

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

IV Міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченої 210-річчю
Харківського національного медичного університету
(Харків, 21–22 квітня 2015 року)

Харків 2015

Друкується за рішенням вченої ради
Харківського національного медичного університету.
Протокол № 4 від 16 квітня 2015 р.

Редакційна колегія

Лісовий Володимир Миколайович – ректор Харківського національного медичного університету, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор, лауреат Державної премії України

Кравець Володимир Петрович – ректор Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, доктор педагогічних наук, професор;

Капустник Валерій Андрійович – перший проректор з науково-педагогічної роботи ХНМУ, доктор медичних наук, професор;

М'ясоєдов Валерій Васильович – проректор з наукової роботи ХНМУ, доктор медичних наук, професор;

Гречаніна Олена Яківна – директор Українського Інституту клінічної генетики, член-кореспондент АМН України, лауреат Державної премії України, академік Української екологічної академії наук, доктор медичних наук, професор;

Коробчанський Володимир Олексійович – директор НДІ гігієни праці й професійних захворювань ХНМУ, академік Української академії екологічних наук, член-кореспондент Міжнародної академії наук інтегративної антропології, доктор медичних наук, професор;

Летік Іван Васильович – проректор з науково-педагогічної роботи ХНМУ, кандидат медичних наук, професор;

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

Карпенко Катерина Іванівна – директор Центру гендерної освіти ХНМУ, професор кафедри філософії, доктор філософських наук, професор;

Хагенгрубер Рут – голова Департаменту філософії університету Падерборн, Німеччина.

Рецензенти:

Целуйко В.Й. – доктор медичних наук, професор;

Корабльова Н.С. – доктор філософських наук, професор.

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. – 280 с.

Представлено матеріали більше 300 фахівців з багатьох вищих навчальних закладів Харкова, 14 міст України, фахівців з Австрії, Німеччини, Казахстану, Іспанії, Польщі, Словаччини. Більшість доповідей присвячено гендерним аспектам актуальних соціальних проблем – екології та охорони здоров'я.

УДК 314.334.43
ББК 60.542.21

ШАНОВНІ УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ!

Актуальність теми конференції «Гендер. Екологія. Здоров'я» обумовлена зростанням інтересу до проблеми тілесності людини, адже саме це питання в сучасній ситуації стає нагальним. Людина вже досягла піку своєї величі: вона оперує високими технологіями, підкорила собі зовнішню природу та користується усіма її благами. Вагомий внесок здійснено також у пізнання та моделювання внутрішньої природи людини. Але всі ці досягнення не можуть самі по собі забезпечити людині здоров'я. Більше того, у них є зворотна сторона, що виявляється у загрозах екологічної кризи та суттєвій проблематизації статеворольових практик, які пов'язані з новими досягненнями медицини.

Нові стратегії людського існування потребують спеціальних засобів аналізу. Гуманітарна думка кінця XX – початку XXI століття розробила новий погляд на природу сексуальності, на соціальні ролі чоловіка й жінки, історію боротьби жінок за соціальне визнання. Результатом такої інтеграції стала поява терміну «гендер».

Категорія «гендер» є ефективним засобом дослідження, який відповідає сучасним потребам осмислення багатоаспектних проблем. Невипадково у назву конференції винесено три складові, кожна з яких належить до цілей тисячоліття, затверджених на Саміті ООН у вересні 2000 року:

- ◆ Викоренити крайню бідність та голод.
- ◆ Досягти загального рівня початкової освіти.
- ◆ Сприяти гендерній рівності та надати більше повноважень жінкам.
- ◆ Зменшити дитячу смертність.
- ◆ Покращити стан здоров'я матерів.
- ◆ Побороти ВІЛ/СНІД, малярію та інші небезпечні інфекційні хвороби.
- ◆ Забезпечити сталий розвиток довкілля.
- ◆ Розвивати глобальне партнерство заради гармонійного людського розвитку.

Наразі гендер розглядають як соціальний конструкт, реальну існуючу систему міжособистісної взаємодії, за допомогою якої створюється, підтверджується та відтворюється уявлення про чоловіче та жіноче як категорії соціального рівня. Інакше кажучи, гендер – це соціальні вияви статі, або ж просто «соціальна стать». У такому контексті основні філософські питання – проблеми сутності людини, смисл та призначення її в світі, простір та час людського буття – отримали гендерний вимір. Інституалізація цього напрямку пов'язана з відкриттям гендерних студій при університетах розвинутих країн світу. Не оминула дана тенденція й Україну. Вже більше двох років існує й розвивається Всеукраїнська мережа гендерних осередків, до якої входить також Центр гендерної освіти Харківського національного медичного університету.

Вітаючи сьогодні учасників конференції, з приємністю зазначу, що цей форум, як і три попередні, є прикладом реалізації принципу партнерства. Співорганізаторами конференції стали Міністерство охорони здоров'я України, Харківський національний медичний університет та ВГО «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини». Такий тандем дає більше наукового простору для різнобічного вивчення питання: чому в Україні протягом останніх років продовжується скорочуватися середня очікувана тривалість життя і чоловіків, і жінок? Статистичні дані сумно вказують, що за цим показником обидві статі втратили один рік. Серйозним сигналом є скорочення народжуваності. Серед комплексу причин, що його обумовлюють, досить вагоме місце займають трансформації гендерних цінностей сучасного молодого покоління.

Проблемою, яка сьогодні має обговорюватися, є кризовий стан здоров'я чоловіків. Він пояснюється як різким збільшенням психічних хвороб; пов'язаною з ризиками професійною активністю чоловіків, яка, до речі, традиційно визнається соціально очікуваним типом їх поведінки, так і іншими чинниками, пов'язаними із вживанням алкоголю, наркотиків а також із поширенням ВІЛ/СНІД. Звичайно, сумлінної праці лікарів-професіоналів недостатньо для вирішення зазначених проблем. Вони вимагають також зусиль правників, вчителів, працівників соціальних служб, різних урядових і неурядових організацій.

Гендерна медицина фокусується на впливові статі на клінічні ознаки захворювань, на інтегративному розумінні статі як біологічного та функціонального маркера людського тіла. Зростає увага до гендерних відмінностей у патофізіології хвороб, а саме: серцево-судинних захворювань, остеопорозу, діабету, нейродегенеративних розладів тощо. У відповідь на цей виклик сьогодні у різних країнах виникають асоціації гендерної медицини, діяльність яких заслуговує серйозної уваги.

За останні роки стало очевидним, що основним чинником у руйнуванні репродуктивного здоров'я є погіршення екологічної ситуації та соціально-економічна криза. Саме тому конференція має на меті інтегрувати зусилля представників різних гілок наукового знання для міждисциплінарного аналізу проблем гендерної рівності, екології та здоров'я.

Своє бажання взяти участь у конференції висловили вчені багатьох вищих навчальних закладів Харкова, 11-ти міст України, фахівці із Казахстану, Німеччини, Швеції, Іспанії, Австрії, Польщі, Словаччини.

Сподіваюсь, що результати конференції будуть сприяти дослідженню й подоланню гендерних стереотипів, які існують у суспільстві. Адже роль спільної роботи вчених та практиків у подоланні гендерних стереотипів, яке вимагає адекватної оцінки проблем екології та охорони здоров'я, важко переоцінити. Впевнений, що дискусії на конференції наблизять нас до конструктивних відповідей на питання, що поставлені. Вони стануть суттєвим підґрунтям для формування політики гендерної чутливості та досягнення гендерного паритету у системі освіти.

Бажаю усім творчих успіхів у наукових пошуках і педагогічній діяльності.

*Лісовий В.М.,
Ректор Харківського національного
медичного університету*

ШАНОВНІ УЧАСНИКИ ТА УЧАСНИЦІ IV МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ «ГЕНДЕР. ЕКОЛОГІЯ. ЗДОРОВ'Я»

Забезпечення рівності жінок і чоловіків у всіх сферах життєдіяльності держави та суспільства є важливою умовою й гарантією забезпечення прав людини, утвердження демократії, розв'язання соціально-економічних проблем та як результат – повноцінної інтеграції України до європейської спільноти.

У питаннях формування у студентської та учнівської молоді розуміння сутності норм та установок взаємодії статей на принципах гендерної рівності, потреби керуватися ними в усіх сферах життя в системі вищої освіти досягнуто порівняно більшого прогресу. Зі створенням Гендерних центрів у провідних вищих навчальних закладах Харківщини розпочалося системне впровадження гендерних підходів у навчально-виховний процес вищих навчальних закладів. Сьогодні за ініціативи їх представників і представниць створено Всеукраїнську мережу осередків гендерної освіти у вищих навчальних закладах. Результатом такої діяльності стало зростання кількості ініціатив: тематичні науково-практичні конференції, конкурси, фестивалі, майстер-класи та інш. Але ці заходи ще не стали системними, їх успішність залежить від зацікавленості та рівня кваліфікації вчителя, викладача або керівника навчального закладу, а сама сфера освіти подекуди залишається середовищем поширення гендерних стереотипів. Бажаю учасникам та учасницям заходу об'єднати зусилля науковців і практиків для головного результату – забезпечення сталого впровадження принципів гендерної рівності в освіту.

З повагою,

А. Бабічев,

*Директор Департаменту науки і освіти
Харківської обласної державної адміністрації*

ШАНОВНІ КОЛЕГИ!

IV міжнародна науково-практична конференція "Гендер. Екологія. Здоров'я", в якій беруть участь провідні міжнародні і українські фахівці, є справді важливою подією для української наукової медичної громадськості. Це науковий міжнародний форум такого масштабу з питань здоров'я, гендерної і превентивної медицини, який відбувається в Україні. Організатори заходу – Харківський національний медичний університет і Всеукраїнська громадська організація "Асоціація превентивної та антиейджинг медицини". Остання за роки своєї діяльності в Україні вже набула значного досвіду реалізації наукових, просвітницьких та соціальних програм у галузі профілактичної та антивікової медицини.

Світова медична спільнота на даний час досягла консенсусу щодо пріоритетності профілактичної медицини над медициною лікувальною. Це означає, що зусилля охорони здоров'я слід зосередити саме на профілактиці захворювань, оскільки попереджувати хвороби - значно ефективніше, ніж лікувати їх. Утім, це аксіоматичне твердження досі ще є новиною для значної частини населення нашої країни. Саме тому Асоціація превентивної та анти-

ейджинг медицини як громадська організація бачить свою місію в якнайширшій популяризації ідей профілактичної медицини в українському суспільстві.

За останні два десятиліття медицина антистаріння утвердилася у світі як самостійний напрям медичної науки та практики, який, спираючись на найновіші знання про механізми розвитку захворювань, асоційованих із старінням людського організму, пропонує ефективні способи профілактики цих хвороб. Таким чином, медицина антистаріння нерозривно пов'язана з превентивною медициною, ці два напрями органічно поєднуються і взаємодоповнюють один одного, в чому можна переконатися, зокрема, почитавши пропонувані в цьому числі наукові статті українських та зарубіжних учених-медиків.

*Щиро ваша,
Ольга Барна,
д. мед. н., професор, завідувач кафедри загальної практики
(сімейної медицини) Національного медичного університету
імені О.О.Богомольця, голова правління ВГО
"Асоціація превентивної та антиейджинг медицини"*

DEAR COLLEAGUES!

The global medical community currently reached consensus on importance of Gender approach in medical treatment. These activities spark new knowledge, strengthen the quality and competitiveness of scientific innovation and lead to the optimal exploitation of knowledge and expertise to improve health care for women, men, boys, and girls, and gender diverse people.

That is why the general aim of the Center for Gender Medicine, Department of Medicine, Karolinska Institute, is to support research and education towards innovation in health care through promotion and implementation of sex and gender analysis ("gender dimension").

Being first established in Europe CfG serves as a leading example and strives elaboration of already existing and new collaborations worldwide.

Over the past two decades, Gender medicine has established itself worldwide as an independent direction of medical science and practice, which, based on the latest knowledge on the mechanisms of diseases associated with gender, offers effective ways to prevent these diseases.

IV International Scientific and Practical Conference "Gender. Ecology. Health", which brings together leading international and Ukrainian experts, is truly important event for Ukrainian scientific medical community.

Thus, Gender medicine is inextricably linked to preventive medicine, these two areas are organically combined and complement each other, as can be seen in particular in the suggested reading scientific articles including Ukrainian and foreign scientists and physicians.

I wish you all every success in scientific research and educational activities!

*Karolina Kublickiene
MD, PhD, Associate Professor Karolinska Institutet
Head Centre for Gender Medicine, Inst. of Medicine-Solna
Senior Scientist Inst. for Clinical Science, Intervention & Technology
Department of Obstetrics & Gynecology
Karolinska University Hospital-Huddinge*

ЧАСТИНА 1

*Лісовий В.М.,
М'ясоєдов В.В.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНИЙ ПІДХІД ДО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Уживання гендерного підходу до охорони здоров'я дозволяє виявити наступні проблеми:

- 1) гендерні відмінності в стані здоров'я чоловіків і жінок;
- 2) гендерні відмінності у показниках захворюваності та смертності;
- 3) вплив способу життя на відмінності у здоров'ї: чиє життя в цьому відношенні є більш передбачуваним: чоловіка чи жінки.

Тривалість життя жінок у всьому світі значно вище, ніж у чоловіків. Виняток становлять лише кілька країн, в яких жінки і чоловіки живуть однакове число років або навіть чоловіки – довше. За даними ООН, це Бангладеш, Індія, Мальдіви, Непал.

На тривалість життя чоловіків і жінок протягом усього їхнього життя справляє негативний вплив ряд факторів. У дитинстві – це біологічний фактор (вразливість організму хлопчиків вище, ніж дівчаток), в зрілому віці – соціально-психологічні чинники, що підвищують ризик нещасних випадків, травматизму, психологічного напруження. За статистикою нещасні випадки серед чоловіків зустрічаються набагато частіше, ніж серед жінок. Причиною називають "природну" чоловічу агресію, вибір небезпечних професій (військові, гірники, професійні водії та ін.). Ще одним фактором, який вносить свій внесок у більш високі показники смертності серед чоловіків, може служити конкуренція на роботі і напруження, пов'язане з роботою.

Дослідники відзначають гендерні відмінності у показниках захворюваності: жінки частіше хворіють, але живуть довше; чоловіки рідше хворіють, але раніше вмирають. Проте існує ймовірність того, що насправді жінки хворіють не частіше, ніж чоловіки, а просто в силу різних обставин вони більш чутливо ставляться до свого організму і при прояві дискомфорту поспішають усунути його.

Істотно впливає на показники захворюваності зміна в способі життя сучасних чоловіків і жінок. Стрімко руйнуються зумовлені традиціями зразки поведінки і багато чого з того, що заборонялося або дозволялося конкретній статі, стає якщо не таким, що схвалюється суспільством, то, принаймні, терпимим. Зокрема, куріння, вживання спиртних напоїв, зайнятість в традиційних "чоловічих" видах діяльності впливають на зниження тривалості життя жінок і підсилюють ризик захворюваності "чоловічими" хворобами (інфаркт, інсульт) і ризик травматизму.

Більшість досліджень, присвячених вивченню "істинних" рівнів поширеності психічних розладів з розбивкою за статевою ознакою, вказують на відсутність чітких відмінностей за статтю в рівнях захворюваності. Розрізняються інші показники. Наприклад, загальний настрій і стан тривожності є

стійко вищим у жінок незалежно від місця і часу; показники особистісних порушень стійко вище у чоловіків незалежно від часу і місця. Ці результати спростовують стійку буденну думку про те, що психічні порушення частіше зустрічаються у жінок, ніж у чоловіків, і що зміна ролі статей у житті суспільства сприяє більш широкому поширенню психічних захворювань серед жінок. Цю думку закріпив своїм авторитетом З. Фрейд. Захворюваність в залежності від статі залишається незмінною, хоча і проявляється по-різному: у жінок вища схильність до депресії і тривожності, в той час як чоловіки частіше страждають від порушень особистісного характеру.

Здоров'я можна розглядати з двох сторін: на рівні популяції (в цьому випадку, насамперед, працюють показники смертності та захворюваності) і на рівні індивіда (мова йде про індивідуальні характеристики здоров'я). При аналізі цих показників ми виявляємо парадоксальну ситуацію: популяційний індикатор значно нижче у чоловіків, однак всі показники індивідуального здоров'я значно нижче у жінок. Гендерні виміри охорони здоров'я можуть надати неоціненну послугу в розумінні завдань громадської охорони здоров'я. Низькі характеристики індивідуального здоров'я жінок пов'язані з високими біологічними (продовження роду) і соціальними (виживання в складних умовах) навантаженнями, а, отже, суспільство має звернути увагу саме на допомогу жінкам в цьому напрямку; крім того, знайти необхідні технології, які змусили б жінок ставитися до власного здоров'я як до найвищої цінності, даної їм від народження, і вимагати від держави дотримання гарантованих прав на медичне обслуговування. Та ж мета стоїть і перед чоловічим населенням країни, але завдання і технології збереження здоров'я будуть дещо іншими. І одне з основних завдань – збільшення середньої тривалості життя чоловіків і зниження смертності серед чоловічого населення в працездатних віках.

Індивідуальне здоров'я – це один рівень здоров'я жінок і чоловіків, певний "індивідуальний потенціал", що складається з набору різних факторів. Здоров'я населення (або популяції) – це інший рівень, хоча взаємодія цих рівнів є очевидною. У сукупності вони утворюють єдиний ресурс здоров'я суспільства. Включення гендерного підходу в аналіз стану і прогнозування здоров'я дозволить коректувати політику держави в галузі охорони здоров'я громадян.

Кравець В.П.

*Тернопільський національний педагогічний університет
імені Володимира Гнатюка*

ГЕНДЕРНІ ПРОБЛЕМИ СЕКСУАЛЬНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ

Демографічна ситуація в Україні характеризується істотним погіршенням здоров'я населення взагалі, низьким рівнем соматичного, психічного та репродуктивного здоров'я молоді, зокрема. Сучасні школярі не усвідомлюють соціальної значущості здоров'я для майбутнього особистісного і професійного життя. За даними МОЗ та МОН України, лише 15 % випускників школи не мають відхилень у стані здоров'я. За останні 10 років в Україні збільшилась частота гінекологічних захворювань у школярів у 3 рази,

порушень менструальної функції – у 1,5 рази (в Україні 112 гінекологічно хворих на 1000 жінок). Зростає рівень безпліддя як у жінок, так і в чоловіків, невиношування вагітності, збільшується кількість тих, у кого зустрічається вульвовагініт - запалення зовнішніх статевих органів тощо. Зараження стаєвою інфекцією в юному віці нерідко є причиною частих викиднів, безпліддя. Майже 68 % пологів відбувається з ускладненнями. За даними обстежень, питома вага безплідних становить близько 7 % жінок дитородного віку, тобто майже 870 тис. подружніх пар є безплідними через захворювання жінок. Такої кількості жінок, що в період вагітності лежали на "збереженні", ще 20–30 років тому Україна не знала.

Досягнення статеві зрілості і початок сексуальної активності – важливі віхи в житті підлітків та юнацтва. Ці глибинні зміни у фізичному здоров'ї та соціальній поведінці пов'язані також і з ризиком для сексуального і репродуктивного здоров'я. На нашу думку, сексуальне здоров'я – стан, при якому людина має можливість відчувати статевий потяг і реалізувати його, отримуючи при цьому задоволення, тобто це не просто відсутність хвороби, а стан соматичного, емоційного, інтелектуального та соціального благополуччя щодо сексуальності, це інтегральний комплекс взаємодіючих компонентів сексуальності – біологічного, соціально-психологічного, що забезпечують сексуальну поведінку, складну систему сексуальних взаємин, сприяють оптимальній сексуальній адаптації до протилежної статі, сексуальній гармонії відповідно до норм соціальної та особистої моралі. Сексуальне здоров'я передбачає позитивне і поважливе ставлення до сексуальності і статевих стосунків, можливість безпечно вести статеве життя, що приносить задоволення, відсутність примусу, дискримінації та насилля. Серед причин негативної чоловічої фертильності (недостатня кількість і погана якість сперми), бездітності дослідники називають погану екологію, проблеми з безсонням, ожиріння, ноутбуки, автомобільні сидіння з підігрівом, сауна, тісні брюки чи рейтузи, алкоголь, наркотики, інфекції, що передаються статевим шляхом, запальні захворювання репродуктивної системи, шкідливі звички, незбалансоване харчування, голодування, стресові, нервові і надмірні фізичні навантаження.

Викликами сьогодення є формування українського демографічного імперативу, правильних репродуктивних установок через розвиток української національної самосвідомості. Молоді люди повинні засвоїти, що репродуктивна поведінка і мотиви народження нової людини – не стільки біологічне, скільки соціальне явище. А також знати причини обмеження репродуктивної функції сім'ї через урбанізацію суспільства. недостатні матеріально-побутові умови, професійні інтереси жінки, низький престиж батьківства, нестійкість сімейно-шлюбних стосунків, роздільне проживання молоді сім'ї і батьків. Школярам варто зацентувати увагу на тих можливостях, які їм надає цивілізація: ліберальне законодавство, контрацепція, репродуктивні технології, суспільна мораль, тобто можливість самореалізації, пріоритет прав людини, власне репродуктивних прав, що передбачають свободу регулювання народжуваності, яка є однією з фундаментальних умов досягнення соціального рівноправ'я чоловіків і жінок. Таким чином. окреслене проблемне поле ґендерних досліджень у сфері медицини та педагогіки включає вивчення місця та ролі материнства та батьківства в процесі

становлення європейської культури, еволюцію шлюбу та сім'ї, зміну соціокультурних стереотипів ґендерних ролей в контексті формування сексуального та репродуктивного здоров'я молоді.

Кодар, Замза Муташовна,

Казахский государственный женский педагогический университет

СЕМЕЙНО-БРАЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

В истории социально-философской мысли семья, семейно-брачные отношения, анализ системы семейных связей и связанных с нею правовых и юридических отношений всегда были в центре внимания, при этом они рассматривались онтологически, аксиологически, в культурно-историческом контексте и неразрывно связаны с философией любви. До середины XIX века, семья рассматривалась как микромодель общества, социальные отношения «выводились из семейных отношений; в эволюционном развитии понятия семья и «брак» отождествлялись, использовались как синонимы. Основной формой организации семейной жизни являлась моногамная семья. Система семейных ценностей в различных брачно-семейных сферах определялась господствующим в данном обществе способом производства, образом жизни, общественными отношениями, системой ценностей.

Семья является сложным социокультурным образованием, который находится в процессе постоянного развития и изменения, поэтому изучение данного феномена «требует» междисциплинарного (интегрального) подхода.

В исследовании семьи и брака выделяют два основных направления: исследование истории семьи и брака и анализ современной семьи и брака. В развитии исследования истории семьи и брака Г. Кристенсен выделил три основных этапа: 1) **теологический** (с античности до середины XIX в.); 2) метафизическо-философский (вторая половина XIX в. до начала XX в.); 3) позитивистский и научный (XX в.).

Теоретическая и практическая значимость исследования состоит в том, что материалы диссертации позволяют более глубоко рассмотреть структуру семейных ценностей, эволюцию их структурных изменений и непреходящую значимость семьи как родовой, общечеловеческой ценности на протяжении столетий.

Результаты исследования показали, что семья по-прежнему является наивысшей ценностью для современной женщины, проживающей в Казахстане, независимо от возрастной группы и места проживания. Причем «семья» как вечная ценность, включает такие семейные ценности как: домашний очаг, материнство, родительство, супружество. Более того, с возрастом ценность «семьи» становится более значимой. Что касается таких ценностей, как деньги и материальное благополучие, дело и профессия, любовь, здоровье, то они одинаково оцениваются женщинами как наиболее важные независимо от возраста и количества детей в семье.

Исследователи отмечают, что для современной семьи ценным является традиционный брак. И жители города, и жители села считают традиционный брак наиболее приемлемой формой брачно-семейных отношений.

Вместе с тем, для некоторых – приемлемой формой семейно-брачных отношений являются разного рода сожительства. Причем, данная тенденция характерна в большей мере для возрастной группы до 30 лет и характеризует определенную терпимость по отношению к гражданскому браку.

Настораживает достаточно высокий процент респондентов, выбирающих одиночество как форму семейно-брачных отношений, причем с возрастом этот процент увеличивается.

Среди проблем современной семьи выделяются два блока: проблем, связанных с социальным самочувствием семьи, это отношения с детьми, плохое качество жилья, обучение и образование детей, отношения с супругом; и проблемы, связанные с материальным положением, которые в настоящее время особо актуальны. Как показало исследование более 50% населения испытывают материальные затруднения, наиболее актуальна данная проблема для женщин старше 50 лет, имеющих образование, ниже высшего.

Результаты показали, что наиболее остро в современной семье стоят вопросы, связанные с воспитанием и обучением детей; с организацией семейного досуга и отдыха. Остро в современной семье стоит проблема распределения обязанностей в семье. Наблюдается тенденция эгалитаризации, или равномерного распределения семейных обязанностей между мужем и женой, которая в большей степени характерна для женщин в возрастной группе до 30 лет, а также среди женщин, имеющих высшее образование. Данная тенденция характерна и для сферы родительства, люди предпочитают воспитывать детей совместно, возлагая вопросы по воспитанию, обучению и уходу за детьми, на обоих родителей. Все это отражает тот факт, что проблемы женщин возвращаются в двух основных сферах – семья и достаток.

Зоной повышенной конфликтности в современной семье являются: жилищно-бытовые условия; материальные проблемы; пьянство супруга (супруги); неравномерное распределение семейных обязанностей; в наименьшей степени зоной конфликтности между супругами в браке является сексуальная неудовлетворенность.

Таким образом, по нашему мнению, современная семья в настоящее время представляет относительно устойчивый социальный институт, с четко прослеживаемыми тенденциями снижения брачности, увеличением разводов и количества неполных семей, фактических браков. Современная семья продолжает оставаться малодетной, не обеспечивающей простого воспроизводства населения, что во многом объясняется с одной стороны, реакцией на ухудшение жилищных условий, снижение уровня материального благосостояния, с другой стороны, изменением системы семейных ценностей современной семьи.

В Послании Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана «СТРАТЕГИЯ «Казахстан-2050» Новый политический курс состоявшегося государства» главой государства было сказано: **«Женщины – опора семьи, а значит – опора государства»**. И на женщин на данном этапе развития государства накладываются особая ответственность за сохранение семьи, поднятия детей, улучшения демографической политики, за создание крепкого общества. Действительно, как отметил глава го-

сударства, процессы глобализации привели к кризису семейных ценностей, к трансформации ролей мужчин и женщин, и, к сожалению, падению престижа быть семейным человеком». В связи с гендерной политикой и решения проблем, связанных с укреплением общественного института семьи, следует обратить особое внимание на проблему, связанную с частотой разводов по Казахстану и в частности по такому мегаполису как Алматы. За первое полугодие 2013 года в Алматы было зарегистрировано 6698 браков и 2670 разводов. При этом на 1000 человек приходится 3,6 разводов.

По официальной статистике, в январе-июне текущего года в сравнении с соответствующим периодом 2012 года число браков увеличилось на 8,7%, а число разводов сократилось на 2,2%. Конечно, сейчас на повестке дня стоит сохранение брака и тот факт, что количество разводов сократилось, по крайней мере, в Алматы, естественно, радует. Назову основную причину разводов. На первом месте – это отсутствие глубинных отношений, общения и взаимопонимания, на втором – насилие, на третьем – сексуальная неудовлетворенность, далее следуют эгоизм, гордость и предубеждение; непризнание своей вины и ошибок; неготовность к браку; отсутствие семейных ценностей; зависимость (наркомания, алкоголизм, интернет, телевизор); социально-экономические проблемы; преувеличение при оценке обстоятельств; незнание ролевых отличий; влияние родителей и родственников на выбор супруга, на семейную жизнь; измена; брак по расчету; бездетность; страх потерять свободу; различность социальных статусов; отсутствие семейного образования и, наконец, религиозные расхождения.

Семейная политика Казахстана должна быть направлена не только на стимулирование рождаемости, но и на укрепление семейного института, в виду его жизненно важных функций и вклада в улучшение демографической ситуации. У значительной части населения Казахстана семья ассоциируется с монотонным и неинтересным домашним трудом, потерей личной свободы и своей индивидуальности, у 6% с семьёй связаны с ней самые большие разочарования. Для 9% опрошенных семья – тормоз для личных успехов и карьеры.

Подобные ассоциации напрямую влияют на такой показатель как установка на детность. Только 12% опрошенных молодых женщин в возрасте от 18 до 30 лет назвали трёх и более детей в качестве желаемого числа. Каждая вторая женщина планирует иметь двоих детей, это же количество названо в качестве желаемого. Что не обеспечивает простое воспроизводство населения, т.е. происходит депопуляция, убыль населения.

Современная семья будет меняться, частично утрачивая или меняя некоторые функции. Частично функция воспроизводства будет осуществляться незамужними женщинами.

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, возрастает необходимость социальной защиты здоровья детей, и в первую очередь репродуктивного здоровья женщин. 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 отношениям с лицом того же пола. Большинство считают нормой совместную жизнь вне зарегистрированного брака, каждый пятый казахстанец.

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

Вместе с тем, институт семьи, представленный сегодня в Казахстане в её самой неустойчивой и неблагополучной формой, способен отчасти сгладить остроту отдельных негативных тенденций.

В качестве заключения хотелось бы отметить, что семейная политика не мыслима без сферы 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, со-понимание 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.

Литература

1. Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана «СТРАТЕГИЯ «Казахстан-2050» Новый политический курс состоявшегося государства.

2. Закон Республики Казахстан «О профилактике бытового насилия». Астана. 4 декабря 2009 года.

3. Стратегия гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006–2016 годы. Астана, 2005. – 74 с.

4. Dollard D. Frustration and Aggression. New Haven; L, 1939 (et al.); Social Learning and Imitation. New Haven; L., 1941 (with N.E. Miller); Victory over Fear. N.Y., 1942.

Cheshko V.T., Peredyadenko A.S.

Simon Kuznets Kharkiv National University of Economics

GENDER, REPRODUCTIVE TECHNOLOGY AND TECHNO-HUMANITARIAN BALANCE AS COMPONENTS OF EVOLUTIONARY RISK (EVOLUTIONAL AND PHILOSOPHICAL ESSAYS)

Accordingly to the concept of the three-modular evolutionary strategy of *Homo sapiens* developed in recent years [1] gender (self)identification should be considered as a superposition of biological, socio-cultural and techno-rational determinational adaptive systems. Each of these systems includes adaptation as a standalone unit in the co-evolutionary complex of stable evolutionary strategy of *Homo sapiens*. Accordingly, the content of gender (self)identity and gender

norms should be considered in three interrelated aspects - individual (ontogenetic), genetical, populational and socio-cultural ones. Distribution of gender roles and their relationship with the biological sex is in this relation, the resulting value of gene-cultural co-evolution and techno-humanitarian balance.

The configuration of the first (gene-cultural) co-evolutional connection acts as a criterion of fixation/elimination of specific configurations of techno-humanitarian balance and its components. The increase of gene-cultural component of the evolutionary risk of technological civilization is synergetic to its (civilization) mentality. The contents of this position thesis in its weakest form is reduced to the priority of level of «freedom» of choice by the individual concrete of the specific social role of the existing repertoire as a criterion of social and human progress. It by this, a lidently, can be interpreted, originated from to Fourier feminist thesis about confrontation with biological determination of gender roles of male and feminine genders in public life as a measure of women's emancipation.

The separation of the reproductive and sexual function as a result of the development of technology-driven evolution leads to «evolutionary existential risk» that becomes an inherent part of the socio-culture antropogenesis. This term will be referred to as a first approximation: (1) in terms of the disciplinary matrix of biological anthropology – the probability of long-term evolutionary trend, ending an irreversible elimination (extinction) of Homo sapiens; (2) in terms of cultural anthropology – is equivalent to a judgment about the loss of cultural self-identity of the bearer of the mind; (3) from the viewpoint of technology (Anthropology of technology), this point is a recorded as offensive posthuman future. The value of the objective component of the evolutionary risk (R_{obj}), is defined by the parameter of evolutionary efficiency, the subjective one (R_{ideal}), – by the parameter of evolutionary correctness, and the resultant evolutionary components of risk (R_{int}) can't be reduced to one of them. The modern theory of evolution includes uniquely compelling axiological elements, that reflective in the term evolutionary correctness. Evolutionary correctness governed by the presence in the mentality of the modern civilization of the Western type of two mutually exclusive predispositions “human nature” (HN) and “humanity” (HU) [2]. Mental balance between them determines the prospects of implementation of new technologies is no less than an objective criterion evolutionary efficiency. It was shown by the method of content analysis of Internet resources and scientific publications the now the intensity of internal mentality contradictions in modern Western civilization has not yet reached the threshold of the hard social conflict between its socio-humanitarian, scientific and technological sectors. However, in the East Slavic (based on Cyrillic) mentality the two cluster association structure of the of characteristic complex of the effects of the implementation of genetic technology is not yet developed, or it could not be detected by the used content analysis techniques. In the post-Soviet geopolitical space the balance between the public and the administrative control is clearly shifted in favor of the latter. It can lead on significant pressure to the implementation of biomedicine technological innovation and gender social and political ecology.

1. Cheshko V.T., Ivanitskaya L. V., Kosova Y. V. Configuration of Stable Evolutionary Strategy of Homo Sapiens and Evolutionary Risks of Technological Civilization (the Conceptual Model Essay) // Biogeosyst. Tech., 2014, Vol.1,

*Chornopyska O.P., Sorochyńska S.I.
Ivano-Frankivsk National Medical University*

DIFFERENCES IN MALE AND FEMALE DENTISTS' PRACTICE PATTERNS ABROAD

Dentistry was a profession dominated by men. Women have been making significant inroads only since the 1970s, as a result of professional initiatives and women's movements, raising questions about the effects of feminization on dentistry, defined as an increase in female presence and a corresponding shift in the occupation. During the last few decades women are entering dentistry in larger numbers, and if women practice differently than men, then their increased participation may cause differences in the work of the dentist and in general alter the nature of dental practice. The aim of these is to show the main gender differences in dentists' working practices abroad. There are few researches (Riley JL, Gordan VV, Rouisse KM, Spencer, Ayers K. and others) done in view of gender differences in dentistry practice in Canada and USA. Among the most cited differences between male and female dentists has been the claim that women work less.

