування, сором тощо);

- обмежений доступ до медико-соціальних, медико-консультаційних та медичних послуг для жінок і чоловіків, особливо в сільській місцевості; отримання якісних медичних послуг часто обмежене саме для дівчат і жінок (брак грошей, домашня робота, турбота про дітей, отримання дозволу від чоловіка та ін.);

- існування гендерної упередженості лікарів та медичного персоналу щодо лікування типово «жіночих» (хвороби шкіри, хвороби молочної залози, безпліддя, психоневрологічні розлади та ін.) та типово «чоловічих» захворювань (серцево-судинні захворювання, алкоголізм, наркоманія, суїцид та ін.).

Слід звернути увагу на те, що такі авторські припущення, викладені без конкретних цифрових виражень, відповідних посилань на статистичні дані МОЗ України, утворюють поле для дискусій, наприклад: чому залишилися поза увагою серцево-судинні захворювання (за цим показником Україна має найвищий рівень смертності в Європі)? А це, у свою чергу, апріорі знижує цінність подальшої аналітичної роботи (кроки 2–5). Авторі підсумовують свою роботу над бюджетним аналізом, формально дотримуються вимог європейської методики (крок 5): «формування цілей та рекомендацій з посилення гендерної рівності за програмою». Адже в запропонованих рекомендаціях містяться авторські візії щодо вирішення гендерних проблем, сформульовані без спеціальних монетизованих калькуляцій, що суперечить самій філософії бюджетування. Цілі щодо досягнення гендерної рівності мають бути сформульовані у вигляді чітких гендерно-сегрегованих показників «як є»/«як буде після реалізації рекомендацій». На жаль, розроблені бюджетні аналізи не містять чітко окресле-

них цілей досягнення гендерної рівності, що викликає запитання про кінцеву мету гендерних бюджетних стратегій в Україні, якими є їх орієнтири. На нашу думку, зменшити рівень невизначеності можна шляхом встановлення тісної взаємодії між командою Проекту SIDA і МОЗ України, а також науково-практичними центрами, що мають відношення до цієї тематики (зокрема, Гендерним центром ХНМУ).

Література

1. Наказ МОЗ України від 15.09.2016 № 972 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гендерній дисфорії». – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160915_0972.html.

2. Гендерний бюджетний аналіз програм, які фінансуються з державного та місцевих бюджетів. Стислий виклад. – Київ, 2016. – 89 с.

3. Фесенко Т. Гендерне бюджетування в освіті: аналіз українських ініціатив на регіональному рівні / Т. Фесенко, Г. Фесенко // Рівність, лідерство, спілкування в європейських прагненнях української молоді: гендерний дискурс: збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції (Тернопіль, 5–7 жовтня 2016 р.) ; за заг. ред. проф. В. П. Кравця. – Тернопіль : ТНПУ ім. В.Гнатюка, 2016. – С. 186-188. – Режим доступу: http://eprints.kname.edu.ua/45018/1/Fesenko_Ternopil.pdf.

4. Fesenko T., Fesenko G. Developing gender maturity models of project and program management system // Easten-European Journal of Interiorise Technologies. – 2017. – Vol. 3 (85). – P. 39–45. – Access mode: <http://journals.uran.ua/eejet/article/view/28031>

Філянин С. И.,
ХНМУ

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА: ГЕНДЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Глобальный экологический кризис, с которым столкнулось человечество во второй половине XX – начале XXI ст., неотделим от других сфер жизнедеятельности. Он свидетельствует об истощении природных ресурсов, необходимых для роста экономики, об ухудшении условий жизнедеятельности человека, вскрывает глубинные проблемы воздействия экологии на здоровье человечества [1].

Так, воздействие на человеческий организм атмосферного воздуха, загрязненного промышленными выбросами и компонентами отработанных газов автомобильных двигателей, является доказанным фактором риска развития хронических заболеваний сердца. Например, ученые из США обнаружили ранее неизвестные вредные последствия экспозиции по аэрополлютантам [2, р. 874]. Исследователи из университета штата Вашингтон в американском городе Сиэтл (University of Washington in Seattle) сообщают, что воздействие на организм человека в течение про-

долгительного периода оксидов азота и мелкодисперсных твердых частиц связано с увеличением риска развития атеросклероза [2].

В данной работе были исследованы материалы, подтверждающие риск возникновения атеросклероза в женских и мужских группах, проживающих в одном административном районе, возраст исследуемых варьировался от 40 до 45 лет. Была доказана возрастная зависимость риска возникновения атеросклероза от пола. Так, заболеваемость у мужского пола в возрасте 40–45 лет была выше на 25 %, чем у женщин данного возраста.

На протяжении периода исследования были изучены результаты мультиспиральной компьютерной томографии сердца, пройденной в целях определения отложений кальция, находящихся в атеросклеротических бляшках в коронарных артериях. Через определенный промежуток времени было проведено аналогичное исследование. Изучив результаты исследований, был обнаружен факт утолщения коронарных артерий у мужчин в среднем на 14 микрометров в год, а у женщин – 10. Таким образом, не зависимо от разности утолщения у обоих полов, можно сделать вывод, что основным фактором, оказывающим пагубное влияние на сосуды, является экологически неблагоприятная ситуация в изучаемом административном районе.

Отсюда возникает закономерный вопрос о диагностике допущенных ранее ошибок и путей их исправления, о выработке стратегии преодоления экологического кризиса и механизмах ее практического внедрения.

Природа была и остается главным условием существования человека и общества, комфортной и насыщенной смыслами жизнедеятельности. Уже научно доказано, что жизнь человека невозможна вне природы, а осознание ценности природы и введение ее в общую систему ценностей должно стать важной и неотъемлемой составляющей стратегией в целях преодоления одного из основных факторов возникновения атеросклероза.

Література

1. Гардашук Т.В. Концептуальні параметри екологізму. – К.: Видавець ПАРАПАН, 2005. – 200 с.

2. Effects of ambient air pollution on upper and lower respiratory symptoms and peak expiratory flow in children / H.M. Boezen., S.C. van der Zee, D.S. Postma et al. // Lancet. –1999. – Vol. 353. – P. 874–878.

Філянiна Н. М.,

Національний фармацевтичний університет

ЖІНОЧИЙ ВНЕСОК В АКТУАЛІЗАЦІЮ ТЕМИ:

«ЕКОЛОГІЯ І ЗДОРОВ'Я» РЕЙЧЕЛ КАРСОН

Ім'я Рейчел Карсон (1907–1964) посідає чільне місце серед засновників сучасного екологічного руху та досліджень залежності між станом навколишнього природного середовища та здоров'ям людини.

Працюючи в американському Бюро рибного господарства та пишучи статті для газет про море та його мешканців, Рейчел Карсон звер-

нула увагу на небезпеки, які можуть спричинити пестициди, насамперед ДДТ, використання яких набуло значного поширення після Другої світової війни. ДДТ вважався надзвичайно ефективним засобом боротьби зі шкідливими комахами, викликаючи у них параліч нервової системи під час застосування у невеликих концентраціях, тобто за рахунок високої токсичності. Швейцарський хімік Пауль Мюллер (Paul Müller), який відкрив токсичні властивості ДДТ як контактної отрути, отримав у 1948 р. Нобелівську премію в галузі фізіології і медицини.

Як інсектицид ДДТ застосовувався, по-перше, у боротьбі з комахами-переносниками небезпечних захворювань (насамперед, тифу та малярії) і для попередження епідемій; по-друге, для знищення шкідників сільськогосподарських культур і підвищення врожайності. Орієнтованість користувачів на досягнення бажаного позитивного ефекту від використання отрути залишила поза увагою ймовірно негативні наслідки для інших видів тварин і для здоров'я людини, зокрема й через нехтування правилами безпеки під час використання та утилізації хімікату. Саме ці негативні наслідки й висвітлила у своїй книзі Рейчел Карсон, показавши, що ДДТ призводить до загибелі пташенят, а отже може переміщуватися природними харчовими ланцюгами і негативно впливати всі їхні ланки, включно з людиною.

Сама назва книги «Мовчазна весна» є глибоко метафоричною й означає весну без пташиного щибету й співу. У ній Р. Карсон писала, що наука озброїла себе «найбільш сучасною і жадливою зброєю», повертаючи яку проти комах, вона також повертає її проти всієї природи. Р. Карсон закликала вчених і працівників сільського господарства до дбайливого ставлення до природи, законодавців – до вироблення суворих критеріїв контролю над використанням небезпечних речовин, а хімічну промисловість – до відповідальності при тестуванні нових хімічних препаратів і дотримання норм їх використання. «Епохальна книга Рейчел Карсон «Silent Spring» у 1962 році, – зауважує А. Гор, – красномовно застерігала Америку та світ про небезпеку від пестицидів для перелітних птахів та інших складових природного довкілля»^{*}.

Факти про шкідливий вплив інсектицидів і пестицидів на екосистеми та людину, а також заклики до обмеження їхнього використання, що викладені в «Мовчазній весні», викликали широкий резонанс у громадськості та стимулювали активні дії представників рухів на захист природи

^{*} Гор А. Земля у рівновазі. Екологія і людський дух / А. Гор ; пер. з англ. / ВГО «Україна. Порядок денний на ХХІ століття» та Інститут сталого розвитку. – К. : Інтелсфера, 2001. – С. 144 с.

й здоров'я людини. Вихід у світ «Мовчазної весни», наклад якої становив близько 2 млн примірників, став потужним поштовхом для мобілізації міжнародного екологічного руху під гаслами заборони використання ДДТ та інших інсектицидів і гербіцидів, а згодом – із ширшими вимогами на захист довкілля та екологічної безпеки населення. Резонанс від публікації «Мовчазної весни» не лише спонукав учених глибше досліджувати вплив пестицидів на довкілля, харчові ланцюги й здоров'я людини, а й мав наслідком значне обмеження використання ДДТ і мобілізацію широкого загалу на захист довкілля. Це стало потужним поштовхом для нового громадського руху, який у наш час перетворився на вагомий чинник суспільно-політичного життя. Книга Рейчел Карсон «Мовчазна весна» дала також поштовх для мобілізації жіночого (екофеміністичного) руху за право на чисте, здорове навколишнє середовище, за доступ до достовірної інформації про стан довкілля та удосконалення екологічної політики та політики охорони здоров'я.

Фоміна Л. В., Шейко А. О.,
ХНМУ

РОЛЬ ЖІНКИ В УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ: ВІД МИНУЛОГО ДО СЬОГОДЕННЯ

Сучасний темп життя вимагає від жінки бути і мамою, і господинею та берегинею, і займатися кар'єрою одночасно. Проліткуємо зміни в ролі жінки та ставленні до неї чоловіка в українському суспільстві. Усе більше й більше жінок перебирають чоловічу роль на себе, і все більше чоловіків демонструють жіночий тип поведінки. Якщо раніше було дивною побачити чоловіка, що сидить з дитиною та займається хатньою роботою, а жінка будує кар'єру, то тепер цим вже нікого не здивувати. Тож стосунки між чоловіком та жінкою змінили свій характер.

Сучасна жінка є свого роду воїтелькою із стереотипами, які склалися в нашому суспільстві. Однак ставлення до жінки не завжди було як до особи, що відіграє другу роль. Характер наших жінок завжди робив їх першими.

Так, українки волелюбні, непокірні та норавливі. Це пов'язано з тим, що українська жінка завжди номінально була головою родини, хоч формально ця роль була закріплена за чоловіком. Також шанобливе ставлення до жінок, що сформувало наш характер, пов'язано із культом Богині-Матері, що був поширений серед племен, які населяли територію сучасної України, Польщі, Угорщини.

Також ставлення до жінки та до її ролі у житті можна побачити в уявленнях українців про відьом. Так, наша відьма – це завжди красива жінка, біля якої упадають чоловіки (згадаємо Солоху). Тож навіть в уявленнях про темних істот в українському фольклорі простежуються шанобливе ставлення до всього жіночого роду.

Говорячи про ставлення до жінки в українському суспільстві, не можна не згадати про козаків та Запорізьку Січ. Так, ми всі знаємо, що

запорізькі козаки не схвалювали раннє одруження серед своєї спільноти та не допускали появу жінки на Січі, проте це пов'язано не з нешанобливим ставленням до жінки, а навпаки – з турботою про неї. Оскільки життя козака проходило здебільшого у військових походах та було пов'язано із високим ризиком смерті, він не хотів залишати жінку вдовою, а дітей – сиротами, проте були й одружені козаки. Жінки проводжали своїх чоловіків та роками чекали на їх повернення, у цей час ведучи господарство. У той час, як чоловіки були вдома, робота по господарству була суворо розподілена на чоловічу та жіночу.

Згадаємо і те, що жінки були ще й воїтельками: вмiлими лучницями та вершницями, а після бою – дружинами. Тож в наших жінках поєднувалася сила та жіноча слабкість, мужність та тендітність. А ми – сучасні представниці – продовжуємо цю добру традицію.

Отже, як ми можемо побачити, жінка завжди посідала почесне місце в нашому суспільстві та її завжди оточували честь та повага. Навіть зараз ставлення до жінки не змінилось і те, що вона займається роботою, залишаючись берегинєю та матір'ю, викликає в чоловіків повагу.

Література

1. Стяжкіна О. В. Жінки в історії культури другої половини ХХ ст.: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня док. іст. наук : спец. 07.00.01 «Історія України» / О. В. Стяжкіна. – Донецьк, 2003. – 21 с.

2. Про отношение казаков к женщинам [Електронний ресурс] / А. Волошин. – Режим доступу : <http://getmanat.org/ru/kozachky/>

Харченко Э. А., Складук Д. О.,
ХНМУ

ЖЕНСКОЕ НАСИЛИЕ НАД МУЖЧИНОЙ КАК TERRA INCOGNITA

Ежегодно в нашей стране регистрируется большое число случаев насилия, и пострадавшими обычно являются женщины (от рук мужчин). Однако более глубокий анализ данной темы показывает, что представители мужского пола также нередко становятся жертвами насилия со стороны женщин. Вот только заявляют они об этом значительно реже.

Тема насилия над женщинами действительно обсуждается постоянно, всесторонне исследуется. Создаются специальные приюты для женщин, открываются «горячие линии», привлекаются опытные психологи. Проблема насилия над мужчинами не просто уходит на второй план – кажется, что она не поднимается вовсе. И, выходит, мужчине, пережившему акт насилия, зачастую просто некуда обратиться. Да и просто-напросто стыдно это сделать, поскольку предстать в патриархальной культуре в роли жертвы мужчине совершенно «не к лицу».

Как известно, принято выделять несколько форм насилия: физическое, экономическое, сексуальное, психологическое. Соответствующие

исследования могут, например, показать следующую картину: 22,1 % мужчин хоть раз в жизни подвергались физическому насилию, 12,5 % – экономическому, 5,7 % – сексуальному и 79,7 % – психологическому*. Впрочем, эти данные, вероятно, описывают случаи, когда насилие над мужчинами осуществлялось как женщинами, так и другими мужчинами. Да и описывают ли упомянутые цифры факты, давно «вошедшие в обиход»? Кому из мужчин удалось, например, избежать в своей жизни пощечины? Таковых единицы, а ведь пощечина – это одновременно и физическое, и психологическое воздействие, унижающее и доставляющее дискомфорт. Или другой, нередкий для нашей культуры, случай: мужчина много работает и зарабатывает деньги, однако все до копейки должен отдать жене – налицо экономическое насилие...

Что касается фактов сексуального насилия, то они становятся публичными лишь после каких-то резонансных событий. Например, в Зимбабве не так давно была обезврежена банда насильниц, охотившихся на своих жертв-мужчин на автотрассах, предлагая подвезти: мужчине, оказывавшемуся в салоне авто, также предлагалось утолить жажду безалкогольным напитком (на самом деле – психотропным препаратом), после чего его, обездвиженного, отвозили в заранее намеченное место, где грабили и насиловали. Похожий случай произошел в России, где была задержана банда дзюдоисток, нападавших на одиноких парней в целях избиения и изнасилования. А в Великобритании мужчину захватила в плен банда из четырех крепких чернокожих женщин, которые заперли свою жертву в подвале, били и насиловали в обычной и извращенной формах (освободиться мужчине удалось только через три дня). Все эти случаи объединяет общий мотив – месть, причем не личная, а «гендерная», то есть месть мужскому полу как соответствующему продукту культуры – за его грубость, надменность, неуважение, разного рода насильственные действия над женским.

Подводя итоги, отметим, что, вероятнее всего, женское насилие над мужчинами не является таким уж редким феноменом, как можно подумать, не углубляясь в тему. Вместе с тем, это настоящее terra incognita гендерных исследований, в том числе по причине того, что сами мужчины предпочитают молчать о таких фактах: пережить насилие для мужчины – это настоящая «статусная травма», а насилие от женщины – это травма вдвойне.

* Ольга Игуменцева. Насилие над мужчиной как традиционная ценность [Электронный ресурс] / Ольга Игуменцева. – Режим доступа: <https://goo.gl/MKYA65>.

**ЧАСТОТА СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ
В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЯХ
У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН**

Актуальность темы. На сегодняшний день злокачественные новообразования занимают вторую позицию в структуре причин общей смертности населения Украины. Тесная взаимосвязь между онкологическими заболеваниями и возрастом была замечена и доказана многими исследованиями. Так, чем старше организм, тем больше риск онкологии. Это связано с нарушением иммунологической защиты стареющего организма. Также немаловажную роль играют факторы внешней среды: ионизирующее и ультрафиолетовое излучение, контакт с химическими канцерогенами, а также наличием вредных привычек: курением, употреблением алкоголя, к которым с возрастом у человека уменьшается резистентность. В связи с важностью данной проблемы для системы здравоохранения необходимо выявить и контролировать эпидемиологические особенности злокачественных новообразований с учетом возраста, пола и различных подтипов онкологий.

Цель. Проанализировать встречаемость онкологических заболеваний среди мужчин и женщин и определить наиболее встречаемые локализации злокачественных новообразований.

Материалы и методы. На основании данных Государственной статистики Украины был проведен ретроспективный анализ онкологической заболеваемости на территории Украины и Харьковской области за 2015 г. Был проведен сравнительный анализ заболеваемости по половому различию, в зависимости от возраста и по локализации новообразований.

Результаты. В Украине, по официальным данным, на 2015 г. было зарегистрировано 134 104 впервые выявленных случаев злокачественных новообразований, при этом на диспансерном учете в ЛПУ находилось 961 825 человек. Количество впервые выявленных новообразований по Харьковской области составило 9 230 случаев. Проведенный анализ показал, что уровень заболеваемости на 100 тыс. населения у мужчин составил 324,3, у женщин – 305,5 впервые выявленных случаев. Наибольший пик заболеваемости и у мужчин, и у женщин приходится на возраст 60–69 лет, удельный вес мужчин в этой возрастной категории преобладает – 52,3 %, женщин – 47,7 %. В возрасте от 25–55 лет удельный вес женщин выше в среднем 54,1 %, мужчин – 45,9 %.

Таким образом, возрастные тенденции заболеваемости среди мужчин и женщин имеют свои особенности. Во-первых, у мужчин наблюдается «запаздывание» развития злокачественных новообразований в среднем на 5–10 лет. Во-вторых, в популяции женщин и мужчин в возрасте от 50 лет наблюдается увеличение заболеваемости с возрастом.

В структуре онкозаболеваний у мужчин на первое место выходит рак трахеи, бронхов, легких – 52,5 новых случая на 100 000 населения, второе место – рак кожи – 39,7 случая на 100 000 населения и третье место – рак предстательной железы – 33,2 случая на 100 тыс. населения. У женщин на первом месте рак молочной железы – 61,4 новых случая на 100 тыс. населения, второе место – рак кожи – 47,0 и третье место – рак матки – 46,0 новых случаев на 100 тыс. населения.

Вывод. На основании вышесказанного можно сделать вывод, что заболеваемость злокачественными новообразованиями у мужчин выше, чем у женщин; с возрастом и в мужской, и женской популяции возрастает частота встречаемости онкологических заболеваний; в более раннем возрасте до 55 лет удельный вес женщин в структуре заболеваемости выше, после 55, наоборот, больше удельный вес мужчин; в структуре онкологических заболеваний и у мужчин, и у женщин второе место занимает рак кожи, что должно привлечь большее внимание к данной проблеме.

Черкасова А. А., Гагарин В. В.,
ХНМУ

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Актуальность проблемы. В новейших исследованиях, развивающих психологический подход к диагностике, прогнозу и терапии психосоматических заболеваний, подчеркивается роль системной психобиологической дезадаптированности человека. Специалисты отмечают серьезные психиатрические проблемы у подростков, страдающих психосоматическими эндокринными заболеваниями, однако недостаточная разработка вопросов медико-психологического сопровождения данной категории подростков делает проблематичной коррекцию нарушений их психологической и социальной адаптации.

Все сказанное определяет большое научное, практическое и социальное значение задачи разработки и внедрения в клиническую практику принципиально новых медицинских технологий на основе интегрального подхода к оценке психосоматической патологии у подростков.

Цели и задачи – создание алгоритма диагностики и психопрофилактики социальной недостаточности у подростков с психосоматическими эндокринными заболеваниями на основании интегральной оценки соматоневрологического, психического и психологического здоровья в зависимости от пола подростка.

Задачи исследования: проанализировать теоретико-методологические подходы к проблеме медико-психологической реабилитации подростков с психосоматическими заболеваниями; определить

особенности медико-психологической реабилитации в зависимости от пола подростков; предложить программу медико-психологической реабилитации для улучшения адаптации.

Материалы и методы. Соматоневрологический, клинико-психопатологический, патопсихологический методы (тесты Кеттелла, Басса-Дарки, Люшера, семейная социограмма Классена), социопсихологическое интервьюирование подростка и его семьи, проективные психодиагностические тесты «Дом-Дерево-Человек», «Кинетический рисунок семьи». Разработка модели медико-психологического сопровождения проводилась на материале обследования 286 подростков (143 девочки и 143 мальчика), страдающих сахарным диабетом (СД), со стажем заболевания от периода манифестации до 15 лет и более.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования было выявлено преобладание изменений в психологическом состоянии у девочек. В ходе проведения медико-психологической адаптации подростков обеих групп, страдающих сахарным диабетом, был выявлен положительный ответ на проводимые мероприятия у 80 % девочек и 55 % мальчиков, что свидетельствует о конституциональных особенностях личности подростков мужского пола.

У подростков с СД в случае выявления психопатологической, неврологической симптоматики назначаются современные схемы терапии на фоне инсулинотерапии. При этом важно учитывать соматотропные эффекты психофармакотерапии и лекарственное взаимодействие психотропных и соматотропных медикаментов.

Выводы. Сопоставив данные, мы наблюдаем положительную динамику в психологическом состоянии подростков обоих полов, но с преобладанием у девочек, в результате проведенной медико-психологической реабилитации с использованием системной модели психологической реабилитации.

Чешко В. Ф., Косова Ю. В.,
ХНЕУ ім. С. Кузнеця

ГЕНДЕР КАК ПРОБЛЕМА ТЕОРИИ ЭВОЛЮЦИИ И ПРОБЛЕМА НАТУРФИЛОСОФИИ

В современной постакадемической и человекообразной науке научная теория сложных самоорганизующихся систем, включающих в себя носителей креативного интеллекта и алгоритм ее построения, неизбежно представляет собой синтез эволюционной эпистемологии и философской антропологии с конкретно-научной эмпирической базой. Иными словами, натурфилософия вновь обретает статус стержневого элемента теории. В предыдущих публикациях (Cheshko et al., 2014, 2015) мы аргументировали концепцию стабильной эволюционной стратегии *Homo sapiens* (САЧ) в составе трех параллельно функционирующих автономных и коэволюционирующих модулей (биолого-генетического, социокультурного и тех-

норационалистического). Неизбежным следствием эволюции САСН становится технологизация и рационализация эволюционного процесса.

Социогуманитарный и биологический секторы технологий управляемой эволюции связаны между собой циклом с позитивной обратной связью. Опережающее развитие гуманитарных технологий при наличии экономического стимула вызовет вторичную волну, в ходе которой биотехнологические схемы станут восприниматься как более приемлемые с культурно-этической точки зрения. В свою очередь генно-инженерное «усовершенствование» открывает более широкие возможности и повышает эффективность «гуманитарного» технологического сектора. *A priori* наложение двух циклов – социокультурного и рационально-технологического создает автоколебательный, склонный к авторезонансу контур. В результате его функционирования велика вероятность перехода потенциальной формы эволюционного риска в свою актуальную форму (разрушение человеческой природы и утраты основы для самоидентификации человечества во времени). Яркий пример представляет собой антиномия **СЕКС** *versus* **ГЕНДЕР**. Первый член антиномии соответствует биологическому полу, а второй – его социокультурному аналогу. [М. Фуко, 1996, с. 261–262]. Ментальным идеалом современности становится тезис о человеческой телесности и, в целом, биологической организации индивидуума как социокультурного, а не биологического конструкта. Из трудов по социальной и биологической антропологии (М. Фуко, М. Дуглас) этот постулат крайне быстро перекочевал в область эмпирической социологии (К. Шиллинг), формируя соответствующий социальный заказ на развитие обеспечивающих технологических схем. В конечном итоге превращение любого типа личностной идентичности в предмет индивидуального выбора определяются исключительно пластичностью биологического модуля САСН в варибельном контексте культуры и манипулятивными возможностями технологического модуля по отношению к атрибутам самоидентификации. В этом смысле расовая и этническая идентификация представляют куда меньше проблем, по сравнению с сексуально-гендерным аналогом. В отличие от гендерно-сексуальной ориентации технологические инновации затрагивают только расовые детерминанты, которые лишь закрепляют этот процесс. Их адаптивное значение определяется доминирующей в социальной группе, «усыновившей» пришельца, эволюционной семантикой.

Однако в гендерной самоидентичности конфликт между биологическими и социокультурными составляющими оказывается существенным для социального положения и психофизиологического комфорта личности. Возникает социальный заказ на технорационалистические (прежде всего, биомедицинских и репродуктивных) инновации, обеспечивающие его преодоление. Личностное самоопределение становится крайне существенным для образа жизни, положения в обществе, принадлежности к социальной группе, субкультурному типу («Один из нас»!) и проч.

Итак, в отсутствие социокультурных нормативов-ограничителей, превращение носителей западного (техногенного) цивилизационного типа в результат самоконструирования и самоманипулирования лимитируется исключительно составом и мощностью технологических схем.

Чопорова О. І.,
ХНМУ

ГЕНДЕР-АСОЦІЙОВАНІ ВІДМІННОСТІ КЛІНІЧНОЇ МАНІФЕСТАЦІЇ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ У ХВОРИХ З КО-ІНФЕКЦІЄЮ ВІЛ/ТУБЕРКУЛЬОЗ

Актуальність. ВІЛ-інфекція – одна з епідемій, що почалася у ХХ ст. Останнім часом захворюваність на ВІЛ-інфекцію має тенденцію до зростання, особливо серед осіб молодого віку. Загрозливими темпами зростає захворюваність серед молодих жінок. Критерії діагнозу СНІДу не мають гендерних відмінностей і включають виявлення опортуністичних інфекцій або злоякісних захворювань. Найчастіше СНІД-визначальними захворюваннями є *Pneumocystis carinii* – пневмонія, кандидозний езофагіт, криптококовий менінгіт, "синдром виснаження", інфекція вірусом *Herpes simplex*, цитомегаловірусна інфекція, туберкульоз, токсоплазмоз, саркома Капоші і лімфома. У перебігу ВІЛ-інфекції можуть відігравати роль складні гормональні взаємодії і пов'язані з цим статеві відмінності в клінічних проявах опортуністичних інфекцій.

Матеріали та методи. Було проведено ретроспективний аналіз даних історій хвороби пацієнтів з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ, які перебували у період 2012–2016 рр. на лікуванні у Харківському обласному протитуберкульозному диспансері № 1, з метою виявлення гендерних особливостей цих та інших клінічних проявів ВІЛ-інфекції у хворих на туберкульоз.

Результати. Гендерний склад пацієнтів був представлений 62 % чоловіків і 48 % жінок. Середній вік чоловіків становив 36 років, жінок – 34 роки. У віковому розподілі найбільша питома вага припадала на пацієнтів віком 25–49 років – 93,8 %; 2,6 % хворих належали до вікової групи 18–24 роки, 3,5 % – 50 років і більше. Тенденції у віковій структурі та гендерних ознаках пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ з 2012 по 2016 р. були подібними, але дещо зменшилась питома вага чоловіків (до 64,4 %), у той час як доля жінок збільшилась (33,6 %). Даний факт можна розцінити як несприятливу ознаку, яка підтверджує тенденцію до більш активного залучення в епідемічний процес жінок.

У цілому характер СНІД-визначальних захворювань був порівняним для обох статей. Під час ВІЛ-інфекції жінок часто турбували специфічні для них ускладнення. Захворювання яєчників, матки, шийки матки, піхви і статевих губ нерідко були першими проявами ВІЛ-інфекції. У ВІЛ-позитивних жінок мала місце низка гінекологічних захворювань –

порушення менструцій; запальні захворювання органів таза, в основному гострий сальпінгіт; генітальна герпетична інфекція; вагінальний кандидоз; інфекція вірусом людських папілом; ураження шийки матки (дисплазія, карцинома). Інфекції, які виникли у ВІЛ-позитивних жінок, у багатьох випадках протікали більш агресивно, були важкі для лікування, мали рецидивуючий характер. За результатами вивчення приблизно у третини ВІЛ-позитивних жінок виникали проблеми, пов'язані з генітальними інфекціями, серед яких вагінальний кандидоз (10 %), інфекції *Herpes simplex* (5 %), *Trichomonas*-інфекції (4 %) і запальні захворювання таза (1 %). Серед гендер-незалежних захворювань у жінок частіше були виявлені кандидозний езофагіт, герпетична і цитомегаловірусна інфекції, тоді як дерматологічні проблеми (висип, себорея, псоріаз, екзема, контагіозний моллюск, дерматофітіоз і фолікуліт) зустрічалися значно частіше у чоловіків. Відносини між статями і ймовірність інфекції з опортуністичними збудниками хвороб може бути наслідком анатомічних або біохімічних даних (наприклад, рН піхви) або нейроендокринних відмінностей між чоловіком і жінкою.

Висновок. ВІЛ-інфекція та СНІД у жінок містять деякі аспекти, які не характерні для чоловіків. Знання про прояви ВІЛ-інфекції у жінок, особливо серед ВІЛ-негативних, є, безумовно, необхідним, бо жінки формують найбільш швидко зростаючий контингент серед ВІЛ-інфікованих.

Чумаченко Т. А., Семишев В. И.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Одним из важных направлений борьбы с ВИЧ-инфекцией является профилактика передачи вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) от матери ребенку. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире около 1,4 млн женщин с ВИЧ отваживаются на беременность. Без лечения вероятность того, что дети станут ВИЧ-позитивными во время беременности, родов или грудного вскармливания, колеблется от 15 до 45 %. Степень риска перинатальной передачи зависит от надлежащего ухода за инфицированной женщиной во время беременности. По данным экспертов, правильно подобранная и правильно применяемая антиретровирусная терапия (АРТ), снижающая вирусную нагрузку, контроль родов, отказ от грудного кормления могут снизить риск передачи ВИЧ от матери к ребенку до 1 %.

В Украине превалентность ВИЧ-инфекции среди беременных по результатам первичного тестирования снизилась с 0,55 % в 2009 г. до 0,39 % в 2014 г., а частота перинатальной передачи ВИЧ снизилась с 4,7 % в 2009 г. до 3,35 % в 2014 г. Однако вызывает тревогу увеличение числа позднего выявления ВИЧ-инфекции у беременных женщин в связи

с поздним обращением их в женскую консультацию или родильный дом. В Украине вирус чаще всего передается ребенку от ВИЧ-инфицированной матери, которая употребляет наркотики. Вместе с тем женщины, употребляющие наркотики, не имеют средств защиты себя и своих прав. Самостигматизация и уязвимость перед законом и правоохранительными органами вызывают постоянный страх женщин за собственную безопасность, страх злоупотреблений и преследований со стороны представителей правоохранительных органов, в результате такие женщины не обращаются за медицинской помощью и не попадают в поле действия профилактических программ. Беременные, которые употребляют наркотики, на практике не имеют общего с наркологом плана ведения беременности, имеют низкую вовлеченность в программы уменьшения вреда, реабилитации и доступ до опиоидной заместительной терапии.

ВИЧ-инфицированная женщина в большей мере подвергается насилию, гендерному неравенству в учреждениях здравоохранения, в обществе и в семье. Женщины, практикующие коммерческий секс, стигматизируются, считаются распространителями ВИЧ-инфекции, не принимают регулярно АРТ, так как не берут препараты с собой, чтобы не раскрыть свой ВИЧ-положительный статус.

Уязвимость для женщин к ВИЧ-инфекции также обусловлена социально-культурными представлениями о несоответствии женской роли осведомленности в области секса и настаивании на использовании презерватива; частым проявлением насилия и мужским главенствующим положением, приводящим к зависимости женщины от мужчины, в первую очередь финансовой; частым обменом секса на деньги или наркотики; экономическим неравенством; игнорированием лесбиянок в дискурсе об инфекциях, передающихся половым путем, и ВИЧ.

Таким образом, растущая феминизация эпидемии ВИЧ, низкий охват профилактическими программами маргинальных групп женщин, несвоевременное обращение за медицинской помощью и в женскую консультацию могут привести к росту случаев инфицирования беременных и повышают риск перинатального заражения детей.

Для снижения темпов развития эпидемии ВИЧ вплоть до ее прекращения необходимо глубинное изменение поведенческих и гендерных факторов, влияющих на распространение инфекции.

Гендерные нормы и поведенческие стереотипы, обусловленные культурой, с одной стороны, способствуют поддержанию эпидемии ВИЧ, но с другой, могут быть использованы для разработки новых гендерчувствительных профилактических программ.

ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ГЛІКОЗИЛЬОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ У ХВОРИХ НА ЛЕГЕНЕВИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

Актуальність теми. Відомо, що туберкульозний процес призводить до розвитку та поглиблення порушень вуглеводного обміну, що може спричинити маніфестацію цукрового діабету (ЦД) 2 типу. За даними дослідників, серед хворих на туберкульоз (ТБ) ЦД вперше виявлений у 9,3 %, а порушення вуглеводного обміну в стані предіабету – у 24,5 % хворих. Ці дані свідчать про доцільність проведення скринінгу ЦД серед хворих на ТБ з метою ранньої діагностики та корекції порушень вуглеводного обміну.

Мета роботи. Провести порівняльний аналіз показників глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}) у хворих на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) легенів залежно від статі та віку.

Матеріали і методи. Обстежено 67 хворих на ВДТБ легенів госпіталізованих до КЗОЗ Обласний протитуберкульозний диспансер № 1 у 2012–2013 рр. Групу 1 склали 47 чоловіків у віці 38 (±12,3) років, групу 2 – 20 жінок у віці 32 (±9,8) років. За критеріями ВООЗ пацієнти розподілені на вікові категорії. Обстеження та лікування проводилося згідно з діючим наказом МОЗ України № 1091 від 21.12.12.

Результати. Аналізуючи дані, було виявлено, що в групі 1 переважали чоловіки у віці 30–39 та 50–59 років. Для групи 2 був характерний більш молодий вік, а саме 18–29 та 30–39 років. При порівнянні показників HbA_{1c} у віковій категорії 18–29 років, спостерігалися більш високі його рівні у чоловіків (6,1 ± 2,1%), ніж у жінок (5,2 ± 0,9%). В інших вікових категоріях таких розбіжностей не спостерігалось.

Висновок. Отримані результати свідчать про більш високі рівні HbA_{1c} у чоловіків хворих на ВДТБ легенів у віковій категорії 18–29 років, що можливо, пов'язано з вираженим інтоксикаційним синдромом та значними патологічними змінами в легенях з наявністю порожнин розпаду.

Шевченко О. С., Погорелова О. А., Новохатская М. Ф.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МИКОБАКТЕРИОЗОВ

В последнее время в Украине отмечается рост числа случаев выявления нетуберкулезных микобактериозов. Несмотря на это статистическая информация по встречаемости данной группы заболеваний и особенностям клинических проявлений практически отсутствует.

Целью данной работы было описать гендерные особенности течения микобактериозов.

Материалы и методы. Нами было обследовано 32 больных (25 мужчин и 7 женщин), жителя г. Харькова и Харьковской обл., Украина, у которых в течение 2014–2016 гг. был установлен диагноз «нетуберкулезный микобактериоз легких». Все больные были обследованы по стандартному диагностическому алгоритму, утвержденному Приказом МЗ Украины № 620 от 04.09.2014. Идентификация вида НТМБ проводилась на основании классификации Runyon и модифицированной классификации, утвержденной Приказом МЗ Украины № 45 от 06.02.2002, в рамках которых учитывались скорость роста НТМБ, характер и цвет колоний.

Результаты и обсуждение. В клинике микобактериозов у женщин преобладали легкие и среднетяжелые проявления, иногда заболевание протекало практически бессимптомно. Только у 2 (28,6 %) женщин отмечался распад легочной ткани и бактериовыделение (выявленное бактериоскопически), сопряженные с большей выраженностью жалоб (кашель, одышка, интоксикационный синдром). Проявления микобактериоза у женщин соответствовало бронхоэктатической форме, которая согласно данным литературы чаще развивается у пожилых некурящих женщин без предшествующих лёгочных заболеваний, протекает чаще легко, стёрто и рентгенологически характеризуется картиной «дерева в почках», формированием цилиндрических бронхоэктазов. Возбудителями в данной группе чаще являются *M. kansasii*, *M. simiae*, *M. fortuitum*.

У мужчин чаще встречались выраженные клинические проявления (как грудные, так и общеинтоксикационные). Среди них у 16 (64,0 %) пациентов наблюдалась деструкция легочной ткани, а у 11 (44,0 %) отмечалось бактериовыделение (выявленное бактериоскопически), в том числе у 1 пациента – массивное. Таким образом, у мужчин чаще наблюдалась кавернозная форма, типичная для курящих мужчин среднего возраста, часто на фоне предшествующей легочной патологии. Клинико-рентгенологически данная форма практически неотличима от лёгочного туберкулёза (инфильтраты в верхних долях с формированием каверн), протекает более тяжело, часто с синдромом интоксикации, кашлем одышкой, иногда кровохарканьем. Чаще возбудителями при такой клинической картине являются *M. kansasii*, *M. xenopi* и *Mycobacterium avium complex*.

Выводы. Нетуберкулезные микобактериозы чаще встречаются у мужчин и характеризуются более тяжелым течением с выраженными грудными и общеинтоксикационными симптомами, деструкцией легочной ткани и бактериовыделением. Учет гендерных особенностей течения микобактериозов позволяет в ранние сроки установить предполагаемый вид возбудителя и назначить соответствующую антибиотикотерапию.

ФОРМУВАННЯ ГЕНДЕРНО-ВАЛЕОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ У ДІТЕЙ 5–10 РОКІВ

У контексті реалізації Цілей сталого розвитку до 2030 року, затверджених Генеральною Асамблеєю ООН, основними завданнями державної соціально-гуманітарної політики України є формування здорового способу життя дітей та молоді, забезпечення гендерної рівності та розширення прав і можливостей жінок і дівчаток. Це актуалізує проблему формування валеологічної культури у підростаючого покоління на засадах нових науково обґрунтованих підходів, які б відповідали зміні педагогічних парадигм і навчальних технологій.

У процесі теоретичного аналізу наукової літератури було з'ясовано специфіку формування валеологічної культури у дітей 5–10 років крізь призму трьох підходів: статево-диференційованого, особистісно-орієнтованого та гендерного.

Прихильники першого підходу (В. Єремеева, В. Заїкін, Т. Матвієнко, Т. Рєпіна, Д. Совтисік, Т. Хрїзман) розбіжності у знаннях та поведінці дівчаток і хлопчиків пов'язують з їх біологічними та психологічними відмінностями, що призводить до стереотипізованих педагогічних установок, протиставлення дітей за ознакою статі у навчально-виховному процесі. Представники особистісно-орієнтованого підходу (І. Бех, О. Демченко, О. Киричук, Т. Титаренко) вбачають орієнтування на особистісне становлення дівчаток і хлопчиків основою гуманізації освітньо-виховного середовища, наголошуючи на самоцінності, неповторності та індивідуальності кожної дитини, повазі та емпатії до неї, розвитку творчих нахилів дівчаток і хлопчиків.

У межах гендерного підходу (С. Вихор, Т. Говорун, Т. Дороніна, О. Кікінежді, В. Кравець, О. Луценко, А. Мудрик, Л. Штильова, О. Цокур) визначальними умовами статево-рольової соціалізації дітей є дотримання сучасних стандартів гендерної рівності для обох статей (рівність доступу, рівність у ставленні та оцінюванні особистісних досягнень). Гендерний підхід передбачає перш за все створення умов для максимальної самореалізації і розкриття здібностей дівчаток і хлопчиків у процесі педагогічної та батьківсько-дитячої взаємодії; рівноцінність обох статей у виборі безпечної та здоров'язберігаючої поведінки. За таких умов відбувається альтернативний тип гендерної соціалізації – егалітарної, впроваджується особистісно-егалітарний, демократичний підхід до виховання хлопчиків і дівчаток [1, 2].

Вивчення проблеми в гендерному ракурсі зумовило формулювання авторського розуміння поняття «гендерно-валеологічна культура старших дошкільників і молодших школярів», яке трактується як частина культури зростаючої особистості, що функціонує у вигляді цілісної системи

валеологічних знань, емоційно-оцінних відношень, поведінки дівчаток і хлопчиків щодо збереження і зміцнення власного здоров'я та формується у паритетній взаємодії тріади «батьки – діти – педагоги» на принципах рівноправ'я, самоцінності та індивідуалізації статей [1, с. 106].

Таким чином, формування гендерно-валеологічної культури у дітей 5–10 років передбачає набуття дівчатками і хлопчиками системи валеологічних і гендерних знань, умінь і навичок, дбайливе ставлення до власного здоров'я та здоров'я інших, гнучкий соціостатевий репертуар гендерно-валеологічної поведінки.

Література

1. Кікінежді О. М. Формування гендерно-валеологічної культури у старших дошкільників і молодших школярів: від історії до інновацій / О. М. Кікінежді, І. М. Шульга // Теорія і методика навчання й виховання дітей дошкільного та молодшого шкільного віку: від історії до інновацій : [монографія] ; за заг. ред. А. А. Сбруєвої, С. М. Кондратюк – Суми : Видавничо-виробниче підприємство «Мрія», – 2015. – С. 100–115.

2. Кравець В. П. Гендерна соціалізація молодших школярів : навч. посібник / В. П. Кравець, Т. В. Говорун, О.М. Кікінежді. – Тернопіль : «Навчальна книга – Богдан», 2011. – 192 с.

СТУДЕНТСЬКА СЕКЦІЯ

Addae-Kumi, Michelle Marie,
KhNMU

MEDICINE IN GHANA: GENDER PROBLEM IN MEDICINE

Medicine as a profession, just like Law, Engineering, Business, etc. in Africa generally had in the past been areas predominantly taken over by males. This was because of the notion that the job of a woman was mainly the upkeep of the household. Women had little to no access to education and were not encouraged to or given opportunities to venture into these job areas. This changed over the years with modernization and western influence. Nonetheless, gender disparities still exist in these job areas.

Medicine in Ghana is an excellent example of this gender disparity. Although many factors influence what specialty medical students and residents choose, the gender factor greatly influences what and where a future physician will practice. There still remain specific areas or specialties in medicine women do not tend to explore or venture towards. Examples of these include orthopaedic surgery, cardiology, neurosurgery, etc. A huge percentage of female doctors tend to lean towards family medicine, paediatrics, obstetrics/gynaecology, etc. while male doctors make up huge percentages in surgery, emergency medicine, etc.

As of 2015-2016, there has been no record of female orthopaedic surgeons or neurosurgeons in Ghana. This may perhaps be because of what the

jobs entail and the concern of being branded as having affiliations with “supernatural realms” or as “witches” by some people. There is still the perception of a woman to be “soft” and “gentle” but because of the nature of, for instance, orthopaedic surgery and what it entails, some people label them as “mean”, “heartless” and “cruel”. There is the belief that what some men dare not undertake, women dare not venture into. There is the unspoken notion that some of these specialties are male specialties and women lack the competence to do them. Furthermore, the belief of woman’s place to be at home still exists to this day by a majority of people and so the lengthy natures of some of these specialties cause some people to believe that any woman in this area of medicine is “failing” as a woman, wife and mother.

These with many other reasons contribute to why women are substantially underrepresented in various areas of medicine. There is the need to eradicate this gender bias, the ignorance and superstitious beliefs of people to help developing countries forward in development. Education should be made available and compulsory to all. Women, both young and old, should be greatly encouraged and given the equal opportunities and room to pursue male dominated job areas rather than be trained in an environment where they are being told they are incapable and made to fit in socially constructed gender roles which do nothing but slow down the progress and growth of a nation. Women should be given the confidence to excel and overcome the gender bias in specialties without being deterred by the male dominance in them.

Literature

1. How Medical Specialties Vary by Gender. AMA Wire. N.p., 20 Oct. 2016. Web. 15 Mar. 2017.

Afolabi O. A.,

V.N. Karazin Kharkiv National University

INCESSANT USE OF MOBILE CELL PHONES: EFFECTS ON FERTILITY AMONG MALE AND FEMALE GENDER

Introduction. Mobile phones have become indispensable in the daily lives of men and women around the globe. As cell phone use has become more widespread, concerns have mounted regarding the potentially harmful effects of radio frequency electromagnetic radiation (RF-EMF) from these devices and fertility outcomes in both men and women. Fertility is the ability to conceive and bear children, the ability to become pregnant through normal sexual activity. The quality of fertility matters to the health of every family and to every community’s survival. Every family and community that welcomes a baby wants him or her healthy and for parents to keep healthy at least until their children reach adulthood.

Concept. In male, the effects of radiation from mobile phones result in DNA damage and inability of self-repair. Radiation is drawn to the cells that have the highest growth and division rate such as spermatozoa and affects their motility as well as their morphology. Studies show that sperm quality and mo-

tility are adversely affected when men wear a cell phone, pager on their belt or in a pocket. Yet other studies conclude that using a cell phone or storing one near the testes affects sperm counts, motility, viability and structure. Men with erectile dysfunction are 2.6 times more likely to keep their cell phones in their front pants pocket as well as sperm DNA fragmentation has significantly been altered in men who use the mobile phone for more than 4 hours a day.

On the other hand, no strong evidence to date has shown that cell phone radiation reduces female fertility. However exposure to cellular radiation can be harmful to both expectant mothers and their unborn children. Exposure to radiation in the last months of pregnancy can affect the spinal cord of the baby. Data has shown that considering the lifestyle of pregnant women using cell phones, 3.0% were directly associated with spontaneous abortion. Most mobile phones transmit and receive Radiofrequency (RF) radiation at frequencies between 825 and 915 megahertz (MHz), these radio waves are emitted by both mobile phone handsets and base stations has the ability to heat human tissues similar to the way a microwave heats the food.

Conclusion. Electromagnetic radiation from mobile cell phones is a significant mechanism affecting male and female reproductive systems. However it has been shown to have profound changes in the male gender than the female. In male it has been shown to affect spermatozoa motility, viability, morphology and count. The lack of conclusive evidence on female fertility does not mean there is no effect; it is just that we are not sure what the effects are. Women who are trying to get pregnant or are pregnant should do their best to avoid electromagnetic radiation to be safe.

Ahuokpeme Amarachukwu Emmanuel,
KhNMU

GENDER INEQUALITY IN HEALTH ISSUES

The problem of gender inequality in most societies in the world, not only in Nigeria, is one that has caused so many problems, especially amongst this present generation. In an attempt to try to tackle this problem, we created movement 'Feminism' and 'Equality'. However, most of us, especially the women, have forgotten that men and women can never exactly be equal because we were both made differently to play different roles in the society and that in these differences lie our strengths. Sadly, in trying to be equal to men, women have picked up a lot of bad habits which carry a social stigma for them (but not men) and have greater consequences health wise as well.

Firstly, the issue of smoking and drinking, especially in Nigeria, are things which signify manliness but in women, signify waywardness and bad behavior. These activities usually affect our bodies in negative ways, especially women because the way our systems are built, they are more susceptible to various illnesses and diseases and any little reduction in the activities of our immune system, further expose us to most opportunistic pathogens. Also, these

activities often lead to addictions which, in addition to the illnesses, adversely affect our ability to conceive and give birth. Also, children born from such mothers are usually affected by various congenital diseases or with various disabilities. Any African can testify that a barren woman is rejected and scorned by all and usually lives a miserable life.

Secondly, the problem of promiscuity. We all can agree that any key that opens every lock is termed a master key but a lock that can be opened by every key is basically not a lock. Representing men as keys and women as locks, we can already understand the view of society in this matter. But in trying to prove that what a man can do we, as women, can do better, we risk our lives and our images. For example, the disease, urogenital trichomoniasis, caused by the protozoa *Trichomonas vaginalis*, is asymptomatic in 90% of men and only 50% of women who are infected. Its clinical manifestations include acute, sub-acute and chronic forms of urethritis, vaginosis, erythematous mucosa of the vagina and so many others.

Also, considering diseases like syphilis, caused by *Treponema pallidum*, and gonorrhoea, caused by *Neisseria gonorrhoea*, besides having very dangerous effects on the body can be transmitted across the placenta to the foetus leading to congenital diseases with manifestations like hepatomegaly, splenomegaly, inflammation, lymphadenopathy and many more.

British anthropologist M. Douglas in her "natural symbol" was the first who described the symbolic meaning of the body. The body is like the text that should be read as a symbol of the social world [1].

Hence, as women, we must remember that we don't just preserve our lives for only ourselves but for our children, born or unborn. We must, therefore, try to live as healthily as possible.

Literature

1. Douglas M. Natural symbols: explorations in cosmology. New York: Routledge, 1996. – 186 p.

**Agbenu Sedem, Koampah Nkansa Abena,
Mtumwa Mohammed, Okwuwolu Chimakarum,
KhNMU**

GENDER ISSUES IN AFRICA

Gender as defined by the WHO is referred to as socially constructed characteristics of men and women such as norms, roles and relationship between groups of men and women. In Africa, gender problem is one that has plagued its heart of peace and tranquility. Gender problems arise from the major fact that men are superior to women. This ideology cuts across all the countries in Africa. Why is it so, one may ask?

Firstly, we have the religious factor. In Africa there three major religions: Christianity, Islamic and traditional. These religious beliefs and practices are normally misconstrued by people to fit their way and lifestyle. Traditionalist believe that women are unclean and are not fit to do the things men do, that the gods have a place for men only to serve them and women to serve men so they

kill women mentally and emotionally, by practices that are now outmoded like female genital mutilation, widowhood rites and trokosi system. All these leave women enslaved and trapped physically, emotionally and mentally they intend become very submissive. Christianity and Islam have the same root which leads to gender issues. That is the creation story, they said Eve tempted Adam into eating the forbidden fruit after she had given in to temptation. So they believe every temptation starts with a woman since she was weak. Now men try to suppress women as much as possible but all this is just a misconception.

Secondly, it is social expectations. In the Northern tribes of Ghana for example it is believed that women should be in service to the male counterpart in that no matter your achievements or the heights you attain, it is to be attributed to the male counterpart. It is expressed in the adage “if a woman buys a gun, it is kept in the man’s room. The female is highly regarded in childbirth, home keeping and social relationships but if a woman goes into a highly masculinized job like auto-engineering per say or attains heights, it is normally assumed that she is a witch or in my language “she has got something hidden in her eyes.” or she could only have gotten there through favors courted from men. Also the female jobs no matter your status is kept for the female, so if both parents have jobs it is naturally assumed that if they all get home at the same time the woman should go to the kitchen to prepare food for the family. If she fails to comply or is aided by her man in the kitchen, society labels her as rude and the man as weak.

Thirdly, it is culture and norms. According to cultural tradition, women in Nigeria are not supposed to be trained and that has heightened the illiteracy rate amongst them. They were basically left to take care of their homes with their husbands other wives. Women were not allowed to go to school because of the African mentality, they just married women off without their consent but as time went by people began to see the role women play. An African scholar Kwegyir Aggrey said: “If you educate a man you educate an individual but if you educate a woman you educate a whole nation”.

Lastly, in Tanzania for example gender problems affect the socio-economic and political development in their land. In Zanzibar, Tanzania 90% of women are not allowed to exercise the right of freedom of speech, their shouts and screams for help, for emancipation travels as far as the four walls of their homes which echo in their hearts and rings in their mind that there is no hope. Women are also not allowed to work and it is the same with many other African countries so there is a drastic decrease in the labor force which affects the nations. That is why Africa remains the continent with so much, yet so little to show for it.

There is also some gender problems in medicine, in Africa particularly Ghana and Nigeria there is an assumption that every woman that works in the hospital is a nurse a called “maame nurse” by the people in the community, a lot of patients actually shun female doctors thinking their nurses and unqualified to diagnose them, that is how bad his problem has gotten it is a canker slowly eating its way through the positive African values. It can only change if our mindsets are changed.

Asiedu James William a.j.w,
KhNMU

GENDER PROBLEMS IN MEDICINE

Gender problems are not new to our society; we face them in our everyday life. Though alike in many ways, there are still some fundamental differences in biological make up of each gender. These include the reproductive function, sexual hormones, and expression of genes on the X and Y chromosomes and the higher percentage of body fat in women. Men and women manifest chronic diseases in predictable ways.

In recent reports myocardial infarctions is in a decline worldwide except in young women. Why is this so? We believe this group has been abandoned by prevention programs. In women major causes included psychological factors and social stress, where as in men it's often due to excessive exercise. The number of nephrons are different in each gender. Women have a low number compared to their male counterparts. Hence are not able to maintain a good concentration of urine unlike men which leads to more severe and further complications.

In the united states, a legislation – the Toxic Substance Control Act (TSCA) sees that chemicals are safe to use unless otherwise but many common use chemicals such as pesticides and many personal care products are not regulated by the TSCA. And have been seen to cause reproductive issues. Cases of sterility, low sperm count and birth defects has been seen in males and menstrual disorders, infertility and late puberty in women when they get in contact with lead, mercury and some pesticides over a period of time.

Treatment of patients by different genders shows varying results in the success rate and time of hospitalization. According to certain studies, prove that patients treated by women doctors were more likely to leave the hospital alive than those treated by men. However, the difference was small. The study failed to provide information in the differences in survival. In another research, we found that women doctors are more likely than men to follow treatment guidelines, provide preventive care and communication care more with patients.

During prenatal and postnatal growth, the health is greatly influenced by the mother. It is well documented that infants born to mothers who smoked during pregnancy, weigh significantly less than infants born to nonsmoking mothers. Also the infant may be prone to be overweight, have cardiovascular diseases and cancer when extreme care is not taking. This includes bad eating habits, alcoholism, and no exercise. Even the genetic makeup of the mother can be problem. As seen in mothers and fetus with conflicting rhesus factors. This leads to infants acquiring hemolytic anemia.

Awotunde A. G.,

V.N Karazin Kharkiv National University,

VARIATION OF AUTOIMMUNE AND CARDIOVASCULAR DISEASES MANIFESTATIONS AMONG MALE AND FEMALE GENDERS

Introduction. Autoimmune diseases are a range of diseases in which the immune response to self-antigens results in damage or dysfunction of tissues. Autoimmune diseases affect <8% of the population, 78% of whom are women.

Examples of autoimmune diseases are Grave's disease, systemic lupus erythematosus, Sjögren's syndrome, rheumatoid arthritis, multiple sclerosis. Cardiovascular disease is a general term for conditions affecting the heart or blood vessels, such as angina and myocardial infarction.

Concept. Estrogens and androgens directly influence the immune response by interacting with hormone receptors on immune cells. Estrogen stimulates IFN-gamma production from T cells. In addition, estrogen has been found to increase fibrosis because of its ability to stimulate IL-4, TGF-gamma, and fibroblast growth factor. These effects of estrogen make women more susceptible to a variety of autoimmune diseases. Contrary to the effects of estrogen, endogenous androgens are protective in males by reducing the levels of those cytokines. Statistical data from recent studies in different countries were compared: United States, England, France, Denmark, Japan, China, India, and Australia. Data highlight the very high (9:1) gender bias toward females for systemic autoimmune diseases including SLE and Sjögren's syndrome, occurring independent of country of assessment. Male-predominant autoimmune diseases (ankylosing spondylitis and myocarditis) usually manifest clinically (ie, show signs and symptoms of clinical disease) before age 50. Estrogen engages several mechanisms that protect against hypertension and therefore most cardiovascular diseases in premenopausal women, such as activation of the vasodilator pathway mediated by nitric oxide and prostacyclin and inhibition of the vasoconstrictor pathway mediated by the sympathetic nervous system and angiotensin.

Conclusion. Most autoimmune diseases exhibit a strong female bias. Autoimmune diseases with an increased incidence in females appear clinically later in life. Male-predominant autoimmune diseases usually manifest clinically before age 50. Estrogen engages several mechanisms that protect against hypertension and therefore most cardiovascular diseases in premenopausal women.

Doneille Mullings,
KhNMU

GENDER EQUALITY IN MEDICINE

Gender equality is achieved when women and men enjoy the same rights and opportunities across all sectors of society, including economic participation and decision making and when the different behaviours, aspirations and needs of women are equally valued. Gender equality is a human right. Women are entitled to live with dignity and with freedom from want and fear. Gender equality is also a precondition for advancing development and reducing poverty: Empowered women contributed to the health and productivity of whole families and communities and the improve prospects for the next generation.

Acknowledging the fact of the differences of the sexes can help to bring about equality in a respectful manner beneficial to both sexes. The reasoning behind this is that physically, males and females are different, and hence, diagnoses of diseases that relate specifically to either gender is a display of the ac-

knowledge of the fact that both sexes deserve specialized medical care. The new concept of evidence based sex and gender medicine- which includes the fundamental differences of biology and behaviour between men and women- should improve health care for both sexes. It has been suggested that healthcare practitioners, researchers and drug makers have been, with the exception of reproductive science, approaching male and female bodies as identical organisms. The question, however, remains: Have practitioners been treating male and female patients the same when they should not or have they come up with their own methods for addressing physiological differences between the genders.

Growing scientific literature highlights concern about the influence of social bias in medical care with the difference in the treatment methods of male and female patients being among the documented concerns. Not much light has been shone on the extent to which differential treatment of male and female patients reflects the influence of social bias or of more acceptable factors, such as different patient preferences or different anticipated outcomes of care.