The average length of the career of a female dentist in Canada is 20 years v. 35 years for men, potentially creating future shortages as more women enter the profession. Female dentists are more to specialize in pediatric and operative dentistry, whereas male dentists are more likely to choose oral surgery and prosthodontics. Evidence suggests that male and female dentists vary in their approach to clinical practice. A number of studies show that compliance with infection control is different: men are less likely to use gloves, masks and protective eyewear, and suffer more sharps injuries. Finger joints are most frequently afflicted women. According to McKay J. and Quionez C. female dentists are perceived as less rushed, more likely to discuss ailments with patients and more humane and caring. In terms of decision-making, female dentists have been reported to make decisions more based on «feeling» (personal values, maintenance of harmony, sympathy and tact) than men, who base decisions more on «thinking» (logic, consistency, objectivity).

Female dental students have been found to have better social skills, to be more emotionally expressive and sensitive, more verbally expressive and more responsive to patient needs, whereas men have better emotional control. In addition, male dentists (46%) have been perceived as more likely to expect the patient to endure pain compared with female dentists (8%) [1]. Female dentists are more satisfied with their chosen profession and felt better suited. There were few differences between the sexes in terms of diagnostic methods, time spent on or charges for restorative dentistry, and busyness of the practice. Female dentists favour a more preventive philosophy, take a more conservative approach to restoration and encourage more preventive strategies in the early stages of caries. Female dentists recommended at-home fluoride to a significantly larger number of their patients than did male dentists, whereas male dentists had a preference for using in-office fluoride treatments with pediatric patients.

The researchers (Leggott PJ, Robertson PB) found no differences between male and female dentists in the number of procedures per patient, income per patient or income per day of work. Conclusion. Male and female dentists differ in their working patterns and career satisfaction. The practice patterns of female dentists suggest a treatment philosophy with a greater focus on caries prevention. Future research should include surveys of Ukrainian dentists to identify gender differences in their work patterns.

References

1. McKay J., Quionez C. The Feminization of Dentistry: Implications for the Profession J Can Dent Assoc 2012; 78: 1.

*Ernst, Waltraud
Department of Women's and Gender Studies
Johannes Kepler University Linz, Austria*

GENDER AS PERFORMATIVE MATERIALITY?

Since the late twentieth century, feminist analysis of science and technology has been criticizing not only the absence of women as epistemic subjects and objects, but also their rather problematic presence as stereotyped and devalued other. Many studies show how prevalent gender norms impede people to develop technologies accessible and profitable for all. Other studies show how people find new ways to negotiate gender identities within the materialized cultural space of normative assumptions about women and men, which are co-defined by scientific theories, and how people express gender beyond those norms. The thesis of this paper is that Gender Studies have to strive for an understanding that normative assumptions about women and men are the result of historic epistemic negotiation processes, underlying always again major epistemic shifts. By focusing on the possibility of epistemic shifts in gender norms, the paper wants to contribute to technoscientific research and development informed by a theory of gender that does not presuppose gender as a given binary or dichotomy. In other words, it is through the deconstruction of gender that we can provoke shifts in normative assumptions about sex, gender and sexuality.

This quest leads to the following methodological questions for research: On which conceptual paths do cultural assumptions about women and men enter scientific research on humans as well as on organic and non-organic entities? How is it possible to analyse hidden assumptions about gender, to reflect on guiding norms and stereotypes? How to eventually redirect research questions, experiments, methodologies as well as methods of data interpretation? Can we think of gender neither as homogenised nor as binary but as diversity in such a way that it enables scholarship and innovation efforts to lead to emancipatory, liberating and/or empowering effects for all genders in a democratic future? Does new materialism offer new ways to investigate the social, symbolic and material reality of sex, gender and sexuality without reinforcing binary gender norms?

From relativity to relationality [1].

Karen Barad (2007) [2] argues for an entanglement of matter and meaning. With this conception, she claims to unsettle nature's presumed fixity and to envision possibilities for change. With her epistemological approach of 'agential realism', Barad shifts Niels Bohr's framework of relativity of knowledge production

in quantum physics to a framework of relationality. Within Barad's account, the establishment of an apparatus of research is an integral part of the epistemic process and hence of the phenomenon of investigation. I want to clarify, what it means in this account to analyse this very apparatus of research. Is it a means to shift the normativity of the gendered diffraction patterns it might produce? Does it enable the notion that materials and phenomena are linked in a complex and never fully apprehensible relationality, in which processes become activated through scientific research, in a way that goes beyond the intentionality of persons and the calculation by machines?

This approach of agential realism is suggested by Karen Barad as a new feminist epistemology to understand matter, including the gendered body, as a dynamic intra-active becoming. With this account she claims to go beyond Judith Butler's (1993) [3] acclaimed approach of performativity of gender, because she also includes non-human organisms and non-organic matter in these intra-active processes of becoming. Moreover, Barad questions the clear-cut boundaries between organic matter and non-organic matter, as well as those between the organism and the 'environment'. With her understanding of humans as just one curious organic entity between an indefinite number of others, she opens our eyes for a big variety of natural systems of reproduction as well as interactive or intra-active relationality and attachment. In this way, the current binary gender system, which still seems binding for humans, might get contested in its exemplary function for nature as a whole. This might provide analytical means to overcome anthropocentric attempts in scientific research which project and naturalize patriarchal relations into animal behavior.

In the attempt to understand the materiality of human bodies and non-human nature not as an essential authority of authenticity, but informed by feminist constructivist idea of performativity, materiality can be acknowledged as an active aspect in the production of knowledge without essentializing it. This may help to understand the overlaps and shifts in the attempt to make sense of the world not only concerning the constantly shifting materializations and discourses of gender, but also concerning the production of knowledge in general.

References

1. This part of the abstract is part of a longer book chapter: Ernst, Waltraud (2014): Diffraction Patterns? Shifting Gender Norms in Biology and Technology, in: Ernst, Waltraud/Horwath, Ilona (eds.): Gender in Science and Technology. Interdisciplinary Approaches, Bielefeld: transcript, 147–163. <http://e-book.fwf.ac.at/o:453>
2. Barad, Karen (2007): Meeting the Universe Halfway. Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning, Durham & London: Duke University Press.
3. Butler, Judith (1993): Bodies that Matter: On the Discursive Limits of «Sex», New York: Routledge.

Flys-Junquera, Carmen
University of Alcala/Franklin Institute-GIECO (Spain)

«TOXIC BODIES IN CHICANA LITERATURE»

This presentation will analyze the concern Chicana writers, such as Cherrie Moraga, Ana Castillo, Helena Maria Viramontes and Lucha Corpi show for

environmental racism in the bodies of chicano field and factory workers. Under the Feet of Jesus, by Viramontes, Cactus Blood by Corpi and the play Heroes and Saints by Moraga denounce the plight of Chicano field workers affected by the pesticides sprayed on crops to avoid plagues.

These pesticides are not only absorbed by the skin of the farmers but also contaminate the aquifer and enter their bodies through the water. Heroes and Saints is based on a real case, that of MacFarland, CA while the others are fictional but based on the general situation of the workers.

The legal flaws of the EPA, compounded with the poverty and lack of voice of the workers, often undocumented, are brought to the foreground in these literary works. In the case of Castillo's So Far from God, the lack of concern and neglect for safety measures for women in large industries such as the maquiladoras on the US/Mexican border, account for the contamination of the ground and aquifers as well as directly affecting the bodies of the workers.

The literary works highlight the human suffering and lack of resources as well as the disdain of the authorities in these cases.

Thus, these literary works by Chicana writers clearly denounce these cases of environmental racism which affect Chicano workers, primarily women and children.

*Karpenko K.I., Korneyko I.V.
Kharkiv National Medical University*

BINARY OPPOSITION OF FEMININITY AND MASCULINITY IN MEDICINE

The traditional identification of women with nature and men with culture is based on the biological rationale of feminine and masculine in culture. This approach, on the one hand, provides a natural basis for the establishment of clear, stable social relations, but, on the other hand, it may lead to a one-way interpretation and social injustice. For example, women are declared the carriers of ignorance, as are associated with minor values, and men become carriers of knowledge and major values. This allows constructing a specific form of harassment.

Medicine has also played a role in reproduction of binary oppositions of femininity and masculinity in culture. Traditionally, trivial views on the causes of disease were based on both rational and irrational ideas about the nature of the disease. The diseases, the causes of which were evident, «visible» had rational explanation and therefore they were identified with the man, the masculine aspect of culture. These include colds and diseases of a traumatic nature. The spread of diseases, the causes of which were not obvious, contributed to development of anthropomorphic feminine representations. For example, residents of Rivno region associated plague with a woman or a girl. The residents of Kirovograd region believed that cholera was a woman with seven children going along the main street slaughtering people.

Prevailing ideas of diseases engendered the appropriate understanding of their treatment aimed at rational or irrational means. For this reason, there was a well-known differentiation in treatment of diseases between men and women.

Men often «let blood», «set bones» and women treated «innards», the internal organs, that is something that was not clear enough. Surgeons bonesetters used primarily rational knowledge and skills inherited from their predecessors.

With the development of medical science based on the study of normal and pathological conditions of the internal organs, the treatment of «innards» was increasingly becoming a matter of men. The «myth» that the best surgeon is a man is still popular in common consciousness. Intuition and empathy that were previously considered as an advantage at treatment of «innards» are now interpreted as disadvantages. The woman is often perceived as a force which can be dangerous because it is less controllable by the mind. This stereotype played a role in the development of scientific medicine in the early stages, but has now lost its relevance. It interferes with the maintenance of gender equality in medicine.

Kikinezhdi, Oksana

Teropil Volodymyr Hnatyuk National Pedagogical University

PERSONALIZE OF GENDER EXPECTATIONS OF STUDENTS: PATRIARCHY OR EGALITARY

The combination of domestic political, social, economical and ecological problems in the Ukrainian society integrating with global threats is becoming a source of threat to the stable development of Ukraine herself. However the historical experience proves that it is inefficient to solve the problems of human existence, human or national security using only power, scientific or technological methods without the changes in the social consciousness and culture. Such changes are possible only through implementation into the consciousness of people and culture a particular system of values and value orientations as a humanitarian component of social life security. Hence the study of person's gender identity formation in the ontogenesis is promoted by a social need to reveal the social and psychological factors of youths' gender culture formation, the necessity to study the inner mechanisms of person's identification with certain patterns of gender role behavior as well as social life democratization and egalitarian values formation. The cultivation of gender parity as a strategic way of socialization promotes the necessity of the gender formation study from the point of view of various psychological approaches, particularly genetic and cognitive.

In the context of «personality realization genesis» (S. Maksymenko) contemporary psychology focuses on the development of a person in the complex of processes of self development, the harmonization of their inner world with the outer one in terms of social and cultural diversity, caused by the tendencies of globalization (H. Ball, M. Boryshewskiy, T. Hovorun, K. Karpenko, V. Kremen, V. Kravets, A. Maslow, T. Tytarenko, V. Romanets, K. Rodzhers, M. Savchyn, V. Tatenko etc.). Although the practical aspect of the gender identity question is quite «open», however it has a profound inner layer, as it encompasses a lot of unrevealed psychological mechanisms of personal and spiritual development of a human. M. Boryshevskiy underlines «realizing one's spirituality, a person always remains individual able to choose one's life goals the fulfillment of which gives the feeling of selffulfillment, selfrealization as the most important

social and psychological needs». The most influential in the value system and perceptions of the future for both men and women are family roles; such roles are also dominant in the self-concept descriptions. Men view the ideal image of a woman in more traditional terms than do women themselves – women portray an ideal female as more intellectual and socially advanced. The findings show that while there are many similarities in self-views of young men and women, men is more oriented on traditional male values, whereas women maintain values of both traditional and egalitarian nature.

The present research shows that young women are more oriented on the egalitarian relations whereas young men tend to endorse traditional gender orientations. Gender identity in both samples has perceptibly stereotypical nature, although less so among females. Traditional values are directed against the expansion of space of a woman in relation to the professional activities. Women students admit egalitarian with men in the domestic sphere, but they share patriarchal opinions in relation to financial and legal responsibility of a husband. The gender roles selected by young men and women do not fit the «Procrustean bed» of their patriarchal division, as they contain quite a lot of egalitarian constructions of self-determination in professional occupations, identification, and communications. The future of students in their gender scenarios of life can also be described from the point of view of the ambivalent. Inheriting old stereotypes and accepting new, own values, modern students remains on the cross-roads of gender self-determination. Girls are more oriented to the egalitarian relations, than boys, in whom traditional gender orientations prevail. Reference gender *гендерна* identity in both selections has perceptibly stereotyped nature. Thus, life self-determination of youths is more conservative, stereotyping: «masculine» one is the activity in social, politic economic spheres, and everything «feminine» continues to be associated with a family, home duties, education of children. Girl-students show liberal options more often, they support the equal division of roles in a family, they want equal rights and possibilities for personal self-realization. These tendencies allow to state the growth of subject feminine potential, outline the psychological prospects of future life creativity of girls-students as the challenge for the traditional stereotypes.

*Bhavana Pavagada Hagaraju
KhNMU*

GENDER PROBLEM IN ECOLOGY

Sex and gender are not interchangeable terms; sex is defined biologically and physiologically. Male and Female are sex categories, while, masculine and feminine are gender categories. A socially constructed term referring to roles, behavior, activities and attributes that a given society considered appropriate for men and women. Gender inequalities can leads to inequities in health status and provision of appropriate health service, for example: Women earn significantly less money than men for similar work. The goal of achieving equality is based on principles of human rights and social justice. Empowerment of women is more over a prerequisite for achieving people centered development.

On April 26, 1986 the world's world nuclear accident took place at the CHERNOBYL nuclear power plant located in modern day UKRAINE. Assessing

Chernobyl ecological impact is an incredibly complex problem. Environmental damage was widespread immediately following accident, stretching from fauna and vegetation to rivers and lakes and all the way down to the ground water. Radioactive particles settled on trees, killing approximately 400 hectares of Pine forests. Ecologists have found that birds in the exclusion zone are adapting to and may even be benefiting from long term exposure radiation is the first evidence that wild animals adapt to ionizing radiation. Thyroid cancer is caused by the absorption of radio-iodine into the thyroid gland. In the case of all those living close to this was exacerbated by endemic iodine deficiency. Children who develop thyroid cancer must have the gland removed and need to take thyroxin for the rest of their life. It also had impact on leukemia in children and adult. Within a short period of time after the nuclear disaster, a sharp increase in reproductive disorders-predominantly affecting pregnancy-was seen. There is no doubt among national and international experts that the states of health of the people in the contaminated areas are extremely poor. But numbers of other causes are cited beside the radiation: poverty, poor diet and poor living conditions. Many of the children, who don't have serious illness, nevertheless have damaged immune system. After the Chernobyl disaster, massive increase in non-malignant disease was also observed in the population.

«THE ABILITY OF THE POOR TO PARTICIPATE IN LABOUR MARKETS IS SUBJECTED TO NUMBER OF CONSTRAINS».

Several constrains restrict the ability of the rural poor to participate in labour markets. Access to the labour markets is important to the rural poor as well as urban poor. Identifying issue and problems in the occupational health of women remains a challenge. Much of women's work remains unrecognized, uncounted and unpaid. Women occupational are multi-dimensional. The first is to learn what those activities really involve in different situations and culture, a simple occupational category is sufficient as a basis for establishing specific health risk. Agriculture workers may dig and hoe and apply fertilizers and pesticides, where the tasks are segregated by gender the health implications for men and women may be different. A gender principle to urban governance has principles to increase women's participation in human settlements and to foster gender-awareness and competence among both men and women in the political arena and planning practice. Planners must acknowledge the diversity of women, while recognizing that they also generally share specific gender interest arising from common set of responsibilities and roles. It should address both the diversity and commonality of women's experience and needs.

*Kpelle David Mwinngoti
KhNMU*

GENDER DIFFERENCE IN MANIFESTAION AND DEVELOPMENT OF DISEASES

It has often been assumed that gender differences in health are inevitable and constant. Life expectancy, for example, is higher for women than men almost everywhere in the world. However, the extent of the gender difference in life expectancy varies greatly globally and within the same country over time. These geographic variations and rapid changes in gender differences in life expectancy illustrate the importance of the social environment in creating social inequalities

in health, including inequalities by gender. The focus of the report is the health conditions (mental health, cancer, CHD, other chronic illness) and risk factors (obesity, alcohol, smoking, lack of physical activity, poor diet) which are public health priorities, impose large burdens on individuals and society. Cardiovascular Diseases Cardiovascular disease develops 7 to 10 years later in women than in men and is still the major cause of death in women.

The risk of *heart disease* in women is often underestimated due to the misperception that females are 'protected' against cardiovascular disease. The under-recognition of heart disease and differences in clinical presentation in women lead to less aggressive treatment strategies and a lower representation of women in clinical trials. Furthermore, self-awareness in women and identification of their cardiovascular risk factors needs more attention, which should result in a better prevention of cardiovascular events. Body weight may increase during the first years of menopause. Central obesity with an increase in visceral fat occurs more frequently after menopause, with a higher presence of comorbid risk factors and components of the metabolic syndrome in women compared with ageing men. With the increasing incidence of obesity there is a parallel increase in the prevalence of type 2 diabetes. Women with diabetes are at greater risk for cardiovascular complications than their male counterparts

Mental Health Gender is a critical determinant of mental health and mental illness. The morbidity associated with mental illness has received substantially more attention than the gender specific determinants and mechanisms that promote and protect mental health and foster resilience to stress and adversity. Gender determines the differential power and control men and women have over the socioeconomic determinants of their mental health and lives, their social position, status and treatment in society and their susceptibility and exposure to specific mental health risks. Gender differences occur particularly in the rates of common mental disorders - depression, anxiety and somatic complaints. These disorders, in which women predominate, affect approximately 1 in 3 people in the community and constitute a serious public health problem. Depression is not only the most common women's mental health problem but may be more persistent in women than men.

Cancer. The gender difference in cancer susceptibility is one of the most consistent findings in cancer epidemiology. Hematologic malignancies are generally more common in males and this can be generalized to most other cancers. Similar gender differences in non-malignant diseases including autoimmunity, are attributed to hormonal or behavioral differences. Even in early childhood, however, where these differences would not apply, there are differences in cancer incidence between males and females. The pattern that autoimmune disorders are more common in females, but cancer and infections in males suggests that the known differences in immunity may be responsible for this dichotomy. Besides immune surveillance, genome surveillance mechanisms also differ in efficiency between males and females. Other obvious differences include hormonal ones and the number of X chromosomes.

Liver Disease. Women more commonly present with acute liver failure, autoimmune hepatitis, benign liver lesions, primary biliary cirrhosis, and toxin-mediated hepatotoxicity. Women less commonly have malignant liver tumors, primary sclerosing cholangitis, and viral hepatitis. There is a decreased rate of

decompensated cirrhosis in women with hepatitis C virus infection, no survival difference in alcohol-related liver disease, and improved survival from hepatocellular carcinoma. In general, men are 2-fold more likely to die from chronic liver disease and cirrhosis than are women. Liver transplant occurs less commonly in women than in men, with variable disease outcomes based on etiology. Women are more commonly affected by toxin-mediated liver disease, such as alcohol- and drug-induced liver disease, and have an increased prevalence of acute liver failure. Women are more susceptible than men to the toxic effects of alcohol on the liver for any given dose of alcohol, even though men abuse or depend on alcohol more than women, at a ratio of 2:1 in persons over the age of 26 years.

Lerius, Julia Sonja
University of Paderborn, Germany
Scientific supervisor: Prof. Dr. Ruth Hagengruber

TEACHING WOMEN PHILOSOPHERS WITH FOCUS ON GENDER AND EQUALITY ASPECTS

This paper deals with the integration of selected women philosophers' thought and ideas of the Middle Ages and Early Modern Age at schools and universities. The main purpose of this paper is to show, how the mediation of the often neglected women philosophers' works contributes to a correct and holistic picture of the world when integrated into the curricula at schools and universities. To promote the inclusion of women philosophers' arguments is not only an important issue for philosophy teachers but also the society as a whole. It is the social duty and in the interest of everyone to implement gender equality by addressing and mediating the ideas of women philosophers. In the last decades there has been a growing interest in involving the women philosophers' thought as this paper will show. The demand, however, is not covered by the few publications available in the literatures that address the issue of women philosophers in school. Even though the effort to include them into the school and university curricula has been improved in recent years, it is crucial to further improve. The personal, social and ideal foundations of philosophical education as well as its intercultural character make it ideal, in addition to philosophical core issues, for dealing with questions of sociology, history, nature, culture and language. The study of philosophy and its questions always include the development of humans and other living beings from ancient times until today. Ideas of the past influence our lives today. As a result, the philosophy teacher as multiplier is encouraged to understand the specific life situations in which philosophical ideas and questions arose and to make them transparent to his/her students. In order to understand the students' living conditions from a philosophical perspective it is necessary to obtain an all-encompassing view of various issues. This means that the focus should not only lie on philosophical questions of male philosophers, but also on women philosophers' thought who also have dealt with the great questions of philosophy from the very beginning. In this context, the equality of man and woman is a fundamental topic. It is crucial that the students know the thoughts and arguments of women philosophers to make it easier for them to navigate in a pluralistic world. This is also essential for the development and identity of the

student's personality. It is vital to recognize the intellectual achievements of women philosophers since our current understanding of the history and culture of philosophy is a male dominated and orientated one. With this goal, this paper outlines how the basic idea of the equality of man and woman can be taught via texts of Hildegard of Bingen, Christine de Pizan and Marie le Jars de Gournay.

The universal scholar Hildegard of Bingen (1098–1179) develops in the fourth vision of her third volume *De operatione Dei – On God's Activity* (ca. 1163–1172) a God-likeness, which applies equally to man and woman. The two sexes are on the same level. The duties of men and women are equally distributed and interacting without being interchangeable. Wisdom is the summit of all God's forces and the basis of prudent godly ministry. The origin of this is the woman, while the man is the power of completion. According to the women philosopher and writer Christine de Pizan (1365–1430) women are equal to men in every way. This equality is valid for all areas – especially with regard to moral integrity. In the first part of her utopia *Le Livre de la Cit? des Dames – The Book of the City of Ladies* (1404/5) Christine de Pizan negates accusations of immorality of women several times and substitutes them with the claim of «moral equality». Marie le Jars de Gournay (1565–1645) aims at establishing the equality of men and woman. The super elevation of women is like the humiliation argumentatively unfounded and against nature. Gournay's remark, from her writing *Egalite des hommes et des femmes – The equality of men and women* (1622), that the degree of excellence is less often gained by women than men, is due to a lack of education. She demands education for both men and women. The educated woman is the key to equality of man and woman. Her appeal to overcome the non-natural education gap between men and women is born of the desire to overcome inequality and to take them away from the «distaff», to which they were banished by this heteronomy. This divergence is lead back to the predominant male physical strength. But, Gournay says, no difference in terms of the skills of reason or moral competence can derive from this. The only difference that exists between the sexes is of physical nature and serves the preservation of mankind. Men are neither superior due to their physical strength, nor are they more competent to rule, since women and men alike come to paradise. She pleads for the 'sexlessness' of the human soul like Hildegard of Bingen and Christine de Pizan before her. They refer to the Bible and the patristics which stresses the equality of men and women in mental-emotional aspects.

Marcin A. Gyrnikiewicz

Military Univeristy of Technology pol. Wojskowa Akademia Techniczna, Poland

GENDER ATTITUDE IN MASS MEDIA – PROPAGANDA AND EDUCATION?

Gender philosophy is a very controversial perception of reality. We can meet with opinions that this philosophy is danger for humanity or from other hand is next step in development of society. In my article I don't want to consider whether gender is good or bad for humanity. I want to focus on methodology of promotion this philosophy in mass media. It's difference between high standard education and propaganda. The main aim of research I've done was to study if methods of spread information about gender in mass media are non-controversial, clear

education tactics or these methods influence out of control on human mind. It's important because in education process people can choose if they agree or not with the philosophy. In propaganda receivers of message don't have comfort of free will.

Below I will introduce definitions of gender, education and propaganda. Next I will discuss methods used to promote gender philosophy in mass media. According to Home Study Dictionary gender is: «a sex, male or female (...) and words expressing things having no sex are of the neuter gender» [1]. In The Free Dictionary was concluded usage note: «Some people maintain that the word sex should be reserved for reference to the biological aspects of being male or female or to sexual activity, and that the word gender should be used only to refer to sociocultural roles. Accordingly, one would say, on the one hand, that the effectiveness of the treatment appears to depend on the sex of the patient; and, on the other hand, that in society, gender roles are clearly defined. In some situations this distinction avoids ambiguity, as in gender research, which is clear in a way that sex research is not. The distinction can be problematic, however. Linguistically, there isn't any real difference between gender bias and sex bias, and it may seem contrived to insist that sex is incorrect in this instance» [2]. In conclusion it can be said with the philosophy of gender means understanding for adoption by the people in the community including the attitudes associated with the attitudes of society competent for a particular sex. For example men dressed like a woman or a woman the receiving habits of men.

In democratic societies decides the voice of majority. The democracy is a social and political system of persuasion. It means that even single man can present some philosophy to the rest of society and if society accepts it, it will be ok. So its democratic why of acting if someone want to persuade other people to his opinion. But something else is to impose its views others through manipulation. According to Home Study Dictionary education is: «The act of education, teaching, or training: the act of art of developing and cultivating the various physical, intellectual and moral faculties; instruction and discipline; tuition, nurture, learning, erudition» [3]. In Garth Jowett and Victoria O'Donnell opinion «propaganda is the deliberate, systematic attempt to shape perceptions, manipulate cognitions, and direct behavior to achieve a response that furthers the desired intent of the propagandist» [4]. From other hand in Oxford Dictionares was definition of propaganda as below: «Information, especially of a biased or misleading nature, used to promote a political cause or pint of view» [5]. Interesting definition of propaganda it can be found in a Business Dictionary propaganda is a «general, a message designed to persuade its intended audience to think and behave in a certain manner. Thus advertising is commercial propaganda. In specific, institutionalized and systematic spreading of information and/or disinformation, usually to promote a narrow political or religious viewpoint. Originally, propaganda meant an arm of the Roman Catholic church responsible for 'de propaganda fidei', propagation of the faith. It acquired negative connotations in the 20th century when totalitarian regimes (principally the Nazi Germany) used every means to distort facts and spread total falsehoods»[6]. Polish scientists in the period of socialism developed the following definition of propaganda: «Propaganda is appropriate and justified persuasive effect on social groups. This action aims (...) to the attitudes that are expressed in the desired

behavior» [7]. There are three basic types of propaganda: white, gray and black. White propaganda is based mainly on generating real message, and the recipient know who is the sender. Gray propaganda is to skillfully mixing lies with the truth, and the public may not know the sender of the message (eg. The rumors). Black propaganda communicate mostly lies, and recipients are introduced intentionally in error as to the identity of the sender of a message [8]. More than this L. Wojtasik pointed types of propaganda such as: explicit, implicit, revealed the delaying [9]. In conclusion we can say that education made aware recipients of the message leaving them free to choose, and the propaganda create merely an illusion of free choice. Education is type of persuasion and propaganda is a type of manipulation. So the way of promotion of the gender philosophy is only an education or maybe is closer to propaganda?

In European countries, gender philosophy is promoted on many levels. On the one hand, the spending of EU funds is dependent of the gradual dissemination of this philosophy in the Member States. On the other hand, in Member States are implementing guidelines for changes in education systems in primary, lower secondary and upper secondary schools [10]. Additional the gender attitudes are promote in mass media. Research effort has been focused on this form of promotion. In the mass media in the promotion of gender attitudes uses a combination of official information channels, professional documentaries. In addition, these attitudes are promoted subliminally in most entertainment movies, entertainment programs, and even fairy tales for children.

To promotion these attitudes are using the so-called in marketing: »product placement» [11]. This is a subliminal effect, particularly effective with ass in children and adolescents. This is a subliminal effect that is particularly effective and bypasses the conscious protective barriers in children and adolescents. It can be said that the promotion carried out in this way by the mass media is incredibly effective than education in schools. This in turn creates a third plane for the impact of the exchange of information with peers who are subjected to the same impact. Thus, children and young people are without a chance in defending themselves against unwanted messages. Their consciousness is attacked by gender patterns in school, among friends, and spending time in front of computer and TV.

Propaganda differs from education that educated people are aware that they are educated. Education takes place in a public basis, in a specific time and place. In the case of propaganda apply one rule: no rules. Propaganda is carried out continuously. In every place and time. Most importantly, people are subjected to impact propaganda are not aware of this interaction. Thus, adopted in article research problem can be considered solved.

Bibliography

1. Home Study Dictionary, compiled by Charles Annandale, printed in Hungary for the Publisher Peter Haddock Ltd., U.K., p. 309.
2. The Free Dictionary, <http://www.thefreedictionary.com/gender>, 04.04.2015.
3. Home Study Dictionary..., p. 237.
4. G. Jowett and V. O'Donnell, Propaganda and Persuasion, 4th ed. Sage Publications, p. 7.
5. Oxford dictionaries, <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/propaganda>, 04.04.2015.

6. The Business Dictionary,
<http://www.businessdictionary.com/definition/propaganda.html>, 04.04.2015.
7. L. Wojtasik, *Psychologia Propagandy Politycznej*, printed by PWN, Warszawa 1986, p. 31.
8. L. Doob, *Goebbels Principles of Nazi Propaganda*, *The Public Opinion Quarterly* 3 (Vol. 14, No. 3): 419–442.
9. L. Wojtasik, *op. cit.*, s. 32.
10. K. Ornacka, J. Macka, *Gender mainstreaming w wybranych obszarach dyskryminacji w Polsce*, [in:] *Gender w spoleczestwie Polskim* K. Slany, J. Struzik, K. Wojnicka (red.), Krakow 2011, p. 136–174.
11. Product placement – An advertising technique used by companies to subtly promote their products through a non-traditional advertising technique, usually through appearances in film, television, or other media. Product placements are often initiated through an agreement between a product manufacturer and the media company in which the media company receives economic benefit. A company will often pay a fee to have their product used, displayed, or significantly featured in a movie or show. – <http://www.businessdictionary.com/definition/product-placement.html>, 04.04.2015.

Martynenko Nataliya
Kharkiv National Medical University

OLEXANDER KLIZOVSKY ABOUT MALE AND FEMALE ELEMENTALS

Female's way in the process of evolution way very difficult. The low level of cultural development caused tough attitude to women. With the increasing of wellbeing, material and cultural conditions of living their position started to change, but emale's success was still depended from the attraction and juvenility. With the loss of beauty a woman lost her influence on a man and nearly all her rights. Such situation there was in the East. In the West there was the same situation. There was judicial absence of rights, the same abjection and virulent abuse, both physical and moral.

In the Middle Ages the dominative idea was that a woman is a source of sin, devil's supporter and witch. In the period of Renaissance, with the spread of humanism ideas women had been slowly receiving more and more rights. But it was too far from the full equality between male and female elementals. In majority of legal acts and documents women sat the place along with the feeble-minded people and children. In many states, defined as culturally developed a woman could not dispose of her property without a husband, she could not be a guarantor or a witness in the court, she did not have a suffrage.

The atmosphere of indignity and abuse formed the slave-woman. From one hand, women did not have the chance to receive the education like men, and because of male domination she did not develop an independent character, initiative or resolve activity. From the other hand, female's dependent position encouraged the formation of some positive features of character. A woman physically was not too strong, so, she had to seek for other means of influence on the man to deter him from an aggression and injustice. There were appeals for justice and sympathy, call for openheartedness and generosity. Even if a man

did not have such qualities, they could be formed or developed by those exhortations.

The basis of the Universe is subdivided into two creative sources: Spirit and Substance, of Male (active) and Female (passive) Elementals. Both of them are the source of a life, equal in phenomenal nature and realization of world's life. An aspiration to unity and love between the elementals is the strong mover of individual's ascension and evolution. Love should be conscious and selfless. Creativity needs such conditions.

Oparanma Chisa Okachi
KhNMU

INFLUENCE OF ENVIRONMENT ON REPRODUCTIVE HEALTH

Environmental health has been defined as the branch of public health that protects against the effects of environmental hazards that can unfavorably affect health or the ecological balances essential to human health and environmental quality. As such, the field encompasses research, assessment, and guidance about the health effects of a variety of exposures in our environment, including radiation, chemicals, and some biological agents.

Reproductive health is delicately subtle to characteristics of an individual's environment, including physical, biological, behavioral, cultural and socioeconomic factors. Environmental factors affecting reproductive health can be grouped thus; chemicals, radiation, malnutrition, infection and disease, stress, socioeconomic status, cultural influences, and genetic factors.

Biological hazardous compounds, and their mechanisms of action, some of which act as endocrine disrupters, are being increasingly implicated in infertility, menstrual irregularities, spontaneous abortions, birth defects, endometriosis and breast cancer. In some cases, women are at a greater risk than men, especially with the rise in environmental estrogens. Only a fraction of these chemicals have been adequately examined for toxicity and for synergistic effects due to multiple exposures.

Evidence of effects comes from three main sources: observations of wildlife, laboratory studies of animals and cell cultures and epidemiological observations in humans. There is a need for a greater awareness and vigilance of the effects of environmental pollution on reproductive health.

The purpose of this study is to enumerate the numerous ways in which the environment impacts the reproductive health of humans, including its role in the etiology of reproductive disorders and in the declining reproductive capability of both males and females. It is hoped that this study will also educate individuals on the roles they can play in keeping their own health.

Radzishavska Y.K.
Kharkiv city clinical hospital № 27

ECHOGRAPHY IN THE REVEALING THE DISORDERS OF VESSELS AND HEART

Aging causes changes of the elastic properties of the arteries. Similar changes are defined in patients with such diseases as hypertension, diabetes, atherosclerosis, chronic renal failure, etc. Reduced arterial elasticity is also a

marker of increased cardiovascular risk. More than 60% of people older than 65 years are hypertensive with SBP > 140 mmHg and / or diastolic blood pressure > 90 mmHg. Nowadays arterial hypertension is widespread in younger patients and such comorbid pathology as type 2 diabetes mellitus is also often revealed. In our research the structural and functional state of the heart, arterial stiffness and ultrasound signs of their disorders in patients with arterial hypertension and arterial hypertension with type 2 diabetes mellitus were studied.