In practice, it is often not easy to separate the influence on sex and gender. On one hand, sex influences both healths by modifying behaviour: testosterone, for instance, causes aggressive behaviour associated with risk-seeking and neglecting personal health. On the other hand, gender-behaviour can modify biological factors and thereby health: exposure to stress, environmental toxins, poor nutrition or lifestyle choices can induce genomic and epigenetic modifications in adults, children and even the developing fetus. These modifications and the physiological effects are different in women and men, as DNA repair and epigenetic mechanisms are modified by sex hormones and therefore need to be taken into consideration when forming medical hypotheses. Gender-sensitive medicine is not the same as considering the specific needs of women in health care – such as pregnancy or menopause- and might even be contradictory. Gender medicine must consider the needs of both sexes which might require giving specific data on either sex and greater attention where there is a deficit (for example: osteoporosis and depression in men and cardiovascular diseases in women).

The prevention, management and therapeutic treatment of many common diseases do not reflect the most obvious and most important risk factors for the patient: sex and gender. This omission withholds more efficient health care, as gender based prevention measures or therapies are assumed to be more effective than the usual ‘one size fits all’ approach and would benefit patients of both genders. Sex differences are based on biological factors that include reproductive function, concentrations of sexual hormones and the expression of genes on the X and Y chromosomes. By contrast, gender is associated with behaviour, lifestyle and life experience. It determines access to healthcare, use of the healthcare system and the behavioural iTunes of medical personnel.

The implementation of gender-equitable diagnostics and treatment requires time, commitment, institutional and political support and should be at the fore of the goals and missions of human rights promoting institutions as healthcare and gender equality are both basic and important aspects of human rights.

**MALARIA IN PREGNANCY:
A DANGER TO NIGERIAN WOMEN**

Malaria is responsible for about 11% of maternal deaths in Nigeria. A study conducted in a Lagos hospital in 2009 reported an incidence of malaria in pregnancy around 7%, but a 2015 study conducted in a community in Enugu reported that 99% of pregnant women tested positive for malaria parasitaemia. This discrepancy is likely explained by the fact that only 35% of pregnant women in Nigeria give birth in a hospital -meaning that there are more women in the community affected by malaria than hospital acquired data estimate.

First of all, the type of malaria present in Nigeria is the tropical malaria caused by *Plasmodium falciparum*. The *falciparum* specie has the unique ability of sequestering in small vessels, so in pregnant women the parasites may be present in the blood vessels of the placenta, thereby reducing blood flow and Oxygen delivery over time. In high endemic areas where immunity to malaria is usually well developed, parasitaemia may occur in the placenta without causing maternal illness. This leads to maternal anaemia and reduced Oxygen delivery to the fetus resulting in intrauterine growth retardation or even premature delivery. However, the mother might never seek treatment for the malaria infection as she remains asymptomatic.

Second, malaria in pregnancy can lead to acute cases that involve rapid lysis of red blood cells leading to severe illness in the mother. Unlike other types of malaria like tertian and quartan malaria with paroxysms that occur every three and four days respectively, tropical malaria is known for its atypical paroxysms. Decompensation could occur rapidly leading to severe malaria as anaemia and toxinaemia develops. This creates a dangerous situation with consequences that include: maternal deaths, stillbirths and preterm delivery.

Thirdly, other factors contribute to the danger that malaria poses to pregnant Nigerian women. Due to poor availability of testing equipment and personnel, malaria in pregnancy is not usually diagnosed early. Low participation in antenatal care means that women with subclinical infections of malaria are not treated, and even when the diagnosis is established, some pregnant women die because of improper or inadequate treatment.

Intravenous Artesunate has been found to be more effective than Quinine in treating severe malaria in pregnancy. So, to solve the problem of inadequate treatment, it is important to institutionalize successful treatment regimens for women with acute or severe malaria. Also, considering the possibility of asymptomatic malaria infections, a strategy known as intermittent preventive treatment can be implemented in high endemic areas. Intermittent preventive treatment involves prophylactically treating people for malaria before they get sick. In pregnant women, the treatment can be spaced throughout the pregnancy.

It is important to remember that many true positive cases of malaria in Nigeria may go undiagnosed. In Nigeria, malaria is usually diagnosed by microscopy, so even when a microscope is available, the skill of the operator comes into play. Hence, it is important to provide better training for microscope operators or better still introduce more sensitive and objective diagnostic tests. Finally, more women need to be encouraged to participate in antenatal programs. The fact that only 35% of pregnant Nigerian women give birth in a hospital means that there is a need for robust structures to help expand coverage.

Khatter Hussein,
KhNMU

GENDER STEREOTYPES IN TRADITIONAL SOCIETY

Gender stereotype is a cultural phenomenon, which is forming under the influence of historical conditions. It has social nature and is a product of social cultural norms and expectations. Usually, such characteristics are changing in time and depend on the country, its cultural, economical, and ideological surrounding. Gender stereotypes are adopted in the process of socialization, in the system of distribution of material values and authority, moral norms and prescriptions, very stable for the definite social-cultural areas.

In Arabic countries gender stereotype fulfils some functions correlated to the functions of social stereotype, but has peculiarities. In our region, the definition “traditional” or “masculine” society is absolutely suitable for a long period of time.

Subordination of female subject, defined by gender asymmetry, is the basis of any social structure. In other words, gender is the main mechanism of the construction of national symbolic structure, and lay down “natural” relations between men and women. Gender mechanisms legitimated patriarchal structures of exploitation and discrimination of women. “Natural” functions: bearing and upbringing of children, household activity and others, caused the exclusion of women from the public space.

In conditions of domination of symbolic and compulsory code of military behavior, characteristics of “biological” gender and sexual relations are the part of practices of limitation and inhibition, formed normative models of male and female subjectivity. There is a misinterpretation of freedom by females. They have to take into account the existence of “protective instinct” in males, and they have to realize it in responsible attitude to the family. It derives from the idea that male human being is physically stronger, but female one is emotional creature and can make mistakes.

Man took advantage of the emotional nature of a woman, and used it to suppress of female right, using that fact to serve the own rights. From male point of view, female human being misunderstand the meaning of freedom and instead of cherishing the right and using the freedom for the greater good, some of them abused that right.

Hegemony of masculinity for people of Arabic region was the regulative ideal formed the ground for the formation of national communities.

Formation and existence of ethnos in our region affected gender stereotypes, mostly behavioral ones. Male representatives of nobility “governed” their women in private sphere, but sit the equal or interdependent positions on social-political life. Because of that, practices of control and limitation of female sexuality replaced by the proclamation of the duty in front of the Motherland.

Heroic folklore is full of images of “selfless mother”, which sacrificed her sons’ lives for the liberation, or faithful woman, the support for the hero.

For the people of our area there are such models of normative female behavior: a woman like reproducer of heroic generation; woman as a re-translator of ethnic culture, a woman as a symbol of family and national honour.

In conclusion we have to underline that our society cultivates hegemony of masculinity and automatically subdivides the space onto male and female subjects, with the domination of the first one.

Lavrova A.S.,
KhNMU

INFLUENCE OF ENVIRONMENT ON REPRODUCTIVE HEATH

Recently, the issue of the environmental impact on the reproductive health of both women and men has become more important than ever. In the 21st century, industry is developing at an ever increasing pace. This, of course, can bring irreparable harm not only to the environment, but to the health of every person. Unfortunately, the reproductive system of both sexes also suffers.

Factors that affect reproductive and overall health are chemical and physical factors that, in themselves, are technogenic. Physical factors include vibration, noise, and electric current and electromagnetic radiation. Chemical factors include pollution of the environment with various chemical wastes, which through air, soil and food enter the human body and cause irreparable harm. With prolonged, low level exposure they accumulate and thereafter cause severe diseases that disrupt the normal functioning of all vital body systems. The impact of these factors on reproductive health cannot be accurately evaluated, even in carefully controlled studies.

One important factor, high noise level, has been observed to increase the risk of infertility of women by 2-3 times. In the situation with male infertility, the negative effect of toxic substances (mercury, pesticides, nickel, phosphates, lead) on the mobility and vitality of spermatozoa has been proven [1].

For today in the world the ecological threat to health of pregnant women increases. The release of radiation and chemical waste into the environment poses a great threat to the normal course of pregnancy and causes the development of pathologies in fetal development. The organism of a pregnant woman is very sensitive to the actions of such damaging factors. Getting into the mother's body, chemicals through the placenta enter the body of the developing fetus. According to clinical observations over the past 10 years, rates

of normal pregnancy progression have significantly decreased. The risk of complications and threats of disruption is observed in 80% of pregnant women [2].

There are also 'hormones of the environment' - hormone-like xenobiotics (HPA), which also have a negative effect on the reproductive system. Xenobiotics are pesticides, synthetic dyes, antibiotics, detergents, etc., contained in the water, air, and ground, and can enter the human body through food. Inside the body they can cause allergic reactions, poisoning and have a harmful effect on fertility. Hormone-simulating xenobiotics can bind to specific receptors of sex steroids and impersonate sex hormones that are naturally released in the body. By blocking or altering the effect of natural hormones, HPA can affect the regulation of reproductive function. Most often it affects males where these «hormones of the external environment» negatively affect the production of spermatozoa and their number in the ejaculate, which leads to an increase in the frequency of male infertility.

Consequently, it can be concluded that the release of hazardous chemicals into the environment reduces the fertility level and can lead to infertility in both men and women. Also, the release of these dangerous products adversely affects the development of the fetus and the normal course of pregnancy, which plays an important role in the health of the entire population of the planet. Due to the neglect of the rules of many factories and enterprises, this situation, in the future, can get out of control and cause irreparable harm to all humanity.

Literature

1. Влияние факторов внешней среды на бесплодие у женщин <http://medkarta.com/?cat=article&id=27270>

2. Брагаренко А.С. Влияние экологических факторов окружающей среды на течение беременности <http://scml.ms.md/?menu=72&lang=ro>

Magapu Veera Venkata Akhil,

Kharkiv National Medical University

THE SANCTITY OF LIFE

Most of us think it is wrong to kill people. Some think it is wrong in all circumstances, while others think that in special circumstances [say, in a just war or in self defense] some killing may be justified, but even those who do not think killing is always wrong normally think that a special justification is needed. The assumption is that killing can at best only be justified to avoid a greater evil.

It is not obvious to many people what the answer is to the question "why is killing wrong?" It is not clear whether the wrongness of killing should be treated as a kind of moral axiom, or where it can be explained by appealing to some more fundamental principle or set of principles. One every common view is that some principle of sanctity of life has to be included among the ultimate principles of any acceptable moral system.

In order to evaluate the view that life is sacred, it is necessary to distinguish between two different kinds of objection to killing: direct objections and those based on side effects.

The first difficulty is a minor one. It do not want to state the principle in such a way that it must have overriding authority over other considerations. To say 'taking life is always wrong' commits us to absolute pacifism. But clearly a pacifist and a non-pacifist can share the view that killing is in itself an evil they need only differ over when, if ever, killing is permissible to avoid other evils.

Sometimes the doctrine of the sanctity of life is defended in an oblique way. The social implications of wide spread abandonment of the view that taking human life is intrinsically wrong are said to be so appalling that , whatever its defects , the doctrine should not be criticized. It must be faced that there is always a real possibility of producing a society where an indifference to lives of at least some groups of people has terrible results.

If criticism of the doctrine of the sanctity of life made even a small contribution to developing such attitudes that would be an overwhelming reason for not making any criticism. But the view to be argued for here in no way gives support to the attitudes. It is the first and most elementary test to be passed by an adequate account of the morality of killing that it should not fail to condemn them. It is a thesis that conventional moral views about killing are often intellectually unsatisfactory. The attempt to replace the unsatisfactory parts of a moral outlook may even result in something less likely to be eroded.

Medikonduri Vedavyas,
KNMU

GENDER BIAS IN MODERN WORLD AMONG VARIOUS FIELDS

Even in 21st century, we can find gender discrimination in various fields such as education, work, and profession. Gender bias means showing gender partiality in various fields according to the requirements. It may be because of their financial status, traditional rules, partiality etc. Most common platforms where the gender bias is shown: education, non-professional works, professional works.

Education: in this platform, female education is suppressed by male education. It may be in various situations like partiality towards boy child, expectations may be less or it may be negligence towards girl child.

Non-professional works: In this, jobs are provided for people according to their gender and their requirements. For example, girls are not allowed to do jobs, which are considered as tough jobs. However, we have many open examples that girls too can do tough things.

Professional works: In this type, opportunities are provided according to the requirements of company of public using them. Ex: In engineering field, girls' intake is more in software wing and men intake is more in mechanical and automobile wings. Because they consider men can do tough works but women cannot. In medical field it is mostly depends on patients. Men doctors are allowed to study gynecology, but are not supposed to be a gynecologist, because female patients feel inconvenience. Even women doctors are not al-

lowed for typical surgeries, just because they may feel weird. Nevertheless, we cannot predict whose capacity is what.

Conclusion: Never underestimate or predict someone's capacity depending on his or her gender.

Muskan Magan,
KhNMU

GENDER ASPECTS OF THE HEALTHY LIFESTYLE

When it comes to health, women and men aren't equal. Our environment allows us to escape certain health problems. "There is no doubt among national and international experts that the states of health of the people in the contaminated areas are extremely poor". However, most health conditions affect both men and women in various ways and in their style of living. If we start comparing both the genders then there are many factors which affect healthy living style – Men tend to take up health damaging habits, such as DRINKING & SMOKING. Men tend to consume more alcohol than women in all regions of the world and I guess similar is the condition in smoking. However not only drinking and smoking affects the lifestyle but also their way of living, their habits, their day to day activities. If we talk in general, men engage in behaviours that lead to higher rates of injury and disease. The AGGRESSIVE thing they have in their nature led to many different situations. Moreover, they also tend to eat less healthful diets as comparatively to women. Second problem which we all face is OBESITY, a very big problem of the developed countries. It can be seen almost everywhere nowadays. Obesity often results to unbalanced diets, hypertension, surgeries and much more. However, the story doesn't end here- people nowadays have a competition of looking better than other person but not doing any hard work rather opting for clinical methods- (to remove fat going for liposuction surgery, to make skin better going for Botox injections or may opt for some implantation) ignoring the consequences. I am not saying clinical methods aren't right but having proper diet, doing proper exercise can save us from such injectors methods. May be somewhere somehow these artificial things are doing some harm to us and we all know even these won't be permanent if one wouldn't take care of himself/herself. Then comes another problem which we face is UNSAFE SEX, which can lead to sexually transmitted infections, also HIV. Infections are more easily transmitted from men to women than from women to men. Sometimes just to avoid unwanted pregnancy, women opt for contraceptive pills which leads to many changes in their hormones and if a woman is taking the pill in short interval then this can definitely bring a lot of changes in her lifestyle. Then the problem is of POVERTY is another factor that facilitates the existence of gender disparities in health. Poverty often act as a form of barrier against gender equity in health for women. Last but not the least common problem we face in many countries, women are more exposed to indoor air pollution than man. In house where the cooking is done with solid fuels without good ventilation. Women are more likely than men to develop respiratory infections, pulmonary

diseases or many be chance of lung cancer. The increased health risk for women is mainly due to the fact that women spend more time near the fire while cooking therefore is more exposed to high intensity of pollutions. Thus to overcome all such situations one need to think, understand and prepare himself. Have to maintain his proper diet, habits so that he can live a healthy life without facing such problems. Always remember we attract what we think, nothing can stop you if you have thought of doing something in a positive way. Think good Do good.

Nartey Lydia,
KhNMU

GENDER MEDICINE IN REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN

The concept of gender refers to complex inter relation and integrations of sex has a biological and functional marker of human body and psychological and cultural behavior due to ethical, social and religious background.

Gender Medicine focuses on the impact of the gender on human physiology, pathophysiology and clinical feature of diseases. Gender medicine therefore aims to include biological and socio cultural behavior and cultural aspects of sexual reproduction, gender and sexual pleasure. Gender discrimination against women is very common in aspect of reproductive health. These experiences are most common and unique to Malaysian women. Instead, they speak to women's general lack of control over their sexuality and reproductive health in both developing and developed country. This express need exist despite the availability of health services modern medical technology and overall improvement in maternal morbidity and mortality statistics. Women in general lack control over their bodies, inequalities in health status between men and women, women's unequal treatment in health care, medical education and researches are major women and health concerns that require urgent systematic and global intervention [1].

There is also gender inequality in health pertaining to women's disease viewed as less important because of the diffused symptoms in various parts of the body seemingly without cause compared to men's disease that have clear cut symptoms. Example: fibrocystic diseases and depression neurosis that rank the lowest and are diagnosed more frequently in women than in men. Women in some part of the world (Norway) run the risk of getting less recognition in health, receive less health monetary compensation and thus have poorer quality services. Some diseases and conditions also affects only women such as dysmenorrhea, cervical cancer, infections due to unsafe birth deliveries and abortions, female circumcision, reproductive tract infection, urinary tract infection and risk of birth control methods. In reproductive health women lack decision making powers to negotiate about sex, child bearing and contraception whilst men can freely reject use of contraception [1].

Despite these fact women's health needs are often regarded to be restricted only to reproduction. The gender bias has reflected clearly such that within medicine women's health is relegated to only obstetrics and gynecology

and within public health. All women health needs are expected to be met by maternal and child health programs. This is because women are primarily seen as mothers and wives rather than human beings having health needs, thus women's non-reproductive health is either invisible or not emphasized.

Literature

1. Integrating the Gender Perspective in Medical and Health Education and Research / Internet access: <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/integrate.htm>

Puneet Kaur,
KhNMU

GENDER PROBLEM IN MEDICINE: INFLUENCE OF MOTHERS HEALTH ON PRENATAL AND POSTNATAL GROWTH

Being mother is an ever-changing and eventful journey, full of challenges and surprise, and we all know the importance of mother in our life. She holds the baby in her uterus for nine months and give him proper nourishment and take care of his or her health during her whole life. Mother's health influence the prenatal and postnatal development. The size of the child and especially the diet during pregnancy influence the fetal growth and development. If the women is healthy, the child will also be healthy. However, there are many cases we face nowadays where mother is more conscious about her figure rather than proper diet, because of such cases we see new-born isn't very healthy or very well developed, even if he is physically properly developed doesn't mean he got proper nutrients and is also mentally develop.

Depression is another common and frequent among the pregnant ladies which may direct or indirect affects the prenatal or postnatal growth. The prenatal depression of mother effects on foetus that leads prematurity, low-birth weight, delay growth of new born baby, such things affect baby for long term. Postnatal depression of mothers effect the quality of maternal care and can lead to disturbance in their children's social behaviour and physical development. We all know mother's job isn't only to take care just for nine months, she must look after her baby for lifetime but early stages are the most crucial one. That is the only time where child grow both physically and mentally. After all its very well said Mother is our first teacher. Next comes Maternal nutrition factor also influence the composition of breast milk, with growth promoting and regulatory potential against infection and allergies. If women is smoking and taking alcohol during pregnancy that leads to decreased lung growth, and increase the chances of miscarriage, mental retardation and teratogen the women don't take proper diet the postnatal child will suffered from diseases and will be weak. Sedentary behaviour during postnatal life is determined by prenatal environment. Consumption of drugs during pregnancy can result in low birth weight, premature labour, fetal death and even maternal death. So overall if we conclude, we can say everything depends in mother's hand. How she takes care of herself, of her diet, of her habits, of her mental health and everything that's why it's said - "A women's health is essential to the good health of her baby" .

Women who eat well and exercise regularly along with regular prenatal care are less likely to have complications during pregnancy. They are also more likely to successfully birth to healthy baby. Women who are physically and mentally healthy have the healthiest and happiest child. And as we discussed earlier eating a nutritious diet during pregnancy is linked to good fetal brain development, a healthy birth weight and it reduces the risk of many birth defects.

A healthy lifestyle of mother is vital during pregnancy because the mother's health influence prenatal and postnatal growth of child.

Rashid Samir Mohamed,
KhNMU

SURROGATE MOTHERHOOD

Surrogacy can be looked as a method or a whereby woman carries a pregnancy for the married couple, and that child being not hers (the surrogate mother) after giving birth.

How is it conducted a married man gives his semen to a woman who is not his wife, in order for the couple to have a Baby? Yes, this procedure is done in order for the married couple to have a child, but I consider this as a form of indirect fornication or adultery, which is not acceptable by many world religions and also it goes against human nature.

Also this procedure will foster the increase of same sex marriage, because it will be able to have an offspring by use of surrogate mother. But for those who were unprivileged to have children because of fertility problems, this may be a wise option and a solution for them.

But also we can say that the mother (the Husband's wife) will be living with a child that is not hers, when the child grows up He/She might try to find her real mother eventually when finding out the truth.

Women become Surrogate because either due to the money being offered or are doing it without any commercial compensation. Poor women have found this to be one of the method to have an income which will help their families back home and ease the living standard, so economic problems encourages women to take on this path for a livelihood.

The surrogate mother may have complications during the pregnancy because of taking hormones and medication which will or might affect her health in the future, also the surrogate mother may suffer an emotional break down due to the fact that the child is taken away after birth.

Samuel Oluwatimileyin Owoeye,

V.N. Karazin Kharkiv National University

THE PREVALENCE OF RISK FACTORS OF OBESITY AMONG MALE AND FEMALE UNIVERSITY STUDENTS IN KHARKOV REGION

Introduction. Obesity and overweight are due to energy imbalance. About 13 % of the world's adult population (11 % of men and 15 % of women) were obese and 39% of adults aged 18 years and over (38 % of men and 40 % of

women) were overweight in the year 2014. Globally, there has been; an increased intake of energy-dense foods that are high in fat; and an increase in physical inactivity due to the increasingly sedentary nature of many forms of work, changing modes of transportation, and increasing urbanization and civilization.

There is no single cause of all overweight and obesity. Many factors can lead to energy imbalance and weight gain. They include genes, eating habits, how and where people live, attitudes and emotions, life habits, and income.

Aim. To study the prevalence of risk factors of obesity among male and female university students of V.N. Karazin Kharkiv National University.

Materials and methods

A cross sectional analytical study was conducted in three faculties of Karazin University, Ukraine. 100 students participated for the research study, from second to final year. 59 students were Ukrainians and 41 students were international students from Nigeria, Israel, Kyrgyzstan, Jordan, Ghana, India, Palestine, Nepal, Russia, Syria, Libya and Morocco. There were 67 females and 33 males. The average age of the subjects was 20 ± 2.7 years.

Structured self-administered questionnaires were given to students, which contained questions about their health history. There were no potential risks to participants as the study did not involve any difficulties or vigorous exercise.

Weight and height measurements were taken by the use of weighing balance and measuring rule after the completion of the questionnaire. Software Epi data was used for data entry. Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) was used for data analysis. Mean and standard deviation was reported for continuous variables having normal distribution, whereas proportion was reported for categorical variables.

Discussion

In this research study of 100 subjects, there were 67 females and 33 males, involving both Ukrainians and International students. From the result, more than average of both male and female have normal body weight. Overweight is more prominent in males than female, but only 4.48 % females were obese. Part of the reasons among others, is low percentage of females engaged in regular vigorous exercise, compared to their male counterparts. Most of the females engaged more in mild exercise whereas, most of the males engaged more in vigorous exercise. 11.94 % females and 15.15% males have sedentary lifestyle. Most of the female subjects were on prescribed diet which could be responsible for why larger percentage of them have normal weight compared to their male counterparts. 16.41 % females, and 9.09 % males are underweight, 5.97 % females and 24.24 % males are overweight. More males are overweight because of lesser percentage of them that are on prescribed diet, and perhaps other reasons that could culminate in energy imbalance.

Conclusion: Averagely, most of the male and female subjects have normal body weight. Low percentage of obesity was found among female subjects with none for males. Whereas, more males have overweight than their

female counterparts. More females were on prescribed diet than males and they got involved more in mild exercise than vigorous ones. Whereas, more males participated in vigorous exercise than their female counterparts.

Literature

1. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/Pages/overweight-obesity-statistics.aspx>
2. <http://my.clevelandclinic.org/health/articles/statistics-related-to-overweight-and-obesity>

Sajan Pushparajan Vijayan,
KhNMU

HOW TO OVERCOME GENDER STEREOTYPES IN EDUCATION

Gender stereotypes are standard imagination of behavioral models and features of character, correlated to the notions “male” and “female”. Gender stereotypes we can investigate from two positions: in male and female consciousness from one hand, and in collective public consciousness – from the other one.

American psychologists after the investigation of gender stereotypes made two main conclusions: gender stereotypes stronger than racial ones; and there is a pressure of gender stereotypes, which are adopted by the representatives of different groups. We can mention a big variety of stereotypes, for example, the majority of people are sure that men are leaders, they dominate, but women are conformal according to the nature.

Gender stereotypes like any other social ones (e.g. ethnic, political, confessional, and professional) reflect the peculiarities of the attitude to the representatives of own group and another gender one.

Mixed education at school has to take into account a big number of specific points related to girls and boys. By the beginning of the primary school children usually adopted the stereotypes of behavior particular for their group.

There are some elements of educational system, which are common for all of the children: all of them have to start school at the same age; all of them in the class have the same teacher; boys and girls listen to the same explanations, and get the same text-books and copy-books. Teachers want to get the same results, but they are different for male and female pupils.

Girls and boys are equal, and they are not different in any aspects. Girls avoid physical training, as they do not want to gain muscles, because they are sure that this one makes them less attractive, but in turn, makes them weaker in compare to boys.

If we want to make any change to gender stereotype, we need to start from the very basic level, from the kids. I means for a person to be healthy physically, mentally, and sexually. When we are speaking of mental health, the person should have clear picture of gender and emotions.

Destination of gender equality can only be reached, when every individual human being disregards the fact of female or male superiority.

In present era women are being transformed to superpower, and are being given rights blindly, turning the society into a place where superman is a myth and “wonder woman” is a reality.

We have to start from the kids. In contemporary Indian school, we have to cultivate the feeling of freedom, and promote the actions that make male and female independent. Students should be promoted to work together irrespective of the task. Kids’ parents play a very crucial role in making a generation free from gender stereotypes, by making everything in the “house gender proof”.

Uniforms for the school. Girls and boys have to wear what they want to. They should understand that clothes is something that makes them free, confident and independent. There should not be any particular hairstyle for male and female students, they should have the privilege of free will.

The education has to take into account gender approach. Boys and girls get the knowledge in different ways. For example, girls get better the information, when they know the algorithm, and they know the scheme of activity.

There are differences in collection of information and methods of tasks’ solution. The majority of boys prefer inner solution of the tasks, but girls need the additional demonstrativeness.

There is one more specific point in educational sphere. It mostly orients on left-hemisphere activity. Girls use more abilities of the left hemisphere in their mental activity, but boys need to get more tasks for the activation of their leading right hemisphere.

So, in conclusion, we have to say that gender peculiarities in mental activity of boys and girls have to take into account by contemporary educational system.

Александрова Е.В.,
ХНМУ

САМООТВЕРЖЕННАЯ УЧЕБА: СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Учеба – это целенаправленный и непрерывный процесс, требующий больших физических и моральных затрат. Ее результатом является всестороннее развитие личности путем научно-организованного обучения, воспитания и саморазвития. Однако человек в ходе обучения претерпевает изменения как позитивного, так и негативного характера.

В идеале все студенты задаются целью стать хорошими специалистами, приобрести как можно больше профессиональных знаний и навыков, овладеть тонкостями своего ремесла. Это стремление, в свою очередь, требует от студентов жертвенного отношения к своему времени и здоровью, а также ограничения себя во многих жизненных удовольствиях: общении с друзьями, досуге и даже полноценном сне. В результате самоотверженной учебы складывается образ жизни, который, зачастую, приводит к физическому истощению, моральному упадку и фрустрации. Самоотверженное отношение к учебе не проходит бесследно, что является важной социальной проблемой, от которой зависит здоровье будущих поколений. В условиях

зацикленности на учебном процессе все более типичной становится ситуация, когда перед студентом возникает дилемма – учеба или здоровье. В большинстве случаев студенты не обращаются к медицинской помощи в силу своих витальных потенций. Самоотверженная учеба вынуждает студентов пропускать занятия лишь при серьезном, по их мнению, заболевании.

Частое пребывание в стрессовом состоянии, переутомление и, при этом, неумение правильно расслабляться, приводит к тому, что определенная часть учащейся молодежи подвержена «вредным привычкам», пагубное значение которых студентами недооценивается.

В своем стремлении к максимальному объему знаний по будущей профессии негативный фактор может проявиться в том, что кругозор молодых людей сужается до уровня профессиональных интересов. Происходит нарушение гармонического развития личности. И, напротив, человек, обладающий разнообразным диапазоном знаний, способен воспринимать свою деятельность во взаимосвязи с остальным миром. При этом исключается возможность восприятия пациента не как больного человека с индивидуальными проблемами здоровья, а как некое заболевание, которое необходимо выявить и лечить.

И все же самоотверженная учеба при правильном распределении сил и интересов приносит свои дивиденды. Прочные знания и, соответственно, хорошие оценки и баллы дают возможность студенту занимать высокие места в рейтинге, а это, в свою очередь, повышает его самооценку, уверенность в правильности выбора профессии, улучшает эмоциональное состояние. Это отличный стимул в стремлении заниматься лучше и овладеть еще большим объемом знаний. В дальнейшем человек самоутвердится и в жизни, и в профессии. Уверенность в себе позволит иметь активную жизненную позицию, даст возможность карьерного роста. При этом студентом движет желание быть лучше и успешнее других. Но это стремление полностью оправдывается, так как совпадает с интересами общества.

Таким образом, самоотверженная учеба имеет свои достоинства и недостатки. В большинстве случаев это оправдано, так на первый план выдвигается личное благо, которое результирует в общественное благосостояние. Однако, относится к этому тяжкому труду надо без фанатизма и в меру своих личностных способностей и возможностей, дабы самоотверженная учеба пагубно не сказывалась на физическом и моральном состоянии студентов.

**Андреева В. С., Бантковский О. В., Сидоренко И. Б.,
ХНМУ**

ЭКОЗАВИСИМЫЕ ПАТОЛОГИИ, ИХ ФАКТОРЫ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ. ЭНДЕМИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Экозависимые патологии – заболевания, возникающие в результате воздействия различных экологических факторов [1]. К экозависимым патологиям относят болезни, имеющие среднюю степень зависимости от загрязнения окружающей среды (вторичные иммунодефициты, хронический бронхит и пневмонии у детей, хронические поражения печени, обострение заболеваний дыхательной системы) [2].

Экологически опасные факторы (ЭОФ) могут являться причиной экозависимых патологий, которые классифицируются по различным свойствам, например, по происхождению (космические, антропогенные, природные). С точки зрения природных свойств выделяют физические ЭОФ (повышенная или пониженная температура, шум, вибрация), химические (различные химические вещества или соединения, поступающие в организм человека различными путями, например, через дыхательную или пищеварительную системы) и биологические (вирусы, бактерии, паразиты) [2].

Отдельного внимания заслуживают заболевания, характерные для определённой местности. Примером может служить болезнь Минаматы – синдром, вызываемый отравлениями органическими соединениями ртути, в основном метилртутью. Данное заболевание впервые было обнаружено в Японии в 1956 г. Его симптомами являются нарушение моторики, парестезия в конечностях, ухудшение внятности речи, ослабление зрения и слуха, а в особо тяжелых случаях - паралич и нарушение сознания, завершающиеся летальным исходом [2]. Причиной возникновения болезни послужил продолжительный выброс компанией «Chisso» в воду залива Минамата неорганической ртути, которую микроорганизмы преобразовали в метилртуть – один из самых токсичных нейротоксинов, гораздо более опасный, чем неорганические соединения ртути [2].

Не менее значимой является экопатология, обусловленная влиянием ЭОФ на психоэмоциональную сферу человека. Например, характерным для жителей крупных городов является синдром хронической усталости (СХУ). Данное заболевание характеризуется специфическим симптомокомплексом, связанным с угнетением психоэмоционального состояния человека. Причем данное состояние сохраняется даже после длительного отдыха. Возникновение СХУ связывают с развитием невроза центральных регуляторных центров нервной системы. Факторами, вызывающими СХУ, являются несбалансированная психоэмоциональная нагрузка, несоблюдение режима труда и отдыха, несоответствие нагрузок, как психических, так и физических возрасту или полу работающего. Симптоматика данного заболевания в периоды обострения может проявляться апатией, депрессией, беспричинными приступами гнева, агрессии с частичной амнезией и иными симптомами [3]. Что характерно, проявление экологически обусловленной патологии у мужчин и женщин в случае развития заболеваний, сопровождающихся изменением психоэмоциональной сферы, может отличаться. Так, для мужчин более характерными считаются депрессивные состояния с эпизодическими приступами агрессии, эмоциональной тупостью и «уходом в себя», в то время для женщин – более частое развитие синдрома хронического стресса, неврозы, частые смены настроения и эмоциональная лабильность.

Литература

1. Н.М.Чернова, В.М.Галушин, В.М.Константинов Основы экологии, М. Дрофа, 2004.
2. <http://neznaniya.net>
3. <http://prosindrom.com>

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ И ВЫХОД ЗА ИХ РАМКИ

На жизнь людей во многом влияют гендерные стереотипы. Опираясь на них, мы принимаем важные решения, а также судим о других людях. Исторически сложилось, что на различие между полами обращали большее внимание, чем на индивидуальное. Еще известные философы Древнего мира заявляли, что природа женщин быть слабыми, покорными, эмоциональными и неспособными к глубоким размышлениям, а мужчин – быть сильными, разумными, агрессивными и смелыми. Самое ужасное, что гендерные стереотипы часто используются для того, чтобы оправдать насилие над женщинами, считая, что им нравится, когда их унижают, бьют или даже насилюют. Зигмунд Фрейд писал, что мазохизм – признак женской сущности.

Из-за гендерных стереотипов люди на одну и ту же ситуацию смотрят совершенно по-разному, в зависимости от пола человека. Если на прогулку с детьми выйдет мужчина, то в глазах окружающих это сразу охарактеризует его как добропорядочного семьянина и заботливого отца. Если же с детьми выйдет их мать, то данная ситуация воспримется как должное – она *обязана* воспитывать детей, она же *женщина*. Что касается работы, то мужчинам отдается все же большее предпочтение, особенно, если речь идет о технических отраслях. Если мужчину отправили по работе в командировку, то это вызовет только одобрение, в то время как про женщину в первую очередь подумают: «Что на это скажет её муж?».

Вот еще несколько интересных фактов. В начале XX века женщина-врач вызывала большое удивление. А присутствие женщин в университетах раньше считалось чем-то из ряда вон выходящим.

Однако не стоит считать, что гендерные стереотипы касаются в большей степени женщин. На вопрос «Каким должен быть настоящий мужчина?», разумеется, многие не задумываясь ответят – успешный человек, получающий много денег, умный, ответственный, глава семьи. Придуманный идеальный образ, которому достаточно трудно соответствовать. Особенно это тяжело в такое время, когда высок уровень безработицы, а конкуренция просто беспощадна. У мужчин, которые не могут похвастаться званием «настоящего», значительно падает самооценка. Чтобы как-то это компенсировать, они находят другой способ проявить свою «мужественность» – вот откуда берет начало домашнее насилие, проблемы алкоголизма, криминала, агрессии в целом. Кроме прочего, очень редко мужчины, которые пережили сексуальное насилие, обращаются за помощью. В большинстве случаев, если все-таки они нашли в себе силы сообщить об этом, из-за гендерных стереотипов им могут банально не поверить.

Стоит отметить, что некоторая польза от стереотипов в целом есть. Так, они предназначены для объяснения социальных явлений и процессов и оберегают психику человека, особенно в условиях современной динамичной жизни. Однако, вреда они причиняют гораздо больше.

1. Гендерные стереотипы резко подчеркивают разницу между мужчинами и женщинами.

2. Из-за гендерных стереотипов в обществе сформировались определенные социальные роли. Считается, что «настоящая» женщина это та, которая вышла замуж, завела детей, а все остальные свои интересы задвинула на дальний план. Что касается мужчины, то он должен быть успешен в своей профессии, материально обеспечивать семью. Выходит, что оценка женщин происходит по наличию семьи и детей, а мужчин – по профессиональным успехам.

3. Еще одной проблемой является то, что гендерные стереотипы – это настоящие барьеры в поведении и сознании людей. Именно это и является причиной неравенства социальных позиций женщин и мужчин.

Таким образом, гендерные стереотипы оказывают стрессовое влияние на всех, кто как-либо выходит из традиционных рамок. Под давлением оказываются как женщины, которые вместо семьи выбрали для себя карьеру, так и мужчины, которым ближе воспитание детей и работа по дому.

Артеменко М.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ: КОРИСТЬ ЧИ ВАДА?

В останні роки набуває особливої актуальності проблема гендерної нерівності. Зростає кількість жіночих громадських організацій, змінюється роль жінки в родині, в суспільстві. Процес глобалізації у світі, який швидко розвивається потребує гендерної рівності, послаблює гендерні стереотипи. Але їх роль впливу на відносини в суспільстві залишається

Гендерні стереотипи – узагальнені уявлення, моделі поведінки, стійкі образи, які нав'язуються суспільством для жінок і чоловіків [2]. Вони сформувались в різні історичні періоди, в різних культурах і існують стільки ж, скільки існує людство.

Гендерні стереотипи можна розділити на три групи:

1. Група стереотипів, яка пов'язана із якостями характеру чоловіків та жінок. Наприклад, чоловіки - це сильна стать, а жінки - слабка. Типові жіночі риси характеру: м'якість, ніжність. Типові чоловічі якості: цілеспрямованість, рішучість, мужність, відповідальність. Але ці риси відображають лише образні асоціації, в житті все може бути навпаки.

2. Група стереотипів, яка пов'язана з соціальними ролями в сім'ї. Наприклад, головне призначення жінки - сім'я і діти, чоловіків - кар'єра. Але є жінки, які дуже добре справляються і з родиною, і з кар'єрою.

3. Група стереотипів, яка пов'язана з відмінностями праці, професійної діяльності. Наприклад, чоловіки повинні працювати на важких роботах, а жінки займатися легкою працею (не зважаючи на те, що середня тривалість життя чоловіків в Україні на 11 років менше ніж у жінок).

Всі ці стереотипи переплетені, пов'язані між собою. Вони можуть змінюватися залежно від економічних, соціальних та політичних змін, але цей процес відбувається дуже повільно [1].

Гендерні стереотипи: користь чи вада? Вада, бо стереотипи не дають чоловікам і жінкам можливості реалізувати свій багатий людський потенціал, обмежують права людини і призводять до гендерної дискримінації, порушенню прав людини за статевою ознакою. Конституція держави закріплює рівні права і можливості чоловіків і жінок, але вона не може повністю зняти проблеми реальних гендерних перетворень. Необхідно також подолати гендерні стереотипи у свідомості людей [3]. Треба змінити всі стереотипи та урівноважити становище жінок і чоловіків.

З іншого боку гендерні стереотипи – користь. Поява і збереження стереотипів обумовлено багатоміковою еволюцією гендерних відносин, де статеву приналежність ставилася вище якостей особистості чоловіка і жінки. Ми звикли наділяти чоловіків і жінок однаковими рисами характеру і соціальними ролями, забуваючи про індивідуальність. Громадські заботи встановлюють ступінь відповідності жінок і чоловіків загально визнаного еталону. Часто це стає причиною незрозуміння між чоловіком і жінкою.

Стереотипи ніколи не зникнуть з життя, тому потрібно вирішити: схвалювати їх чи ні. Можна змиритися і прийняти масову систему цінностей, якщо вони не суперечать поглядам. А можна відмовитися і вибудувати свою систему орієнтирів.

Література:

1. Бендес Т.В. Гендерная психология - СПб.: Питер, 2006 - 431 с.
2. Філософський енциклопедичний словник. К.: Український центр духовної культури, 1999. - 728 с.
3. Гендерні стереотипи: позитивний та негативний аспект. [Електронний ресурс]. – режим доступу: <http://mykonspekts.ru/1-35304.html>

Ашуров А. Е., Мальцев П. А.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНІ НОРМИ І ВІДХИЛЕННЯ У МЕДИЦИНІ

На сьогоднішній день в Україні існує така проблема: з одного боку, жінки обстежуються та лікуються більш ретельно, ніж чоловіки, проте, з іншого боку, більшість медичних досліджень проводиться саме на чоловіках, і тільки потім результати переносяться на жінок. У цьому сенсі можна говорити про «гендерну сліпоту» – такий аспект, який не забезпечує адекватне лікування представникам обох статей. Тому настав час, коли медицина мусить визнати й оцінити відмінності між чоловіком та жінкою. Лише так можна гарантувати рівноцінне лікування для кожного. Для цього й існує такий напрямок, як гендерна медицина, яка знаходиться на самому початку шляху, але розвивається стрімко.

Гендерна медицина спрямована на забезпечення соціальної основи для кращого здоров'я жінок і чоловіків, подолання соціальних бар'єрів між людьми у царині медичного забезпечення. Як наслідок – більш суворе дотримання норм та кращий терапевтичний успіх завдяки

гендерночутливій діагностиці і терапії. В.М. Лісовий та В.В. М'ясоєдов зазначають: «Гендерний підхід до охорони здоров'я дозволяє виявити наступні проблеми: гендерні відмінності у стані здоров'я чоловіків і жінок, гендерні відмінності у показниках захворюваності та вплив способу життя на відмінності у здоров'ї» [1, с. 3].

Отже, існує суттєва необхідність розрізняти стать та гендер. Стать є проявом передусім біологічної сутності та статевої належності, а гендер – це соціокультурний конструкт, що формується для реалізації можливостей (у тому числі і біологічних задатків) чоловіків і жінок. Стать позначає біологічну, гендер – культурну та соціальну ідентичність особи. Сучасність відрізняється тим, що соціум дозрів до того, щоб визнати право людини без утиску самовизначитися відносно своєї гендерної належності. Жінки можуть не боятися демонструвати розум, рішучість і самодостатність, тобто риси, які традиційно приписувалися і закріплювалися за чоловіками, а чоловік може бути турботливим, ніжним та емоційним. Відсутність упередженості в оцінках гендерної норми й відхилення від неї допомагає уникнути зайвих тривог, а тому не витрачати здоров'я. Але на яких саме підставах базується необхідність введення гендерної політики у сучасну сферу охорони здоров'я?

По-перше, існують відмінності у дії препаратів залежно від статі. Те, що ефективно впливає на чоловічий організм, не може так само ефективно впливати на жіночий. Існують препарати, котрі не дають бажаного результату або викликають сильніші побічні ефекти. Один з прикладів – аспірин. Були проведені дослідження, які підтверджують той факт, що, наприклад, аспірин більшою мірою зупиняє тромбоутворення у чоловіків, ніж у жінок. Це відбувається внаслідок того, що тестостерон в організмі чоловіка посилює дію препарату, а ось естрадіол впливає зовсім інакше. Також жінки більш чутливі до дії агоністів опіоїдних рецепторів, таких як морфін і пентазоцин, а чоловіки – нестероїдних протизапальних засобів, наприклад, ібупрофену. Статеві відмінності продемонстровані також щодо ліків, які впливають на систему згортання крові: При призначенні тромболітичних засобів у жінок частіше розвиваються небажані побічні ефекти, чого не можна сказати про чоловіків. Загалом можна вважати, що жінки більш чутливі до ліків, ніж чоловіки. До того ж, відмінність є не тільки у засобах лікування, але й у самих хворобах, перебіг яких також відрізняється, залежно від статі.

Література

1. Лісовий В.М., М'ясоєдов В.В. Гендерний підхід до охорони здоров'я // Гендер. Екологія. Здоров'я: Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 210-річчю Харківського національного медичного університету (Харків, 21-22 квітня 2015 р.). – Харків: ХНМУ, 2015.

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ И СТАБИЛЬНОСТЬ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Гендерные стереотипы – это нормы взаимодействия полов, которые приняты и поддерживаются современным обществом. Нормы эти не безосновательны, они базируются на психологических, физиологических и анатомических свойствах женщин и мужчин. Однако все люди индивидуальны, и порой эти нормы приносят множество неудобств, так как каждому хочется заниматься любимым делом. Однако, если оно не вписывается в гендерные стереотипы, человек зачастую подвергается осуждению, шуткам со стороны окружающих. Поэтому так важно разобраться, стоит ли придерживаться гендерных стереотипов или пойти против системы.

В наше время гендерные стереотипы все больше и больше подвергаются критике. Равенство людей, независимость, демократия – постулаты современности. Наука движется вперед, а нормы и шаблоны поведения ограничивают человека, не дают возможности развиваться. Предвзятое отношение к женщинам, которые стремятся проявлять рациональность, независимость и решительность, нередко провоцирует у них меланхолию, которая в дальнейшем приводит к различным заболеваниям.

Нередко гендерные стереотипы не позволяют женщине занять престижную, хорошо оплачиваемую должность или продвинуться по служебной лестнице. Точно так же и проявление чувственности, нерешительности, интуитивности у мужчин нередко вызывает осуждение в социуме. Это наносит немалый вред психике. В частности, мужчины, пережившие сексуальное насилие, не всегда получают помощь, так как не могут обратиться за ней, ведь это будет идти в разрез с созданным образом «сильного мужчины».

Но все же определенные гендерные стереотипы имеют рациональное обоснование, ведь женщина в отличие от мужчины не способна к тяжелому физическому труду, ей также сложнее защитить себя, так как она обладает меньшей мышечной массой. А мужчина не имеет возможности выносить, родить ребенка. В соответствии с данными факторами существует множество стереотипов, которые упорядочивают семейный быт и помогают определить необходимый вектор жизни. Например, стереотип о декрете матери имеет обоснованный характер, так как материнский инстинкт намного сильнее отцовского и необходимость заботиться о потомстве заложена в женщине самой природой.

В связи с этим не возникает необходимости быть сторонником всех гендерных стереотипов или совсем отказаться от них. Ведь при грамотном подходе и своевременной корректировке гендерные стереотипы должны приносить пользу, вносить стабильность в человеческие отношения.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ ХВОРОБ

Гендерна медицина – напрям, який нещодавно з’явився та ще не до кінця прижився в Україні. Але, як показує практика, саме вона в найближчому майбутньому стане пріоритетом.

У чоловіків і жінок схильність до однакових хвороб може бути абсолютно різною. Відмінність полягає в будові організмів, у гормонах, які переважають, харчовій поведінці, схильності до шкідливих звичок... Тому знати про «слабкі» місця, властиві організму чоловічої та жіночої статі, буває корисно.

Вважається, що чоловіки хворіють рідше, ніж жінки. Проте це може пояснюватися тим, що представники сильної статі не поспішають звертатися до лікарів, поки ситуація не досягне критичного рівня.

Фармаколог Флавія Франконі стверджує, що для лікування чоловіків і жінок, слід детальніше вивчати лікарські препарати та їх вплив на організм особистостей різної статі.

«Настав час, коли медицина повинна визнати і оцінити відмінності між чоловіком і жінкою. Тільки так можна гарантувати рівноцінне лікування для всіх. Подобається нам це чи ні, стать впливає на здоров'я. Цей факт дуже довго ігнорувався, і в результаті страждали жінки. У цьому сенсі можна говорити про «гендерну сліпоту», – говорить фармаколог.

У чоловіків і жінок більшість органів і тканин подібні один одному, проте, є і відмінності, названі «статевими чи гендерними ознаками». Важливу роль відіграє також абсолютно різна психологія.

У жінок перебіг обмінних процесів значно повільніший, ніж у чоловіків, тому представниці слабкої статі схильні до застійних явищ. Особливо це стосується черевної порожнини. В осіб жіночої статі частіше бувають такі хвороби, як запори, варикозне розширення вен, тромбофлебіт, відчуття важкості в ногах і ділянці тазу, біль у нирках і крижовій зоні, геморої.

«Чоловічими» хворобами вважаються: виразка шлунку, гепатоз, панкреатит, сечокам'яна хвороба, подагра, інфаркт міокарда.

Усі згадані вище хвороби можуть бути притаманними як жінкам, так і чоловікам, але частота захворюваності залежить безпосередньо від статевої належності. Це пов'язано з тим, що ними «керують» різні статеві гормони.

Одна з хвороб, що залежать від статі, – звичайна вітрянка. Це тільки діти переносять її легко і без особливих наслідків: дорослі хворіють на вітрянку віспи набагато важче, і це захворювання може бути загрозою для їхнього життя. За статистикою в чоловіків смертність від вітрянки в 2 рази вище, ніж у жінок! Крім цього, перенесена вітрянка знижує в чоловіків здатність до запліднення.

А ось астма є великою небезпекою для жінок. Вони в 2 рази частіше вмирають від цього захворювання. Найцікавіше, що до закінчення

статевого дозрівання спостерігається зовсім інша картина: хлопчики частіше страждають астмою, ніж дівчатка. Виною всьому ті ж гормони, вважає лікар Елейн Вікерс. Відповідно до неї, естроген і прогестерон впливають на чутливість дихальних шляхів, а чоловічий гормон тестостерон робить зворотній вплив.

Отже, упровадження гендерної медицини необхідно, тому що, крім зовнішніх відмінностей в будові і виконуваних функціях репродуктивних систем чоловічого та жіночого організму, є статеві особливості виникнення, розвитку, а також профілактики й лікування «однакових» захворювань.

**Білецька Х. С.,
ХНМУ**

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ СУЧАСНОЇ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

У даній роботі будуть розглянуті популярні стереотипи маскулітності та фемінності, сімейних та професійних ролей, зміст діяльності чоловіків і жінок.

1. Загальновідомо, що українська «справжня» жінка має бути доброю, зовнішньо привабливою та вміти вести домашнє господарство. Крім того, вона не повинна бути амбітною, а також мати деяку фінансову залежність. Багато сучасних дівчат не погоджуються з цим, віддаючи перевагу кар'єрному зростанню та розміру заробітної плати. Можна сказати, що визнаний більшістю ідеальний образ жінки не відповідає викликам сучасної дійсності, а відображає традиції української родини і викликає у сучасної молоді певні запитання. Така невідповідність життєвих реалій та гендерних традицій може призвести до внутрішньоособистісних та міжособистісних гендерних конфліктів.

2. Ще одним визнаним стереотипом виявляється те, що жінка – це «берегиня домашнього вогнища», а чоловік – годувальник родини. Знову спостерігається невідповідність, адже велика кількість сучасних родин розподіляє матеріальну відповідальність навпіл. З цього можна зробити висновок, що сучасна жінка є переобтяженою, оскільки несе, як мінімум, подвійний тягар: як один із інвесторів сімейного бюджету та як «берегиня домашнього вогнища».

3. Розповсюдженим є стереотип, що стосується професійної діяльності. Суто чоловічими професіями вважають ті, що пов'язані з технікою (шахтар, будівельник, водій), а жіночими – предметом яких є людина (вихователь, вчитель, медична сестра, перукар).

4. Щодо сфери професійної діяльності та проблеми працевлаштування, кар'єрного зростання, статі керівника та статі спеціаліста, який надає послуги, у сучасному суспільстві також існують гендерні стереотипи, які потрібно викоринювати. Так, популярним є стереотип, що жіноча логіка набагато відрізняється від чоловічої. Його схвалює велика кількість людей. На їх погляд, чоловікам більше притаманні лідерські та управлінські якості, а жінки більше схильні до організаторської та виконавчої діяльності.

Виходячи з вищевикладеного, можна зробити висновок, що чоловіки більше дотримуються традиційних гендерних стереотипів, а жінки часто самі виступають джерелом гендерної нерівності. Отже, наразі надзвичайно актуально є потреба адекватного переосмислення гендерних стереотипів.

Бильченко С. А.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД

Исторически сложилось так, что в обществе бытует мнение о том, какими должны быть мужчины и женщины, и чем они должны заниматься. Это так называемые гендерные стереотипы, которые являются устойчивыми представлениями о характере взаимных отношений между полами, стандартизованные, ценностно-определенные образы.

В первую очередь, необходимо разобраться, что есть гендер, а что – пол. Пол – это анатомо-физиологические особенности человека, которые даны с момента рождения и определяются генетически. Таким образом, это то, на что повлиять невозможно. В отличие от гендера, который является осознанным выбором личности и формируется самим индивидуумом в результате социализации. По выражению профессора политологии Вирджинии Сапиро, гендер – это «осознанное значение пола».

Поведение мужчин и женщин как представителей гендерной группы детерминировано социальными ожиданиями общества. Социум привык разделять деятельность человека, его мысли и вещи на маскулинные (мужские) и фемининные (женские) в зависимости от пола. К примеру, считается, что коляска для мальчика должна быть голубого цвета, а для девочки – розового. В представлении обывателей женщина обязана быть нежной, утонченной, изящной, внимательной, заботливой, хранительницей домашнего очага. Мужчина, в свою очередь, должен быть сильным, грубым, решительным, жестким, целеустремленным, трудолюбивым. Также существует ряд профессий, которые считаются исконно фемининными или маскулинными. Подобная дискриминация мешает всестороннему развитию личности, ведь человек может заниматься любым видом деятельности, кроме той, что определяется биологически. То есть только женщина может родить ребенка, кормить его грудным молоком, а мужчина – зачать новую жизнь.

Реальность такова, что современное общество постепенно отходит от гендерных стереотипов. Сейчас женщины становятся хирургами, пилотами, все чаще занимают управляющие должности, а для мужчины не является постыдным готовить, убирать, стирать, уходить в декретный отпуск вместо жены. Каждый индивид вправе сам определять, какую роль исполнять в социуме и как прожить эту жизнь.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что гендерные стереотипы являются пережитком прошлого, о котором стоит помнить, но при этом делать шаг навстречу будущему, где личность не будет ограничена рамками, навязанными обществом.

ФИЛОСОФИЯ И ПСИХОЛОГИЯ: ГРАНИ ВЗАИМОСВЯЗИ

На современном этапе развития психологическая наука является многоотраслевой областью знаний, которая тесно переплетается с другими социально-гуманитарными науками. Но, прежде всего, эта связь прослеживается с философией, т. к. долгое время психология являлась её составной частью, и только в середине XIX века стала самостоятельной наукой. Каждый философ в определенной степени является и психологом.

Психология издревле составляла органическую часть философии. Первое систематическое изложение психологии принадлежит Аристотелю (трактаты «О душе», «Об ощущениях и ощущаемом», «О сне и бодрствовании», «О сновидениях», «О предчувствии во сне», и др.) Свое название психология получила лишь в XVI в.: тогда она была разделом философии – учением о душе. Развитие собственного научно-категориального аппарата способствовало отделению психологии от философии и физиологии. С тех пор психология и философия начинают существовать и развиваться как бы независимо, но сохраняя тайную и явную глубинную связь.

Почти все психологические понятия (психика, сознание, личность, рефлекс) пришли из философии. Когда психологию называют младшей сестрой философии, с этим согласны далеко не все психологи, хотя формально это конечно так. В течение тысячелетий именно философская мысль ставила и решала психологические проблемы, давала свои ответы на вопросы о сущности человека, о его мышлении, чувствах. Однако эти ответы были чисто теоретическими.

С психологической и философской точки зрения рассматриваются такие проблемы, как мировоззрение, смысл жизни, сознание, моральные ценности, влияние общества на личность и личности на общество, познание окружающего мира и т. д. Поэтому именно в философии психолог может почерпнуть знания о человеке как о личности, ибо философия обосновывает общие подходы к пониманию человека.

Философия и психология – две науки, знание которых важно как в профессиональной деятельности, так и в повседневной жизни. Обе науки, изучая человека, общество, различные социальные явления, помогают раскрыть их сущность с разных сторон. Объясняя и представляя различные точки зрения на окружающую действительность, они помогают человеку найти свое место в мире.

Психология рассматривает человека с биологической и психической точек зрения, но без философии воззрения о человеке как о личности оказываются довольно бедными, малодейственными. Философия и психология дополняют друг друга, создавая наиболее точную картину окружающего мира вообще, и исследуемого явления в частности.

Многие проблемы психологии современного человека, такие, как личностный смысл и цель жизни, мировоззрение, политические пристрастия и моральные ценности, выступают как общие и для психологии (социальной), и для философии. В самой психологии до сих пор есть немало вопросов, к решению которых невозможно подойти лабораторно-экспериментальным путем, но которые, тем не менее, приходится решать.

При столкновении с такими проблемами психологи вынуждены обращаться к философии, вырабатывать самим или пользоваться теми умозаключениями, которые им предлагают представители смежной науки, в данном случае философии.

Литература

1. Выготский Л. С. Психология развития как феномен культуры. – М.: Изд-во "Институт практической психологии"; Воронеж: НПО «МОДЭК» 1996.
2. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии. — М.: Смысл, 2000.

Брикаліна М. А.,
ХНМУ

НАВІЩО НАМ ПСИХОГІГІЕНА?

Психогігієна – галузь психології, яка підтримує, забезпечує та зберігає психічний розвиток і психічне здоров'я людини та суспільства у цілому. Психічна гігієна як наука з'явилася у в XIX ст. і походить від медицини, бо відновлення та охорона здоров'я – тісно пов'язані між собою процеси розвитку особистості. Ця наука належить практично до всіх аспектів життєдіяльності людини. В психогігієні виділяють декілька особливо важливих систематичних розділів: вікова психогігієна, психогігієна діяльності, а також психогігієна побуту і сімейних стосунків.

Особливу увагу потрібно приділити психогігієні підліткового віку, бо саме у цей період становлення ускладнюється оточення. Дитина стає самостійною особистістю, на її шляху з'являються труднощі, які можуть призвести до розладу психіки. Тому важливо навчити дитину відповідати за свої вчинки та вирішувати конфліктні ситуації. За будь-яких обставин не можна нав'язувати дитині якусь певну діяльність, до якої вона негативно ставиться. Все це робить психогігієну підліткового віку надзвичайно складною.

Досить важливою є психогігієна похилого віку. З віком людина втрачає сили, багато хворіє і почуває себе самотньою. Для похилого віку притаманні загострення і підкреслення характерологічних рис (так, турботливість переростає у дріб'язковість, щирість – у наївність, ощадливість – у скупість тощо). Стара людини стає більш вразливою для психічних травм. Тому важливо допомагати їй підтримувати гармонію, слідкувати за її самопочуттям, за фізичним та психічним здоров'ям. Також особливого значення набуває психогігієна сімейних відносин. Велику відповідальність покладають саме на сім'ю, бо між чоловіком та жінкою формуються відносини.

Статеве життя молоді також відіграє важливу роль в психогігієні ста-

ті. Є ряд особистих якостей, які визначають інтимне життя людини: характер, вік, темперамент, стан здоров'я та зовнішність. Усе життя людини триває її сексуальний розвиток. Наприклад, підлітки усвідомлюють свою сексуальність, коли спілкуються зі своїми однолітками. Зараз дівчата та парубки починають статеве життя в ранньому віці, і це може призвести до можливих захворювань сечостатевої системи, венеричних захворювань, небажаної вагітності. Для уникнення наслідків стресу, молодь починає вести нездоровий спосіб життя. З найшкідливіших звичок виділяють тютюнопаління та вживання алкоголю. Наприклад, тютюнопаління може викликати спазм дрібних судин, що живлять м'язи серця, підвищення артеріального тиску, розвивається інсульт, інфаркт міокарда, коронаросклероз, атеросклероз, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, гастрит. Алкоголь дуже сильно шкодить здоров'ю, погано діє на розумову діяльність та психіку, в наслідок цього втрачається активність, будь-яка робота не приносить радості, руйнується інтелект, людина постійно втомлюється і на останок втрачає контроль над своїми вчинками. Таким чином, алкоголь призводить до психічного виродження особистості. Зловживання нікотиним, алкоголем, наркотиками може призвести до постійної психотравматизації підлітка. Психогігієна дуже тісно пов'язана з психопрофілактикою. Психопрофілактика – це заходи, які спрямовані на попередження стресових ситуацій і своєчасне лікування психічних розладів. В психопрофілактиці вирізняють такі загальні профілактичні заходи як: профілактика інфекційних захворювань, інтоксикацій, травматизму, токсикоманії, алкоголізму і наркоманії. Вести активний спосіб життя, багато відпочивати, не піддаватися стресовим ситуаціям, спілкуватися та знайомитися з різними людьми – усе це рекомендується робити при психічних розладах та захворюваннях. Психічно здорова людина динамічно цілісна, урівноважена, адекватна особистість, яка має в собі сили втілювати в життя свої мрії та сподівання. Така людина тверезо дивиться у майбутнє, вміє спокійно спілкуватися з людьми та несе відповідальність за свої вчинки. Вона поєднує в собі певні риси психічно нормальних у традиційному сенсі людей.

Вашенко Н. В.,
ХНМУ

ИНВАЛИДЫ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ И ГЕНДЕРНЫЙ ИНДИКАТОРЫ ОБЩЕСТВА

Перед человеком, который по воле судьбы родился или стал инвалидом, стоит огромное количество социальных преград, которые заставляют чувствовать себя отчужденными и обособленными. К сожалению, в социуме сложился такой стереотип, при котором на инвалида смотрят, руководствуясь медицинской точкой зрения. То есть как на вечно больного, не соответствующего определенному стандарту человека, что не позволяет ему работать, учиться, вести обычный, для «здорового человека», образ жизни. Результатом данного восприятия является полная изоляция инвалида

от общества и, зачастую, ненависть к себе и ко всему окружающему.

Также присутствует сложность и неоднозначность отношений между «здоровым» и инвалидом. Ведь не все обладают навыками коммуникабельности, и не каждый является психологом. Порой случайно подобрать правильные слова и манеру общения в разговоре, чтобы случайным образом не подчеркнуть неполноценность таких людей и, тем самым, не вызвать у них обиду. Это все создает «неготовность» к тесному контакту с инвалидами.

Существует и другая проблема, при которой элементарные вещи в сфере услуг, развлечений, культуры, досуга являются для инвалида недосягаемыми, так как продукт социальной и гендерной деятельности акцентирован только на здоровой категории людей и выражает только их интересы.

Важнейшим фактором адаптационного процесса инвалида в социуме является внедрение в сознание общества идеи равенства между «здоровым» и инвалидом. Человек должен видеть, что если с ним что-то случится, он не будет выброшен на обочину жизни, и надо помнить, что как бы ни повернулась жизнь (а она, увы, непредсказуема), эта проблема может коснуться каждого.

Проблема социальной защиты людей с ограниченными возможностями вследствие различных дефектов здоровья является актуальной в теоретической обоснованности, а также в практической реализации. Ведь инвалидам реализовать свое право не только на труд, но и на материальную независимость, весьма проблематично. А потому общество обязано предоставить им комплекс мер не только социальной и экономической защиты, но и обеспечить медико-социальную и профессиональную реабилитацию.

Для человека, который был здоровым и трудоспособным, но вследствие ряда причин стал инвалидом, начинается новая, но отнюдь не лучшая жизнь. Грядут глобальные, даже для одного человека, изменения: деформируются все жизненные привычки, нарушаются социальные связи и социальный статус человека, вырастает огромная стена социальных и гендерных проблем.

Основная задача социума состоит не столько в том, чтобы протянуть руку помощи, хотя и это чрезвычайно важно. Главным, вероятно, является готовность и способность общества минимизировать отношение к инвалидам как к людям с ограниченными возможностями, к которым нужно постоянно проявлять жалость. Для инвалидов самым ценным является обеспечение их равенства и полноправного участия в жизни общества.

Венцель В. В.,
ХНМУ

ЗВ'ЯЗОК МІЖ ФАКТОРАМИ ЕКОЛОГІЇ ТА МИМОВІЛЬНИМИ АБОРТАМИ

Актуальність теми. В сучасних умовах складної демографічної ситуації питання мимовільного абортів є особливо актуальним і соціально значимим. Під мимовільним абортів або викиднем розуміють спонтанне патологічне переривання вагітності. Проблема мимовільного абортів зачіпає будь-яку жінку, навіть, якщо вона здорова і чудово себе почуває, та займає особливе місце в медичній практиці. Причини мимовільного абортів

ту численні і часто комплексні, проте серед них вагоме місце займає тривалий вплив на жінку або подружжя, яке планує родити дитину, шкідливих факторів навколишнього середовища, які виникають у результаті людської діяльності.

Мета дослідження. Провести аналіз впливу шкідливих факторів навколишнього середовища на стан здоров'я вагітної та плоду.

Як свідчать статистичні дані понад 70 % випадків мимовільних абортів відбувається у зв'язку з генетичними порушеннями у плоді [3]. За даними досліджень такі генетичні відхилення зазвичай не є спадковими, вони можуть бути результатом одиначної мутації, яка відбулася в статевих клітинах батьків. Такі мутації можуть бути наслідком впливу радіації, вірусів, шкідливих професій, тобто тих факторів, які можуть оточувати в повсякденному житті кожного. Існує думка, що викидень, який відбувається з цієї причини, є свого роду природним відбором, тобто позбавленням від потомства, яке не здатне до життя. За таких обставин уникнути мимовільного абортів майже неможливо, проте можна знизити ризик утворення генетичних відхилень ще до запліднення, при цьому необхідно забезпечити максимально можливий захист кожного з батьків від впливу мутагенних, шкідливих факторів довкілля. Такий захист полягає у зміні місця перебування, яке є забрудненим або шкідливим для проживання, на екологічно чисте, у необхідності залишення роботи з шкідливими умовами праці, у довготривалому відпочинку. Проте дозволити собі такі умови можуть далеко не всі жителі розвинених держав, не говорячи уже про відсталі країни. Крім того, при сучасній складній екологічній ситуації, яку глобалісти вважають однією з найбільших проблем людства, імовірність виникнення генетичних мутацій залишається на досить значному рівні, а тому, на думку ряду вчених, мимовільні аборти, які відбуваються у зв'язку з впливом шкідливих факторів навколишнього середовища, можна вважати за благо, що позбавляє жінку проблем її та дитини.

Останнім часом нерідко причиною мимовільного абортів на ранній стадії є контакт вагітної з різними шкідливими речовинами на роботі і в побуті. Щорічно в світі виробляється більше 200 000 тонн хімічних речовин, які є в побутовій хімії, у продуктах харчування, в незначних концентраціях в одязі [2]. Проте навіть у такій кількості хімічні забруднювачі збільшують ризик викидня: діючи на організм вагітної, вони через плаценту передаються плоду, завдаючи йому шкоди. І якщо від подібних хімічних впливів вагітна може захистити себе, уникаючи з ними контакту та слідкуючи за своїм харчуванням, то забруднене екологічне середовище, яке нас оточує і причиною якого є ми, завдає не виправної шкоди плоду. Як свідчать статистичні дані між рівнем екологічного забруднення навколишнього середовища і частотою мимовільних викиднів на ранніх термінах вагітності існує високий ступінь кореляції, який становить близько 30 % [2].

Висновки. Таким чином за результатами проведеного дослідження встановлено, що проблема залежності спонтанного патологічного переривання вагітності від шкідливих факторів зовнішнього навколишнього середовища з часом набуває все більшої актуальності та потребує детального та глибокого вивчення. Загострення в подальшому екологічної кризи, яка полягає в постійному забрудненні повітря, води та ґрунтів промисловими викидами, хімічними стоками і твердими відходами, при незмінних обставинах життя людської цивілізації може в подальшому призвести до генетичного виродження людства.

Література

1. Даниленко О. Г. Патогенетичні аспекти вагітності що не розвивається [Електронний документ] / О.Г. Даниленко Режим доступу - file:///C:/Users/user/Downloads/appatg_2014_2_33.pdf
2. Кордюм В.А. Генная терапия неизбежна, но успеем ли? / В.А.Кордюм. Препринт, Украинский филиал отделения Всемирной лаборатории, Киев 1990.
3. Плотник В. О. Дослідження стану стрес-реалізуючих систем у вагітних з невиношуванням [Електронний документ] / В.О. Плотник Режим доступу - <http://zmj.zsmu.edu.ua/article/viewFile/13573/11932>
4. Тулякова О. В. Влияние экологических и социально-биологических факторов риска на протекание беременности, родов и состояние плода / О. В. Тулякова ж.«Гигиена и санитария» № 2, 2013 г.

Галайда А.,
ХНМУ

ЭКОСОФСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АУТИЗМА В УКРАИНЕ

Каждый человек как личность проявляется только в обществе и в своей деятельности. Однако для некоторых людей это является практически невозможным без посторонней помощи. Например, для аутистов.

Аутизм – комплексное расстройство нервной системы, характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения. Внимание к данной проблеме стали уделять относительно недавно. Лишь в 1981 году заболевание получило широкое признание как самостоятельный диагноз, до этого его рассматривали как симптом шизофрении. В Советском Союзе данное состояние признали лишь в 1989 году. Данная отсрочка имела негативное значение в развитии помощи больным в нашей стране по сравнению со странами Западной Европы.

К сожалению, сейчас рост диагностирования этой проблемы приобретает объемы пандемии во всем мире: если в 2007 году заболеваемость составляла 1 случай на 150 детей, в 2013 – уже 1 случай на 55. В Украине наблюдается схожая картина: количество диагностированных больных детей возрастает на 30 % в год. Однако помощь больным, предоставляемая в странах Европы и США, кардинально отличается от тако-

вой в нашей стране. В связи с этим рассмотрим наиболее значимые вопросы, с которыми сталкиваются больные аутизмом в Украине.

Наиболее весомая проблема – отсутствие своевременного диагностирования данного расстройства. Методики коррекции для детей с аутизмом эффективны именно в раннем возрасте – до 7 лет, а в большинстве случаев данный диагноз ставят лишь в старшем дошкольном или младшем школьном возрасте, хотя проявления этого расстройства видны с рождения. Зачастую в столь раннем возрасте их просто не замечают ни родители, ни врачи. Причиной данной проблемы является отсутствие должного количества грамотных специалистов, специализированных учреждений, новых коррекционных методик.

Вторым, не менее важным вопросом является необходимая социализация, являющаяся очень дорогостоящей. Так как государственных средств на это не выделяется, то все делается лишь усилиями родителей, но некоторые лишены возможности покрыть такие расходы.

Этические проблемы тоже имеют здесь место. Общество неоднозначно относится к таким людям. Украина до сих пор не отказалась от блоковой системы предоставления услуг, перешедшей в наследство от советских времен. Человек приравнивается к своей инвалидности. Воспринимают не столько человека, сколько его инвалидность. И отсюда, как следствие системы, существует проблема ненадлежащего отношения к особым детям.

Специалисты отлично понимают, что больной аутизмом, – это, прежде всего, личность. Каждый из них может быть профессионалом в своей сфере деятельности благодаря хорошей памяти, сосредоточенности на деталях, однако, только при определенных индивидуальных условиях. Таким образом, для аутистов существует возможность найти свое место в жизни, однако для этого необходима усердная работа над социализацией в детстве и правильное восприятие их обществом.

Таким образом, аутизм – актуальная проблема нынешнего социума, в частности, Украины. Для выхода на уровень западной медицины, где сейчас разрабатываются методики оказания помощи взрослым, больным аутизмом, необходимо изменить множество вещей, а именно: обеспечить большое количество грамотных специалистов, государственное финансирование социализации детей, изменение отношения людей к аутистам. Однако это возможно лишь тогда, когда общество осознает, насколько важен этот вопрос. Следовательно, одной из важнейших задач является распространение и популяризация информации об аутизме в социуме.

Гладкая И. О.,
ХНМУ

ПИСАТЕЛЬНИЦЫ В ПАТРИАРХАТНЫХ ЛИТЕРАТУРНЫХ «ТИСКАХ»

Гендерный подход постепенно входит в оборот современного литературоведения, формируя целое направление в исследовании литературы. Художественный текст здесь рассматривается как поле функционирования гендерных стереотипов, в частности стереотипных гендерных ролей.

Преодолеть сложившиеся стереотипы в литературе не так просто. Заменяли ли Вы, что значительная часть выдающихся произведений были написаны мужчинами? Именно мужчина исторически и считался годным для такой деятельности, тогда как женщине была отведена роль наблюдательницы или вдохновительницы, а в самом крайнем случае – создательницы чего-то второстепенного, «легкого» (например, романтических произведений для подростков с хеппи-эндом в конце или же бульварных романов). Такое разделение возникло из-за исторических предрассудков, когда в условиях патриархата уделом женщины считалось «Kinder-Küche-Kirche» (пер. с нем. – Дети-Кухня-Церковь), тогда как доступ к публичным сферам общества – политике, науке, искусству – был очень затруднительным (литературное творчество, безусловно, тоже относилось к таковому).

Если посмотреть на историю литературы, нередко можно встретить случаи, когда женщины писали свои произведения под мужскими псевдонимами (например, Мария Вилинская творила под псевдонимом Марко Вовчок, Амандина Аврора Люсиль Дюпен известна как Жорж Санд, Мари Энн Эванс подписывалась «Джордж Элиот»). Такая печальная традиция возникла потому, что тексты, написанные женщинами, как бы ни были хороши, часто оценивались предвзято (в первую очередь редакторским «цехом»), а потому могли просто не увидеть свет.

Подвергается сомнению и творческая самостоятельность писательницы, рядом с которой якобы всегда маячил некий ОН, буквально водящий ее пером. Так, рядом с Дуровой оказывается Пушкин, рукой Панаевой уж точно водил Некрасов (доля авторского участия Панаевой в написанных совместно с Некрасовым романах всегда преуменьшалась), та же Марко Вовчок успехом своих произведений, как оказалось, обязана либо мужу Афанасию Марковичу, либо же переводчику ее украиноязычных текстов Ивану Тургеневу.

По сравнению с минувшими веками, сейчас писательницы стали все отчетливее выходить из «тени» литературного патриархата. Однако критика, рассматривая женскую литературу, нередко подчеркивает, что женщина якобы всегда переносит на своего героя черты и поведение, отстаиваемые феминизмом (и это звучит как обвинение!), что она абсолютно не способна объективно оценивать сюжетную линию и составить произведение «без женственности». Критика всегда, хоть и неосознанно, сравнивает тексты, написанные женщинами, с мужскими. Как точно отметила феминистка М. Арбатова, критики, отказывая в признании литературе женской, подразумевают, что «мужская литература – это литература, а женская – резервация» [1].

Неужели писательницы навсегда останутся на вторых ролях? К счастью, на данном историческом этапе рынок литературы все больше признает произведения, написанные женщинами. Многие из этих текстов заслуженно считаются литературой очень высокого класса, имеющей и

коммерческий успех, и признание читательской аудитории и критики. Хочется верить, что в самом ближайшем будущем такие литературные тексты не только получат всеобщее признание, но и войдут в анналы классики литературы.

Литература

1. Арбатова М. И. Женская литература как факт состоятельности отечественного феминизма [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.a-z.ru/women_cd1/html/preobrazh_3_1995_a.htm.

Голуб М. В., Слонецкий Е. В.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ И ИХ РОЛЬ В ОБЩЕСТВЕННОЙ ЖИЗНИ

Гендерные стереотипы – это схематизированные, упрощённые, искажённые представления об особенностях женского и мужского пола. У данного понятия существует две стороны медали. Общество может извлечь из гендерных стереотипов пользу, так как они способны упростить представление об отдельных представителях одной из социальных групп. Стереотипы являются одной из составляющих правильного общественного восприятия, а значит – корректного общения. Нельзя не упомянуть когнитивную функцию гендерных стереотипов, состоящую в освоении нормативных регуляторов при социализации человека. Социальная функция гендерных стереотипов состоит в поддержке и воспроизводстве устоявшихся гендерных отношений, способствуя стабильности социальных норм. Также они могут быть тем выигрышным фактором, который может давать человеку в индивидуальном порядке возможность поднять свою личность над представителями более низкой, по его мнению, социальной группы.

Минусы данного аспекта преобладают над положительными сторонами. Гендерные стереотипы препятствуют в полной мере развиваться личности человека из-за искусственно поставленных рамок. Они в какой-то мере унижают и являются поводом для низко интеллектуальных шуток над социальным объектом.

Также гендерные стереотипы считаются самыми крепкими и наиболее стойко залегают в сознании общества. К примеру, такие фразы как: «Женщины плохо водят машину и ничего не смыслят в технике» и «Настоящие мужчины не плачут, это позор!» в некоторой мере являются преградой для адекватного восприятия личности. От подобных стереотипов и стоит избавляться, так как мы живем в современном мире и должны создавать контакт с людьми без предвзятого к ним отношения.

Подводя итоги, можно сделать вывод, что гендерные стереотипы зачастую мешают самоопределению индивида в обществе. Не следует забывать, что понятие «человек» является родовым по отношению к понятиям «мужчина» и «женщина», а значит, более универсальным, приоритетным. Не

существует «мужских» или «женских» взглядов, свойств характера, дел, профессий и занятий. Мы все имеем равные права жить и самовыражаться.

Гольник Я. В.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВЫЖИВАНИЯ ИНВАЛИДОВ В СОЦИУМЕ

Инвалиды – это данность, составляющая примерно 10–15 % любого общества, на них нельзя закрыть глаза, а потому их проблемы следует решать. Инвалиды отличаются от здоровых людей не только физическими недостатками или умственными расстройствами, снижающими качество их жизни. Существенной проблемой являются те социальные барьеры, которые по признаку состояния здоровья воздвигаются между инвалидом и обществом. Социальные барьеры заключаются в том, что инвалидам не создают приемлемых условий для перемещения в пространстве, что обусловлено их физическими, сенсорными (нарушения слуха или зрения) или интеллектуально-психологическими недостатками. Второй барьер – трудовая ограниченность или изоляция – патологии здоровья ограничивают или вовсе делают невозможным доступ к рабочим местам. Из этого вытекает следующий барьер – ограниченность в материальных и финансовых ресурсах, поэтому они вынуждены существовать на пособие, либо на невысокую заработную плату. Появились хорошие возможности по преодолению информационного барьера, однако в силу дороговизны средств связи и компьютеров многим они еще не доступны.

Также немаловажен эмоциональный барьер, являющийся двухсторонним. С одной стороны, он складывается из непродуктивных эмоциональных реакций социума в отношении инвалида – любопытство, насмешки, неловкость, а с другой – это отрицательные эмоции самих инвалидов, вызванные неудовлетворенностью в личной и интимной жизни – жалость к себе, недоброжелательное отношение к окружающим, ожидание опеки. Эти эмоции затрудняют социальные контакты в процессе взаимоотношений инвалидов с остальной частью общества. Тяжелым барьером для инвалидов является одиночество, которое предполагает общение лишь с узким кругом родственников, медицинских и социальных работников. Специалисты в самых различных областях занимаются проблемами социальной, социально-психологической, социально-медицинской и другой адаптации инвалидов в обществе.

Однако, наперекор всему, человек способен радоваться жизни, воспринимать мир прекрасным и заниматься любимым делом, которое позволяет быть самим собой. На сегодняшний день люди-инвалиды адаптированы в этом мире и в чем-то морально сильнее тех личностей, у которых нет проблем со здоровьем и материальным положением. Несмотря на утрату трудоспособности, они все же стараются заниматься наукой,

политикой, общественной деятельностью, спортом, творчеством, танцами, имея достижения в этих сферах. Всему миру известны инвалиды, которые не покорились своим недугам: композитор Людвиг ван Бетховен, Президент США Ф. Рузвельт, ученый-физик Стивен Хокинг, общественный деятель Ник Вуйчич и другие. В современном мире нет никаких ограничений, чтобы реализовать себя и адаптироваться в окружающей среде. Общество должно стремиться улучшить жизненный фон людей, нуждающихся в этом и способствовать ощущению полноценности.

Таким образом, обеспечение инвалидам выживания или адаптации – это проблема, которую общество должно решать с позиций гуманности и гармоничного развития личности. В свою очередь, инвалиды обладают огромным, но до сих пор не до конца используемым потенциалом. Важной также является гендерная экспертиза данной проблемы.

Гончаренко А. А.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ХНМУ

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – образ жизни отдельного человека с целью профилактики болезней и укрепления здоровья. ЗОЖ – это концепция жизнедеятельности человека, направленная на улучшение и сохранение здоровья с помощью соответствующего питания, физической подготовки, морального настроя и отказа от вредных привычек. От состояния здоровья студенческой молодежи зависит становление и развитие социально-экономической и других сфер государства. Следовательно, систематическое отслеживание ценностных ориентаций и отношения к здоровью современных студентов, выявление места здоровья в иерархической системе ценностей, а также гендерные особенности развития образа жизни позволяют повысить уровень информированности студентов, обосновать новые подходы и механизмы формирования здорового образа жизни студенческой молодежи.

В ходе исследования отношения студентов ХНМУ к ЗОЖ были опрошены 464 человека, из которых свое мнение по проблеме выразили 413 человек: 96 мужчин и 317 женщин. Среди женщин ЗОЖ придерживаются – 51, частично придерживаются – 225, абсолютно не придерживаются – 41. Из 96 мужчин полностью придерживаются ЗОЖ – 21, частично придерживаются – 56 и абсолютно не придерживаются – 19. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что большинство студентов не придерживаются ЗОЖ, но стараются ему следовать. Среди всех студентов большинство – это женщины в возрасте 18–21 год. Многие студенты, а именно 254 человека, из них 56 мужчин и 198 женщин, не занимаются спортом и значительную часть времени находятся дома, что связывают либо с недостатком времени (мужчин – 33, женщин –

131), либо с желанием заниматься другими делами (компьютер или ТВ). Эти же студенты связывают свое нежелание или отсутствие времени с недостаточной мотивацией или материальной нестабильностью.

Пристрастие девушек к вредным привычкам объясняется социальной незащищенностью, большей подверженностью влиянию стресса, а также психологическими особенностями. Также огромное влияние имеет социальное положение молодежи, ее возможности реализовать себя в различных сферах жизнедеятельности. Негативное отношение к ЗОЖ объясняется низкой социальной мотивацией, пассивным образом жизни, переориентацией на новые ценности жизни (виртуальный мир, Интернет).

Таким образом, несмотря на большое количество студентов, которые не придерживаются ЗОЖ, но стараются ему следовать, все же большинство студентов уделяет мало времени и значения данному способу укрепления здоровья, что способствует развитию гиподинамии, нарушению режима питания, ожирению, нарушению работы других органов и систем. Как следствие – значительное сокращение активной фазы продолжительности жизни человека.

Гордієнко П. О.,
ХНМУ

ВПЛИВ ФАКТОРІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ

Репродуктивне здоров'я визначається різними чинниками. По-перше, на нього впливає спадковість, тобто та генетична інформація, яка нам передалася від батьків. По-друге, це спосіб життя людини. Та, звичайно ж, чинники навколишнього середовища. Здавна людина та природа перебували в тісному, нерозривному зв'язку між собою, тому забруднення навколишнього середовища має негативний вплив на здоров'я людини, зокрема на репродуктивну систему.

На сьогоднішній день дана тема дуже актуальна, бо вже в наш час гостро постало питання щодо репродуктивної функції людини: багато подружніх пар не можуть мати власних дітей, тому вдаються до радикальних методів аби досягнути своєї мети. У деяких випадках люди, які ведуть здоровий спосіб життя, на жаль, не можуть мати дітей, і причина цієї патології їм невідома. У багатьох випадках вона залежить від різних факторів, але, на мою думку, перш за все від регіону проживання і способу життя.

Вченими вже неодноразово було доведено, що люди, які живуть у великих містах, частіше хворіють, що спричинено викидами підприємств, вихлопними газами. Забрудненість навколишнього середовища поряд із токсичними ефектами таїть у собі небезпеку зміни генетичної інформації, тобто виникнення мутацій в організмі людини.

Також не можна не сказати про шумове забруднення атмосфери. Сьогодні багато людей вважає шумове забруднення не настільки небезпечним, ніж інші види екологічного забруднення, а вони навіть не здога-

дуються та не замислюються, як шум впливає на їх здоров'я. За даними Бюро національної статистики Великобританії, кількість скарг громадян на шум в країні за останні 20 років зросла в 5 разів. Тому ми можемо зробити висновок, що шум дійсно стає для людей все серйознішою загрозою та проблемою, над якою варто замислитися.

Не менш важливе значення для здоров'я і самопочуття людини має вібрація. Вібрація – це процес механічного коливання в атмосфері твердих тіл або їх частин, що сприймаються людським організмом як струс. Отже, шум та вібрація можуть справляти негативний вплив на здоров'я і самопочуття людини, у т. ч. збільшувати кількість різноманітних захворювань, таких, як хронічний бронхіт, емфізема легень, алергійні захворювання і рак легенів, серцево-судинні, хвороби шлункового тракту тощо.

Репродуктологи б'ють на сполох, адже за останні 10 років кількість пар, які не можуть завагітніти природнім шляхом, зросла в декілька разів. В Україні питаннями репродуктології займаються вчені, які працюють у спеціалізованих клініках.

Справжньою трагедією для всього людства стала аварія на Чорнобильській атомній станції, яка вважається однією з найбільших катастроф у світі. Вона спричинила величезні викиди радіоактивних речовин у навколишнє середовище. Іонізуюче випромінювання негативно впливає на репродуктивну функцію людини. Його дія може призвести до безпліддя, під час вагітності – до різноманітних мутацій та спотворення, викиднів, переривання вагітності, вроджених вад розвитку, мертвонароджень, нездатності виносити та народити здорову дитину. Дія на невагітних жінок також була встановлена вченими. Іонізуюче випромінювання та радіоактивні речовини вкрай негативно впливають на формування яйцеклітин, їх запліднення. У чоловіків при опроміненні виникає ризик безпліддя, зменшується формування, активність сперматозоїдів.

Отже, ми можемо зробити висновок, що фактори забруднення навколишнього середовища вкрай небезпечні для статевої системи людини, вони спричиняють розлади та хвороби різного характеру та навіть можуть приводити до безпліддя.

Гоц О.В.,
ХНМУ

НЕГАТИВНЫЙ АСПЕКТ ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ

В XX веке начали происходить значительные изменения в политическом, правовом и социальном статусе женщин и мужчин, меняется их роль в обществе. Несмотря на это, многие гендерные стереотипы, которые выражают отличия в облике и поведении мужчин и женщин, не меняются.

Исторически сложилось, что соперником мужчины был другой мужчина, а соперницей женщины – женщина. Сегодня в общественных отношениях и деятельности, мужчины и женщины тесно соперничают друг с другом. Женщины стали развивать в себе «мужские» качества, такие как

настойчивость, прямолинейность, рациональность, силу воли, а мужчины вырабатывают традиционные «женские» качества – искренность, мягкость, понимание, способность к компромиссу. Женщины сравниваются с мужчинами, а то и превосходят их по уровню образования, от которого зависит будущая карьера и профессиональные возможности.

В современном браке понятие отцовской власти чаще заменяется понятием родительского авторитета, а равное распределение домашних обязанностей становится одним из условий семейного благополучия.

Множество людей в своей повседневной жизни даже не задумываются о том, что часто поступают в соответствии со сложившимися стереотипами, основываясь на которых они принимают решения или формируют мнение о человеке.

Традиционность взглядов на распределение социальных ролей значительно сужают рамки для самореализации личности.

Давление гендерных стереотипов искажает социальное сознание человека, а в некоторой мере даже наносит ущерб психологическому здоровью людей. К примеру, много современных девушек, вопреки гендерным стереотипам, в первую очередь думают не о скорейшем замужестве и рождении ребенка, а о своем образовании, карьерном росте, материальной независимости.

Когда мужчина работает в обслуживающей сфере на таких должностях как менеджер, Web-дизайнер, программист, мерчендайзер и другие, он должен преодолевать осуждение со стороны представителей старшего поколения, которые привыкли, что мужчина должен работать в производственной сфере.

Людям нужно отказаться от исторически сложившихся предубеждений. В современном обществе все меньший процент людей может соответствовать заданным стереотипам мужественности и женственности. Если человек отличается от общих гендерных стереотипов, он не может занять отведенной ему социальной роли, общество перестает принимать его.

Гендерные стереотипы, как и все стереотипы, обладают устойчивостью в сознании, способностью передаваться из поколения в поколение. Но мир не стоит на месте, так же как появляются новые технологии, так же меняются и люди. И все эти стереотипы общества о том, каким должен быть мужчина или кто такая настоящая женщина должны остаться в прошлом.

Поэтому разумно будет проводить просветительскую и коррекционную работу с взрослыми членами общества, объясняющую гендерную идентичность в разных временных и социокультурных контекстах и обосновывающую возможности изменения идентичности у мужчин и женщин в ситуации социальных преобразований.

Грибинюк В. А., Лашина С. С.,
ХНМУ

СТОИТ ЛИ БОРОТЬСЯ С ГЕНДЕРНЫМИ СТЕРЕОТИПАМИ?

Цель нашего доклада – выявить вред или отсутствие пользы гендерных стереотипов, а также доказать ошибочность гендерных стереотипов.

Изучение научной литературы по данной теме позволило нам выделить несколько негативных факторов и отсутствие пользы гендерных стереотипов. Среди них мы выделили следующие.

1. Сформировавшиеся в обществе стереотипные представления об образе мужчин и женщины:

- Женщины имеют социальные и коммуникативные умения, импульсивны и эмоциональны.
- Мужчины имеют социально неограниченный стиль поведения, владеют рациональными способностями, активны и более эффективны.

2. Ошибочность представлений о предопределенности гендерных ролей. Очень часто как мужчины, так и женщины демонстрируют поведение, которое от них не ожидают окружающие. Эти несовпадения следует анализировать и доводить до сведения общественности, чтобы менять общую картину стереотипов, влиять на них с позитивной целью.

3. Изначальное приписывание обязанностей развивающейся личности.

Таким образом, в наше время влияние стереотипов общества на волю человека достигло апогея. Человек потерял волю мышления и часть собственного мнения. Проблема на лицо, но для каждого ли она является проблемой? По нашему мнению, для каждого человека стереотипы имеют свое значение. Большая часть населения безвольна. В головах подобных людей крутится одно: «Зачем придумывать что-то новое, если есть старый, давно известный стереотип?». Искать решение этой дилеммы не стоит, пусть каждый делает вывод для себя.

Гриценко А. С.,
ХНМУ

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

Репродуктивное здоровье является основой нормальной демографической ситуации в стране. В последнее время, в связи с явным ухудшением последней, проблема качества репродуктивного здоровья становится все более актуальной, только вот рассматривают ее, как правило, лишь с позиции здоровья женщины. Конечно же, роль женщины в появлении ребенка очень важна, но нельзя забывать и о будущем отце, вот почему важно анализировать разные факторы окружающей среды в их влиянии и на мужчин, и на женщин.

Анализ целого ряда научных источников дает понимание того, что репродуктивным здоровьем можно назвать состояние благополучия ре-

продуктивной системы, ее функций и процессов. Основными факторами, влияющими на него, принято считать неправильный образ жизни в комплексе с вредными привычками; заболевания, передающиеся половым путем (ВИЧ, гонорея, сифилис и т. д.); экология (степень загрязнения воды, почвы, радиация и т. д.); сложившиеся в обществе стереотипы о мужчинах и женщинах и т. п.

Начнем, наверно, с самой распространенной вредной привычки – избыточное употребление алкоголя. У мужчин в ее результате может уменьшиться размер семенников, сузиться просвет семенных канальцев, уменьшиться выработка сперматозоидов (они могут иметь и неправильную форму), снизиться выработка тестостерона, а также активность гипоталамо-гипофизарной системы (последнее приведет к гипоталамической импотенции). Половые акты в состоянии алкогольного опьянения могут привести к негативным последствиям (травмы половых органов, ЗППП).

Женский пол гораздо хуже переносит действие алкоголя на организм, женские половые клетки более чувствительны к алкоголю. Он отрицательно влияет на гормональный фон женщины – снижает выработку эстрадиола и увеличивает тестостерон, в связи с чем снижается либидо и нарушается менструальный цикл. Менопауза у женщин, которые страдают хроническим алкоголизмом, обычно наступает раньше на 10–15 лет.

Влияние на репродуктивное здоровье заболеваний, передающихся половым путем, рассмотрим на примере гонореи. У мужчин гонорея часто приводит к таким последствиям, как простатит, воспаление яичек и семенных пузырьков, нарушение сперматогенеза, импотенция, бесплодие. Традиционные последствия гонореи для женщин следующие: эндометрит, аднексит, непроходимость фаллопиевых труб, бартолит, внематочная беременность, бесплодие, пельвиоперитонит, тубоовариальный абсцесс.

Еще одной проблемой, негативно отражающейся на репродуктивном здоровье, являются гендерные стереотипы, особенно «бьющие» по мужчинам. Очень часто культура формирует у мальчиков рискованное поведение, в результате у них появляются физические травмы, несовместимые с репродуктивной функцией. Или другая грань той же проблемы: считается, что настоящий мужчина должен быть «крутым», эдаким «альфа-самцом», и те же вредные привычки якобы подчеркивают этот образ (в отличие от девушек, которым общество навязывает отказ от любых вредных привычек).

Среди других факторов, негативно влияющих на репродуктивное здоровье, отметим, в первую очередь, такие, как: загрязненная вода, почва и воздух, сниженная физическая активность, стрессы, избыточный вес, болезни, которыми переболели мы или наши родственники, питание. Тот же рацион питания должен быть сбалансированным – с нужным количеством витаминов, белков, жиров и углеводов. Но в ритме нашей жизни не все могут полноценно и правильно питаться, из-за чего нарушается обмен веществ, появляется лишний вес, и как следствие у женщин происходят нарушения

менструального циклу і овуляції, з'являються кистозні утворення, проблеми з рівнем цукру в крові, гормональний дисбаланс. У чоловіків з надмірною вагою зменшується вироблення тестостерону, що призводить до еректильної дисфункції і інших порушень статевих систем. Вихід є – спорт: заняття спортом сприяють збільшенню гормонів – ендорфінів і тестостерону, що позитивно впливає на потенцію.

Гричук В. Ю.,
НТУ «ХП»

АГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ

Важливим та складним питанням є вивчення соціокультурного аспекту статевої приналежності людини, статево-рольових відносин. У сучасних гендерних дослідженнях розглядається широкий спектр питань взаємодії чоловіка і жінки у суспільстві, в сім'ї, у професійних та інших соціальних групах. Наразі, ми бачимо, що від констатації факту чоловічого домінування і акценту на необхідності вивчення жіночого досвіду, психологія гендерних відмінностей перейшла до вивчення питань про те, «...як гендер конструюється і відтворюється у всіх соціальних структурах, та як це відбивається на особистісному розвитку чоловіків і жінок» [4, с. 77]. У світі останніх негативних тенденцій, які спостерігаються у поведінці підлітків, нас цікавлять питання формування свідомої соціокультурної маніфестації визнання себе чоловіком або жінкою, тобто такі показники свідомості, що формуються, і людина виявляє їх у себе вже у підлітковому віці. Підлітковий вік – досить складна соціально-фізіологічна доба у розвитку організму й особистості. Важко поєднувати контроль за самооцінкою та власними діями у такому віці, бо підліток вразливий до зовнішніх чинників. Підліток знаходиться під владою сильних емоційних переживань, гостро сприймає критику на свою адресу.

Статеві відмінності простежуються у проявах агресії підлітків. Як зауважують Р. Берон і Д. Річардсон [2, с. 143], дівчата, на відміну від хлопців, вважають схильність до домінування дуже привабливою рисою, таким чином, цей факт дає можливість вченим припускати, що напориста поведінка як форма прояву агресивності може допомагати чоловікам передавати свої гени наступному поколінню. Хлопці після прояву агресивної поведінки, як правило, менше, ніж дівчата, відчувають провини і тривогу. Дівчата, навпаки, стурбовані тим, що агресія може бути спрямованою на них самих. Як зазначає Х. Хекхаузен [5, с. 366], вони швидше реагуватимуть на агресію почуттям провини та страху. Дівчата розглядають агресію як вираження емоційної напруги і гніву. Хлопці ставляться до агресивної поведінки як до інструменту для отримання соціальної та матеріальної винагороди [1, с. 218]. У ряді досліджень показано зв'язок агресивної поведінки з високою концентрацією чоловічого статевих гормонів

[1]. Звичайно, це пояснює тільки тенденцію до більшої агресивності хлопців, ніж дівчат, і не говорить про те, що будь-який чоловік зобов'язаний демонструвати більш високий рівень прямої фізичної агресії, ніж жінка. Так, Р. Берон і Д. Річардсон відзначають, що статеві відмінності у фізичній агресії найбільш помітні у ситуаціях, коли до агресії вимушені вдаватися, на відміну від ситуацій, коли до неї вдаються без жодного примусу. Крім того, схильність хлопців демонструвати агресію частіше спостерігається після провокації, ніж при її відсутності [2, с. 220].

Отже, як ми вважаємо, агресивність у підлітків спричинена переростанням та зміною організму, але на її формування впливають й гендерні стереотипи [3].

Література

1. Берковиц Л. Агрессия. Причины, последствия и контроль / Л. Берковиц. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 512 с.
2. Бэрон Р.А. Агрессия [учеб. пособие для студентов и аспирантов психол.]: [пер. с англ.] / Бэрон Роберт А., Ричардсон Д. Р. – СПб. : Питер, 2001. – 351 с.
3. Годзь Н.Б. Культурні стереотипи в українській народній казці: текст дис. канд. філ. Наук: 09.00.04. філософська антропологія, філософія культури/ Н.Б. Годзь – Харків : Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна. – 2003. - 199 с.
4. Каширская И.К. Социально-психологический анализ основных источников информации и процесс гендерной социализации : [учеб. пособие] / И.К. Каширская. – СПб. : Питер, 2003. – 262 с.
5. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность: [учеб. пособие] / Х. Хекхаузен; науч. ред. пер. на рус. яз.: Д.А. Леонтьев, Б.М. Величковский. – СПб. : Питер, 2003. – 859 с.

Гуменюк О. А.,
ХНМУ

САМОПРЕЗЕНТАЦІЇ У СОЦМЕРЕЖАХ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ

Сьогодні дуже популярними стали соціальні мережі: Facebook, Вконтакті, Twitter, Instagram. Безліч людей визнали їх для себе стилем життя, але слід пам'ятати, що це – нереальний, «ідеальний» світ. Соцмережі – це специфічна модель соціума, де діють свої правила.

Однією з найголовніших їх особливостей є так зване спілкування образів. Якщо раніше фотографічні зображення були знаковими, тобто прив'язаними до якоїсь події (весілля, дні народження тощо), то зараз фото стали нести іншу – комунікаційну – функцію – можливість «комунікувати не комунікуючи» (спілкуватися – не спілкуючись). Термін канадського філософа М. МакЛагена «глобальне село» вказує, зокрема, і на те, що соцмережі дуже тісно зв'язують світ, є «продовженням людини» або, як мінімум, її почуттів: вибудовуючи в мережі якийсь образ (свідомо чи

несвідомо), ми надаємо повідомлення у світ, але персонального, особистого спілкування з кожним та кожною, хто побачить наше повідомлення, не відбувається [1]. Люди пов'язані соціальними мережами, але ізольовані фізично, водночас повністю інтегровані своєю особистістю до світової павутини, маневруючи між вкладками браузеру, завантаженням посту на Facebook і фото в Instagram.

Спілкування образів, звичайно, має виражений гендерний підтекст, самопрезентації є гендернозумовленими. Ще з давніх часів чоловік вважався втіленням мужності, сили, міцї, головою сім'ї, а жінка – проявом ніжності, краси, хазяйнуватості, материнства, піклування. Саме з цих стереотипних позицій особи різної статі найчастіше і позиціонують себе у соцмережах.

Хлопці на фото, як правило, демонструють свої «накачані» тіла, власний соціальний статус, обійми з дружиною, переконуючи себе та оточуючих, що у них все в порядку (хоча у реальному житті вони можуть взагалі не приділяти часу родині). Дівчата, відповідаючи на соціальні очікування, роблять акцент на своїй сексуальності і сексапільності (демонструючи оголені частини тіла). Жінки виставляють свої фото (зокрема портретні) онлайн значно частіше, ніж чоловіки, чекаючи на оцінки, насамперед, від осіб чоловічої статі. Вони люблять прикрашати свою сторінку і пильно слідкувати, спостерігаючи за кількістю «лайків» і коментарів, а також обсягом підписчиків, який повинен бути достатньо великим, бо це є ознакою популярності, а отже – належною оцінкою зовнішніх даних. Будь-які зміни в своєму образі дівчата презентують усьому світу (можливо, і через таку відкритість жінок вважають легковажними і навіть розпусними). Чоловіки, зазвичай, значно рідше виставляють свої портретні фото, нечасто оновлюють власний фоторяд, не слідкують прискіпливо за кількістю підписчиків.

За аватаром дівчини можна отримати безліч інформації про неї, аналізуючи вже сам зовнішній вигляд, тоді як за чоловічим це зробити складніше через більш «суворий», стриманий характер зображень. Наприклад, жінки нерідко роблять селфі за кермом автомобіля, бажаючи презентувати себе на рівні з чоловіками, натомість їхні вирази обличчя і поза дуже відрізняються від «ділових» та зосереджених чоловічих.

Одна з найпоширеніших жіночих самопрезентацій – «Я-мама». Від жінок суспільство наполегливо вимагає бути ідеальними матерями, тому зрозуміло, що, відчуючи це, вони визначають материнство головним фактором власної ідентичності, діляться фотографіями своїх дітей та інформацією про них, демонструючи, що, незважаючи, скажімо, на працевлаштування, пріоритетом № 1 для них все одно залишаються діти.

Таким чином, у соцмережах задовільняються потреби у самовираженні та самореалізації. Створення «віртуального я» дозволяє з'єднувати внутрішній світ із зовнішнім, конструювати власну

ідентичність за бажанням, компенсувати недоліки, обирати будь-які самопрезентації. І гендерна складова у цих процесах, вочевидь, є однією з ключових та визначальних.

Література

1. Клінкова І.І. Підходи до вивчення впливу у засобів масової інформації на розвиток політичних процесів та соціальний устрій. – Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. – 2012. – Вип. 7. – С. 29–34.

Дацук А. А.,
ХНМУ

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ У КОНТЕКСТІ ГЕНДЕРНОЇ ПРОБЛЕМИ

Здоров'я – це найвище благо, дароване людині природою. Без нього життя не може бути повноцінним і щасливим. Здоровим потрібно бути з раннього дитинства, добре здоров'я дається Богом та батьками, але зберегти його мусить кожен сам.

У контексті вивчення гендерної різниці бажано здійснити певний аналіз "гендерної культури" як суспільного феномена, що формується, вбираючи в себе все найкраще, визнане суспільством, стосовно поведінки жінки й чоловіка та формування принципів і норм їх взаємин у сім'ї, місця кожного з них у реалізації суспільних потреб.

Жінки прагнуть гармонійно поєднувати сімейні та професійні обов'язки, але оскільки сімейно-побутові функції залишаються переважно за нею, то зазвичай виникає конфлікт між професійною роботою і сімейним обов'язком. Це стає причиною "подвійної" завантаженості жінки, погіршення її фізичного і психічного здоров'я, незгармонізованого способу життя. Крайніми варіантами вирішення цього конфлікту є або звільнення з роботи, або зменшення домашнього навантаження. Рівність жінки та чоловіка у правах у багатьох аспектах є декларативною. Жінки зазнають дискримінації у підвищенні кваліфікаційного рівня, кар'єрному зростанні. В Україні, зокрема, практично не впроваджуються гнучкі графіки роботи та неповний робочий день. Дуже гостра проблема – працевлаштування.

Досвід високо розвинених країн показав, що найбільш істинним фактором, який впливає на тривалість життя і його якість, є здоровий спосіб життя. За даними ВООЗ, рівень здоров'я і тривалості життя людини на 20 % залежить від екологічних факторів, на 20 % – від спадковості, на 10 % – від медичного обслуговування і на 50 % – від способу життя. Практика країн Західної Європи свідчить, що без застосування дорогого медичного устаткування та медикаментів, за допомогою лише профілактичних заходів, спрямованих на формування здорового способу життя, можна знизити рівень захворюваності на 40 % та підвищити тривалість життя на 8–10 років.

Складові здорового способу життя містять різні елементи, що стосуються усіх сфер здоров'я. Найважливіші з них – раціональне харчуван-

ня, достатня рухова активність, відсутність шкідливих звичок, умови праці і відпочинку, сон, побутові умови.

Скорочення кількості споживаних калорій може реально збільшити термін життя. Медики вважають, що скорочення споживання їжі всього на 30 % дозволить людині прожити довше на 30 %. Нераціональне харчування є і визначальним у виникненні та розвитку таких факторів ризику, як надлишкова маса тіла, артеріальна гіпертензія, діабет тощо.

Показовим є досвід Фінляндії, де за два десятиліття вдалося знизити рівень ішемічної хвороби серця більше, ніж на половину. Одним із вирішальних чинників стала зміна раціону харчування населення. У місцях громадського харчування до основної страви стали додатково додавати безкоштовно овочеві салати. Це привело до того, що люди почали споживати удвічі більше овочів.

Якби можна було повністю усунути передчасну смертність в Україні у віці до 60 років, то гіпотетичний приріст середньої тривалості життя становив би 12 років у чоловіків та 4 роки у жінок.

За більшістю неінфекційних захворювань стоять такі чинники ризику, як тютюнопаління, зловживання алкоголем (щороку від тютюнопаління помирає 5,4 млн осіб, тобто, 1 з 10 смертей у світі спричинена саме вживанням тютюнових виробів); нераціональне харчування (щороку 2,5 млн людей помирає через ожиріння); гіподинамія (щороку 7,1 млн людей помирає внаслідок артеріальної гіпертензії). Оскільки зловживають тютюнопалінням та алкоголем переважно чоловіки, то і тривалість життя у них значно коротше, ніж у жінок.

Отже, здоровий спосіб життя у контексті гендерної проблеми є одним з визначальних для забезпечення стабільного й безпечного розвитку держави.

Дегтярь К. А., Новикова Д. П.,
ХНМУ

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ УКРАИНЫ

Здоровье человека – самое большое его богатство. Оно – источник счастья, радости, культурной жизни и его следует рассматривать как социальную ценность нации. Для определения здоровья всей нации необходима оценка составляющих – показателей здоровья каждого человека, как гаранта обеспечения здорового поколения.

Доказано, что приблизительно на 50 % здоровье человека определяет образ жизни. Отрицательными его факторами являются действия, которые подконтрольны человеку или зависят от его решения. Например, вредные привычки, несбалансированное и неправильное питание, неблагоприятные условия работы, моральные и психологические нагрузки, малоподвижный образ жизни, плохие материально-бытовые условия и несогласие в семье, одиночество, низкий образовательный и культурный уровни.

Также отрицательными факторами выступают те проблемы, которые не зависят напрямую от действий человека, а оказывают вторичное влияние самой среды обитания. Здесь подразумевается неблагоприятная экологическая обстановка, в частности, загрязнение воздуха, воды и грунта, а также сложные природно-климатические условия. Речь идёт о катастрофической техногенной ситуации в нашей стране.

Самой распространённой причиной бесплодия и полового бессилия являются заболевания, передающиеся половым путем (хламидиоз, микоплазмоз, трихомоназ, гонорея, сифилис и т. д.) и инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовых органов, вызванные активизацией условно-патогенной флоры (стафилококков, стрептококков, кишечной палочки, грибковой флоры и т. д.). Возбудители инфекций оказывают прямое разрушающее воздействие на половые клетки, а также негативно влияют на репродуктивное здоровье посредством развития воспалительного процесса и интоксикации.

Профессор Института педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины Иванюта Л. И. отмечает, что в результате обследования 8 000 супружеских пар в отделении реабилитации репродуктивной функции женщин были получены неутешительные для Украины результаты состояния репродуктивности населения. Установлено, что основной причиной возникновения вторичного бесплодия являются аборт – 62,4 %, перенесенные в прошлом полостные операции – 33,2 %, в том числе операции по поводу внематочной беременности – 16,49 %, и роды – 4,3 %. Трубное бесплодие часто сопровождается поликистозом яичников – 43,3 %, эндометриозом – 23,7 %, фибромиомой матки – 11,4 %, аномалиями развития половых органов – 4 % и другими заболеваниями.

Для решения данных проблем необходимо проводить профилактические мероприятия для предупреждения снижения качества репродуктивного здоровья в Украине. В этом случае следует учитывать разработку соответствующих программ на макроуровнях социальных отношений. Благополучие и здоровье нации складывается из благополучия и здоровья отдельных граждан, особенно репродуктивного возраста. Вот почему слова, сказанные Цицероном, сохраняют свою актуальность до сих пор: «Высшее благо достигается на основе полного физического и умственного здоровья».

Литература

1. WWW.medbook.lviv.ua/article/412/

Дегтярь М.,
ХНМУ

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Репродуктивное здоровье женщины, без сомнений, зависит от многих факторов, таких как правильный образ жизни, отказ от вредных привычек и экология. Если первые две составляющие полностью зависят

только от самой женщины, то последнее ей, к сожалению, не подвластно. Нередко бывают такие случаи, когда полностью здоровая женщина, которая придерживается правильного питания, не употребляет алкоголь и не курит, не может забеременеть. С одной стороны, это кажется загадкой, но причина может быть объяснима – завод, загрязняющий воздух отходами производства, или двигателя внутреннего сгорания, выделяющие озон и угарный газ в окружающую среду.

Вредные воздействия окружающей среды могут стать причиной сбоев в гормональном фоне будущей мамы, привести к расстройству менструального цикла и «подорвать» основу основ – репродуктивное здоровье, результатом чего могут быть преждевременные роды, выкидыши и аномалии развития.

Каждая женщина хочет родить здорового ребенка и должна делать для этого всё от неё зависящее. Многие живут в городе, где с экологией большие проблемы, и тогда большинство женщин решают переехать во время беременности за город, в деревню, поближе к лесу и чистому воздуху. И это абсолютно правильное решение. Но не у всех есть возможность покинуть город, в таком случае нужно постараться окружить себя природными и чистыми материалами. Например, покупать мебель из дерева, экологически чистую посуду из керамики. Качество воды также оставляет желать лучшего, поэтому стоит использовать специальные фильтры для очистки воды от вредных примесей. Нам всем известно негативное влияние электрических приборов, которыми мы пользуемся каждый день. Следует свести взаимодействие с ними к минимуму. Особенно вредное влияние оказывает микроволновая печь. Желательно при ее включении выходить из комнаты. Не стоит забывать и о вреде от мобильного телефона, не стоит разговаривать больше 10 мин в день и лучше для этого использовать гарнитуру. Очень важно находить время для прогулок на свежем воздухе, где-нибудь в парке или в лесу. Нужно чаще проветривать жилое помещение и делать влажные уборки. Так же принесет пользу поездка в экологически чистую местность, например, в Карпаты, где невероятно чистый воздух. Такое путешествие гарантирует положительные эмоции, что также хорошо повлияет на развитие плода. Нужно помнить, что стресс очень пагубно влияет на здоровье и способствует развитию болезней, так что беременным категорически запрещено переживать и волноваться. И касается это не только беременных, а вообще всех. Нужно больше улыбаться и находить что-то прекрасное в каждом дне, ведь жизнь идёт, а мы порой и не замечаем, как растрчиваем её на обиды и ссоры. Если женщине удалось забеременеть, она уже самая счастливая на Земле, потому что теперь у неё есть для кого жить и есть тот, кто будет жить для неё.

Итак, каждой женщине нужно заботиться о своем здоровье, так как от этого напрямую зависит здоровье её будущего ребенка. И никакая экология не станет помехой, если будущая мама решила выносить и родить

повноцінного малюшка. Нікогдa не слeдує забувaть, щo всьo зaвисит oт нaс сaмих. Ми мoжeм всьo. Кoнeчнo, нужнo прилoжит мнoгo усилій, нo рeзультaт, бeзуслoвнo, стoит тoгo.

Дeркaч.Ю. В.,
ХНМУ

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЖИТТЯ

Рeпрoдуктивнe здрoв'я – сукупність фізичнoгo, рoзумoвoгo тa психічнoгo блaгoпoлуччя, a нe прoстo відсутність недуг чи захвoрoвaнь. Нa рeпрoдуктивнe здрoв'я лoдeй впливaє сукупність рiзнoмaнітних чинників: зoвнішні, які містять в сoбi всe тe, щo знaхoдиться пoзa oсoбистістю, a сaмe нaвкoлишнє сeрeдoвищe, в якoму ми живeмo; суспільні фaктoри oхoплoють сукупність пoлітичних, eкoнoмічних, сoціaльних, духoвних, eкoлoгічних тa інші чинники.

Соціaльні чинники, які визнaчaють рeпрoдуктивнe життє тa життє в цілoму, пoділяютьсє тaким чинoм:

- 1) бeзрoбiття тa бiдність;
- 2) пoлітичні й сoціaльні кoнфлікти тa нeстaбільність;
- 3) дeгрaдaція oсoбистості;
- 4) нeспрaвeдливiсть;
- 5) прaвoвa нeзaxищeність.

Першій чинник – бeзрoбiття тa бiдність. Прoблeмa бeзрoбiття нeгaтивнo впливaє нaйбiльшe нa психічнe здрoв'я. Грoмaдяни нe мoжуть здoбути зaсoби для існувaння, пoгiршуетсє здрoв'я в цілoму, з'являютьсє глoбoкі пeрeживaння зa свoє пoдaльшe життє тa рiдних. Нaприкaд, в сiчнi 2017 р. oфіційнo булo зaрeєстрoвaнo 429 тис бeзрoбiтних, щo стaнoвить 1,6 % від зaгaльнoї кiлькoстi прaцeздaтних грoмaдян. У лoтoму пoрiвнянo з сiчнeм збiльшилaсь нa 2,3 % кiлькiсть зaрeєстрoвaних бeзрoбiтних зa дaними Дeржaвнoї служби стaтистики Укрaїни. Стaн в Укрaїні пoгiршуетсє кoжнoгo мiсєцє, всe бiльшe лoдeй нe мoжуть прaцeвлaштувaтисє.

Другий чинник – нeстaбільність в крaїні, сoціaльні й пoлітичні кoнфлікти. В нaшiй дeржaві дoвгий чaс тривaє внутрiшнє бoрoтьбa, нaслiдкoм якoї мoжe бeт прaгнeння рoздiлити укрaїнськe суспiльствo, дeзoргaнiзувaти йoгo. Нa лoдeй цe впливaє звичaйнo з нeгaтивнoї стoрoни, з'являєтсє вiдчуттє нaпружeнoстi тa стрeсу. Сoціум пoчинaє жити oдним днeм, тoму щo лoди нe знaють, щo мoжe трaпитисє зaвтрa. Зникaє вiрa, щo життє мoжe змiнитисє нa крaщe. Бeзумoвнo, стaн нaпружeння, рoздрaтoвaнoстi нeгaтивнo впливaє нa здрoв'я грoмaдян.

Трeтiй чинник – дeгрaдaція. Вплив сoціaльнoї дeгрaдaції нa здрoв'я лoдини прoявляєтсє в нaркoмaнiї тa aлкoгoлiзмi, oсoбливo сeрeд мoлoдi. Вживaння нaркoтикiв знижue лoгічнe мислeння, зoсeрeджeння тa

емоції; погіршується пам'ять, погано засвоюється нова інформація, руйнується інтелект. Наркотики призводять до фізичної та психічної залежності, постійне вживання спричиняє смертельні випадки. Змінюється особистість, з'являються серйозні психічні захворювання. У віці 35–45 років наркомани почувають і виглядають як старі. Особиста деградація прогресує в швидкому темпі. В Україні вживають наркотики від 1–1,5 млн осіб, і ця кількість щорічно збільшується на 8–10 % (за даними 2016 р.).

Також важливим чинником, який впливає на здоров'я, є соціальна несправедливість, до її джерела відносять експлуатацію людини людиною, нерівність людей перед законодавством, нерівноправність між націями, корупцію. Внаслідок цього в людини з'являється злість, духовні страждання, розчарування, що приводить до відчаю. В результаті громадяни мають поганий настрій та почуття неповноцінності.

П'ятий чинник – соціальна та правова незахищеність. У нашій державі все відбувається так, що громадяни почали втрачати віру в чесність, порядність та справедливість. Люди починають відчувати негативні емоції, а саме з'являється злість, раптова агресія та гнів.

Отже, можна дійти висновку, що соціальні чинники суттєво негативно впливають на здоров'я людини зі сторони психіки, що в свою чергу може привести до серйозних проблем зі здоров'ям. Це все є наслідком того, що в нашій державі існують проблеми, які потребують суттєвого їх вирішення з боку держави та означення певних шляхів їх подолання.

Дімітров Д. Д.,

Харківський національний університет
будівництва та архітектури

НАСИЛЛЯ НАД ЖІНКАМИ В ТАБОРАХ І КОЛОНІЯХ СИСТЕМИ ГУЛАГ

Декомунізація радянського минулого актуалізує необхідність вивчення спадщини тоталітарного режиму СРСР. Система таборів, що створена у радянській країні, була страшною та жорстокою зброєю червоного терору проти інакодумців. Метою дослідження є освітлення насильницьких дій щодо жінок у концентраційних таборах ГУЛаг.

У табори потрапляли не тільки чоловіки – «вороги народу», а й жінки: дружини, матері і дочки цих ворогів. По суті, їх провина полягала лише в тому, що вони були близькими родичами неблагонадійних елементів, а отже, на них чекало трудове перевиховання, але, крім цього, їм доводилося терпіти біль і приниження.

Система «ламала» своїх громадян – вони повинні були бути слухняними і мовчазними, а тому труднощі починалися безпосередньо після прибуття до виправно-трудового табору. Жінок роздягали догола і відправляли в баню, де ретельно оглядали: оцінювали як товар на предмет співжиття, обурених жорстоко били, а більш привабливих гвалтували.