The purpose of this study is to select the most informative markers of heart and blood vessels ultrasonography that indicate a progression of their dysfunction in the case of combination of arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus. 54 patients at the age of 50–65 years old were included: the first group – 19 patients with essential arterial hypertension stage II grade 2–3, the second group – 20 patients with essential arterial hypertension stage II grade 2–3 and type 2 diabetes mellitus, control group – 15 healthy persons. The groups were comparable for age, sex, risk factors of cardiovascular complications. General clinical examinations, ultrasound examinations of the heart and vessels with ultrasound device ULTIMA RA firm RADMIR (Ukraine) were carried out. Data were processed by non-parametric statistical methods using the integrated package «STATISTICA 6.1». As a result of the study 27 major echo markers of heart and blood vessels dysfunction in patients with arterial hypertension and arterial hypertension with type 2 diabetes mellitus were revealed. Among the factors that distinguish norm from pathology more significant changes had the augmentation index and Young's modulus of elasticity. Parameters of endothelium vasodilatation of the brachial artery, the thickness of the intima-media of carotid artery correlated with the severity of a pathological condition: the occurrence of hypertension, type 2 diabetes mellitus, subcompensation of type 2 diabetes mellitus. Concomitant development of type 2 diabetes mellitus in patients with arterial hypertension and its progression was associated with high sensitivity of index of isovolumetric relaxation time on the mitral valve, endothelium-dependent vasodilatation of the brachial artery, the average values of resistivity index of arc renal arteries, pulsation index of arc renal arteries.

Thus, a set of sonographic markers was defined for use in clinical practice to assess the condition of the heart and blood vessels in patients with arterial hypertension, particularly in the case of concomitant development of type 2 diabetes mellitus and various stages of its compensation. Similar markers could be used for assessment the condition of the heart and blood vessels in older patients.

Sedaya, Yuliya
Kharkiv National Medical University

A FEMALE BODY IN THE DISCOURSE FIELD OF CONTEMPORARY REALITY

Physicality has long been considered with science, especially in terms of naturalism and natural component of human being. Moreover, the issue of physicality actively being squeezed out of the field of view of scientists analyzing the problems of social life. «Classical» sociology focused mainly on the analysis of social institutions, social processes, without considering the body as a

significant factor in public life. Sociology, as well as classical philosophy is focused on the study of «reason» and «consciousness» which ignores the problems of the «body»", defining it as a material object. Ignoring the phenomenon of the body in the social and cultural space was due to the dominance in the sociology of philosophical dualism, the division of soul and body and also mind and matter [1].

In the focus of social scientists, «body» as an object of study was only in the XX century.

The emergence of modern sociological concepts of the body due to the influence of philosophy, history, political theory, anthropology and psychology. The study of the body through the prism of social context played a significant role in socio-political change and transformation in the XX century. These included in particular the development of the theory and feminism as a social movement, the democratization of culture and morality, the transformation of gender stereotypes. All these newly formed preconditions raised a number of theoretical and practical questions about the analytical and political status of the human body.

Thus, a significant impact on the conceptualization of physicality had a work of M. Foucault. According to him, the ideas affect the power of the individual through his body, through his discipline, as well as through the creation of normative concepts of «right / success» of the body, through language practices - discourses. Production of a certain type of body is the production of a certain type of subjects. Which was according to the dominant discourse, designing regulatory body, excluding those types that do not fall within the legitimate concept [2]. British anthropologist M. Douglas in her «natural symbol» was the first who noted the symbolic meaning of the body. The body is the text that should be read as a symbol or value of the social world [3].

Sociologists I. Gofman, J. Baudrillard, P. Bourdieu indicated that the body serves as a representation of the person, his social position, status, etc. Through physical activity a person shows that they belong to a particular social group, individual lifestyle with its inherent values, and how they interact with the social environment. All in the behavior of the individual, including appearance, inform others of his moods, intentions and life plans. In this case, the body can act as evidence not only of personal achievement, but also the achievements of a group (family, corporation, etc.). According to this, the body reflects not only social relations but also relations of power [4].

In this paper, we would like to discuss the features of the relationship to the female body in the modern world. The image of the female body includes primarily aesthetic aspect. At all times, the female body should be aesthetically pleasing, though, there are sacrifices that women often go to meet the standards of beauty on the era.

Interest in the image of the body has its roots in the works of P. Schilder, the Austrian psychiatrist, psychoanalyst, who introduced the concept of «body image», defining it as «the subjective experience of man's body [5]». Social female body as an aesthetic object has several forms of existence. First, a set of individual representations of your body, and secondly, it is a reflection of a particular human body in the minds of others, and thirdly, this regulatory submission, prevailing in a given socio-cultural field (group, community, society) as to what should be the body that represents it's standard. Social female body as an aesthetic object – a

component of the socio-cultural field. It as a supra-individual reality, there are more or less common idea of what kind of body is beautiful, and what – ugly, some attractive and some – repulsive. These ideas – part of value-regulatory system of the field, have a more or less strong influence in shaping the perception of individual criteria, assessment of both their own and others' bodies. In other words, an individual assessment of their own and other people's bodies are usually significantly due to the prevailing tastes.

The image of a beautiful woman inevitably includes a «successful» body; it is represented in certain physical activity and body image. The possession of such a body is represented as a pledge of beauty and success in other activities, as a symbol of belonging to a certain layer of owning a certain status, etc. And then, the female body is seen as a means of communication by which transfers certain amount of information about herself to others to encourage their behavior in that direction or another. To meet this need evolved social networks Instagram, Facebook and others demand primarily women's bodies rather than their inner world. Female physicality itself is considered by us as a product of the impact of culture, which requires female body properties that allow it most productively participation in mainstream social interactions. Features of female body representations are determined by various social institutions – education, health and other. In this regard, the female body is often exposed to quite dangerous manipulation, for example, plastic surgery, abortion, starvation, etc.

Modern woman's body is characterized by the withering away of the old sexual morality and the approval of the rules that have arisen during the period of the so-called sexual revolution. With this, it becomes urgent problem of high naked female bodies, such as seen in the modern women's fashion, or in a modern television product, where a woman is seen primarily as a sexual object. Since increased physicality nudity in general, which women in particular, affects the expression of human sexual needs, you should specifically identify such a problem as the impact of the sex factor in the regulation of conduct of men and women. Increasing women's physicality always led to increased male sexual instinct as a result of the weakening of regulators to create a culture of its manifestation. Man sees first external dignity of women, which is not right, there is a need to clarify the internal culture of a potential partner too. In such a relationship between the two sexes which is approved by those rules and allows easily sexual instinct with different and frequently changing partners. So it was sometime in ancient Greece, and France in the 18th century.

The analysis of the literature has shown that the desire to improve the naked female body caused a new turn of the sexual revolution, and in general the need to strengthen the emotional factor in relations between the two communities of gender. Modern man yearns for strong emotional shocks, and female nudity, such as clothing which can improve emotional response in men and women communication. It is designed, on the one hand, to give a woman more than the freedom to demonstrate that it believes in itself attractiveness, on the other hand, to increase the sexual activity of men. At the same time, studies show that among males it increases acute interest in the external advantages, but weakens desire to understand the inner qualities of women.

Sociological analysis of naked female bodies in the modern world makes it possible to speak of Human Rights to the body. As a result of social transformations,

the woman finally won the right to the body. The woman herself should decide how to present herself to his body or to somebody to live and what to do with it which can be based on their desires and inner feelings. The female body should not be a part of the individual men or male community, which a woman owns.

BIBLIOGRAPHY:

1. Turner B. Modern trends of development of the theory of the body // THESIS: Theory and history of economic and social institutions and systems. Vol. 6. A woman, a man and a family. M., 1994. S. 153–155
3. Douglas M. Natural symbols: explorations in cosmology. New York: Routledge, 1996. 186p.
4. Hoffman I. Gender display. In the Introduction to Gender Studies. Part II: A Reader. Ed. S.V.Zherebkina. Kharkov: KCGS, 2001; Petersburg .: Aletheia, 2001. S.306–335.
5. P. Schilder The Image and Appearance of the Human Body, 1950, 11 p.
6. Reischer E.; Koo, K.S. The body beautiful: Symbolism and agency in the social world. Annual Reviews of anthropology. №33, 2004. P. 308.
7. «YA» № 27 (2011) «Reproductive rights of sexual responsibility» // <http://krona.org.ua/assets/files/journal/Gendernyi-zhurnal-Ya-27-2011.pdf>

Sonali Sharma

Kharkiv National Medical University

INFLUENCE OF MATERNAL HEALTH ON BABY'S GROWTH

Prenatal care helps disease ricks during pregnancy the chance of a safe and healthy delivery for the mother and child regular prenatal visit can help the doctor mantel your pregnancy and identify any problem or complication before they become serious. According to the U.S department of health and human services babies born to mature care lack prenatal care hence triple chance of low birth we get. Prenatal care ideally starts at least 3 months later before you begin laying to conceive. Some healthy habits to follow during these periods include:

1. Quitting, smoking and drinking alcohol.
2. Taking folic acid supplements.
3. Talking to your doctor about medical condition and any dietary.
4. Avoiding all contact with toxic substances.

Once you become pregnant, your physician will schedule, OB-GYN or midwife will schedule regular appointment throughout each stage of your pregnancy. Schedule of visits may involve seeing your doctor:

1. Every month in the first six months you are pregnant.
 2. Every two weeks in the seventh and eighth months you are pregnant.
 3. Every week during nine month of pregnancy.
- During these visits your doctor will check your health you and your baby.

Visits may include:

1. Taking routine test and screening such as a blood test to check for anemia, HIV, and your blood type.
2. Monitoring your blood pressure.
3. Measuring your weight gain.
4. Monitoring the baby's growth and heart rate.
5. Talking about special diet and exercise.

Later visit may also include checking the baby's position and noticing changes in your body as you prepare for birth. Your doctor also may offer special classes at different stages of your pregnancy.

These classes will include:

1. Discuss what to expect when you are pregnant.
2. Prepare you for the birth.
3. Teach you basic skills for caring of your baby.

If your pregnancy is considered high risk because of your age or health conditions, you may require more frequent visit and special care; you may also need to see a doctor who works with high risk pregnancies.

*Volnenko N.B.
Faculty Hospital with policlinics,
Zhilina, Slovakia*

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В СПОРТЕ

По определению ООН, именно гендерные отношения (социальные отношения между полами) ныне выступают как одна из главных проблемных парадигм XXI века. Право на спорт и физическую активность является одним из главных прав человека в Международной хартии физического образования и спорта, принятой в 1978 году Организацией Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры. Спорт, как изначально «мужской» вид деятельности, способствует формированию соответствующих черт характера (целеустремленности, настойчивости, твердости характера, направленности на конкуренцию, уверенности в себе и жесткости в поведении). Однако в настоящий момент спорт уже практически во всех отношениях завоеван женщинами. Реалии сегодняшнего дня отражают укрепление гендерной проблематики для девушек и женщин всех возрастов в области образования, содействие повышению активности женщин во всех видах спорта и физической активности, включая инструктаж, профессиональную подготовку и управление на национальном, региональном и международном уровнях. 2000 год был по-настоящему знаковым для женщин-спортсменок. Именно в этом году исполнилось ровно 100 лет с того момента, как женщины впервые приняли участие в олимпийских играх, то есть получили возможность на равных с мужчинами участвовать в спортивных соревнованиях международного масштаба. Существуют проблемы гендерной асимметрии в современном спорте: так, на Олимпийских играх в Мехико (1968) были впервые обнародованы результаты биологического определения женственности, все участницы Олимпийских игр подверглись физическому осмотру (в реальности – весьма унижительно). Но даже более современные хромосомные тесты воздвигают перед женщинами - спортсменками психологическое препятствие, которое они вынуждены преодолеть. В ответ на активные требования на протяжении ряда лет разработать новые методы испытания женственности, не оказывающие деструктивного воздействия на личность спортсменов, Международная федерация легкой атлетики (IAAF) в 1991 г. на Чемпионате мира в Токио согласилась прекратить тест на фемининность. Он был заменен тестом здоровья для всех атлетов, независимо от их пола.

Необходимо отметить существенную роль спортивной специализации. Спортсменки, специализирующиеся в единоборствах, являются более маскулинными в психологическом отношении, чем спортсменки, занимающиеся феминными видами спорта. Они отличаются развитой волей, большей агрессивностью и более высокой самооценкой ряда качеств, которые обычно ассоциируются с мужественностью. Спортсменки, занимающиеся «женственными» видами спорта, напротив, демонстрируют развитие личности по феминному типу. Таким образом, занятия определенными видами спорта способствуют либо закреплению, либо разрушению традиционных гендерных моделей поведения. Сегодня женщины имеют больше возможностей, чем когда-либо прежде, чтобы заниматься спортом и физической культурой, вплоть до профессионального уровня. Тем не менее, число женщин-спортсменок отстает от числа мужчин-спортсменов во всех странах мира. Кроме того, женщины практически не представлены в должности тренеров, управления спортивными командами, в качестве арбитров и судей.

До решения всех проблем еще довольно далеко и вопрос дискриминации женщины в спорте по-прежнему стоит достаточно остро. Например, продолжает существовать проблема участия женщин в руководстве спортом, ибо среди тех, кто занимает высокие посты в спортивных организациях, их очень мало. Но в целом наметилась эгалитарная тенденция в отношении женщин в спорте.

*Арзуманова Т. В., Солошенко О. М.
Харківський національний університет будівництва і архітектури*

ПРОТИДІЯ ГЕНДЕРНИМ СТЕРЕОТИПАМ В СТУДЕНТСЬКОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Провідним завданням організації виховної роботи зі студентами у вищому навчальному закладі є формування світогляду молодого покоління. Світогляд сучасного інтелегента має бути звільненим від низки стереотипів, які, на жаль, домінують в українському суспільстві.

Гендерні стереотипні уявлення про поведінку людей в залежності від статі були поширені протягом історії людства та зустрічалися у різних народів. В наш час гендерні стереотипи домінують в уяві студентів відносно сфери зайнятості, в той час, як стереотипні уявлення про ролі чоловіка та жінки в родині майже відсутні.

Студенти і студентки університету будівництва та архітектури мають поширений погляд на місце чоловіка та жінки в галузі будівництва (особливо на місце жінки в соціально-професійній ієрархії). У студентів сформована точка зору про необхідний стиль поведінки чоловіка та жінки в повсякденній практиці, в трудовій сфері.

На жаль, дані стереотипи виступають не тільки як точка зору, а сприймаються молоддю як керівництво до дії. В такому випадку вони виступають як основа для гендерної нерівності, сегрегації, обмеження прав та можливостей для реалізації в професії.

Серед студентів існує думка про поділ професій на «чоловічі» та «жіночі», які менш престижні та низькооплачувані. В галузі будівництва, стверджу-

ють студенти, жінка може працювати лише на певних посадах – здійснювати розрахунки кошторису, працювати архітектором, дизайнером, але вона не може працювати керівником на будівельному майданчику, займати керівні посади в колективі чоловіків.

Проведення бесід, тематичних семінарів, круглих столів з гендерної проблематики має за мету подолання гендерних стереотипних уявлень студентів щодо місця чоловіка та жінки в професійній діяльності. Головним завданням викладачі визначають формування точки зору про рівні можливості представників обох статей реалізувати себе в професії та негативний вплив стереотипів в гальмуванні розвитку особистості, досягненні кар'єрного росту.

Басюк Л.Б.

*Криворізький педагогічний інститут
ДВНЗ «Криворізький національний університет»*

ВПЛИВ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ НА СТОСУНКИ У КЛАСНОМУ КОЛЕКТИВІ

Останнім часом немало уваги у психолого-педагогічних наукових розвідках приділяється питанню гендеру у шкільному колективі (Т. Дороніна, Т. Говорун, О. Кікінежді, О. Марущенко, О. Цокур та ін.), а саме: гендерне виховання, гендерна складова навчально-методичної літератури, прояви гендерних ролей у шкільному середовищі, гендерна ідеологія у педагогічній спадщині тощо. Свою увагу хочемо зосередити на питанні гендерних стереотипів та їх впливі на стосунки у класному колективі.

Під гендерними стереотипами розглядаємо сталі загальні уявлення певного суспільства про те, які ролі мають виконувати чоловік та жінка, що, так би мовити, розділяє їх на два «світи» – чоловічий та жіночий.

З одного боку гендерні стереотипи акумулюють у собі досвід поколінь щодо маскуліності та фемініності, але з іншого – вони штучно насаджують визначену поведінку у певних ситуаціях.

Під час емпіричного дослідження було виявлено, що вчителі/вчительки невідомо підтримують такі гендерні стереотипи, як:

- для жінки головніше зовнішня краса;
- для чоловіка важливою є фізична сила;
- учні більше схильні до точних, а учениці до гуманітарних наук;
- дівчата охайніші за хлопців;
- у дівчат краща поведінка;
- для хлопця більш важливою є побудова кар'єри, а для дівчини – створення родинного затишку тощо.

Закріплення гендерних стереотипів відбувається під час розподілу обов'язків класним керівником/керівницею – дівчатам, як правило, доручають поливати квіти, слідкувати за чистотою класної кімнати тощо, тобто «жіночі» справи. Підкреслення розподілу класу за статтями звучить у зауваженнях на кшталт: «чому так брудно у зошиті, ти ж дівчинка» (з цієї фрази зчитується інформація про те, що хлопці менш охайні ніж дівчата), «не можна ображати дівчат» (чуємо – хлопців ображати можна), «не рюмсай, ти ж хлопчик» (чуємо – дівчатам можна виявляти емоції, а хлопцям їх треба тримати в собі) тощо. Гендерно-марковані вислови створюють у школярства уявлення про

роль чоловіка та жінки у суспільстві в цілому та у їх маленькому колективі зокрема. Штучне підкреслення «слабкості» жіночої статі закріплює певні ролі за членами класного колективу. Хлопці почувають себе більш вагомими, відповідальними за прийняття рішень, а дівчата – пасивними, слабкими, переносячи ці ролі у подальше життя. Стосунки між статями вибудовуються за зразком дорослого світу, в якому панують гендерні стереотипи. Дівчина звикає до думки, що її головна цінність – зовнішність, привабливість, а хлопець вважає, що не досягши у житті, припустимо, кар'єрного злету – не досягнеш життєвого успіху.

Диференціація за статтю виявляється і в оцінювання знань з різних предметів: дівчатам надається перевага у гуманітарних, а хлопцям – у точних науках. Гендерні стереотипи, відтворені у підручниках також мають вплив на соціалізацію учнівської аудиторії.

Обмеження даної публікації дає можливість лише окреслити зазначену проблему, привернути до неї увагу. Подальші ж розробки у даному напрямі дозволять віднайти шляхи подолання впливу гендерних стереотипів на відносини в учнівському колективі та гендерну соціалізацію учнівства. Адже школа покликана виховувати не окремого чоловіка та жінку за встановленими стереотипами стандартом, шаблоном, а, перш за все – особистість, розвиток якої повинен відбуватись гармонійно, без штучних обмежень гендерними стереотипами, дотримання чи недотримання яких має відбиток не лише на поведінці людини, можливості її усебічного розвитку, а й на стані її фізичного та душевного здоров'я.

Бачун Н. К., Олексюк О. Б.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTI

Захворюваність населення України на інфекційні хвороби, незважаючи на тенденцію до зниження в останні роки, все ще залишається на рівні, що для більшості інфекційних захворювань перевищує такий у провідних країнах Європи в десятки разів.

Метою дослідження було вивчення гендерних особливостей інфекційної захворюваності дорослого міського населення.

Матеріали та методи. Проведений персоніфікований аналіз даних статистичних форм № 025/о «Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів» та №060/о «Журнал обліку інфекційних захворювань», заповнених на дорослих осіб (18 років і старші), які звернулись з приводу хвороб у комунальну 1-у міську поліклініку м. Львова протягом 2010–2014 років.

Результати дослідження та їх обговорення. За період 2010–2014 рр. середній рівень захворюваності дорослих жителів території обслуговування міської поліклініки становив $1938,3 \pm 78,2$ випадків на 1 тис. осіб у віці 18 років і старші. Рівень захворюваності був значуще вищим серед дорослих жінок ніж серед дорослих чоловіків ($2229,9 \pm 92,5\%$ проти $1555,4 \pm 60,0\%$, $p < 0,001$).

Інфекційна захворюваність чоловіків становила $24,4 \pm 3,9$ на 1 тис. дорослих осіб чоловічої статі, а жінок – $25,2 \pm 4,2$ на 1 тис. дорослих осіб жіно-

чої статті. Статистично значущої різниці між рівнями інфекційної захворюваності у дорослих чоловіків та жінок виявлено не було.

Порівняння середніх показників захворюваності на окремі інфекційні хвороби чоловіків та жінок (табл. 1) виявило вищі рівні захворюваності серед чоловіків, ніж серед жінок, на: гепатит В та С, вітряну віспу, краснуху, кір, інфекційний мононуклеоз та менінгіт. Однак, статистично значущою була тільки різниця між рівнями захворюваності на гепатит В ($27,2 \pm 6,4$ на 100 тис. чоловіків та $9,7 \pm 2,8$ на 100 тис. жінок, $p < 0,05$). У жінок були зареєстровані вищі рівні захворюваності на гепатит А та кишкові інфекції, однак при порівнянні з відповідними показниками у чоловіків різниці були незначущими.

Таблиця 1. – Захворюваність на окремі інфекційні хвороби серед дорослих жителів території обслуговування МП (на 100 тис. осіб даної статі, у середньому за 2010–2014 рр.)

Перелік хвороб	Показник захворюваності		Значущість різниці між показниками чоловіків та жінок
	чоловіки	жінки	
Гепатит А	3,6 \pm 2,2	8,3 \pm 2,6	>0,05
Гепатит В	27,2 \pm 6,4	9,7 \pm 2,8	<0,05
Гепатит С	5,4 \pm 5,4	0,0 \pm 0,0	>0,05
Кишкові інфекції	172,4 \pm 16,0	174,2 \pm 19,0	>0,05
Вітряна віспа	108,9 \pm 18,6	67,2 \pm 13,9	>0,05
Краснуха	21,8 \pm 19,6	13,8 \pm 6,7	>0,05
Кір	72,6 \pm 25,3	38,7 \pm 21,4	>0,05
Інфекційний мононуклеоз	14,5 \pm 5,4	6,9 \pm 2,2	>0,05
Менінгіт	7,3 \pm 1,8	5,5 \pm 1,4	>0,05

Обмеженням даного дослідження, яке вплинуло на його результати, є реєстрація у міській поліклініці хвороб тільки тих жителів, які звернулись за медичною допомогою у цей медичний заклад.

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

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Цель исследования: анализ гендерных особенностей группы пациентов страдающих бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Анализировали случайную выборку 116 амбулаторных карт больных, страдающих бронхиальной астмой. Применяли оценочные критерии – факторы риска развития бронхиальной астмы, тяжесть и длительность заболевания, сопутствующая патология, частоту визитов к врачу в течение года, гендерные отличия.

Результаты исследования.

Нами установлены существенные гендерные различия в исследуемой

группе. Так, отношение числа пожилых мужчин, страдающих бронхиальной астмой, к числу женщин – 2,1:1,3 соответственно. Следует отметить, что подобная тенденция отмечена нами и в группе больных бронхиальной астмой среднего и молодого возраста. Можно предположить, что выявленные гендерные отличия обусловлены наличием у мужчин определенных факторов риска развития бронхиальной астмы.

Среди основных внешних факторов, оказывающих решающее влияние на дебют и реализацию бронхиальной астмы, выделяют курение, промышленные поллютанты и часто рецидивирующие респираторные заболевания. Продолжающееся влияние внешних факторов на организм при уже имеющейся бронхиальной астме даже на фоне адекватной медикаментозной терапии значительно уменьшает ее положительный эффект на респираторный тракт, приводит к прогрессированию и более тяжелому течению заболевания, ухудшению прогноза.

При изучении предрасполагающих к развитию заболевания факторов установлено, что в анализируемой группе у 35,1% больных отмечались частые острые вирусные инфекции, острый и хронический бронхиты. Проследить влияние курения и производственных вредностей на развитие бронхиальной астмы не представлялось возможным, так как в амбулаторных картах соответствующие данные не были зафиксированы.

*Беловол А.Н., Князькова И.И., Тверетинов А.Б., Цыганков А.И.²,
Герасименко Ж.М.², Толкачева И.А.², Гребенюк О.В.³*

*¹Харьковский национальный медицинский университет,
²ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой АМНУ»,
³Городская больница №28*

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Цель исследования – повысить эффективность лечения и качество жизни у женщин в состоянии ранней постменопаузы с АГ и климактерическим синдромом (КС) путем применения антигипертензивной терапии с включением фенибута.

Обследовано 30 женщин с АГ и КС различной степени тяжести. У 26,7% больных имела место АГ 1-й, у 73,3% – 2-й степени. Индекс массы тела пациенток составил $31,2 \pm 2,9$ кг/м². Пациентки не получали заместительной гормональной терапии. Контрольную группу составили 12 практически здоровых женщин. Проводилось СМАД, оценка когнитивных нарушений (шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination - MMSE), адаптированной Folstein M. и соавт.) и анализ качества жизни (опросник Марбургского университета «General Well-Being Questionnaire» (GWBQ)). После регистрации исходных данных пациентам назначалась общепринятая антигипертензивная терапия и фенибут (Ноофен, фирмы «Олайнфарм») в дозе 250 мг 2–3 раза в сут. Длительность исследования составила 4 нед.

По данным СМАД, через 4 нед комплексной терапии больных с АГ и КС с добавлением фенибута наблюдалось достоверное уменьшение: дневно-ночного САД (на 25,5 мм рт.ст., $p < 0,01$) и ночного САД (на 29,3 мм рт.ст., $p < 0,01$);

а также дневного ДАД (на 12,5 мм рт.ст., $p < 0,05$) и ночного ДАД (на 15,1 мм рт.ст., $p < 0,05$). При оценке менопаузального модифицированного индекса (ММИ) наиболее выраженная динамика отмечена в отношении нейровегетативных расстройств. Так, средняя сумма баллов, отражающих нейровегетативные расстройства, снизилась на 33,8%, $p < 0,001$. Выраженность психоземotionalных расстройств снизилась на 12,7% ($p < 0,05$), эндокрино-метаболических – на 10,4% ($p < 0,05$). В целом среднее значение ММИ снизилось на 26,9% ($p < 0,001$). У большинства больных наблюдалась положительная динамика в отношении когнитивных функций. Наблюдалось достоверное изменение интегральных показателей интеллекта по данным MMSE (прирост составил $7,5 \pm 1,5$, $p < 0,05$). Установлено достоверное улучшение показателей I, II, IV, V и VII шкал опросника, охватывающих практически все составляющие качества жизни. Переносимость комбинированной терапии с добавлением фенибута была хорошей. Побочные эффекты и нежелательные явления за 4 нед терапии не отмечены. Таким образом, добавление к базисной антигипертензивной терапии фенибута позволяет уменьшить выраженность когнитивных нарушений и улучшить качество жизни у женщин с АГ и КС, наряду с хорошим профилем безопасности и переносимости.

*Бережная А.В., Шушляпина Н.О.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОСТИ НОСА

Актуальность. По данным различных авторов женщины обладают лучшим обонянием, чем мужчины. Длительное время это связывали лишь с гормональными особенностями женского организма, однако, совсем недавно, исследователи Федерального Университета Рио-де-Жанейро с помощью изотропного фракционатора смогли измерить число клеток в обонятельной луковице – области мозга, отвечающей за обоняние. Они обнаружили, что у женщин в среднем на 43% больше клеток в этой структуре мозга, чем у мужчин, с чем и связано лучшее восприятие запахов женщинами. Тогда возникает вопрос: если женщины лучше воспринимают запахи в норме, то имеются ли какие-нибудь гендерные особенности развития патологических процессов ЛОР-органов?

Цель. Изучить гендерные особенности обонятельной функции при различных хронических заболеваниях полости носа.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением на базе ЛОР-клиники Харьковского национального медицинского университета находилось 30 пациентов с хроническими заболеваниями полости носа в возрасте от 25 до 60 лет (средний возраст составил 47 лет). В I группу вошли 15 женщин, во II – 15 мужчин. В каждой группе было по 4 пациента с гипертрофическим и атрофическим ринитом, по 3 – с искривлением носовой перегородки, по 2 – с полипозным этмоидитом, по 1 – с катаральным ринитом и аллергической формой вазомоторного ринита. Пациенты обеих групп предъявляли жалобы на нарушение обоняния. Все пациенты прошли ком-

плексное обследование, в состав которого были включены: передняя, средняя и задняя риноскопия, риноманометрия, ольфактометрия.

Результаты. При опросе выявлено: в I группе субъективное нарушение обоняния отмечалось в 66,7% наблюдений, во II – в 93,3% наблюдений. По данным ольфактометрии порог ощущения запахов в I группе у пациенток с атрофическим ринитом был повышен в среднем на 28 %, с гипертрофическим ринитом – на 27%, с полипозным этмоидитом – на 18%, с искривлением носовой перегородки – на 11 %, с аллергической формой вазомоторного ринита – на 9%, с катаральным ринитом – на 7%. Порог ощущения запахов во II группе у пациентов с атрофическим ринитом был повышен в среднем на 89 %, с гипертрофическим ринитом – на 84%, с полипозным этмоидитом – на 61%, с искривлением носовой перегородки – на 33 %, с аллергической формой вазомоторного ринита – на 21%, с катаральным ринитом – на 18%.

Выводы. Таким образом, патология обоняния у мужчин развивается при более низких начальных условиях с точки зрения количества обонятельных рецепторов, поэтому процентное соотношение патологии с нарушением обоняния у данной категории выше, чем у женщин. Кроме того, условия быта и производства, повышенный травматизм также увеличивают риск развития обонятельных нарушений у мужского населения, что сопоставимо с данными литературы.

Белоглазова К. В.

Харківський національний університет будівництва та архітектури

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ НА РИНКУ ПРАЦІ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ

Гендерна нерівність простежується в усіх сферах життєдіяльності наших громадян, але найяскравіше її можна прослідкувати у сфері зайнятості, де спостерігається дисбаланс у доступі до гідної праці та економічних ресурсів. І це при тому, що українське законодавство декларує рівність прав та можливостей для всіх суб'єктів ринку праці незалежно від статі. Зі сказаного можна констатувати, що гендерна ситуація на ринку праці України є досить складною та потребує негайного вирішення. Метою цього дослідження є визначення основних проблем забезпечення гендерної рівності на ринку праці. В сучасних умовах проблема гендерної нерівності набуває все більшої актуальності. Поширення жіночого руху призвели до розуміння жінкою своєї незалежності, у тому числі й матеріальної, від чоловіка. Змінюється традиційне ставлення в суспільстві до жінки лише як до берегині та домогосподарки. Жінки вимагають не тільки формальної, а й фактичної рівності як в умовах найму на роботу, так і в оплаті праці. Все більше чоловіків розуміють прагнення жінок до самореалізації поза домашнім господарством, поважаючи їхній вибір, беруть на себе частину домашніх обов'язків. Жінки отримали можливість реалізації своїх прагнень у бізнесі, політиці, науці. Незважаючи на це, становища жінок і чоловіків на ринку праці відрізняються. Дослідження ринку праці показали, що гендерна нерівність у сфері зайнятості в Україні має місце, проте, вона не має чітко ідентифікованого дискримінаційного характеру, але зумовлює потребу у впровадженні гендерного інтегрування. Опитування роботодавців в Україні показало, що одна з основних

стратегій економічного виживання полягає в їхньому уявленні з проведенням жорсткої кадрової політики. Роботодавці, особливо власники приватних підприємств, діючи у жорсткому ринковому конкурентному середовищі, вважають, що з жінками пов'язані більш високі витрати через тимчасову відсутність жінок у зв'язку із вагітністю, декретною відпусткою, хворобою дитини, у зв'язку з правом жінки на скорочений робочий день, отримання соціальної допомоги на утримання дитини тощо. Це означає відмову роботодавців від використання жіночої праці на робочих місцях, де вона може бути замінена чоловічою. Гендерна професійна сегрегація посилюється ще й стереотипом про "традиційно жіночі та чоловічі" види трудової діяльності. Законодавчі акти, які гарантують рівноправність чоловіків та жінок, не можуть забезпечити подолання гендерної професійної сегрегації, тому важливим є не стільки її усунення, скільки запобігання проявів дискримінації. Основний напрям здійснення гендерної стратегії на ринку праці України полягає у розробці нової концепції зайнятості, що має спрямовуватись, насамперед, на подолання гендерної асиметрії на ринку праці, зокрема стосовно розподілу за сферами діяльності. Цього можна досягти здійснюючи вирівнювання оплати праці у межах різних галузей та зменшення відмінностей у змісті та оплаті праці за статевою ознакою; зростання рівня зайнятості на основі дотримання принципу гендерної рівності; сприяння розвитку малого підприємництва; постійний контроль за дотриманням роботодавцями трудового законодавства з метою попередження фактів гендерної дискримінації та ін. Скороченню гендерної професійної нерівності сприятимуть цілеспрямовані заходи державної політики, спрямовані на зростання престижу та рівня оплати праці у традиційно "жіночих" галузях, боротьбу з гендерними стереотипами, що звужують можливості професійного вибору як жінок.

*Бібік Н.В., Фесенко Г.Г., Фесенко Т.Г.
ХНУМГ імені О.М.Бекетова*

"ГЕНДЕРНІ ОКУЛЯРИ" ДЛЯ УРБАНІСТІВ

ХНУМГ імені О.М.Бекетова готує спеціалістів з усіх секторів життєзабезпечення міст. З метою формування гендерної компетентності студентів та слухачів факультету підвищення кваліфікації у навчальних програмах та курсах передбачені відповідні "гендерні вставки". Гендерні дискурси дозволяють осмислювати міста, перш за все, не як технічні системи (Місто-Машина) чи географічні території, а як особливі життєві простори. Звертається увага на категорію *Gendered spaces*, що поєднує класичну культурну антропологію з урбаністичними дослідженнями.

Місто постає як місце мобільності, різноманітних повсякденних практик мешканок/мешканців, способів їх присутності й "включеності" у міські простори. Коли в аудиторії ініціюється дискусія "Кому, на вашу думку, краще живеться у місті – чоловіку чи жінці?", зазвичай перші відповіді студентів та слухачів демонструють їх гендерно нейтральне (просто "людське") бачення. Отож, знання теорії різності, або культурного фемінізму дозволяють формувати у майбутніх урбан-фахівців вміння враховувати "особливий жіночий досвід, пов'язаний з репродуктивною діяльністю" у містоплануванні та містооблаштуванні.

На практичних заняттях студентам та слухачам пропонується виконати "психогеографічні" завдання, які репрезентують специфіку сприйняття міських просторів жінками і чоловіками. У "чоловічих картах" (рис. 1 , рис.2) простір часто поглинається рухом (уявні маршрути можуть розтягуватися або стискатися залежно від зручності подорожі на автомобілі).



Рис. 1: Харків: «чоловічий» погляд

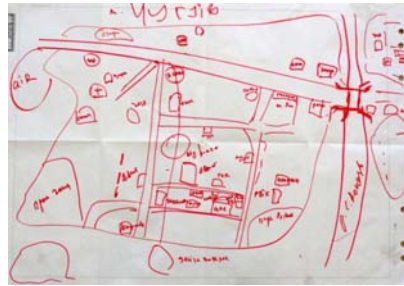


Рис. 2: Чугуїв: «чоловічий» погляд

Особливості жіночого сприйняття міського простору пояснюються їх конкретним соціальним призначенням – участю у репродуктивній праці (турботою про інших). Жінки думають про школи, лікарні, магазини, місця відпочинку (парки) (рис. 3, рис. 4).

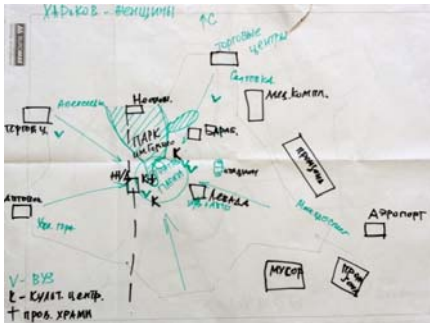


Рис. 3: Харків: «жіночий» погляд

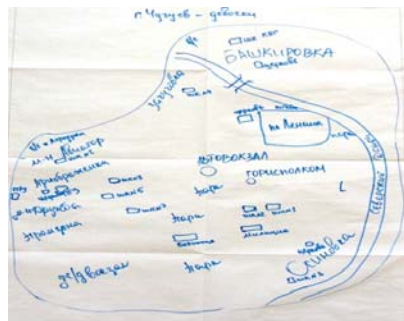


Рис. 4: Чугуїв: «жіночий» погляд

У подальшій дискусії та деталізації «присутності» мешканців/мешканок у приватних та публічних просторах міста, студентство «відкриває» гендерне розмаїття міста (мегаполіс постає простором для втілення різних стандартів фемінності й маскулінності, які залежать або тісно взаємодіють з іншими соціальними характеристиками – віком, фізичними можливостями, соціально-економічним статусом, сексуальною орієнтацією, місцем проживання і т.ін.). Виявляється андроцентричність міста, звертається увага на гендерні асиметрії у «правах на місто».

Презентація різного гендерного досвіду спонукає аудиторію визначитися – які параметри гендерної ідентичності слід враховувати при організації управління розмаїттям? Обговорення цього питання часто утворює «конфліктний» простір, «зайнятий» персональними емоціями й світоглядними установками.

ОСОБЛИВОСТІ ГЕНДЕРНОГО АСПЕКТУ У СПОРТИВНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

У теорії фізичної культури здавна розробляється проблема статевого диморфізму, яка лежить в основі соціокультурних (або, як їх ще називають, гендерних) відмінностей в чоловічому і жіночому спорті. "Диморфізм" – наявність в межах одного й того ж виду (в нашому випадку – homo sapiens) двох більш або менш розрізнених форм. Як вважають фахівці, головний недолік більшості сучасних досліджень в теорії фізичної культури полягає в тому, що оцінка отриманих наукових результатів проводиться без урахування статевого диморфізму. Між тим, тільки такий підхід дозволяє з'ясувати об'єктивні причини існуючих проблем жіночого спорту, дозволяє відмовитися від не гендерного вивчення проблем фізичної культури в цілому. Якщо в багатьох видах діяльності біологічні статеві відмінності не відіграють істотної ролі, а все вирішує професіоналізм людини, незалежно від того, чоловік він чи жінка, то у спорті по-іншому. Тілесність відіграє в ньому таку ж важливу роль, як і соціокультурні параметри, спортивні досягнення завжди пов'язані з фізичними особливостями і можливостями чоловіка і жінки. Біологічними можливостями індивіда пояснюється перевага вербальних (словесних, мовних) здібностей у дівчаток і просторових здібностей у хлопчиків, хоча за останні 20 років ці параметри під впливом соціокультурних факторів стали більш схожими. До відмінностей у сприйнятті можна віднести і такі факти: жінки більш спостережливі, уважні навіть до дрібниць (тому вони цінуються як свідки у кримінальних справах, складанні фотороботів, тоді як чоловіки уваги на деталі, подробиці найчастіше не звертають).

Статевий диморфізм помітний і в спортивній діяльності. Найбільша різниця між спортсменами обох статей полягає в розмірах їх тіл. Чоловіки вище і важче жінок, розмір чоловічого серця більше, ніж жіночого. Відмінності у силі залежать від того, що в цілому жінки менше за чоловіків (згадайте, наскільки важливий, наприклад, розмір руки в деяких видах спорту). Але це узагальнені дані. Серед представників обох статей є носії індивідуальних особливостей, які також слід враховувати.

Жінка, який би не був рівень її підготовки як рукопашного бійця, навряд чи може протистояти чоловікові, досвідченому в цьому виді спорту. Теоретично, звичайно, це можливо, однак на практиці вимагає величезної кількості фізичних і духовних зусиль протягом тривалого періоду часу. Жінки – величезні рукопашні бійці – це в минулому і на межі міфу.

При наростанні феміністських амбіцій абсолютної рівності статей, коли змагання пропонується проводити без урахування статевого диморфізму, тобто, "відповідно зросту і вазі", загроза здоров'ю жінок теж збільшується, тому що буквальної рівності бути все одно не може. Зрозуміло, що при більшому зрості і вазі відповідно більша й місткість легенів. Як заявив Даріуш Блахню з Інституту фізіології Варшавської академії фізичного виховання, лідируючим позиціям чоловіків у більшості спортивних дисциплін ніщо не загрожує, так як у них більш сприятливі пропорції м'язової маси по відно-

шенню до загальної маси тіла: "Навіть дуже посилене тренування не забезпечить амбітних панянок тестостероном – чоловічим статевим гормоном, що відповідає за розвиток м'язів". З позиції статевого диморфізму зрозумілі навпаки успіхи жінок в плаванні: їх жировий прошарок служить своєрідною термоізоляцією (відомі рекорди американки Лінн Кокс, яка вперше у світі пропливла від Аляски до Чукотки через Берингову протоку, і рекорд Пенні Дін, яка спромоглася самотужки подолати Ла-Манш).

Отже, у спортивній діяльності біологічна опозиція чоловіче/жіноче (статевий диморфізм) простежується досить виразно в силу специфіки об'єкта вивчення: спортивні досягнення завжди пов'язані з фізичними можливостями чоловіків і жінок, що закріплено системою розрядних нормативів і показників. Тілесність є найважливішим проявом людського потенціалу, тому у сфері спорту постійно враховуються природні основи соціокультурної статі.

Васильєва І.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ГЕНДЕРНЕ ПАРТНЕРСТВО ЯК УМОВА ПОДОЛАННЯ ЕКОЛОГІЧНОЇ КРИЗИ

Сучасна людина виявляє себе відірваною від космічних начал буття й такою, що усе більше занурюється у створене нею самою раціонально-технічне середовище, що є самодостатнім, не зв'язаним із природою, світом соціальних відносин. У цьому розпаданні буття є щось ненормальне, а тому природною реакцією на це в багатьох людей є пошук більш цілісних форм духовного досвіду, а також зростаюча недовіра до односторонньо-раціональних орієнтацій життя й культури. Прихильниці спіритуалістичного фемінізму зосереджують увагу на цих моментах світосприйняття, бо впевнені в його феміній основі.

У контексті сучасних екологічних проблем актуалізується питання родової ідентичності. Модальність людського життя полягає в тому, що точно визначає нас як людей. Не існувало жодного іншого роду, який би творив історію і жив у ній, підмінивши органічну еволюцію радикально новими детермінантами змін. Для того, щоб розпізнати роль жіночого та чоловічого начал у історії, потрібно чітко розмістити їх в соціальній організації.

Універсальний поділ усіх людей на чоловіків та жінок є найбільш очевидним. Але очевидним є також факт, що саме людям притаманна можливість рефлексії щодо взаємодоповнюваності чоловічої та жіночої статей. Визнання цього факту має історично обумовлений характер, а тому цілком припустимо, що певний потенціал вирішення соціальних, в тому числі екологічних проблем, міститься у взаємному визнанні обома статями домагань значущості у рішучості проблем сьогодення.

В умовах екологічної кризи людина повинна вбачати своє головне завдання не в підкоренні й "уроzumненні" природи, не в пануванні над нею: вона повинна усвідомлювати необхідність прислухатися до природи, дотримуватися її законів, цінувати її як свого "партнера" і як ціле, якому сама належить. На думку Л. Газнюк, у сучасній ситуації глобальної кризи "тільки антропокосмізм може виступати світоглядною основою зміни культури, переходу до нового, більш оптимального типу цивілізаційного розвитку" [1, с. 171].

Парадигма, що поступово здає свої позиції, домінувала в нашій культурі протягом декількох сторіч. Як було з'ясовано у другому розділі даного дослідження, ця парадигма містить у собі визначений набір глибоко укорієних ідей і цінностей. Серед них: погляд на Всесвіт як на механічну систему, скомпоновану з елементарних "будівельних блоків"; погляд на людське тіло як на машину; погляд на життя в суспільстві – як на конкурентну боротьбу за виживання; переконаність у тому, що необмежений матеріальний прогрес досягається шляхом економічного технологічного розвитку; і, нарешті, останнє, але не менш важливе, – переконаність у тому, що суспільство, у якому жінка повсюдно вважається істотою "другого сорту", діє за природним законом.

Екологічна криза, що невпинно поглиблюється, кидає виклик усім цим переконанням, тому зараз, дійсно, відбувається радикальний перегляд фундаментальних взаємовідносин чоловічого та жіночого начал в культурі. Встановлення гендерного партнерства є важливою умовою на шляху встановлення гармонії між людиною та природою.

Література

1. Газнюк Л.М. Соматичне буття персонального світу особистості / Л.М. Газнюк. – Харків: ХДАФК, 2003. – 356 с.

Гардашук Т.В.

Інститут філософії імені Г.С.Сковороди НАНУ

БІОЕТИЧНІ ТА ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ СУЧАСНИХ БІОМЕДИЧНИХ ПРАКТИК

За допомогою новітніх біомедичних технологій людина не лише прагне "виправляти" "помилки природи", а й контролювати природні процеси, спрямовуючи їх у бажаному для себе напрямі, захоплюючись вигодами у найближчій перспективі та забуваючи про комплексну оцінку ймовірних ризиків у перспективі відділеній. На тлі бурхливого розвитку цих технологій та дискусій навколо них відчувається гострий брак філософського осягнення даної проблеми та "дефіцит" морально-етичних регулятивів.

Окрім дискусій загального характеру, значну увагу привертають гендерні аспекти застосування біомедичних технологій, оскільки актуальні біоетичні питання виникають в царині конструювання й існування гендерну та взаємодії статей, часом загострюючи гендерну поляризацію. Розгляд цих питань в біоетичному аспекті ускладнюється їхнім глибоким вкоріненням у сферу релігії, етнокультурних традицій, суспільної думки тощо. До таких питань, зокрема, належать:

1) Автентичність людини як біологічного виду та автентичність особистості, що ставить на порядок денний визначення меж зовнішніх втручань у геном людини та права людини на повну інформацію про власний геном, геном своїх дітей, а також про умови й можливості його видозміни.

2) Колізія між визначенням соціальної та біологічної ідентичності та взаємопов'язаність обох типів ідентичності [1].

3) Уявлення про кровні зв'язки, їх роль та значення в сучасному суспільстві; природа та функціонування таких усталених інститутів як шлюб,

сім'я, батьківство і материнство, успадкування в біологічному, соціокультурному й правовому сенсах, що постають як наслідок застосування репродуктивних технологій і практик (донорство репродуктивних клітин, екстракорпоральне запліднення, або IVF, постмортальна репродукція, сурогатне материнство тощо).

4) Визначення початку нового життя та прав ембріону (у тому й у зв'язку з можливістю вибору бажаної статі майбутньої дитини) з урахуванням широкого спектру питань сексуальної етики та сексуальної поведінки, релігійних і етно-культурних традицій, загальних прав людини тощо.

5) Комерціалізація біомедичних практик, коли біотехнологічні та біомедичні досягнення стрімко переходять у царину повсякденності та випереджають формування морально-етичних принципів та права.

6) Використання влади та визначення відповідальності з метою мінімізації можливості зловживань під час застосування біомедичних технологій, які дозволяють встановлювати контроль різного ступеня над життям людей.

Сучасний світ і життя в ньому стають надзвичайно складними, і тому все важче виробляти універсальні принципи й підходи у відповідь на виклики сьогодення. Проте це не означає, що суспільство має пристати на моральний релятивізм. Якщо досі дискусії щодо біоетики точилися значною мірою навколо проблеми визначення відповідальності науковця, то розвиток і поширення біомедичних практик вимагає значного розширення "списку відповідальних", до якого обов'язково мають бути включені комерційні структури, що безпосередньо пов'язані з обслуговуванням біомедичних технологій (виробники матеріалів, препаратів, пристроїв тощо), клінічні заклади, масмедіа і реклама, а також ті, хто здійснюють етичну, правову, гендерну експертизу. Не менша відповідальність покладається і на людей, котрі звертаються до відповідних практик, адже в багатьох випадках йдеться не лише про власне життя, а й про життя Іншого.

Використані джерела:

1. Laing J.A. Artificial Reproduction, Blood Relatedness, and Human Identity // The Monist. – 2006. – Vol.89. – N. 4. – P.548–566.

Голозубов О.¹, Мазоренко М.²

*Національного технічного університету
"Харківський політехнічний інститут"*¹

*Харківського національного технічного університету сільського
господарства ім. П. Василенка*²

ІДЕНТИЧНІСТЬ ТА ЛІДЕРСТВО: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ

Розпочнемо з суперечки, свідком якої була нещодавно одна із авторів цих тез. Дискусія розпочалася між студентами, один із яких доводив, що теорія гендеру і фемінізм - доля жінок і щось на зразок їх комплексу неповноцінності. На його погляд, феміністський рух в XIX столітті означав насамперед те, що жінки стали палити, писати книжки і носити брюки, а в побуті вони прагнули зняти з себе ті обов'язки, які накладала на них традиційна роль в патріархальному суспільстві і в яких був певний сенс та справедли-

ливість. Його опонент апелював головним чином до універсальності дослідницького таланту і, головне, до прагнення деяких чоловіків грати роль жінки та здібності робити це дуже вдало, поринаючи у свої підсвідомі та потаємні імпульси. При цьому терміни "гендерна теорія" та "фемінізм" вживались обома студентами практично як тотожні, і це говорить про необхідність акцентувати на цьому увагу у студентській аудиторії.

Перш за все слід відзначити, що гендерні та феміністичні дослідження не тотожні по своєму предмету. Як відомо, гендер означає насамперед "соціальну стать" і гендерна теорія, в свою чергу, сукупність відносин між чоловіками і жінками, що включає формальні правила, норми поведінки, обумовлені їх власними взаєминами, соціальним контролем, культурними традиціями. Фемінізм ж насамперед суспільно-політичний рух і відповідна йому ідеологія, що виражає захист соціальних, культурних та інших прав жінок. У свою чергу, це один із проявів ліберальних цінностей західного світу і той, хто розуміє і підтримує подібні ідеали, виступає прихильником основних прав і свобод людини взагалі. Тоді фемінізм є лібералізм, і в цьому відношенні феміністи Дж. Локк, Улаф Пальме, Білл Клінтон та інші прихильники ліберальних ідей є (були) феміністами. Ну а ступінь глибини та різнобічності думки не залежить від статі, так само як і ступінь розуміння Іншого, його поведінки і мотивації. Можливо, це можна порівняти з тією здатністю проникнення представника однієї культури в специфіку іншої культурної традиції, в "духовний менталітет" та "духовний ландшафт" інших етнічних груп та націй. Таку властивість відзначали багато дослідників, зокрема, в творчості О.С. Пушкіна.

Тому в певному сенсі і досить умовно є підстави говорити про чоловіків-феміністів, але більш обґрунтованою виглядає розмова про чоловіків, що ставлять гендерні проблеми в художній, науково-публіцистичній та власне науковій формі. Серед них Дж. Стюарт Мілль (його книга "Про підпорядкованості жінок"), М. Мур ("Дурні білі люди"), М. Кімел ("Гендерна суспільство") та ін.

Набагато важче жінці відбутися як особистість в очах чоловіків, ніж навпаки, оскільки останні в цьому відношенні слідують цілком встановленим моделям поведінки і культурним стереотипам, і в цьому своєму прагненні жінки зустрічають набагато більш агресивне неприйняття, ніж навіть чоловіки, охочі приміряти на себе одяг і імідж протилежної статі. Саме жінки стають жертвами домашнього насильства, фізичного і психологічного, браку толерантності. І тим вагоміша праця щодо подолання гендерних стереотипів і формування серйозного ставлення до жінки - науковця і викладача, лідер в освітньому просторі.

Ймовірно, стабільні гендерні ідентичності повинні бути переформатовані, щоб зберегти свій вплив і домінування; "актори" реалізують свою стать і лідерство протягом довгого часу, і "сценарій" гендерно-зумовленої поведінки і характеристик зберігається. Гендерно-відповідні стилізації і знаки складають перформанс лідерства, оскільки лідерство - гендерно-обумовлена соціальна роль. Повторення цієї маскулітної ролі в медіа працює на відновлення конкретних лідерських якостей, які вважаються чоловічими, таких як сила, стійкість, рішучість, неупередженість, і навіть бойовий або агресивний індивідуалізм. Самопрезентація жінки-політика в медіаспектаклі

є частиною активного діалогу між громадською думкою і об'єктом медіаспектаклю. В тому числі засобами медіа кордони ідентичності стають рухомими, впливаючи на вибір ідентичності; різне ставлення різних поколінь до гендеру, орієнтації; кризу маскулітності; різноманітність сексуальної поведінки і т.п.

*Дмитриенко Н.Ф., Запорожец И.В., Красникова С.А.
ХНМУ*

К ВОПРОСУ О ГЕНДЕРНЫХ ПРОБЛЕМАХ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ

Общеизвестно, что в настоящее время женщины в высшей школе представляют собой довольно многочисленную группу преподавателей и научных кадров, что свидетельствует о феминизации высшего образования. Эта тенденция прослеживается и в ХНМУ: на сегодняшний день среди профессорско-преподавательского состава 64% женщин и 36% мужчин. В подготовке научных кадров гендерная асимметрия выражается в том, что сегодня среди аспирантов женщин – 65%, докторантов – 75%. Дать оценку сложившейся закономерности сложно, так как в настоящее время нет научно разработанной и обоснованной методики для определения оптимальной половозрастной структуры научных и учебных подразделений, которая обеспечила бы максимально эффективный процесс обучения и воспитания молодежи.

В последнее время несколько сгладилось традиционное гендерное разделение труда. Совместное обучение и трудовая деятельность в значительной степени уменьшают различия в нормах поведения и психологи мужчин и женщин. Очевидно, в связи с этим наблюдается тенденция к росту женщин среди руководящего звена университета (до 65%). В какой-то мере это связано и с требованиями к профессиональной деятельности, которые выдвигают мужчины и женщины. Хотя в настоящее время гендерная тенденциозность в этом вопросе несколько нивелирована. Если раньше у преподавателей-мужчин требования к выбору профессии были связаны с возможностями карьерного роста, высокой заработной платой, возможностью самостоятельно принимать решения, а для женщин - прежде всего с возможностью общения с людьми, удовлетворением потребности быть полезным людям, творческим характером труда, то сегодня эти требования часто являются определяющими в выборе профессиональной деятельности для обоих полов.

Поэтому вопрос о создании гендерно нейтральной среды для равной реализации каждым человеком своей личности с учетом индивидуальности видения своего пола является сегодня достаточно актуальным для высшей школы. В связи с этим вызывает интерес практика внедрения в высших учебных заведениях гендерно ориентированных курсов для преподавателей и студентов вуза (например, "Гендерология и феминология", "Семьеведение", "Гендерная психология" и т.д.). Интерес студентов и преподавателей вуза к гендерным знаниям вызван, как показали исследования, тем, что они помогают взглянуть на давно известные проблемы по-новому, имеют не только академическую, но и практическую значимость, особенно для будущих врачей.

Литература

1. Мартынова Т.Н. Гендерные проблемы высшего образования //Фундаментальные исследования, № 1, 2005. С.23–31.
2. Силласте Г. Гендерная асимметрия в образовании и науке: взгляд социолога // Высшее образование в России. № 2, 2001. С.96–106.

Добропас І.О.

Львівський національний університет імені Івана Франка

ГЕНДЕРНІ СТРАТЕГІЇ КОНСТРУЮВАННЯ СУЧАСНОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ТІЛЕСНОСТІ

З другої половини минулого століття проблема тілесності втрачає маргінальний характер займаючи одне з центральних місць в теоретичних дискусіях не лише наприкінці ХХ, але і у ХХІ столітті. Людина, як і будь-який живий організм, є тілом, але на відміну від інших організмів вона не тотожна своєму тілу, вона здатна розпоряджатися своїм тілом, а це означає, що людина створює себе, конструює не лише власне тіло, але й уявлення про нього. Визнання даного факту з необхідністю ставить питання про соціальну природу тілесності. Але конструювання тіла не є одиничним поведінковим актом, а певним видом діяльності, який ґрунтується на системі стійких схильностей (або dispositions, як називає їх П.Бурд'є), які виконують функцію породження та організації певного виду практик та уявлень (в даному випадку практик по конструюванню тілесності та пов'язаних з цим процесом уявлень), що мають не усвідомлений характер та генерують стереотипні загально прийнятні способи поведінки, які відображають логіку певного соціуму та санкціонуються ним. Саме їх П. Бурд'є називав габітусом.

Гендерні моделі тілесності є складними системними утвореннями, а, отже потребують для свого дослідження виділення основних рівнів аналізу механізмів формування відповідних габітусів, які взаємодіючи та взаємно впливаючи, утворюють єдине ціле. Це генетичний (історичний рівень), культурний та соціально-груповий. В світлі вищезазначеного може бути розглянуте питання стосовно гендерних стратегій конструювання сучасної української тілесності.

Особливістю суспільного розвитку України є переплетення та взаємовпливи структур традиційного, індустрійного та пост індустрійного суспільства та відповідних їм гендерних контрактів. Визначений в них розподіл гендерних ролей потребує певних моделей конструювання тілесності, визначаючи механізми їх функціонування та форми взаємодії. Так, гендерний контракт працюючої матері, який був основним для радянського суспільства, в українській культурі, у відповідності з її системою базових цінностей, реалізується з потужним наголосом на традиційній національній гендерній моделі жінки-матері. Конструювання традиційної чоловічої тілесності орієнтується на модель героїчного тіла. Такі тілесні практики як військові навчання, гартування молоді і т. д у чоловічих колективах (козацтво) були спрямовані саме на формування тіла, яке не знає втоми і не боїться смерті. Ця модель була витіснена в силу певних політичних чинників у радянському суспільстві. В сучасних умовах військових дій, що розгортаються на теренах України, ця модель конструювання чоловічої тілесності відновлюється,

реалізуючись через розгортання системи тілесних практик (таких як поновлення військової підготовки у школах, організація військово-патріотичного навчання молоді ("Пласт"). Поряд з традиційними стратегіями конструювання тілесності з'являються ті, які властиві постіндустріальному суспільству і постмодерній культурі: тіла насолоди, спрямовані на отримання і продукування задоволення, пов'язані з практиками трансформації тіла (пластична хірургія). Множинність гендерних стратегій конструювання ідентичності і відповідно тілесності, що конструюються згідно обраного дискурсу, протипоставляється гендерному бінарному і мають маргінальний характер. Так само маргінальним для українського суспільства є модель інвалідної тілесності. Значні зрушення в зміні стратегій її конструювання, спрямованні на позбавлення тіла інваліда стигматизації відбувалися в останні роки і поглибилися у зв'язку з військовими діями. Не менш важливою, але поки ще теж маргінальною для українського наукового дискурсу є проблема старіння і стратегії конструювання тіла та відношення до нього у чоловіків та жінок похилого віку. Не знайшла поки що свого належного вирішення проблема гендерних стратегій зустрічі зі смертю.

Дороніна Т.О.

Криворізький педагогічний інститут

ДВНЗ "Криворізький національний університет"

МОЛОДА ВИКЛАДАЧКА У ВИЩІЙ ШКОЛІ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ ПРОФЕСІЙНОЇ АДАПТАЦІЇ

Вже у назві публікації відчутний певний розлад, оскільки, по-перше, використання поняття "молодий викладач" значно б розширило тему публікації (залучивши туди не лише жінок, а й чоловіків), по-друге, відчутно і певне вікове обмеження (що таке "молода", можливо краще – початківець, але як поєднати слова "початківець" з "викладачкою", значно природніше - "викладач-початківець").

Власне проблема адаптації молодого викладача достатньо широко представлена у сучасному педагогічному дискурсі, де вона розглядається у колі питань скорочення періоду адаптації, формування їхньої готовності до подолання конфліктних ситуацій та створення сприятливих умов для професійної самореалізації фахівця (О. Харсун). Системний аналіз праць науковців, що вивчають процес професійної адаптації молодого викладача, дозволяє науковцям стверджувати, що адаптація проявляється через: адаптацію до професійної діяльності; адаптацію до викладацького колективу (колеги); адаптацію до студентського колективу; адаптацію до змісту науково-педагогічної діяльності (В. Ковальчук, Т. Федірчик та ін.).

Вважаємо, що проблема адаптації отримує найбільш чітко виражене гендерне забарвлення в адаптації молоді викладачки "до викладацького колективу". Саме тут виникають непорозуміння та конфліктні ситуації, які мають приховано сексистський характер, коли "гумор, доброзичлива іронія, жарт" базуються на зверненні до зовнішніх характеристик та фактів приватного життя. Це питання заміжжя та прихильності керівництва, наявності дітей (чи вагітності), поблажливі побажання "зберегти жіночність" та знайти своє "жіноче щастя" ("дєточка, вам треба заміж виходити та дітьми займатися..."). Саме перед молодого викладачкою оточенням актуалізовано

питання особистісного (родинного) устрою, її постійно "змушують" відповідати на запит оточення щодо її сімейної спроможності.

Багаторічний досвід роботи у педагогічному колективі переконує в особливій прискіпливості колег саме до молодих викладачок, до молодих викладачів ставлення поблажливе, протекційне. Особливо чітко це простежується у тому випадку, якщо на роботу приходять викладач-чоловік, це природно (йому треба десь гроші заробляти); якщо з'являється викладачка – молода жінка, вона сприймається як конкурентка (навіщо брати мало-досвідчену, коли стільки фахівців?). Більш того, зауваження, які дозволяють собі робити досвідчені колеги, також базуються на привабливості/непривабливості молодої викладачки ("ви така симпатична, але так багато ще не знаєте", "ви молода та гарна, вам ще вчитися та вчитися", "ви така красива, ну навіщо вам ця наука" та ін.). Саме молодій викладачці можуть запропонувати розв'язати конфліктну ситуацію за межами навчального закладу ("давайте продовжимо розмову в кафе"); можуть зробити та роблять зауваження щодо її зовнішньої відповідності ("ви вже не студентка"). Універсальний одяг чоловіка (костюм) взагалі виводить його за межі обговорення питання викладацького дрескоду.

За таких умов і без того емоційно-напружений адаптаційний період призводить до виникнення конфліктних ситуацій. Знаходження у постійному дискомфортному емоційному стані, накопичення негативних емоцій спричиняє депресивне переживання. І без належної підтримки та підготовленості (готовності до стресів) молода викладачка дуже скоро набуває невпевненості, незадоволеності та розчарування у своїй здатності до викладацької роботи.

Звісно, ця публікація – лише поверхова констатація наявності проблеми, яка замовчується, не вважається суттєвою. Головне – професіоналізм (!). Втім, що відчувають молоді викладачки ВНЗ саме через гендерну нечутливість та прихований (відвертий) сексизм колег, все ще залишається скритим. Їхні скарги не сприймаються оточенням та вважаються проявом слабкості, а отже – можуть поставити під сумнів і професійну придатність молодої колежанки. Вважаємо, що проблему необхідно обговорювати, а молодих викладачок вчити стратегіям протидії прихованому сексизму.

*Дынный А.А., Помогаев С.А., Акжигитова А.А.
ХНМУ*

ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ

Гендер – это специфический набор культурных характеристик, определяющих социальное поведение женщин и мужчин, их взаимоотношения между собой, а также способ социального конструирования этих отношений, выстраивание обществом взаимодействия полов в социуме. Несомненным является тот факт, что особенности гендерного устройства оказывают немаловажное влияние на репродуктивную сферу как индивида, так и общества в целом.

Таким образом, целью работы является теоретический разбор и анализ фактов и наблюдений, касающихся влияния гендерных особенностей современного общества на реализацию репродуктивной функции.

Общеизвестно, что в современном мире женщинам и мужчинам предоставляются равные возможности в выборе профессии и построении карьеры. В результате трансформации гендерных стереотипов чуть ли не в корне меняются традиционные представления о мужественности и женственности, что ярко проявляется во многих сферах общественной и личной жизни. В частности, можно отметить явственную маскулинизацию женщин, отстаивающих свои права или занимающих руководящие должности, и феминизацию мужчин на этом фоне. Несомненно, такая ситуация не может не оказать влияния на репродуктивную сферу.

Маскулинизация требует от женщины дополнительных ресурсов, чтобы быть активной, бороться со стереотипами навязанными обществом, что зачастую вызывает напряжение и истощение. Роль женщины как матери, организатора быта, воспитателя детей – смещается на более поздний срок или вообще не реализуется. Зачастую на первый план выходят ценности, связанные с профессиональными успехами. Таким образом, женщины теряют свою женскую сущность, тогда как мужчины, феминизируясь, перестают отвечать требованиям стандартов мужа и отца, ожидаемых женщинами.

По определению ВОЗ (1994), репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, обеспечивающее возможность вести безопасную и эффективную половую жизнь в сочетании со способностью воспроизвести здоровое потомство в количестве и сроки, определённые самим индивидуумом.

Смещение и трансформация гендерных ролей ведет к межличностным и внутри личностным конфликтам, негативно сказывается на гармоничном сосуществовании мужского и женского начала в обществе, поскольку идет вразрез с ним. Это отрицательно влияет на общество в целом: увеличивается количество разводов (вследствие неоправданных ожиданий, связанных с ролевым поведением супругов), появляются нетрадиционные формы брака, обостряются проблемы одиночества, растёт количество психических, психосоматических расстройств.

Таким образом, гендерные особенности современного общества имеют огромное, и не всегда положительное, влияние на реализацию репродуктивной функции.

*Ерёменко Г.В., Тараненко А.О., Илюха С.Э.
ХНМУ*

ЭКОЗАВИСИМАЯ ПАТОЛОГИЯ, ЕЕ ФАКТОРЫ И ГЕНТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ. ЭНДЕМИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

В настоящее время, в связи с ухудшением экологической обстановки в Украине, остро стоит вопрос о проблеме экозависимой патологии. Также немаловажным вопросом в профилактике заболелваемости бронхиальной астмы (БА) является половая предрасположенность.

Цель – изучение частоты развития (БА) у мужчин и женщин Украины в различных экологических зонах .

Материалы и методы исследования. Был проведен опрос 80 человек, среди которых 40 мужчин и 40 женщин в возрасте от 34 до 38,6 лет.

Также важным фактором было их место жительства: 20 мужчин и 20 женщин сельской местности и по 20 городских жителей.

Результаты исследования. Среди опрошенных городской местности, больными БА оказались: 2 мужчины (10%) и 3 женщины(15%). Результаты жителей области были следующими: 1 мужчина(5%) и 2 женщины(10%), страдающие БА.

Заключение. Исходя из выше сказанного, можно сделать вывод о том, что БА чаще всего встречается у женщин, живущих в городской местности, менее подверженными данному заболеванию остаются мужчины проживающие в области.

*Ермоленко Г.В., Мамчук В.В.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО СРЕДИ ДОКТОРОВ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛИЗАЦИЙ

Как бы не распространялось и не объяснялось понятие гендера в сегодняшнем мире, все равно своего рода дискриминация поджидает как мужчин, так и женщин на каждом шагу.

Для наглядности. Статистика, полученная в результате исследования (Шосткинская городская больница №4, Сумской области), приводится не в процентах, а в количестве представителей одного пола на сто сотрудников данной специализации. В целом же был изучен персонал больницы в количестве 112 человек.

Пациент вызвал скорую помощь, по этому вызову приехало 75 мужчин и 25 женщин – врачей скорой помощи, 90 мужчин и 10 женщин – санитаров скорой помощи. Пациента доставили в больницу, где 95 женщин-медсестер оказывают пострадавшему доврачебную помощь, а в операционной готовится к операции 70 мужчин абдоминальных хирургов. Также в этой же больнице работает 90 мужчин травматологов, 60 женщин гинекологов, 80 мужчин онкологов, 75 женщин педиатров и т.д. На лицо некоторое более-менее компенсированное, за счет других специальностей, неравенство. Можно предположить, что в силу некоторых психологических и физических факторов женщины и мужчины выбирают для себя более приемлемые специальности по собственной воле. Но не все так просто.

Случаются ситуации, когда выбор специализации в медицине определяется именно по половому признаку. Так, одна из участниц нашего исследования, девушка 24 лет, попыталась устроиться на интернатуру в отделение проктологии, где была не самым корректным образом отвергнута со словами: "А было ли бы Вам приятно, когда Вы – мужчина, а ваш лечащий врач – молодая девочка". И, конечно же, эта реакция заведующего не вызвала бы никаких претензий, если бы не тот факт, что женщинам точно так же, как и мужчинам, может понадобиться помощь проктолога. И тогда уже никто не спросит, будет ли пациентке приятнее, чтобы ее лечила врач-женщина. Выбора не будет. В отделении-то только мужчины.

На лицо серьезное упущение в просветительной работе среди населения по вопросам гендера. Ведь если человека отвергают только потому, что он не того пола, который хочет видеть работодатель, несмотря на про-

фессиональные качества, то это серьезная проблема на сегодняшний день, которая требует незамедлительного разрешения.