Життя в таборі було неймовірно страшним. Від холоду, голоду і насильства з боку охорони та співробітників табору люди масово гинули під час каторжних робіт, у морозних бараках, при спробах втечі та влаштування буту. До жінок в таборах чекісти ставилися з особливою жорстокістю.

«В один з лютевих днів в жіночий барак ввійшли кілька п'яних охоронців на чолі з чекістом Поповим. Він безцеремонно скинув ковдру з ув'язненої, що колись належала до вищих кіл суспільства, виволік її з ліжка, і жінку згвалтували по черзі кожен, хто увійшов» – Мальсагов Созерко «Пекельні острови: радянська в'язниця на далекій півночі».

Був випадок масового заморожування людей, коли начальник табору «Червона гірка» в Соловках на прізвище Фінкельштейн поставив на ніч на лід Білого моря при 30 ° морозу 34 в'язні, серед яких були і жінки. Всім їм згодом довелося ампутувати обморожені ноги, але більшість померло в лазареті.

Для ув'язнених медицина була на дуже слабкому рівні, в деяких випадках медичне обслуговування і зовсім було відсутнє. Лікар заявив в бараці, куди його викликали до ув'язненої, яка другий день лежала в гарячці: «Пам'ятайте, я приходжу тільки до мертвих і паралічних. Даремно мене не викликати!». Але, можливо, і насправді було б великою дурницею щось у нас заліковувати і взагалі підтримувати наше приречене життя» – Тетяна Чернавіна «Втеча з ГУЛагу».

Засудженим на табірні роботи за серйозну провину або випадки проти Радянської влади міг бути винесений новий вирок вищої міри соціального захисту. «У тої, яку ведеш розстрілювати, руки обов'язково повинні бути зв'язані ззаду дротом. Наказуєш їй слідувати вперед, а сам з наганом у руці за нею. Коли потрібно, командуєш «вправо», «вліво», поки не підведеш до місця, де заготовлені тирса або пісок. Там їй дуло до потилиці і бах! І одночасно даєш міцний копняк під зад. Це щоб кров не забризкала гімнастерку і щоб дружині не доводилося знову і знову її прати» – одкровення одного з охоронців табору.

Підрахувати точну кількість всіх постраждалих від тоталітарного режиму неможливо. Безвинно репресованих жінок та чоловіків налічують близько 120 млн, і значне число їх ніде не було враховано.

Таким чином, масовий терор в умовах тоталітарної системи був найважчим в історії народів Радянського Союзу. Він торкнувся всіх верств населення, чоловіків, жінок і, навіть, неповнолітніх. Терор був завалений на беззбройних співвітчизників без усяких на те об'єктивних підстав з використанням мерзенних і негуманних засобів та прийомів, які порушували всі права і свободи людини. У сучасному цивілізованому світі не можна допустити повторення цього волаючого розділу нашої історії, треба контролювати, щоб система більше не дала подібних збоїв і держава з народом знов не повернулися до складних, жорстоких часів через помилки тих, хто управляє державною машиною.

О ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПАХ

Вопрос о гендерных стереотипах до сих пор остается открытым и требует своего дальнейшего анализа, несмотря на посвященной ему огромный поток литературы. На наш взгляд, это обусловлено тем, что сам факт равенства и равных возможностей во многом остается лишь декларацией, а не реальным воплощением в жизнь. Люди привыкли различать мужчин и женщин по биологическим признакам, а сформировавшееся в последние годы понимание социального различия между ними часто им непонятно и настораживает, потому что «угрожает» сломать что-то привычное и кажущееся надежным. Что же такое гендер? Гендер, в отличие от пола, несет в себе не биологическое, а социальное понимание различий между мужчиной и женщиной. Это также и культурная характеристика, с помощью которой личность самоопределяется как пол. Культурные стереотипы [3] играют важную роль не только в национальном самоопределении, но они также участвуют в межгендерных коммуникациях как маркеры [3]. Гендерный порядок общества формируется под воздействием многих факторов — от государственной политики до интимных отношений. «Благодаря» этим порядкам в обществе складываются гендерные стереотипы, которые оказывают влияние на жизнь и деятельность как мужчин, так и женщин. Ярким примером гендерного стереотипа является стереотип о том, что главное предназначение женщины — семья и дети, мужчины — карьера. Это убеждение сформировалось в далеком прошлом. Ведь ранее, мужчина был добытчиком, выполнял тяжелую физическую работу, женщина занималась хозяйством, домом, детьми. Но спустя время взгляды менялись, возникало множество споров и разногласий. Ведь, прежде всего, нужно видеть не мужчину и женщину, а Человека, который имеет свои планы, виды на будущее [2]. И, дискриминируя людей, рассматривая их различия главным образом лишь по половому признаку, общество лишает их возможности подлинного самоутверждения. Так же очень распространенным является утверждение о том, что мужчины намного сильнее и выносливее женщин. Говоря о пользе или же изъянах гендерных стереотипов, не следует быть предвзятым. Да, безусловно, можно считать, что сложившиеся стереотипы в какие-то моменты могут быть полезными как мужчинам, так и женщинам. Но, увы, часто бывает так, что стереотипы загоняют в безвыходные рамки и женщин, и мужчин. Они уже так укоренились в нашей жизни, что любое отклонение от этих норм несет за собой непонимание, оскорбление, гнет. В таком случае, если мужчина занимается не тяжелой физической работой, а, как говорят, «женским» делом, то он сразу же выделяется, попадает под обсуждение и угнетение. То же самое происходит и с женщиной. Если она работает, вместо того, чтобы всю себя отдавать семье, то сразу же осуждается.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод, что к гендерным стереотипам следует относиться внимательно, учитывая конкретные исторические и культурные реалии.

Литература

1. Гендер і сексуальність. Хрестоматія : пер. с англ. / за ред. та пер. В. Гайденко . – Суми : ВТД "Університетська книга", 2009 . – 139 с. : іл. – Бібліографія наприкінці статей.
2. Гендер. Реалії та перспективи в українському суспільстві : всеукраїнська науково-практична конференція (2003; Київ) : матеріали / Науково-методичний центр вищої освіти, Національний технічний університет України "Київський політехнічний інститут" ; упоряд. С.П. Юдіна ; відп. ред. К.М. Левківський . – Київ : Фоліант, 2004 . – 70 с. : іл.
3. Годзь Н.Б. Культурні стереотипи в українській народній казці: автореф. дис. ... к. філос. н.: 09.00.04 / Н.Б. Годзь . – Харків : Б.в., 2004. – 19 с.

Добровольская Е.М.,
ХНМУ

ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА

Реактивность – свойство организма отвечать изменением жизнедеятельности на воздействия факторов внешней и внутренней среды.

Анатомические, физиологические и метаболические характеристики женского и мужского организмов определяют и существенные различия их реактивности. Следует отметить, что и течение одних и тех же заболеваний у мужчин и женщин нередко носит выраженную половую окраску.

Влияние пола на реактивность приводит к тому, что у мужчин реакции отличаются большим индивидуальным разнообразием и более широким диапазоном изменчивости (правило повышенной фенотипической дисперсии у мужчин). В то же время женская реактивность, при более узкой норме реакции, обеспечивает большую жизнестойкость по отношению к множеству естественных экзогенных факторов. В связи с этим клиника основных соматических и инфекционных болезней у женщин характеризуется меньшим разбросом симптомов и большим процентом типичных форм, а у мужчин – большим полиморфизмом, наличием как стертых, бессимптомных, так и крайне тяжелых случаев одной и той же болезни. Как результат, общая смертность мужчин во всех возрастах выше женской.

В некоторых случаях удается проследить в качестве причин половых различий реактивности и заболеваемости противоположное действие андрогенов и эстрогенов (в частности, андрогены усиливают, а эстрогены ограничивают функцию супрессии лимфоцитов, в связи с чем такое аутоиммунное заболевание, как системная красная волчанка, поражает женщин в 13 раз чаще, нежели мужчин. Влияние половых гормонов на Т-лимфоциты обуславливает повышенный антибактериальный иммунитет и менее строгое ограничение аутореактивных иммунных реакций у женщин, по сравнению

с мужчинами. Под влиянием мужских и женских половых гормонов противоположно изменяется продукция липопротеидов высокой плотности, что отражается на относительном риске развития атеросклероза.

Часть различий в спектре заболеваемости также связана с наследственными болезнями, сцепленными с полом или ограниченными полом. Определенные различия объясняются влиянием циклических изменений в организме женщин (так, менструальный цикл отражается на обмене железа, и с этим связана более высокая частота анемий у женщин).

Нельзя сбрасывать со счетов традиционные различия в социально-экологической и профессиональной роли полов в популяциях, которые могли обусловить различия в направлении отбора реактивных программ. Реактивность женщин рассчитана на оптимальность и доведение до совершенства стереотипных консервативных механизмов адаптации, на пассивные оборонительные реакции при стрессах и обеспечивает акцент на адаптации к традиционным природным воздействиям.

Таким образом, существуют различия в реактивности мужского и женского организма, которые обусловлены рядом причин, в основе которых лежат как анатомические, так и физиологические особенности функционирования органов и систем.

Дорошенко О. О.,
ХНМУ

ВРЕД И ПОЛЬЗА ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ

Гендерные стереотипы – это стереотипы о роли мужчины и женщины в обществе и семье. Исторически сложилось так, что роль мужчины – быть добытчиком, а роль женщины – быть «хранительницей домашнего очага». Именно поэтому за мужчинами и закрепилась роль главы семьи.

Гендерные стереотипы, как и любые другие, заметно сужают наш кругозор и не позволяют правильно оценить человека. Именно они стали причиной таких явлений, как сексизм и радикальный феминизм, а также породили целую цепочку новых видов дискриминации. Например, по неофициальным данным, каждая пятая украинка подвергается домашнему насилию. Мужчины также ущемлены в современном социуме. Они чаще дискриминируются в своих родительских правах после развода. Количество кризисных центров психологической и юридической помощи для мужчин намного меньше, чем аналогичных центров для женщин. Кроме того, стереотипы часто сдерживают женщин в том, чтобы при необходимости обратиться за помощью к мужчине.

Чтобы из гендерных стереотипов извлечь пользу, важно внедрять и формировать новые стереотипы, то есть разработать правильную гендерную политику, которая защищала бы права как мужчин, так и женщин.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ СРЕДИ ЛИЦ, ВОЗРАСТ КОТОРЫХ НЕ ПРЕВЫШАЕТ 25 ЛЕТ

Актуальность: Интернет-аддикция – это навязчивое стремление использовать Интернет и избыточное пользование им. Сегодня интернет-аддикция не является психическим расстройством по медицинским критериям, однако данной проблеме уделяют все больше и больше внимания. Соответственно, данная проблема является актуальной и нуждается в исследовании.

Цель работы: Целью работы является рассмотрение одного из аспектов интернет-аддикции – пристрастие к использованию социальных сетей.

Суть работы: Для работы были случайным образом отобраны 50 лиц женского пола и 50 лиц мужского пола, возраст которых не превышает 25 лет, прошедшие анкетирование. Им предлагалось оценить:

- Количество регулярно используемых социальных сетей.
- Цели использования социальных сетей.
- Количество времени, затрачиваемого ежедневно на использование социальных сетей.
- Частоту случаев, при которых использование социальных сетей создавало помехи основному роду деятельности анкетирзуемого.
- Зависимость от использования социальных сетей или отсутствие таковой.

В результате анкетирования было выяснено, что:

Среди лиц женского пола:

- 46% анкетирзуемых используют 1-3 социальные сети, 54% – 4-7 социальных сетей
- 8% анкетирзуемых в среднем проводят 0-2 часа в день, используя социальные сети, 40% - 2-4 часа в день, 52% - больше 4 часов в день
- 70% анкетирзуемых признали, что ощущают навязчивую необходимость нахождения в социальных сетях, 30% - считают, что не имеют зависимости от использования социальных сетей

Среди лиц мужского пола:

- 54% анкетирзуемых используют 1-3 социальные сети, 46% – 4-7 социальных сетей
- 24% анкетирзуемых в среднем проводят 0-2 часа в день, используя социальные сети, 20% - 2-4 часа в день, 56% - больше 4 часов в день
- 66% анкетирзуемых признали, что ощущают навязчивую необходимость нахождения в социальных сетях, 34% - считают, что не имеют зависимости от использования социальных сетей

Вывод: Основываясь на результатах данного исследования можно отметить, что в данной выборке количество людей, считающих что зависимы от социальных сетей довольно велико (35 и 33 соответственно).

Учитывая небольшой размер выборки, можно сделать предположение, что интернет-аддикция затрагивает лиц женского и мужского пола с одинаковой частотой, что означает, что это явление не зависит от гендерной принадлежности.

Литература

При подготовке были использованы Google Формы для получения и анализа результатов / Интернет-ресурс [Режим доступа]: https://www.google.com/intl/ru_ua/forms/about/

Журавлёва П. В.,
ХНМУ

СМЕРТЬ ОДНОГО ЕСТЬ НАЧАЛО ЖИЗНИ ДРУГОГО

Смерть – наиболее неприятное слово во всех языках, к которому, тем не менее, все люди относятся равнодушно. Сколько существует наук, столько и определений этого понятия, но сейчас нас волнуют только философский и медицинский аспекты смерти. С одной стороны, это не отсутствие жизни, а её логичное завершение, с другой, – это процесс необратимой утраты организмом основных функций, обеспечивающих жизнь; отмирание живых тканей и гибель мозга. Все довольно просто, и при этом именно со смертью связано столько сложных, неразрешимых проблем. Стоит уточнить, что существует даже особое учение о смерти и связанных с ней процессов – танатология. Существует множество различных медицинских специальностей, но лишь несколько из них взаимодействуют со смертью особенно тесно. Некоторые призваны спасать людей, например, реаниматологи, хирурги, другие, как патологоанатомы и судмедэксперты, живыми своих пациентов уже не видят.

Нельзя сказать, что они привыкли к смерти, скорее изменилось её восприятие и, как следствие, поменялась их жизненная философия. Теперь для этих врачей мертвый человек – всего лишь тело, материал – без души, без духа и без личности. Но, наверное, обесценивание смерти, как понятия и как процесса, может повысить планку для оценивания жизни в этом же ракурсе. Зачем следовать чужим идеалам, если жизнь коротка и непредсказуема, – может оборваться в любой момент самым неожиданным способом? Сложно говорить о смертельном диагнозе пациенту или же общаться с его родственниками: стоит несколько раз перепроверить все анализы и результаты исследований, а в работе патологоанатома – только тело и чистая материя, с которой можно работать так, чтобы даже после смерти люди могли служить науке. Например, при доскональном изучении истории болезни и причины самой смерти можно установить невероятное количество фактов, которые необходимо знать живым людям.

То, что есть вокруг нас, есть и внутри нас, и наоборот. Это можно рассматривать как в прямом, так и в переносном смыслах. Во многих верованиях, направлениях философии рассматривается вопрос о том, что

анатомічно зовнішній і внутрішній світ людини складає відображення його душі, його індивідуальності. Якщо говорити про сенс цього вираження буквально, то не варто згадувати про шкідливі звички або нездоровий спосіб життя, адже це очевидні фактори для патологічного зміни стану організму, але насправді будь-яка звичка, необхідна дія і інше можуть стати летальними. Наприклад, зараз в медицині з'являється таке поняття, як «спортивне серце». Те люди, які усердно займаються спортом всю свою життя терплять різні зміни своєї серцево-судинної системи, що веде до розвитку багатьох захворювань. Наслідком одного з них є гіпоксія мозку в час сну: спортсмен в час фізичних навантажень може «розганяти» своє серце до 200–230 ударів в хвилину, щоб забезпечити транспортну функцію крові м'язам, а в стані спокою відзначається виражена брадикардія, як і в час сну. А здавалося б, що спорт – рух, а рух – це життя.

Таких прикладів достатньо багато, але дізнатися про них можна лише вже на столі у патологоанатома. «Вскрытие покажет» – відома фраза, значення якої з часом тільки зростає. З розвитком людини і суспільства з'являються все більше захворювань, які складно діагностувати і ще важче лікувати. Результати, отримані патологоанатомом, служать життю наступних поколінь. В цьому випадку смерть «роботає» на живих, адже лише за набором мертвих тканин лікар може зробити проекцію для інших людей як профілактику, діагностику, можливо нових методів лікування. Щось нове при вскрыті завжди буде важливо для науки, будуть писатися нові наукові роботи, дисертації, підтверджуватися або спростуватися нові теорії, що, в кінцевому підсумку, приведе до нової глави в підручнику для майбутніх лікарів.

**Ібрагімова Ш. Б., Ільченко Т. Р.,
ХНМУ**

СТЕРЕОТИПИ ЯК ПЕРЕШКОДА НА ШЛЯХУ ДО ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ

Стереотипи, у тому числі й гендерні, часто породжують надто умовне й спрощене уявлення про людей, формують очікування й установки відносно інших, сприяють спрощеному сприйняттю й позбавляють вигляд пов'язаних з пізнанням окремої особистості.

Гендерні стереотипи функціонують як на рівні індивіда, так і на рівні суспільства. Нормативне та інформаційний тиск змушує нас підкорятися гендерним нормам. Дія нормативного тиску полягає в тому, що ми намагаємося відповідати гендерним ролям, щоб отримати соціальне схвалення і уникнути соціального несхвалення. Про інформаційний тиск можна говорити, коли ми починаємо вважати гендерні норми правильними, тому що перебуваємо під впливом соціальної інформації.

Ще філософи Стародавньої Греції писали про відмінності між чоловіками і жінками. Чоловік – сильний, активний, розумний, логічний, владний; жінка – слабка, емоційна, схильна до поривів, покірна. Йшли століття, один державний лад змінював інший, змінювалися традиції і правила, етикет і релігія, але гендерні стереотипи залишалися непорушними. У суспільній свідомості гендерні стереотипи функціонують у вигляді стандартизованих уявлень про моделі поведінки і риси характеру, що відповідають поняттям «чоловіче» і «жіноче».

Виділяють три основні групи стереотипів:

Перша група стереотипів базується на відповідних уявленнях про психологічні риси та якості особистості чоловіків та жінок. Згідно з цими стереотипами чоловіки та жінки є протилежностями. Чоловікам приписується активне начало, здатність вирішувати проблеми, застосовувати розвинуте логічне мислення та власну компетентність. Жіноче ж начало – природно-репродуктивне, і тому жінка повинна бути покірною, залежною, емоційною.

В основу виокремлення другої групи стереотипів покладені соціальні начала. Дана група стереотипів закріплює професійні ролі чоловіків і жінок. Для жінки головними є ролі сімейні (жінка, мати, господарка), а для чоловіка – ролі професійні.

До третьої групи гендерних стереотипів вчені відносять стандартизовані уявлення, які пов'язані з відмінностями у змісті праці – жіночої та чоловічої. Місце жінки – у сфері виконавчої та обслуговуючої праці, чоловіка – у сфері інструментальної праці, тобто творчої та керівної.

Зараз гендерні стереотипи згадуються у зв'язку з дискримінацією за статевою ознакою. І це досить погано, тому що створює неправильне уявлення про проблему. Подібні усталені уявлення однаково спотворюють думку як про жінок, так і про чоловіків, заганняючи людей у вузькі рамки норм і правил, нав'язуючи їм певний спосіб дій. Протягом останніх років в Україні проблема гендерної нерівності, її роль в політичному просторі набула особливої актуальності. На це вказує зростання ролі жіночих організацій і жіночих політичних партій. Гострому зацікавленню цим питанням сприяють феміністичні тенденції, що активно розвивалися з другої половини ХХ століття.

Для встановлення гендерної рівності в нашому суспільстві необхідно долати стереотипи патріархального суспільства щодо «нормального» розподілу сімейних та суспільних функцій, усувати будь-які як явні, так і приховані форми дискримінації жінок та чоловіків, проведення провітницької роботи.

Література

1. Філософський енциклопедичний словник. – К. : Український центр духовної культури, 1999.
2. Белинская Е. П. Социальная психология : Хрестоматия : учеб.

пособие для студ вузов / Е. П. Белинская, О. А. Тихомандрицкая. – М : Аспект Прес, 2003.

3. Кулачек О. І. Розвиток гендерної політики в Україні: реалії та перспективи // Вісн. УАДУ. – 2001. – № 4.

Иванова Е. Ю.,
ХНМУ

ПРОБЛЕМА ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В УКРАИНЕ

Сегодня мы живем во времена быстрых перемен. Конечно же меняются и взаимоотношения между мужчинами и женщинами во всех сферах жизнедеятельности общества. Утверждение гендерного равенства – важное направление в стране за последние годы. Этот вопрос проходит через все проблемы настоящего и является актуальным в жизни каждого из нас.

Формально дискриминации по половому признаку в Украине нет и быть не может. Так гласят законы. Но каков механизм их реализации? И как наказывать того, кто их не выполняет? Например, работодателя, нежелающего брать в команду молодую девушку, которая вот-вот выйдет замуж и уйдет в декрет? Реальных санкций нет, а значит, закон остается только на бумаге.

Если рассматривать данную проблему в повседневной плоскости, мы видим, что женщины в равной степени с мужчинами получают высшее образование. На этом этапе перед карьерным трамплином все равны. Женщины хорошо интегрированы в рынок труда. И вроде бы на первый взгляд проблем нет. Но где работают женщины? В основном это сферы, которые предусматривают уход и заботу. И это соответствует общественным представлениям. Учителя в основном женщины, медики низшего звена – тоже. Но много ли вы видели женщин-хирургов? Нет. И дело не в том, что такую работу женщины не в силах выполнить. Чтобы стать хорошим хирургом, нужно потратить много времени, а их доход выше, чем у других врачей. А кто запрещает женщинам занимать высокие должности и получать более высокую зарплату? Ответ прост: им не хватает самого главного ресурса – времени. Ведь кроме работы на благо общества, есть домашнее хозяйство: дети, стирка, глажка, уборка, кухня. Все в соответствии с представлением о том, что женщина – хранительница домашнего очага. Вот только единицы женщин посвящают себя этой функции всецело. Большинство полный рабочий день трудятся на основной работе. Отсюда и проблема двойной занятости.

В политике дело обстоит не лучшим образом. В украинском парламенте женщин – 12 %. Это один из самых низких показателей в мире (в Европе в среднем 22,2 %). Количество женщин в законодательном органе не только отображает ситуацию с равенством во всех сферах жизни, но и влияет на интенсивность всей гендерной политики страны. Доказано, что когда в составе парламента есть хотя бы 30 % женщин, государственная политика начинает более комплексно решать проблемы социаль-

ной сферы: образования, культуры, здравоохранения, соцобеспечения.

В мировой практике существуют гендерные квоты, закрепленные законодательно и принятые добровольно отдельными партиями. За невыполнение первых могут быть финансовые штрафы, административные наказания. То есть можем наблюдать реальный рычаг для перевода ситуации из состояния декларирования в актуальную плоскость. В Украине же квоты поддерживает меньше половины населения – 46 %. Причем мужчины относятся к этому с большим предубеждением, чем женщины.

Гендерное равенство предполагает изменение стереотипов о роли женщин и мужчин в обществе, предоставление женщинам и мужчинам одинаковых прав для самореализации как в публичной сфере, так и в приватной, выравнивание существующих дисбалансов. К таким изменениям невозможно прийти без поддержки государства. Важно менять законы, прописывать эффективные механизмы и санкции для достижения равноправия женщин и мужчин. Решение данной проблемы тем более актуально, если помнить о курсе Украины на евроинтеграцию. Интеграция украинского государства в мировое сообщество требует переосмысления места и роли женщин в обществе с учетом их равноправного участия во всех сферах жизнедеятельности, в том числе в политике, а также является неотъемлемым признаком демократии.

Из-Зиг Ю. А.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: ОБЩЕСТВЕННАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ ИЛИ НАВЯЗАННЫЙ ОБРАЗ МЫШЛЕНИЯ?

Гендерные стереотипы – это некие общие представления о роли каждого пола в обществе. Гендерные роли, как правило, ни положительные, ни отрицательны, они просто приблизительно обобщают мужские и женские качества. Наше общество ставит довольно жесткие рамки в отношении тех ролей, которые должны играть мужчины и женщины. Несмотря на прогресс в этом вопросе, нам еще предстоит очень долго освобождаться от гендерных стереотипов, так как они проникают в наши головы с детства и становятся образом мышления.

С развитием общества всё большую актуальность приобретает вопрос о возможном равноправии и изменении роли в обществе мужчины и женщины. В связи с этим жители западного мира отходят от гендерных стереотипов. Но возможно ли это в Украине, учитывая, что гендерное воспитание заняло довольно значимую нишу в воспитании современной личности?

В средних школах Украины планировалось ввести предмет "Семейные ценности", о чем говорилось в письме Министерства образования и науки Украины от 21 октября 2016 года. Его рекомендовали внести в учебные планы учащихся 8–9 классов как курс по выбору или факультатив в целях "формирования семейных ценностей, сформированных на ос-

нове национально-культурного наследия украинского общества". Но не углубит ли это стереотипность мышления, не усугубит ли разногласия полов в отношении роли в обществе?

Программа разбита на четыре блока: общее представление о семье, мужские и женские роли в ней, бытовые проблемы семейной жизни и сексуальное воспитание.

В первом блоке дается определение семьи, а также основные правовые нормы, регулирующие брачные отношения. Проблематизируется выбор между официальным и гражданским браком, авторы подчеркивают, что "если для большинства мужчин оформление взаимоотношений не очень важно, то женщинам такое оформление придает уверенности, что ее муж берет на себя ответственность за нее, будущих детей и семью в целом". Не стереотип ли это?

Второй и самый противоречивый блок рассказывает, какими должны быть супруги. Вводятся такие слова, как "маскулинность" и "фемининность", а также косвенно указывается, что они социально, а не биологически обусловлены. Разобравшись с определениями, авторы начинают рассматривать феминные и маскулинные качества. Но они уже выступают не как представление общества о том, какими должны быть мужчины и женщины, а как идеальные характеристики, которыми должны обладать девушки и юноши, чтобы стать "настоящими" представителями своего пола. Среди "чисто мужских" качеств отмечают деятельность, исследовательскую натуру, лидерство, логичность, решительность, самостоятельность, силу духа, уверенность в себе. К "чисто женским" относят такие характеристики: хранительница, интуиция, кокетство, красота во всем (единство внешней и внутренней красоты, привлекательность), кротость (принятие, согласие, доверие, уступчивость), умение восхищаться и вдохновлять. Ну, и классическое – "задача женщины заключается в том, чтобы нравиться мужчине, и именно поэтому она должна стараться быть привлекательной для него".

Следующие два блока, если опустить моменты с гендерными установками, являются небезынтересными: объясняются модели поведения в конфликтных ситуациях, пропагандируется ненасильственная коммуникация и разрешение конфликтов.

Итак, гендерное воспитание, навыки разрешения конфликтов в семье – это все необходимо для подготовки детей ко взрослой жизни. Однако совершенно недопустимо, чтобы эти знания давались в настолько стереотипной форме. Мы не должны забывать о гендерном различии полов, но и не создавать себе стереотипные образы и роль идеального мужского и женского пола.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ

Актуальность темы заключается в том, что психологические и физиологические процессы у мужчин и женщин протекают неодинаково. Они по-разному реагируют на окружающий мир, жизненные ситуации и поэтому даже описание одного и того же заболевания со слов пациента может быть различно. Следует подчеркнуть, врач должен знать/учитывать гендерные особенности для того чтобы найти правильный подход к больному, чтобы обеспечить наиболее точную постановку диагноза и дальнейшее лечение.

Гендерная медицина – это новый взгляд на заболевание с точки зрения особенностей мужского и женского организма с учетом различностей психологического поведения, обусловленного социальными факторами.

Мужчина и женщина – это как две стороны одной медали. Они происходят от одного биологического вида Человек Разумный и в то же время являются диаметрально противоположными проявлениями одной сущности.

Кроме «видимых глазу» различий по половому признаку мужского и женского организма, существуют также различные внутренние факторы, которые, безусловно, влияют на развитие, патогенез, лечение и профилактику одних и тех же заболеваний [1]. Одним из них наряду с различиями физиологического, анатомического строения и гормонального фона является психологический момент, проявляющийся в разных отношениях мужчин и женщин к своему здоровью.

Взгляды обоих полов в этом плане имеют как сходства, так и отличия. Если начать с характеристики самооценки своего здоровья, то по сведениям многих экспериментов можно сделать вывод, что здоровыми себя считают около 49 % особей женского пола и 29 % мужского. Также доказано, что большая значимость состояния здоровья присуща 51 % мужчинам и 66 % женщинам [3]. Эта разница говорит о том, что у сильного пола здоровье стоит не на первом месте, и они готовы приносить его в жертву ради карьеры, и это говорит о существующих социальных нормах общества.

Согласно результатам эмпирического исследования по методике С. Дерябо и В. Ясвина [2; 5], гендерные различия в отношении к здоровью имеются лишь частично. Мужчины относятся к здоровью как к факту. Они имеют желание получать информацию о методах сохранения здоровья, совершенствовании своего тела, поддержании здорового образа жизни, но готовности применять ее в практической деятельности не наблюдается. У женщин преобладают ценностно-мотивационные и эмоциональные показатели, поэтому для них проблемой здоровья, его сохранения и поддержания имеют большую значимость. Соответственно женщина чутко реагирует на изменения в самочувствии, обращает внимание на состояние своего организма. Таким образом, можно сделать вывод о том, что именно женщины чаще всего ставят здоровье на первые места.

Очень интересной в контексте изучения является проблема эмоционального поведения мужчин и женщин во время ухудшения их самочувствия. Для одних и других в этот период характерно волнение, скорбь и огорчение. Но что испытывают слабый и сильный пол во время недомогания? Он обвиняет во всем окружающих, плохую погоду, начальство, врачей. Она же винит во всем себя: вела нездоровый образ жизни, не заботилась о себе, злоупотребляла вредными привычками. Таким образом, следуя Назаровой И.Б.[4], можно отметить, что высокая степень заботы о здоровье характерна больше для женщин, а отказ от необходимой медицинской помощи, отсутствие заботы о здоровье в связи с большой занятостью и наличием вредных привычек, характерно для мужчин.

Литература

1. Бацилева О.В. Медико-психологічні особливості репродуктивного здоров'я молоді в сучасних умовах / О.В. Бацилева // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка / [за ред. С.Д. Максименка]. – К., 2008. –Т. X, Ч. 9. – С. 63–72.
2. Дерябо С. Д. Антропоморфизация природных объектов // Психологический журнал. –1995. –Т. 16, № 3. – С. 61–69.
3. Дмитрієва О.В. Від соціології медицини до соціології здоров'я / О.В. Дмитрієва // Соціологічні дослідження. – 2003. – № 11. – С. 51-56.
4. Назарова И. Б.Здоровье занятого населения [Электронный ресурс] / Назарова И. Б. – М.: ГУ-ВШЭ, МАКС Пресс, 2007. –526 с.
5. Ясвин В. А. Психология отношения к природе. – М.: Смысл, 2000. – 373 с.

Канюка А.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СТРЕССА

*«Стресс – это не то, что с вами случилось,
а то, как вы это воспринимаете».*

Ганс Селье

Здоровье – это один из самых важных аспектов полноценной жизни человека. Среди множества факторов, которые определяют трудоспособность и другие параметры здоровья, следует выделить факт устойчивости человека перед стрессом. Это определяет актуальность данной темы.

Учёные и исследователи всегда акцентировали своё внимание на проблеме гендерных различий мужчин и женщин. В основном они определяются анатомическими, генетическими и поведенческими признаками [2]. Мы рассмотрим признаки поведения мужчин и женщин в состоянии стресса и коснемся некоторых анатомических особенностей.

Женщины кардинально отличаются от мужчин, в том числе своим поведением и психикой. Врожденные (половые) различия, например, строение и функционирование мозга у женского и мужского пола не одинаково. Именно эта особенность женского и мужского организма обу-

словливает поведенческие различия на стрессовую ситуацию. Исследователь Ларри Кэхилл наблюдал за работой мозга мужчин и женщин в условиях острого стресса и заметил у мужчин реакцию со стороны миндалины в правом полушарии. Их левое полушарие пребывало в состоянии покоя. У женщин реакция наблюдалась в другом полушарии, в то время как правое полушарие оставалось без реакции. Результаты исследования показали, что женщины быстрее воспроизводят эмоциональные события из собственного опыта и их воспоминания об эмоционально важных событиях более яркие, в то время как мужчины склонны к минимизации эмоциональности [2].

Под действием стресса у мужчин и женщин наблюдаются различные нарушения. Женщинам характерны депрессия и волнения, а мужчины чаще страдают от алкогольной зависимости. Это связано с влиянием гендерных стереотипов на течение собственных переживаний. Гендерные стереотипы также ограничивают выражение эмоций в стрессовых ситуациях, то есть существует «не принадлежащее» к определённому полу выражение эмоций. Женщины больше подвержены психозам и депрессиям. Женщине необходимо говорить о проблеме, в то время как мужчина замыкается в себе и самостоятельно решает проблему. Мужчины более сдержанны в проявлении любви, грусти и дистресса, женщины – в проявлениях злости и агрессии [1]. Американский психолог Джон Грей утверждал, что мужчины и женщины имеют разную реакцию на стресс потому, что за снятие стресса в мужском и женском организме отвечают разные гормоны: у мужчин – это тестостерон, а у женщин – окситоцин [3].

Таким образом, можно сделать вывод, что у женщин в отличие от мужчин отмечается преобладание восприятия эмоций через их понимание. Мужчины и женщины переживают одни и те же события и демонстрируют одинаковые физиологические реакции, но вследствие гендерных стереотипов по-разному объясняют причину эмоций. Неодинаковое проявление эмоций у мужчин и женщин обусловлены не только анатомическими особенностями, но и влиянием гендерных стереотипов, которые развиваются в процессе воспитания.

Литература

1. Багунов В.П. Половые различия в видовой и индивидуальной изменчивости психики человека. – СПб., 2006. – 150 с.
2. Гендерные различия. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://psyfactor.org/lib/gender6.htm>
3. Мужчина и женщина в ситуации стресса [Электронный ресурс]. – http://www.semeinye_konflikty_profilaktika_i_lechenie

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ: КОРИСТЬ ЧИ ВАДА?

Людина – це складова суспільства, яка безпосередньо підкоряється його правилам та стереотипам. Гендерні стереотипи – це суспільне уявлення про соціальні ролі чоловіків та жінок, їх фізіологічні та психологічні особливості. Такі стандарти впливають на рівень життя особистості, вказуючи на функції та її місце в суспільних відносинах. Вони впливають на образ думок людей, їх самовизначення.

Шаблони, що стосуються жіночності або мужності, з'явилися поступово та є дуже схожими в культурах різних народів. Протягом багатьох років психологи проводили дослідження гендерних стереотипів, котрі, як і будь-які суспільні думки, постійно змінюються під впливом сучасних поглядів та змін навколишнього середовища. Наприклад, згідно з даними дослідження, що відбулося близько 40 років тому, думки, що жінки від природи істоти нелогічні і вкрай емоційні, але мають гарну інтуїцію, а чоловіки, навпаки, наділені аналітичним розумом, зазвичай стримані в прояві почуттів, вважалися стереотипними.

Нами було проведено анкетування серед студентів і визначено їх відношення до трьох стандартів, пов'язаних зі статтю. Більша частина підтримує стереотипи маскулінності та фемінінності, щодо емоційності жінок та незворушності чоловіків. Також значна кількість опитаних вважає, що професійна реалізація жінки не впливає на її сімейні відносини. Стереотип, пов'язаний зі змістом діяльності, теж був підтриманий студентством. За їх думкою, майже всі професії можна поділити за належністю до певної статі.

Зараз вчені відзначають, що схильність до подібних стереотипів у суспільстві послаблюється. Варто зазначити, що в кожній особистості спостерігається “суміш” біологічно-психологічних ознак своєї та протилежної статі. Через це ці стереотипи бувають неправильними в певних ситуаціях. І в науці, і в свідомості сучасних людей усе більше поширюється розуміння того, що стереотипи створюються суспільством і функціонують у суспільстві, проте вони ніколи повністю не зникнуть з нашого життя.

Кожній людині треба для себе вирішити: погодитись чи відмовитись від шаблонних думок. Можна прийняти масову систему цінностей, а можна відмовитись і вибудувати свій порядок орієнтирів. Отже, незважаючи на те, який шлях буде обрано, необхідно завжди бути спокійними та лояльними: дотримуватися своєї думки і толерантно ставитися до чужого бачення навколишнього світу.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ВОЛОНТЕРСТВА

Волонтерством (волонтерской работой) принято считать деятельность, включающую традиционные формы взаимопомощи и самопомощи, которая осуществляется добровольно на благо широкой общественности без расчёта на денежное вознаграждение*. Исследователи волонтерской деятельности рассматривают её с позиции социальной работы, направленной на бескорыстное оказание социально значимых услуг, способствующих личному росту и развитию выполняющих эту деятельность людей.

Проведенный анализ сущности волонтерской деятельности позволяет выделить следующие ее ключевые характеристики: она осуществляется по инициативе самых людей (добровольцев), а не по приказу «сверху», рассчитана на людей разного возраста и ориентирована на общественную пользу или благо для нуждающихся. Волонтерская деятельность оказывает влияние на формирование и развитие духовно-ценностных ориентаций волонтеров, изменяет их отношении к себе, к окружающим людям.

Рассуждая о гендерных аспектах волонтерства, в данных тезисах речь в основном пойдёт о волонтерском движении, связанном с оказанием паллиативной помощи, к чему имеет отношение сама автор. Как известно, паллиативная помощь оказывается людям, пребывающих в хосписе – специальном медицинском учреждении для постоянного и дневного пребывания в нём пациентов с терминальной стадией заболевания, находящихся между жизнью и смертью.

По моим собственным оценкам, в волонтерском движении участвует не менее чем 80 % женщин и только 20 % мужчин. Приведу два примера.

В ХНМУ есть команда волонтеров «Эра милосердия», в состав которой на данный момент входят 37 человек. Среди них 33 девушки (89 %) и 4 парня (11 %). Мы занимаемся оказанием паллиативной помощи (как пожилым людям, так и детям), сотрудничаем с КП «Центр обращения с животными». Куратором организации является мужчина.

Среди других волонтерских объединений г. Харькова своей активностью выделяется команда «Станция Харьков». Она постоянно помогает нуждающимся. Последний из их проектов – помощь эвакуированным людям из г. Балаклея. Руководит организацией женщина, а процентное соотношение женщин и мужчин здесь составляет 93 и 7 % соответственно.

* Волонтерство [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://goo.gl/Gt1E4x>.

Попробуем разобраться, почему для волонтерского движения характерна такая выраженная гендерная диспропорция.

Воспитание, которое ребенок получает в процессе своего взросления, как правило, является гендерно дифференцированным, то есть мальчиков и девочек формируют по-разному. У девочек культура развивает заботливость, доброту, нежность, милосердие, также конформное поведение (в том числе послушание), тогда как от мальчиков данные качества ожидают в меньшей степени. Это вовсе не означает, что и все девочки будут обладать подобными характеристиками, но культурные тренды играют важную роль в личностном становлении. С точки зрения поведенческих стандартов, заниматься волонтерством для девочки – это нормально и очень похвально.

Также важно отметить, что именно от представительниц женского пола общество ожидает видеть готовность тратить время на неоплачиваемую работу (общественная нагрузка, домашние обязанности, уход за детьми, причем не только своими), а волонтерство является именно такой работой. Что касается мужчин (читай «кормильцев семьи»), то социум заранее готовит их к выполнению руководящей, организаторской и в любом случае оплачиваемой работы. Вот почему представителями мужского пола волонтерская деятельность часто не воспринимается как нечто серьезное.

Что характерно: несмотря на выявленную гендерную «асимметрию участия», в самом волонтерском движении обычно нет четкого разграничения на так называемую «женскую» и «мужскую» работу – каждый и каждая здесь делает то, к чему лежит душа.

**Ковалёва К. А., Нгуен Х. И.,
ХНМУ**

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ В УКРАИНЕ

Демографическая ситуация в Украине за последние года приобрела тенденцию к снижению численности населения, что выражается в отрицательном естественном приросте вследствие преобладания смертности над рождаемостью. Такая ситуация связана со многими факторами, одним из которых является высокий уровень бесплодия в стране. На сегодняшний день, по данным Европейского сообщества репродуктологии и эмбриологии человека, уровень бесплодия в Украине составляет 15–17 % населения [2]. Следует отметить, что, согласно данным ВОЗ, превышение бесплодия 15 % и более негативно влияет на демографические показатели страны. Однако имеется неоднородность в структуре женского и мужского бесплодий.

В 2001–2005 гг. бесплодие в обоих полах регистрировались почти на одинаковом уровне. Начиная с 2006 г. наблюдается рост частоты регистрации случаев мужского бесплодия почти в 2 раза, а частота распространности женского бесплодия продолжает оставаться выше мужско-

го. По данным статистических отчетов в Украине в 2009 г. было зарегистрировано 42 038 случаев женского бесплодия и 10 934 мужского, а за 2012 г. числа увеличились до 44 707 и 11 941 соответственно (женское бесплодие в 3,7 раза превышало мужского) [3].

Структура бесплодия в мире указывает на одинаковую частоту встречаемости бесплодия среди обоих полов: частота женского бесплодия составляет 30 %, мужского – 30 %, сочетание – 30 % и неясного происхождения – 10%. В то же время, структура бесплодия в Украине в 2012 г. следующая: 78,9 % – женское, 21,1 % – мужское [1].

Основными причинами женского бесплодия являются: эндокринные заболевания (30–40 %), трубные патологии (20–60 %), гинекологические патологии (15-30 %), идиопатическое бесплодие (5–10 %), иммунологические причины (2–3 %) [4].

Причины мужского бесплодия: варикоцеле (42 %), непроходимость семяпроводящих путей (14 %), другие заболевания детородных органов (13 %), достаточно большую долю занимает идиопатическое бесплодие (23 %) [4].

Нельзя не отметить, что на уровень бесплодия влияют не только соматические патологии у мужчин и женщин, но и такие факторы, как окружающая среда, вредные условия труда, некачественная пища, пагубные привычки, прием различных лекарственных средств. А на уровень общей рождаемости влияет также политическая, экономическая и социальная ситуации в стране.

Среди основных причин бесплодия в Украине (данные за 2012 г.) – в 32,6 % случаев регистрировались сочетанные факторы, только трубный фактор – 24,8 %, другой женский фактор – 20,8 %, только мужской фактор – 16,4 % и идиопатическое бесплодие – в 4,4 % случаях [1].

На сегодняшний день женское бесплодие по частоте и распространенности превышает мужское. Однако бесплодие среди мужчин за последние года постепенно растет. Таким образом, гендерный стереотип о том, что в бесплодие в большей части виновата женщина, неправильный и устаревший, так как оба фактора (женский и мужской) одинаково влияют на бесплодие.

Литература

1. Юзько А.М., Руденко Н.Г. Лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий в Украине. (www.uarm.org.ua/ru/component/attachments/download/16.html)

2. <http://www.mama-pediatr.com/2011/07/20/besplodnij-brak-statistika-v-ukraine-aloritm-obsledovanija/>

3. <http://ziman.com.ua/stati-i-video/articles/zhenskoe-i-muzhskoe-besplodie-v-ukraine--aktualnost-problemi-i-ee-reshenie/>

4. <http://isramedinfo.ru/tours/4/207/>

ФЕНОМЕН ГЕНДЕРУ В УКРАЇНСЬКІЙ МОВІ

Парадокс гендера як феномена в мові полягає в тому, що його вивчають практично у всіх дисциплінах: у соціолінгвістиці, яка надає великий матеріал про функціонування мови в групах людей за різними ознаками (вік, стать, професія); у психоаналітиці, що досліджує специфіку чоловічих і жіночих асоціацій, у лінгвокультурології, що вивчає специфіку гендера, загальне і особисте у його конструюванні в залежності від мови і культури даного суспільства тощо.

Гендерні ознаки мовної картини світу – це слова крізь призму чоловічого і жіночого бачення, а також вплив статі на мовну поведінку. У мові гендерні відношення фіксуються у вигляді мовних стереотипів, які накладають відбиток на поведінку, у тому числі й на мовленнєву.

Термін «гендер» виник у Великобританії і дослівно означає граматичний рід. Згодом це поняття почало означати ще й соціостатеві характеристики статі із властивими їй особливостями способу життя, вчинків, задумів, прагнень. Гендер стосується не тільки окремих індивідів, але й визначає стосунки між ними як «соціально-демографічними групами», а гендерні відносини у всій сукупності – те, як втілюються в життя «соціальні ролі жінок і чоловіків». Більшість дослідників спирається на визначення, згідно з яким гендер означає «сукупність соціальних і культурних норм, які суспільство приписує виконувати залежно від їх біологічної статі». Існує два підходи напрацювань, що доповнюються одне одним: статево-конструктивістський зводиться до трактування виключно соціальної природи чоловіків і жінок, і спрямований на виявлення тих мовленнєвих відмінностей, які можна пояснити особливостями перерозподілу соціальної влади у суспільстві. Другий підхід редукує «жіночу» та «чоловічу» мови до особливостей мовленнєвої поведінки статі – статево-рольовий.

Культурна символіка гендеру демонструє «культурно-символичну ієрархію через когнітивні структури».

Дійсно, зараз для більшості професій існує “двостатевий” варіант, але спочатку простежується домінування “чоловічих” слів (машиніст, математик, капітан), а от для побутових занять навпаки, більше різномаїття притаманне “жіночим” словам: прачка, посудомийка, кухарка тощо. Очевидно, загальні, або недиференційовані риси, почуття, притаманні обом статям, повинні мати особливий – середній рід: кохання, телятко тощо. Феномен гендеру можна пояснити на прикладі саме соціальної ролі чоловіка та жінки, а от питання, чому, наприклад, стілець є чоловічого роду, а не жіночого чи середнього, є досі відкритим. Розгляньмо родинно-побутові стосунки. Чоловік походить від слова «чоло» – очоловати, дружина – від слова «друг». Дитя ще немає соціальної ролі – належить до середнього роду. Тож одразу видно історично збудовану концепцію: чоловік – голова роду, дружина – найвірніший друг.

Звичайно усі слова слугують для того, щоб максимально швидко і зрозуміло донести інформацію, а феномен гендеру в мові в сукупності з етимологією доповнює та розкриває значення слова.

Колесник М. Р.,
ХНМУ

МУЖСКОЕ И ЖЕНСКОЕ НАЧАЛО: ВЗАИМОДОПОЛНЕНИЕ ИЛИ ПРОТИВОПОСТАВЛЕНИЕ?

Гендер – это спектр характеристик, таких, как социальная роль или внутреннее состояние человека, определяемые биологическим полом. Мы привыкли к тому, что существуют определенные роли: мужчина – защитник, сильный, добытчик, женщина же – хранящая, любящая, дающая. И это правильно, это взаимодополнение, которое мы позже еще рассмотрим.

Я давно задавалась вопросом: Почему именно два пола появилось в природе? Почему Инь и Ян? Почему черное и белое? Почему мужское и женское? Возможно, стоит рассматривать именно последнее, чтоб ответить на предыдущее. Итак, почему в природе именно два пола. Тут можно предположить два подхода к объяснению: с одной стороны, с биологической точки зрения необходимость явления кроссинговера доказывает необходимость наличия более чем одного пола, с другой стороны, вероятность одновременной встречи трех существ гораздо меньше, чем двух, потому сформировалось именно два биологических пола. Таким образом, два пола, две противоположности – вполне обоснованное явление.

Человеку свойственно всю информацию обрабатывать, сопоставлять с тем, что он видит. Так, видя именно две вариации одного вида, определили как два противопоставления друг другу, видели, что есть день и ночь, свет и тьма, познанное и непознанное, порядок и хаос. В некоторых трудах эти понятия сопоставляются с понятием гендера. Мне кажется, в отношениях мужчины и женщины ярко отражается концепция Инь и Ян – взаимодополнение. И это есть суть гармонии. Закон единства и борьбы противоположностей может применяться и здесь, только не в обычной его трактовке. Действительно, мужчина и женщина – система, которая постоянно динамически развивается, она может отличаться порой от общепринятых концепций, однако всегда истинная пара гармонично дополняет друг друга.

Таким образом, исторически сложившиеся характеристики обоих полов являются не просто стереотипами, а своеобразными указателями, подсказывающими более простую, естественную модель поведения, обеспечивающую гармоничное сочетание пары.

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД?

Проблема гендерных стереотипов как никогда актуальна, так как она отражает степень развития общества, изменение культурных и моральных ценностей. Если сравнить среднестатистических мужчину и женщину в начале прошлого века и сейчас – это будут кардинально разные личности, сформировавшиеся под влиянием гендерных стереотипов своего времени.

С одной стороны, эти понятия объясняют различия между полами, способствуют естественному развитию человека. Имеется в виду, что такой стереотип как «мужчина – защитник и добытчик, а женщина – мать и хозяйка», формируют правильные моральные принципы и цели в жизни молодых людей. Гендерные стереотипы оказывают влияние на каждого из нас с момента рождения. Большое значение имеют взаимоотношения в семье и распределение обязанностей, которые на всю жизнь сохраняются в памяти у ребенка и «отпечатываются» на его будущих взаимоотношениях с противоположным полом.

Существуют стереотипы о правильном этикете женщин и мужчин. Как правило, девочкам покупают розовые вещи и куклы, заплетают косички, мальчикам – голубую одежду, машинки и коротко стригут волосы. Настоящая женщина стремится быть ухоженной, а мужчина должен быть «чуть лучше обезьяны». С одной стороны, этот стереотип полезен для девушек, которым опрятность всегда к лицу, а с другой – в парнях он развивает безразличие к своему внешнему виду, или же, наоборот, мужчина со стильной стрижкой и ногтями, покрытыми прозрачным лаком, будет восприниматься излишне экстравагантным.

Еще одна особенность состоит в том, как люди относятся к одному и тому же действию, выполненному лицами разного пола. Самый простой пример: произошло ДТП, в котором столкнулись мужчина и женщина, и непонятно, кто прав, кто виноват. Тогда всплывает стереотип о том, что женщины не умеют водить автомобили, и виновник аварии определяется автоматически.

Что касается профессиональной сферы деятельности, то гендерные стереотипы настолько укоренились в сознании людей, что когда речь идет о проявлении индивидуальности, например, мужчины в типично женской работе парикмахера, он сталкивается с непониманием со стороны общества. Нельзя не вспомнить о стереотипе, что мужчины в большей степени обладают математическим складом ума, а женщинам лучше даются гуманитарные науки. Такие предрассудки становятся преградой для профессионального роста и развития определенных способностей у лиц разного пола.

Нельзя не сказать о различном отношении к гендерным проблемам в разных странах. Если у нас есть лишь стереотип о том, что в семье женщина должна подчиняться мужчине, то в ряде мусульманских стран такое бесправное положение жены закреплено законодательно. Так, в Иране девушкам запрещено посещать футбольные матчи и присутствовать на собственном бракоразводном процессе, а в Саудовской Аравии женщины не имеют права водить автомобиль и даже покидать дом без разрешения мужа.

Итак, с одной стороны, гендерные стереотипы формируют четкие различия между образом мужчины и женщины, а с другой – ограничивают проявление индивидуальности, гармонии с внутренним миром, становятся барьером в установлении равенства между полами и способствуют развитию феминизма. Можно сделать вывод о том, что каждый вправе сам выбирать – следовать ему принципам гендера или нет, ведь кому-то они приносят пользу, а кому-то лишь вред.

Коновалова К. Д., Бурлачко Н. С.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНІ ПРОБЛЕМИ В СФЕРІ ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАЙНЯТОСТІ

Проблема зайнятості у наш час є достатньо актуальною, від її вирішення залежить соціальне благополуччя країни. В умовах переходу до ринку найуразливішою стає сфера зайнятості, оскільки вона детермінована глибинними змінами у сфері економіки. Зайнятість населення має не тільки економічний, але і соціальний зміст, виступаючи однією з форм адаптації різних соціальних груп до ринку. В той же час склалися установки, традиції, стереотипи поведінки економічно-активного населення, що можуть як сприяти, так і протистояти ринковим відносинам [1, 225].

Проблеми ефективності зайнятості досліджували такі автори, як Р. Еренберг, М. Алле, М. Портер, Дж. Ріфкін, Р. Сміт, Й. Шумпетер [2, 256]. На ринку праці гендерна дискримінація жінок проявляється в нерівності в оплаті праці, перешкодах просуванню по службі, нестачі жінок на керівних і виконавчих посадах, проблемі подвійної зайнятості жінок (утома від домашньої та професійної праці) [4, 329]. Також на сьогоднішній день існує багато професій, стереотипно сприйнятих як «жіночі» або «чоловічі». Так, професії няньки, медсестри, вихователя, кухарів дитячих установ, бібліотекаря, друкарки, швачки сприймаються як «жіночі». А професії водія, фінансиста, будівельника, брокера визнані «чоловічими». До гендерних проблем чоловіків на ринку праці можна віднести обмеженість сфери зайнятості (існують суто «чоловічі» професії), маскулінізацію безробіття, тобто частка безробітних чоловіків у нашій країні вища, ніж жінок, відсутність окремих гарантій у трудовому законодавстві України для чоловіків, адже в основі нормативно-правових актів, які регулюють відносини на ринку праці, традиційно лежить «охоронна» концепція щодо жінки та ін. [3, 113].

Отже, в Україні спостерігається суперечливе становище в сфері зайнятості та оплати праці: жінки займають менш оплачувані посади на престижних роботах. Держава витрачає чимало коштів для навчання жінок, а потім нерационально використовує створений нею трудовий ресурс. Для вирішення проблем гендерної рівності у сфері праці необхідно брати приклад у країн ЄС. Підтримувати створення системи освіти без гендерних упреждень, без насильства, вирівнювати оплату праці між галузями та зменшити відмінності у змісті та оплаті праці за статевою ознакою.

Література

Гендерна рівність у сфері праці [Електронний ресурс] / Л. Д. Збаржевецька, К. В. Самсонова // Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки. – 2010. – Вип. 18(1). – С. 255-262. – Режим доступу:

1. [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Npkntu_e_2010_18\(1\)_43.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Npkntu_e_2010_18(1)_43.pdf)
2. Гендерні аспекти ринку праці // Державна служба зайнятості [Електронний ресурс]. – Режим доступу до статті: <http://www.dcz.gov.ua/statdatacatalog/document?id=350808>
3. Коленда Н. В., Саць О. В. Проблеми забезпечення гендерної рівності на ринку праці України / Н. В. Коленда, О. В. Саць // Економічні науки. Серія «Економіка та менеджмент»: Збірник наукових праць ЛНТУ. – Випуск 8 (30). – Луцьк, 2011. – С. 110-123.
4. Марценюк Т. О. Гендерні аспекти сфери зайнятості в українському суспільстві / Т. О. Марценюк // Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства. – Х.: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2010. – Вип. 16. – С. 328–334.

Кордюмова А. К.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД?

Гендерные стереотипы – это сформировавшиеся в культуре программы восприятия, целеполагания, а также поведения мужчин и женщин. Ещё с первобытных времен работа делилась на «мужскую» и «женскую», были различия в одежде, украшениях, обрядах и традициях. Из века в век передавалось суждение о «правильности» того или иного поведения в зависимости от пола.

Гендерные стереотипы делятся на три группы по таким признакам: мужественность и женственность как черты характера, социальные роли и «мужские» и «женские» виды труда. Смысл заключается в том, что мужчин наделяют такими качествами, как храбрость, мужественность, логичность и стремление к доминированию, а женщин – покорностью, мягкостью, эмоциональностью, интуитивностью. Но никто не задумывается, какой вред может принести человеку такое «разделение», причем происходящее ещё с самого рождения. Во-первых, это дискриминация в профессиональном плане. Существует стереотип, что женщина не может

быть успешной в технической деятельности, а мужчина в гуманитарной. Во-вторых, из-за давления гендерных стереотипов, мужчины, пережившие какое-либо насилие, в большинстве случаев отказываются от помощи и переживают все глубоко в себе. В-третьих, может возникнуть ненависть к противоположному полу. Также следует добавить, что приверженность гендерным стереотипам и традиционные взгляды на гендерные роли – одна из отличительных характеристик мужчин, совершающих домашнее насилие и сексуальное насилие над женщинами. Здесь проявляется искаженное стремление к власти и контролю.

Таким образом, гендерные стереотипы могут отрицательно сказываться на самореализации, мешать развитию индивидуальности. Каждый человек имеет полное право свободно выбирать вид поведения в зависимости от ситуации и своего желания, независимо от того, какую роль от него требует общество.

Косенко Ю. В.,
ХНМУ

ЛЮБОВЬ/НЕЛЮБОВЬ И ЗДОРОВЬЕ: ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ

Та любовь, о которой мы думаем, когда слышим это слово, – одно из самых сложных понятий в медицине и психологии. Глубокая привязанность к постороннему человеку пугает необъяснимостью. Если поинтересоваться у влюбленного, что с ним происходит или происходило, то это сравнится с попыткой спросить у покойника, есть ли жизнь после смерти. Проще с понятием противоположным – неприязню. Но к этому вернемся позже.

Основатель нейробиологической теории любви американский ученый Артур Арон проводил разнообразные эксперименты, дабы убедиться в правоте. Добровольцам предлагали представлять лица любимых во время МРТ-сканирования. В это время центральная часть мозга светилась. Именно здесь вырабатывается дофамин, который вызывает ощущение радости и эйфории. В процессе также участвует адреналин – стимулятор учащенного сердцебиения, выделения холодного пота и появления заикания. Продуцируется окситоцин, ответственный за сексуальное влечение. Оказывается, что самым дивным в мире чувством управляет не сердце, а головной мозг, который заставляет главный орган кровеносной системы сокращаться быстрее. А что касается сердца, то это красивые легенды. Греки считали, что там живет душа человека, китайцы ассоциировали с центром сосредоточения счастья, а египтяне думали, что в нем берут начало эмоции и интеллект. Итак, с физиологией все ясно. Вопрос в другом. Почему гормоны вырабатываются именно рядом с этим человеком? Есть точка зрения, что люди ищут друг друга по запаху. Но это что-то от животных. А человеческая нервная деятельность стоит на порядок выше.

Народные массы понимают и признают только одну классификацию любви, которая подразделяет светлое чувство на взаимное или безответное.

Первое может развиваться из второго, а может опуститься до него, притвориться им. При безответной любви очень больно, но локализацию сложно описать. И не утихает, только временами усиливается. Постоянно тянет к человеку, который, увы, недоступен. Это можно сравнить с наркоманией или алкоголизмом. Что касается взаимного чувства, тут тоже непросто. Поначалу все прекрасно, ведь есть опора и поддержка. Но со временем растет страх перед перспективой потерять любимого человека. И уверенность, что все хорошее рано или поздно заканчивается. Такая любовь перерастет в паранойю. Нервное напряжение, вызываемое обоими видами любви, рано или поздно негативно сказывается на сердечно-сосудистой системе. Возможны проблемы с аппетитом и, как следствие, анорексия или булимия. Стресс провоцирует кожные заболевания, сбои в работе органов чувств и другие неприятности со здоровьем. Если любовь безответна, человек часто скрывает чувства и начинает процесс «самокопания», что тоже негативно влияет на нервную систему.

Ненавидеть гораздо легче. Вместо того, чтобы влюбиться в человека с сомнительными качествами, ты воздаешь по заслугам – плюешь в его сторону. Физиологический механизм развития любви и ненависти схож. На организм воздействует адреналин. Биологи из Университета Хайфы выяснили: в развитии отрицательных эмоций принимает участие окситоцин. Ненависть оказывает негативное влияние на здоровье. Желание как можно больнее укутить человека становится навязчивой идеей. Это стресс для организма. Так что «химия» ненависти понятна. А вот оценивая духовные аспекты, можно понять: светлое чувство по количеству непонятных моментов превзошло свой антипод. Если учесть, что «от любви до ненависти – один шаг» и наоборот, то можно сойти с ума, разбираясь в чужих душах.

Любовь – болезнь (ее шифр – F63.9) со своей симптоматикой и осложнениями. Механизмы ее возникновения изучены поверхностно. Возможно, однажды мы узнаем, что таит в себе любовь. Будут найдены способы контролировать светлое чувство, его направят в русло, которое устроит всех. А пока: «Любовью правит Сатана», – повторяем вслед за Пушкиным.

**Кошиль М. С.,
ХНМУ**

ГЕНДЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МОТИВАЦИИ К ЖИЗНИ

Вопросы о мотивации не теряют своей актуальности со временем. Изначально человек мотивирует себя для того, чтобы начать и изменить что-то, а затем ищет стимулы для завершения начатого дела. Детальная мотивация к жизни имеет гендерные основания.

Мотивация – это то, что заставляет мужчин и женщин удовлетворять не только заложенные природой инстинкты, но и «высшие» потребности. Если определенное дело является для человека актуальным, то он обязательно приложит все силы для достижения цели. Таким образом, увлекательная, комфортная и занятая жизнь интересует практически каждую личность. И с момента начала осознанной деятельности люди

ставят перед собой цели. Учеба в школе и в университете формирует личностные качества и задает установку двигаться дальше. Тут человек начинает уже без помощи родителей ориентироваться в мире – он определяет для себя конкретные цели и задачи на жизнь. Это может быть всё, что угодно: построить карьеру и стать успешным, завести семью, обрести счастье и гармонию и т.д.

Все мечты не имеют значения, все планы покроются паутиной, цели не будут достигнуты, если не закрепить их действиями. А каждое движение, которое влечет за собой прогресс, создается посредством мощного импульса – мотивации. Она должна быть неиссякаемым источником, иначе при ее потере утрачивается смысл задуманного.

Мотивация бывает внешней и внутренней. Внешняя мотивация возникает благодаря внешним обстоятельствам. Если говорить о работе, то это может быть какое-то денежное вознаграждение. Внутренняя же рождается в самом человеке – он носит ее независимо от окружения. Последняя является более эффективной и долгосрочной для решения сложных задач. У женщин спектр целей более широкий, и они находят творческие способы их достижения.

Совокупность отдельно взятых людей составляет общество в целом. Поэтому эти две части функционируют взаимосвязано и взаимозависимо. Общество, состоящее из мужчин и женщин, ставит перед собой множество разнообразных целей, находит различные способы их достижения, и все они работают на благо и общества, и каждой личности, в частности.

Личностная мотивация в обществе – это источник трудовой деятельности людей. Она обеспечивает эффективность труда, а в конечном счете и развитие самого общества. Как сказал известный американский оратор и автор книги «Волк с Уолл-Стрит» – Джордан Белфорт: «Если объяснить людям «зачем», то они всегда найдут способ «как». Значительную роль играет материальная мотивация для персонала. Для того, чтобы повысить производительность труда, необходимо выработать систему поощрения работников. Но не только материальные блага заставляют человека трудиться. Ведь труд также может быть потребностью, например, для людей, вдохновленных своей работой, для людей, которые являются профессионалами своего дела. При возникновении целей у человека возникает желание воплотить их в жизнь и, следовательно, интерес к тому, что позволит это сделать. Таким образом, причины того или иного типа поведения людей упираются в их интересы. Они становятся мотивами, которые программируют человека и задают ему направление деятельности.

Таким образом, мотивация играет ключевую роль в жизни каждого современного человека. Она разграничивает понятия «существование» и «жизнь», и служит защитой от кажущейся бессмысленности. На сегодняшний день как мужчины, так и женщины имеют возможность реализовать себя в любой сфере. Это лишь зависит от условий их жизни, которые влияют на постановку целей и их выполнение. А отличия между

мужчинами и жінками мають чисто біологічну природу – т.е. являються непереодолімыми и вечными.

Круковець Н. В.,
ХНМУ

ПРОБЛЕМИ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ

Проблема гендерної рівності – одна з найактуальніших проблем, яка зародилась разом з виникненням людства й триває до наших часів. Гендерна рівність – це рівні права і можливості для жінок та чоловіків у суспільстві, рівні умови для реалізації прав людини, участі в національному, політичному, економічному, соціальному та культурному розвитку. Думаю, що кожен з нас хоч раз в своєму житті стикався з цією проблемою. Дуже часто гендерна нерівність є перешкодою на шляху до здійснення мрій, адже не завжди норми і порядки, встановлені суспільством, співпадають з нашими сподіваннями. Так, наприклад, мета жінки перш за все побудувати кар'єру розвивається об людській осуд та нерозуміння оточуючих її людей, які є наслідком гендерних стереотипів, що історично сформувались в суспільстві. Одним з таких стереотипів є стереотип про те, що головною метою жінки повинна бути сім'я. Але ж жінка – це перш за все людина, а оскільки всі люди рівні у своїх правах, то чи не має жінка право вибирати сама, що для неї є важливіше? Економічна нерівність жінок підтримується системою гендерної нерівності на ринку праці, адже переважно чоловіків просувають по службових щаблях. Чоловік вважається стабільнішим працівником, ніж жінка, яка вважається «невигідною» для організації: адже вона більше часу приділяє сім'ї, бере декретну відпустку тощо, тому перевага надається чоловікам. Також дискримінація за ознакою статі виявляється у невизнанні виробничої праці жінок у домашньому господарстві як соціально значущої. З урахуванням домашніх обов'язків жінки зайняті різними видами робіт майже на 25 % часу більше, ніж чоловіки. Вибудовується цікавий ланцюжок соціальних ролей і прав жінок в українському суспільстві. Так, для соціальної самореалізації жінка повинна мати дітей, а також паралельно робити внесок до сімейного доходу, тобто працювати поза домом і ще виконувати всю домашню роботу. При цьому суспільство вважає, що робота жінки не повинна перетворитися на кар'єру. Розглядаючи проблеми гендерної рівності, не можна залишити без уваги і проблеми чоловіків, оскільки вони також у певних випадках стикаються з порушення їх прав та виявами гендерної дискримінації. Наприклад, наше традиційне виховання «хлопчики не плачуть» породжує у чоловіків зневажливе ставлення до свого здоров'я, внаслідок чого вони значно рідше звертаються до лікарів, оскільки не усвідомлюють цінності свого здоров'я, і тому тривалість життя чоловіків майже на 12 років менша, ніж жінок. «Чоловік повинен забезпечувати сім'ю» – така гендерна роль змушує чоловіка завжди прагнути, перш за все, до успіху та грошей, позбавляючи себе радощів сімейного життя. Вони не навчені вважати родину такою ж цінністю, оскільки для них професія та робота є найвищим пріоритетом буття. Через

те, що ми живемо в часи великих змін, утвердження гендерної рівності стало в багатьох країнах темою різноманітних досліджень у політичній сфері, сфері освіти, громадської думки, зайнятості та міграції. Не можна не погодитись з тим, що гендерна рівність є не просто «соціальною справедливістю, вона сприяє розвитку», адже перешкоджаючи самореалізації людей гендерними стереотипами, ми ніби ставимо палки в «колесо» еволюції. Хто знає, можливо колись саме через наші «нормальності» ми позбулись талановитого вченого, відкриття якого могло б «перевернути» нашу свідомість, великою політика, котрий змінив би наше життя на краще і т.д. А можливо, для дотримання балансу і гармонії в природі не варто порушувати «закони», яких дотримувались віками, чи все ж настав час випробувувати щось нове, враховуючи досвід минулих років. Та випробовуючи щось нове, не потрібно розуміти під розв'язанням проблеми гендерної рівності перекладання «чоловічих обов'язків» на жінок, і навпаки, а шлях до певного компромісу визначати задля збереження права вибору людини на життєвому шляху. Адже якщо ми не можемо вплинути на долю свого народження – родитись нам чоловіком чи жінкою, то ми можемо вплинути на нашу долю після нього.

Курячая О. П.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО В ОХРАНЕ И ГИГИЕНЕ ТРУДА

Охрана и гигиена труда остается приоритетом для многих стран, и многие развивающиеся и развитые страны формируют или обновляют свои национальные комитеты по охране труда и их системы регулирования.

Профессиональные риски для мужчин лучше известны с момента, как их оценка и профилактика были предварительно сфокусированы на опасных рабочих местах в секторах, где преобладали работники-мужчины. Однако сегодня женщины представляют более 40 % рабочей силы во всем мире, и это возрастающее соотношение привело к появлению множества вопросов, связанных с гендерными рисками в охране и гигиене труда мужчин и женщин. Существуют хорошо известные половые различия относительно физических требований к тяжелому физическому труду, эргономического дизайна и планировки рабочего места и продолжительности рабочего дня. Последние исследования высказали опасения в негативном воздействии опасных веществ и биологических агентов на репродуктивное здоровье как женщин, так и мужчин.

Анализ гендерного аспекта в области охраны труда содействует разработке профилактических мероприятий, направленных на повышение безопасности на рабочих местах.

Разделение труда является одним из ключевых факторов, влияющих на гендерные различия в плане подверженности профессиональным рискам и заболеваниям. Мужчины и женщины строго разделены по разным рабочим секторам и занимают различное положение в трудовой иерархии. Например, мужчины преобладают в инженерно-строительном

секторе, в то время, как женщины в системе здравоохранения. Женщины чаще мужчин выполняют менее оплачиваемую работу и гораздо реже занимают руководящие должности. Кроме того, женщины все так же выполняют большую часть неоплачиваемой работы в быту, так что суммарно женщины трудятся дольше мужчин, однако оплачивается только половина их нагрузки.

В результате, женщины чаще страдают от стресса, связанного с работой, проблем с опорно-двигательным аппаратом, дерматитов, в то время как мужчины страдают от несчастных случаев или физических факторов, например, шума и вибрации. Однако профессиональные риски мужчин выглядят более весомыми в связи с исторически сложившейся тенденцией фокусировки на тяжелых условиях труда мужчин.

Выделяют два вида гендерного разделения труда: вертикальный и горизонтальный. Суть горизонтальной сегрегации заключается в том, что определенное поле деятельности занято одним полом. Вертикальная сегрегация суживает возможности карьерного роста, особенно это касается женщин.

Национальная политика по охране труда должна включать специфическую защиту безопасности и здоровья женщин. Она должна служить руководством для работодателей, профсоюзных организаций для выявления проблем, связанных с условиями труда, и обеспечения учета потребностей женщин во время реорганизации предприятий.

Украина добилась значительного законодательного прогресса в продвижении гендерного равенства, ратифицировав ряд международных соглашений, приняв Закон Украины «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» (2005 г.). Тем не менее женщины в Украине по-прежнему страдают от многочисленных форм дискриминации, что ограничивает доступ женщин к рабочим местам с лучшими условиями труда, что в свою очередь усугубляет существующее неравенство.

Общие меры по повышению гендерной чувствительности в гигиене труда должны включать анализ политики в области безопасности труда, запрет на участие в работе, угрожающей жизни и здоровью особо чувствительных групп риска, проведение санитарно-просветительской работы по вопросам охраны труда.

**Кущ Ю.,
ХНМУ**

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ: КОРИСТЬ ЧИ ВАДА?

Ще із давніх-давен кожна нація мала свої уявлення про «правильне» життя у цьому світі. У ході соціалізації в суспільстві здобувалися і усвідомлювалися деякі стереотипи, які визначають ставлення людини до того, що відбувається, котре вироблене на основі порівняння їх із своїми внутрішніми ідеалами. Із допомогою таких стереотипів кожен створює для «свій світ», у якому він може сприймати або навіть «класифікувати» ото-

чуючих за приналежністю до якоїсь групи, класу чи за фізичними особливостями – раса, колір шкіри, вік, стать, соціальний статус та ін.

Невід'ємним складником світогляду вважається гендерна культура, яка відображає принципи рівноправності й гідності кожного, забезпечення вільного вибору діяльності, статусу незалежно від статі. Проте традиційно в кожній культурі «глибоко закам'янілими» залишаються гендерні стереотипи.

Проблема питання гендерних стереотипів є досить актуальною, тому що, не дивлячись на те, що більшість країн має ухвалену гендерну рівноправність, у реальності це проявляється зовсім у протилежному вигляді: гендерні стереотипи впливають на нерівноправне розподілення прав між жінками і чоловіками. Так все ж таки гендерні стереотипи – це користь чи вада? Оскільки стереотипи є деяким табу, то вони можуть стояти на перешкоді у виникненні нових уявлень і думок. Вони заковують людину в «стереотипну клітку», за рамки якої вона не має права вийти, і цим не дозволяє собі розвиватися і пізнавати більше. Гендерні стереотипи зазвичай негативно позначаються на індивідуальному розвитку особистості. Також одним із негативних факторів є те, що вони породжують егоїзм. Егоїзм, холодність та байдужість – найгірші риси, адже через них впливають мерзенні вчинки, зрада, злочини [1].

Говорять, що від природи жінкам властиво створити сім'ю, затишок в оселі, народження дітей, всю роботу по господарству мають виконувати саме вони, бо жінки мають більш низьку професійну компетентність? Проте феміністки заявляють, що це є не так, оскільки, за дослідженнями вчених, уже трирічні дівчатка перевищують у своїх розумових здібностях хлопців такого ж віку, а з роками ця різниця тільки збільшується [2]. Не можна не підкреслити, що гендерна нерівність має вплив і на чоловіків, бо з дитинства їх виховують так, що професію і роботу вони вважають головнішим у житті, ніж родинні цінності. У них більш зневажливе відношення до власного здоров'я, і, як наслідок, за статистикою тривалість життя чоловіків менше за тривалість життя жінок на 12 років [3].

Хто сказав, що чоловіки не можуть плакати, вони не здатні до співпереживання, а всі жінки слабкі, схильні до пліток? Ми всі виростили на таких «законах життя», але все ж може бути не так, адже це залежить від темпераменту людини, її оточення. Психологи стверджують, що чоловіки і жінки мають однакову емоційність, тільки виявляють почуття з різним ступенем інтенсивності. Незалежно від статі людині можуть бути властиві як жіночі, так і чоловічі риси [4]. Відтак, слід підкреслити, скільки не пройшло століть, повністю зруйнувати деякі правила так і не вдалося, можливо, їх тільки трішки спростили, бо люди бояться змінити уже закріплені роками порядки, і саме ця переконаність не дозволяє нам бачити реальні проблеми нашого сучасного суспільства [5].

Література

1. Пізнай самого себе. [Електронний ресурс]: –

<http://www.liveinternet.ru>.

2. Гендерні стереотипи. [Електронний ресурс]: –
<http://ua-referat.com>.

3. Гендерні стереотипи у суспільстві. [Електронний ресурс]: –
<http://ldol.sm.gov.ua>.

4. Психологічні відмінності між статями. [Електронний ресурс]: –
<http://infopedia.su>.

5. Гендерні стереотипи: позитивний та негативний аспект. [Електронний ресурс]: –
<http://mykonspekts.ru>.

Кучеренко И. О., Коцур В. Е.,
ХНМУ

СМЕРТЬ КАК СРЕДСТВО ПЕРЕОСМЫСЛЕНИЯ ЖИЗНИ

Вопрос о жизни и смерти волновал людей на протяжении всей истории человечества. Что происходит после смерти? В чем смысл жизни и существования вообще? Есть ли разница между существованием и жизнью?

Серен Кьеркегор разделил всю жизнь большинства людей на три типа: эстетический, этический и религиозный. Эстетический тип ориентирован на получение удовольствия, высокую активность в социальной сфере и отстранение от проблем существования человечества. По его мнению, человек в этом случае находится в отчаянии, не задумывается о будущем, словно бежит от смерти. Этическому типу присуще самосознание себя как члена общества, деятеля культуры и творца окружающей действительности, но этот человек ориентирован на служение человечеству, на то, как оно должно быть устроено, что непременно ведет к ограничениям. Религиозный человек ориентирован на духовное начало, на страдания ради спасения своей души в будущем.

Но есть и еще один тип существования – экзистенция, слияние духовного с материальным, то есть полное осознание жизни, со всеми ее радостями, бедами, страданиями и скоротечностью, что в конечном итоге приводит к свободе человека от общества, и буквально заставляет жить полной жизнью, наслаждаясь каждой ее минутой. Каждый человек интегрируется в общество, приобретая определенные обязанности, принимает идеи, ценности и традиции, преобладающие в нем. Разумеется, для перехода к экзистенции, человеку нужен достаточно сильный толчок, чтобы вырвать человека из повседневной колеи рутины. Таким стимулом чаще всего и является смерть. Хотя есть и другие пути. Философы-экзистенциалисты рассматривали многие возможности перехода к этому состоянию, но все они сводились к тому, что чаще всего такой переход возможен на стыке эпох или при встрече со смертью и страхом небытия. Ведь именно страх всегда вырывает нас из рутины, показывая наше истинное лицо и наши истинные желания, раскрывая глаза на скоротечность жизни и ее бессмысленное проживание.

Екзистенціалізм – це філософське течення ХХ століття, однак багато його ідей зустрічаються в різних епохах. Наприклад, Макс Хайдеггер поділює існування людей на осмислене і неаутентичне. Лев Толстой утверджує, що смерть дає стимул до усвідомлення значення життя і справжніх цінностей, а Сенека утверджує, що тільки перед лицем смерті народжується людина. Що ж об'єднує одного з засновників екзистенціалізму ХХ століття, великого російського письменника і римського філософа, радника імператора Нерона? Кожен з них був зразком освітності для свого часу, з активною соціальною і культурною позицією, і кожен з них зіткнувся з дуже складними часами і обставинами, які і були, можливо, тим самим толчком до екзистенції. М. Хайдеггер, як класичний представник екзистенціалізму пережив дві світові війни, Толстой жив в дуже складний час для Російської держави, брав безпосередню участь в бойових діях, Сенека в юності був серйозно хворий. Саме виникнення екзистенціалізму саме в період напруженості двох світових війн уже говорить про те, що люди, опинившись на межі краху матеріальних цінностей і всього звичного ладу життя, почали усвідомлювати марність повсякденних турбот, переживань і стресів. З цього усвідомлення випливає необхідність переосмислення життєвих цінностей, створення нових пріоритетів і цілей.

Життя і смерть тісно пов'язані, вони йдуть одне за одним постійно. Істинне усвідомлення швидкості життя дійсно здатно підняти людину на новий рівень свідомості, принести людині щастя, позбавити його зайвих стресів і, на думку екзистенціалістів, подарувати людині істинну свободу.

**Кучарова М., Хамракулова Г.,
ХНМУ**

ОБРАЗ ЖІНКИ В РОМАНІ ЕЛІЗАБЕТ ГІЛБЕРТ «ЇСТИ, МОЛИТИСЯ, КОХАТИ»

Література та філософія – це два неподільні гуманітарні вектори, які знаходяться в одній площині. Література, як і філософія, намагається окреслити буття людини, зрозуміти та збагатити її внутрішній світ, розкрити емоції, подати новий погляд, на, здавалося б, звичні речі. Література також не залишається осторонь сучасних гендерних проблем, таких, як розкриття специфіки маскулінних та фемінних аспектів у творчості письменників, жіночий та чоловічий погляд на світ. Література ці проблеми досліджує як літературознавчі категорії, що розкриваються у світовій літературі. Безперечно, чільне місце в царині гендерних досліджень належить американській літературі, де найчастіше жінка намагається передати «суто жіночі проблеми», тобто свій світ, засобами художнього слова.

Одною з таких письменниць є Елізабет Гілберт. Її роман «Їсти, молитися, кохати» («Eat, Pray, Love») 2006 року належить до світових

бестселерів. І це не дивно, оскільки авторка зуміла дуже реалістично передати множинний образ жінки: жінка-мандрівник, жінка-психолог, жінка-жертва тощо.

Головна героїня роману – молода жінка, яка прагне пізнати себе, зрозуміти, де саме вона припустилася помилок, та чому вона не відчуває себе щасливою, коханою. У цьому їй допомагає медитація, саме вона надихай її на відчайдушний крок – на пошуки себе, щоб знайти душевну рівновагу між собою та Богом. Вітчизняна дослідниця Е. Д. Циховська зазначає, що «суть роману – пошуки свого «я», сумнівна екзистенція особистості, не доведена до сартрівської нудоти від світу, а зведена усього тільки до маленького локусу жіночих проблем, що розростаються до загальнолюдських масштабів, адже якщо людина мікрокосм, то і її проблеми є мікрокосмічними»*. Читаючи цей роман, ми ніби проходимо всі життєві перипетії разом з головною героїнею. Поряд з образом жінки у романі є ще й чоловічі образи, які несуть у собі різне емоційне навантаження та сприйняття. Якщо на початку роману поруч із героїнею був її чоловік, який майже не розумів її, тобто їх подружнє життя було лише формальністю, бо так годиться. Вони разом планували свій бюджет, зокрема відкладали кошти на купівлю будинку, розмірковували як швидко можуть в ньому жити. Проте щастя героїня не відчувала від цього всього, вона проводила багато часу плачучи та розмірковуючи над сенсом буття. Жінка часто відчуває себе самотньою, непотрібною своєму чоловікові, вона не розуміє, як вона могла стати його половинкою і чому погодилася стати його дружиною. Як тепер бути щасливою. Багалія, як називають головну героїню, утілює в собі риси американського суспільства, точніше жінки, яка прагне виправити помилки. Вона ризикнула втратити все, щоб знайти своє справжнє «Я» жінки, яка буде щасливою.

На нашу думку, роман Е. Гіблерт навчає жінок не боятися труднощів, що виникають на шляху до щастя. Звичайно кожна людина вбачає щастя в різних матеріальних або духовних речах, але головне, на наш погляд, щоб вона відчувала гармонію зі світом, зі своїм внутрішнім «Я».

Лисицкий С. В.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ АНОРЕКСИИ

В последнее время находится всё больше и больше людей, которые стараются разрушить стереотипы, связанные с нормами и стандартами. Эти люди делают многое для борьбы за права других людей, которым общество прикрепило клеймо «изгой» по той или иной причине, в том числе и гендерной. Страдают из-за этого и люди с большим весом, с дефектами тела, с нарушениями психической деятельности, генез которой

* Циховська Е.Д. РОМАН «Їсти, молитися, кохати» Елізабет Гілберт як твір чік-літ / Е. Д. Циховська // Літературознавчі студії. – 2013. – Вип. 40 (2). – С. 312–317.

в большинстве случаев берёт начало с детского возраста. Именно в этот период, когда психика не сформирована и не устойчива, происходит влияние со стороны подростков и взрослых.

Одним из таких расстройств является анорексия. Вместе с анорексией нельзя игнорировать и другое близкое расстройство, как правило, являющееся продолжением анорексии и связанное с принятием пищи, – это булимия. Итак, анорексия – это полная потеря аппетита при объективной потребности в пище, обусловленная функциональными либо органическими нарушениями деятельности центра аппетита на уровне гипоталамуса либо высших анализаторов в коре больших полушарий. Очень часто анорексия сопровождается инсультом, опухоли, травмы и воспаления головного мозга, а также органические заболевания эндокринных желез. Она есть важным симптомом гипопитарной кахексии, недостаточности надпочечниковых желез (заболевание Аддисона). Одновременно с потерей аппетита больной жалуется на слабость, повышенную утомляемость, апатию. Со временем понижается масса тела, тургор тканей, исчезает подкожный жировой слой, уменьшается масса скелетных мышц, появляются признаки витаминной недостаточности и гормональных нарушений.

Булимия – это патологически повышенное чувство голода, которое сопровождается иногда слабостью и болевыми ощущениями в надчревной области. Это состояние иногда объединяется со снижением чувства насыщения, вследствие чего возникает потребность в очень большом количестве еды (полифагия). Постоянная булимия и полифагия резко выражены в основном при органических повреждениях головного мозга либо психических заболеваниях, менее выражены – при гиперинсулизме, у реконвалесцентов после тяжелых и изнурительных инфекций.

В каждом индивидуальном случае анорексии есть свои особенности и причины, побудившие девушку «бежать» за излишне стройной фигурой. Это могут быть проблемы в общении со сверстниками, травматические жизненные события, заниженная самооценка, стресс и депрессия. Чаще всего к этому широкому кругу проблем относятся: дисфункциональная семья, негативная атмосфера вокруг приемов пищи, заниженная самооценка и нарушение восприятия своего тела, заикленность и навязчивость в поведении, перфекционизм; неудовлетворенная потребность в любви и принятии, борьба с препятствиями.

Анорексия имеет две формы: нервную и психическую. Психическая анорексия – утрата чувства голода или отказ от еды ввиду резкого угнетения аппетита при психиатрических заболеваниях – депрессивных и кататонических состояниях либо под влиянием идей отравления. Нервная анорексия – ослабление либо утрата чувства голода, связанная с упорным и не всегда психологически понятным стремлением похудеть, чрезмерным ограничением приёма пищи.

В группе риска находятся юные особы в возрасте примерно от 14 до 19 лет. В 95 % случаев анорексия отмечается у девушек, которые до заболевания даже не страдали избыточным весом. Им зачастую сложно оценить свою красоту, поэтому их сознание полностью зомбируется фотографиями из глянцевого журналов, видеоматериалами на телевидении и в интернете. Искусственно создаваемый идеал становится для последних просто навязчивой идеей. Смертность из-за несвоевременного лечения, по данным исследований за последние годы составляет около 50 %. Это также и серьезная гендерная проблема, требующая своего разрешения.

Лисовая Е. Н.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО В КОНТЕКСТЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАН

Гендерные вопросы напрямую связаны с половыми различиями в контексте изменения климата. Трансформируя экосистемы планеты, изменения климата и глобальное потепление напрямую влияют на человечество. Эти эффекты различны для разных слоев населения, в частности, для людей разного пола. Изменение климата оказывает значительное влияние на гендерные различия, однако политика и практика стратегий смягчения последствий и адаптации не позволили включить актуализацию гендерной проблематики в развивающихся странах.

Уязвимость к последствиям видоизменения окружения зависит от ряда факторов, включая пол, возраст, социально-экономический статус, касту и инвалидность. Мужчины и женщины по-разному реагируют на изменение климата, а также и на меры адаптации, которые могут неравноценно воздействовать на мужчин и женщин, тогда как гендерная проблематика явно игнорируется в политике.

Во многих случаях женщины более чувствительны к негативным последствиям изменения климата из-за своего низкого социального статуса в большинстве развивающихся стран. Многие женщины являются фермерами и зависят от естественной среды обитания и доходов. В 2009 г. женщины производили от 60 до 80 % всего продовольствия в развивающихся странах, но им принадлежало не более 10 % всех сельскохозяйственных угодий и примерно 2 % прав на землю. Женщины как социальная группа таких стран испытывают трудности с получением образования, доходов, земли, скота и технологий. Из-за дальнейшего ограничения их и без того узкого доступа к физическим, социальным, политическим и финансовым ресурсам изменение климата зачастую обременяет женщин больше, чем мужчин.

Общепризнанно, что женщины и девочки сталкиваются с более тяжелым бременем домашней работы в результате нехватки ресурсов (продовольствия, воды и дров), вызванных изменением климата. Они вынуждены идти на большие расстояния, чтобы получить недостающие ресурсы, и, как следствие, могут возникнуть проблемы с безопасностью,

включая преследование и сексуальное насилие. Увеличение рабочей нагрузки может также привести к тому, что семьи будут забирать дочерей из школ, чтобы помогать им дома, сокращая их будущие возможности.

На индивидуальном уровне женщины и мужчины используют различные стратегии для адаптации к изменениям климата. Например, мужчины могут мигрировать или ездить в города, чтобы жить и зарабатывать там деньги. Этот вариант менее доступен для женщин из-за социальных норм, которые привязывают их к дому. Вместо этого женщины могут предпочесть увеличить дневной труд в соседних деревнях и городах или изменить структуру хозяйства. Это приводит к тому, что у них повышается рабочая нагрузка, вследствие чего происходит феминизация обязанностей.

Кроме того, неурожай в результате спорадических осадков может привести к избирательному истощению или голоду девочек и женщин, особенно в тех культурах, где мужчины привыкли есть перед ними. Недоедание «менее важных» членов семьи может быть использовано в качестве стратегии обеспечения выживания семьи. Это имеет последствия для здоровья женщин и девочек, поскольку недоедание увеличивает риск заражения инфекциями.

Итак, гендерная трансформация является одновременно важным условием и потенциальной конечной целью эффективных мер по борьбе с изменением климата. Необходимо всесторонне рассматривать вопросы учета гендерной проблематики, устранения ее причин и проявлений.

Расширение прав и возможностей женщин, детей и других маргинальных групп выгодно не только в качестве политики, но и в качестве средства повышения эффективности мер по борьбе с изменением климата.

Литвинова Е. А.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМАТИКА ПОДРОСТКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: МЕДИЦИНСКИЕ РИСКИ И СОЦИАЛЬНАЯ ОТЧУЖДЕННОСТЬ

Актуальность данного вопроса состоит в том, что в XXI веке, согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, частота родов у юных беременных в Украине составляет от 1,8 до 2,7 % и имеет тенденцию к росту. На возраст 13–18 лет при рождении первого ребенка приходится практически 20 % родов.

Наиболее общими причинами ранних беременностей являются: недостаток полового просвещения, сексуальная раскрепощенность, незнание правил контрацепции, насилие, национальные особенности раннего замужества. Кроме того, процент беременностей несовершеннолетних выше в развивающихся странах, к которым относится и Украина.

Ранняя беременность, безусловно, является проблемой. Многие называют материнство счастьем, но нельзя не отметить, что это также и титанический труд. На юных мам-подростков, помимо обычных труд-

ностей, связанных с обеспечением и воспитанием ребенка, обрушивается также и ряд других проблем – медицинских и социальных.

Медицинские риски связаны с тем, что организм женщины формируется до 19-20 лет. После этого половая система окончательно готова к репродуктивной функции. Если же беременность наступает раньше, то на организм, который не имеет устоявшегося гормонального фона и окончательно сформированных систем, сваливается огромный стресс, потому что при беременности происходит интенсивная продукция эстрогенов и прогестеронов, увеличивается нагрузка на позвоночник, сосуды, сердце, почки и другие внутренние органы. Это может привести к неблагоприятным последствиям как для юной матери, так и для плода. Кроме того, беременные девушки зачастую боятся даже сами себе признаваться в том, что беременны и «прячут голову в песок», продолжая вести себя, словно ничего не произошло. Соответственно, они не посещают доктора и не наблюдаются в женских консультациях, что еще больше усугубляет проблему. Ведь в данном случае родовая помощь крайне важна, особенно в первые месяцы беременности. Перинатальное наблюдение позволяет выяснить состояние здоровья будущей матери и ребенка, контролировать состояние плода, позволяет быстро реагировать на любые изменения в состоянии здоровья обоих. Что же касается основных медицинских рисков, то они заключаются в следующем: повышение кровяного давления, преждевременные роды и рождение недоношенного ребенка, венерические заболевания, послеродовая депрессия, задержка роста плода, анемия, послеродовые кровотечения. Безусловно, с этими проблемами может столкнуться беременная любого возраста, однако у подростков вероятность возникновения подобных осложнений выше.

Увы, подростки сталкиваются и с социальными проблемами. Общество зачастую не понимает и не принимает юных матерей. Многие осуждают таких девушек, в результате чего подросток нередко оказывается наедине со своими проблемами. Ведь нередко даже родители отказываются от дочери или грозятся выгнать ее из дома, если она забеременеет. Это только усугубляет послеродовую депрессию и может привести к фатальным последствиям – самоповреждениям, попыткам суицида или же к удавшемуся самоубийству.

Социальная политика государства должна быть направлена на профилактику подростковых беременностей. Также должны быть созданы центры поддержки юных матерей, где они смогут найти временное жилье, медицинскую и психологическую помощь. К счастью, в Украине делают шаги в решении этой проблемы, что имеет свои результаты: за последние два десятилетия доля абортотворцев среди украинских подростков в возрасте от 15 до 17 лет снизилась на 67,6 % и теперь составляет всего 2,51 аборта на 1 тыс. девочек. Таковы данные доклада «Материнство в детстве: насущная проблема подростковой беременности», подготовленного Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА).

ДИАЛОГ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ

Для современного медика крайне важно понять, что существует очень тонкая грань между философией и медициной. Во времена древней Греции и до наших дней философия занимает место у самого фундамента медицины. Единство философского и медицинского знания воплощались в трудах самых известных философов, медиков, естествоиспытателей на всем протяжении истории культуры.

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 и философия констатирует факт несовершенства человека. 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».

Несмотря на то, что две эти дисциплины ориентированы на достижение различных целей – философия направлена на поиск истины, а медицина является ключом к здоровью человечества, связующим элементом между ними выступает их безусловная направленность на помощь всему человечеству. В то время как медицина борется с болезнями, эпидемиями и увечьями, философия борется с предубеждениями, неверными суждениями и ошибками познания, которые касаются и самой медицины.

Современный врач обязан уметь коррелировать свои теоретические познания с клинической практикой, что зачастую бывает крайне не просто, а это значит, что ему требуются те навыки, которые были основой деятельности множества философов: критическое мышление, логика, интуиция. Именно навык, позволяющий пропускать любую медицинскую проблему сквозь призму философских взглядов, и будет признаком высокой квалификации врача XXI столетия.

Кроме того, философия является прекрасным ассистентом для врача, в контексте медицинской этики. Ведь именно такие философы, как Гиппократ и Кант, помогли выработать основной принцип медицинской этики – автономность. В современной медицине отношения врача и пациента должны быть полностью независимы от любых социальных и политических

факторів і регулюються виключительно непрямыми учасниками процесу надання медичних послуг.

Крайне складно робити прогнози стосовно того, як впливатиме на медицину філософія в майбутньому, однак сміливо можна стверджувати, що ці дві дисципліни будуть і далі служити інструментами покращення життя людства.

Література

1. Cassell, E. J. (2004). The nature of suffering and the goals of medicine. New York: Oxford University Press.

2. Groopman, J. (2007). How doctors think. New York: Houghton Mifflin Company.

3. Хрусталеv Ю.М., Царгородцев Г.И. Філософія науки і медицини. – М.: Изд-во «ПРИОР-Медіа», 2005. – 512 с.

**Малюченко А. Ю., Мирошніченко І. В., Юзюк М. В.,
ХНМУ**

ГЕНДЕРНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ УСПІШНОЇ КАР'ЄРИ СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ

Сьогодні кар'єра для багатьох жінок та чоловіків – це майже сильніший та більш захоплюючий рух – вихід з під гнітючої влади під захист свободи. Сучасна можливість зробити успішну кар'єру пов'язується з життям у відкритому суспільстві, що надає жінкам і чоловікам рівні права і можливості піднятися з нижчих соціальних верств до найвищих.

Домінантними, необхідними і достатніми компонентами успішної кар'єри слід вважати *по-перше*, високий рівень професійних знань, вміння та професійної культури; *по-друге*, прагнення до свободи діяльності та до помірного ризику; *по-третє*, вміння поставити мету та досягти її власними силами; *по-четверте*, здатність за кожним рішенням бачити конкретний результат; *по-п'яте*, готовність людини нести відповідальність за свої рішення та за можливі негативні наслідки діяльності. Решту способів, методів, форм і засобів побудови успішної кар'єри слід вважати лише доповненнями до перелічених вище компонентів.

Гуманістична етика і психологія свідчать, що справжній успіх у кар'єрі та щастя конкретних жінок і чоловіків приходять до них не з досягненням матеріальної незалежності, а тоді, коли вони реалізують свої духовні сили і вільно діють відповідно до своїх природних можливостей та нахилів. Аристотель, а згодом і Г. Сковорода, вважали, що благо людини полягає у тій діяльності, що відрізняє її від інших людей і робить її тим, ким вона є. Б. Спіноза бачив щастя людини у розумінні нею самою себе і у прагненні здійснити свої можливості. Добросвітність, стверджував він, є використання людиною своїх сил, у той час як вада – це невміння використовувати свої сили.

Буденна точка зору часто прив'язує бажання і потреби жінок і чоловіків до банальної прози життя – необхідності підкорятися потребам життєзабезпечення та безпеки. Але ж вищою метою людини повинно бути прагнення до самореалізації на підставі розкриття потенційних здатностей і перетворення їх у конкретні актуальні досягнення. Вершина досягнень людини – це реалізовані цілі, які охоплюють наші уяви про пріоритети життя.

Рушійною силою успішної кар'єри завжди було природне прагнення людини до самовиявлення та самоутвердження, тобто самоактуалізації. Досягнення цієї мети передбачає задоволення цілої низки потреб. Самою відомою теорією ієрархії потреб є теорія А. Маслоу, в якій послідовність мотивів відповідає порядку виникнення потреб. Відповідно до цієї теорії джерелом мотивації є деякі потреби, а вони, як відомо, дуже відрізняються за гендером. Підвалини піраміди потреб складають первинні потреби, без задоволення яких неможливо піднятися на наступний щабель в ієрархії потреб. І тільки піднімаючись до вершини піраміди, людина може розкрити всі свої здатності і реалізувати весь свій потенціал, що, за словами А. Маслоу, означає «все більше і більше становитися тим, ким людина є у дійсності, становитися тим, ким людина здатна стати». На жаль, при побудові кар'єри лівова частка мотиваційної сфери лежить у площині первинних потреб, без задоволення яких неможливо просуватись до вершини піраміди. Ось чому досягнення висот кар'єри часто примушує людину частково жертвувати деякими проміжними щаблями в ієрархії потреб. Тут людина виступає як творець своєї кар'єри задля досягнення свободи діяльності. Мірилом успішності кар'єри виступає ступінь свободи діяльності. Водночас свобода надає людині можливість самоактуалізуватися, тобто досягти вершини піраміди потреб.

Жінки й чоловіки вільні та відповідальні за рішення, який спосіб життя обрати. Ця особиста свобода особливо виразно виявляється в тому, що людина сама визначає, який її потенціал та як вона буде прагнути актуалізувати його. В цьому виявляється взаємозалежність і взаємовплив між самооцінкою та успішністю побудови кар'єри.

Маркевич Ю. А., Лаппа А. М., Поляшенко А. С.,
ХНМУ

ФЕНОМЕН ГЕНДЕРА В УКРАЇНСЬКІЙ КУЛЬТУРІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Мета нашої доповіді – краще розуміння гендерних проблем сучасності і можливість прогнозування тенденцій, пов'язаних з їх вирішенням.

Гендерна культура – це сукупність суспільних цінностей, які склалися в тому чи іншому суспільстві, відшліфовувалися в перебігу його історії. Гендерна культура пов'язана із статевою специфікою людей та їхньою життєтворчістю. У її фундаменті – міжстатевий поділ праці, який протягом століть надавав їй характеру біполярності. Цей феномен і сьогодні впливає як на професійну культуру, так і на інші аспекти життя со-

ціуму в цілому і, зокрема, в сім'ї. Образ української жінки з давніх часів асоціювався з образом матері, хранительки домашнього вогнища, чуйної і водночас сильної особистості, здатної за певних обставин узяти на себе відповідальність за родину та дітей.

Образ чоловіка в українській культурі завжди відповідав справедливий, сильній фізично і духовно людині, наділеній гострим розумом, незламною волею та іншими найкращими людськими якостями. Недарма в історичних джерелах досить часто зустрічається порівняння з дубом як символом здоров'я та витривалості. У зв'язку із специфікою української історії ідеальний чоловік мусив бути також мужнім воїном, здатним до самопожертви заради родини і Батьківщини.

З плином часу все гостріше поставали психологічні дисонанси у гендерному питанні. В давні часи вони обмежувалися невідповідністю окремої особистості загальноприйнятим ідеалам — засуджувалася зрада, улесливість, боягузливість, моральна та фізична слабкість.

У сучасному світі все гостріше постають гендерні проблеми. Так, раніше матеріальне забезпечення цілковито залежало від чоловіка, а провідною задачею жінки було материнство. Зараз чоловік перестав бути єдиним годувальником у сім'ї. Йде зрівняння прав і можливостей обох статей і, внаслідок чого майже рівний розподіл сімейних обов'язків, включаючи виховання дітей, все більше визнається як позитивна і, більше того, як престижна соціальна справа.

Отже, дисонанси у гендерному питанні потребують негайного вирішення. Для цього був прийнятий Закон «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків», ухвалюються спеціальні укази, державні програми, у навчальних закладах викладаються спецкурси, видаються навчальні посібники з основ теорії гендеру. Формуванню сучасної гендерної культури сприяє проведення конференцій, на яких дискутуються гострі питання гендерної рівності й формуються нові установки та переконання щодо перспектив її послідовного втілення в життя.

Мартыненко А. А.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

В настоящее время распространение ВИЧ/СПИДа в мире приобрело глобальный характер. Общее количество ВИЧ-инфицированных в мире составляет более 45 млн. человек, высокая вероятность развития осложнений, в том числе и летальных исходов. В данный момент существует множество нерешенных проблем в области диагностики и предупреждения передачи данного заболевания. По статистике 2015 г. в Украине проживало 7 453 лиц с ВИЧ-инфекцией. Выявление групп риска позволяет разрабатывать и внедрять эффективные профилактические мероприятия.

Методы исследования. Проведен анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией за период 2015–2016 гг. в Харьковской области с учетом распределения случаев по полу и возрасту.

Результаты и обсуждение. По данным исследования, заболеваемость СПИДом в г. Харькове в 2016 г. составила 17,8 на 100 000 населения.

По состоянию на 01.07.2016 г., в Украине отмечается рост количества зарегистрированных ВИЧ-инфицированных людей – на учёт взято 7 610 лиц, что на 2,1 % больше, чем в аналогичный период 2015 г. Среди 7 610 ВИЧ-инфицированных лиц – 3 828 мужчин (50,3 %) и 3 782 женщин (49,7 %). В возрастной структуре 7,2 % (91 человек) составляют дети в возрасте до 14 лет включительно, 0,9 % (11 человек) – подростки 15–17 лет включительно, 2,8 % (35 человек) – лица в возрасте 18–24 года включительно и 89,1 % (1 125 человек) – лица в возрасте 25 лет и старше. Кроме того, исследование показало, что среди всех женщин, больных СПИДом, 16,2 % (611 человек) беременны.

Обращает на себя внимание увеличение доли женщин в структуре ВИЧ-инфицированных лиц. Если до 1996 г. наблюдалось такое соотношение: на четырех инфицированных мужчин приходилась одна инфицированная женщина, в то время как в настоящий период число ВИЧ-инфицированных мужчин лишь немногим превышает количество инфицированных женщин. Стигматизация ВИЧ-инфицированных женщин приводит к ограничению доступа к профилактическим программам, что приводит к дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции.

Выводы. В последние годы отмечается чёткая тенденция к увеличению заболеваемости и распространённости ВИЧ-инфекции в г. Харькове. Так по сравнению с 2007 годом процент больных СПИДом женщин составлял 45,0 %, что повышает риск рождения инфицированных детей и ухудшает эпидемическую ситуацию в целом. Таким образом, для предотвращения роста заболеваемости необходимо проводить профилактическую работу среди женщин, особенно из маргинальных групп, и осуществлять санитарно-просветительную работу среди медицинских работников по преодолению стигмы.

Мирошник Ю. Н.,
ХНМУ

ПИТАНИЕ КАК ВАЖНЫЙ РЕСУРС РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

В Уставе Всемирной Организации Здравоохранения определено, что «здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Как известно, на состояние здоровья влияет большое количество факторов, 50 % из которых приходится на образ жизни, включающий в себя питание, режим сна, физическую активность и отказ от вредных привычек. Считается общепринятой мысль о том, что из перечисленного выше именно питание является ключевым ресурсом репродуктивного здоровья.

Сократ утверждал: «мы едим для того, чтобы жить, а не живем для того, чтобы есть». Но даже тысячелетия спустя многие пренебрегают этой аксиомой, делая культ из еды, словно не желая признавать то, что питание и здоровье – неразделимые понятия, так как качество первого всегда будет оставаться важным средством обеспечения качества второго.

Тесная взаимосвязь этих двух составляющих была отмечена во многих экспериментах. К примеру, в прошлом году в Днепре учитель химии вместе с учениками провел необычный эксперимент с любимой едой школьников – чипсами и сухариками. В качестве подопытных выбрали 12 грызунов, которых разделили на четыре группы: одних кормили чипсами, вторых сухариками, третьим в еду насыпали усилитель вкуса глутамат натрия (Е621), который производители добавляют в колбасы и в фастфуд, а четвертых кормили зернами, овощами и фруктами. Печень животных, которые питались чипсами, стала желтоватой, ее клетки стали наполняться жировыми капельками и погибать. Не лучшее состояние было и у тех крыс, которые питались сухариками. Грызуны из третьей группы, употреблявшие еду, обогащенную глутаматом натрия, стали агрессивными и зависимыми. И лишь те, которые питались зерном, фруктами и овощами, чувствовали себя прекрасно. После эксперимента школьники сообщили, что чипсы и сухарики больше никогда не будут употреблять.

Таким образом, можно сделать вывод, что, употребляя вредные, «пустые» и бесполезные продукты, мы наносим урон своему здоровью, а также рискуем приобрести проблемы с лишним весом и внешним видом. Поэтому важно не только организовать централизованный выпуск питательных добавок и витаминных комплексов, но и обратить особое внимание населения на проблемы разумного потребления пищи, используя для этого различные возможности санитарно-просветительной работы. Ведь качественное питание – это одна из весомых основ репродуктивного здоровья.

Нагорная А. А.,
ХНМУ

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА И ЗДОРОВЬЕ: ФИЛОСОФСКИЙ И МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТЫ

Задумывались ли вы когда-нибудь над тем, что такое «здоровье»? «А что задумываться, когда и так все предельно ясно: если ничего не болит, то человек здоров». Увы, ученые думают иначе. В соответствии с новейшими идеями, здоровье – это синтетическая категория, включающая в себя кроме физиологической также нравственную, интеллектуальную и психическую составляющие. Получается, что больной человек – не только тот, кто имеет хроническую болезнь или физические дефекты, но и тот, кто отличается нравственной патологией, ослабленным интеллектом, неустойчивой психикой. Такой человек – ослабленный, он не в состоянии полноценно выполнять свои социальные функции. С этой точки зрения почти каждый второй житель планеты не здоров.

В природе, как и во всей человеческой жизни, все диалектически взаимосвязано. Наибольшее проявление этой взаимосвязи мы наблюдаем между здоровьем и трудовой активностью человека: физические и интеллектуальные потенции прямо пропорциональны результатам трудовой деятельности. Ослабленное функциональное состояние организма влечет сокращение времени активной работоспособности, повышается утомляемость, снижается уровень концентрации внимания, а хорошая физическая форма позволяет успешно преодолевать нагрузки, связанные с повседневной трудовой деятельностью.

Физическое здоровье – это естественное состояние организма, которое обеспечивает надежное функционирование всех его систем и органов. Человеку, обеспечивающему постоянную физическую нагрузку, организм отвечает взаимностью, становясь сильнее и выносливее: повышается уровень иммунной защиты, улучшается обмен веществ и функционирование сердечно-сосудистой системы.

Понятия «физическая активность» и «здоровье» давно уже вышли за пределы восприятия их как медицинской проблемы. В современном обществе человек не вправе единолично распоряжаться своим здоровьем, так как личностные физические и интеллектуальные потенции каждого должны служить, прежде всего, интересам социума. Большинство современных людей постоянно задумываются над состоянием своего здоровья, но далеко не все что-либо делают для его сохранения и укрепления. Здоровье – это средство, тот ресурс, который позволяет человеку сохранять свою работоспособность и, как следствие, максимально продолжительное время жизни сохранять активность и оптимистичную жизненную позицию.

Профессия и образ жизни человека во многом определяют состояние его здоровья, и наоборот. Стрессовые ситуации, профессиональные болезни, синдром эмоционального выгорания, синдром хронической усталости – все это постоянно сопровождает профессиональную сферу деятельности. Однако такому состоянию можно и нужно противостоять: посредством активной физической нагрузки можно улучшить свое физическое и психическое состояние, противостоять стрессам, не прибегая к антидепрессантам.

Следовательно, 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.

СПОРТИВНІ ДОСЯГНЕННЯ: ДОТРИМАННЯ ГЕНДЕРНИХ ТА ЕТИЧНИХ НОРМ АБО ПЕРЕМОГА ЗА БУДЬ-ЯКУ ЦІНУ

Спортивна етика – це дотримання всіх моральних спортивних цінностей, які передбачають повагу до суперника, виконання спортивних правил, стриманість і слідування внутрішнім моральним принципам. Вона цим не обмежується і включає в себе поняття дружби, поваги і шани. Справедлива гра – це спосіб мислення, а не тільки поведінки. Мислення для спортсмена являється первинним, тому що саме воно визначає поведінку людини. До справедливої гри має прагнути кожен чесний та порядний спортсмен. Вона виключає обман, застосування допінгу, насилля, образи (фізичні й словесні), а також нерівні можливості, надмірну комерціалізацію та корупцію. Своєрідний етичний кодекс (fair play) є в кожному виді спорту. Він визначає переконання спортсменів у благородстві й справедливості й проявляється, зокрема, в повазі до суперника, усвідомленні рівних шансів для учасників змагань та заперечує досягнення перемоги за будь-яку ціну. Крім того, одним із обов'язкових ритуалів є вітання команд і спортсменів перед початком і після закінчення змагань. Цей ритуал здається буденним, проте несе в собі виховний момент шановливого ставлення до суперника незалежно від рівня його підготовленості. Яскравим прикладом, який суперечить спортивній етиці та загальноприйнятим нормам ввічливості, є, коли Збірна України з біатлону 17 січня 2017 року на церемонії нагородження призерів чемпіонату Європи покинула п'єдестал, як тільки загравав гімн переможців – росіян. У міжнародному співтоваристві випадки відходу з п'єдесталу до закінчення виконання гімну країни-переможця розцінюються як порушення спортивного етикету і прояв неповаги до суперника. Тут важливий не стільки сам виграш, як чесний і прозорий процес на шляху до його досягнення. Всі ці переваги були закладені в спорті ще у вікторіанську епоху і відображали тим самим основні елементи європейської культури і цивілізації, зокрема, принципи рівності, змагальності та конкурентності.

Що ж є причиною порушення спортивної етики? У нашому житті все частіше з'являється поняття «брудний спорт», якому використовуються методи, що суперечать принципам проведення змагань. Причина його появи – це прагнення до перемоги, досягнення високого результату, рекорду за будь-яку ціну. Все це веде до порушення спортивної етики: використання заборонених медичних препаратів, недотримання чинних правил проведення змагань. Президент медичної комісії МОК принц Олександр де Мерод попередив, що основною загрозою Олімпійського руху ХХІ століття буде саме забуття етики.

Перемоги у спорті стали для сучасного світу дуже престижними. Із введенням гонорарів за перемогу, це непогана можливість заробляти.

А поразка нерідко призводить до того, що людська гідність спортсмена виявляється приниженою, що й підштовхує його на перемогу за будь-яку ціну. Ось тому і виникає питання про захист чесних спортсменів від таких, які заради перемоги йдуть на порушення встановлених правил. У спортивній практиці, як правило, до спортсменів, що не дотримуються встановлених правил, застосовують певні санкції. Зокрема, за використання допінгу в процесі підготовки – дискваліфікація, тобто відсторонення від участі у змаганнях на певний термін; за грубість, порушення правил – або відсторонення від участі в змаганнях або (і) штрафні санкції. Ці заходи, на мою думку, досить ліберальні, а тому не ефективні. Наприклад, 9 липня 1997 року відбувся боксерський поєдинок Майка Тайсона з Евандером Холіфілдом. У третьому раунді Майк Тайсон раптово відкусив шматок вуха суперникові, за що він був дискваліфікований, але через рік йому повернули ліцензію.

Кожен спортсмен повинен прагнути до «чистого спорту». Усі правила та норми прививаються батьками й тренерами з самого дитинства, які проявляються у вихованні за вимог гендерної рівності. Також оточуюче суспільство має чималий вплив на майбутнього чемпіона й вимагає дотримання норм спортивної етики.

Неровний В. В., Конодюк М. С.,
ХНМУ

ВПЛИВ СТАТІ НА ЧАСТОТУ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Вік сам по собі не викликає ССЗ, він, скоріше, відображає накопився вантаж факторів ризику. Для молодих людей, не дивлячись на високі ризикове навантаження, в короткостроковій перспективі ризик розвитку клінічного випадку невисокий, а серед літніх людей, навпаки, абсолютний ризик високий навіть при помірному навантаженні факторами ризику.

На даний момент в рік в Європейському союзі від інсульту помирають близько 200 000 чоловіків, що в структурі загальної смертності становить 9 %. Серед жінок цей показник дорівнює 300 000 на рік, або 12 %*.

Причиною більш низького ризику ССЗ для жінок зазвичай вважають захисний ефект естрогену. Доказом цього служать спостереження захворюваності серед чоловіків і жінок, вплив ранньої менопаузи або видалення

* Український регістр острого інфаркта міокарда как фрагмент Европейского: характеристика больных, организация медицинской помощи и госпитальная терапия. Режим доступа:
<http://www.umj.com.ua/article/9895/ukrainskij-registr-ostrogo-infarkta-miokarda-kak-fragment-evropejskogo-xarakteristika-bolnyx-organizaciya-medicinskoj-pomoshhi-i-gospitalnaya-terapiya>

яєчників на ризик виникнення захворювань даної групи, вивчення факторів ризику та спостереження за жінками, які приймають естрогени, в яких ймовірність захворіти ІХС на 35–50 % менша. Масштабні рандомізовані дослідження впливу гормональної терапії на виникнення та перебіг ССЗ, проте, не підтвердили існування захисного ефекту. Можливо, причина цього полягає в тому, що естрогени володіють декількома протилежними діями, з одного боку, сповільнюючи прогресування атеросклерозу на ранніх стадіях через позитивний вплив на ліпідний профіль і ендотеліальну функцію, з іншого боку, потенційно провокуючи гострі ішемічні стану через тромботичні і запальні механізми при вже розвилася хвороби.

Слід зазначити, що гендерне співвідношення в захворюваності ССЗ значно варіює в країнах в різні періоди часу, що вказує на важливість інших чинників. Альтернативні пояснення включають зміни в поширеності факторів ризику, наприклад куріння, і потенційно різну статеву сприйнятливості до інших факторів ризику.

Новіков С.,
ХНМУ

ПРОБЛЕМА ФОРМУВАННЯ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ У ДІТЕЙ

У сучасному суспільстві гендерне виховання стало одним з найважливіших для формування особистості. Батьки повинні достатньо часу приділяти цьому питанню, щоб у подальшому їх діти мали правильне уявлення про відмінність «чоловіка» та «жінки». Для цього вони повинні розуміти різницю між гендером та біологічно статтю.

На відміну від біологічної статі гендер – є набором ролей, що людина обирає в результаті самоідентифікації. На жаль, на сьогоднішній день цей термін часто плутають з ідентичністю. Потрібно роз'яснити, що ідентифікація – це процес, а ідентичність – це результат. У процесі розвитку людини її самоідентифікація може збігатися з біологічними особливостями або суперечити їм.

Гендерні відмінності формуються на основі соціалізації людини на протязі всього життя. На це впливають сімейне виховання, школа, взаємодія з іншими дітьми та ігрова активність.

Професор Ліза Сербін з університету Конкордії довела, що одним з перших соціальних вимірів, які розрізняє дитина, є саме стать. Вже у період першого року життя у дитини починається формування гендерної схеми – розуміння специфіки та основних відмінностей між жінками та чоловіками [1]. Згідно з цією схемою, дитина у періоді немовляти не розуміє відмінності між статтю, але зчитування моделей батьківської поведінки настановує її на стереотип «жінка» і «чоловік».

Гендерні стереотипи починають нас переслідувати ще з самого дитинства. В Україні це може проявлятися на багатьох прикладах: 1) хлопчиків вдягають у синє або блакитне, а дівчат у рожеве; 2) прийнято вважати, що ігри для хлопчиків – це пістолети або машинки, а для дівчат –

ляльки; 3) ігри для хлопців – футбол або хокей, для дівчат – «доньки-матері» або стрибки через скакалку. У 1992 р. Хеншоу, Келлі та Граттон провели опитування серед дітей. Виявлено, що лише 7 % вважають, що хлопцям сподобаються ляльки, а майже половині дівчат – пістолети та машинки [2]. В результаті у дитини формується чіткий гендерний стереотип, що гарно впливає на її подальшу гендерну самоідентифікацію.

У дитинстві гендерні стереотипи проявляються з більшою силою, тому саме в ранньому віці потрібно займатися гендерним вихованням. Не дивлячись на те, що хлопці більш сковані своєю роллю, але і хлопці, і дівчата вважають «маскулінну роль» більш кращою, що довели Тавріс та Баумгартнер. Вони ставили питання хлопцям і дівчатам щодо зміни їхньої статі [2]. На здивування, всі хлопці вважали це катастрофою, а дівчата раділи і казали, що можуть тепер вести себе так, як вони бажають. Ми теж провели такий дослід на одній з груп студентів, і результат залишився незмінний. Це можна пояснити тим, що по всьому світу прийнято вважати, що хлопці сильніші, успішніші, активніші та агресивніші за дівчат.

На сьогоднішній день в українському суспільстві відбуваються процеси демократизації і гуманізації, що сприяє створенню рівних можливостей для реалізації особистості незалежно від статі. Ми вважаємо, що починати гендерне виховання потрібно саме з дитинства, оскільки з дитячих років формуються уявлення про гендерні стереотипи «жінки» та «чоловіка». Дитина повинна виховуватись в повній сім'ї, щоб правильно визначати/зчитувати цей гендерний стереотип, аби надалі не було відхилень від біологічної норми.