А решение очень просто. Оно лежит на поверхности, просто мы не открываем глаза. Научно-просветительская работа, которая якобы ведется в школах, результатом имеет то, что все знают, что девочки учатся лучше мальчиков, у женского пола средний балл на порядок выше и т.д. Выбирая из двух приемников, начальник-мужчина чаще выбирает мужчину, начальник-женщина, кстати, тоже. На сегодняшний день равенства нет. А начинается все с детских сказок... Ни одна королева не правила ни одним королевством. Гендерное неравенство в нас с детства и подсознательно навязывается нам. И если общество созрело к равноправию, то работу по пропаганде данного факта нужно начинать не в коллегиальных коллективах, а в детских садах.

*Ещенко В.Е., Ещенко А.В.
ХНМУ*

ГЕНДЕР: СОЧЕТАНИЕ НАТУРФИЛОСОФИИ И СОЦИАЛЬНОЙ ФИЛОСОФИИ

Среди жизненно важных биологических функций, требующих сознательного удовлетворения, особое место занимает функция продления рода (репродукция). Мужской организм производит достаточное количество сперматозоидов, а женский – регулярно выделяет яйцеклетки и обеспечивает условия для жизнедеятельности возникающей после оплодотворения особи. Осуществление этих процессов обеспечивает бесконечность жизни на Планете.

Но если в общебиологическом отношении (натурфилософия) эта проблема представляется более-менее ясной при условии эмоциональной гармонии между полностью здоровыми супругами, то в социальном плане (социальная философия) здесь имеется много сложностей. Биологическое и социальное в жизни человека и общества на разных этапах чередуются. Когда биологические потребности удовлетворены (хотя бы частично), наступает период удовлетворения социальных запросов. Социальные запросы формируются и внутренними факторами организма и, нередко, их привносят разного рода носители идей, вожди.

В стране, освобождающейся от навязанного строительства социализма-коммунизма, при котором государство брало на себя заботы (невыполнимые) о выращивании детей в семье или интернате, возврат к нормальному положению поставил ряд непростых вопросов. Бюджет семьи предусматривал обязательное участие женщины в общественном труде. Непомерная нагрузка на женщину-строителя коммунизма и мать пересматривается. Но при этом общество будет вынуждено оплачивать труд главы семьи на уровне, который обеспечивает материальное благосостояние потомства и семьи.

Происходит тягостная перестройка социальной философии и, в первую очередь, философии семьи, особенно в условиях сексуальной революции. Только гармоничное сочетание натуральной и социальной философии будет способствовать решению многих вопросов извечной гендерной проблемы.

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ДИСФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Мета дослідження: визначення гендерних відмінностей клінічної маніфестації зовнішньосекреторної недостатності (ЗСН) підшлункової залози у хворих з коморбідністю хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та хронічного панкреатиту (ХП).

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 131 хворого з коморбідним перебігом ХОЗЛ та ХП, серед яких 50 (38,2%) жінок та 81 (61,8%) чоловік. При визначенні ступеня бронхіальної обструкції використовувалася спірометрична класифікація (GOLD, 2011). Для оцінки зовнішньосекреторної функції підшлункової залози імуноферментним методом визначали вміст панкреатичної еластази-1 в калі. Статистичну обробку проводили за допомогою програм Microsoft Exel і «Statistica 6.0».

Результати та їх обговорення. У 37 (28,2%) хворих був встановлений I ступень бронхіальної обструкції, серед яких було 16 (43,2%) жінок та 21 (56,8%) чоловік; у 94 пацієнтів (71,8%) діагностовано II ступень, в тому числі у 34 (36,2%) пацієнтів жіночої та 60 (63,8%) – чоловічої статі. Вірогідних розбіжностей в розподілі ступенів порушення функції дихання залежно від статі виявлено не було ($df=1$, $\chi^2=0,563$, $p=0,453$)

При оцінці зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози за вмістом фекальної панкреатичної еластази-1 встановлено, що пацієнтам з I ступенем бронхіальної обструкції була більш притаманна легка ступень ЗСН – 24 (64,9%) особи, в тому числі 11 (45,8%) жінок та 13 (54,2%) чоловіків, середня ступень ЗСН спостерігалася у 13 (35,1%) хворих, середь яких 5 (38,5%) осіб жіночої та 8 (61,5%) чоловічої статі. При II ступені бронхіальної обструкції пріоритети кардинально змінювалися: легка ЗСН діагностувалася лише у 21 (22,3%) випадку – 12 (57,1%) жінок та 9 (42,9%) чоловіків. Проте ЗСН середнього ступеня тяжкості спостерігалася у 73 (77,7%) пацієнтів, причому переважну більшість складала чоловіки – 51 (69,9%) ($df=1$, $\chi^2=17,299$, $p=0,00003$, $\phi^*=3,999$, зона значущості при $p<0,05$ – більше 1,64), тоді як на долю жінок припадало лише 22 (30,1%) випадки.

Висновки. Таким чином, на підставі отриманих даних можна констатувати, що перебіг та прогресування дисфункції підшлункової залози у хворих з коморбідним перебігом ХОЗЛ та хронічного панкреатиту має певні гендерні відмінності. Так, при аналізі ступеню виразності екскреторної недостатності підшлункової залози, встановлено, що у пацієнтів чоловічої статі достовірно частіше спостерігалися більш глибокі її девіації, що дозволяє розглядати гендерний аспект як додатковий фактор прогресування патології у даній категорії хворих.

ГЕНДЕРНІ ПІДХОДИ У КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ ОТОЧУЮЧОГО СЕРЕДОВИЩА

Сучасний науково-медичний напрям вивчення впливу чинників оточуючого середовища на організм людини був сформований у роботах європейських та американських авторів та отримав загальну назву «клінічна медицина оточуючого середовища». В широкому значенні, це – наукові методичні знання, оформлені у відповідну дисципліну, яка вивчає, зокрема, вплив факторів оточуючого середовища на розвиток соматичних та психологічних реакцій, станів та захворювань. Особливо важливим в цьому розумінні є необхідність врахування на етапі теоретичного обґрунтування та безпосередньо у практичній роботі факторів впливу чинників гендеру на можливість розвитку та особливості перебігу станів та захворювань [1,2]. Відомо, що трактування поняття «гендер», як виду суспільних відносин дозволяє, по-перше, постулювати взаємозумовленість уявлень про чоловіче та жіноче; по-друге, розцінювати їх як похідні від концептуально-структурних характеристик природи, а отже екологічної системи. Система гендерних відносин, будучи підсистемою соціальних відносин в цілому, в свою чергу, впливає на можливий розвиток патологічних процесів. Особливості уразливості жінок та чоловіків визначаються типом ресурсів, від яких вони залежать, наявністю цих ресурсів, і, що дуже важливо, можливістю безперешкодного до них доступу. Крім того, значимими в цьому сенсі видаються гендерно-обумовлений розподіл праці та гендерні норми і поведінкові стереотипи, обумовлені культурою, які, в свою чергу, зумовлюють вибір оптимальних копінг-стратегій, а також шляхів відреагування стресу. Зокрема, мова йде про можливість розвитку станів дезадаптації, зловживання психоактивними речовинами, розвитку психосоматичної патології, ураження окремих органів та систем із маніфестацією в клінічно окреслені стани. Таким чином, визначення та урахування гендерно обумовлених факторів і їх особливостей може бути прогностично значущим компонентом практичного втілення засад клінічної медицини оточуючого середовища.

Література

1. Democracy and equality between women and men. Declaration and Resolutions. – Istanbul, 1997
2. Мерчант Кэролин. Смерть природы. Женщина, экология и научная революция. – Сан-Франциско, 1990

*Завгородня Н.І.
ХНМУ*

СПРИЙНЯТТЯ ОБРАЗУ ТІЛА ЖІНКАМИ, ЯКІ НАРОДИЛИ НЕДОНОШЕНУ ДИТИНУ

Сучасний етап розвитку психологічної науки направлений на вивчення процесів адаптації та дезадаптації, а також умов й факторів, що визначають унікальність розвитку та ступеня вираженості. Особливості розвитку станів дезадаптації у жінок, що народили дитину передчасно, залишається

питанням, що потребує наразі всебічного та ґрунтовного вивчення, особливо беручи до увагу зростання питомої ваги передчасних пологів як в світі, так і в Україні на фоні відсутності висвітлення вказаного питання у професійній літературі.

Метою роботи було вивчення ставлення жінок, які народили недоношену дитину, до свого тіла та образу свого тілесного «Я», а також гендерної ідентичності. Робота виконана на базі Харківського обласного клінічного перинатального центру, Харківського міського клінічного перинатального центру та Харківської обласної дитячої клінічної лікарні № 1, де було проведено комплексне обстеження 150 жінок, які народили дитину передчасно.

Результати: В процесі роботи особливо увагу було приділено аналізу трансформації сприйняття гендерних ролей у жінок вже в перші тижні після пологів. Як показали результати аналітичної роботи з жінками в процесі обговорення наявних відчуттів та загального сприйняття себе у гендерно-рольовому контексті, було відзначено звуження рольового діапазону та фрагментарність особистісного функціонування, яке обмежувалося ідентифікацією жінки виключно із традиційними жіночими гендерними ролями. При цьому, зміщення набувало особливого значення в рамках сприйняття себе виключно у якості матері.

Відомо, що після пологів настає період пристосування до почуття спустошеності і відчуттю порожнечі в тому місці, де була дитина [1]. Матері знову потрібно змінити образ свого тіла, щоб відчувати себе цілою і не порожньою усередині. Розглядаючи тіло, як складову частину образу «Я», у контексті його включення у структуру гендерних ролей, нами було відзначено, що для дезадаптованих жінок, особливо відразу після пологів, було наявне знецінення сексуальності, що отримувало відображення у зниженні інтересу до питань зовнішнього вигляду, особливо в питаннях розуміння його як інструменту сексуальності, а також до можливостей та необхідності отримання насолоди як такої. У цьому контексті жінки сприймали тіло з точки зору забезпечення базових потреб і можливостей створення умов для розвитку та підтримки життя новонародженого: тіло розглядалося виключно як інструмент вигодовування та підтримки життя дитини. Відзначено нівелювання ставлення до тілесних відчуттів, нехтування появою симптомів тілесної втоми.

Таким чином, наявна тенденція до інфантилізації сприйняття тіла на тлі звуження арсеналу гендерних ролей в перинатальному періоді може розглядатися як особливий критерій дезадаптації у жінок в умовах передчасного розродження.

Література

1. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. – СПб., 1997.

*Ільїн В.Г.
ХНМУ*

МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ ЖІНОК НА ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВАХ ХАРКОВА В 1945–1991 рр.

Демографічні і статевовікові зміни, спричинені Великою Вітчизняною війною призвели до зростання ролі жінки в повоєнному радянському суспільстві. Чисельність жінок в структурі трудових ресурсів СРСР збільшилася з 39 % в 1940 р. до 56 % в 1945 р. На кінець 80-х рр. вона становила

51 % працюючого населення СРСР, що відповідало відсотку жінок у загальній масі населення.

Але зростання економічної і суспільної ролі жінки мало зворотний негативний ефект у вигляді масового залучення жінок до важкої фізичної праці, що було віддзеркаленням долі воєнного покоління, позбавленого можливостей нормального особистісного розвитку. Селянські дівчата, що перед війною не встигли отримати початкову освіту, після її закінчення не мали змоги і часу поновити навчання. Полишивши села, вони ставали основними постачальниками некваліфікованої робочої сили.

Наприкінці 80-х рр. жінки в СРСР складали 75 % робітників легкої, радіотехнічної промисловості, приладо- і машинобудування, виконували більше половини важких і малокваліфікованих робіт в промисловості. 4 млн. жінок працювали в нічну зміну, попри заборону такої праці союзним законодавством. Від 20 до 50 % робочих місць, де працювали жінки, не відповідали вимогам охорони праці.

Повоєнний Харків ілюструє умови праці і медичного обслуговування жінок на виробництві в СРСР. В 60-ті рр. на найбільших машинобудівних заводах Харкова жінки працювали на ливарному виробництві, вантажницями, штампувальницями. В результаті висока захворюваність серед жінок припадала на найбільш працездатний вік 20–39 років, а найпоширенішими причинами інвалідності були онкологія, невиліковні хвороби органів дихання, вібраційна хвороба, хвороби кровообігу, нервової системи, виробничі травми.

Основною проблемою в медичному обслуговуванні робітників, від якої особливо страждали жінки, було відставання темпів покращення санітарно-гігієнічних умов праці від зростання оснащення цехів машинами і впровадження нових технологічних процесів. Так у 1962 р. на промпідприємствах Харкова було 77 кімнат особистої гігієни, хоча за нормативами їх повинно було бути 96, і тільки 40 з них працювали в дві зміни і були забезпечені необхідним штатом та обладнанням. До цього додавалося захаращеність цехів, погана вентиляція, незадовільний стан душових і роздягалень, близькість здоров'я до осередків шуму і вібрації.

На початку 60-х рр. медичне обслуговування робітниць харківської промисловості здійснювали 20 медсанчастин з чотирма жіночими консультаціями, де працювало 36 лікарів-гінекологів, 84 самостійних здоров'я пункти, з яких, щоправда, тільки 20 мали лікарів-гінекологів. На заводах ХТЗ та ім. Малишева діяли акушерсько-гінекологічні стаціонарні відділення. 85–95 % жінок, які працювали в той час на промпідприємствах Харкова, були охоплені профоглядами. На початку 70-х рр. постійно діюча комісія облздороввідділу щомісячно перевіряла підприємства з високою захворюваністю жінок і розробляла заходи з викорінення її причин.

В той же час задеклароване у 1980 р. переведення жінок з заборонених для них професій на інші види робіт насправді тривало до кінця 80-х рр. Втім, відомі реальні випадки, коли невиконання вимог саннагляду про переведення жінок на нешкідливі роботи, де це було можливо, тягло за собою притягнення винних до кримінальної відповідальності.

Таким чином, попри позитивні зрушення у справі соціального захисту жінок в СРСР (1973 р. введена допомога вагітним в розмірі повного заро-

бітку, 1981 р. – частково оплачувана річна відпустка з догляду за дитиною, одноразова допомога при народженні третьої і щомісячної – при народженні четвертої дитини тощо), до кінця 80-х рр. невіршеними залишалися питання переведення жінок з важких і шкідливих робіт, яке відбувалося повільними темпами, приведення до норми умов праці жінок на виробництві.

*Капустник В.А.
ХНМУ*

ІНТЕГРУВАННЯ ГЕНДЕРНИХ КОНЦЕПЦІЙ В СУСПІЛЬНУ ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

У минулому робота в галузі охорони здоров'я була сконцентрована на проблемах здоров'я жінок під час вагітності та пологів. Підхід з урахуванням гендеру розширює наше розуміння проблем в області здоров'я і сприяє визначенню способів їх вирішення щодо жінок всіх вікових груп. Так, наприклад, зараз відомо, що основною причиною смерті жінок є серцево-судинні захворювання. Однак це не є загальновідомим, що призводить до відстрочки звернення за медичною допомогою та діагностування жінок. Виявлення гендерних відмінностей при серцево-судинних захворюваннях дозволило розробити більш ефективні стратегії зміцнення здоров'я та профілактики, що призвело до поліпшення здоров'я жінок у багатьох країнах.

Відмінності в здоров'ї чоловіків і жінок загальновізані. Основне питання, яке постає при вивченні гендерних диференціацій здоров'я, полягає в тому, чи є вони біологічно або генетично детермінованими або формуються культурою і навколишнім середовищем. Відповідь на нього дається з позицій різних концептуальних підходів.

Згідно біомедичному підходу, спостережувані гендерні відмінності у здоров'ї є біологічним "продуктом", заснованим на успадкованих ризиках. Наприклад, гендерні відмінності в тривалості життя можуть бути пояснені біофізичними відмінностями між чоловіками і жінками, а саме тим, що чоловіки менш "міцні" і більш уразливі, ніж жінки. Життєстійкість і адаптаційні ресурси жіночого організму пов'язують з підтримкою репродуктивної функції.

Соціомедичний підхід передбачає, що відмінності визначаються різними соціокультурними позиціями чоловіків і жінок, а також поведінковими і психосоціальними факторами. Так, велика кількість досліджень, в яких вивчалася здоров'я чоловіків і жінок з соціоструктурних позицій, показало, що такі соціальні індикатори, як освіта, статус зайнятості та соціально-економічний статус, шлюбний і батьківський статус, соціальна підтримка, тісно пов'язані зі здоров'ям людей і їх благополуччям і пояснюють гендерні відмінності в нездоров'я. Жінки займають інші, в порівнянні з чоловіками, структурні позиції: вони частіше не працюють, зайняті в інших професіях, у них, в цілому, нижче доходи; вони частіше виховують дітей самі. Виявляються гендерні диференціації в поведінці чоловіків і жінок, що характеризує їх стилі життя у здоров'ї. Куріння і споживання алкоголю – найбільш значущі детермінанти статусу здоров'я для чоловіків, тоді як низька фізична активність – для жінок. Спостерігаються і гендерні особливості прояву психосоціальних чинників, а саме: критичних подій життя, хронічних стресорів та психологічних ресурсів. Наприклад, стрес може переживатися жінками і чоловіками різним чином. Жінки

реагують більше на поточну напругу, на стреси, пережиті іншими людьми, і на стреси, пов'язані з їх сімейними і шлюбними ролями. Чоловіки ж частіше страждають від економічних стресорів (зниження заробітків, втрата роботи). Прояв таких психологічних ресурсів, як самооцінка, самоефективність, контроль над життям, локус контролю здоров'я, почуття узгодженості та ін. також різними серед чоловіків і жінок.

Інтегрування гендерних концепцій у суспільну охорону здоров'я означає врахування різних потреб жінок і чоловіків на всіх стадіях розробки політики і програм. Кінцевою метою є досягнення гендерної рівності. Врахування гендеру в громадській охороні здоров'я означає облік ролі соціальних, культурних і біологічних факторів, що впливають на результати щодо здоров'я, і, отже, поліпшення ефективності, широти охоплення та справедливості соціальних програм.

Карпенко Н.А.

*ГУ «Институт проблем эндокринной патологии
им. В.Я. Данилевского НАМН Украины»*

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ПИЩЕВОГО СТРЕССА В ПЕРИОД МОЛОЧНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЛЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Значительная часть нарушений репродуктивного здоровья формируется на ранних этапах онтогенеза: во время эмбриогенеза или в раннем детском возрасте. Причиной этого часто служит гормональный дисбаланс беременной или кормящей матери. Известно, что даже слабый стресс самки, не влияя на процесс лактации, вызывает соответствующую реакцию у ее детенышей [Zuena A. R. et al., 2008]. Гормоноподобное действие может оказывать избыток растительных фитоэстрогенов (ФЭ) в рационе беременной или кормящей. В таком случае возникают транзиторные или стойкие изменения полового развития или созревания. Вопрос же о последствиях совместного действия эмоционального стресса и ФЭ для репродуктивной функции взрослых потомков и их внегонадные характеристики практически не изучен, что и составило цель работы, проведенной на крысах популяции Вистар.

Объект и методы исследования. Потомство интактных родителей в течение первых двух декад жизни подвергали эмоциональному стрессу (модель "maternal separation" и "clean bedding") и/или поступлению излишка ФЭ (биодобавка Genistein Soy Complex Isoflavone-rich (Soylife, USA)) в максимально безвредной дозе. У потомства оценивали жизнеспособность, сомато-половое развитие, некоторые гормональные показатели. У взрослых потомков 10 мес. возраста исследовали эмоциональные реакции, состояние репродуктивной функции по результатам комплекса тестов (эстральный цикл, спермограмма, половое поведение, плодовитость, содержание в крови половых гормонов и кортикостерона), некоторые показатели липидного, белкового, углеводного обменов. Данные, полученные в группах "Стресс", "ФЭ", "22 Стресс+ФЭ", сравнивали между собой и с данными интактных потомков группы "Контроль".

Результаты. У стрессированных в детстве взрослых самок (группа "Стресс") выявлены нарушения паттерна динамики концентрации половых

гормонов во время эстрального цикла, а также признаки образования неполноценных ооцитов, что уменьшает плодовитость этих самок. Потомки мужского пола группы "Стресс" отличаются повышенным уровнем кортикостерона, повышенной тревожностью, нарушениями полового поведения, снижением плодовитости (более чем на 40 %), преждевременным угасанием половой функции.

У фитоэстрогенизированных животных обоего пола (группа "ФЭ") наблюдались аналогичные особенности репродуктивной функции.

Впервые обнаружены особенности импринтинговой реакции на комбинированное воздействие фитоэстрогенизации и эмоционального стресса (группа "Стресс+ФЭ"), а также половые отличия такого реагирования. Так, у самок наблюдалось смягчение последствий действия стресса и ФЭ (антагонистический эффект двух факторов). Однако у самцов нарушения стали более выраженными, что привело к еще большему уменьшению репродуктивного потенциала (на 68 %) по сравнению с контролем.

Выявлены отдаленные последствия нарушения половой дифференциации метаболических процессов у животных обоего пола вследствие стрессирования или фитоэстрогенизации во время молочного вскармливания. Наиболее значимыми были "феминизация" профиля половых гормонов у самцов, проатерогенные изменения показателей липидного обмена, признаки хронического оксидативного стресса.

Вывод. Эмоциональный стресс и избыточное поступление соединений с эстрогенной активностью на ранних этапах постнатального развития нарушает нормальное развитие потомства, половую дифференциацию метаболических процессов и является причиной гипофертильности самцов.

*Клименко В.А., Лупальцова О.С.
ХНМУ*

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И ПОСТНАТАЛЬНАЯ ТРЕВОГА МАТЕРЕЙ: ПОИСКИ ГЕНДЕРНОГО КОНТЕКСТА

Актуальность. Одной из проблем современной медицины является послеродовая депрессия матерей, которая влияет на развитие ребенка в ранний период его жизни и определяет его будущее. Учитывая, что постнатальная депрессия может длиться от нескольких дней до нескольких лет, замечаем, что длительность такого состояния влияет и отражается на ребенке, семье, взаимоотношениях супругов, личности матери. Применяя гендерный инструментарий к анализу данной ситуации, обнаруживаем также определенные гендерные тенденции, которые влияют на здоровье детей. Следует добавить, что эмоциональные расстройства, развитие личности, самооценки у ребенка тесно связаны с состоянием матери. Нарушение эмоционального состояния матери в послеродовой период оказывает негативное влияние на развитие ребенка, влияет на физическое, личностное и когнитивное развитие. Процесс кормления грудью - важнейшее взаимодействие в жизни ребенка, который имеет не только значительную роль в восстановлении нормального гормонального фона у женщины в послеродовой период, но и в формировании психологической адаптации матери к ребенку, осознании ценности материнства и гендерного комфорта в семье.

Цель. Изучить уровень и характер послеродовой тревоги матерей в зависимости от вида вскармливания новорожденных. Определить степень гендерного комфорта матери в период вскармливания.

Материалы и методы. Обследовано 35 детей, которые находились в отделении патологии новорожденных КУОЗ "Областной детской клинической больницы №1", г. Харьков. Проведено анкетирование матерей с использованием шкалы тревоги Норакидзе. Методика предназначена для диагностики уровня тревоги испытуемого и включает опросник, состоящий из 60 утверждений. Наличие шкалы лживости позволяет судить о демонстративности, неискренности и диагностирует склонность давать социальную желательные ответы. Если этот показатель превышает 6 баллов, то это свидетельствует о неискренности испытуемого. Суммарная оценка шкалы Норакидзе 40–50 баллов рассматривалась как показатель очень высокого уровня тревоги; 25–40 баллов – высокий уровень тревоги; 15–25 баллов – средний с тенденцией к высокому уровню; 5–15 баллов – средний с тенденцией к низкому уровню; 0–5 баллов – низкий уровень тревоги. Женщины (n=16) с грудным вскармливанием (45,7±8,5%) составили 1-ю группу, 2-ю группу (n=9) – со смешанным (25,7±7,4%), 3-ю группу (n=9) – с искусственным (25,7±7,4%).

Результаты. Анализ данных анкетирования установил высокий уровень тревоги в постнатальном периоде в 28,0±11,1% случаев 1-й группы, в 33,3±15,7% – 2-й группы, в 11,1±11,1% – 3-й группы ($p_{1-3}<0.05$, $p_{2-3}<0.05$); средний с тенденцией к высокому уровню в 25,0±11,1% – 1-й группы, в 44,4±16,4% – 2-й, в 77,8±14,6% – 3-й ($p_{1-3}<0.05$); средний с тенденцией к низкому уровню в 50,0±12,9% – 1-й, в 44,4±16,4% – 2-й, в 22,2±13,8% – 3-й группы. Влияние грудного вскармливания на снижение уровня тревожности в послеродовом периоде подтверждена при проведении корреляционного анализа: установлены отрицательная корреляционная связь между наличием грудного вскармливания и частотой очень высокого уровня тревожности ($r=-0,320$, $p<0,05$) и частотой среднего с тенденцией к высокому уровню тревожности ($r=-0,399$, $p<0,05$); положительная корреляция между наличием грудного вскармливания и частотой среднего с тенденцией к низкому уровню тревожности ($r=0,416$, $p<0,05$).

Выводы.

Грудное вскармливание достоверно уменьшает уровень тревоги матерей, способствуя нормализации психического состояния женщины в послеродовом периоде, повышая степень ее самооценки и гендерного комфорта.

Коваленко Ю.

Харківського національного університету будівництва та архітектури

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ В РЕКЛАМІ

Давно відомо, що реклама пропагує певний спосіб життя, пропонуючи споживачеві якість моделі і зразки орієнтації в сучасному світі, знаками якого і є товари та послуги. Зумовлені культурою відносини між статтями – гендерні відносини – часто стають основою рекламних мрій.

Актуальність даної теми полягає в тому, що успіх будь-якої справи в

умовах ринкової економіки залежить не тільки від якості товару або послуги але і від успіху рекламної компанії.

Метою статті є виділення гендерних стереотипів, моделей поведінки та соціальних ролей, які формує у людській свідомості зовнішня реклама.

Перший тип рекламних образів можна назвати домінуючим. Його основу складають сексуалізовані жіночність і паралельна їй глянцева, целолюїдна мужність, представлена образами, так званих метросексуалів – задоволених собою жителів мегаполісів, вінцем успіху яких стає увага гламурних жінок. Глянцеві жіночі образи продаються партіями, оптом, як товари. Чоловік, знайшовши товар, може тільки поліпшити своє становище, стати ще більш крутим, ще більш успішним.

Другий тип рекламних образів відтворює гендерні стереотипи зрілого радянського застою і експлуатує мотиви родини. Якщо образи чоловіків і жінок «гламурної» реклами космополітичні, пурхають, подібно до метеликів у світі глобального споживання, то типажі цього типу відсилають до «традиції», стійкості і устоям, зв'язку часів і поколінь. Тут з'являється небагата, але з достатком, так звана розширена сім'я, що складається з тат, мам, дідусів, бабусь, дітей та племінників. Пафосом подібної реклами є «демократизм», трактований як простонародність. Тут просуваються товари, призначені не стільки для тіла і задоволення амбіцій, скільки для здоров'я, і вигідні за ціною. Глянсова досконалість персонажів відсутня. Ми бачимо тут ностальгічні типажі, добре знайомі по улюблених радянським комедіям і мелодрамам: звичайні фігури, рядові професії, повсякденний одяг.

Нарешті, **третій тип** гендерних образів в рекламі відтворює міську молодіжну культуру. Головне тут – друзі, галаслива компанія, де стерті гендерні відмінності: прикольна одяг, пірсинг, татування, розваги – все це є загальним для хлопців і дівчат. Власне, і просуваються в цьому рекламному продукті молодіжно-дозвольні товари – жувальні гумки, шоколадки.

Сексуальні моменти подаються як гра дітей в дорослі ігри. При створенні гендерних образів в рекламі широко використовуються традиційні гендерні стереотипи: стереотипи маскуліності і фемінності; стереотипи «про головне і природному призначення чоловіків і жінок»; стереотипи про поділ домашньої праці. Відповідно, з даними стереотипами жінкам і чоловікам приписують традиційні ролі, відбувається поділ сфер діяльності, обов'язків, підкреслюються гендерні відмінності. Для цього в рекламі використовуються як візуальні засоби, так і невербальна символіка.

Чоловік наділяється таким якостями як сила, розум, впевненість у собі, для нього основною сферою діяльності визначається професійна сфера, йому пропонується вести активний спосіб життя, займатися спортом, бізнесом, бути головою сім'ї і приймати рішення. Жінці в більшості випадків надаються протилежні якості – залежність, дбайливість, пасивність. Для неї основною сферою, в більшості реклами, визначається сімейна сфера, їй пропонується бути турботливою матір'ю, домогосподаркою, люблячою дружиною, піклуватися про всіх членів сім'ї.

Так само, необхідно відзначити і те, що жіноча сексуальність, жіноче тіло, часто використовується в рекламі як засіб залучення уваги, як прикраса, обіцянки для чоловіка, що в разі купівлі того чи іншого продукту, він отримує бажану жінку. Нерідко жіноче тіло в рекламі прирівнюється до рекламного продукту, що є яскравим проявом сексизму.

ПРИНЦИП НЕНАСИЛИЯ В ГЕНДЕРНОЙ ПОЛИТИКЕ КАЗАХСТАНА

Принцип ненасилия является основным в гендерной политике Казахстана. В Послании Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана "СТРАТЕГИЯ "Казахстан-2050" Новый политический курс состоявшегося государства" обращено внимание на рост бытового насилия над женщинами и детьми в семьях: "...такое насилие должно пресекаться предельно жестко"[1]. 4 декабря 2009 года был принят Закон Республики Казахстан "О профилактике бытового насилия". В нем дано определение: "бытовое насилие – умышленное противоправное деяние (действие или бездействие) одного лица в сфере семейно-бытовых отношений в отношении другого (других), причиняющее или содержащее угрозу причинения физического и (или) психического страдания" [2]. Мерами индивидуальной профилактики бытового насилия в этом законе предусмотрены: профилактическая беседа; доставление в органы внутренних дел лица, совершившего бытовое насилие, для составления протокола об административном правонарушении либо вынесения защитного предписания; защитное предписание; административное задержание; принудительные меры медицинского характера; установление особых требований к поведению правонарушителя; административное взыскание; лишение либо ограничение родительских прав, отмена усыновления (удочерения) ребенка, освобождение и отстранение опекунов и попечителей от исполнения ими своих обязанностей, досрочное расторжение договора о передаче ребенка на воспитание патронатному воспитателю; меры процессуального принуждения и меры безопасности потерпевших в уголовном процессе; меры, принимаемые по приговору суда.

Ученые рассуждают о понятиях "насилие" и "ненасилие" в разных контекстах. Шалимова Т. Г. в своей диссертации "Насилие и ненасилие в условиях деполаризации гендерных идеалов" подчеркивает: "Насилие и ненасилие являются противоположными по своей сути принципами, оправдывающими либо блокирующими применение различных видов силы с целью достижения власти и контроля над человеком или группой людей. В истории человечества они реализовывались как тенденция к воспроизводству различных форм жестокости и тенденция к обузданию и ограничению насилия. В настоящее время эти тенденции не только сохраняются, но и заметно активизируются: "культура мира" выступает в качестве основной альтернативы "культуре войны", определяя контуры будущего развития цивилизации, ее ценностные основания"[3, с.3].

Первоначально понятие насилия связывалось исключительно с физическим воздействием, с агрессией, чего продолжают придерживаться и некоторые современные авторы, тогда как другие, расширив понятие, говорят о наличии экономического, психического, медийного и прочих видов насилия.

Последнее время многие исследователи уделяли достаточное внимание исследованию причин, порождающих насилие, разброс которых велик – от биологических до экологических. Так, теория французского философа Рене Жиара основана на идеи чисто биологической предрасположенности к насилию, которое, по его мнению, иррационально и инстинктивно. В своих книгах "Насилие и священное" (1972) и "Козел отпущения" (1982) он раскрывают один из вечных и, практически говоря, главных секретов человеческого общества – отношения между насилием и порядком. Вывод автора прост, и он вправе удивляться тому, что его не раскрыли великие предшественники. На всякий удар стоит ожидать сдачи. Насилие порождает кровавый круг мести. Отмщение есть обмен, возможно, первый в истории. По ходу этого круга объем и степень насилия возрастают. Месть есть расширенное воспроизводство насилия. Насилие заразно, как эпидемия, и оно уничтожает общество. Культура есть важнейший из механизмов защиты от порочного круга насилия. И подобно вакцине, защищающей от инфекции применением ее в малых дозах, культура защищает общество от эпидемического насилия с помощью миметических механизмов, контролирующих и ограничивающих насилие. В теории фрустрации Д. Долларда причиной насильственного поведения объявляются препятствия для целевой деятельности индивидов и социальных групп, например, недостаток таких ресурсов, как богатство, социальный статус, власть, безопасность, равенство, свобода и т.д.: "Возникновение агрессивного поведения всегда обусловлено наличием фрустрации, и наоборот – наличие фрустрации всегда влечет за собой какую-нибудь форму агрессивности" [4, с. 1]. В теории относительной депривации Т. Гера насилие является результатом противоречия между высокой степенью ожидания людей и возможностями, которые общество может им предоставить для реализации своих замыслов. Согласно модернизационной концепции С. Хантингтона насилие является результатом отставания во времени процесса развития жизнеспособных политических институтов от процессов социальной и экономической трансформации.

Согласно мировой статистике шесть женщин из десяти в течение жизни подвергаются физическому и/или сексуальному насилию, что является основной причиной смертности и инвалидности женщин в возрасте от 16 до 44 лет. В связи с этим в обществе все шире растет признание того, что насилие в отношении женщин – это преступление, с которым необходимо бороться с помощью соответствующих политических и законодательных мер, институциональных механизмов и информационно-просветительских кампаний. Сегодня в 89 странах мира приняты законы о борьбе с домашним насилием, в 90 государствах в уголовном порядке преследуются сексуальные домогательства и изнасилование в семье. Однако более чем в 100 государствах по-прежнему отсутствует законодательная база по противодействию домашнему насилию.

В Казахстане действует "Стратегия гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006–2016 годы", подписанная указом Президента страны, раздел 6 которой, посвящен предотвращению насилия в обществе по признаку пола. Стратегическими задачами "Стратегии" являются: "Дальнейшее совершенствование национального законодательства по предот-

вращению насилия и преступлений, связанных с проституцией и торговлей людьми. Усиление борьбы и достижение значительного снижения насилия в отношении мужчин и женщин. Развитие социальных служб, оказывающих реальную помощь жертвам бытового насилия, предоставляющих временный приют и материальную поддержку. Трудотерапия и трудовая реабилитация жертв насилия.