Література

1. Сербін Л., Павлішта К., Гулько Г. Секс ролі, статус, а також необхідність соціальних змін: пер. с англ. – М., 1992.

2. Ги Лефрансуа. Прикладна педагогічна психологія: пер. с англ. – М., 2014.

Нужна А. А.,
ХНМУ

ВПЛИВ ГЕНДЕРНИХ ПІДХОДІВ НА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ МОЛОДІ

Здоров'я людини формується ще з дитинства. У період розвитку особистості отримуються необхідні знання, формується певне відношення до питань здоров'я і виховуються відповідні вміння та навички, які і в дорослому житті допомагають зробити правильний вибір на користь здорової поведінки. У межах сучасних шкіл та вищих навчальних закладів існує можливість використовувати заходи оздоровчого виховання по відношенню до всіх юнаків.

Численні дослідження вказують на те, що хлопці й дівчата відрізняються один від одного і станом здоров'я, і рівнем знань про нього. Вони не тільки по-різному переносять хворобу, але й мають різні моделі по-

ведінки під час хвороби; у них неоднакове розуміння здорового способу життя. Саме це вказує на необхідність гендерного підходу в навчанні здоров'я молоді.

Нижче наводяться деякі дані досліджень, які мають велике значення для організації роботи у вищих навчальних закладах щодо сприяння здоров'я студентів.

1. До підліткового віку дівчата за власною оцінкою є більш здоровими, ніж хлопці. Після — вони починають скаржитися на «нерви», стурбованість, головні болі, страхи, порушення сну і травлення.

2. Дівчата частіше, ніж хлопці, лікуються і дотримуються дієти, щоб зменшити масу тіла. Підлітки жіночої статі споживають значно менше м'ясних і ковбасних виробів, ніж підлітки чоловічої статі.

3. У хлопчиків частіше бувають проблеми з травмами унаслідок нещасних випадків.

4. Більшість випадків ризику і «небезпечної» поведінки припадає на хлопців, а не на дівчат. Наприклад, підлітки чоловічої статі частіше вживають міцні алкогольні напої та важкі наркотики, ніж підлітки жіночої статі. У хлопців більше досвіду із забороненими речовинами, але їх постійне вживання частіше починається в дівчат. Кількість 15-річних дівчат, які палять, останнім часом значно зросла. Їх можна розглядати як окрему групу ризику.

5. Хлопці частіше, ніж дівчата, беруть участь у вербальній і фізичній агресії.

Таким чином, до досягнення підліткового віку дівчата вважають себе більш здоровими, ніж їх однолітки чоловічої статі. Опитування молодих людей, що пов'язано з їх власною оцінкою свого стану здоров'я, показало помітну різницю між відповідями юнаків і дівчат. Кількість хлопців, негативно оцінюючих стан свого здоров'я, росте поступово в міру збільшення віку опитуваних; у дівчат цей показник істотно зростає, починаючи з 14 років, і після цього особливо не змінюється. Дівчата в основному дуже уважно відносяться до питань свого здоров'я. Вони вчать стежити за своїм тілом, що, до речі, не завжди веде до правильного поводження з ним. У соціальному плані завжди пов'язують своє майбутнє з материнством, тоді як у хлопців майбутнє рідко пов'язано з уявленнями про батьківство.

Використання результатів, отриманих наукою про здоров'я, у сфері оздоровчої практики дотепер дуже мале. Практично не ведуться психологічні дослідження, присвячені оздоровленню молоді, тоді як вони вкрай необхідні для того, щоб знайти ключ до мотивації дівчат і хлопців.

За допомогою семінарів з підвищення кваліфікації колективів педагогів і педіатрів можна навчити бачити і враховувати такі чинники при роботі з дівчатами: перш за все слід навчити їх розглядати свій стан здоров'я як циклічний процес, який, серед іншого, залежить від гормональ-

них змін. Щодо хлопців, то їм потрібно допомагати відкривати для себе орієнтири: м'якість замість жорсткості (з метою профілактики захворювань кровообігу), спокій замість поспіху (для зняття стресу), збереження замість руйнування (для профілактики різної залежності), ослаблення меж замість їх зміцнення, турбота замість насильства.

Отже, тема здоров'я залишатиметься актуальною завжди, а в найближчі роки стане ще гострішою, ставши однією з найважливіших завдань довузівської освіти та виховання. Створити умови для того, щоб зробити педагогічне завдання здійсненним і ефективним – це те, чим необхідно зайнятися вже сьогодні.

**Нырка И. Е., Погребняк А. В.,
ХНМУ**

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ СТУДЕНТОВ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Природа дает человеку большой ресурс здоровья, но он будет хорошо функционировать только при условии его нормального применения и рациональной тренировки. По данным академика Ю. П. Лисицина, факторами, определяющими здоровье, являются: здоровый образ жизни – 50–55 %, экология – 15–20 %, наследственность – 15–20 %, медицина – 10–15 %.

Цель работы – определить, отличаются ли студенты мужского и женского пола по отношению к здоровому образу жизни.

Объектом исследования были студенты II курса 1-го и 3-го медицинских факультетов Харьковского национального медицинского университета. Для анализа особенностей образа жизни студентов (наличие или отсутствие вредных привычек, подверженность стрессам, особенность рациона и режима питания, занятие спортом) было проведено их анкетирование.

В результате нашего исследования было установлено, что взгляды девушек и парней на способы поддержания своего здоровья имеют различия.

Среди опрошенных девушек 60 % придерживаются здорового образа жизни, а именно: не имеют вредных привычек, соблюдают диету, значительно чаще посещают врача в целях профилактики заболеваний. Также было выявлено, что девушки более подвержены стрессам. Студентки, которые не придерживаются здорового образа жизни, ссылаются на недостаток времени.

Среди парней 80 % демонстрируют стремление ни в чем себя не ограничивать, а также жалуются на отсутствие силы воли и желания придерживаться здорового образа жизни.

Проведенное нами анкетирование показало, что в случае плохого самочувствия большинство парней предпочтут ничего не делать и ждать, когда все пройдет само собой, в то время как все опрошенные девушки обратятся за помощью к медикам или близким.

Таким образом, анализ результатов свидетельствуют о том, что девушки гораздо чаще, чем парни, придерживаются здорового образа жизни, и, как правило, большинство считает, что нужно уделять больше времени себе и своему здоровью. В то же время парни считают, что для поддержания своего здоровья они делают достаточно.

Обихвіст О. О.,
ХНМУ

ГЕНДЕР І ВЛАДА

На сьогоднішній день існує чимало стереотипів та упереджень стосовно ролі жінок-лідерів у політичних та державних структурах, які пов'язані, насамперед, з думкою про «типове» положення жінки у суспільстві. Мається на увазі ставлення до жінки як до носія характерних для жіночої статі чеснот. Як-то кажуть, «берегиня домашнього вогнища» завжди добра і тепла, м'яка. А з цього витікає, що вона більш схильна до компромісів, менш конфліктна та буде дотримуватися «стандартної» для жінки поведінки. Але таке упереджене ставлення до жінки є сексистським.

Стосовно питання щодо ставлення до жінок, які займають керівні посади, треба зрозуміти, що якість депутата або управлінця визначається безпосередньо інститутом влади, а також індивідуальними особливостями, здібностями, рівнем освіти та моральними якостями особи. Це наштовхує на думку, що немає значення те, якої статі є керівник, якщо він чи вона кваліфіковано й майстерно виконує свою функцію у суспільстві. Ніякої специфічно чоловічої чи жіночої адміністративної або політичної поведінки не існує.

Жінка-політик не буде відстоювати «інтереси жінок» тільки тому, що вона жінка. До того ж ці інтереси можуть бути по-різному інтерпретовані, бо це поняття є дуже розмитим. Політик-чоловік, на мій погляд, рівною мірою буде приділяти увагу тим проблемам, які вважаються суто «жіночими»: репродуктивним правам, шкільній освіті. Але у той самий час, жінка, яка є головою Міністерства оборони (як, наприклад, у Норвегії та Німеччині), повинна піклуватися про захист кордонів своєї держави, не дивлячись на те, що це вважається суто «чоловічою» справою.

Безумовно, процес збільшення кількості жінок у органах влади є беззаперечною ознакою прогресу держави і цивілізації взагалі. Усе це свідчить про початок формування суспільної думки про те, що стать ніяк не впливає на якість управління. Головне значення мають тільки законність вибору тієї чи іншої людини на пост керуючої особи, рівність прав у виборному процесі та загальнолюдська егалітарна справедливість.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЕРАРХИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ СТРАХОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Актуальность. Одной из самых сильных эмоций является страх – чувство, возникающее в ситуациях угрозы биологическому или социальному существованию индивида и направлено на источник действительной или воображаемой опасности у мужчин. Явления страха и фобий являются актуальными и зависят от гендерных особенностей, так как в социальном развитии человека страх выступает как одно из средств воспитания, формирования личности. Неумение справляться со страхом, который может перерасти в фобию, значительно ухудшает качество жизни.

Цель и задачи. Исследование гендерных особенностей иерархической структуры актуальных страхов личности у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Обследовано 84 студента (20–23 года), из них 43 – женского пола и 41 – мужского. Был использован опросник иерархической структуры актуальных страхов личности (ИСАС), шкала тревоги Спилберга.

Результаты и обсуждения. Высокий интегральный показатель страха по ИСАС был выявлен у 53 % студентов женского пола и 19 % мужского. У женского пола по показателю личностной тревожности преобладают высокие показатели (53 %), по показателю ситуативной тревожности – умеренные показатели (51 %). Среди мужского пола большую часть занимают низкие показатели ситуативной тревожности (44 %) и умеренные показатели личностной тревожности (44 %). Первое место занял страх войны (89 %), затем страх смерти (85 %), страх перед негативными последствиями болезней близких (80,5 %), страх бедности (76 %), страх заболеть каким-либо заболеванием (72 %), страх перед будущим (65 %). Среди женского пола большую часть занимают высокие показатели ситуативной тревожности (68 %) и умеренные показатели личностной тревожности (49 %). Первое место занял страх перед негативными последствиями болезней близких (91 %), затем страх смерти (78 %), страх войны (81 %), страх бедности (67 %), страх заболеть каким-либо заболеванием (62 %), страх перед будущим (67 %).

Выводы. У женщин проявление страхов наиболее распространено, нежели у лиц мужского пола. Для коррекции и профилактики тревожных состояний среди студентов необходимо в первую очередь исключить возможные стрессовые факторы и нормализовать режим дня. При невозможности устранить данное состояние самостоятельно следует обратиться за консультацией к специалистам. Возможна коррекция при помощи когнитивно-поведенческой терапии. Эти виды профилактики помогают

більшому осознать, что серьёзных психических заболеваний у него нет, и учат справляться с чувством тревоги.

Омельченко М. Р.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ В МАНІФЕСТАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ

Як на мене, починати будь-яку тему, яка має гендерну спрямованість, потрібно із зазначення деяких корективів у нашу повсякденність, зокрема звертання до жінок на роботі: викладачКА, доповідачКА, студентКА, директорКА, лікарКА, деканеСА, лекторКА, вченА, філософіНЯ, біологіНЯ, фармацевтКА, фахівчиНЯ, філологіНЯ, стоматологіНЯ, психологіНЯ, ректорКА, президентКА, спікерКА, письменниЦЯ, перекладачКА, ораторКА, педагогіНЯ, модераторКА тощо. Як ми бачимо, чоловіків завжди можна назвати в правильному роді, окрім «прибиральниця», що є чимось, м'яко кажучи, нечесним.

Якщо розглядати медичні аспекти діагностування (маніфестації), патогенезу (розвитку), профілактики та тактики лікування різноманітних захворювань у двох різних статей, ми маємо брати до уваги цілий каскад факторів-відмінностей, які у більшості випадків можна спостерігати, починаючи з 12-15 років обох статей. До цього каскаду можна віднести такі фактори, як ендокринологія – різний кількісний уміст статевих (і не тільки) гормонів (ензимів) в організмах жінок та чоловіків; різні функціональні спрямованості метаболізму: у жінок – накопичення поживних речовин, у чоловіків – синтез якомога більшої енергії, тобто використання й швидке позбавлення цих речовин; відмінності в схильностях до різних онкологічних патологій: у жінок – рак молочної залози, рак шийки матки, у чоловіків – рак легень, рак передміхурової залози (простати); геронтологічні відмінності (різна середня тривалість життя, відмінність складає близько 10 років у середньому (!)); присутність у житті жінок таких явищ, як менструальний цикл, вагітність, пологи, годування, тобто значні коливання і навіть «стрибки» гормонального фону; присутність у житті (більшості) чоловіків значних навантажень (фізичних), 51 відсоток більшої інтенсивності та частоти стресів у повсякденному житті; так само, якщо відволіктися від безпосередньо фізіологічних та патофізіологічних факторів, різні моральні устої щодо «функцій» чоловіків/жінок у суспільстві, різне відношення на робочих, соціальних, громадських місцях, відмінності в рівні зарплатні (у жінок в Україні в середньому нижчий на 12–31 %) тощо.

До так званих чинників, які впливають також на патогенез (розвиток) захворювань та патологій, можна віднести наші ментальні устої, які іноді мають негативний вплив, наприклад, таке явище, як «жінок вперед», може буквально вбити чоловіка з більш гострою проблемою. Такі випадки вже не одноразово можна було зустріти як в новинах, так і на медичних засі-

дання місцевих лікарень. Стереотипи, і особливо гендерні, у переважній більшості випадків впливають негативно на такі речі, як медичне обслуговування, а також особисте визначення наявності проблеми. Тут я маю на увазі зізнання чоловіка собі й дружині\дівчині (якщо він такої орієнтації та така є в наявності), що потрібно витратити якусь суму грошей на обстеження та лікування його на відміну від щомісячної «епіляції», «манікюра» та нової шуби.

Плехова О. О.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНІ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТУДЕНТІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ У ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

Актуальність дослідження порушення адаптації студентів молодших курсів до навчальної діяльності в інституті обумовлена тим, що саме перші роки навчання вважаються особливо напруженими та складними, процес навчання відбувається в умовах інформаційного та емоційного стресу, значного психічного та фізичного напруження. Юнаки та дівчата, закінчивши школу, переходять на новий життєвий етап. Цей етап включає в себе зміну не тільки місця навчання, місця проживання, а й зміну вже усталеного колективу. Новоспеченим студентам потрібно звикнути, адаптуватися як до нової групи, де їм часто доведеться перебувати протягом 5–6 років, так і до нових правил і норм університету.

Ціль: вивчити гендерні індивідуально-психологічні особливості студентів, які навчаються у Харківському національному медичному університеті.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети нами з позицій системного підходу було проведено комплексне обстеження 97 студентів I курсу Харківського національного медичного університету, обох статей у віці 17–24 років. Кожному студенту був зроблен порівнювальний профіль СМОЛ.

Результати. Показники іпохондрії, депресії у чоловіків вище, ніж у жінок. Найбільш високих значень серед студентів без ознак психічної дезадаптації досягають показники шкали іпохондрії. Слід зазначити, що шкали брехні, корекції та достовірності є досить наближеними до середніх показників норми. Порівнюючи профіль СМОЛ у адаптованих і дезадаптованих студентів загалом, можна сказати, що для жінок з ознаками дезадаптації характерні відхилення шкал депресії, іпохондрії, істерії, психопатії, психастенії, тоді як у адаптованні студенток найбільші відхилення спостерігаються у шкал гіпоманії, іпохондрії. У чоловіків з порушенням адаптації найбільш часто спостерігаються відхилення шкал іпохондрії, депресії, гіпоманії, шизофренії. Слід зазначити, що коливання значення шкал відбуваються в межах середньої норми (40–60), однак показники психопатії, параної і психастенії виходять за ці межі. Аналізуючи

особливості обстеженого контингенту за окремими шкалами, ми виділили наступні особливості. Показники шкали брехні у чоловіків з порушеннями психічної адаптації (53,54) дещо вищі, ніж у адаптованих чоловіків (51,58); у жінок же, навпаки, відзначаються більш високі показники у групи адаптованих студенток (50,02), ніж у дезадаптованих (46,93). Достовірність (як у чоловіків, так і у жінок) вище в групі обстежених, у яких виявлені ознаки порушення психічної адаптації (50,62 – чоловіки, 56,25 – жінки). У групі адаптованих студентів: 45,63 – чоловіки, 49,01 – жінки. Показники за шкалою корекції знаходяться на одному рівні в обох групах у чоловіків (54,48) і трохи вище у адаптованих жінок, ніж у дезадаптованих (54,95 і 51,06 відповідно).

Висновки. У студентів першого курсу мають місце якісні і кількісні гендерні відмінності у взаємозв'язках між емоційним станом і показниками точності і продуктивності розумової роботи. Так для студентів-чоловіків властива відсутність взаємозв'язку між точністю виконуваної роботи і показниками емоційного стану, в той час як у жінок така картина не спостерігається. Точність здійснюваної розумової роботи залежить від самооцінки власної працездатності та самопочуття, а продуктивність, навпаки істотно залежить від показника активності і самопочуття у дівчат від працездатності, активності, тривоги, настрою у юнаків.

**Работа А. И.,
ХНМУ**

ВОДНЫЙ БАЛАНС КАК ВАЖНЫЙ РЕСУРС РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Водный баланс – это уравновешивание поступления и образования воды с ее выделением. Суточная потребность взрослого человека в воде – 30–40 г на 1 кг массы тела. Считается, что в среднем человек потребляет суммарно в сутки 2,5 л воды, столько же выводится из организма.

Когда в организм поступает недостаточное количество воды, то такой баланс называется отрицательным; при этом снижается вес тела, увеличивается вязкость крови, в связи с чем нарушается снабжение тканей кислородом, может повышаться температура тела, учащается пульс и дыхание, возникает жажда, тошнота, снижается работоспособность. При чрезмерном употреблении жидкости происходит перегрузка сердечно-сосудистой системы (из-за разжижения крови), нарушается пищеварение (из-за разбавления желудочного сока), увеличивается нагрузка на почки (из-за усиления выработки мочи), развивается изнуряющее потоотделение, ослабляется организм. С потом и мочой интенсивно выводятся микроэлементы, что нарушает солевой баланс. Это опасно тем, что даже кратковременная перегрузка организма водой может привести к быстрой утомляемости мышц и к судорогам, поэтому спортсмены во время соревнований никогда не пьют, а только полощут рот водой.

В виде различных напитков или жидкой пищи взрослый человек получает в сутки около 48 % суточной нормы, остальную недостающую воду организм получает с пищей. «Сухая» еда состоит на 50–60 % из воды, а около 3 % (0,3 л) воды образуется в результате биохимических процессов в самом организме. Теперь уместно вспомнить пути выведения воды из организма: в основном, вода выводится из организма через почки – 48 %, 34 % выводится с потом, 13 % – при дыхании, 5 % – через кишечник.

В организме взрослого человека содержится около 65 % воды. Чем моложе организм, тем он богаче водой. Месячный эмбрион состоит на 97 % из воды, новорожденный – на 75–80 %. В организмах пожилых людей содержание воды – 57 и менее. Немецкие ученые, проведя испытания на студентах-добровольцах, пришли к выводу, что те, которые пьют воды и напитков больше, проявляют и больше выдержки и склонности к творчеству, чем пьющие меньше.

Таким образом, роль воды для человека огромна. Задача каждого человека заключается в создании условий сохранения бесценного водного баланса путем правильной организации питьевого режима. Особенно эта задача актуализируется в репродуктивном возрасте, в период беременности, когда организм подвержен большим нагрузкам. Задача медицины состоит в санитарно-просветительной работе среди населения. Вода – основа жизни на Земле, поэтому водный баланс – неперемнное условие крепкого здоровья.

Рыбальченко Д. С., Вильный Д. В.,
НТУ «ХПИ»

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ

Тема нашей работы – гендерные стереотипы. Мы хотим исследовать самые распространенные из них, а также выяснить, какова их польза или, наоборот, вред, сделать вывод о борьбе с их негативными характеристиками. Данной теме посвящено немало работ известных философов и психологов, таких, как Т. Виноградова, М. Пирен, Шон Берн, Игли, О. Рябова и др. Гендерные стереотипы – нормы поведения для каждого пола, навязываемые обществом, традициями, устоями. Откуда произошли эти нормы? С давних времен мужчина ходил на охоту, а женщина сидела в пещере и воспитывала потомство. Почему так сложилось? Рассуждать можно много, но мы для себя приняли версию о том, что женщина родила, а значит, она должна кормить и воспитывать ребенка, заодно оберегать жилище [3]. Оказывается, гендерная константа формируется в возрасте 3–5 лет, в период раннего детства или в так называемом дошкольном возрасте. К семи годам дети приобретают «гендерное постоянство», которое подкрепляется полоролевыми стереотипами.

Исследуя разные форумы в интернете, можно выделить самые популярные гендерные стереотипы: женщины – слабые, безынициативные, эмоциональные, а мужчины – сильные, сдержанные, с ярко выраженны-

ми лидерскими качествами; женщины не способны водить машину; мужчина должен быть чуть симпатичнее обезьяны; женщина должна родить до тридцати. Ярким примером проявления гендерных стереотипов может послужить дискриминация в профессиональной сфере. Общество начнёт осуждать мужчину, устроившегося воспитателем в детский сад, при этом работодатель отдаст предпочтение женщине, даже если она будет иметь более низкую квалификацию. Польза гендерных стереотипов – появление качеств фемининности у женщин, что позволяет им воспитывать ребенка, и маскулинности у мужчин [1, с. 32–33]. Но вреда от гендерных стереотипов значительно больше. Стереотипы не позволяют развиваться. Так, например, считается, что женщина должна воспитать ребенка, должна брать декретный отпуск продолжительностью в три года. За это время она могла бы написать докторскую работу, продвинуться в карьере или начать свой бизнес.

В силу сформировавшихся у общества гендерных стереотипов сейчас активно развиваются методы борьбы с этим явлением, но мы считаем, что каждый индивид должен самостоятельно определиться с этим вопросом. Этому будет способствовать гендерное образование. Наша позиция состоит в том, что это образование должно быть всеобщим, независимо от местонахождения людей, их взглядов на жизнь, религии, возраста. Со школьной скамьи детям необходимо предоставлять информацию о понятии гендера и наличии такого явления, как гендерные стереотипы. На основании многих исследований стоит создать программу обучения, которая бы не навязывала какое-либо определённое отношение к гендерным стереотипам, а попросту информировала людей о данном явлении. При этом стоит учитывать различия в менталитете людей, в религиозных верованиях, которые они исповедуют в целях адаптации одной и выживания в социуме.

Литература

1. Берн Шон. Гендерная психология / Ш. Берн. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2001. – 320 с.
2. Здравомыслова Е. Гендерные стереотипы в дошкольной детской литературе: русские сказки / Е. Здравомыслова, Е. Герасимова, Н. Троян // Феминистский журнал. 1998. – № 6.
3. Рябова Т.Б. Гендерные стереотипы и гендерная стереотипизация: методологические подходы // Женщина в российском обществе. – 2001, – № 3–4.
4. Годзь Н.Б. Культурні стереотипи в українській народній казці : Автореф. дис ... канд. філос. наук: 09.00.04 / Н.Б. Годзь . – Харків : Б.в., 2004. – 19 с.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

Важнейшим условием самореализации человека во всех сферах деятельности является образ жизни. Состояние здоровья молодого поколения при любых условиях является актуальной государственной проблемой и предметом первоочередной важности, так как оно определяет будущее страны, ее экономический и научный потенциал, генофонд нации. Особую актуальность работа по охране и укреплению здоровья приобретает в условиях вузов.

В период обучения в вузе молодежь подвергается чрезвычайным нагрузкам. По данным исследования, более 80 % студентов имеют факторы развития заболеваний, связанных с неправильным образом жизни.

Проблема здоровья молодежи не может быть решена без объединения усилий и координации действий всех структур, в том числе и государственного управления. Но сегодня в Украине отсутствует единая система формирования здорового образа жизни населения и молодежи, в частности. Вместо этого всеми возможными способами (СМИ, Интернет, ТВ) происходит пропаганда путей легкодоступного удовольствия: алкоголя, курения, раннего секса, аморальной моды, гаджетозависимости, безграничного общения в сети. В связи с этим, остро встает вопрос о том, каким образом можно сформировать ценностные ориентации молодежи на здоровую и гармонично развитую личность.

Государству следует разработать и реализовать концепцию формирования здорового образа жизни (ЖОЗ) у граждан. В первую очередь она должна охватывать детей школьного возраста и студентов, когда пропаганда является наиболее эффективной. Основа концепции – определение модели ЗОЖ, ее целей и содержания. Ведь ЗОЖ – это не только стремление к совершенству тела, но и духа. Без духовной составляющей (милосердия, сострадания, желания помочь нуждающемуся) ЗОЖ ничего не стоит – получим здоровых, сильных, но абсолютно безразличных к окружающим членов общества. Таким образом, главной идеей этой разработки должно быть понимание человеком важности формируемых у него качеств, повышения уровня мотивации.

Вывод. Основой профилактики заболеваний и укрепления здоровья молодежи является формирование культуры здорового образа жизни. Этого можно достичь с помощью программ государства, направленных на развитие физического воспитания молодежи, и запретов на распространение и пропаганду демотивирующих и «разлагающих» общество продуктов. Воспитание сильного молодого поколения возможно при условии отношения к здоровью как главной ценности и должно быть критерием развития страны. Донести идею культуры здорового образа жизни нужно до

сознания каждого человека, особенно среди подрастающего поколения на этапе формирования у них приоритетов, жизненных ценностей и ценностных ориентаций.

Саранча Т. А.,
ХНМУ

ПРОБЛЕМА КУЛЬТУРЫ ИЗНАСИЛОВАНИЯ: ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ

Большинство людей считает культуру средством облагораживания человека, придания ему благородных черт, отличающих его от животных. Поэтому высказывания о культуре как об источнике насилия разрушают стереотип представлений о ней. Словосочетание «культура изнасилования» вызывает у украинцев шоковую реакцию, хотя это понятие уже давно существует в американском феминизме. В настоящее время общество живет в этой культуре и, более того, ее поддерживает.

Об актуальности темы свидетельствуют негативные тенденции, проявляющиеся на фоне роста агрессии и жестокости в украинском обществе, в котором насилие, в том числе и сексуальное, становится нормой.

Термин «культура изнасилования» описывает культуру, в которой распространено сексуальное насилие над женщинами, а существующие нормы и отношения допускают и даже оправдывают это насилие. Культура изнасилования поощряет агрессивное сексуальное поведение мужчин в отношении женщин. В ней женщины постоянно ощущают угрозу насилия: от сексуальных оскорблений до насильственных действий. Согласно культуре изнасилования, сексуальные желания и активность женщины должны быть полностью подвластны мужчине. В то же время женщина отвечает за то, как с ней обращается мужчина, и за его действия, совершённые под влиянием сексуального желания, которое спровоцировано женской сексуальностью. Таким образом, культура изнасилования связана с гендерными ролями и представляет опасность для представителей обоих полов, ущемляя их самовыражение и причиняя им психологическую травму.

В культуре изнасилования мужчина олицетворяет зверя, которого женщина должна бояться и остерегаться. Она должна хорошо подумать, прежде чем выйти с мужчиной на контакт: согласиться выпить чашечку кофе в его компании, принять приглашение в гости или же выйти на улицу вечером или ночью. Если женщина соглашается провести время в компании мужчины, то, согласно культуре изнасилования, она автоматически дает согласие на секс и, несомненно, должна предоставить ему свое тело в пользование. Несмотря на это, у мужчин таких ограничений нет: они могут делать, что захотят, подчиняясь своим инстинктам. Если мужчина не может контролировать свои инстинкты, значит он – животное, которое нужно держать в клетке и у которого не может быть человеческих прав. Я считаю, что женщина имеет такое же право вести себя свободно, сексу-

ально, выглядеть и одеваться так, как считает нужным. Её свобода не должна трактоваться как провокация сексуального насилия.

Состояние алкогольного опьянения – еще один важный аспект в культуре изнасилования: женщина пьяна – значит согласна. Из этого следует, что женщину вновь лишают прав, имеющихся у мужчин: мужчинам можно выпивать, а женщинам – нет. На мой взгляд, секс с женщиной в состоянии сильного алкогольного опьянения – это насилие. Если женщина выпила и согласилась на близость с мужчиной – это вовсе не значит, что она пошла на это осознанно. Из этого следует, что это не женщине нельзя выпивать, это мужчина не должен идти на секс с женщиной в состоянии алкогольного опьянения. Если он хочет рискнуть, то рискует свободой – это выбор мужчины.

Таким образом, я привела несколько аспектов культуры изнасилования, но это только верхушка айсберга, скрытая часть которого значительно больше. Общество обвиняет саму жертву в случившемся в отношении её насилия, принимает насилие как что-то обыденное, и даже оправдывает насильника множествами способов. В культуре изнасилования женщины и мужчины принимают сексуальное насилие как неминуемый факт. Однако это является следствием мировоззрения и ценностей общества, которые можно и нужно изменить для того, чтобы общество вышло из этой культуры.

Сергичева Е. В.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

Современный мир – это мир технологий, мир, который полон соблазнов, которые мы узнаем, пробуем, мир, в котором некоторые ценности перестали существовать или ушли на второй план. Пытаясь вкушать все прелести жизни, попробовать все и везде, мы тем самым не понимаем и не замечаем, что наносим вред нашему здоровью, особенно репродуктивному. Что же такое репродуктивное здоровье? Это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов, во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, её функций и процессов.

Факторами, влияющими на репродуктивное здоровье мужчины и женщины, являются заболевания, передающиеся половым путем, вредные привычки, экологические факторы и прочее. Именно в детстве закладывается фундамент репродуктивного здоровья мужчины и женщины.

Курение сокращает репродуктивную жизнь женщины и способствует раннему наступлению менопаузы. Оказалось, что курение у молодых женщин сопоставимо с удалением одного яичника. У курильщиц риск бесплодия возрастает вдвое [1]. Курение также оказывает негативное влияние на репродуктивную систему мужчин.

Большинство считает, что принятие алкоголя в небольших количествах не приносит вреда, однако алкоголь пагубно влияет на фертильность как мужчин, так и женщин, при чем более разрушительно действует алкоголь на женскую репродуктивную систему.

Одной из серьезных проблем репродуктивного здоровья мужчины и женщины является частая смена партнеров, половые контакты без использования контрацептивов, что приводит к инфицированию заболеваниями, передающимися половым путем, а также к незапланированной беременности, особенно в подростковом возрасте. В большинстве случаев незапланированная беременность разрешается путем аборта. В популяции производится большое количество аборт – 23,4 на 1 000 женщин фертильного возраста. В Украине на 100 родившихся живыми детей приходится 72,4 аборта.

Все перечисленные выше причины ведут к бесплодию, которое является важным показателем состояния репродуктивного здоровья, а также неспособностью зрелого организма к зачатию. Причиной 80 % бесплодия у женщин является аборт. Бесплодие – это патология супружеской пары. По данным отечественных и зарубежных ученых, частота бесплодия в развивающихся странах составляет от 10–15 до 18–20 %, что можно рассматривать как прямые репродуктивные потери. В Украине количество женщин, не имеющих детей, составляет 19,3 %. Проведенные медико-социологические исследования показали, что у 93 % женщин бесплодие приводит к психическому, социальному дискомфорту, снижает социальную адаптацию, профессиональную активность, повышает число разводов. Таким образом, бесплодие имеет значение не только для индивидуумов, но оказывает влияние на общество в целом, снижая социальную и профессиональную активность этой группы населения [2].

Таким образом, самое важное – это изменить мировоззрение и отношение к репродуктивному здоровью, к пониманию последствий минутной слабости, к осознанию вреда курения, алкоголизма, наркомании, последствий аборт. С учетом влияния данных факторов, важность репродуктивного здоровья возрастает, так как от его состояния зависит не только уровень рождаемости, но и жизнеспособность будущих поколений, демографическое состояние страны.

Литература

1. Андреева Т.И., Красовский К.С. Табак и здоровье. – Киев, 2004. – 224 с.

2. ХНМУ: социальная медицина и организация здравоохранения «Методические разработки для преподавателей к проведению практического занятия по теме «Методы изучения и оценка показателей репродуктивного здоровья» для подготовки студентов 6-х курсов».

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ НА ПРИКЛАДІ АНАЛІЗУ АПОКРИФУ ПРО РОЗП'ЯТТЯ ХРИСТА

Розвиток сучасного суспільства викликає гостру актуальність проблеми адекватного пізнання (характеризування) іншого етносу. Етнічні стереотипи є важливою складовою процесу міжетнічного сприйняття. У сучасному житті є характерними ситуації, коли, спостерігаючи за людиною іншої національності, ми приписуємо їй певні особисті якості та вчинки. Даний процес зумовлений дією психологічного механізму стереотипізації – переробки отриманого образу і прагненням аналізу. Формування і функціонування стереотипів відбувається за рахунок історичних, економічних та інших сфер життя суспільства. Метою даного дослідження є вивчення історичного формування особливостей гендерного стереотипу на прикладі апокрифів про розп'яття Христа. Ми спиралися на апокрифи [2], [3], [4] та матеріали дисертаційного дослідження Н. Б. Годзь [1]. Етнічний стереотип (Ethnic Stereotype, від ін. Грець. Στερεός – твердий, об'ємний і τύπος – відбиток) – узагальнений вид соціального стереотипу, що представляє колективний емоційно-насичений образ етнічної групи або її представників, сформований історично у контексті розвитку моральних відносин. Історичний зв'язок: для розп'яття Христа знадобилися цвяхи, і саме в цей момент поруч опинився циган. Далі розповідь йде по двох протилежних напрямках. Частина оповідачів стверджує, що циган сховав один цвях, і в нагороду за це Бог дозволив циганам красти. Інші стверджують навпаки – ніби циган взявся кувати цвях заради грошей – і за це був проклятий разом з усім своїм потомством. Загальна версія легенди (апокрифу): циган-коваль кує п'ять цвяхів - чотири для рук і ніг, а п'ятий мав бути вбитий в груди Христа.. Але на Голгофі серед присутніх глядачів виявляється інший циган, який спритно краде цей цвях. В результаті цвяхи вбиті тільки в руки і ноги Спасителя, і Він на знак вдячності за вчинок цигана дає всім його одноплемінникам таку поблажку: для вас, циган, крадіжка не буде обов'язковою в гріх (або, у всякому разі, в смертний гріх). Така мораль легенди є сумнівною з точки зору і християнства, і просто навіть світської етики. Ми знайшли варіант, у якому гвіздки кує дружина коваля (але це французькі тексти, дуже старого походження). Отже, це також націлює на вивчення перетікання та трансформації сюжетів. Можемо сказати, сучасна наука не має чіткої моделі гендерного стереотипного формування циганського народу, а лише деякі припущення та заперечення. Визнане Церквою Святе Письмо і Святе Придання не містить такого сюжету (можливо, тільки якщо апокрифи і/або маловідомі неканонічні тексти). Тому все це так чи інакше доводиться вважати легендами. А легенди – це те, що передається від людей до людей, з уст в уста століттями, а тому збирає в собі і історію, і думки, і відгуки щодо тих чи інших вже чисто людських переконань і упереджень. Але ми можемо зробити певні висновки. Гендерні стереотипи

негативного забарвлення, дійсно, наскладують відбиток на ставлення до маргінальних груп та до цілого народу – циган.

Література

1. Годзь Н.Б. Культурні стереотипи в українській народній казці: текст дис. канд. філ. Наук: 09.00.04. філософська антропологія, філософія культури/ Н.Б. Годзь – Харків : Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна. – 2003. - 199 с.

2. Жан Фуке. Часть 2. Миниатюры / Электронний ресурс: режим доступу: <http://art-assorty.ru/4811-zhan-fukechast-2-miniatury.html>

3. Легенды о гвоздях, цыганах и распятии Христом - попытка собрать "в один флакон" /Электронний ресурс: режим доступу: <http://kirillrozchkov.livejournal.com/217661.html>

4. Миф о цыгане, Христе и гвоздях. Стаття Н.Бессонова / Электронний ресурс: режим доступу: <http://gypsy-life.net/mif-15.htm>

Смирнова В. И.,
ХНМУ

ВИРТУАЛЬНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ

Психическое здоровье человека по праву считается одним из самых хрупких и значимых компонентов нашего благополучия, природа уязвимости которого до сих пор до конца не выяснена. Вот почему в наступившую эпоху взрыва технологий виртуальной реальности многих врачей обеспокоила проблема возможного воздействия подобного опыта на психическое здоровье человека. Прежде всего необходимо ясно представлять, что виртуальная реальность – это созданный техническими средствами мир, передаваемый человеку через его органы чувств, а также имитирующий как воздействие, так и реакцию на них в реальном времени. Устройства и программы виртуальной реальности могут воздействовать на пользователя с помощью вибрации, холода, жара, тактильных импульсов и звуков, зрительных образов. Столь мощный потенциал несёт в себе не только позитивные факторы, но и высокую вероятность деструктивного воздействия на психику человека.

К позитивным факторам следует отнести использование виртуальных технологий для лечения посттравматических стрессовых расстройств и фобий. Данная терапия применяется уже несколько лет и насчитывает десятки профильных медицинских центров по всему миру. Кроме того, возможность смоделировать в коде практически любую ситуацию позволяет в будущем задействовать данное программное решение в адаптационных курсах для пациентов с различными психическими нарушениями, в частности, аутизмом и некоторыми формами галлюцинаторных расстройств. Также известны случаи, когда люди с ограниченными возможностями находили способ обеспечения своего существования с помощью

игры «Second life», где в виртуальной реальности зарабатывали деньги, создавали произведения искусства, а также поддерживали социальные связи и заводили знакомства. Моделирование ситуаций, особенно стрессовых и экстремальных, находит свое применение в сфере научных исследований для изучения реакции человека на опасные факторы без собственно риска для жизни и в сфере обучения для тренировки и закалки необходимой психологической выдержки, например у врачей, спасателей. И было бы неплохо использовать виртуальное пространство для снятия напряжения: теперь совсем необязательно каждый раз покупать новые тарелки, если можно в пылу эмоций побить цифровые.

Однако всё не так просто. Компьютерные игры известны своими недостатками, некоторые из которых многократно усиливаются при использовании новейших технологий погружения: вместо высвобождения негативных эмоций игрок может начать их накапливать в агрессивных играх, что приведёт к их всплеску в реальной жизни, обострению психических заболеваний, аддикции, переутомлению. Эффект размывания граней реальности будет замечен особенно на детях, что с малых лет привыкнут играть в цифровых мирах. А безграничные возможности создания моделей и симуляции рано или поздно пробудит у людей желание создать виртуальные копии потерянных близких как терапевтическое средство, но оно никогда не поможет преодолеть боль утраты.

Таким образом, массовое внедрение технологий виртуальной реальности требует от нас глубокого понимания всех возможных рисков подобного решения. А если ещё вспомнить, что человек способен обратиться в оружие что угодно, то становится даже не по себе. Но перемен не избежать, а значит главной задачей для нас останется лишь не забыть про огромную власть, что мы получаем, достигая нового уровня развития.

Литература

Becker CB, Darius E, Schaumberg K. An analog study of patient preferences for exposure versus alternative treatments of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 2007; 45:2861–2873.

Соколова Ю. А., Вознюк И. С.,
ХНМУ

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА АДАПТАЦИЮ ДЕТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПТСР В ДЕТСКИХ ЛАГЕРЯХ

Актуальность проблемы. Как правило, психологические последствия социальных действий в чрезвычайных ситуациях оказываются иногда более значимыми по своим социально-психологическим последствиям, чем сами события. Вследствие этого на первый план выдвигается задача нормализации психического состояния детей и их родителей.

Цель исследования – выявить степень проявления ПТСР у детей-переселенцев, а также провести медико-психологическую коррекцию выявленных нарушений у детей-переселенцев, которые находятся в детских лагерях. Сравнить степень проявления ПТСР у мальчиков и девочек.

Задачи исследования: проанализировать теоретико-методологические подходы к проблеме исследования ПТСР у детей-переселенцев; определить особенности проявления ПТСР в детском возрасте; предложить программу медико-психологической коррекции для улучшения адаптации.

Материалы и методы исследования. *Теоретические:* анализ, систематизация, обобщение теоретических и экспериментальных данных проблемы; *эмпирические:* наблюдение, беседа, анкетирование, психодиагностические методики: «Фрайбургская анкета агрессивности»; методика оценки тревожности Ч. Д. Спилберга и Ю. Л. Ханина, рисуночный тест «Несуществующее животное», методы статистической обработки количественных данных. Для рассмотрения проявления ПТСР у детей-переселенцев (10–14 лет) проведено психологическое исследование, в котором взяли участие 30 детей. Группа разделена по гендерному признаку. Тестирование проводилось два раза: в начале заезда в лагерь и в конце лагерной смены (через 14 дней).

Результаты. При исследовании старшей группы уровень агрессивности (по «Фрайбургской анкете агрессивности») выявился низким (100 %) в обеих группах. В конце смены показатель повысился до среднего уровня (37,5 %) только в мужской группе. До заезда в лагерь у детей наблюдался высокий уровень ситуативной и личностной тревожности – у 62,5 % (парни) и 50 % (девочки), а спустя две недели снизился у 37,5 и 50 % соответственно. Личностная тревожность до заезда также находилась на высоком уровне, а после заезда снизилась. При проведении рисуночного теста мы выявили в большой степени защитную агрессию, страх и замкнутость. У 50 % девочек выявилась защитная агрессия и страх, а замкнутость у 100 %. У 60 % парней проявились на высоком уровне защитная агрессия и страх, а замкнутость только у 25 %. После отдыха в лагере: страх и защитная агрессия снизились у 50 % девочек и парней, а замкнутость – у 100 % девочек, тогда как в группе парней показатель не изменился.

Выводы. Сопоставив данные психодиагностического исследования, мы наблюдаем положительную динамику в психологическом состоянии детей в результате проведенной медико-психологической коррекции и комплексного санаторно-курортного лечения, что свидетельствует о хорошей реадaptационных возможностях детей. Также мы выяснили, что девочку адаптируются быстрее, чем парни. Мы рекомендуем активно внедрять медико-психологическую коррекцию в структуру санаторно-курортного лечения для психологической реабилитации детей из зоны АТО.

СОЦИУМ КАК УГРОЗА ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА

В XXI веке общество создает иллюзию крутости в мире. Главными критериями статуса человека являются брендовые вещи (одежда, автомобиль, телефон) и стиль поведения, целью которого является стремление привлечь максимальное внимание к себе. Все это делает невозможным всегда правильно и справедливо распределять людей по социальным нишам. Из-за этого страдают понятия скромности и моральных ценностей. Такое положение разделяет людей по материальному признаку. Одни – круче, влиятельнее, богаче, другие – «бедняки», чувствующие себя ущемленными, раздавленными и угнетенными.

Безусловно, здесь прослеживаются издержки воспитания. В настоящее время родители очень заняты, так как карьерный рост и высокооплачиваемая работа стоят большого внимания и усилий. Из-за этого они уделяют мало времени своему «чаду». Это влечет за собой неправильное питание, так как дети включают в свой рацион все больше продуктов из супермаркетов и ресторанов фаст фуда. Вследствие такого образа жизни развиваются различные заболевания.

Следующим фактором угрозы является реклама. Она делает людей уязвимыми к навязыванию некачественной продукции. Это влияет на материальное положение, а иногда и на здоровье. Главным врагом является реклама лекарств. Она создает иллюзию панацеи. Все больше людей, убеждаемых рекламой, считают, что все болезни можно вылечить фармацевтическими препаратами. Также больше влияние имеет реклама алкоголя или табачных изделий. Несмотря на то, что в Украине имеется запрет на рекламу алкоголя и табачных изделий, она все же присутствует, хоть и в завуалированном виде.

Также большую роль в нашей жизни играет Интернет, который таит в себе не только безграничные возможности, но также и безграничную зависимость и влияние. Он создает иллюзию свободы. Мы можем в любой момент найти нужную вещь или узнать ответ на вопрос, считая, что ничего не останется незамеченным. Сегодня можно узнать всю информацию о любом человеке: его место жительства, увлечения, предмет вожделения, сокровенные тайны. Это не только ограничивает личное пространство, но и превращает жизнь в театр, где люди являются зрителями своих же собственных действий. Впредь мы не можем принять любое решение самостоятельно, так как боимся, что это сформирует нежелательное отношение общества. Из-за этого люди теряют собственный стержень, все больше растворяясь во мнении окружающих, что не может не сказываться на их психическом состоянии.

Большое влияние на социум имеют субкультуры. Наибольшую угрозу представляют способы самовыражения в виде тату, пирсинга, шра-

мирования и др. Это не только несет за собой увечья тела, но и может пагубно сказаться на здоровье каждого, так как может повлечь заражение крови.

Таким образом, мир навязывает иллюзию правильной жизни, доступной и обеспеченной, к которой должны все стремиться. Правила такой жизни требуют определенной жертвенности – быть своим и жить по законам иллюзорного социума. Именно поэтому социум и является угрозой здоровью человека.

Степанюк Е. И.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ЕВГЕНИКИ

Евгеника – учение о селекции человека и о путях улучшения его наследственных свойств. У большинства людей евгеника ассоциируется с нацистской Германией и их борьбой с «вырождением немецкого народа как представителя арийской расы». Однако изначально евгеника зародилась в Англии, автором которой был психолог Френсис Гальтон. Изначально евгеника преследовала гуманные цели, такие, как борьба с наследственными заболеваниями, общее улучшение показателей уровня интеллекта и физических показателей людей. Впоследствии данное учение решено было сделать частью национального сознания с тем, чтобы продемонстрировать свое расовое превосходство. Это направление получило в научной среде название «социальный дарвинизм».

В современном мире евгеника не так популярна, однако некоторые вопросы так и остаются открытыми. Например, стигма сексуальности инвалидов и их гендерная идентичность. С точки зрения евгеники, инвалиды должны быть асексуальны. Да и вообще в обществе принято видеть инвалида в роли бесполого существа или вечного ребенка.

Инвалидам и людям, несущим «недоброкачественный генетический материал», если они решаются создать семью, медицина предлагает пренатальную диагностику или проведение аборт, что существенно помогает снизить уровень рождаемости детей с дефектами развития и смертности среди рожениц. Евгеническое направление такие меры считает позитивными. Однако всего 80 лет назад положение дел было более радикальным и менее демократичным. Так, например, в Швеции в 1935 г. был принят закон, разрешающий принудительную стерилизацию «неполноценных» и ассоциативных членов общества. В результате за 40 лет проведения таких процедур, было стерилизовано около 60 тыс. человек, из них примерно 40–45 тыс. были стерилизованы принудительно, причем 90 % из них составляли женщины.

Сегодня физически неполноценные граждане имеют возможность не только создавать семьи, но и иметь детей. С другой стороны, в обществе довольно проблематичным и неудобным является упоминание о сексуальной жизни инвалидов, так как считается, что ее просто не существует,

хотя в некоторых странах инвалиды довольно часто прибегают к услугам эротического характера в различных организациях.

К слову, при упоминании сексуальности женщин с умственной инвалидностью часто можно слышать об их неразборчивости в сексе, аморальности и уязвимости, но также можно слышать и о плодовитости, что приводит к появлению нового поколения людей с отклонениями в физическом и умственном развитии. Всё это приводит к тому, что общество попросту ограничивает и без того малые возможности инвалидов.

Таким образом, евгеника позитивно влияет на общую демографию и на уровень здоровья людей. Но она имеет и негативные аспекты. Стерилизация, наложение множества табу на сексуальную жизнь и гендерное определение инвалидов, укоренение представлений в обществе об инвалидах как о вечных детях – всё это те проблемы, которые продолжают находиться в состоянии неразрешенности. Обществу нужно приложить множество усилий для исправления этой ситуации. Евгенические методы, в своем большинстве неприемлемы для современного общества, однако её устремления по улучшению наследственности и качества генетического материала могут быть перенесены в другое учение с гуманными принципами.

Стратиенко Е. Н.,
ХНМУ

АКТУАЛИЗАЦИЯ ГЕНДЕРНОЙ ПРОБЛЕМАТИКИ В ПЕРСПЕКТИВЕ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

В медицине учет гендерной проблематики означает, что эти проблемы следует интегрировать в медицинские исследования, образование и клиническую практику в целях уменьшения неравенства. Выражаясь более просто, цель интеграции: «Определить, где существует гендерная разница, и обеспечить баланс при необходимости».

Учет гендерной проблематики в медицине – это процесс, а не единая концепция. Он начинается с гендерного анализа, чтобы продемонстрировать, где гендерная слепота привела к неблагоприятным результатам. Внедрение гендерной компетентности в отношении идентифицированной информации, процессов, стилей обучения и условий практики приводит к более справедливым результатам.

В настоящее время пересечение гендерных вопросов и медицинских кадров является критическим для планирования рабочей силы и жизни врачей. Медицинские структуры рабочей силы и окружающая среда были созданы в то время, когда врачи были мужчинами и имели жен, которые занимались всем домашним и семейным трудом. В настоящее время женщины составляют 70 % выпускников в Украине и гораздо реже, чем мужчины в возрасте, имеют постоянную поддержку семьи, которую ранее предоставляла жена. Необходимо систематическое внимание, чтобы понять, как жизнь женщин взаимодействует с требованиями

программ послеуниверситетской подготовки и условиями работы в больницах. Женщины нуждаются в гибкости в работе и программах обучения, чтобы учесть сложность их трудовой и семейной жизни.

Существуют определенные экономические и социальные роли, которые общество считает уместными для женщин и мужчин. Мужчины в основном отождествляются с производственными ролями, в то время как женщины играют тройную роль: домашние обязанности, продуктивная работа и общественная деятельность, которые часто должны выполняться одновременно. Гендерные роли и обязанности различаются между культурами и могут меняться с течением времени. Практически во всех обществах роли женщин, как правило, недооцениваются.

Список источников

1. <http://www.monash.edu/>
2. <http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/Gender-Mainstreaming.pdf>
3. <http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/e65237.pdf>
4. <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/GMS.PDF>

Стоян А. О.,
ХНМУ

ВПЛИВ ПСИХОГІЄНИ ТА СОЦІАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА НА ПСИХІЧНИЙ СТАН ЛЮДИНИ

У наш час дуже актуальною залишається тема впливу середовища та психогієни на психічний стан людини та розвиток суспільства. Людина дедалі більше цікавиться психологічними аспектами цієї проблеми. Постають питання соціального розвитку людини та її адаптації до суспільного життя. Людина частіше за все стає особистістю тільки при постійній взаємодії із середовищем.

У нашому суспільстві соціальний фактор психічного розвитку – це певна сукупність умов навколишнього середовища, з якими людина стає індивідом. Не дивно, що з розвитком дитини перш за все змінюються умови її життя, і тому досить важливо пристосовуватися до умов життя, і з точки зору соціуму. Вчені довели, що саме вплив соціального середовища на психічний розвиток дитини, підлітка або дорослої людини забезпечує певну соціалізацію.

З набуттям певних знань та вмій людина проходить стадії соціальної адаптації. По-перше, змінюється погляд на життя, певні вподобання або ставлення до оточуючих. Кожна людина є індивідуальністю, але ми не повинні забувати і про її психічний розвиток. Нервова система людини збирає всі потреби та емоції і фіксує їх у певних формах поведінки. Звичайно, кожен з нас розуміє, що психічний розвиток будь-якої дитини на початковому етапі залежить саме від виховання, але наукові експерименти довели, що психічний стан майбутньої людини формується за певних умов та середовища.

Зрозуміло, що на психічний розвиток дитини впливає не все середовище, а тільки та його частина, з якою індивід вступає в контакт. Насамперед психіку людини формує єдність умов. Середовище впливає на психологічний розвиток людини завдяки певним історичним засобам, які притаманні лише людству.

Проте досконало навчити людину психічним аспектам неможливо без знання психогігієни. Це доволі велика складова нашого суспільного життя.

Психогігієна – це насамперед певна сукупність практичних заходів і наукових знань, яка спрямована на майже досконале зміцнення та збереження психічного розвитку людства. У сучасному суспільстві основне її завдання полягає у формуванні та постійній підтримці психічного стану людини. Вона поєднує в собі психотерапію та уникнення психічних розладів. Дуже близькою до психогігієни в нашому соціальному середовищі є психологія самого здоров'я, оскільки людина сприймає психічний розлад саме через психологію здоров'я та аспекти, які пов'язані саме з цим питанням.

Психогігієна повинна містити й аспекти статевої гігієни, яка повинна розвиватися в підлітковому віці. Адже розуміння навіть таких речей як взаємовідносини між жінкою та чоловіком, у подальшому житті формує нашу психогігієну та наш психічний розвиток у цілому. Кожній людині притаманна певна психологічна позиція щодо життя в соціумі. Жінка бачить своє відношення до середовища з одної точки зору, а чоловік зовсім з іншої. Дитина безпосередньо сама формує певні психологічні аспекти життя через почуття, дотики, емоції. Стадія соціального саморозвитку – доволі важка праця, адже важливо увібрати в себе якомога більше знань, щоб потім бути спроможним проаналізувати деякі аспекти та відокремити для себе головне.

Отож, кожен з нас – це певний індивід соціуму з різним психологічним розвитком. Безсумнівно, дуже важливо намагатися постійно підтримувати та збагачувати цей розвиток задля існування в середовищі та сучасному суспільстві.

Стоян А.О.,
ХНМУ

ЗДОРОВЬЙ ПОЛ РЕБЕНКА – НАШЕ СВЕТЛОЕ БУДУЩЕ

Сегодня мы не задумываемся о вопросе пола будущего ребёнка, но как показывает практика, пол – важная составляющая развития будущего ребёнка, подростка, взрослого человека. Каждый из нас совершенно по-разному воспринимает это понятие и поэтому подход у каждого человека разный. Сегодня мы далеко не всегда стремимся постичь самого себя с раннего возраста, поэтому чаще всего даже не задумываемся, как будет влиять пол ребёнка на его будущее, социальное и духовное развитие.

В наше время ученые доказали, что выносить мальчика женскому организму значительно тяжелее, чем девочку. Можно сказать, что никаких явных симптомов при этом не проявляется. Исследователи впоследствии установили, что девочки меньше подвержены влиянию стресса после появления на свет, но иммунная система матери страдает больше, если она вынашивает девочку. Об этом свидетельствует эксперимент, в котором

принимали участие около 85 беременных женщин с разной продолжительностью срока беременности.

В нашем мире всё взаимосвязано, поэтому философия также тесно переплетается со здоровьем человека. О каких духовных и моральных качествах можно говорить, если во время беременности молодая мама курит, употребляет наркотики, алкоголь, неприлично выражается? Ответ на этот вопрос у каждого свой. Ребёнок уже с начала своего развития в организме матери начинает впитывать не только вредные химические вещества и никотин, но и духовное состояние матери, её восприятие мира. При этом эмоциональная составляющая играет далеко не последнюю роль. Для будущей матери очень важен здоровый образ жизни и её духовное развитие. Также следует поддерживать тонус, меньше испытывать какого-либо рода напряжение. Если этого не происходит, дети рождаются с многочисленными пороками развития.

Чаще всего причиной того или иного заболевания является именно мать с нарушениями работы желез внутренней секреции и надпочечников. Основными могут быть пороки сердца, мозга, половых органов. В наше время будущих родителей ребёнка очень сильно волнует вопрос врождённых пороков у мальчиков. Эти пороки чаще всего связаны с половыми органами. К ним относятся: уменьшение размеров (микрофалия) или деформация половых органов (гипоспадия). Эти пороки при своевременном обнаружении могут быть излечимы.

Именно мать должна готовиться к появлению ребёнка на свет не только с общепринятой точки зрения, а и с точки зрения философии. Важно переосмыслить аспекты жизни будущего ребёнка, разобраться в себе. Тогда и организму, и ребёнку будет легче преодолеть любые трудности. Как показывает жизнь, будущий ребёнок должен воспитываться уже с момента внутриутробного развития. Мать должна постоянно контактировать с ребёнком, чаще общаться, правильно готовить его к будущей жизни в обществе, используя для этого самые разнообразные методы.

Каждая болезнь человека — это своего рода испытание не только для себя, но и для семьи. Любой порок развития будущего малыша — это определённый урок нашей жизни, который мы заслужили. Это урок познания самого себя, урок любви, терпения, понимания. Восприятие ребёнка родителями должно быть объективным, они должны любить его ещё с момента начального этапа его развития. Ведь именно здоровый пол и есть наше светлое будущее.

Сухарева Л.П.
ХНМУ

УЛИЧНЫЕ ПРОФЕМИНИСТСКИЕ АКЦИИ В УКРАИНЕ: АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Феминистское движение — это организованная борьба, направленная, в первую очередь, на достижение равенства политических, экономических и других прав и возможностей женщин. Уличные профеминистские акции — одна из активистских форм, призванная привлечь внимание

общества, органов государственной власти и местного самоуправления к существующим гендерным дискриминациям.

Активная борьба за права женщин, как известно, исторически начиналась именно с феминистских движений. В Украине подобное движение сегодня проходит этап своего активного становления, и как раз уличные акции позволяют анализировать его видимую активность.

Внимательное изучение профеминистских уличных маршей, прошедших в Украине 8 марта 2017 года, позволяет выделить ряд их особенностей. Так, например, во Львове в такой акции приняло участие около 100 человек, среди которых было и несколько десятков мужчин. «8 марта – не праздник, а день борьбы. Общество должно говорить о женских достижениях и женских проблемах» – вот главный лозунг мероприятия.

В Киеве марш прошел под слоганом «Нет насилию всех форматов». Участвующие, а их было более 100 человек, выступили с требованиями ратифицировать Стамбульскую конвенцию, ужесточить наказание виновников домашнего насилия, предоставить государственную помощь их жертвам. Участников и участниц женского протеста радикалы облили зеленкой и кефиром, обвинив, среди прочего, даже в пропаганде гомосексуализма. Похожая история произошла в тот день в Ужгороде, где немногочисленная акция была сорвана такими же радикально настроенными молодыми людьми, выступившими против агитации за якобы «нездоровые отношения» к семье.

В Харькове профеминистские акции были, как мне кажется, более результативными и не ограничились маршем протеста. Здесь прошла Неделя Женской Солидарности – ежегодный мартовский социально-образовательный проект. В 2017 году он был посвящен экономическому равенству женщин и мужчин. Участвующие выступили против гендерных маркеров на работе, негласного права работодателя задавать вопросы о личной жизни и семейных планах при приеме на работу, ограничений по полу и возрасту в объявлениях о вакансиях, увольнения женщин по причине их материнства. В уличном марше в сопровождении полиции участвовало более 140 человек, в том числе немало мужчин. К маршу присоединились представители антифашистского движения с лозунгом «Нет фашизму, нет сексизму!». Содержание основных плакатов акции было следующим: «Різність. Рівність. Сестринство», «Всі різні – всі рівні!», «У професій нет гендера», «Ты никогда не будешь хороша для патриархата», «Ценность труда не зависит от гендера», «Квіти – клумбам, жінкам – рівні можливості», «Равенство грядет», «Татівство теж батьківство» и другие. Марш широко и довольно объективно освещался харьковскими и всеукраинскими медиа.

Анализ прошедших профеминистских акций показал, что украинское феминистское движение пока что является весьма малочисленным, его участники и участницы в разных регионах страны не имеют пока что единых

скоординированных целей, не отстаивают идентичных форм и методов борьбы с патриархатным обществом. При этом отношение подавляющего большинства «сторонних наблюдателей» к таким уличным акциям вследствие недостаточной информированности пока что достаточно скептическое.

Но несмотря на все это, на мой взгляд, участники и участницы таких уличных акций способны инициировать «пересмотр» устоявшихся гендерных стереотипов значительной части украинского общества. Как минимум, акциям удалось, в том числе и через СМИ, привлечь широкое внимание к проблеме гендерной дискриминации, что лишний раз подтверждает: уличные профеминистские мероприятия обладают в Украине большим и пока что недооцененным потенциалом с точки зрения порождения реальных социальных изменений и формирования мощного гражданского общества.

Сырчина В. О.,
ХНМУ

СОЦИАЛЬНАЯ СРЕДА И ПСИХОГИГИЕНА ПОЛА СТУДЕНТОВ

В наше время для многих молодых людей актуальная задача – получить образование и реализоваться в желаемой отрасли. Однако некоторые не подозревают, что на пути к достижению этой цели они могут столкнуться не только с физическими, но и с психологическими трудностями, которые они не смогут в какой-то момент «выдержать». Различные стрессы, постоянное воздействие неблагоприятных факторов образовательной среды вуза (чрезмерная нагрузка, неправильное питание, сложность в самоорганизации) могут вызывать психосоматические заболевания (например, ИБС, стенокардия, сахарный диабет, эссенциальная артериальная гипертензия). Они сопровождаются ухудшением психической устойчивости и психоэмоционального состояния организма. Предупреждение этих проблем – одна из основных задач психогигиены умственного труда.

Умственный труд должен длиться не более 4 часов без перерыва, желательно в наиболее продуктивное время (в первую половину дня). Отрицательно влияет частое отвлечение на телефонные звонки, шум, употребление тонизирующих напитков, таких как кофе и крепкий чай. Благоприятно сказывается чередование умственного труда с физическим. Также благоприятно влияет использование технических приспособлений для облегчения работы.

Очень важное практическое значение имеет гендерное отличие реагирования на различные раздражители. Так, у девушек отмечается более высокая самооценка уровня стрессоустойчивости (16 %), чем у юношей (около 9 %). Реактивная реакция организма в конце учебного года у студентов на неблагоприятные факторы образовательной среды выше, чем у студентов (92 и 67 % соответственно). Несмотря на такую разницу в по-

казателях, у студентов разной половой принадлежности частота функциональных нарушений со стороны нервной системы примерно одинакова*.

Заболеваемость студентов в значительной мере отражает влияние производственной деятельности и условий жизни на организм. Способность студентов разной гендерной принадлежности сопротивляться стрессовым факторам во многом зависит от личностного отношения к социальной среде и личностных качеств, таких, как тревожность, личностные качества и отношение к социальной среде, поэтому в различных вузах эти показатели могут варьироваться.

Важную роль в здоровье студентов играет адаптация, которая проходит в три этапа. Первый этап включает I, II курсы. Он наиболее трудный, так как I курсу у многих студентов предшествует сдача выпускных экзаменов в школе, все студенты сдавали вступительные экзамены часто без летнего отдыха. Второй этап – период полной адаптации к новым условиям, когда показатели успеваемости наиболее высоки и стабильны. Это III курс. На старших курсах нагрузка возрастает в связи с присоединением новых факторов – создание семьи, необходимость совмещать работу с учебой, участие в студенческих научных кружках, большая общественная работа и т. д. Заболеваемость студентов в значительной мере отражает влияние производственной деятельности и условий жизни на организм.

Социальная сфера играет важную роль в жизни любого студента, как девушек, так и юношей. Выяснено, что психоэмоциональный стресс наиболее деструктивен в начальный период обучения. Реактивная реакция организма студентов выше в начальный период обучения, особенно у девушек. Но подвержены психосоматическим заболеваниям как девушки, так и юноши.

Сичова Я. В.,

ХНУ ім. В. Н. Каразіна

НЕРІВНИЙ ШЛЮБ ЗА ВІКОМ: ГЕНДЕРНИЙ ВИМІР

Інтеграція України в європейський та євроатлантичний простір потребує створення для жінок і чоловіків рівних умов реалізації своїх можливостей як у соціально-політичному, економічному, культурному, так і у сімейному житті.

Простежується тенденція до зниження кількості шлюбів, а також розповсюджуються типи сучасних нововведених шлюбів, які мають значні відхилення від традиційних. Збільшується кількість так званих нерівних шлюбів, тобто таких, які створені між людьми різних вікових категорій, статусів, майнових станів, рас, віросповідань, освітніх рівнів. Але в біль-

* Психогігієна статі / Електронний документ. – Режим доступу: <http://studopedia.org/12-67782.html>

шості випадків в нерівному шлюбі чоловік або дружина старша за свого партнера на 10 років і більше [3, С. 157].

Нерівний шлюб підпадає під один із самих неприйнятних шлюбів у суспільстві. Здебільшого, нерівний шлюб сприймають за девіантну поведінку [1]. Прихильники гендерної рівності вважають такий шлюб недовговічним.

Гендерна рівність – рівний правовий статус жінок і чоловіків та рівні можливості для його реалізації, що дозволяє особам обох статей брати рівну участь у всіх сферах життєдіяльності суспільства. Поняття «гендерна рівність» не суперечить можливостям жінок і чоловіків самореалізуватися в нерівних за віком шлюбах. Сьогодні в Україні кожна шоста пара, різниця у віці якої складає 15-20 років, прагне офіційно задекларувати свої стосунки [3, С. 157].

Дослідниця І. Хох аналізувала психологічну задоволеність шлюбом представників 40 сімей. Перша група була представлена різновіковими парами (різниця у віці подружжя склала – 10–15 років), друга група – некритичними за віком (різниця 0–3 роки) парами, що можна позначити, як моновікові [4].

Як виявилось, у різновікових парах явно виражене бажання обох членів подружжя, аби дружина займалася господарством, материнством і таке ін. Це є одним із традиційних гендерних стереотипів. Проте, якщо жінку задовольняє такий спосіб самореалізації, то це не буде обмеженням її свободи. Водночас спрямованість дружин на поєднання професійних інтересів і сімейних обов'язків знаходить підтримку й розуміння у чоловіків. Соціопитування виявило, що у нерівному шлюбі старші чоловіки більше задоволені подружнім життям, ніж у моновікових шлюбах [4]. Факторами міцності подружнього життя у даному виді шлюбу вони вважають сексуальні стосунки та привабливість своєї дружини. Водночас для жінок у нерівному шлюбі за віком одним із чинників міцності сімейних відносин є задовільне матеріальне становище [4].

Серед моновікових шлюбів кількість розлучень досить висока. Причинами незадоволеності шлюбом є: 1) претензії на перевагу, постійні сварки через право на домінування, бо ніхто не хоче відчувати себе пригнобленим; 2) вплив родичів (втручання до подружнього життя); 3) інтимна незадоволеність. У моновікових шлюбах переважна більшість жінок не задоволена матеріальним становищем. Тут факторами міцності подружніх стосунків стають почуття, культурне збагачення разом із партнером та спільний розвиток [4].

Таким чином, не дивлячись на вікові відмінності у нерівних шлюбах, кожний із подружжя в рівній мірі відповідає за свій вибір, за свої рішення, має створювати умови для гармонійних сімейних відносин.

Література

1. Голод С. И. Семья и брак: историко-социальный анализ / С. И. Голод. – СПб. : ТООТК «Петрополис», 2003. – 216 с.
2. Дмитриенко А. К. Социально-психологические факторы стабильности брака в первые годы супружеской жизни: Автореф. дис. ... к. психол. н./ А.К. Дмитриенко.– К., 2001. – 21 с.
3. Лесін А.І. Нерівний шлюб – серйозне соціальне випробування чи друге дихання? / А.І. Лесін // Здоровье мужчины. – 2011. – № 4. – С. 156–159.
4. Хох И. Р. Специфика психологической удовлетворенности супругов в неравном браке / И. Р. Хох // Современная психология: материалы III междунар. науч. конф. (г. Казань, октябрь 2014 г.). – Казань: Бук, 2014. – С. 78–82.

Татьянченко Ю.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Турбота про власне здоров'я – це важливо для кожного. Але що є здоров'я? Ще в давнину що до ролі способу життя, гігієнічного режиму і здорового харчування Гіппократ казав: «Яка діяльність людини, його звички, умови життя, таке і його здоров'я?» [1, С. 1]. Античний філософ сформулював основні правила ЗСЖ (здорового способу життя): помірність в їжі, статевому житті, щоденні фізичні вправи та розумові навантаження, утримання від вживання алкоголю й наркотичних речовин, веселі щоденні танці. У своєму житті він суворо дотримувався цих принципів.

Сьогодні жінки в Європі мають однакові з чоловіками права і свободи, тому будь-які дії або розмови на тему диференціації розвитку за статевою ознакою можуть бути розцінені як дискримінаційні. У суспільстві склалася думка, що гендерні відмінності у розвитку і формуванні якщо і є, то зовсім незначні, а на практиці на них не варто звертати увагу, але це хибна думка. Тому зараз тема гендерної проблеми формування здорового способу життя вважається досить актуальною.

Це приводить до висновків, які вважалися у традиційній педагогіці природними і не викликали сумнівів: дівчаток і хлопчиків слід готувати до виконання запропонованих їм функцій і призначених ролей, спираючись на закладені природою особливості їх організму і пов'язану з цим специфіку розвитку і формування. Наприклад, при роботі з вихованками орієнтуватися на ролі, які дівчатка опановують або їм доведеться їх освоїти – господиня, мама та інше. Дослідження зарубіжних психологів, таких, як Карен Хорні, Вірджинія Сатир, довели, що хлопчики і дівчатка розвиваються нерівномірно, вони по-різному засвоюють матеріал, реагують на різні події, переживають. Саме на цьому засноване роздільне навчання. Гендерний підхід у навчанні ґрунтується на принципі статевої «диференціації». З точки зору психології термін диференціація визнача-

ється як внутрішньогруповий процес – становище, статус членів даної спільності (групи, колективу тощо), де кожен займає певне положення – з позицій авторитету займаної посади та ін. Статєва диференціяція – це сукупність генетичних, морфологічних та фізіологічних ознак, на підставі яких розрізняють чоловічу та жіночу стать; фундаментальна і універсальна властивість живого пов'язана з функцією відтворення собі подібних.

В античному світі з'являються перші концепції здорового способу життя: пізнай себе, піклуйся про самого себе [2, С. 26]. Великі мудреці Китаю Лао-Цзи, Конфуцій, кажучи про мудрий добробут життя, підкресливали значущість здорового і гармонійного існування.

Стосовно цього є проблема з дотриманням ЗСЖ підлітками. Молоді властивий інстинктивний потяг до групування з однолітками, де виробляються навички соціальної взаємодії, вміння підкорятися колективній дисципліні, вміння завойовувати авторитет і займати бажаний статус. Поведінка підлітка регулюється його самооцінкою, а самооцінка формується в ході спілкування з оточенням, перш за все з однолітками, задля потреби бути прийнятним і визнаним у колективі, мати друга. Сучасна молодь дотримується досить веселого способу життя. Близько 65 % майже щотижня відвідують дискотеки, бари, кафе та ін. Відвідування таких закладів сприяє вживання алкоголю, наркотиків та нікотину. Було з'ясовано, що близько 45 % молоді купують цигарки та пиво щодня, що природно згубно впливає на здоров'я.

На закінчення можна зробити висновок, що здоровий спосіб життя для молодих людей має ґрунтуватися на принципах моральності, бути раціонально організований, активний, трудовий, захищати від несприятливих впливів навколишнього середовища. Важливим також є врахування статі у розвитку індивідуума. Це дозволить до глибокої старості зберігати моральне, психічне і фізичне здоров'я.

Література:

1. Научные подходы к изучению здоровья и здорового образа жизни. [Электронный ресурс]: <http://www.refbzd.ru/viewreferat-2832-1.html> .

2. Татарникова Л. Г. Введение в педагогику здоровья: научно-методическое пособие; Санкт-Петербург. Ун-т пед.мастерства. Каф. Валеологии. –Санкт-Петербург: [б.и.], 2006. – 26 с.

Титаренко А. Н., Чупрун В. В.,
ХНМУ

НАРУШЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО ПАРИТЕТА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Прошедшая эпоха явилась в этом плане эпохой невиданного доселе в истории развития цивилизации лицемерия борьбы за искоренение всех форм дискриминации и расизма в отношении расовых, этнических, религиозных, сексуальных групп и, конечно же, женщин. В итоге на начало

XXI века оформилась одна единственная группа населения, дискриминация в отношении которой является не просто легитимной, но и во многих случаях желательной и даже обязательной. Эта группа – белые, гетеросексуальные мужчины, преимущественно из среднего класса, то есть те, кто производит 80–90 % ВВП своих стран. Не правда ли это напоминает рабовладельческую демократию времен Древней Греции и Древнего же Рима, когда свободы, права, благополучие их граждан обеспечивалось трудом тысяч бесправных рабов? Точно так же и сегодня: мужчины трудятся подчас в самых тяжелых и вредных условиях, часто на нескольких работах, а недавно освободившиеся "рабы" получают льготы, пособия, квоты, привилегии, поддерживаемые за счет принудительного изъятия средств из результатов труда мужчин и их искусственного перераспределения к упомянутым категориям. Система раскручена и установлена повсеместно во всех странах, исповедующих западную демократию или стремящихся ее исповедовать, и Украина в этом плане не исключение. Все принимаемые документы на государственных и международных уровнях мужчин не касаются. На здоровье мужчин средств тратиться в несколько раз меньше, чем на здоровье женщин.

Фундаментальные нарушения прав мужчин, такие, как лишение отцовства, принуждение к воинской повинности или нежелательному отцовству, не признаются как нарушение прав и даже не рассматриваются и не упоминаются.

Лучше всего об этом сказал американский правозащитник Уоррен Фаррелл. В одном из интервью он сравнил положение нынешнего американского мужчины с положением раба времен рабовладельческого строя в США: "У раба могли забрать детей, не спросив на то его согласия; у мужчин отбирают их собственных детей, не спрашивая их согласия. До сих пор мы все еще говорим женщинам, что они имеют право на детей, а мужчинам мы говорим, что они должны бороться за детей... Рабов уже нет, а для мужчин это верно и сейчас."

За те же преступления мужчина получает более суровые наказания, чем женщина, а в споре с женщиной действует правило: женщина всегда права, мужчина виновен по определению. И список этот продолжать можно бесконечно.

Сразу же возникает один интересный вопрос, почему же мужчины сами не выступают за свою свободу. Ну, во-первых, многие выступают, но идеи феминизма парадоксально переплелись в основном с традициями Патриархата, воспитывающими мужчин, с одной стороны, молчать о своих проблемах, как подобает «настоящему мужчине», или, иначе говоря, «мальчики не плачут», с другой стороны, заботиться не о себе, а об окружающих, в первую очередь, даже ценой своей жизни. Поэтому, когда мужчинам днем и ночью внушают, что тяжела «женская доля», естественное стремление мужчин облегчить ее, а когда ему вдобавок внушают, что это

он виноват в сем факте, столь же естественная реакция каждого нормального мужчины испытать стыд и порыться в поисках своей вины, и найти ее, что несложно, поскольку безгрешных людей не бывает. К сожалению, на мужском молчании и не сопротивлении держится современный расизм, он эксплуатирует самые лучшие человеческие, то есть мужские качества, такие, как честь, порядочность, ради достижения своих мерзких целей. Правда состоит в том, что честь и порядочность не имеют права мириться со всем описанным выше.

Ткемаладзе Д. Ю.,
ХНМУ

ЭВОЛЮЦИЯ ГЕНДЕРНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

Мужчина и Женщина – такие разные и такие похожие существа. С давних времен складывались их образы. Вот самые типичные из них: Мужчина – защитник, добытчик, с развитой мускулатурой и густой растительностью на лице, держащий топор в руке, если он воин и готов отдать жизнь за свою семью, или подзорную трубу, если он бесстрашный первопроходец, исследующий неизведанные, опасные места. И позади таких героев стоят спокойно Женщины, зная, что они в безопасности за такой «стеной», поддерживая и делая своих мужчин только сильнее; созданные для любви и ласки, красивые и нежные, на первый взгляд беззащитные, но это не так: они даже храбрее, чем мужчины; держа на руках ребенка, воспитывая его, делая из него человека, они готовы пожертвовать многим, чтобы сохранить семью.

Именно такой картиной роли мужчины и женщины можно описать все предыдущие века нашего человеческого существования. Но в новейшее время, во время убыстряющегося обмена информацией, высокого темпа развития, превышающего темп развития многих веков, вместе взятых, все уже изменилось. Граница между женским и мужским потихоньку стирается. Связано это со свободой, которую мы получили, и не зная, как ею распоряжаться, пытаемся выделиться, обратить на себя внимание, приписывая себя к различным субкультурам, кругу людей, которых уже меньше, тем самым увеличивая шансы на внимание со стороны других людей, а в нашем случае, примеряя с интересом роли друг друга: женщина мужскую, мужчина женскую.

Можно выделить несколько этапов стирания границы между мужским и женским:

1. «Этап одинаковых прав». Он начался где-то со второй половины XX века, когда женщины уравнились в правах с мужчинами: получают такое же образование, становятся такими же добытчиками, как и мужчины, занимая рабочие места там, где раньше были только мужчины.

2. «Этап роли». Запреты на однополые браки, смену пола вызывает возмущение у людей действительно с такой ориентацией, таких людей немного. Опираясь на свободу выбора и свободу слова, они привлекают

не безразличных к свободе, но с традиционными взглядами, людей, а те, пытаясь поддержать первых, перевоплощаются, играют их роль для поддержки и доказательства того, что они не психически больные, как это считают власти, а нормальные, что их большое количество. Так борющиеся за свободу люди отстаивали права меньшинств, они сыграли свою роль и вернулись к своей традиционной жизни. Именно на этом этапе начинается стираться граница между мужским и женским, многие начинают применять нетрадиционную роль уже не для борьбы за права, а для привлечения внимания, но, хорошо присмотревшись, можно заметить фальшивость. Это приводит к следующему этапу

3. «Этап внедрения». Новое поколение растет на убеждениях, что они могут выбирать себе пол и ориентацию. Они уже не играют роль, как это делали люди на предыдущем этапе, а считают этим частью жизненного выбора. Мы сейчас находимся на начале этого этапа: в некоторых странах это уже практикуется. Растет тенденция по смене пола, создаются нетрадиционные семьи.

4. «Этап полного исчезновения границ». Относительно будущего мы можем предполагать, что не будет уже различий между мужским и женским или оно будет, но небольшим. Слияние моды, родов занятий, увлечений, хобби приведет к появлению чего-то среднего между мужским и женским.

Хорошо это или плохо, решать каждому из нас. Мир не стоит на месте, все меняется: то, что раньше считалось неприемлемыми, сейчас является эталоном, и то, как мы воспринимаем мир сейчас, не гарантирует, что в будущем мы не будем воспринимать его по-другому. Благодаря быстрому обмену информацией мы можем находить близких по «странностям» людей, объединяясь вместе менять мир, в котором эта странность становится нормой.

Трегубенко А. Р.,
ХНМУ

ФЕНОМЕН «ТРЕВОЖНОСТИ»

У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Актуальность. Под термином «тревожность» подразумевается личностная черта, которая заключается в способности ощущать тревогу в условиях повышенной физической, эмоциональной и другой нагрузки. Выделяют ситуативную тревожность (состояние человека в определенный момент в связи с конкретной ситуацией), характеризующую и личностную, которая является устойчивым качеством психики. Чаще всего тревожность более высока у девушек. Также существует три уровня тревожности: низкий, умеренный и высокий. Это индивидуальная психологическая особенность, которая может быть субъективным проявлением неблагополучия личности и указывает на высокий риск развития неврозов и психосоматических заболеваний. Процесс обучения в медицинских

вузах подразумевают высокую интеллектуальную и эмоциональную нагрузку, которая не всегда адекватна психоэмоциональной готовности студентов. Такое несоответствие учебной нагрузки и состоянию психики может привести к снижению процессов адаптации, уменьшению эффективности обучения и развитию психосоматической патологии.

Целью данного исследования является изучение уровня тревожности у студентов III курса медицинского вуза в зависимости от пола в связи с наибольшим уровнем учебной нагрузки.

Материалы и методы. Нами было опрошено 34 студента III курса лечебного факультета ХНМУ. Среди них 18 парней в возрасте 19–20 лет и 16 девушек в возрасте от 19 до 22 лет. Анкетирование проводилось с использованием опросника Спилбергера-Ханина, который включает в себя шкалы ситуативной и личностной тревожности.

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что для 71,4 % студентов III курса характерен высокий уровень тревожности, причем у девушек это показатель был более выражен больше, чем у парней. При этом у 10 % из них выражена ситуационная тревожность (из них 7 % девушек и 3 % парней), в 40 % случаев преобладает личностная тревожность (27 и 13 % соответственно), а у 50 % студентов повышен уровень и личностной, и ситуативной тревожности, (32 и 18 % соответственно), что говорит о нестабильном личностном развитии этих студентов. В то же время у 14,2 % студентов присутствует низкий уровень ситуативной тревожности на фоне умеренной личностной тревожности, что также отрицательно влияет на развитие личности.

Выводы. Таким образом, для студентов III курса медицинского вуза характерен высокий уровень тревожности, причем это показатель более выражен у девушек. Это отрицательно влияет на развитие личности и приводит к развитию психосоматической патологии, что делает целесообразным проведение психокоррекционной работы среди студентов, которая должна проводиться с учетом не только личностных особенностей студентов, но и с учетом гендерной принадлежности.

**Труш О. М., Труш А. М.,
ХНМУ**

НЕОДНОЗНАЧНІСТЬ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ

Гендер – це соціально-біологічна характеристика, через яку визначаються поняття «чоловік» і «жінка», їх соціокультурні ролі як особистостей. Це уявлення про стать, яке формується в процесі здобуття індивідуального досвіду. На формування гендерних відмінностей впливають сімейне виховання, школа, взаємодія з суспільством.

Гендерні стереотипи – це сформовані соціумом узагальнені уявлення про те, як мають себе поводити чоловіки і жінки. Поява гендерних стереотипів обумовлена тим, що історично модель відносин між чо-

ловіком і жінкою будувалась так, що статеві відмінності переважали над індивідуальними.

Стереотипи поведінки жінки і чоловіка виступають як еталон.

Гендер може зазнавати певних змін разом з розвитком культури і соціуму. Наприклад, ще в XIX столітті вважалося, що жінка носить сукні і довге волосся, а чоловік – штани і коротку зачіску, але зараз ці речі не є ознакою гендеру. Нас від самого дитинства привчають до гендерних стереотипів, вказуючи, як треба поводитись хлопчикам, а як – дівчаткам: «не бійся, ти ж дівчинка», «не плач, ти ж хлопчик» тощо. Сьогодні гендерні стереотипи все ще відіграють велику роль у свідомості людей. Кожен чітко може вказати на відмінності між чоловіком і жінкою, і хто яке місце в суспільстві «має займати».

Основна думка багатьох – чоловік має матеріально забезпечувати сім'ю, займатись суто чоловічими видами спорту (які визнані більшістю людей), має бути опорою для жінки, відважним, сильним. А жінка ж має дбати про добробут сім'ї, займатись домашніми справами, дбати про дітей. Вона має бути доброю, поступливою, зовнішньо привабливою, не мати шкідливих звичок.

З одного боку, ми можемо погодитися з цією думкою, адже все-таки не дарма існує дві біологічні статі, і не дарма вони відрізняються за морфологічними, фізичними ознаками. Жінка – це особа, основне призначення якої народжувати, і тому в неї повинно бути бездоганне здоров'я, щоб народити здорове потомство. Значить, вона має дбати про себе, не виснажувати свій організм постійними стресами на роботі, тяжкою фізичною працею. Погодимось, що дивно бачити жінку-будівельника, сантехніка, шахтаря, а чоловіків у ролі перукарів, медичної сестри, вихователів дитячого садочка. Чоловік – це сильна стать, він має дбати про достаток сім'ї, щоб у жінки було більше часу для домашніх справ. Не дарма природа нагородила чоловіків міцнішою статуєю, більшими фізичними можливостями, тому військову службу зобов'язані проходити лише чоловіки, аліменти виплачуються жінці, пенсійний вік у чоловіків більший, ніж у жінок.

З іншого боку, дуже погано, що в нашому суспільстві є гендерні стереотипи. Вони формувались історично і ще досі повністю не зруйновані. Ще з давніх часів жінка була залежною від чоловіка, не мала жодних прав. Ці стереотипи досі мають велике значення в суспільстві. Багато людей недовірливо ставиться до жінок, які стали політиками, академіками, мають власний бізнес. Можемо з упевненістю сказати, що дарма вони так думають! Відомо багато жінок, які здобули визнання і в науці, і в політиці, і в різних видах спорту (навіть тих, що традиційно визнані як чоловічі). Наприклад, Л. Т. Малаєва – доктор медичних наук, професор, академік НАНУ; А. Меркель – перша жінка федеральний канцлер Німеччини; Я. Клочкова – українська спортсменка, чотирікратна олімпійська чемпіонка з плавання.

Отже, сформований протягом століть ідеальний образ жінки не повністю відповідає викликам сучасної дійсності, він відображає гендерні стереотипи традиційної сім'ї, які сучасною молоддю сприймаються як певний стандарт. Така невідповідність життєвих реалій і гендерних стереотипів як ідеальних зразків наслідування може призводити як до внутрішньо-особистісних, так і до міжособистісних гендерних конфліктів. Тому, ми можемо говорити про нестачу гендерної освіти. Кожен сам вирішує, що для нього краще: вибрати певні стандарти чи руйнувати стереотипи.

Форостьян К. С.,
ХНМУ

ГЕНЕТИЧНО МОДИФІКОВАНІ ПРОДУКТИ ТА РЕПРОДУКТИВНІ МОЖЛИВОСТІ ЛЮДЕЙ

Виробництво продуктів з використанням генетично модифікованих організмів (ГМО) зростає у світі величезними темпами. Продукти з ГМО не відрізняються від звичайних ні смаком, ні кольором, ні запахом. Їх використовують для виробництва ковбас, сосисок, сиру, консервів, пива, чіпсів, різних соусів, супів швидкого приготування, шоколаду, сиропів та навіть дитячого харчування.

ГМО були введені в 1996 році, і з тих пір кількість хронічних захворювань зросла з 7 до 13 %, а харчова алергія у два рази. Актуальність даної теми дослідження визначає такі фактори, як дезінформованість населення у сфері впливу ГМО на організм людини та комерціалізація теми і використання її як засобу реклами у великих харчових компаніях.

Дослідження, проведені біотехнологічними компаніями, що виготовляють ГМ культури, які вони тримали в таємниці як конфіденційну ділову інформацію, показали, що різні види харчів та кормових культур негативно позначилися на деяких видах тварин. У ході наукових досліджень було встановлено, що у пацюків, які споживали модифіковану картоплю, почав знижуватися імунітет. Після споживання генетично модифікованих овочів у тварин були знайдені порушення тканин шлунку, зменшився об'єм мозку, виникло ураження печінки, селезінки, кишкового тракту і статевих залоз.

З кожним днем з'являються нові наукові дані, що підтверджують факти негативного впливу ГМО на піддослідних тварин, у яких всі процеси в організмі протікають набагато швидше, ніж у людини. Більше 90 % харчових алергій виникають у відповідь на наявність у їжі специфічних білків молока, яєць, пшениці, риби, горіхів, арахісу, сої тощо.

Провідні сільськогосподарські компанії, і в першу чергу Сполучених Штатів, прагнуть створити для себе нову нішу на світовому ринку, а тому зробили ставку на генетично-модифіковані рослини. Одна компанія «Монсанто» контролює 90 % світової торгівлі ГМО.

Офіційно жодного виду генно-модифікованих рослин в Україні не вирощують. Але... Нещодавно лабораторія генетично-молекулярних досліджень Укрметрестстандарту провела дослідження і виявила, що в торгових мережах Києва вільно продаються м'ясні продукти, які містять генно-модифіковану сою.

Таким чином, стає очевидним той факт, що негативний ефект ГМО значно перевищує його гіпотетичні позитивні сторони. Впровадження ГМО вигідне, в першу чергу, великим корпораціям, які намагаються заробити надприбутки на здоров'ї своїх споживачів, а споживачі нічого не підозрюючи, дають ввести себе в оману, безповоротно пригнічуючи не лише своє здоров'я, а й генотип, що, очевидно, відіб'ється й на життєдіяльності їх нащадків.

Література

1. Інформаційний портал про ГМО в Україні:

<http://www.progmo.com.ua>

2. Парнікоза І.Ю. Генетично модифіковані організми: надія людства чи страшна помилка? // Країна знань. – 2005. – № 1. – С. 36

3. Стаття наказу Міністерства екології та природних ресурсів України «Щодо встановлення критеріїв оцінки ризику потенційного впливу генетично модифікованих організмів на навколишнє природне середовище» www.menr.gov.ua/.../ARV_PR_Nakazu

Хильчевский Б. С.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КАРЬЕРЫ ВРАЧА

Сегодняшние реалии нашего социума красочно иллюстрируют нам социальное и гендерное неравенство, а также постоянный рост пропасти между бедностью и богатством. Можно найти большое количество причин этих закономерностей, но самой важной из них, несомненно, является менталитет народа. Тенденции достижения успеха в карьере врача в нашем обществе зависят от многих факторов, в том же числе и от гендерных.

Уметь ставить цели и достигать их – очень хорошее качество для человека. Порой именно этого не хватает талантливым, умным, потенциальным личностям, чтобы достичь успеха и исполнить задуманное. А порой решающую роль играет везение, полезные знакомства или связи, умение подать себя или же нечестные способы достижения целей. Но иногда даже половой признак играет ключевую роль. Главным образом, это касается того, что женщине очень редко удаётся стать, например, хирургом из-за различных гендерных стереотипов.

Итальянский писатель и политический деятель Никколо Макиавелли говорил: «Цель оправдывает средства». Но данное крылатое выражение более-менее применимо, если предполагается нарушение каких-

либо моральных принципов. Но что, если в данном случае происходит криминальное нарушение закона?

Как считают некоторые политологи, в настоящее время наше общество пребывает в состоянии аномии. В таких условиях проявляется нигилизм по отношению к нормам общества как законным средствам достижения целей и может выражаться как в социальном цинизме (все средства хороши для достижения цели), так и в экстремизме (особенно хороши насильственные средства, как наиболее эффективные).

Даже если избранная цель гуманна и благородна, нельзя оправдать зло, причиняемое людям в пользу некоторой, якобы позитивной цели. Нельзя смириться с преступлением, совершенным в целях доброго поступка. Достигнутый успех, будь то карьерный рост или приобретение социального статуса, в результате нечестных действий не дадут человеку настоящего счастья, потому что сотворенное кому-либо зло заставит потускнеть восторг и радость успеха, и этот постулат хорошо известен тому, кто хоть раз пытался идти к цели прямым и беспринципным путем по головам других.

Естественно, гендерное неравенство в профессиональной карьере врачей до сих пор является распространённым явлением. Мужчины часто пользуются этим преимуществом, поддерживая существование гендерных стереотипов. Но каждый делает свой выбор. Хождение по головам – это порой выгодно, но отягощает душу. Упорный труд – не всегда достойное вознаграждение, но зато стабильно, спокойно и надежно. Погнавшись за карьерным ростом и социальным статусом, можно забыть о морали и стать ее рабом. Это – постоянная жизнь в страхе, боязнь разоблачения, презрения окружающих.

**Цимох И. Э., Русанов Д. А.,
ХНМУ**

ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ НАПРАВЛЕННОСТЬ

Несмотря на бурную трансформацию и модернизацию современного общества, на невозможность найти хотя бы одну профессию, где женщина не смогла бы реализоваться в полной мере, до сих пор в сознании многих людей весь спектр профессий делится на «женские» и «мужские». И вопрос о том, влияет ли гендерная идентичность на профессиональный выбор, становится все более актуальным. Мы решили изучить эту взаимосвязь на примере профессионального самоопределения в медицине, для чего провели специальное исследование, респондентами которого стали 30 студентов и студенток, обучающихся на втором курсе ХНМУ.

Проходило оно с использованием метода полустандартизированного интервью в два этапа. На первом выяснялось отношение к двум основным теориям, по-разному объясняющим поведение и роли мужчин и женщин, а именно: биологической (считающей, что все заложено на генетическом уровне и неосознанно контролируется нервной и гормональной системами) и

социальной (связывающей различия мужчин и женщин в первую очередь с влиянием культуры). На втором этапе определялся тип профессиональной направленности опрошенных (тест Дж. Холланда), а также соответствие этого типа выбранной профессии. Дополнительно нами был рассмотрен вопрос мотивации поступление в медицинский вуз.

Согласно полученным результатам, 9 респондентов полностью поддержали биологическую теорию, 10 – социальную, остальные в той или иной степени не определились с предпочтением. Всех опрошенных можно отнести к цисгендерам (гендерная идентичность совпадает с той, что приписывается культурой их биологическому полу). Ведущим типом профессиональной направленности стал так называемый исследовательский тип (11 испытуемых), еще для 9 студентов характерен социальный тип, для 8 – предпринимательский, для 2 – артистический.

Анализ полученных данных позволил выделить ряд закономерностей. Как оказалось, у респондентов, поддерживающих биологическую теорию, крайне слабо выражено критическое восприятие действительности и желание преобразовывать ее. Но для таких людей характерен как раз социальный тип профессиональной направленности, который в медицинской практике часто выражается в форме «коллегиальной модели», где врач и пациент – равноправные партнеры.

Сторонники же социальной теории, все сводящей к культуре, поддерживают идею о том, что по мере развития общества человек обязан отходить от гендерных стереотипов прошлого, дабы иметь возможность развиваться и совершенствоваться в профессии. Такие люди на первое место поставили исследовательскую ориентированность: в медицинской практике данный тип проявляется в «инженерной модели», где для врача не имеют значения его чувства и переживания, связанные с болезнью, важным является только устранение выявленного отклонения от медико-биологических норм.

Гендерная идентичность и профессиональная направленность, как нам кажется, не связаны напрямую, их опосредует дополнительный фактор, который мы определили как «влияние стереотипов». Не менее трети опрошенных отметили, что, выбирая профиль вуза, руководствовались как раз таким несвободным от стереотипов выбором, проявив индифферентное отношение к собственным склонностям. Среди наших респондентов были и те, которые и теперь боятся следовать своим настоящим желаниям при выборе будущей специализации из-за давления целого ряда гендерных стереотипных постулатов, вроде тех, что из женщины не может получиться хороший хирург, а мужчина не должен быть педиатром.

Выбор будущей профессии, безусловно, во многом определяется гендерной идентичностью, но не исчерпывается ею. Данные выводы не дают благоприятных прогнозов относительно самореализации и развития личности, а идея о полной свободе профессионального выбора и творческого самоопределения, вероятно, может считаться утопической.

ГЕНДЕРНА НЕРІВНІСТЬ У РІЗНИХ СФЕРАХ ЖИТТЯ

На сучасному етапі розвитку глобальної масової культури ми спостерігаємо розпад патріархальної моделі гендерних стереотипів. Опір панівної моделі розподілу гендерних ролей в усіх сферах людської діяльності досі відчувається в суспільній свідомості. Досі існують стереотипи ролей чоловіка та жінки в суспільстві. Панівну роль в суспільстві відіграють чоловіки. Дискримінація жінок порушує принцип рівноправності і поваги людської гідності, перешкоджає участі жінок нарівні з чоловіками у багатьох сферах діяльності, що заважає зростанню добробуту суспільства, сім'ї, повному розкриттю можливостей жінок, а відтак і всього людства.

Кожне суспільство, яке претендує називатись демократичним, повинно запропонувати рівні можливості всім своїм членам у рівній мірі, як жінкам, так і чоловікам.

Будь-яка нерівність є умовою дискримінації. І в наш час статус жінки має значні обмеження у порівнянні зі статусом чоловіка в різних сферах суспільного життя, зокрема в трудовій діяльності, правах власності, отриманні прибутків та ін. Навіть у розвинених демократичних суспільствах жінки часто наражаються на невизнання рівності їх інтелектуальних, професійних якостей та здібностей. Ця ситуація виявляється тим чіткіше, чим вищого рівня прагне здобути жінка у власній професійній або суспільній діяльності. Відповідно до широко поширеної інформації, жінки складають 53 % населення України, й без їх рівноправної участі у житті власної країни неможлива побудова демократичного суспільства.

Слід особливо врахувати те, що на сімейно-побутовому рівні саме жінці доводиться докласти величезних зусиль, щоб звести кінці з кінцями у сімейному господарюванні в ситуації стрімкого падіння рівня життя більшості населення України, саме на її плечі лягає основна відповідальність за здоров'я і виховання дітей.

Серед головних причин нерівності чоловіків та жінок можна зазначити домінуючи в суспільній свідомості гендерні стереотипи, що проявляють себе у наступних сферах:

– У сфері праці, у галузі вищого державного та приватного менеджменту, а також у сфері високих технологій жінкам складно реалізувати свій потенціал, тому є підстави стверджувати, що бізнес в Україні має чоловіче обличчя. Жінки в ньому відіграють вторинну роль. Відчувається недостатнє залучення навіть жінок з високим рівнем освіти і вираженими якостями лідера. Загальна структура зайнятості жінок має форму піраміди: чим вищий соціальний статус посади, тим менше жінок, які цю посаду обіймають.

– У суспільно-політичному житті недостатня репрезентованість жінок у вищих ешелонах влади що позбавляє їх можливостей впливати

на прийняття рішень щодо визначення стратегічних напрямків розвитку українського суспільства.

– Тиражування застарілих гендерних стереотипів ускладнює формування образ жінки як ідеалу сучасності, що слугував би орієнтиром для формування толерантних та рівноправних гендерних стереотипів.

Підсумовуючи сказане, можна зробити висновки, що існує багато глобальних проблем, вирішення яких сьогодні неможливе без участі жінок. Отже, питання гендерної рівності було і залишається одним із найважливіших не лише в Україні, а й в усьому світі, і чим швидше відбуватимуться позитивні трансформаційні зміни гендерних стереотипів, тим вірогідніша ймовірність успішного та сталого розвитку суспільства. Гендерна рівність неможлива без соціальної зрілості жінок. Тому виховувати дітей необхідно з позиції толерантності, взаємоповаги, людяності.

Черевко Я. Ю.,
ХНМУ

ВПЛИВ ГЕНДЕРНОЇ ДИСКРИМІНАЦІЇ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я

Стан репродуктивного благополуччя нації є головним показником соціального і демографічного стану країни. Він відображає рівень соціально-економічного розвитку і є провідним фактором у формуванні людського потенціалу держави в контексті її всебічного розвитку.

Як зазначає ВООЗ, репродуктивне здоров'я – це стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб, в тому числі і тих, які стосуються репродуктивної системи організму і її нормального функціонування. Хід подій у сфері репродуктивного здоров'я чоловіків і жінок в Україні викликає стурбованість не тільки фахівців-медиків, а й адміністративних працівників охорони здоров'я. Проблеми репродуктивного здоров'я змінюють свій масштаб і виходять з рамок компетенції лише Міністерства охорони здоров'я. Вони стають одними з першочергових питань для соціальної політики України.

Здатність до репродукції безпосередньо пов'язана з гендерними правами жінок та чоловіків, від гарантування яких державою залежить відтворення нації, як такої. На міру реалізації репродуктивних прав у всіх країнах впливає багато чинників, серед яких провідне місце посідає гендерна нерівність, що склалась під впливом історичних, психологічних, етнічних, економічно-соціальних та інших особливостей.

Однак до недавнього часу ця область залишалася практично повністю за межами правового аналізу і їй не приділялося належної уваги в українському юридичному світі. Можливо, це пояснюється тим, що питання репродуктивних прав є новим для українського правового поля і поки ще не знайшло собі належного місця в загальній системі українського законодавства. Лише нещодавно питання, пов'язані з репродуктивними правами,

стали залучати до себе все більше уваги з боку правозахисників, але проблема гендерної дискримінації виникає не лише в рамках правового поля.

Кількість населення світу продовжує зростати зі швидкістю близько 70 млн людей на рік. В той же час, за експертними оцінками ВООЗ, більше 200 млн жінок, особливо в країнах, що розвиваються, прагнуть, але не мають доступу до сучасних методів контрацепції, унаслідок чого 70 млн вагітностей є небажаними, а 20 млн абортів щороку є небезпечними, або протизаконними. Кількість жінок, які помирають під час пологів, залишається неприйнятно високою, і тисячам цих жінок здебільшого можна було б допомогти. Провідною причиною смерті серед жінок репродуктивного віку є СНІД і смерть у віці 14-18 років. Через дискримінацію за ознакою статі та специфічні соціально-культурні уявлення молоді жінки практично не підготовлені сприймати інформацію щодо безпечних зв'язків або безпечних пологів.

Ще один визначальний фактор в стані репродуктивного здоров'я жінок, а також чоловіків усього світу – віковий. З цим питанням можна звернутись до гіпотези про зв'язок життєвого циклу та гендерних аспектів здоров'я, однак ми фокусуємося на ролі політики охорони здоров'я в дискримінуючому його розумінні. Проблема полягає в тому, що ініціативи з охорони жіночого здоров'я спрямовані переважно на заміжніх жінок репродуктивного віку, фактично залишаючи без належного контролю здоров'я дівчаток, дівчаток-підлітків, незаміжніх, пенсіонерок і бездітних жінок. Що може яскравіше свідчити про дискримінацію тендерних аспектів здоров'я?!

Дослідники проблем охорони здоров'я визнають сексуальне і репродуктивне здоров'я критичним компонентом всезагального здоров'я і добробуту жінок, чоловіків і молоді. Добробут окремих осіб зумовлює добробут громад, країн і, зрештою, світу. Стан сексуального та репродуктивного здоров'я значною мірою залежить від рішень, які приймають жінки, чоловіки та молодь. У цьому контексті багато що залежить від вільного доступу їх до необхідної інформації, допомоги та послуг без натяків на гендерну нерівність.

Література

- 1.Петрушенко В.Л. Філософія. – Львів, 2003
- 2.<http://berdichev-rda.gov.ua/2011-10-07-11-36-35/2011-11-04-13-44-06/2998-2016-03-15-07-51-18.html>
- 3.<http://metoduchka.com/chynnyky-scho-vplyvajut-na-reproduktyvne-zdorovja-molodi/>
- 4.<http://ru.hr-activists.net/blog/problema-enderno-diskrim-nats-nask-lki-vona-aktualna>
- 5.Маєрчик М., Плахотнік О. Гендер для медій. – Київ, 2013.
- 6.Пасічник І., Кралоу Д. Тендерна проблематика та антропологічні горизонти – Острог, 2013.

ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ, СЕМЬИ И СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Следует подчеркнуть, что в современном мире человеком правит конкуренция, жажда быть лучше, побеждать. Немецкий философ Гегель формальным выражением диалектики называл Триаду. Тезис потенциально содержит в себе собственное отрицание, противоположную тенденцию – антитезис. Исходный предмет – мысль раздваивается, возникает противоречие, которое становится источником дальнейшего развития. Противоречие «тезиса» и «антитезиса» преодолевается в «синтезе» – переходе на более высокий уровень бытия или мышления. Так, мужчина и женщина поодиночке представляют собой важный компонент, несущий определённое значение. Когда эти два компонента объединяются вместе – рождается новый сверхкомпонент, который содержит оба эти качества. Мужское и женское начало не могут существовать друг без друга. Только воссоединившись, они реализуют себя, обретают главные жизненные константы.

Однако мы все чаще наблюдаем аспекты гендерного соперничества. Бытует стереотип о том, что женщины уступают мужчинам в сосредоточенности, хладнокровности и рассудительности, что им сложно настроиться на серьезную работу. В Лондоне был проведен интригующий эксперимент: исследовательница Дэйзи Фанкурт решила проверить влияние рок-музыки, такой, как AC/DC, на качество работы хирургов. Чтобы в результате музыкального эксперимента никто не пострадал, ученые попросили обычных людей сыграть в популярную детскую настольную игру «Операция». Она включает набор анатомических структур с забавными пластиковыми инструментами. Если игрок случайно прикоснулся к краям разреза – загорается красная лампочка. Твердая рука и внимательность – ключевые факторы успеха «Операции». В эксперименте приняли участие 352 человека от 16 лет и старше (средний возраст 35). Никто не страдал моторными нарушениями и не имел хирургического опыта. Во время операции участникам надевали наушники, в которых играл один из трех треков: Andante из «Сонаты для двух фортепиано» Моцарта, Thunderstruck AC/DC или специфические звуки операционного зала. Исследователи сравнивали время манипуляций и количество ошибок, допускаемых участниками при проигрывании каждого из перечисленных треков. Хуже всего обстояли дела у мужчин, которые слушали популярный хит AC/DC. Они совершали по 36 ошибок за операцию против 28 ошибок в среднем для остальных треков. Удивительно, но женщины оставались одинаково точными и собранными при любом музыкальном сопровождении. Шумные парни из AC/DC не могли сбить их с толку. В целом мужчины справлялись с операцией быстрее женщин, однако допускали больше ошибок. Прослушивание любой музыки существенно

замедляло работу мужчин. Причины гендерных различий установить пока невозможно, но авторы считают, что дело в стрессе. Рок-музыка вызывает более высокий уровень стресса у мужчин, из-за чего они отвлекаются, замедляют работу и делают ошибки. Таким образом, прослушивание рок-музыки в качестве фона негативно сказывается на точности движений. Женщины гораздо более устойчивы к музыкальному фактору*. Мужчины-врачи всегда считались рассудительнее и профессиональнее. Мужчины-врачи ценятся как хорошие хирурги, однако не стоит сбрасывать женщин со счетов.

Можно сделать вывод, что люди всегда будут соперничать друг с другом за признание. Древняя восточная мудрость рассматривает взаимоотношения полов как "Инь" и "Янь", черное и белое, соединенные воедино в идеальный круг, где мужчина и женщина являются половинками единого существа, взаимодействуют и дополняют друг друга.

Чубук И. В.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Перемены, происходящие в последние десятилетия фактически во всех сферах нашей жизни, затронули и проблемы воспитания растущего поколения. В связи с этим возникла надобность более детального осмысления проблемы здорового образа жизни учащихся, принимая во внимание гендерные различия.

Особенности здоровья мужчин и женщин зависят не только от биологических и анатомических различий. Кроме биологии, на специфику формирования мужского и женского здоровья влияет ряд следующих факторов: гендернообусловленное распределение труда, гендерные принципы и нравственные стереотипы, обусловленные культурой и воспитанием.

Проблемы здоровья молодого поколения становятся важными в связи с рядом причин. Во-первых, молодежь – это генеральный потенциал и важная часть трудовых ресурсов. Во-вторых, состояние здоровья молодежи сегодня – это здоровье нации через 20–30 лет. Состояние здоровья молодых людей связано с совершенствованием социально-экономической сферы государства.

Одним из ключевых понятий данной проблемы является понятие «здоровый образ жизни». Современные исследователи утверждают, что это понятие является моделью поступков человека в определенных ситуациях его жизни. Первостепенным регулятором образа жизни индивида является исходная установка, формирующаяся в социуме.

* Петрова, Р. Г. Гендерология и феминология [Текст] : учебное пособие / Р. Г. Петрова. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2006. – 232 с.

При проведенні пілотажного онлайн-опроса на тему: «Як ви відноситеся до куренню?», в якому прийняли участь 14 студентів ХНМУ, ми зафіксували наступні результати. Позитивне ставлення було зафіксовано тільки у однієї дівчини, нейтральне – у 5, негативне – у 4. Що стосується парней, то позитивного голосу не було зафіксовано, нейтральної позиції придержуються 3 парня, а негативної – 1. Незважаючи на те, що в опросі прийняло участь нерівне число парней і дівчаток, ми можемо спостерігати, що результати практично на одному рівні. І те і другі при опросі підтримують думку про шкоду курення.

Виходячи з цього, ми можемо сказати, що сучасне суспільство турбується про стан свого здоров'я. Це підтверджує результат об'єктивного ставлення до курення. Але турбота викликала достатньо велику кількість голосів на користь нейтрального ставлення до курення. У цих людей не викликає тривоги шкода, яку наносить курення їх здоров'ю. Особливо це стосується представників чоловічої статі.

Багато людей розглядають курення як захисний механізм в стресових ситуаціях. Спеціалісти ставлять під сумнів таке переконання. Тим не менше курення не перестає бути одним з знаків «культури» спілкування в сучасному світі. «Йти на перекур» в сучасному суспільстві позначає також «йти поговорити, зняти стрес». Жінки є більш стабільними до різноманітним формам стресу порівняно з представниками чоловічої статі. На жаль, сьогодні курення для багатьох жінок – це один з багатьох способів зняття стресу, який традиційно ідентифікувався з образом життя чоловіка.

Таким чином, на стан здоров'я впливає гендерна специфіка. Вона виступає однією з важливих цілей психорегулюючого впливу соціума.

Чуйко А. Ю.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ У СУЧАСНОМУ УКРАЇНСЬКОМУ СВІТІ (Чого очікує суспільство від чоловіків та жінок?)

Що таке стереотип? Стереотип – це перш за все суспільне утворення свідомості, невід'ємний атрибут повсякденного мислення, сформований за конкретних соціальних умов, образ людини, який використовується як штамп.

Гендерні стереотипи – це «міфи», пов'язані суспільством, норми поведінки чоловіків та жінок. Для кожного свій «міф», бо між жінками та чоловіками прірава відмінностей. Як кажуть, «чоловіки з Марса, жінки – з Венери». Тобто вони ніби з різних планет. Щодо відмінностей, вони, перш за все мають біологічне підкріплення. Як зазначав у своєму психоаналізі З. Фрейд «анатомія – це доля...»

Існує так названа «теорія ролей». Тобто для чоловіків відведена своя місія та задача, для жінок – своя. Своя роль. Щодо суспільства, воно очікує так названу «виставу», де «ролі» будуть «зіграні» неперевершено. Це очікування має назву гендерні ідеали. Наприклад, вважається, що жінка на відміну від чоловіків має нижчі розумові здібності, нижчу компетентність у роботі. Це гендерний стереотип. В протиставу саме життя доводить хибність цього вислову. У сучасному світі люди обох статей зайняті у виробничому процесі на одному рівні, але рівність за результатами праці є більшою мірою декларованою, а не реальною, бо конкретні умови залучення до праці є різними.

Не менш важливою складовою у визначенні гендерних ролей має емоційність. Кажуть, чоловіки більш стійкі та витриваліші, «холодні», стримані, нездатні до співчуття. Але чи робить користь це «сильний» статі? Суспільство спираючись знов ж таки на гендерний стереотип, ще з малечку хлопчиків привчає до того, що «Ти ж чоловік! Сильний! Мужній! Солдат!». Ця стриманість та виставна незворушність коштує чоловікам близько дванадцяти років життя. *«Невиплакані сльози змушують плакати внутрішні органи»* – писав видатний хірург М. І. Пірогов. Тож ранні хвороби серцевої системи, інфаркти, інсульти та, на жаль, багато інших захворювань виникають через стереотипне уявлення щодо «чоловічої нечутливості»...

Найвидатніший та найяскравіший приклад гендерних стереотипів – стереотип про сімейне життя. Кажуть, що жінка – господиня та берегиня домашнього затишку. Що «нормальна» жінка перш за все прагне до шлюбу, обов'язково має потребу в створенні родини та народженні дітей. В той же час вважають, що чоловікам це не так або ж зовсім не потрібно. Але потреби, нав'язані з дитинства, формує не природа, а суспільство. Бо нині шлюб та народження дітей найчастіше сучасній українській жінці перешкоджає всім мріям та сподіванням щодо успішної кар'єри. Згідно з цим у світі зростає показник середнього віку материнства. А найцікавіший факт полягає в тому, що, виходячи з цього та спираючись на середньоевропейські дані, шлюб середньостатистичному європейському чоловіку додає 1,7 років життя, тоді як у жінок, навпаки, 1,4 забирає. Тож виходить, що шлюб, як би він був не потрібен, згідно з гендерним стереотипом, чоловіку «вигідніший»?

На основі викладеного можна зробити такі висновки: стереотипи формує суспільство; суспільство формує особистість людини; наша особистість формує наші думки, наш світогляд – тобто стереотипи, з якими ми маємо справу кожен день, навіть не підозрюючи, не задумуючись, формують наше життя.

Суспільство очікує від покоління якісної, чіткої покори, виконання настанов, правил, гендерних ідеалів. Але ж кожна людина особлива, кожна ситуація різна і стереотипи, якими ми оточені, змінюються та спростовуються кожного дня. Ми самі повинні формувати ці стереотипи, спрощувати та доповнювати їх, рухаючись вперед.

ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ: СОЦИАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

С каждым годом в мире все больше набирает обороты гендерная медицина. Современные ученые считают, что это наука будущего, ведь она изучает особенности мужчин и женщин, которые влекут за собой различное течение одной и той же болезни у представителей обоих полов: симптомы заболевания нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем будут существенно различаться. Но насколько важно современному врачу при постановке диагноза опираться не только на объективные методы исследования, но и учитывать пол пациента? И действительно ли мужчины – с Марса, а женщины – с Венеры?

В медицине существует такое понятие – половая реактивность. Вообще реактивность – это способность организма отвечать изменением жизнедеятельности на изменение тех или иных факторов внешней или внутренней среды, а половая реактивность будет характеризоваться типичным проявлением реактивности у конкретного пола. Например: мужчины чаще болеют подагрой, коронаросклерозом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. В свою очередь у женщин чаще развивается гипертиреоз, системная красная волчанка, ревматоидный артрит.

Также известно, что у женщин заболевания протекают очень типично, а у мужчин наблюдается широкий спектр вариаций – от бессимптомного носительства до тяжелейших состояний при одной и той же болезни. То есть точно спрогнозировать исход лечения больного мужчины будет труднее, чем у женщины.

Объяснение этой неравнозначности может быть такими: различия по половым хромосомам и болезням, гормональные и циклические изменения, разный психологический подход к собственному здоровью, принципиально разные условия труда (все-таки мы чаще встречаем мужчин электриков, сварщиков, строителей, сантехников и так далее). Но не следует забывать, что женщины более остро реагируют на смену климата, социально-бытовых условий, взаимоотношений в коллективе и семье.

Таким образом, современному врачу, безусловно, необходимо идти в ногу со временем, осуществлять дифференцированный подход к пациентам женского и мужского пола, иметь достаточные знания, чтобы даже по первичным признакам заболевания сделать правильное заключение. Следует постоянно пополнять свой интеллектуальный запас знаниями, которые будут появляться с развитием геномной и молекулярной инженерии, но опираться только лишь на перечень заболеваний, которые более характерны для данного пола. И, вероятно, пренебрегать «старыми» методами диагностики современному врачу любой специальности все же не стоит.

ОСОБЕННОСТИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ КУЛЬТУР

На сегодняшний день наша страна в своей социально-политической жизни ориентируется на общеевропейские ценности, одной из наиболее важных среди которых является равенство между людьми, проявлением которого является равенство полов. Основы гендерного развития закреплены в Конституции Украины, и в поддержку гендерного равенства принят целый ряд правовых документов.

Важным компонентом в направлении установления гендерного равенства является образовательная среда, которая оказывает значительное влияние на формирование личности и гендерной социализации, а также на формирование нашей идентичности, создает условия личного, гражданского и профессионального выбора. Свобода и качественное образование являются ключом к полноценному развитию, независимо от пола. Высшая школа сегодня призвана, прежде всего, стать центром образования, в том числе самоопределения и самореализации каждого человека.

Равенство между мужчинами и женщинами – гендерное равенство связано с идеей, что все люди, как мужчины, так и женщины, имеют право свободно развивать свои личные способности и делать выбор без ограничений, основанных на устоявшихся стереотипных представлениях. Гендерное равенство означает, что права, обязанности и возможности мужчин и женщин не должны зависеть их пола.

Термин «гендер» характеризует социальные различия и отношения между мужчинами и женщинами, которые являются приобретенными, могут меняться с течением времени и могут значительно различаться в разных обществах и культурах.

В некоторых странах, несмотря на тот факт, что начальное образование является обязательным и бесплатным, девочки не отправляются в школу, потому что в определенные часы дня они должны выполнять домашние обязанности. Гендерные роли — привитые навыки поведения в том или ином обществе, сообществе или социальной группе, где люди традиционно разделяют любые мероприятия, задачи и обязанности на мужские или женские. Такие идеи зависят от возраста, класса, касты, расы, этнической принадлежности, культуры, религии и других идеологических убеждений, а также географических, экономических и политических условий. Так, студенты из Нигерии, Пакистана, а также арабских стран имеют более традиционные взгляды по поводу разных ролей для мужчин и женщин, чем, например, европейские студенты. Женщине отведена роль домохозяйки и матери, в то же время мужчина должен защищать и обеспечивать семью. В традиционно патриархальном обществе женщина финансово, социально и юридически зависит от мужчины. В некоторых

странах женщины ограничены в передвижении по стране и за рубежом без мужского сопровождения.

Только воспитание, основанное на равенстве полов, способно сформировать свободную демократическую личность. Педагогика, базирующаяся на гендерном аспекте, создает благоприятные условия для создания общества нового типа, основанного на активной общественной позиции, определении собственного места в обществе и в половом определении.

Швид С. О.,
ХНМУ

ПРОБЛЕМЫ ГЕНДЕРНОГО НЕРАВЕНСТВА В ОБЩЕСТВЕ

Вопросы гендерного неравенства на современном этапе развития общества занимают по актуальности далеко не последнее место. Несмотря на очевидный прогресс, гендерная дискриминация по-прежнему охватывает многие сферы общества: например, сферу доступа к ресурсам и распоряжения ими, сферу экономических возможностей, а также сферу власти и представления интересов. По этой причине достижение гендерного равенства становится центральным показателем развития каждой страны.