Проведение информационных кампаний по просвещению населения об опасности насилия во всех его проявлениях" [5, с.66]. По данным правоохранительных органов, за прошедшие два года вынесено свыше 40 тысяч защитных предписаний о привлечении к административной ответственности более 50 тысяч человек. Соответствующая статья Кодекса об административных правонарушениях предусматривает "за противоправные действия в сфере семейно-бытовых отношений" штрафы в размере от одного до 3 МРП либо административный арест на срок до 10 суток.

Многие международные организации защищают права женщин и поддерживают борьбу с насилием против женщин. Одной из таких организаций является Организация Объединенных Наций Женщины. Эта организация занимается вопросами гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин. Деятельность ООН Женщины основывается на фундаментальном постулате о том, что женщины и девочки всего мира имеют право на жизнь, свободную от дискриминации, насилия и бедности, и что гендерное равенство является основой развития. ООН Женщины содействует разработке и/или усилению механизмов их эффективной реализации, проведению информационных кампаний, совершенствованию системы оказания услуг пострадавшим, в т. ч. в рамках кампании Генерального Секретаря ООН "Сообща покончим с насилием в отношении женщин" и кампании ООН Женщины "Скажи "НЕТ" насилию в отношении женщин". 12 марта 2013 года в г. Алматы, в Представительстве ООН в Казахстане состоялось мероприятие "Обещание есть обещание: время действовать, чтобы положить конец насилию в отношении женщин".

Для того, чтобы предотвратить насилие в отношении женщин в обществе в Департаментах внутренних дел РК с 1999 года созданы подразделения по защите женщин от насилия. Такое подразделение на постсоветском пространстве существует только в Казахстане. Основными задачами службы являются обеспечение защиты конституционных прав, свобод и законных интересов женщин от противоправных посягательств. Согласно статистике, в 2012 году в подразделения обратились свыше 28 тыс. женщин, заявивших об ущемлении их прав, из них более одной тысячи были направлены в кризисные центры. Всем обратившимся была оказана не только юридическая, но и, при необходимости, психологическая помощь.

Кроме того, в подразделениях органов внутренних дел функционирует свыше 54 телефонов доверия, на которые поступило свыше 5 тыс. звонков. По этим сообщениям полицейскими были приняты соответствующие меры.

В Казахстане в 2001 году создан Союз кризисных центров, объединяющий 13 организаций из 11 регионов Казахстана. Деятельность этой неправительственной организации направлена на развитие движения в предотвращении и искоренении всех форм гендерного насилия, формирова-

ния в обществе культуры, основанной на ценностях ненасильственных отношений в обществе. Существует телефон доверия по предотвращению бытового насилия 1415. В настоящее время в Казахстане существуют 28 кризисных центров для женщин и 4 кризисных центра для мужчин.

О работе одного из центров хотелось бы рассказать подробнее. Кризисный центр "Подруги" – некоммерческая общественная организация, первый кризисный центр в Казахстане, занимающийся проблемой насилия в семье. Свою деятельность центр осуществляет с 1998 года. Центр создан с целью оказания психологической и юридической помощи, а также содействия решению социальных вопросов пострадавшим от домашнего насилия. Помощь центра анонимна, конфиденциальна и бесплатна.

В Казахстане кризисный центр "Подруги" является пионером (первопроходцем) в установлении факта, что домашнее насилие – это общественная социальная проблема, которая не должна решаться в четырех стенах дома. "Подруги" способствовали мотивации правительства и НПО в создании других кризисных центров в Казахстане. Большая работа проведена по разработке и принятию Закона о насилии в семье, что является долгосрочным результатом деятельности "Подруг". За годы деятельности осуществлено более 25 социально-значимых проектов по профилактике и предупреждению насилия в отношении женщин. На протяжении 10 лет Кризисный центр "Подруги" работал над продвижением закона "О профилактике бытового насилия", который был принят в декабре 2009 года. За период работы получили помощь и поддержку 20579 женщин, пострадавших от бытового насилия. Проведено 14118 психологических и 9295 юридических консультаций. "Подруги" представляли интересы 233 женщин, пострадавших от домашнего насилия, в судебных процессах, в 229 случаях требования женщин удовлетворены судом. В приюте центра прошли реабилитацию 323 женщины и 429 детей. В течение всего периода деятельности "Подруги" разработали и выпустили более 20 методических пособий. Созданы и успешно реализуются информационно-образовательные программы для бенефициаров и партнеров. Развивается система партнерских отношений с государственными структурами, общественными и международными организациями.

Раньше мы говорили только о случаях физического насилия, но в последнее время отечественными социологами и психологами отмечается рост психологического насилия в обществе. Предотвращение любых видов насилия – одна из главных задач гендерной политики в нашей республике и для этого предпринимаются все усилия.

А также социологами выявлены два основных типа поведения в ситуации насилия женщин: подчинение, выступающее формой приспособительного поведения, и протестные действия. Однако "в ситуации экономического, психологического, сексуального насилия большинство женщин выбирает приспособительное поведение, стремясь сохранить семью всеми имеющимися у них средствами. Протестное поведение связано с угрозой здоровью и жизни и с преимущественным использованием внешних ресурсов" [6]. До сих пор насилие в отношении женщин продолжается. Как показал анализ, динамика роста преступности в целом по Казахстану увеличилась на 39,1% (с 206801 в 2011 г. до 287 681 в 2012 г.), что также отра-

зилось на количестве зарегистрированных преступлений, совершенных в отношении женщин (+ 38,5% , или с 78503 до 108 752). Так, численность женщин в стране на начало 2013 года составила 8,6 млн., из которых 1,3% женщин пострадали от общих преступлений (108752), в т.ч. 0,2 % от насилия (13797).

Национальная комиссия по делам женщин и семейно-демографической политике на одном из заседаний поставила эту глобальную проблему на повестку дня и разработала рекомендации Генеральной Прокуратуре РК и ряду министерств по совершенствованию законодательства в этом вопросе и принятию изменений и дополнений в Законы РК "Об органах внутренних дел" и "О профилактике бытового насилия". И эти дополнения были приняты.

По нашему мнению, только совместными усилиями можно противодействовать гендерному насилию в обществе. В этом нам может помочь межведомственное взаимодействие. Под межведомственным взаимодействием понимается совместные и согласованные действия органов государственного управления, заинтересованных ведомств и общественных организаций по цели, времени и месту, основанные на законодательных и подзаконных нормативных актах, а также на передовом опыте взаимодействия отдельных субъектов профилактики бытового насилия.

Литература

1. Послании Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана "СТРАТЕГИЯ "Казахстан-2050" Новый политический курс состоявшегося государства.

2. Закон Республики Казахстан "О профилактике бытового насилия". Астана. 4 декабря 2009 года.

3. Шалимова Т. Г. "Насилие и ненасилие в условиях деполяризации гендерных идеалов". Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата философских наук. Саранск, 2004.

4. Стратегия гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006–2016 годы. Астана, 2005. – 74 с.

5. Dollard D. Frustration and Aggression. New Haven; L., 1939 (et al.); Social Learning and Imitation. New Haven; L., 1941 (with N.E. Miller); Victory over Fear. N.Y., 1942.

6. Выгодская Анна Владимировна. Насилие в семье: гендерный аспект: диссертация ... кандидата социологических наук : 22.00.04 / Выгодская Анна Владимировна; [Место защиты: Ур. гос. ун-т им. А.М. Горького]. – Екатеринбург, 2009.– 165 с.: ил. РГБ ОД, 61 10–22/96.

*Козько В.Н., Меркулова Н.Ф., Соломенник А.О., Могиленец Е.И.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ HCV-ИНФЕКЦИИ

Гендерная медицина является новым направлением, специализирующимся на биологических и физиологических различиях, существующих между мужчиной и женщиной и проявляющихся в течении различных заболеваний, а также в реакциях организма на лечение. Наличие главных гендерных признаков (отличий) связано с тем, что мужчинами и женщинами «управляют» разные гормоны (у мужчин – тестостерон, у женщин – проге-

стерон и эстроген). Это приводит к существенным различиям физиологических процессов, таких как кровообращение, функционирование нервной системы, работа желудочно-кишечного тракта. Так, проведенные исследования показали, что у мужчин пищеварение происходит вдвое быстрее, чем у женщин, поэтому и пища, и лекарства усваиваются ими иначе. В то же время для женского организма свойственна цикличность как в пределах одного месяца, так и в течение года, когда происходит изменение гормонального фона, самочувствия, функционирования сердечно-сосудистой системы (колебание артериального давления, подверженность сердечным приступам и т. д.). Обращают на себя внимание данные о том, что эстроген защищает женщину от самых разных неинфекционных (сахарный диабет, ревматоидный артрит и др.) и инфекционных (ангина, бронхит, хронический вирусный гепатит) заболеваний.

Одной из основных причин хронической патологии печени является HCV-инфекция, которая регистрируется у 3 % населения планеты. Хотя печень женщин и не отличается от мужской, исследователи обнаружили некоторые гендерные различия в течении этой опасной инфекции. Так, у женщин репродуктивного возраста, инфицированных HCV, по сравнению с представителями сильного пола значительно выше вероятность самопроизвольной элиминации вируса и спонтанного разрешения болезни, ниже риск возникновения цирроза печени, что, по-видимому, связано с гепатотропным действием женских половых гормонов. Соответственно после 2 менопаузы риск развития цирроза печени повышается до мужских показателей.

Таким образом, наряду с возрастом, злоупотреблением алкоголем, давностью инфицирования, индексом массы тела, мужской пол относят к факторам, в значительной степени усиливающим прогрессирование фиброза печени, а также к факторам, способствующим развитию гепатоцеллюлярной карциномы.

Показано, что мужчины в возрасте 25–40 лет подвержены инфицированию HCV по крайней мере в 1,5–2 раза чаще, нежели женщины (Федорченко С.В., 2010). Кроме того, женский пол относят к независимым позитивным факторам индукции устойчивого вирусологического ответа на ретровирусную терапию.

На базе Областной клинической инфекционной больницы г. Харькова с 2001 года функционирует областной специализированный гепатологический центр, в котором по состоянию на 01.01.2015 г. состояло на учете 3554 больных хроническим гепатитом С (ХГС), из них мужчин – 2278 (64,1%), женщин – 1276 (35,9 %) ($p < 0,05$). Среди 192 медицинских работников с диагнозом ХГС мужчин было 26 (13,54 %), женщин – 166 (86,46 %). Пациентам определяли активность АлАТ, вирусную нагрузку в сыворотке крови, а также активность воспалительно-некротических изменений в печени и стадию фиброза по системе “FibroMAX”. Анализ полученных данных показал, что группу больных ХГС с нормальной активностью АлАТ составляют преимущественно лица женского пола с низким уровнем виремии, отсутствием или незначительным фиброзом.

Таким образом, гендерные признаки оказывают существенное влияние на естественное течение и эффективность лечения HCV-инфекции. Среди инфицированных HCV имеет место преобладание мужчин над женщинами.

ми, що погоджується з даними других авторів. Однак, среди медических работников с диагнозом ХГС женщины встречаются достоверно чаще, чем мужчины ($p < 0,01$), что необходимо учитывать при выборе тактики ведения таких пациентов.

*Коренева Е. М., Дронова В. М., Карпенко Н. О.
ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского
НАМН Украины»*

ВПЛИВ ЧИННИКІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я. ЕНДОКРИННІ РУЙНІВНИКИ

Останнім часом медики відзначають значне погіршення стану здоров'я населення нашої країни та значне скорочення його чисельності, однією з причин, з якою пов'язують це є відсутність знань про негативний вплив різноманітних чинників, що мають місце у нашому житті.

В той же час, величезною кількістю досліджень доведено, що нові для біосфери синтетичні органічні речовини та деякі сполуки металів діють на живий організм принципово інакше, ніж відомі раніше отрути. На відміну від отрут, що вражають певні органи та викликають специфічну картину отруєння, вони руйнують систему внутрішньої регуляції – гормональну (ендокринну) – і тому названі ендокринними руйнівниками. Ці речовини виступають у ролі псевдогормонів, що призводять до тяжких порушень у розвитку та функціонуванні нервової, репродуктивної, імунної систем організму, в інтелекті та поведінці як людей, так і тварин.

Ендокринні деструктори це забруднювачі навколишнього середовища, що впливають на ендокринну систему. До них відносять екзогенні речовини із нейрогуморальними властивостями (естрогенними, антиестрогенними, андрогенними, антиандрогенними, тиреоїдними та ін.). Вони навіть в низьких дозах можуть порушувати ендокринний гомеостаз. За сучасним тлумаченням ендокринні деструктори – це «агенти, які втручаються в продукування, зберігання, вивільнення, транспорт, зв'язування, дію чи елімінацію природних гормонів, відповідальних за гомеостаз та регулювання статеві диференціації».

В наш час вивчено близько 30 різних ефектів дії ендокринних деструкторів на людей та тварин. Науковці стверджують, що в результаті подальших досліджень це число буде зростати. Серед ефектів, які вже виявлені: зниження кількості сперматозоїдів і безпліддя; рак яєчка; рак передміхурової залози; крипторхізм; порушення розвитку сім'яників; передчасне статеве дозрівання, зокрема, ранній розвиток грудей у дівчаток; знижений біосинтез статевих гормонів; зміна співвідношення статей потомства за рахунок зменшення кількості хлопчиків; рак яєчників; рак молочної залози; інтерсексуальність; різноманітні відхилення в репродуктивності та соматичному розвитку (гіпоспації, мікропеніс); збільшення числа спонтанних викиднів, вроджених вад розвитку і мертвонароджень; порушення в імунній системі, що призводять до розвитку астми та діабету; захворювання щитоподібної залози; синдром виснаження організму; зниження пізнавальної функції; різні відхилення в поведінці і багато інших.

Найбільш суттєво, так звані, ендокринні деструктори, які містяться в побутовій хімії (фталати, бісфенол А), попадають до організму під час хар-

чування (фітоестрогени), попадають до організму із забрудненим повітрям та водою, погіршують репродуктивне здоров'я.

Ендокринні деструктори здебільшого порушують функціонування ендокринної системи трьома можливими шляхами: здійснюють біохімічні реакції в організмі подібні до дії природних гормонів типу естрогенів або тестостерону; блокують рецептори в клітинах-мішенях гормонів (рецептори гормонів), перешкоджаючи дії нормальних гормонів; впливають на синтез, транспорт, обмін речовин і виділення гормонів, змінюючи концентрації природних гормонів.

Дані щодо механізму негативного впливу ендокринних руйнівників на репродуктивне здоров'я стануть у нагоді студентам та викладачам і забезпечать знаннями, які допоможуть правильно користуватися багатьма надбаннями людства та забезпечать збереження репродуктивного потенціалу країни.

Висновки. Введення основ наукових знань відносно дії ендокринних деструкторів на репродуктивне здоров'я до програм навчання біологічних та медичних навчальних закладів буде сприяти інформованості молоді щодо збереження репродуктивного потенціалу є важливою складовою антидепопуляційних заходів суспільства, дозволить майбутнім фахівцям обачливо ставитися до свого здоров'я та буде сприяти превентивності екозаальної гіпофертильності.

Корильчук Н.І.

Тернопільський державний медичний університет імені

І.Я.Горбачевського

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У СТАВЛЕННІ ДО ОЖИРІННЯ

Серед українців працездатного віку ожиріння мають майже 30%, а надмірну масу тіла (передожиріння, ІМТ 25–30 кг/м²) має кожний четвертий українець. Основною причиною ожиріння є невідповідність надходження калорій і їх витрати, причому все це усугубляється низьким рівнем фізичної активності в побуті й на робочому місці. Метою дослідження було проаналізувати гендерні відмінності у ставленні до проблеми ожиріння.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 118 пацієнтів віком від 25 до 65 років. Серед обстежених 59 жінок (I гр.) та 59 чоловіків (II гр.). Надмірну вагу виявлено в 42,4%, ожиріння I ст. – 35,6%, ожиріння II ст. – 15,2%, ожиріння III ст. – 6,8%. Всі пацієнти підлягали досконалому вивченню анамнезу, аналізу опитувальників стосовно харчових традицій та рівня фізичної активності. Результати й обговорення. Бесіда з пацієнтами, збір скарг та досконалий аналіз анамнезу дав змогу встановити, що 10,2% опитаних пацієнти постійно тривожаться за свою масу тіла (серед них 8,5% жінок та 1,7% чоловіків). 89,8% опитаних пацієнтів, акцентують свою увагу на супутній патології. У результаті дослідження було встановлено, що має місце надмірне висококалорійне харчування та низька фізична активність в обох групах досліджень. 96,6% проходили лікування патології, як основної, не замислюючись, що основна патологія є наслідком надмірної ваги. Аналіз даних вказував, що 84,7% жінок здійснювали спроби зниження ваги (з них: 22,0% – використанням БАДів для схуднення, 20,0% – застосуванням дієт, 18,0% – збільшенням фізичної активності, 16,0% – застосуванням послаб-

люючих, сечогінних таблетованих середників та чаїв, 14,0% – поєднане використання різних засобів, 4,0% – шляхом голодування, 6,0% – консультувались з приводу ваги з лікарями), проте, робили це короткочасно, хаотично та безсистемно. Аналіз II групи показав, що 20,3% чоловіків здійснювали спроби зниження ваги (з них: 16,7% – використанням різних БАДів, 25,0% – застосуванням дієт, 33,3% – збільшенням фізичної активності, 25,0% – поєднане використання різних засобів, 0% – застосуванням послаблюючих, сечогінних таблетованих середників та чаїв, 0% – шляхом голодування, 0% – консультувались з приводу ваги з лікарями), виконували це відповідально, дотримуючись рекомендацій та інструкцій. З двома групами пацієнтів проведені індивідуальні бесіди з аналізом типології харчування (за щоденниками харчування, рівня фізичної активності та показниками каліперометрії, рівня гіперінсулінемії, гіперлептинемії, інсулінорезистентності. Після співбесід з рекомендаціями стосовно корекції харчового режиму та підвищення рівня фізичної активності, призначення медикаментозної терапії (метформінів, блокаторів ліпаз, екстракту гарцинії) вибірково, проведено спостереження за даними групами пацієнтів. У II групі пацієнтів після роз'яснень лікаря, щодо стану здоров'я кожного зокрема відмічено високий рівень відповідальності, щодо виконання рекомендацій лікаря. Так, за місячний, 2-х та 3-х-місячний терміни виявлено покращення загального стану пацієнтів, зменшення параметрів ваги та об'єму, зменшення гіперінсулінемії, гіперлептинемії та зменшення рівня інсулінорезистентності. З I групою виникали постійні проблеми: потрібні були частіші зустрічі з лікарем стосовно контролю призначеного лікування, 13,6% пацієнок, короткочасно витримали призначення лікаря, самостійно відмінивши медикаментозну терапію. 25,4% жінок недотримувались режиму збільшення фізичної активності. 47,4% пацієнок постійно самовільно змінювали режим та продукти харчування. Зменшення рівня інсуліну відмічено за тримісячний термін лише в 20,3%, інсулінорезистентність знизилася у 23,7%, рівень лептину опустився в 11,9%, показники каліперометрії не змінилися в жодній жінки. Отже, проведене дослідження показало низький рівень компетентності жінок та чоловіків стосовно ризику супутніх захворювань через проблему надмірної ваги. На всьому протязі дослідження спостерігаються гендерні відмінності у ставленні до патології ожиріння та його наслідків і потребують досконалого подальшого аналізу.

Кучерган Є.В.

*Криворізький педагогічний інститут
ДВНЗ «Криворізький національний університет»*

ВРАХУВАННЯ ГЕНДЕРНОГО ЧИННИКА В РОБОТІ КЛАСНОГО КЕРІВНИКА: ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИЙ АСПЕКТ

Класний керівник відповідає майже “за все”: веде документацію (класний журнал, особові справи учнів, план виховної роботи, протоколи батьківських зборів, щоденник роботи з “важкими дітьми”, матеріали щодо запобігання дитячому травматизму, літопис класних справ та ін.), щоденно організовує харчування та чергування у класі, контролює зовнішній вигляд учнів, здійснює з ними індивідуальну роботу; щотижня перевіряє щоденни-

ки, працює з батьками, вчителями-предметниками тощо. Робота класного керівника практично розписана за днями, тижнями, місяцями, семестрами. Саме на класного керівника покладається виховна робота, яка проводиться за такими напрямками: правове виховання, родинне виховання, національно-патріотичне виховання, трудове виховання, естетичне виховання, морально-етичне виховання, екологічне виховання, формування здорового способу життя, розвиток пізнавальної активності тощо. Сталий перелік напрямів виховної роботи засвідчує відсутність виховання гендерного. А звернення до тематики виховних заходів із формування здорового способу життя (серед яких – «Всесвітній день боротьби зі СНІДом», «Новорічне свято – радість чи небезпека?», «Як зберегти здоров'я підлітка», «Зимові травми та їх попередження», «Весняні повені та їх небезпека», «Вплив фізичних вправ на розвиток людини», «Попередження дитячого травматизму», «Інструктаж з техніки безпеки на літніх канікулах» тощо), переконує у зосередженні уваги класного керівника/керівниці на превентивних діях із питань збереження учнівського фізичного здоров'я.

З огляду на необхідність введення гендерної складової до всіх напрямів виховної роботи класного керівника із учнівським колективом, що на сьогодні має своє втілення в класних годинах «Уроку гендерної рівності» (де вони ще проводяться), вважаємо за необхідно окреслити низку напрямів, де вже сьогодні слід звертати увагу на гендерний чинник, задля здоров'язбереження (і фізичного, і психічного) учнів та учениць.

На нашу думку, класному керівникові/керівниці задля створення гендерно-комфортного навчального середовища необхідно уважно поставитися до такої роботи:

- створення атмосфери дружнього спілкування учнів та учениць між собою шляхом обопільного залучення і тих, і тих до різного виду робіт (випуск стіннівок, прибирання у класі, чергування та ін.);

- урахування особливостей психофізіологічного розвитку не лише дівчат, а і хлопців (особливо при виконанні робіт, пов'язаних із фізичним навантаженням);

- відмова від підкреслення переваги одних над іншими: дівчат як більш старанних і хлопців як більш сильних та ін.; уникнення будь-яких посилань на статеві відмінності та обмеження і тих, і тих у навчанні та життєвому призначенні;

- категорична відмова від заходів на кшталт «Хлопці не повинні ображати дівчат», замінивши їх заходами на тему (приблизну) «Чому не можна ображати людей?»;

- обов'язкове врахування і жіночого, і чоловічого досвіду як рівного та партнерського при проведенні всіх без виключення виховних заходів;

- відмова від статево-рольової профорієнтаційної роботи та визначення можливості максимальної самореалізації учнів та учениць у своєму майбутньому професійному виборі.

Обмеження публікації дає можливість лише «заявити» проблему, вирішення якої потребує детальної та всебічної розробки. Втім переконані, що попри усталеність тези – «стать впливає на самопочуття» вже в учнівському віці (про що, до речі, написано велику кількість наукових робіт), запобігти значній кількості учнівських захворювань, які викликані чи розвиваються

внаслідок психоемоційного напруження, можливо шляхом запровадження гендерного підходу до роботи класного керівника із учнівським колективом.

*Лазуренко В.В.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ ТА ПРОБЛЕМА ВІДПОВІДАЛЬНОГО БАТЬКІВСТВА В УКРАЇНІ

Гендерні стереотипи на сучасному етапі розвитку стали актуальною проблемою різних сфер життя українського суспільства, зокрема, медицини. Психологічні та соціальні функції гендерних стереотипів підтримують уявлення про чоловічий егоїзм і бездушність в порівнянні з жіночою дбайливістю та милосердям.

Метою дослідження стало визначення гендерної поведінки чоловіків, які приймали участь у партнерських пологах, в залежності від їх відвідування Школи відповідального батьківства (ШВБ) в жіночих консультаціях, де проводилося спостереження за їх дружинами.

Під нашим наглядом знаходилось 56 подружніх пар, з яких 30 (53,6%) відвідували ШВБ, а 26 (46,4%) – не використали надану можливість. У всіх пар партнерські пологи мали фізіологічний плин та проводилися через природні пологові шляхи.

В результаті проведеного дослідження було визначено, що гендерні стереотипи було порушено в першій групі в 23 (93,4%) випадках, в другій – в 18 (69,2%), що вказує як на високу ефективність ШВБ, так і на той факт – якщо чоловік прийняв рішення допомагати жінці в пологах, то він буде проявляти «нехарактерні для його статі» якості характеру. Також порушення гендерних стереотипів у чоловіків залежало від їх освіти, виховання, сімейного оточення, культурного рівня.

Таким чином, гендерні стереотипи в Україні претерпівають позитивні зміни, які якісним образом висвітлюються в акушерській практиці, що сприяє фізіологічному перебігу пологів та підвищенню відповідальності батьків за дітей та родину.

*Лебединская И.В.
Інститут педагогіки НАПН України, м. Київ*

ГЕНДЕРНЫЕ ПРАКТИКИ ЛИЧНОСТНОГО САМОПРОЕКТИРОВАНИЯ

Термин проект в современном научном дискурсе употребляется в достаточно широком диапазоне – от определения в прикладной психологии как метода преобразования исходного объекта до эталонного значения к интерпретации проекта как объективированной субъективности, результатом которой является новая реальность обладающая собственным значением, в экзистенциальном психоанализе Ж.П.Сартра.

Французское слов projet, к которому апеллирует Ж.П.Сартр (Ж.П.Сартр является ключевой фигурой в разработке философской теории проекта в западной культурной практике), происходит от латинского pro-jicere, обо-

значающего "бросать вперед", "удерживать впереди". Этимология французского слова отражает главную тональность феномена проектирования, с чем фактически соглашается и П.Рикер, когда определяет проект "как мое стремление достичь какой-нибудь цели, стремление, в котором будущее присутствует иначе, нежели простое ожидание".

Интересным представляется то, что в работе "Проблемы метода", Ж.П.Сартр к полю инструментальных возможностей личного самопроектирования относит биографический дискурс. Чтобы определить ресурсный потенциал биографического дискурса, ученый попытался в кантовской терминологии реконструировать известное выражение Флобера "Эмма Бовари – это я", поставив вопрос о возможных путях феминизации личного опыта. С точки зрения Ж.П.Сартра определяющим фактором конструирования феминного опыта Флобера было его рентное существование, послушность и зависимость, то есть все те характеристики, которые, например, в классической психологии, традиционно определялись как феминные [2].

В контексте современной нарративной психологии это наблюдение Ж.П.Сартра можно было бы проинтерпретировать как гендерную практику построения художественного произведения, в которой Флобер разыгрывает как минимум две стратегии конструирования нарративной структуры текста – Я и Я – как другой. Подобная авторская стратегия позволяет реструктурировать личностную индивидуальность путем так называемого гендерного сдвига, который изначально разыгрывался как художественная форма, как стратегия построения художественного текста, становясь в последствии бытийной гендерной практикой культурного существования человека.

Но удивительным для Ж.П.Сартра было то, что современники восприняли замаскированную исповедь "Нормандского богатыря", эту игру "несчастливого ряженого мужчины" как реализм, что и дало основание Ж.П.Сартру определить человека как проект, как постоянную потерю равновесия, отрывание себя от самого себя всеми доступными силами, то есть как экзистенцию.

Эту же гендерную практику можно проинтерпретировать и в терминах П.Бурдьё. В работе "Социальное пространство: поля и практики" П.Бурдьё высказал мысль о том, что "мужское господство гарантировано настолько надежно, что у него даже нет необходимости искать себе оправдания. Ему достаточно быть и казаться на практике и в дискурсе, который утверждает бытие как очевидность, чтобы это бытие соответствовало сказанному" [1, с.292].

Литература

1. Бурдьё П. Социальное пространство : Поля и практики / П. Бурдьё; [Пер. с фр. Н. А. Шматко]. – М. : Ин-т эксперимент. социологии; СПб. : Алетейя, 2005. – 576 с.
2. Сартр Ж. П. Проблемы метода / Ж. П. Сартр; [Пер. с фр. В. П. Гайдамака]. – М. : Прогресс, 1993. – 240 с.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ НА РЕКРЕАЦІЙНИХ ВОДОЙМАХ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ НАТУРНОГО ГІГІЄНИЧНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ

В Харківському національному медичному університеті у 2014 році спільно та Українського НДІ екологічних проблем з залученням фахівців ГУ «Держсанепідслужби в Харківській області» виконано науково-дослідну роботу (НДР) за замовленням МОЗ України щодо проблем оптимізації умов використання рекреаційних водойм з метою оздоровлення та масового відпочинку населення (науковий керівник професор М.Г. Щербань).

Слід зазначити, що в методичних рекомендаціях МОЗ України особливу увагу слід приділити покращанню умов оздоровлення матері та дитини. В оздоровленні дітей в умовах позаміських закладів обов'язковим компонентом є проведення загартовуючих процедур, у т.ч. з використанням рекреаційних водойм.

Фахівцями Держсанепідслужби та науковцями проведений натурний санітарний експеримент на базі дитячих оздоровчих закладів Харківської області, головною метою якого стало визначення та гігієнічна оцінка ефективності оздоровлення дітей на основі використання рекреаційних водойм.

На водних рекреаціях позаміських дитячих оздоровчих закладів області функціонує 15 пляжів, розміщених відповідно до вимог ГОСТ №17.1.5.02.80 «Гигиенические требования к зонам рекреации водных объектов». Питома вага закладів, які мають пляжі, у 2014 році становила 62,5%, та має тенденцію до щорічного зростання у зв'язку зі зменшенням загальної кількості закладів (2012 рік – 41,7%).

Аналіз та оцінка ефективності оздоровлення дітей здійснювались за матеріалами звітів лікарів дитячих оздоровчих закладів. Звіти лікарів дитячих оздоровчих закладів складались згідно вимог методичних рекомендацій, розроблених вченими Харківської медичної академії післядипломної освіти спільно з фахівцями ГУ «Держсанепідслужби в Харківській області». Завдяки цьому звіти містили всю необхідну інформацію в динаміці оздоровлення дітей в дитячих закладах віком 12–14 років з урахуванням гендерних особливостей показників, зокрема, реєструвались наступні результати досліджень:

- фізичного розвитку;
- функціонального стану організму дітей;
- рівня фізичної підготовленості;
- часу перебування на відкритому повітрі, рухової активності;
- стану раціонального харчування; використання методу чергування різних видів діяльності;
- використання загартовуючих процедур;
- врахування тривалості перебування дітей в оздоровчому закладі та інш.).

На основі системного аналізу та оцінки кожного вищезазначеного показника в динаміці «до» і «після» оздоровчого сезону та врахування комплексного впливу оздоровчих факторів встановлено, що у позаміських ди-

тячих оздоровчих закладах, в яких були відсутні рекреаційні водойми і водний фактор не використовувався для оздоровлення, значний та виразний оздоровчий ефект реєструвався у 55–72% дітей, незначний оздоровчий ефект реєструвався у 28–45% дітей. В закладах, у яких для оздоровлення дітей використовувались рекреаційні водойми, значний та виразний оздоровчий ефект реєструвався у 81–90% дітей, незначний оздоровчий ефект реєструвався тільки у 10–19% дітей.

Результати натурного санітарного експерименту включено до еколого-гігієнічної концепції оптимізації системи оздоровлення та масового відпочинку населення Харківської області на рекреаційних водоймах.

Малахова Д. А.

Коммунальное учреждение

«Областная специализированная школа-интернат

II–III ступеней «Одаренность» Харьковского областного совета»

**«НО ТЫ ЖЕ ДЕВОЧКА!» И «НУ ОН ЖЕ МАЛЬЧИК...»
КАК ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОТВЕТСТВЕННОГО /
БЕЗОТВЕТСТВЕННОГО ОТНОШЕНИЯ
К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ
(на материалах опроса школьниц и школьников 13–15 лет)**

С детства мы следуем воспитательным установкам своих родителей, и только в подростковом возрасте можем их осознать и переосмыслить. Делают это далеко не все, и 13–16 лет – именно тот возраст, когда и происходит осмысление, анализ и, возможно, коррекция поведенческих установок, дети пытаются понять и выбрать – что же и зачем они делают.

Основная проблема формирования ответственного / безответственного отношения детей к своему здоровью и здоровому образу жизни в гендерном аспекте связана с явлением гендерной поляризации – формированием идентичностей людей как двух противоположных групп «девочек/женщин» и «мальчиков/мужчин», с противопоставляемыми чертами характера, физическими характеристиками, социальными ролями и жизненными сценариями [1]. И семья, и школа, и язык, и культурно-социальная среда являются институциями власти дискурса (термин Мишеля Фуко) или дискурсивной власти – невертикальной власти, не принадлежащей конкретной личности, рассеянной в обществе, горизонтальной, незаметной.

Именно следствием влияния упомянутых институций дискурсивной власти есть стереотипное воспитание мальчиков и девочек в концепции *полового диморфизма*, точнее *полоролевой поляризации*. Незаметно (и даже как бы естественно и единственно возможно!), но настойчиво у детей формируются различные представления о нормальном (правильном) способе жизни, что впоследствии оказывает негативное влияние на их здоровье и вообще представление о здоровом образе жизни.

Так какие же именно стереотипы влияют на наше отношение к здоровью в будущем? Ниже приведем лишь несколько распространенных примеров, отобранных, в том числе, на основе личных наблюдений.

1. Во время прогулки и/или игр на улице, если запачкался мальчик, на это не обращают особого внимания. Это нормально: *«Потом отмоем, по-*

стираем. Ну, он же мальчик...». Если же девочка бегала, веселилась и оставила пару пятен или грязь на одежде, все очень удивляются и возмущаются: «Ну как это так?! Ты же девочка!».

2. При неряшливости мальчика (ногти, волосы, кожа), ему просто иногда делают замечание, понимая аргументируя, что при его подвижности и тяге к познанию мира сложно выглядеть опрятно: «Он же мальчик...». Точно в такой же ситуации девочка будет выглядеть ужасно неопрятной, её тут же обвинят в безответственном отношении к своей внешности, не уставая напоминать, что она *всегда должны* следить за собой: «Ты же девочка!».

3. Детство любого ребёнка наполнено выбором кружков, занятий. И именно тогда в большинстве случаев мальчику предлагают (или ставят перед фактом) идти на спортивные секции, ибо «ты же будущий мужчина», а девочкам всё что угодно, только не на разные виды борьбы, ведь «девочка должна быть женственной». Отметим два важных момента: 1) быть мужественным, настоящим мужчиной от мальчика ожидается в *будущем*, но быть женственной от девочки требуются *всегда, в любом возрасте*; 2) хотя при выборе спортивных занятий основной целью родителей вроде бы является забота о здоровье ребенка, на самом деле, не задумываясь над истинной пользой для общего здоровья ребенка, чаще всего мальчиков нацеливают на развитие вообще спортивности, силы, ловкости, а девочек – преимущественно лишь на формирование красивого тела.

Утверждения	девочки		мальчики	
	да, %	нет, %	да, %	нет, %
Если я буду сидеть на чем-то холодном, это не повлияет на моё репродуктивное здоровье	8,7	86,9	23,5	58,8
Я думаю, моя кожа не нуждается в уходе и не требует специальных масок, кремов, протираний и умываний	26	52,1	64,7	29,4
Курящий мужчина не вызывает у меня отвращения, в отличие от курящей девушки	34,8	56,5	76,4	11,8
В моём возрасте нельзя поднимать тяжелое	82,6	8,7	35,3	58,8
Рискованное поведение (драки, лазить по деревьям, быстрая езда) нормально для меня	39,1	47,8	64,7	29,4
Принимать душ можно не каждый день	0	100	58,8	41,2
Чистить зубы ежедневно не обязательно	0	100	23,5	76,5
Плакать для меня позорно	47,8	26,1	88,2	0
Чтобы не навредить своему здоровью, сексуальные отношения надо начинать после 16 лет	78,3	17,4	58,8	41,2

Мы решили исследовать эти и некоторые другие стереотипные в аспекте гендерной поляризации воспитательные установки посредством социологического опроса. В анонимном опросе приняли участие 23 респондентки и 17 респондентов в возрасте 13–15 лет (8-й и 9-й класс), которым было предложено согласиться или не согласиться с 16-тью утверждениями относительно их здоровья и здорового образа жизни.

Ниже приводим процент согласия/несогласия с утверждениями, в ответах на которые мнения мальчиков и девочек наиболее отличаются. Отличий в ответах по возрастному критерию не выявлено. В приведенной сокращенной таблице не учитываются ответы «трудно ответить».

Проанализировав полученные данные, мы пришли к следующим выводам: 1) из-за стереотипного воспитания у мальчиков формируется менее ответственное отношение к своему здоровью; 2) в мировоззрении мальчиков для них приемлем менее здоровый, более рискованный образ жизни; 3) мировоззрению девочек частично присущи стремления, обычно ассоциирующиеся с поведением и образом жизни мальчиков, что подтверждает презентуемый гендерной теорией факт о том, что под давлением гендерной поляризации и в условиях неравенства для женщин быть в чем-то похожими на мужчин – престижно, для мужчин же в чем-то походить на женщин – позорно, унизительно.

Література

1. Гендер для медій // М. Маєрчик, Л. Малес, Т. Марценюк, О. Плахотнік, О. Приходько, О. Синчак та С. Шимко. – Київ: Критика, 2013. 2. Фуко М. Надзирати і наказувати. Рождение тюрьмы / Пер. с фр. В. Наумова. – М.: Ad Marginem.

Малахова О.А.

ХНПУ імені Г.С. Сковороди

ГЕНДЕРНОЧУТЛИВА МОВА ЯК ІНСТРУМЕНТ ДЕКОНСТРУКЦІЇ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ ТА ДИСКУРСИВНОЇ ВЛАДИ ПАТРІАРХАТУ

Реалізація ідей гендерної рівності та деконструкції дискурсивних влад патріархату неможлива без використання такої мови, яка б була позбавлена андроцентризму, сексизму, гендерних стереотипів та будь-яких інших експліцитних чи імпліцитних дискримінаційних практик – гендерночутливої. І перший крок на цьому шляху – користуватись наявними мовними ресурсами зробити жінку "видимою" в усіх сферах, і українська мова в цьому плані є надзвичайно багатою і гнучкою та надає широке коло можливостей [1].

Використання наявних фемінітивів. В одинадцятитомному тлумачно-му словнику української мови [2] зафіксовано 4540 назв осіб чоловічої і жіночої статі, 34,1 % (1548, тобто 774 пари) з них – з однаковим лексичним значенням і можуть бути використані в однаковому контексті (студент / студентка, аспірант / аспірантка, експерт / експертка). Варто лише частіше їх уживати, це аж ніяк не суперечить нормі української мови, оскільки мовна норма – явище не статичне, а динамічне, покликане відповідати вимогам часу.

Утворення фемінітивів. Найбіднішими на фемінітиви є суспільна й військова сфери, оскільки жінки тривалий час не мали доступу до них. Проте світ змінюється, і українська мова має ресурс відбивати ці зміни - понад 14 продуктивних суфіксів можуть утворювати нові назви осіб жіночої статі,

у тому числі й за родом діяльності (психологиня, директорка, керівниця, агентеса та ін.), варто уникати штучного нав'язування переваги прикладкової моделі творення назв жінок: замість жінка-майстер можна сказати майстриня тощо.

Використання одночасно паралельних форм і жіночого, і чоловічого роду. Хоча постійне використання такого прийому переобтяжує текст, виважене та стримане уживання його часто стає у нагоді. На письмі крім повного формату – автори й авторки – можливі інші форми: журналіт(ки), біженців/ок, мешканці/-ки, студенток/-ів. З кількох лінгвістичних причин ми надаємо перевагу останньому варіанту, проте всі ці форми перебувають ще в процесі усталення, доцільно лише протягом одного тексту витримувати якийсь один варіант скороченого запису.

Використання збірних іменників та описових конструкцій на позначення множини осіб, серед яких є і жінки, і чоловіки (замість традиційного андроцентризму – використання в цьому випадку форми множини чоловічого роду): студентство (замість студенти), аспірантство (замість аспіранти), читацьке / глядацьке коло, читацька / глядацька аудиторія (замість читачі / глядачі), журналістська / медійна спільнота (замість журналісти) та інші.

Уникнення мовного сексизму. Цей аспект гендерночутливої мови чи не найбільше висвітлений сьогодні в наукових та публіцистичних працях, тому обмежимося лише прикладами. Висловлення на кшталт "жінки розумніші за чоловіків" чи "чоловіки розумніші за жінок", "керівні посади – не для жінок", "та хіба він справиться з дитиною!" є сексистськими, тобто дискримінаційними по відношенню до жінок чи чоловіків, їх варто уникати в усіх стилях мовлення.

У кожній окремій галузі як науки, так і людського життя, безумовно, процеси відображення в мові зрушень у суспільному світогляді та соціокультурній парадигмі продовжуватимуться, а тому потребуватимуть обов'язкової пильної, виваженої, вдумливої співпраці фахівців і фахівчинь цих галузей із лінгвістками й лінгвістами.

Література

1. Гендер для медій // М. Маєрчик, Л. Малес, Т. Марценюк, О. Плахотнік, О. Приходько, О. Синчак та С. Шимко. – Київ: Критика, 2013. 2. Словник української мови, т.т. 1–11, Київ: "Наукова думка", 1970 – 1980.

Марковський В.Д.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНИЙ КОНТЕКСТ СПРИЙНЯТТЯ ЛЮДСЬКОГО ТІЛА

Що таке тіло? Як змінюються уявлення про тіло? Як ми розуміємо наше тіло, як ми ставимося до нього? Подібні питання стали популярними, коли набрали обертів дискусії про в гендерний конструктивізм, який мав на меті спростувати біологічну зумовленість дискримінації жінок у суспільстві. Безумовно, важко заперечити їх актуальність, разом з тим, слід пам'ятати, що у цій дискусії можна схибити, впавши в іншу крайність. Філософські та феміністські теорії останніх років зробили важливі заяви про соціокультурний вплив на розвиток людської тілесності, а також культурної репрезентації тіла. Але тіло, яке з'являється в цій новій теорії, здається, за іронією долі, подекуди губить свої характеристики плоти й перетворюється на конструкт.

Соціальний конструктивізм відіграв позитивну роль, привернувши увагу до практик турботи про тіло, до вивчення політик тілесності, що не лише впливають на перспективи розвитку медицини, а й в цілому суттєво зумовлюють науковий дискурс. Книга французького філософа Мішеля Фуко стала культовою для сучасних інтелектуалів. В ній показано, як, починаючи з вісімнадцятого століття, медичні практики контролю за тілесністю ввійшли в сітку соціального контролю як такого.

У 80-ті роки минулого століття спостерігалось посилення спротиву загальнозначущим культурними нормам. Насамперед це стосується поширення бодібілдингу, а також всіляких дієт, дотримання яких не було викликано медичною необхідністю. Якщо деякі культурні практики можна розглядати як нормативні (наприклад, дієта для схуднення з метою відповідати «ідеалу фемінності»), то інші можна інтерпретувати як такі, що зламують соціальну норму (так, інтенсивне нарощування м'яз під час жіночого бодібілдингу слід розуміти як бажання вийти за межі традиційних норм сприйняття жіночої фігури, як зміну традиційної норми).

Погоджуючись з феміністичними висновками щодо соціокультурного конструювання гендерних норм, не слід забувати, що на цьому шляху дуже легко загубити досвід тілесного людського існування, з котрим протягом тисячоліть ідентифікувалася людська культура. Виникає питання: яку гендерну інформацію ми зчитуємо, спостерігаючи, у одному випадку – надмірно напружені жіночі м'язи, а у іншому – впалий від голодування живіт? Тут тіло представлено як пасивний реципієнт культурної практики, що має банальну назву – мода.

Отже, висновок може бути таким. Дискримінація жінок, що відбувалася тисячоліттями, дійсно, спиралася на протиставлення чоловічої та жіночої тілесності, бо саме чоловіче тіло сприймалося як еталон людини. Сьогодні виправлення історичної несправедливості зовсім не вимагає від нас впадати в іншу крайність. У вихорі соціального конструктивізму ми можемо втратити адекватність своєї біологічної присутності у цьому світі. У гендерній проблематиці доречно враховувати як біологічну основу, так й соціальні контексти її репрезентації, які мають бути позбавлені дискримінації за ознакою статі.

*Мороз А.Ю.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНАЯ МЕДИЦИНА: РАЗДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПО ПОЛОВОМУ ПРИЗНАКУ

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.

Женщина. Мужчина. Два полюса, две половинки одного целого. Мы принадлежим к одному биологическому виду – homo sapiens. У нас много общего. Есть сердце, сосуды, нервы, руки и ноги. Есть, конечно, и отличия, называемые "половыми, гендерными признаками". И все же... Мы куда более разные, чем кажемся на первый взгляд. И дело не только в психологии (помните – мужчины с Марса, женщины – с Венеры), но и в медицинс-

ких аспектах. Сегодня термин "гендерная медицина" только приживается в сознании врачей.

Итальянские медики пришли к выводу, что существуют различия между мужчинами и женщинами в отношении сердечно-сосудистых заболеваний, рака, заболеваний печени, остеопороза и в области фармакологии. По мнению специалистов, если обращать внимание на гендерные различия в лечении, это позволит успешнее бороться с болезнями.

До сих пор было очень мало известно о гендерных различиях в заболеваниях, особенно когда дело касается симптомов. Медицинские исследования, проведенные в последние 40 лет, были сосредоточены в основном на пациентах мужского пола, поэтому все полученные данные о болезнях касаются по большей части мужчин, а затем те же самые лекарственные препараты в аналогичных дозах назначались женщинам. Это абсурд, – считают гендерные медики: прекрасный пол совсем иначе реагирует на лекарства! Во-первых, это обусловлено разницей в системе пищеварения – у мужчин оно вдвое быстрее, поэтому и еда, и "пилюли" усваиваются ими иначе. Во-вторых, женский организм цикличен – как в пределах месяца, так и в течении года. И потом, эстроген сильнее защищает женщин от простудных инфекций вроде ангины или бронхита, а так же сахарного диабета, ревматоидного артрита, рассеянного склероза и так далее. А благодаря способности к материнству и лактации их иммунная система просто обязана работать в режиме "нон-стоп".

Симптомы сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин и женщин проявляются по-разному. В то время как у мужчин сердечный приступ характеризуется тяжестью в грудной клетке и болью в левой руке, у женщин он проявляется в виде тошноты и болей внизу живота. И хотя сердечный приступ у женщин приводит к более тяжелым последствиям, из-за специфических симптомов его сложнее диагностировать.

Рак толстой кишки является второй по распространенности формой рака у людей обоих полов. Тем не менее женщины страдают этой болезнью в более позднем возрасте и лучше реагируют на химиотерапию. Кроме того, пол пациента влияет на скорость реакции на химиотерапию при лечении рака легких и рака кожи. Таким образом, гендерный фактор влияет на течение заболевания и на шансы пациента на выживание в целом.

Заболеванию, известному как первичный билиарный цирроз печени, в первую очередь подвержены женщины, добавляют авторы исследования. Основным фактором риска здесь становятся различные уровни гормонов у женщин. Такой же вывод медики сделали и относительно остеопороза.

С другой стороны, так как обычно от остеопороза страдают женщины, его часто упускают из вида у мужчин, что влечет за собой высокий уровень смертности среди них.

Так же общеизвестно, что в среднем у женщин лучше развита речь. Психологи утверждают, что для нормального самоощущения женщине нужно выговаривать 21000 слов в день, мужчине же достаточно в три раза меньше. Во время речи у мужчины активировано только левое полушарие, а у женщин – оба. Такая анатомическая особенность имеет клиническое значение. Афазии встречаются у мужчин в три раза чаще, чем у женщин. Вероятно, это связано с тем, что у женщин, при поражении левого полушария сохраняется компенсаторная возможность правого полушария.

Кроме этого, исследователи изучили различия влияния препаратов на мужчин и женщин. Были проведены испытания на предмет различия в действии, побочных эффектов препаратов, связанные с различными типами строения тела, изменения временной реакции организма в поглощении препарата, и его выведения из организма. Это очень важно, так как благодаря этим различиям, врач может правильно рассчитывать дозировку препарата, для эффективного, быстрого и безопасного лечения пациента.

Вывод исследования заключается в том, что необходимо проводить дополнительные изучения и клинические исследования этого вопроса, чтобы установить фундаментальные неравенства между мужчинами и женщинами с целью эффективного и своевременного диагностирования и лечения различных заболеваний.

Развитие гендерной медицины должно вылиться в сугубо индивидуальную терапию для каждого конкретного больного.

*Набатян Н.
ХНУСА*

ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО В АРМЕНИИ: МИФ ИЛИ СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ?

На данный момент в мире остро стоит вопрос гендерного равенства полов. Женщины пытаются всеми возможными способами добиться равноправия с мужчинами и в последнее время видны результаты. По мнению многих исследователей, армянские женщины не видят необходимости в полном равноправии мужчины и женщины в семье. Это обуславливается тем, что во времена СССР женщины имели такие же права на учёбу, работу, отдых и многое другое, как и мужчины. В этом и кроется причина того, что данные права на Западе ценятся гораздо больше. Армяне один из древнейших народов, в быту которых остались немного видоизменённые обычаи предков.

Рассматривая отношения между мужчиной и женщиной можно наблюдать чёткое распределение обязанностей: мужчина кормилец и защитник, женщина хранительница очага и в первую очередь мать. В обществе давно сформирован патриархат, но существует и скрытый матриархат. Все основные решения принимаются и утверждаются женщиной. Конечно, мужчина этого никогда не признает, потому что женщины делают это умело, очень хитро.

Никто не сможет даже стол поставить на другое место, если женщина не дала на это согласие. О существовании матриархата в семействе известно лишь очень узкому кругу семьи, зачастую известно лишь в самой семье, потому что для армянского мужчины важна его честь и достоинство.

Да что уж тут говорить, если в Армении по-прежнему сохранился обычай похищения невесты. Суть обычая в том, чтобы похитить девушку и принудить к половой связи – считается, что после этого она по факту принадлежит "храброму молодцу". Уголовное наказание хоть и предусмотрено, но редко, кто подает в суд – обычай, знаете ли, традиция.

Если девушка не хранит свою невинность, то эта девушка считается испорченной и скорее всего она выйдет замуж последней. Поэтому после кражи мужчина лишает её невинности и она уже его. Она выходит за него замуж и чаще всего не разводится, потому что у армян не принято разводиться и в случае развода семья девушки её больше не примет.

В армянских отношениях не обходится и без скандалов и чаще всего это провоцирует мужская ревность. Почему же из таких мужественных и достойных восхищения мужчин мы превращаемся в то что отпугивает женщину? А дело вот в чем, все нами указанные плюсы переворачиваются в злость и нетерпимость, когда задеваются чувства и достоинства армянских мужчин. Для раскрытия скобок, отмечу, что самым важным нашим достоинством и уязвимостью являетесь вы женщины. И неважно кто-то со стороны нас обижает или мы сами делаем что-то не так в их глазах. Мужчины смотрят на это просто как опасность для самого дорогого в их жизни. И тут уже не каждый дает себе время принять правильную меру для защиты своего сокровища.

Девушка обязана вести себя достойно. На улице если она смотрит парню в глаза или улыбается ему, то это сразу знак к тому, что она готова познакомиться. Самый действенный способ избавиться от нежелательных ухаживаний – это сказать, что у вас есть жених или муж. Армяне уважают других мужчин, и часто наличие мужа (реального или вымышленного) их пылкие ухаживания прекращает.

Девушка в компании парня всегда под его защитой. Если кто-то решит сделать замечание девушке (например, попросит слезть с памятника или не фотографировать в музее), то он в первую очередь скажет это парню, что б он донёс эту информацию до девушки. Если этого не сделать, то такое поведение воспринимается как игнорирование авторитета мужчины. Это, в свою очередь, является оскорблением, заслуживающим как минимум драки.

Таким образом, армянские женщины хоть и находятся под контролем и определённым рядом культурных и общественных ограничений, но они ценятся выше всего и пользуются чрезмерным уважением.

Нестеренко В.Г.

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ И СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Актуальность темы: сегодня здоровье большинства людей страдает от наличия вредных привычек. Эти проблемы не появляются сами по себе; во многих случаях они возникают от подражания другим, социальной неопределенности, психической и эмоциональной неуравновешенности.

Младшие школьники очень внимательны и склонны к подражанию действий взрослых как положительных, так и отрицательных. Некоторые поступки уже прочно вошли в привычку, а другие носят пока еще единичный характер.

Привязанность к вредным привычкам у каждого человека различается по времени привыкания. Наиболее быстрое привыкание к воздействию вредных привычек (курению, алкоголизму, употреблению наркотиков) отмечается в организме детей, так как их психика полностью не сформирована и быстро реагирует на внешние воздействия.

Семейная профилактика вредных привычек у детей сводится к формированию у них свойств и качеств, обеспечивающих успешную социальную адаптацию к окружающей среде.

Вредные привычки сами собой не появляются, они на начальных стадиях имеют объективно обоснованный характер и причинно-следственную связь. Медики в первую очередь ссылаются на генную передачу вредных привычек из поколения в поколение. Да, это так, но не всегда у неблагополучных семей рождаются дети, употребляющие алкоголь, имеющие пристрастие к курению и употреблению наркотических веществ. Только в 50% случаев информация о вредных привычках заложена в генах, а остальное зависит от того воспитания ребенка, которое он получает в своей семье, учебном заведении.

Социальный статус родителей играет существенную роль в полноценном воспитании ребенка, но также нередки случаи, когда именно в социально-благополучных семьях подростки становятся наркоманами, алкоголиками и несовершеннолетними преступниками. Авторитет родителей – это высокая значимость и признание личных качеств и жизненного опыта отца и матери в глазах детей и основанная на этом сила родительского влияния на их поступки и поведение: послушание и выполнение детьми указаний или советов родителей, осуществляемые первыми ими не из страха перед ними или материальной заинтересованности, а признавая их справедливость и целесообразность. Главная задача родителей – ориентировать ребенка на здоровый образ жизни.

Здоровый образ жизни – это поведение, стиль жизни, способствующий сохранению, укреплению и восстановлению здоровья. Научить ребенка бережно относиться к своему здоровью, строить гармонично свои отношения с окружающим миром – важнейшая задача родителей. Основу формирования навыков здорового образа жизни закладывают родители. Именно они определяют его отношение к своему здоровью, тем ценностям, которые обуславливают его поведение, подают пример для подражания и могут вовремя предотвратить развитие пристрастия к вредным привычкам.

*Огнева Л.Г., Николаева О.В.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В МЕДИЦИНЕ И ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА РЕАКТИВНОСТЬ

Женщина. Мужчина. Мы принадлежим к одному биологическому виду – homo sapiens. У нас много общего. Есть сердце, сосуды, нервы, руки и ноги.

Есть, конечно, и отличия, называемые "половыми, гендерными признаками". И все же... Мы куда более разные, чем кажемся на первый взгляд. И дело не только в психологии (помните, – мужчины с Марса, женщины – с Венеры), но и в медицинских аспектах. Гендерспецифические особенности это различия в течении заболеваний у мужчин и женщин, что например, связано с реактивностью – свойством организма отвечать изменением жизнедеятельности на воздействия факторов внутренней и окружающей среды. Мужчины менее устойчивы к ряду неблагоприятных воздействий, чем женщины.

Реактивность женского организма определяется генотипом (XX), который формирует анатомофизиологические особенности, состояние гормонального статуса. вторая X хромосома обладает протекторными свойствами

ми: даже во внутриутробном развитии гибель мужских плодов больше. В настоящее время разрыв в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами составляет в большинстве экономически развитых стран от шести до восьми лет. Женщины живут дольше, но хуже мужчин. Потому что они чаще страдают от хронических заболеваний и функциональных расстройств. То есть качество женской жизни с точки зрения здоровья ниже мужского бытия.

Особенности нервной регуляции у женщин определяют лучшую интеграцию между полушариями головного мозга (количество нейронов, отвечающих за интеграцию деятельности обоих полушарий на 23% больше, чем у мужчин) у женщин редко утрачивается способность говорить при инсультах. Женщины более эмоциональны (зона мозга, отвечающая за эмоции в 8 раз больше, чем у мужчин) чаще развивается депрессия. Женщины превосходят мужчин по скорости восприятия, в счете, скорости рук, обладают лучшим ораторским искусством. Беременность, лактация, ежемесячное циклическое изменение секреции всех гормонов приводит к напряженности работы эндокринной системы у женщин чаще развиваются эндокринные заболевания (тиреотоксикоз в 10 раз чаще у женщин, чем у мужчин).

Напряженность в работе эндокринной системы, тренированность системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники обеспечивает высокую адаптацию организма женщины к гипоксии и в целом при болезнях. Женщины более резистентны к холоду, голоду, кровопотере. В связи с постоянными кровопотерями у женщин часто развивается железодефицитная анемия.

Реактивность мужского организма определяется генотипом (XY), на основе которого формируются анатомофизиологические особенности. Мужчины лучше ориентируются в пространстве, превосходят в скорости передвижения, координации, имеют математический склад ума. Мужчины менее устойчивы к действию стрессоров: у мужчин раньше развиваются болезни адаптации атеросклероз, ИБС, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка. Мужчины более резистентны к действию наркотиков.

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

Имеются различия в действии лекарственных веществ в зависимости от пола. В общем можно считать, что женщины несколько более чувствительны к лекарствам, чем мужчины. Женское здоровье – это проблема равных прав, настолько же важная, как равная оплата труда. И это проблема качества и целостности науки и медицины.

Гендерная медицина находится в самом начале пути, но развивается стремительно. Специалисты убеждены, что уже через несколько лет целые направления медицины будут лечить мужчин и женщин по-разному.

СЕКСИЗМ ЩОДО ЖІНОК В ПРОЦЕСІ СТАТЕВОРОЛЬОВОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ МОЛОДІ У 20-30 РОКАХ ХХ СТОЛІТТЯ

У 20-х роках ХХ століття Радянська країна виявилася "полігоном" для дослідження цілого спектру утопічних концепцій, нових гендерних ідеалів та норм у взаємовідносинах між статями. Педагогічний дискурс стосовно статі та статеворольової соціалізації молоді, проблеми статевої просвіти, сумісне навчання хлопчиків та дівчат, досвід контролю психології інтимних взаємовідносин в перші роки радянської влади представлено у працях А. Н. Залкінда, І. С. Сімонова, А. Е. Лобус, Б. Е. Райкова, В. Бистрянського, Г. А. Солонович, М. М. Рубінштейна, Г. Н. Сорохтіна, Л. В. Писарева та ін. Водночас автори тих років висказували стурбованість з приводу дезорганізації шлюбно-сімейних відносин (дефамілізації), росту числа небажаних вагітностей та абортів, розповсюдженням проституції, захворювань, що передаються статевим шляхом тощо [3].

Як відомо, після жовтневої революції почалося руйнування багатьох традицій як в громадській сфері так і в сфері особистого життя, намагалися змінити сексуальну мораль та погляди на традиційну сім'ю. Навіть виникла так звана "теорія склянки води", згідно якої секс наголошувався такою ж природною необхідністю як сон, їжа і тому подібне. Молодь, комсомольці почали пропагувати вільне кохання на власному прикладі і, як наслідок, – сексуальні злочини стали нормою поведінки серед молоді. В суспільстві розповсюджували чутки про "націоналізацію" жінок на користь передового пролетаріату, носія ідей комунізму. Тому нічого дивного, що згвалтування в 20–30-ті ХХ ст. стало нормою поведінки, наприклад, у 1926 р. лише Московським судом було розглянуто 547 випадків згвалтування, у 1927–1926, у 1928 - 849. Під час судових справ через випадки згвалтування виплило багато неприємних фактів про те, що в середовищі комсомольської молоді набули популярності так звані "вечірки", під час яких молоді люди "пробували" дівчат. Подібні "заходи" відбувалися в приміщенні комсомолу – куди молодь була зобов'язана приходити на навчання про класову боротьбу, для ознайомлення з працями Маркса, Енгельса, Леніна. Секретар ячейки міг, при бажанні, пробувати кілька дівчат, що йому сподобалися, після чого надавав хлопцям право обирати партнершу серед комсомолок, які прийшли на збори. Навіть 1-й Устав РКСМ мав пункт (який діяв до 1929 р.) наступного змісту: "Кожна комсомолка зобов'язана віддатися будь-якому комсомольцю на першу вимогу, якщо він регулярно платить членські внески та займається громадською працею" [1, с. 7].

В 1918 р. в містах стали з'являтися листівки про новий декрет "про відміну приватного володіння жінками", в яких зазначалося, що всі жінки від 17 до 32-х років стають "надбанням" народу, чоловіки можуть обирати собі жінку із числа тих, хто зареєстрована, без її згоди. Також вони можуть "користуватися" жінками певний час, якщо своєчасно платять членські внески тощо.

Як наслідок виникли нові проблеми: що роботи з дітьми, які народжені "від вільного кохання", ці діти ставали жебраками та поповнювали ряди кримінального світу, а друга проблема – розповсюдження венеричних захворювань (порівняно з дореволюційним періодом зросло в десятки разів).

Отже, аналіз історико-педагогічних та історіографічних наробок вітчизняних та зарубіжних вчених дозволяє спів ставити минуле та сьогодення, висвітлюючи шляхи рішення проблем сьогодення, що наповнено пошуками ідейних та моральних орієнтирів.

Література

1. Ольга Грейгь, Александра Коллонтай/ Свобода и любовь [ел. ресурс] <http://iknigi.net/avtor-aleksandra-kollontay/83525-svoboda-i-lyubov-sbornik-aleksandra-kollontay/read/page-20.html>

2. Осипович Т., Проблемы пола, брака, семьи и положение женщины в общественных дискуссиях середины 1920-х годов [ел. ресурс] http://ecsocman.hse.ru/data/006/743/1217/018Tatyana_OSIPOVICH.pdf

3. Пушкарев А. М. Отношения между полами в общественных дискуссиях 1920-х гг в России [ел. ресурс] <http://cheloveknauka.com/otnosheniya-mezhdu-polami-v-obschestvennyh-diskussiyah-1920-h-gg-v-rossii>

*Паніч Р.В.
ХНМУ*

РОЛЬ УКРАЇНСЬКОЇ ЖІНКИ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ НА ДОНБАСІ

Україна постала нині перед загрозою. Народ України хто чим може допомагає якнайшвидшому вирішенню конфлікту на Донбасі. Чималу роль у цьому грають українські жінки.

Ролі жінок під час теперішніх подій в нашій країні різноманітні. Сюди входять: гуманітарна, військова та психологічна підтримка військових, підтримка переселенців, журналістська робота, допомога пораненим, жінки, які самостійно беруть участь у бойових діях, підтримка жінками своїх чоловіків, які воюють, виступи артисток в зоні АТО, звільнення полонених тощо. Говорячи про жінок і військові дії на Донбасі, варто розрізняти два важливі аспекти. Перший – це участь жінок у миробудуванні. Жінки долучені до сфери прийняття рішень, які стосуються вирішення конфліктної ситуації на рівні держави. Другий аспект – це безпосередня участь жінок у воєнних діях, що має різні прояви. Сюди можна віднести участь в організації волонтерської підтримки, гуманітарної допомоги. Жінки провадять допомогу бійцям українських силових структур та добровольчих батальйонів в отриманні сучасного обмундирування, амуніції, технічних засобів, транспорту тощо для успішного проведення антитерористичної операції на сході України. Також вони організують допомогу внутрішньо переміщеним особам, які вимушено залишили свої домівки на Донбасі, у пошуку житла, допомогу речами першої необхідності, їжею та одягом. За рейтингом «100 найвпливовіших жінок України» журналу «Фокус», перше місце посіли Жінки миру, котрі наполегливою працею виборюють свободу України.

Не можна не згадати лютневі події 2014. Протести на Майдані з-поміж іншого стали гарною нагодою вкотре актуалізувати питання рівних прав і можливостей для жінок. Жінки виконували кілька беззаперечних функцій, важливість яких не можна недооцінювати. Жінки об'єднувалися в сотні, ставали частиною Самооборони, допомагали будувати барикади, надавали медичну допомогу, проводили феміністичні акції тощо. Тобто, творили революцію.

Кажучи про українських жінок на захоплених територіях, відмітимо наступне. Якраз вони свідомі того, що дитину потрібно вивезти із зони АТО. Були випадки, коли у подружжя виникали сварки та непорозуміння через різне бачення політичної ситуації в країні. «Через різне ставлення до того, що відбувається, виникла війна за дитину. А в батька, який є яскравим фанатом «ДНР» чи «ЛНР», є чітка позиція, що «Росія нас врятує, і тому дитина залишається тут». Тож дітей продовжують рятувати саме жінки.

На передовій жінки воюють пліч-о-пліч з чоловіками, лікують поранених і ховають загиблих. Більшість з них медики, але деякі беруть участь у боях проти проросійських терористів. Наприклад, студентка магістратури Києво-Могилянської академії Марія Берлінська вирішила йти доброволицею на фронт. Закінчила курси керування безпілотними літальними апаратами, курси тактичної медицини і пройшла кількадечний військовий вишкіл. Із вересня дівчина бере участь у бойових діях на Луганщині, а також активно шукає фінансування для розвитку аеророзвідки.

Тож участь української жінки в пошуках миру є незамінною. Вона бере участь у волонтерських заходах, допомозі пораненим, безпосередньо знаходиться на лінії фронту, готуючи військовим поїсти, а іноді й самостійно беручи до рук зброю. Зважаючи на величезну роль жінки у вирішенні конфлікту на Донбасі, необхідно розширювати можливості використання ефективних способів співробітництва, в котрому чоловіки і жінки надихатимуть одне одного. Конче потрібно налагоджувати взаємодію між українськими жінками та військовослужбовцями по досягненню безпеки і миру.

Література:

1. <http://life.pravda.com.ua/person/2014/11/14>
2. http://povaha.org.ua/problems-dobrovolyts-pereselenok_

*Петренко О. Л., Туєва Я. М., Онипченко О. І.
КЗ "Харківська гуманітарно-педагогічна академія"*

РЕКЛАМНО-ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Світова історія реклами дуже показово демонструє підйоми і спади демократичних процесів у різних країнах, у тому числі і в Україні, і ілюструє тим самим простий і очевидний зв'язок демократизації суспільства з розвитком реклами як потужного засобу комунікації. Мета соціальної реклами – зміна поведінкової моделі суспільства, пошук вирішення конкретної соціально значущої проблеми.

Під час кризових ситуацій, в період війни соціальна реклама набуває особливого значення. Прикладом можна вважати розповсюдження сюжету щодо вступу новобранців до лав армії в кількох країнах напередодні та під час військових подій (в США – "Ти потрібен американській армії", автор Дж.М.Флегг; в Англії – "Твоя країна потребує твоєї допомоги!"; в СРСР - плакат Д.Мора "Ти записався добровольцем?"). За радянських часів соціальна реклама мала суто ідеологічний характер (рекламні плакати типу "Болтун – находка для шпiona!") [3, с. 206].

Одна з українських дослідниць Ганна Довбах констатує: "Спеціалісти зі зв'язків із громадськістю покладають на соціальну рекламу багато завдань, включаючи створення загального інформаційно-рекламного поля соціальної спрямованості, надання населенню практичної корисної інформації, формування суспільно зорієнтованого та здорового способу життя" [2].

Як показала практика, соціальна реклама необхідна в Україні. Вона сприяє вирішенню суспільних проблем, соціальній підтримці населення, підвищує рівень культури та моральності суспільства, позитивно впливає на свідомість людини, її поведінку в суспільстві, а також сприяє побудові громадянського суспільства.

Цільові групи соціальної реклами різняться за віковим принципом (дорослі, молодь, діти, люди пенсійного віку), статтю, соціальними ролями, професією, місцем проживання, за ознакою здоров'я тощо. Тому залежно від цільової групи обираються засоби, методи та форми донесення інформації, повідомлення.

Для успішного застосування соціальної реклами використовують найрізноманітніші засоби та інструменти: поліграфічна продукція (буклети, листівки, плакати, брошури, книжки); зовнішня реклама (бігборди, реклама на транспортних засобах, будівлях, у метро тощо); преса; реклама на радіо і телебаченні; реклама в Інтернеті, проведення конкурсів, вуличні театри тощо.

Окремі дослідники наводять класифікацію проблем, що висвітлюються соціальною рекламою: 1. Боротьба з вадами та загрозами, попередження екологічних катастроф або небажаних наслідків, декларація добродійних цілей. 2. Декларація цінностей (здоров'я, робота, кар'єра, сім'я, діти, безпека тощо). 3. Заклики до перетворень, що базуються, що базуються на прагненні досягти соціальних та індивідуальних ідеалів. 4. Соціальна психотерапія. [3, с. 208].