Организация Объединенных Наций причисляет эту проблему к разряду глобальных и рекомендует государствам изменять существующие гендерные модели, сохраняющие систему неравных ценностей и двойных стандартов. В настоящее время существует даже интегральный показатель, который отражает существующее неравенство в возможностях достижений между мужчинами и женщинами в трех измерениях: репродуктивном здоровье, расширении прав и возможностей, а также на рынке труда.

Гендерное неравенство сегодня сохраняется в большинстве сфер нашей жизни. Оно тормозит развитие общества, что находит свое подтверждение в следующих негативных последствиях: растут издержки благополучия и управления, снижается производительность труда, замедляется экономический рост. Например, потери от повышенной детской смертности и заболеваемости, низкий уровень иммунизации детей четко связаны с уровнем образования матери (этот фактор сильнее фактора семейного дохода), с уровнем дохода матери, с уровнем самостоятельности матери. Яркий пример в одном из последних глобальных Докладов развития человека описывает ситуацию в Пакистане, когда неравенство в сфере образования, обусловленное гендерными проблемами, привело к замедлению темпов экономического роста.

Учёные-психологи показали, что гендерное неравенство в современном мире проявляется прежде всего в социальном плане. Обществом по-прежнему движут гендерные стереотипы, а процесс глобализации лишь усугубляет положение.

Поскольку гендерные отношения вступают в тесную связь с общей социально-экономической модернизацией общества и утверждением новых технологий, то проблема неравенства мужчин и женщин стоит особняком, первоочерёдным вопросом, который необходимо решить как можно скорее.

Проблема гендерных отношений, связанная с психологическими аспектами, психологическими различиями и ценностными ориентациями, в последнее время входит в число наиболее активно обсуждаемых в обществе. С одной стороны, происходят процессы демократизации, которые позволяют использовать равные возможности для реализации личности независимо от социального происхождения, положения, национальности, возраста и пола. С другой стороны, сознанию обоих полов присущи стереотипные представления о роли в жизни, положении, статусе, различные ценностные ориентации. Эти стереотипы обуславливают многие процессы во взаимоотношениях мужчин и женщин в современном обществе.

Шролик К.,
ХНМУ

ВРАХУВАННЯ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ У РОБОТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Слід зазначити, що в сучасному світі смертність від серцево-судинних захворювань поступово знижується з 2000-х років для чоловіків і залишається першою причиною смерті у жінок. Проте жіночі серцево-судинні фактори ризику занижені, рідше реєструються і є недолікованими лікарями загальної практики. Пацієнтки отримують менше пояснень, мають менше дискусій і отримують менше консультацій щодо їх серцево-судинних факторів ризику у порівнянні з їх колегами-чоловіками [2, С. 664].

Крім того, практика і ставлення лікарів може залежати від їх власних демографічних характеристик, таких, як стать. Дійсно, жінки-лікарі приділяють більше уваги способу життя, терапії гіперліпідемії й гіпертонії, ніж чоловіки-лікарі. Відомо також, що гендерна узгодженість може бути пов'язана з перемогою діабету і лікуванням гіпертонії. Стать конкорданс може поліпшити загальну взаємодію між пацієнтом і лікарем, заохочуючи довіру пацієнта, адже спілкування між лікарем і пацієнтом відріає досить важливу роль в якості лікування.

Мета дослідження Оксфордської академії полягала в тому, щоб встановити, чи є розбіжності між лікарями загальної практики і пацієнтів у рекомендаціях, даних на харчування, фізичних вправах. Адаже, слід розуміти, що стать конкорданс може поліпшити згоду між пацієнтами і лікарями, і навпаки гендерна неузгодженість може вплинути на взаємне розуміння.

Остаточна загальна вибірка складалася з 27 лікарів, які погодилися взяти участь в дослідженні, і 585 пацієнтів. Тож відповідно було сформовано 585 пар, які розділилися на 4 категорії: пацієнт жіночої статі – лікар

жіночої статі, хворий чоловік – лікар чоловічої статі, пацієнт жіночої статі – лікар чоловічої статі, хворий чоловік – лікар жіночої статі [1, С. 699].

Результати. Половина пар були однієї статі: 25,5 % пацієнт-чоловік – лікар-чоловік і 24,6 % пацієнт-жінка – лікар-жінка. Пари різної статі були представлені в більшості лікарями чоловічої статі з пацієнтами жіночої статі (214 / 585 = 36,5 %), меншу частку (13,3 %) становили жінки-лікарі з пацієнтами чоловічої статі.

Для лікарів чоловічої статі:

– пацієнт чоловічої статі: в галузі харчування досить великий відсоток розбіжностей – 21,6 %; в галузі фізичних навантажень також – 22,2 %; у питанні зниження маси – зменшення до 8,7 %;

– пацієнт жіночої статі: розбіжності в поглядах на харчування – 19,2 %; щодо фізичних вправ – 21,5 %; зниженні маси – 14,5 %;

Для лікарів жіночої статі:

– Пацієнт чоловічої статі: незгода з рекомендаціями щодо харчування – лише 5,1 %; фізичних вправ – 10,3 %; зниженні маси – 9 %;

– пацієнт жіночої статі: розбіжність поглядів у галузі харчування – 7,6 %; фізичних навантажень – 9 %; зниженні маси – 6,9 %[1, С. 709].

Отже, можна зробити висновок, що найбільшої згоди з пацієнтами досягає лікар жіночої статі, особливо з пацієнтами також жіночої статі. Більше всього розбіжностей спостерігається в системі лікар-чоловік – пацієнт-жінка.

Література

1. Cyrille Delpierre, Anissa Afrite, Jean Pascal, Chantal Cases, Pierre Lombrail, Thierry Lang. HEALTH SERVICES RESEARCH: Do gender differences affect the doctor-patient interaction during consultations in general practice? Results from the INTERMEDE study//Family Practice. – 2014. – № 6. – С. 688–714.

2. Jamie Clarey, Daniel Lasserson, Christopher Levi, Mark Parsons, Helen Dewey, P Alan Barber, Debbie Quain, Patrick McElduff, Milton Sales and Parker Magin .PRIMARY CARE EPIDEMIOLOGY. Absolute cardiovascular risk and GP decision making in TIA and minor stroke//Family Practice. – 2014. – № 6. – С. 664–670.

Яковлева Д. Ю.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В РАБОТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Анализ инициативных исследований показывает, что гендерный подход весьма плодотворен в социологическом изучении стоматологической практики. Это обстоятельство точно подметил академик А. В. Решетников, отметив, что «общество состоит из мужчин и женщин, занимающих в нем разное место». Более образное выражение использовала американский антрополог Кэтрин Марч: «Пол относится к гендеру как свет к цвету».

Целью данной работы является анализ гендерных различий в работе врачей-стоматологов разной специализации. Написанию работы предшествовало проведение исследования гендерных предпочтений пациентов и студентов в клинике и на кафедре, соответственно. Из года в год прослеживаются интересные закономерности в становлении морально-этических принципов молодых врачей-стоматологов, которые в дальнейшем определяют выбор специализации и формируют свой образ жизни.

В студенческие годы юноши считают работу терапевта не очень солидной. Их больше привлекает ортопедия и челюстно-лицевая хирургия. Часто такой выбор не находит логического подтверждения, а для девушек, напротив, эта специальность является приемлемой. Далеко не все пациенты доверяют женщинам-хирургам. Причины этого пациенты видят как в полифункциональности социальной роли женщин, так и в существующих в обществе предрассудках. Сложившийся стереотип о том, что хирург-стоматолог должен быть большим и сильным мужчиной, до сих пор не позволяет преодолеть барьер во мнении, что хрупкая девушка вот-вот возьмет медицинские инструменты и примется за дело.

Женщины-стоматологи считают сугубо женскими профессии терапевта-стоматолога (68 %), детского стоматолога (74 %), врача-пародонтолога (82 %). К сожалению, иногда мужчине больше доверяют не только в таких манипуляциях, как удаление зуба, но и лечение пульпита или кариеса. Напротив, при острой зубной боли пациентки и пациенты больше отдают предпочтение врачам женского пола. Незамужние женщины иногда выбирают себе врача мужчину, что объясняет психосексуальный контекст.

Известно, что дети более склонны лечиться у стоматологов-женщин. Страх и переживания ребенка перед предстоящей манипуляцией должны нивелироваться психологически и морально, а «мама» в лице женщины-стоматолога как нельзя лучше знает, как поставить пломбу с шоколадной конфеткой. Дети ждут вознаграждения за долгое и мучительное пребывание в стоматологическом кресле, поэтому их мотивирует вкусная пища или мороженое после удаления молочного зубика. Женщины-врачи считают, что они лучше понимают пациентов и способны сопереживать им в большей степени, чем мужчины.

Стоматолог-ортопед должен обладать хорошими знаниями в области физики, геометрии и биомеханики. Кроме того, он должен приложить недюжинные усилия при получении качественного оттиска с протезного ложа или замене старого мостовидного протеза. Среди них встречаются женщины, однако гендерное превосходство мужчин заметно.

В связи с указанными выше гендерными различиями все чаще можно встретить стоматологов общей практики, которые способны выполнять различного рода вмешательства. Они лечат, удаляют и протезируют, однако полномочия их в каждом из направлений стоматологии резко ограничены.

На сегодняшний день среди стоматологов встречаются выдающиеся педагоги и ученые, специалисты узкого профиля. Женщина в роли преподавателя способна мотивировать, вдохновлять и помогать как учебному процессу в целом, так и работе всей кафедры. Однако не каждая женщина согласится заниматься научной деятельностью и карьерой. Мужчины здесь получили неоспоримое превосходство. Среди преподавателей студенты ценят человеческий фактор даже больше, чем знания, независимо от половой принадлежности.

Таким образом, в стоматологии преобладают гендерные различия, возможно, больше, чем в других медицинских специальностях.

Янигло О. А.,
ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: PRO ET CONTRA

Даже в XXI веке мы ежедневно встречаемся с неравенством полов и ошибочной оценкой ролей мужчины и женщины в социуме, зачастую это навязанное мнение стереотипов, сформировавшихся еще много столетий назад. Гендерные стереотипы рассматривают, каким образом себя ведут женщины либо мужчины в различных ситуациях, какие личностные характеристики они имеют. Появление гендерных стереотипов обусловлено тем, что модель гендерных отношений исторически выстраивалась таким образом, что половые различия располагались над индивидуальными, качественными различиями личности мужчины и женщины. Их признаками является: схематичность – не отображают реальность в полном объеме; лживость не дают действительного представления о человеке или объекте; живучесть – для разрушения стереотипа требуется время; они редко воссоздаются одним человеком – это обычно плод работы общества в целом.

Женщины в наше время ограничены в стремлении быть сильными и уверенными в себе, а мужчины – ласковыми и сентиментальными. Всё дело в том, что общество не оценивает их вне половой принадлежности как индивидуальность. Женщина считается более слабой, зависящей от силы личности мужчины. Мужчина же – радикален и непостоянен. Стереотипы не дают свободно мыслить и творить, однако они являются ситуативными явлениями и способны изменяться со временем благодаря «выскачкам», бросающим вызов системе.

Конечно, стереотипы нам нужны для создания определённых шаблонных решений, чтобы не было хаоса и непреодолимых разногласий. Они необходимы в быту каждый день, но в то же время свобода выбора, свобода развития личности должна быть на первом месте не зависимо от пола!

ЗМІСТ

| № № | Автор, назва | Стор. |
|--------|---|-------|
| 1. | Вступне слово ректора ХНМУ В. М. Лісового | 3 |
| 2. | Вітальне слово заступника голови – керівника апарату Харківської обласної державної адміністрації А. В. Бабічева | 4 |
| 3. | Вітальне слово голови правління ВГО «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини» О. М. Барни | 5 |
| 4. | Горбунова-Рубан С. О¹, Сичова В. В², Заступник Харківського міського голови з питань охорони здоров'я та соціального захисту населення, Харківська міська рада ¹ , Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна ² ДІЯЛЬНІСТЬ ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ЩОДО ПРОТИДІЇ ГЕНДЕРНО-ОБУМОВЛЕНОМУ НАСИЛЬСТВУ | 6 |
| 5. | Кравець В. П., Тернопільський національний педагогічний університет ім. Володимира Гнатюка СЕКСУАЛЬНА ПЕДАГОГІКА ЯК НОВА ГАЛУЗЬ ПЕДАГОГІЧНИХ ЗНАТЬ | 7 |
| 6. | Капустник В. А., ХНМУ ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНИХ ХВОРОБ | 9 |
| 7. | М'ясоєдов В. В., ХНМУ ГЕНДЕРНА МЕДИЦИНА ЯК ОСВІТА І ПРАКТИКА | 10 |
| 8. | Уте Зіленд (Ute Seeland), Інститут Гендеру в медицині Берлінського медичного університету – Шаріте Institute of Gender in Medicine, Medical University of Berlin – Charite . ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОННОГО КУРСУ НАВЧАННЯ З ГЕНДЕРНОЇ МЕДИЦИНИ FEATURES OF E-LEARNING COURSE ON GENDER MEDICINE | 11 |
| 9. | Hovorun T. V. John Paul II Lublin Catholic University, Poland. GENDER DIFFERENCES IN SELF-PRESENTATION: WHO IS MORE ENDURING? | 13 |
| 10. | Ruth Hagenruber¹, Kateryna Karpenko², University of Paderborn, Germany ¹ , Kharkiv National Medical University, Ukraine ² . ECOFEMINIST STANDPOINTS OF ECONOMIC GROWTH | 15 |
| 11. | Julia Sonja Lerijs (JSL) Paderborn University, Paderborn, Germany. GENDER ASPECT IN HILDEGARD OF BINGEN'S MEDICAL WORK: SOME INSIGHTS FOR MEDICAL ETHIGS | 18 |

| | | |
|-----|--|----|
| 12. | Volnenko N. B. Faculty Hospital with polyclinics, Zhilina, Slovakia. STRENGTHENING OF A GENDER PERSPECTIVE IN SPORT | 20 |
| 13. | Psaltopoulou Dora , Aristotle University of Thessaloniki, Greece. GENDER DIFFERENCES IN MUSIC PSYCHOTHERAPY | 21 |
| 14. | Chornopyska O. P. , Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine. GENDER FEATURES IN EDUCATION IN UKRAINE | 22 |
| 15. | Korneyko I. V., Petrova O.B. , KhNMU. PHD STUDENTS MOTIVATION TO LEARN ESP (MEDICINE): GENDER ASPECTS | 23 |
| 16. | Malikov V. V. , НТУ «ХПІ». PRODUCTIVE AND REPRODUCTIVE WOMEN'S LABOUR IN UKRAINIAN ETHNOCULTURE OF THE LATE 19 TH – EARLY 20 TH CENTURIES | 25 |
| 17. | Martynenko Nataliya , KhNMU. GENDER ASPECTS OF HUMAN BEHAVIOUR IN CONFLICT SITUATIONS | 26 |
| 18. | Sedaya Yuliya , KHNMU. MILITARY CONFLICT IN UKRAINE THROUGH ISSUES OF GENDER-BASED VIOLENCE | 28 |
| 19. | Алексєнко А.П. ХНМУ. ГЕНДЕРНІ МОТИВИ У ПОЕТИЧНИХ ПОШУКАХ ЛІНИ КОСТЕНКО | 29 |
| 20. | Альков В. А. , ХНМУ. ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ ВІСПОЩЕПЛЕННЯ СЕРЕД СЕЛЯНСТВА ХАРКІВЩИНИ В ХІХ – НА ПОЧАТКУ ХХ СТ. | 30 |
| 21. | Альчук М. , Львівський національний університет ім. Івана Франка. СУЧАСНИЙ ГЕНДЕРНИЙ ДИСКУРС | 32 |
| 22. | Арзуманова Т. В. Харківський національний університет будівництва та архітектури. ІНТИМНЕ ЖИТТЯ В ЕСХАТОЛОГІЧНИХ УЯВАХ ХЛИСТІВ | 33 |
| 23. | Арутюнян А. Ю., Бутов Д. А. , ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ | 34 |
| 24. | Бабаєва А. Р. , ХНМУ. ВЛИЯНИЕ СТЕРОИДНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ЭРЕКТИЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ У МУЖЧИН | 35 |
| 25. | Басюк Л. Б. , Криворізький державний педагогічний університет. ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ В ШКІЛЬНОМУ ПІДРУЧНИКУ З УКРАЇНСЬКОЇ ЛІТЕРАТУРИ | 36 |
| 26. | Бездетко Т. В., Химич Т. Ю., Еременко Г. В. , ХНМУ. ГЕНДЕР И ХРОНИЧЕСКАЯ КРАПИВНИЦА | 37 |

| | | |
|-----|---|----|
| 27. | Белоус О. В. , ХНМУ. ВПЛИВ ФАКТОРІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ | 39 |
| 28. | Бібік Н. В., Фесенко Г. Г. , Харківський національний університет міського господарства ім. О.М.Бекетова. ГЕНДЕРНІ ВІЗІЇ «ЗДОРОВОГО МІСТА» (з досвіду участі Гендерного центру ХНУМГ імені О. М. Бекетова у проектах облаштування дитячих майданчиків Харкова) | 40 |
| 29. | Білогур В. Є. , Мелітопольський державний педагогічний університет ім. Богдана Хмельницького. ВПЛИВ ЗАНЯТЬ СПОРТОМ НА ГЕНДЕРНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСОБИСТОСТІ ЖІНОК | 42 |
| 30. | Бородіна О. С. , ХНМУ. ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ТА СТАТІ | 44 |
| 31. | Венцель Н. В. , Житомирський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти. РЕАЛІЗАЦІЯ ПРАВ ЖІНОК КРАЇН «ТРЕТЬОГО СВІТУ» У ГЛОБАЛІЗАЦІЙНІЙ КРИЗІ СУЧАСНОСТІ | 45 |
| 32. | Власенко О. В., Нго Т. Т. Н. , ХНМУ. ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМАТИКА В ЭКОЛОГИИ | 47 |
| 33. | Воротченко М. О., Сичова Л. В. , ХНМУ. ВПЛИВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ | 48 |
| 34. | Гаряева А. М. , НТУ «ХПІ». МЕЖДУНАРОДНО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ЖЕНЩИН В УКРАИНЕ | 50 |
| 35. | Годзь Н. Б. , НТУ «ХПІ». СТЕРЕОТИПИ В МЕЖАХ ДОСЛІДІВ ЕКОЛОГІЧНОЇ ФУТУРОЛОГІЇ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З ПОСТДОРОбЛЮЮЧИМ МИСЛЕННЯМ» ТА «ВІРТУАЛЬНОЮ ПАМ'ЯТТЮ НЕІСНУЮЧОГО ПРОСТОРУ» | 51 |
| 36. | Гончаренко Л. А. , ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕРОНТОЛОГИИ | 53 |
| 37. | Гранкина С. С., Полетова Н. П., Шуба И.В. , ХНМУ. ПРОБЛЕМАТИКА ГЕНДЕРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ | 54 |
| 38. | Григорьева А. С., Ермоленко Т. И. , ХНМУ. СПЕЦИФИКА ПРОТЕКАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН | 56 |

| | | |
|-----|--|----|
| 39. | Громов А. А., ХНМУ. ФАКТОРЫ ВОЗРАСТАНИЯ РОЛИ ЖЕНЩИН В СОВРЕМЕННОЙ УКРАИНЕ | 57 |
| 40. | Губская О. Н., Добровольская Е. М., ХНМУ. ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА СНИЖЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЧЕЛОВЕКА | 59 |
| 41. | Дворник Н. А., Занг Т. Л., Кателевская Н. Н. ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ «БЫСТРОГО ПИТАНИЯ» НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ | 60 |
| 42. | Дейнека В. В., ХНМУ. ПО ТУ СТОРОНУ ЖЕНСКОЙ ЭМАНСИПАЦИИ | 61 |
| 43. | Демченко А. В., Ермоленко Т. И., ХНМУ. ПОЛОВЫЕ ОТЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ | 63 |
| 44. | Денисова Е. Г., Стоян Е. Ю., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ | 63 |
| 45. | Держко І. З., ЛНМУ ім. Данила Галицького. ГЕНДЕР ТА ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ БІОЛОГІЧНОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ І ДУХОВНОЇ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ СТАТІ | 65 |
| 46. | Дзьобань О. П., НДІ інформатики і права Національної академії правових наук України. ДО ПРОБЛЕМИ КУЛЬТУРНОЇ ДЕТЕРМІНАЦІЇ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ | 66 |
| 47. | Добрідень О. В., ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В УМОВАХ ВИКЛИКІВ СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА СПОЖИВАННЯ | 67 |
| 48. | Дрокін А. В., Усик А. В., ХНМУ. ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ ПЕРВИННИХ ІМУНОДЕФІЦИТІВ, ЗЧЕПЛЕНИХ З Х-ХРОМОСОМОЮ | 68 |
| 49. | Дышкант Т. Н., ХНМУ. СОВРЕМЕННОЕ ОБЩЕСТВО И УГРОЗА ПОТЕРИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ | 70 |
| 50. | Єрмоленко Т. І., Гордійчук Д. О., Онашко Ю. М., ХНМУ. ХРОНОФАРМАКОЛОГІЯ – СУЧАСНИЙ НАПРЯМОК ЕФЕКТИВНОЇ ГЕНДЕРНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ | 71 |
| 51. | Єрмоленко Т. І., Онашко Ю. М., Гордійчук Д. О., ХНМУ. ВІДМІННОСТІ ФАРМАКОКІНЕТИКИ ТА ФАРМАКОДИНАМІКИ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК ПРИ ЗАСТОСУВАННІ БЕТА-БЛОКАТОРІВ | 72 |

| | | |
|-----|--|----|
| 52. | Єрмоленко Т. І., Соловйова Н. Г. ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ АНТИАГРЕГАНТІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ | 74 |
| 53. | Єфіменко О. В., Довгопол А. О., Онипченко О. І., КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» ХОР. ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ ТА ГЕНДЕРНА КУЛЬТУРА МОЛОДІ В РОБОТІ СОЦІАЛЬНОГО ПЕДАГОГА | 74 |
| 54. | Жданенко С. Б., Національний юридичний університет ім. Ярослава Мудрого. ГЕНДЕР ЯК СТАТЬ І ЯК СОЦІАЛЬНИЙ СТАТУС В ТРАДИЦІЙНОМУ, ЛІБЕРАЛЬНОМУ ТА ІНФОРМАЦІЙНОМУ СУСПІЛЬСТВІ | 76 |
| 55. | Залюбовська О.І., Тюпка Т.І., Литвиненко М.І., Яворська О. М. ХНМУ. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОЗДОРОВЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ НА ВОДНИХ ОБ'ЄКТАХ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ АНКЕТУВАННЯ | 77 |
| 56. | Завгородній І. В., Сидоренко М.О., Літовченко О.Л., ХНМУ. ЕКОЛОГІЧНИЙ ТА ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТИ У СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я | 79 |
| 57. | Згонник М. В., ХНУБА. ПРОБЛЕМА ГЕНДЕРНОЇ ДИСКРИМІНАЦІЇ В УКРАЇНІ | 80 |
| 58. | Зелена І. І., Железнякова Н. М., ХНМУ. ЕКОЛОГІЧНЕ ОТОЧЕННЯ В СИСТЕМІ ЧИННИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ | 82 |
| 59. | Зеленская Е.А., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА | 83 |
| 60. | Зозуляк-Слущик Р.В., Березовська Л. І., Прикарпатський національний у-т ім. В. Стефаника, м. Івано-Франківськ ВПЛИВ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ НА ДОСЯГНЕННЯ ВЗАЄМОРОЗУМІННЯ В ДІЯЛЬНОСТІ | 84 |
| 61. | Зуб К. А., ХНМУ. ПРОБЛЕМЫ САМОРЕАЛИЗАЦИИ ЛЮДЕЙ С ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИЕЙ | 86 |

| | | |
|-----|--|----|
| 62. | Иванова А. В., Рыжков А. В., Сомова Е. В., Центр Репродукции Человека «Клиника профессора Феськова А.М.», г. Харьков. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЦИКЛОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ) У СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ ПРИ АЗОСПЕРМИИ | 88 |
| 63. | Ивантеева Ю. И., Курчанова Ю. В., Кателевская Н. Н., ХНМУ. ПСИХОГИГИЕНА ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ВИДОВ СПОРТА | 89 |
| 64. | Ивантеева Ю. И., Ковальцова М. В., Сулхдост И.А., ХНМУ. ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МОБИЛЬНЫХ ТЕЛЕФОНОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МУЖСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ | 90 |
| 65. | Калініченко О. В., ХНМУ. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ В НОВЕЛІ ВАЛЕР'ЯНА ПІДМОГИЛЬНОГО «СТАРЕЦЬ» | 91 |
| 66. | Калиновський Ю. Ю., Бредіхіна В. Л., Національний юридичний університет ім. Ярослава Мудрого. ГАРАНТУВАННЯ ПРАВА ЛЮДИНИ НА БЕЗПЕЧНЕ ДОВКІЛЛЯ ЯК ІМПЕРАТИВ СУЧАСНОГО ДЕРЖАВОТВОРЕННЯ | 92 |
| 67. | Карнаух Э. В., Лунина А. О., ХНМУ. КОРРЕКЦИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ | 94 |
| 68. | Карпенко Г. В., ДЗ «ДМА МОЗ України». ВАЛЕОЛОГІЧНА СОЦІАЛІЗАЦІЯ ЯК АСПЕКТ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ | 94 |
| 69. | Кікінежді О. М., Тернопільський національний педагогічний університет ім. Володимира Гнатюка. ФЕНОМЕН ГЕНДЕРУ В ПСИХОЛОГІЇ | 96 |
| 70. | Кириенко Д. А., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ | 98 |
| 71. | Ковальчук В. М., ХНМУ. ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У МАНІФЕСТАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ | 99 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 72. | Кодар Замза Муташовна , НИИ социальных и гендерных исследований Казахского государственного женского педагогического университета, Казахстан. ТЕНДЕНЦИИ ДУШЕВНО-ДУХОВНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ | 100 |
| 73. | Козько В. М., Меркулова Н. Ф., Соломенник А. О., Волик М. С. , ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ВИЧ/СПИД ИНФЕКЦИИ | 101 |
| 74. | Количева Т. В. , Український державний університет залізничного транспорту, Харків. ГЕНДЕРНА САМОДОСТАТНІСТЬ З ПОЗИЦІЙ ГЕШТАЛЬТ-ТЕОРІЇ | 102 |
| 75. | Колодяжна В. В. , ХНМУ. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ | 104 |
| 76. | Кравченко В. І. , ХНМУ. СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ПРОТИРІЧЧЯ ГЕНДЕРУ | 105 |
| 77. | Красникова С. А., Запорожен І. В. , ХНМУ. ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ИНДИЙСКИХ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА | 107 |
| 78. | Кругляк В. А. , ХНМУ. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА | 108 |
| 79. | Кучера Т. М. , ХНМУ. ГЕНДЕРНІ ПРОБЛЕМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ УКРАЇНСЬКОГО СОЦІУМУ: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АНАЛІЗ | 110 |
| 80. | Лантух А. П.¹, Меркулова Н. Ф., Терьошин В. О. , НФаУ ¹ , ХНМУ ^{2,3} . МЕДИЧНА ЕКОЛОГІЯ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ | 111 |
| 81. | Летик И. В. , ХНМУ. ОТЛИЧИЯ В СИСТЕМЕ ПИЩЕВАРЕНИЯ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН | 113 |
| 82. | Лисак М. С., Логвінов Д. І. , ХНМУ. ВПЛИВ ЧИННИКІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я З УРАХУВАННЯМ ГЕНДЕРНОГО АСПЕКТУ | 113 |
| 83. | Лупальцова О. С. , Друмова Г. А., Венжега А. В., Шнурко Е. О. , ХНМУ. ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У РОБОТІ ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА | 115 |
| 84. | Люфт А. Н. , ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ | 116 |
| 85. | Малець О.С. , ХНМУ. ВПЛИВ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ НА МАНІФЕСТАЦІЮ ТА ПЕРЕБІГ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКА | 117 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 86. | Мануйлов Є. М. , Національний юридичний університет ім. Ярослава Мудрого. ІНФОРМАЦІЙНА БЕЗПЕКА ЯК ЧИННИК ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ В УМОВАХ «ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ» | 118 |
| 87. | Марущенко О.А. , ХНМУ. ЧОЛОВІК У ПОЛОГОВОМУ ВІДДІЛЕННІ: ГЕНДЕРНІ ПАРАДОКСИ ПАРТНЕРСЬКИХ ПОЛОГІВ | 120 |
| 88. | Масловська А. О., Питецька Н. І. , ХНМУ. ОРГАНІЧНА ЇЖА ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ | 121 |
| 89. | Матюшина В. О. , ДУ «Донецький ОЛЦ МОЗ України». САНІТАРНО-ОСВІТНЯ РОБОТА ЯК ОДИН З НАПРЯМІВ ДІЯЛЬНОСТІ ДОНЕЦЬКОГО ОБЛАСНОГО ЛАБОРАТОРНОГО ЦЕНТРУ МОЗ У ВИРІШЕННІ ГЕНДЕРНОЇ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ | 122 |
| 90. | Міньковська І. І. , Гендерний інформаційно-аналітичний центр Крона. НАЗВИ ПРОФЕСІЙ В ГАЛУЗІ БІОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ В АСПЕКТІ ГЕНДЕРНОГО АНАЛІЗУ | 123 |
| 91. | Мякина А. В., Мельник К. А., Кемба Н. Д. , ХНМУ. БЕССМЕРТНЫЙ КРУГ УИЛЬЯМА ГАРВЕЯ. | 126 |
| 92. | Насонова Л. И. , ХНМУ. К АНАЛИЗУ ОПЫТА ФАСИЛИТАЦИИ ГРУППЫ ВСТРЕЧ ПО РАБОТЕ С ЖЕНСКИМИ ВОЛШЕБНЫМИ СКАЗКАМИ | 127 |
| 93. | Нестеренко В. Г. , ХНУ ім. В.Н.Каразіна. ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ УСПІШНОСТІ В НАВЧАННІ | 128 |
| 94. | Ніколаєва О.В., Кузьміна І.Ю. Сафаргаліна-Корнілова Н.А. , ХНМУ. ВПЛИВ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЧИННИКІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНУ СИСТЕМУ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ | 129 |
| 95. | Николаева О. В., Курчанова Ю. В., Ковальцова М. В. , ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ПАТОФИЗИОЛОГИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА | 131 |
| 96. | Овчинникова А. С., Помазун О. В. , ХНМУ. ПОЛОЖЕНИЕ ЖЕНЩИН В АФГАНИСТАНЕ | 132 |
| 97. | Огнева Л. Г., Афанасьєва В. О., Огінська М. К. , ХНМУ. ВПЛИВ СТАТІ НА ЧАСТОТУ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ | 133 |

| | | |
|------|--|-----|
| 98. | Огородова Т. М. , ЗБФ «Єдність» за майбутнє», Запоріжжя. ПОКРАЩЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПОЛІТИЧНОЇ, ЕКОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ТА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРЕЗ РОБОТУ ГЕНДЕРНИХ МІЖФРАКЦІЙНИХ ДЕПУТАТСЬКИХ ГРУП «РІВНІ МОЖЛИВОСТІ» У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ | 136 |
| 99. | Онипченко О. І. , КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» ХОР. ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ЯК СКЛАДОВА СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ | 137 |
| 100. | Палей Л. А. , Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ. СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ СУПЕРЕЧНОСТІ ПОЯВИ ДІТЕЙ ВІД ТРЬОХ БАТЬКІВ | 139 |
| 101. | Першин А.О., Бірюков Д. В. , ХНМУ. ЧОМУ СУСПІЛЬСТВО ПО-РІЗНОМУ СПРИЙМАЄ ЖІНОЧУ І ЧОЛОВІЧУ ЗРАДУ? | 140 |
| 102. | Петренко Г. Д., Сипливый В. А., Петренко Д. Г., Доценко В. В. , ХНМУ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ЖЕНЩИН | 142 |
| 103. | Петренко Т. А. ГЕНДЕР В ОФТАЛЬМОЛОГИИ | 144 |
| 104. | Петрушкевич М. С. , Національний університет "Острозька академія", Острог. ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ У РЕЛІГІЙНИХ МАС-МЕДІА: ДЕЯКІ РОЗДУМИ ПРО ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ | 144 |
| 105. | Питецька Н.І. , ХНМУ. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФАРКТУ МІОКАРДА | 146 |
| 106. | Пічкур І.М. , ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». ФОРМУВАННЯ ГЕНДЕРНОЇ ПОЛІТИКИ В УКРАЇНІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ | 147 |
| 107. | Полегова Н. П., Гранкина С. С., Рисованая Л. М. , ХНМУ. ФОРМИРОВАНИЯ ГЕНДЕРНОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ | 148 |
| 108. | Пономарьова А. В, Єрмоленко Т. І. , ХНМУ. ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ПІД ДІЄЮ ПАТОГЕННИХ ФАКТОРІВ | 150 |
| 109. | Рассказова О. І., Григоренко В. Л., Рассказова П. І. , КЗ «ХГПА» ХОР. ТРЕНІНГОВІ ФОРМИ ГЕНДЕРНОЇ ПРОСВІТИ ФАХІВЦІВ ОСВІТНЬОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ СФЕР – ШЛЯХ ДО РОЗБУДОВИ СУСПІЛЬСТВА РІВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ В УКРАЇНІ | 150 |

| | | |
|------|--|-----|
| 110. | Рингач Н. О., Керцман А. О., Власик Л.Й., Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, Київ. ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ РЕАЛЬНИХ І ПОТЕНЦІЙНИХ ВТРАТ ВНАСЛІДОК ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ В УКРАЇНІ | 154 |
| 111. | Рисованая Л. М., Алексеенко Р. В., ХНМУ. ПРОБЛЕМА ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ В КЛЮЧЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ БУДУЩЕГО ВРАЧА | 156 |
| 112. | Ростовская В. И., Национальный фармацевтический университет, Харьков. ЦЕННОСТНЫЕ АСПЕКТЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ | 157 |
| 113. | Савельєва Ю. М., Сумський державний університет. ФЕНОМЕН СІМ'Ї В ФІЛОСОФІЇ | 158 |
| 114. | Сіденко М. Ю., Михайлова К.О., Онипченко О.І., КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» ХОР. ПІДГОТОВКА СТАРШОКЛАСНИКІВ ДО СІМЕЙНОГО ЖИТТЯ ЯК СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА | 159 |
| 115. | Сипливый В. А., Гузь А. Г., Петренко Г. Д., Евтушенко Д. В., Мороз Е. Л., ХНМУ. О ПАРАЗИТАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ | 161 |
| 116. | Слинько Ю. О., Соколова І. І., ХНМУ. ВІДМІННОСТІ БІОХІМІЧНОГО СТАТУСУ ПОТОМСТВА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН, МАТЕРІ ЯКИХ ЗАзнали умов гіпокінезії ПІД ЧАС ВИНОШУВАННЯ | 162 |
| 117. | Сокол К. М., ХНМУ. ПОЛІТИКА ЗДОРОВ'Я – 2020 ТА ПРОБЛЕМИ ЇЇ ВИКОНАННЯ В УКРАЇНІ ТА ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ | 163 |
| 118. | Сомкина Е. А., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ РОЛИ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ: МЕЖКУЛЬТУРНЫЕ ОТЛИЧИЯ | 165 |
| 119. | Сорокина И. В., Мирошниченко М. С., ХНМУ. ГЕНДЕРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ | 166 |
| 120. | Старовойт Т. П., Завгородня Н. І., Національний аерокосмічний університет ім. М.Є.Жуковського «ХАІ». ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ: ГЕНДЕРНІ МІФИ ТА РЕАЛІЇ | 167 |

| | | |
|------|---|-----|
| 121. | Стародубцева Ю. А., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА | 169 |
| 122. | Стахів С. О., Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ. ВПЛИВ УМОВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ УКРАЇНИ | 170 |
| 123. | Стрельнікова І. М., ХНМУ. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ МОНОТЕРАПІЇ СОЛЯМИ ВАЛЬРОВОЇ КИСЛОТИ ПРИ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДАХ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ | 171 |
| 124. | Тиркін Д. Д., Питецька Н. І., ХНМУ. ЗБАЛАНСОВАНЕ ХАРЧУВАННЯ ЯК ВАЖЛИВИЙ РЕСУРС ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ | 172 |
| 125. | Троценко О. В., ХНМУ. СТУДЕНТСЬКІ МОЛОДІЖНІ ОРГАНІЗАЦІЇ І ВИХОВАННЯ КУЛЬТУРИ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ | 174 |
| 126. | Усенко С. Г., Ксенко С. А., ХНМУ. РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я: ГЕНДЕРНА СКЛАДОВА | 175 |
| 127. | Фельдман Д. А., ХНМУ. ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ: ГЕНДЕРНЫЙ ПОДХОД | 176 |
| 128. | Фесенко Г. Г.¹, Фесенко Т. Г.², ХНУМГ ім. О. М.Бекетова ¹ , Одеська державна академія будівництва та архітектури ² . ГЕНДЕРНЕ БЮДЖЕТУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: QUO VADIS? | 178 |
| 129. | Филянин С. И., ХНМУ. РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА: ГЕНДЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ | 180 |
| 130. | Філяніна Н. М., Національний фармацевтичний університет. ЖІНОЧИЙ ВНЕСОК В АКТУАЛІЗАЦІЮ ТЕМИ: «ЕКОЛОГІЯ І ЗДОРОВ'Я» РЕЙЧЕЛ КАРСОН | 181 |
| 131. | Фоміна Л. В., Шейко А. О. ХНМУ РОЛЬ ЖІНКИ В УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ: ВІД МИНУЛОГО ДО СЬОГОДЕННЯ | 183 |
| 132. | Харченко Э.А., Склярук Д.О., ХНМУ. ЖЕНСКОЕ НАСИЛИЕ НАД МУЖЧИНОЙ КАК TERRA INCOGNITA | 184 |
| 133. | Хромей Е.В, Усенко С.Г., ХНМУ. ЧАСТОТА СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЯХ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН | 186 |

| | | |
|------|---|-----|
| 134. | Черкасова А.А., Гагарин В.В. , ХНМУ. ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ | 187 |
| 135. | Чешко В.Ф., Косова Ю.В. , ХНЕУ ім. С. Кузнеця. ГЕНДЕР КАК ПРОБЛЕМА ТЕОРИИ ЭВОЛЮЦИИ И ПРОБЛЕМА НАТУРФИЛОСОФИИ | 188 |
| 136. | Чопорова О. І. , ХНМУ. ГЕНДЕР-АСОЦІЙОВАНІ ВІДМІННОСТІ КЛІНІЧНОЇ МАНІФЕСТАЦІЇ ОПОРТУНІСТИЧНИХ ІНФЕКЦІЙ У ХВОРИХ З КО-ІНФЕКЦІЄЮ ВІЛ/ТУБЕРКУЛЬОЗ | 190 |
| 137. | Чумаченко Т. А., Семишев В. И. , ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ | 191 |
| 138. | Швець О.М. , ХНМУ. ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ГЛІКОЗИЛОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ У ХВОРИХ НА ЛЕГЕНЕВИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ | 193 |
| 139. | Шевченко О.С., Погорелова О.А., Новохатская М.Ф. , ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МИКОБАКТЕРИОЗОВ | 193 |
| 140. | Шульга І. М. , Тернопільський національний педагогічний університет ім. Володимира Гнатюка. ФОРМУВАННЯ ГЕНДЕРНО-ВАЛЕОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ У ДІТЕЙ 5–10-ТИ РОКІВ | 195 |

Студентська секція

| №№ | Автор, назва | Стор. |
|-----|---|-------|
| 1. | Addae-Kumi, Michelle Marie , KhNMU. MEDICINE IN GHANA: GENDER PROBLEM IN MEDICINE | 196 |
| 2. | Afolabi O.A.V.N , Karazin Kharkiv National University. INCESSANT USE OF MOBILE CELL PHONES: EFFECTS ON FERTILITY AMONG MALE AND FEMALE GENDER | 197 |
| 3. | Ahuokpeme Amarachukwu Emmanuela . KhNMU. GENDER INEQUALITY IN HEALTH ISSUES | 198 |
| 4. | Agbenu Sedem, Koampah Nkansa Abena, Mtumwa Mohammed, Okwuolu Chimakarum , KhNMU. GENDER ISSUES IN AFRICA | 199 |
| 5. | Asiedu James William a.j.w, KhNMU. GENDER PROBLEMS IN MEDICINE | 201 |
| 6. | Awotunde A. G. , V.N., Karazin Kharkiv National University. VARIATION OF AUTOIMMUNE AND CARDIOVASCULAR DISEASES MANIFESTATIONS AMONG MALE AND FEMALE GENDERS | 201 |
| 7. | Doneille Mullings , KhNMU. GENDER EQUALITY IN MEDICINE | 202 |
| 8. | Ekott, N.B., Ogunsanya, G. F. , KhNMU. MALARIA IN PREGNANCY: A DANGER TO NIGERIAN WOMEN | 204 |
| 9. | Khatter Hussein , KhNMU. GENDER STEREOTYPES IN TRADITIONAL SOCIETY | 205 |
| 10. | Lavrova A.S. , KHNMU. INFLUENCE OF ENVIRONMENT ON REPRODUCTIVE HEATH | 206 |
| 11. | Magapu Veera Venkata Akhil , KHNMU. THE SANCTITY OF LIFE | 207 |
| 12. | Medikonduri Vedavyas , KNMU. GENDER BIAS IN MODERN WORLD AMONG VARIOUS FIELDS | 208 |
| 13. | Muskan Magan , KhNMU. GENDER ASPECTS OF THE HEALTHY LIFESTYLE | 209 |
| 14. | Nartey Lydia , KhNMU. GENDER MEDICINE IN REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN | 210 |
| 15. | Puneet Kaur , KhNMU. GENDER PROBLEM IN MEDICINE: INFLUENCE OF MOTHERS HEALTH ON PRENATAL AND POSTNATAL GROWTH | 211 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 16. | Rashid Samir Mohamed, KHNMU. SURROGATE MOTHERHOOD | 212 |
| 17. | Samuel Oluwatimileyin Owocyte, V.N. Karazin Kharkiv National University. THE PREVALENCE OF RISK FACTORS OF OBESITY AMONG MALE AND FEMALE UNIVERSITY STUDENTS IN KHARKOV REGION | 212 |
| 18. | Sajan Pushparajan Vijayan, KhNMU. HOW TO OVERCOME GENDER STEREOTYPES IN EDUCATION | 214 |
| 19. | Александрова Е. В., ХНМУ. САМООТВЕРЖЕННАЯ УЧЕБА: СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ | 215 |
| 20. | Андреева В. С., Бантковский О. В., Сидоренко И. Б., ХНМУ. ЭКОЗАВИСИМЫЕ ПАТОЛОГИИ, ИХ ФАКТОРЫ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ. ЭНДЕМИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. | 216 |
| 21. | Арасланова Т. Р., Горбунова И. В., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ И ВЫХОД ЗА ИХ РАМКИ | 218 |
| 22. | Артеменко М., ХНМУ. ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ: КОРИСТЬ ЧИ ВАДА? | 219 |
| 23. | Ашуров А. Е., Мальцев П. А., ХНМУ. ГЕНДЕРНІ НОРМИ І ВІДХИЛЕННЯ У МЕДИЦИНІ | 220 |
| 24. | Бабченко Н.А., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ И СТАБИЛЬНОСТЬ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ | 222 |
| 25. | Бажан А.О., ХНМУ. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ ХВОРОБ | 223 |
| 26. | Білецька Х.С., ХНМУ. ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ СУЧАСНОЇ УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ | 224 |
| 27. | Бильченко С. А., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД | 225 |
| 28. | Бурлачко Н. С., Коновалова К. Д., ХНМУ. ФИЛОСОФИЯ И ПСИХОЛОГИЯ: ГРАНИ ВЗАИМОСВЯЗИ | 226 |
| 29. | Брикаліна М.А., ХНМУ. НАВІЩО НАМ ПСИХОГІЄНА? | 227 |
| 30. | Ващенко Н. В., ХНМУ. ИНВАЛИДЫ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ И ГЕНДЕРНЫЙ ИНДИКАТОРЫ ОБЩЕСТВА | 228 |
| 31. | Венцель В. В., ХНМУ. ЗВ'ЯЗОК МІЖ ФАКТОРАМИ ЕКОЛОГІЇ ТА МИМОВІЛЬНИМИ АБОРТАМИ | 229 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 32. | Галайда А., ХНМУ. ЭКОСОФСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АУТИЗМА В УКРАИНЕ | 231 |
| 33. | Гладкая И.О., ХНМУ. ПИСАТЕЛЬНИЦЫ В ПАТРИАРХАТНЫХ ЛИТЕРАТУРНЫХ «ТИСКАХ» | 232 |
| 34. | Голуб М. В., Слонецкий Е. В., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ И ИХ РОЛЬ В ОБЩЕСТВЕННОЙ ЖИЗНИ | 234 |
| 35. | Гольник Я. В., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВЫЖИВАНИЯ ИНВАЛИДОВ В СОЦИУМЕ | 235 |
| 36. | Гончаренко А. А., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ХНМУ | 236 |
| 37. | Гордієнко П. О., ХНМУ. ВПЛИВ ФАКТОРІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ | 237 |
| 38. | Гоц О. В., ХНМУ. НЕГАТИВНЫЙ АСПЕКТ ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ | 238 |
| 39. | Грибинюк В. А., Лашина С. С., ХНМУ. СТОИТ ЛИ БОРОТЬСЯ С ГЕНДЕРНЫМИ СТЕРЕОТИПАМИ? | 240 |
| 40. | Гриценко А. С., ХНМУ. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ | 240 |
| 41. | Грицук В. Ю., НТУ «ХП». АГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ | 242 |
| 42. | Гуменюк О. А., ХНМУ. САМОПРЕЗЕНТАЦІЇ У СОЦМЕРЕЖАХ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ | 243 |
| 43. | Дашук А. А., ХНМУ. ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ У КОНТЕКСТІ ГЕНДЕРНОЇ ПРОБЛЕМИ | 245 |
| 44. | Дегтярь К. А., Новикова Д.П., ХНМУ. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ УКРАИНЫ | 246 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 45. | Дегтярь М., ХНМУ. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ | 247 |
| 46. | Деркач. Ю. В., ХНМУ. ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЖИТТЯ | 249 |
| 47. | Дімітров Д. Д., Харківський національний університет будівництва та архітектури. НАСИЛЛЯ НАД ЖІНКАМИ В ТАБОРАХ І КОЛОНІЯХ СИСТЕМИ ГУЛАГ | 250 |
| 48. | Доберчук В., Лаварько М., Литовченко Н., НТУ «ХПИ». О ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПАХ | 252 |
| 49. | Добровольская Е. М., ХНМУ. ВЛИЯНИЕ ПОЛЯ НА РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА | 253 |
| 50. | Дорошенко О.О., ХНМУ. ВРЕД И ПОЛЬЗА ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ | 254 |
| 51. | Евтюшкин Д. В.¹, Болдырев В. В.². ХНМУ ¹ , ХНУ ² ім. В.Н.Каразіна. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ СРЕДИ ЛИЦ, ВОЗРАСТ КОТОРЫХ НЕ ПРЕВЫШАЕТ 25 ЛЕТ | 255 |
| 52. | Журавлёва П.В., ХНМУ. СМЕРТЬ ОДНОГО ЕСТЬ НАЧАЛО ЖИЗНИ ДРУГОГО | 256 |
| 53. | Ібрагімова Ш. Б., Ільченко Т. Р. ХНМУ СТЕРЕОТИПИ ЯК ПЕРЕШКОДА НА ШЛЯХУ ДО ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ | 257 |
| 54. | Иванова Е. Ю., ХНМУ. ПРОБЛЕМА ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В УКРАИНЕ | 259 |
| 55. | Из-Зиг Ю. А., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: ОБЩЕСТВЕННАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ ИЛИ НАВЯЗАННЫЙ ОБРАЗ МЫШЛЕНИЯ? | 260 |
| 56. | Калашник В. К., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ | 262 |
| 57. | Канюка А., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СТРЕССА | 263 |
| 58. | Квітанова Н. Г., ХНМУ. ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ: КОРИСТЬ ЧИ ВАДА? | 265 |
| 59. | Кобылинская Л. И., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ВОЛОНТЕРСТВА | 266 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 60. | Ковалёва К. А., Нгуен Х. И., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ В УКРАИНЕ | 267 |
| 61. | Колесник М. Р., ХНМУ. ФЕНОМЕН ГЕНДЕРУ В УКРАЇНСЬКІЙ МОВІ | 269 |
| 62. | Колесник М. Р., ХНМУ. МУЖСКОЕ И ЖЕНСКОЕ НАЧАЛО: ВЗАИМОДОПОЛНЕНИЕ ИЛИ ПРОТИВОПОСТАВЛЕНИЕ? | 270 |
| 63. | Колюбаева Е. Ю., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД? | 271 |
| 64. | Коновалова К. Д., Бурлачко Н. С., ХНМУ. ГЕНДЕРНІ ПРОБЛЕМИ В СФЕРІ ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАЙНЯТОСТІ | 272 |
| 65. | Кордюмова А. К., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД? | 273 |
| 66. | Косенко Ю.В., ХНМУ. ЛЮБОВЬ/НЕЛЮБОВЬ И ЗДОРОВЬЕ: ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ | 274 |
| 67. | Кошиль М. С., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МОТИВАЦИИ К ЖИЗНИ | 275 |
| 68. | Круковець Н. В., ХНМУ. ПРОБЛЕМИ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ | 277 |
| 69. | Курячая О. П., ХНМУ. ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО В ОХРАНЕ И ГИГИЕНЕ ТРУДА | 278 |
| 70. | Куц Ю., ХНМУ. ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПЫ: КОРИСТЬ ЧИ ВАДА? | 279 |
| 71. | Кучеренко И.О., Коцур В.Е., ХНМУ. СМЕРТЬ КАК СРЕДСТВО ПЕРЕОСМЫСЛЕНИЯ ЖИЗНИ | 281 |
| 72. | Кучкарова Мадіна, Хамракулова Гуласал, ХНМУ. ОБРАЗ ЖІНКИ В РОМАНІ ЕЛІЗАБЕТ ГІЛБЕРТ «ЇСТИ. МОЛИТИСЯ. КОХАТИ» | 282 |
| 73. | Лисицкий С. В., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ АНОРЕКСИИ | 283 |
| 74. | Лисовая Е. Н., ХНМУ. ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО В КОНТЕКСТЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАН | 285 |
| 75. | Литвинова Е. А., ХНМУ. ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМАТИКА ПОДРОСТКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: МЕДИЦИНСКИЕ РИСКИ И СОЦИАЛЬНАЯ ОТЧУЖДЕННОСТЬ | 286 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 76. | Малеєв Д. О., ХНМУ. ДИАЛОГ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ | 288 |
| 77. | Малюченко А. Ю., Мирошниченко І. В., Юзюк М. В., ХНМУ. ГЕНДЕРНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ УСПІШНОЇ КАР'ЄРИ СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ | 289 |
| 78. | Маркевич Ю. А., Лаппа А. М., Поляшенко А. С., ХНМУ. ФЕНОМЕН ГЕНДЕРА В УКРАЇНСЬКІЙ КУЛЬТУРІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ | 290 |
| 79. | Мартыненко А. А., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ СОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ | 291 |
| 80. | Мирошник Ю. Н., ХНМУ. ПИТАНИЕ КАК ВАЖНЫЙ РЕСУРС РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ | 292 |
| 81. | Нагорная А. А., ХНМУ. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА И ЗДОРОВЬЕ: ФИЛОСОФСКИЙ И МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТЫ | 293 |
| 82. | Невмержицька А. М., ХНМУ. СПОРТИВНІ ДОСЯГНЕННЯ: ДОТРИМАННЯ ГЕНДЕРНИХ ТА ЕТИЧНИХ НОРМ АБО ПЕРЕМОГА ЗА БУДЬ-ЯКУ ЦІНУ? | 295 |
| 83. | Неровний В. В., Конодюк М. С., ХНМУ. ВПЛИВ СТАТІ НА ЧАСТОТУ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ | 296 |
| 84. | Новіков С., ХНМУ. ПРОБЛЕМА ФОРМУВАННЯ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ У ДІТЕЙ. | 297 |
| 85. | Нужна А. А., ХНМУ. ВПЛИВ ГЕНДЕРНИХ ПІДХОДІВ НА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ МОЛОДІ | 298 |
| 86. | Нырка И. Е., Погребняк А. В., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ СТУДЕНТОВ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ | 300 |
| 87. | Обихвіст О. О., ХНМУ. ГЕНДЕР І ВЛАДА | 301 |
| 88. | Ольхова А. О., ХНМУ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЕРАРХИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ СТРАХОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА | 302 |
| 89. | Омельченко М. Р., ХНМУ. ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ В МАНІФЕСТАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ | 303 |
| 90. | Плехова О. О. ХНМУ. ГЕНДЕРНІ ІНДИВІДУАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОТІ СТУДЕНТІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ У ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ | 304 |

| | | |
|------|--|-----|
| 91. | Рапога А. И., ХНМУ. ВОДНЫЙ БАЛАНС КАК ВАЖНЫЙ РЕСУРС РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА | 305 |
| 92. | Рыбальченко Д. С., Вильный Д. В., НТУ «ХПИ». ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ | 306 |
| 93. | Рыжова Д. В., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ | 308 |
| 94. | Саранча Т. А., ХНМУ. ПРОБЛЕМА КУЛЬТУРЫ ИЗНАСИЛОВАНИЯ: ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ | 309 |
| 95. | Сергичева Е. В., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ | 310 |
| 96. | Ситников П. А., НТУ «ХП», м. Харків. ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ НА ПРИКЛАДІ АНАЛІЗУ АПОКРИФУ ПРО РОЗП'ЯТТЯ ХРИСТА | 312 |
| 97. | Смирнова В. И., ХНМУ. ВИРТУАЛЬНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ | 313 |
| 98. | Соколова Ю. А., Вознюк И. С., ХНМУ. ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА АДАПТАЦИЮ ДЕТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПТСР В ДЕТСКИХ ЛАГЕРЯХ | 314 |
| 99. | Стабровский С. С., ХНМУ. СОЦИУМ КАК УГРОЗА ЗДОРОВЬЮ ЧЕЛОВЕКА | 316 |
| 100. | Степанюк Е. И., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ЕВГЕНИКИ | 317 |
| 101. | Стратиенко Е. Н., ХНМУ. АКТУАЛИЗАЦИЯ ГЕНДЕРНОЙ ПРОБЛЕМАТИКИ В ПЕРСПЕКТИВЕ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ | 318 |
| 102. | Стоян А. О., ХНМУ. ВПЛИВ ПСИХОГІЄНИ ТА СОЦІАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА НА ПСИХІЧНИЙ СТАН ЛЮДИНИ | 319 |
| 103. | Стоян А. О., ХНМУ. ЗДОРОВЫЙ ПОЛ РЕБЕНКА – НАШЕ СВЕТЛОЕ БУДУЩЕЕ | 320 |
| 104. | Сухарева Л. П., ХНМУ. УЛИЧНЫЕ ПРОФЕМИНИСТСКИЕ АКЦИИ В УКРАИНЕ: АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ | 321 |

| | | |
|------|--|-----|
| 105. | Сырчина В. О. , ХНМУ. СОЦИАЛЬНАЯ СРЕДА И ПСИХОГИГИЕНА ПОЛА СТУДЕНТОВ | 323 |
| 106. | Сичова Я. В. , Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна. НЕРІВНИЙ ШЛЮБ ЗА ВІКОМ: ГЕНДЕРНИЙ ВИМІР | 324 |
| 107. | Татьянченко Ю. , ХНМУ. ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ | 326 |
| 108. | Титаренко А. Н., Чупрун В. В. , ХНМУ. НАРУШЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО ПАРИТЕТА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ | 327 |
| 109. | Ткемаладзе Д. Ю. , ХНМУ. ЭВОЛЮЦИЯ ГЕНДЕРНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ | 329 |
| 110. | Трегубенко А. Р. , ХНМУ. ФЕНОМЕН ТРЕВОЖНОСТИ» У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА | 330 |
| 111. | Труш О. М., Труш А. М. , ХНМУ. НЕОДНОЗНАЧНІСТЬ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ | 331 |
| 112. | Форостян К. С. , ХНМУ. ГЕНЕТИЧНО МОДИФІКОВАНІ ПРОДУКТИ ТА РЕПРОДУКТИВНІ МОЖЛИВОСТІ ЛЮДЕЙ | 333 |
| 113. | Хильчевский Б. С. , ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КАРЬЕРЫ ВРАЧА | 334 |
| 114. | Цимох И. Э., Русанов Д. А. , ХНМУ. ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ НАПРАВЛЕННОСТЬ | 335 |
| 115. | Цимбал О. , ХНМУ. ГЕНДЕРНА НЕРІВНІСТЬ У РІЗНИХ СФЕРАХ ЖИТТЯ | 337 |
| 116. | Черевко Я. Ю. , ХНМУ. ВПЛИВ ГЕНДЕРНОЇ ДИСКРИМІНАЦІЇ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я | 338 |
| 117. | Черненко Е. , ХНМУ. ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ, СЕМЬИ И СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ | 340 |
| 118. | Чубук И. В. , ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ | 341 |
| 119. | Чуйко А. Ю. , ХНМУ. ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ У СУЧАСНОМУ УКРАЇНСЬКОМУ СВІТІ | 342 |
| 120. | Шакирова О. О. , ХНМУ. ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ: СОЦИАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ | 344 |

| | | |
|------|--|-----|
| 121. | Шафоростова С. Г., ХНМУ. ОСОБЕННОСТИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ КУЛЬТУР | 345 |
| 122. | Швид С. О., ХНМУ. ПРОБЛЕМЫ ГЕНДЕРНОГО НЕРАВЕНСТВА В ОБЩЕСТВЕ | 346 |
| 123. | Шролик К., ХНМУ. ВРАХУВАННЯ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ У РОБОТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ | 347 |
| 124. | Яковлева Д. Ю., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В РАБОТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА | 348 |
| 125. | Яниогло О. А., ХНМУ. ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: PRO ET CONTRA | 350 |

Наукове видання

ГЕНДЕР. ЕКОЛОГІЯ. ЗДОРОВ'Я

Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції
(Харків, 20–21 квітня 2017 року)

Опубліковано в авторській редакції

Відповідальний за випуск: Карпенко К. І.

Формат А 5. Ум. друк. арк. 23,25.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdat@knmu.kharkov.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.