На базі КЗ "Харківська гуманітарно-педагогічна академія" щорічно проводяться конкурси соціальної реклами які висвітлюють різноманітні соціальні та соціально-педагогічні проблеми: здоровий спосіб життя, ВІЛ/СНІД, прийомне батьківство, профілактику негативних явищ (наркоманія, алкоголізм тощо), гендерні проблеми, проблеми екології, попередження насильства над дітьми, права людини, дитини, проблеми людей з особливими потребами, усвідомлене батьківство, профілактику безпритульності та бездоглядності, безробіття тощо.

Література

1. Астахова Т. "Хорошие идеи в Америке рекламируют": <http://www/socrekla.ru>
2. Гейдар Л., Довбах Г. Соціальна реклама в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку: Матеріали конференції. – К.: ПЦ "Фоліант", 2004.
3. Соціальна педагогіка: теорія і технології: Підручник / За ред. І.Д. Звереві – К.: Центр навчальної літератури, 2006. – 316с.

Світ любові

Кохання – це відносини для двох,
Воно живе для створення родини.
Серед зневіри, сумнівів, тривоги
Кохання квітне, сильне і єдине.
Не можна відокремити, зачинить
Кохання від навколишнього світу,
Жива природа і суспільство – рід,
Одна родина, а ми всі в ній – діти.
Тварини різні і зелене листя,
Щасливі люди, сповнені любові,
Вода прозора і повітря чисте,
Здоровий світ і люди в нім здорові!

*Петрушкевич М. С.
Національний університет "Острозька академія"*

ФЕМОКРАТІЯ ЯК УТОПІЯ

Гендер як поняття та рух почасти виникає тому, що всі сучасні суспільства перебувають в смислових та ідеологічних тенетах патріархату, відрізняючись лише за ступенем і характером прояву гендерних нерівностей. Принциповий поворот до політики гендерного партнерства був розвинутий у "Цілях Тисячоліття" для людства, проголошених ООН у 2000 р., де одним із п'яти основних завдань нового XXI ст. і тисячоліття було названо завдання "утвердження гендерної рівності".

Хоча існують і радикальні погляди на питання розподілу впливу чоловіків та жінок на усі галузі суспільного життя, які підсилюючись фемінізмом продукують ідеї про фемократію. Це побудована на фемінізмі світоглядна орієнтація, що базовими характеристиками приватних, суспільних, політичних та інших стосунків вбачає рівні права та можливості жінок і чоловіків. Ідейними витоками якої є радикальний фемінізм та паритетна демократія. Фемократія дискримінацію жінки за ознакою статі (сексизм) вважає наслідком універсальної дії патріархату як системи домінування чоловіків над жінками. Будь-яке особисте приниження жінки вважається справою політичною, оскільки пов'язане із патріархальною системою влади. Одним із завдань фемократії є докорінна зміна системи суспільних відносин на користь жінок, побудова феміноцентричного, постпатріархального суспільства, де роль лідерів може належати жінкам.

Збереження теперішньої системи є винятковим інтересом чоловіків, тому в крайніх своїх проявах представниці радикального фемінізму проголошують своєю метою побудову феміноцентричного суспільства і ліквідацію чоловіків як класу. Головними теоретиками цього напрямку вважають Емму Голдман та Шуламіт Файрстоун.

З іншого боку фемократія підтримує функціонування сучасних суспільств на засадах паритетної/гендерної демократії. Вона по-новому інтерпретує

найважливіші політичні категорії громадянства, рівності, свободи, справедливості, суспільного/публічного, приватного/особистого, а також демократії. Фемократія забезпечується через пропорційне (в ідеалі – паритетне) представництво жінок та чоловіків у всіх гілках як законодавчої, так і виконавчої влади. Кожен, незалежно від раси, кольору шкіри, фізичних недоліків, статі може/повинен вільно, публічно брати участь у ситуації розподілу загального блага та вираження своїх потреб.

Принцип паритетної демократії в європейських суспільствах сьогодні реалізований лише у скандинавських країнах та США. У 2005 році у Швеції виникла політична партія "Феміністична ініціатива". Серед лідерів феміністичних партій є багато чоловіків, які роблять політичну кар'єру.

Проте, фемократія почасти уявляється як утопія, оскільки демонструє риси та тенденції останньої (осмислення соціального ідеалу, критику існуючого ладу, бажання втекти від похмурої дійсності, спробу передбачити майбутнє суспільства), із мрії та ідеалу переростає у цілу доктрину. За К. Мангеймом такий вид стосунків може втілитися у майбутньому через масові рухи. На нашу думку близьким до фемократії є утопічний соціалізм, про який вперше згадано у роботі К. Маркса та Ф. Енгельса "Маніфест комуністичної партії".

Привертає увагу і те, що ідеологи фемократії, все таки намагаються реалізувати її засобами та методами запропонованими патріархальною традицією і це, напевне, одна із основних причин, чому така світоглядна орієнтація знаходить себе у системі утопічного світогляду.

Одночасно про фемократичну утопію в українському варіанті можна говорити лише як про ідеал в контексті євроінтеграційного вибору. В Україні фемократія не розвивається, оскільки вона поширюється тільки в тих країнах, де існує гендерна рівність, вирішені матеріальні проблеми, діє правова і соціальна державна політика та є феміністичні лідери.

Пода О.Ю.

Запорізький національний технічний університет

ТЕМА ЖІНОЧОГО ЗДОРОВ'Я В ЖУРНАЛІ "КОМУНАРКА УКРАЇНИ" ПЕРШОЇ ПОЛОВИНИ 1920-х рр.

Журнали для жінок у той чи інший спосіб представляли, представляють і надалі представлятимуть на своїх шпальтах тему жіночого здоров'я. Журнальний контент дозволяє відстежити особливості її репрезентацій відповідно до історичних, соціально-економічних та інших умов розвитку суспільства. Журнал "Комунарка України" виходив з 1920 р. (припинив існування в 1935 р.) як орган Центрального відділу робітниць і селянок КП(б)У; з 1924 р. (№ 8) видавався вже тільки як орган Центрального відділу робітниць КП(б)У. Для селянок на основі частини "Комунарки України" було створено "Селянку України" (пізніша назва – "Колгоспниця України"), що проіснувала до літа 1941 р.

Від початку виходу в журналі "Комунарка України" друкувалися матеріали, у яких підкреслювалася важливість справи державної охорони здоров'я жінки, зокрема вагітної ("Охороняти вагітну – значить зберегти республіці здорову родоначальницю й здорового члена трудової сім'ї...", – писав нар-

ком Семашко у статті "Постійне завдання жінок" (Семашко, 1920, № 1–2). Аспекти суто медичні доповнювалися соціальним контекстом, так Н. Ізаков у матеріалі "Кодекс законів про працю" (1923, № 1) роз'ясняв суть певних законів, що стосувалися умов праці вагітних жінок відповідно до прийнятих законів: "... Визначені відпустки з материнства: 8 тижнів до й після пологів для фізичної праці: і по 6 для розумово-канторської праці..." тощо.

Не оминалася увагою й нагальність боротьби з абортами; як вважав М. Семашко, йшлося про шкоду від цього державі: "...Вона (жінка – О.П.) шкодить не тільки собі, але й іншим; шкодить усьому суспільству, усій нашій трудовій державі..." (1920, № 1–2). Про негативні наслідки абортів для жінки писали лікар Федотова, яка була одним з постійних авторів журналу, у матеріалі "Чому довільне переривання вагітності(аборт) шкідливе для жінки" (1923, № 7–8), а також доктор Л. Каплан "Чи небезпечний аборт(штичний викидень)" (1924, № 6) та ін. Відповідно порушувалося й питання контрацепції (Л. Каплан "Засоби оберігання від вагітності" (1924, № 12) та ін.).

Не можна не відзначити важливість публікацій про специфіку функціонування жіночого організму: наприклад, це матеріал лікаря Федотової "Значення менструацій(регул) для здоров'я жінки" (1924, № 3); стаття доктора Л. Каплана "Як відбувається зачаття дитини" (1924, № 4) та ін.

У журналі постійно подавалися рекомендації щодо дотримання жінкою правил гігієни. Так у № 4 за 1924 р. Федотова в продовженні свого матеріалу "Значення менструацій(регул) для здоров'я жінки" запропонувала креслення тогочасної "прокладки", котру жінка могла самостійно виготовити; доктор Каплан акцентував на "Гігієні вагітності" (1925, № 2).

Активне залучення жінки як робітниці зумовлювало появу матеріалів, у яких порушувалося питання шкідливого впливу умов виробництва на жіночий організм (це, зокрема, стаття лікаря Лещинської "Як впливає робота на тютюнових фабриках на жіночий організм" (1924, № 7) тощо).

Боротьба з проституцією на початку 1920-х рр. передбачала не тільки зміну соціально-економічної парадигми існування жінки-повії (до певного часу навіть рекомендували ставитися до неї як до "людини, що потребувала морального й фізичного лікування"), але й низку медичних стратегій, у першу чергу "з метою боротьби з венеричними захворюваннями". Про це йшлося, наприклад, у статті Г. Злобинської "Про проституцію" (1921, № 5–6) та ін.

Молода радянська українська держава потребувала величезного людського ресурсу для своєї розбудови. Жінки становили майже половину всіх трудових ресурсів. При цьому активно тиражувалася й теза про важливість реалізації жінкою репродуктивною функції (народження нових громадян країни як потенційного трудового ресурсу). Саме тому через друковані органи, зокрема журнали для жінок, котрі на ті часи вважалися партійними виданнями, активно представлялася тема жіночого здоров'я. Авторами матеріалів на цю тему, зазвичай, були лікарі, фахівці, задіяні у сфері охорони материнства й дитинства.

ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОСТІ ОСОБИСТОСТІ

Створення у сучасному світі сприятливих умов для розкриття соціально цінного потенціалу кожної особистості визначається зростанням значення соціальної комунікації для індивідуального розвитку людини, що забезпечується високим рівнем соціальності – здатності суб'єкта до взаємодії з соціальним світом.

Соціальність розглядається ученими (Л. Мардахаєв, В. Нікітін, А. Рижанова, С. Харченко та ін.) як інтегрований результат реалізації процесу соціального виховання, здатність людини взаємодіяти із соціальним світом, що базується на ідеях самозбереження соціуму, людства в цілому, єдності й гармонійної взаємодії людей різних національностей, соціально-вікових груп, класової приналежності, стану здоров'я, рівня розвитку і можливостей. Нами поняття "соціальність" визначається як набута у ході життєдіяльності людини у суспільстві надіндивідуальна структура її особистості, "наповнена" соціальним досвідом: соціальними знаннями, вміннями, навичками, зразками поведінки, а також ціннісними орієнтаціями та життєвими цінностями, соціальними емоціями індивіда, що забезпечує нормальну життєдіяльність людини у соціальному середовищі [1, с.128].

Соціальність як складне утворення, що поєднує низку певних якостей, характеристик, позицій як внутрішніх відносно до особистості, так і зовнішніх, що в сукупності створюють нову властивість людини – здатність до повноцінної соціальної взаємодії, безумовно тісно взаємопов'язана із результатом гендерної соціалізації людини. Гендерна соціалізація, з погляду її соціокультурних функцій, – це насамперед те, що забезпечує підтримку соціальної консолідованості людей, проте, на відміну від соціалізації взагалі, консолідованість, що набувається у ході гендерної соціалізації, часто має вузько груповий, детермінований статевими ознаками характер й веде до роз'єднаності людей за цими ознаками.

Формування гендерного аспекту соціальності забезпечується насиченням її структури відповідним соціальним досвідом, що включає в себе насамперед засвоєння гендерних знань та вмінь, а також інтеграцією особистістю ціннісних орієнтацій та статево-рольових стратегій поведінки, прийнятих у конкретному суспільстві. Тобто гендерний аспект соціальності особистості є продуктом соціального (у даному випадку – гендерного) проектування суспільства.

З іншого боку, необхідно відзначити, що соціальність отримує реалізацію її соціальне втілення, без якого неможливим є саме її існування, за допомогою суб'єктності (суб'єктивності) [1, с.128]. Суб'єктність забезпечує здатність людини бути стратегом своєї діяльності у питаннях гендерного самовизначення, дає можливість ставити й коригувати цілі, усвідомлювати мотиви, будувати плани в житті незалежно від пануючих у суспільстві гендерних стереотипів, творити та перетворювати суспільні закони та норми на засадах гендерної рівності. Суб'єктність визначає ступінь свободи особистості, її гуманності, духовності, життєтворчості.

Застосовуючи до розгляду гендерного аспекту соціальності системно-структурний підхід, відзначимо, що оскільки як система соціальність має визначену структуру, подібну структуру має і її підсистема – гендерна соціальність. Структуру гендерної соціальності складають соціальний досвід особистості вмщує гендерні знання (когнітивна складова), цінності гендерної рівності (ціннісна складова), а суб'єктність у питаннях гендерного конструювання, що передбачає, зокрема, наявність в особистості певних якостей: гендерної чутливості, гендерної толерантності, емпатійності тощо (емоційно-особистісна складова), а також наявність сформованих стратегій поведінки незалежної від гендерних стереотипів (діяльнісно-поведінкова складова).

Література:

1. Рассказова О. І. Развитие социальности учнів в умовах інклюзивної освіти: теорія та технологія: монографія / О. І. Рассказова. – Х.: ФОП Шейніна О.В., 2012. – 468 с

Рингач Н. О¹, Керецман А. О.²

*Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАНУ¹,
ДВНЗ "Ужгородський національний університет"²*

ХВОРОБИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В УКРАЇНІ: СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ

На V-му з'їзді гастроентерологів України (2014) було підкреслено зростання значущості хвороб органів травлення (ХОТ) – як за їх поширеністю, так і за наслідками у вигляді втрати працездатності і смертності. За даними МОЗ України, частка цієї патології у структурі поширеності захворювань населення України становить близько 10%, посідаючи третє місце за рейтингом. Виникнення і протікання окремих хвороб, а також їх наслідки у чоловіків та жінок відрізняються, різним є і ставлення до розладів здоров'я, і пов'язана з цим поведінка. Епідеміологи підкреслюють, що дані за зверненням неточно віддзеркалюють істинну картину, адже чоловіки мають схильність звертатися до лікаря, коли проблеми зі здоров'ям унеможливають нормальну життєдіяльність, займаючи позицію замовчування негараздів з надією на те, що "пройде само" ...Відповідно існують відмінності у розповсюдженості хвороб за статтю та смертності внаслідок них. Так, у чоловіків частіше виникає виразкова хвороба, особливо 12-палої кишки (проте в останні роки захворюваність жінок на виразкову хворобу дещо підвищується, що може бути спричинено зростанням стресу, прогресуванням поширеності тютюнопаління серед прекрасної половини, а також частішим неконтрольованим вживанням жінками анальгетиків).

Відносно більша розповсюдженість жовчочокам'яної хвороби у жінок пов'язується з перенесеними вагітностями і надлишковою масою тіла. Якщо за всім класом ХОТ спостерігається вищий рівень поширеності серед жінок (в 2013 р. – на 20%), то за окремими хворобами є певні особливості. Так, виразкова хвороба і хронічний гепатит у півтора, а цироз печінки у два рази частіше реєструються у чоловіків, натомість жінок у півтора разу більше серед пацієнтів з діагнозом холецистити та панкреатиту. Рівень смертності від ХОТ в Україні у 2013 р. становив 61,7 на 100 тис. нас., посідаючи четверте місце у структурі, близько двох третин смертних випадків за цим класом

хвороб було спричинено хворобами печінки. На відміну від поширеності ХОТ, смертність сильної статі переважає (у 2013 р. показник для чоловіків становив 82,2 на 100 тис. нас. проти 44,0 на 100 тис. нас. серед жінок), що ілюструє народне прислів'я "Хто хворів? Жінка. Хто вмер? Чоловік". Максимальна статева диспропорція характерна для вікового інтервалу від 25 до 70 років, максимального рівня у 2013 р. вона досягла у віці 50–54 роки. Зловживання алкоголем – визнаний чинник ризику цирозу печінки і різних видів раку органів травлення.

Доведено, що щоденне споживання 160 г спирту зумовлює розвиток цирозу у 9–15% випадків. Позитивне або поблажливе ставлення до вживання алкоголю в українському суспільстві у поєднанні з наданням переваги міцним напоям у великих разових дозах та часто невисокої якості частини алкогольних напоїв є значною проблемою, а частка чоловіків, що вживають алкоголь у небезпечній для здоров'я дозі, є досить вагомою і більшою, ніж жінок. Крім того, для українців характерне вживання ударної дози за відносно короткий проміжок часу (too much too fast). Тому закономірно, що переважання смертності чоловіків від алкогольної хвороби печінки є істотнішим, ніж від всіх ХОТ.

Найбільш разюча чоловіча надсмертність характерна для віку старше 60 років (у групі 65–69 р. – 6 разів). У європейських країнах чоловіки частіше за жінок вмирають від ХОТ, однак статева диспропорція не така відчутна. Так, стандартизований за віком показник смертності чоловіків від всіх ХОТ в країнах ЄС перевищує такий у жінок в 1,8 разу, а в Норвегії це переважання ще менше (лише 1,2 разу), в Україні же досягає майже 2,5 разу! Хоча в цілому смертність українців від ХОТ на 60% вища, ніж у ЄС, для чоловіків таке переважання істотніше – на 100%! Статистично підтверджені епідеміологічні статеві особливості гастроентерологічної патології, які відображають вплив дії комплексу біологічних і поведінкових чинників, мають стати підґрунтям для розробки втручань з метою зменшення тягаря ХОТ, враховуючих наявні відмінності (патогенетичні, соціальні, психологічні) та спрямованих окремо на чоловіче і жіноче населення.

Рябченко О.Л.¹, Сичова В.В.²

*Харківський національний університет міського господарства
імені О. М. Бекетова¹,*

*Харківського регіонального інституту державного управління
Національної академії державного управління (ХарPI НАДУ)
при Президентіві України²*

МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ШЛЮБНИХ ВІДНОСИН В УКРАЇНІ У 1920-х-2010-х рр.: ГЕНДЕРНИЙ КОНТЕНТ

Зміни механізмів державного регулювання шлюбних відносин в Україні з 1920-х до 2010-х рр. у різний спосіб впливали на гендерні відносини.

Влада Української Соціалістичної Радянської Республіки у 1922–1941 рр. віддавала пріоритет інформаційно-психологічному (пропагандистському) механізму державного регулювання шлюбних відносин. Він передбачав використання засобів масової інформації (газет, плакатів, радіо), мистецт-

ва з метою формування суспільної думки, норм і стандартів шлюбної поведінки, що відповідали комуністичній ідеології, зокрема, емансипації та спільності жінок. Пропагандистський механізм державного регулювання шлюбних відносин, норми шлюбного законодавства радянської України щодо добровільності укладання шлюбу формально сприяли рівності можливостей жінок і чоловіків у питаннях створення сім'ї. Проте спрощення інституційного механізму державного регулювання шлюбних відносин де-факто призводило до збільшення кількості розлучень, зменшення тривалості шлюбів [2, с. 289, 290]. Водночас не змінювалася двоїста статевая мораль щодо вседозволеності для чоловіків і осуду / насильницької поведінки щодо жінок. Відповідальність за наслідки вільного кохання де-факто перекладалася на жінок [1, с. 292, 295, 297].

Загрози не лише інституту сім'ї, втрати її основних функцій, але й національній безпеці Союзу Радянських Соціалістичних Республік (СРСР) в перший період радянсько-німецької війни 1941–1945 рр. спричинили запровадження адміністративного механізму регулювання шлюбних відносин із метою виправлення демографічної ситуації. Листопадовий 1941 р. Указ Президії Верховної Ради СРСР запроваджував податок на бездітність (6% заробітної плати) на неодружених, самотніх і бездітних громадян: чоловіків віком від 20 до 50 років та заміжніх жінок від 20 до 45 років, у яких не було дітей. Указом Центрального виконавчого комітету та Ради Народних комісарів СРСР від 8 липня 1944 р. лише на зареєстрований шлюб розповсюджувалися взаємні права та обов'язки членів подружжя [2, с. 290, 291]. Ці укази призводили до формальної гендерної рівності, з одночасною фактичною дискримінацією чоловіків. На початку 1990-х рр. було остаточно скасовано податковий пресинг на осіб дітородного віку.

Різке погіршення демографічної ситуації в незалежній Україні спонукало владу з 2005 р. запровадити економічний механізм державного регулювання шлюбно-сімейних відносин, що передбачав різні допомоги при народженні дитини, на дітей залежно від їхньої кількості, віку, типу сімей; оплачувані відпустки, кредити, податкові та житлові пільги тощо. Державна цільова соціальна програма підтримки сім'ї до 2016 р. поставила за мету збереження традиційних сімейних цінностей, посилення мотивації до реєстрації шлюбів, формування відповідального батьківства. Останнє є дієвим інструментом досягнення гендерної рівності в сімейних відносинах в Україні.

Отже, зміни механізмів державного регулювання шлюбних відносин в українському суспільстві протягом 1920-х – 2010 рр. в різний спосіб впливали на гендерні відносини. Представляється, що лише економічний та мотиваційний механізми державного регулювання шлюбних відносин здатні запровадити фактичну гендерну рівність в українській сім'ї.

Література:

1. Рябченко О. "Нам ніколи гратися в кохання...": студенти радянської України 1920-х років / О. Рябченко // Проблеми історії України: факти, судження, пошуки : міжвідомч. зб. наук. пр. – Вип. 22. / відп. ред. С.В. Кульчицький. НАН України. Інститут історії України. – К. : Інститут історії України, 2013. – С. 290–303.

2. Сичова В.В. Напрями удосконалення механізмів державного регулювання шлюбно-сімейних відносин в Україні у 1920-х–2010-х рр. / В.В. Си-

*Савельєва Ю.М.
СумДУ*

ДО ПРОБЛЕМИ ЛЕГІТИМАЦІЇ ЗНАННЯ ПРО СІМ'Ю: ПОСТМОДЕРНІСТСЬКИЙ ПІДХІД

Знання у традиційному філософському розумінні є формою соціальної та індивідуальної пам'яті, результатом структурування та осмислення об'єкта в процесі пізнання, надання об'єкту значення. Але за епохи постмодерну стало можливим викриття ще й того факту, що знання тісно переплітається з владою, а "знання про людину" (та, відповідно, такі науки як психологія, соціологія, політологія, антропологія тощо) за часів модерну ініціювали цілу індустрію дискурсивних технологій влади, опинившись, таким чином, на службі у останньої.

Постмодернізм ґрунтовно підриває загальну довіру до модерністської науки, а те, що стосується мозку та психіки людини, визнає найскладнішими відкритими нелінійними системами, керувати якими "командними", "адміністративними" методами, без огляду на структурування, що відбувається в них за їхніми власними законами, не вдається.

Постмодерністи стверджують, що наукові наративи, як їх розуміють модерністи, – це не дзеркально-істинні відображення об'єкту, а художні образи, симуляції, художні фікції. На сьогодні втрачено віру в те, що "науковість" є синонімом "істинності", натомість стверджується, що "науковість" модерну просто утримує співтовариство творців науки в межах особливого світогляду, який не може бути єдино вірним, а хіба що "одним з...".

Знання щодо сім'ї впродовж відомої історії людства існували як особливий різновид знання – наративи як частини культури, що спирались на етнографічні описи – твердження про те, якою сім'я має бути. Статус перебування у культурі легітимізував ці знання. За епохи модернізму віра в абсолютну істину (як повне, вичерпне знання про дійсність, яке не можна спростувати) додатково виправдовувала існуючу доктрину сім'ї. Всупереч цьому постмодернізм відзначився великим розмаїттям критичного осмислення знання про світ, у якому люди мають обирати, у що вірити. Все це призвело до того, що сім'я, яка ні за якого суспільного ладу не була особистою справою людини, в епоху постмодерну стає сім'єю, яку ми обираємо. Причому мова йде про вибір у самому широкому розумінні – починаючи від вибору партнера/партнерки, завершуючи вибором кольору очей майбутньої дитини. Саме у такій можливості вибору постмодернізм часто звинувачують та за це засуджують. Водночас австралійський соціолог М.Гілдінг, простежуючи у сім'ї прояви так званих "нових" технологій, як-то "дизайнерські малюки", "кіберсекс" та "віртуальні спільноти", спростовує їх походження з часів постмодерну. Він підтверджує, що спільним для всіх цих явищ є тісний зв'язок з новими технологіями в галузі взаємовідносин та біонауки, але доводить, що постмодерн з усіма його науковими відкриттями є лише спадкоємцем сформованих ще модерном тенденцій, таких, як розвиток еugenіки, розширення свободи у сексуальному житті, організація життєдіяльності поза межами домівки. Тож, нові технології лише різко розши-

рили масштаби змін в сім'ї постмодерну та відобразили відповідність цієї сім'ї історичному контексту.

Постмодернізм вирізняється критикою обох типів знання щодо сім'ї – наукового та традиційного нарративного, не надаючи пальми першості чомусь одному, не заперечуючи жодного. Така загальна делегітимізація знання залишає процес визначення значущості, когнітивної та нормативної інтерпретації знання будь-якої природи за суб'єктом. Проблемою українських реалій є намагання влади зберегти "монополію на знання", вдаючись до переплетення наукових підходів дослідження сім'ї з міфами щодо сім'ї традиційної, абсолютизація останньої, наділення її найвищою цінністю. На доказ цього виступає все ще поширене в нашій країні "наукове" та "етичне" виправдання гендерного розподілу ролей у сім'ї. Існуючий в Україні просімейний дискурс виступає продуктом раціональності та традиційних вірувань, що формує нормативні поля, організовує систему смислів і значень. Усвідомлення того, що знання і влада є двома сторонами одного питання, викриває цей дискурс, дозволяє його критичне осмислення та забезпечення необхідних трансформацій сім'ї і суспільства, які завжди були когерентними.

*Саенко М. О.
ХНМУ*

РОЛЬ ГЕНДЕРНОГО ПОДХОДА В ПРОБЛЕМАХ ПОЛОВОГО НЕРАВЕНСТВА

Сущность понятия "гендер" подразумевает социальные модели женственности и мужества, определяющие положение и роли индивидуумов в обществе и его институтах. Противопоставление и неравноценность мужчин и женщин являются, согласно нормам и правилам поведения между полами, главными сущностными характеристиками. Гендерный подход проблематизирует стереотипы отношений на основании половых различий и акцентирует внимание больше на социологических, нежели биологических факторах естественного разнообразия.

Для подробного исследования гендерный подход необходимо рассматривать в нескольких аспектах. Во-первых, он является теоретическим направлением в общественных науках, возникшим в качестве оппозиции традиционным исследованиям отношений между полами, опирающимся на убежденность в необходимости и целесообразности дифференциации мужчин и женщин в публичной и приватной сферах жизнедеятельности. Во-вторых, данный подход достаточно критичен в отношении упомянутых исследовательских установок. Он ориентирован на анализ систем доминирования, провозглашение идей равноправия независимо от половой принадлежности. Также он относится к типу критических теорий, которые заключаются не только в описании и объяснении явлений социальной жизни, но и в разработке направленных действий, способствующих устранению социальных проблем. Гендерное направление как междисциплинарная сфера научного знания развивается в разных отраслях отечественной науки около двух десятилетий.

В работе американского философа Сандры Бэм "Линзы гендера" четко выделены основные идеи гендерного подхода [См.: 1].

1. Мужчины и женщины, как представители социальных групп, скорее похожи, чем различны. Следовательно, нет оснований для жесткой дифференциации мужских и женских ролей; социальные роли мужчин и женщин взаимозаменяемы и похожи. Существующая в обществе гендерная дифференциация и поляризация является не биологически предопределенной, а социально сконструированной.

2. Социальные статусы и позиции мужчин и женщин в публичных и частных сферах жизнедеятельности не должны выстраиваться по принципу иерархичности. В рамках гендерного подхода утверждается, что ни один пол не имеет права доминировать над другим, отношения между представителями разных полов должны выстраиваться на основе паритета, равенства прав и возможностей.

3. Биологические особенности каждого пола не могут быть оправданием ситуаций гендерного неравенства.

Гендерная теория не пытается оспорить наличие тех или иных биологических, социальных и других различий между женщинами и мужчинами. В гендерном подходе утверждается, что существование различий не так важно, как важна их социокультурная оценка и интерпретация, а также – анализ и изменение властной системы, выстроенной на основе этих различий.

Литература

1. Р.Л. Аткинсон, Р.С. Аткинсон, Э.Е. Смит, Д.Дж. Бем, С. Нолен-Хозк-сема. Под общей редакцией В.П. Зинченко. 15-е международное издание, Санкт-Петербург, Прайм-Еврознак, 2007.

*Семенова Н.В.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ВИХОДЖУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Згідно з доповіддю ООН про "Народжених занадто рано" щорічно близько 15-ти мільйонів дітей народжується передчасно – це більше ніж 10 % всіх дітей, народжених в країнах світу. Інтерес до проблеми виходжування недоношених новонароджених останніми роками істотно зріс, оскільки відповідно до ВООЗ потенційно життєздатними вважаються діти, що народилися з масою тіла більше ніж 500 г при терміні вагітності не менше ніж 22 тижнів. Збільшення кількості недоношених дітей в нашій країні потребує впровадження заходів, що сприятимуть підвищенню якості їх виходжування. На особливу увагу заслуговує детальне вивчення та обговорення питань, пов'язаних з можливими порушеннями розвитку недоношених новонароджених під час впливу несприятливих чинників навколишнього середовища: підвищених рівнів шуму, електромагнітних випромінювань (ЕМВ), яскравої освітленості та метеорологічних параметрів. Недоношені новонароджені на відміну від доношених дітей більш чутливі до несприятливих чинників навколишнього середовища. Низкою досліджень встановлено, що недоношені хлопчики є більш вразливими, ніж недоношені дівчатка й мають значні відхилення в стані здоров'я по шкалі Апгар, більшу потребу в додатковому кисні, стероїдах і штучній вентиляції легень, підвищений ризик захворювання органів дихання та порушення неврологічного розвитку в

цілому. Серед дітей, що народилися з дуже низькою масою тіла недоношені хлопчики в порівнянні з дівчатками мали вищі показники перинатальної смертності та післяпологових ускладнень. Незважаючи на дані цих досліджень, досі не з'ясовано конкретні чинники ризику виникнення порушень розвитку серед передчасно народжених дітей. Науковий інтерес до вивчення проблем виходжування недоношених дітей під час впливу несприятливих чинників навколишнього середовища з гендерної точки зору є виправданим і буде корисним в якості розширення знань, розуміння долі вкладу кожного чиннику у виникненні порушень розвитку малюків з екстремально низькою масою тіла, а розробка та впровадження комплексу профілактичних заходів з оптимізації параметрів оточуючого середовища в умовах неонатальних відділень сприятимуть індивідуалізації догляду за новонародженими. Саме тому, метою роботи є вивчення ролі екологічної складової в гендерних аспектах виходжування недоношених новонароджених.

Результати: Дослідження включало 99 передчасно народжених дітей і дана гігієнічна оцінка їх умов перебування в 2-х медичних установах м. Харкова. Розподіл за статтю дітей, що спостерігалися, був 1:1. Фоновий рівень шуму в закладі № 1 становив 68 дБА, що перевищує ГДР на 43 дБА, в закладі № 2 – 56 дБА, що перевищує ГДР на 31 дБА. Результати вимірювань рівнів електромагнітних випромінювань (ЕМВ) показали, що рівень електричної складової ЕМВ монітору Flatron LG становив 19,0 В/м (5 Гц – 2 кГц) та 0,2 В/м (2 кГц – 400 кГц), рівень магнітної складової ЕМВ – 13,0 В/м (5 Гц – 2 кГц) та 1,0 В/м (2 кГц – 400 кГц); монітору Weyer – 51,0 В/м (5 Гц – 2 кГц) з перевищенням на 26,0 В/м та 2,73 В/м (2 кГц – 400 кГц) з перевищенням на 0,22 В/м, рівень магнітної складової ЕМВ – 0,13 В/м (5 Гц – 2 кГц) та 4,0 В/м (2 кГц – 400 кГц) відповідно. Рівні штучної освітленості знаходилися в діапазоні від 190 до 530 Лк. Коефіцієнт природної освітленості коливався в межах від 0,78 % до 1 %.

Залежність від кисню спостерігалась у 41 хлопчика та 35 дівчаток, підтримку життєдіяльності за допомогою штучної вентиляції легень та інших спеціальних заходів потребувало 26 хлопчиків та 20 дівчаток.

Ми прийшли до висновку, що несприятливі чинники неонатальних відділень впливають на розвиток недоношених дітей, при цьому недоношені хлопчики, можливо, мають вищий ризик порушення розвитку нервової системи. Концепція підвищеної вразливості недоношених хлопчиків потребує більшої уваги, а виходжування в неонатальних відділеннях більшої індивідуалізації.

*Сипливий В.А., Евтушенко Д.В., Робак В.И.
Харьковский национальный медицинский университет*

ГЕНДЕРНАЯ СПЕЦИФИКА ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Актуальность темы: В структуре хирургических заболеваний органов брюшной полости по частоте возникновения желчекаменная болезнь(ЖКБ) занимает второе место после острого аппендицита. Согласно многочисленным независимым исследованиям, проведенным в США и Европе, секрция желчи и функционирование желчного пузыря являются гормоноза-

висимыми. Также установлено, что частота развития желчекаменной болезни значительно выше при беременности и в случае приема пациентом оральных контрацептивов.

Цели работы: Провести анализ характера течения желчекаменной болезни, структуры и частоты развития осложнений в зависимости от пола пациента. Материалы и методы исследования: Приведен ретроспективный анализ результатов лечения 156 больных с ЖКБ и обструктивной желтухой, в лечении которых применялись эндоскопические технологии. Верификация диагноза проводилась с помощью общеклинических исследований согласно принятым протоколам обследования и лечения. Анализ и классификация осложнений проведен с помощью шкалы Clavien-Dindo (2004).

Результаты и их обсуждение: Мужчин было 61 (39%), женщин – 95 (61%). Возраст больных колебался от 31 до 88 лет, средний возраст составил $63.7 \pm 0,6$ года. Одномоментную эндоскопическую литоэкстракцию проведено 140 (89.8%) больным. У 8 (5.1%) больных (3 мужчин и 5 женщин) из-за выраженных изменений зоны большого дуоденального соска и активного кровотечения из угла папиллотомной раны вмешательства были прекращены, а через 3–5 суток были успешно проведены повторные литэкстракции. У 8 (5.1%) больных (3 мужчин и 5 женщин) попутки эндоскопических литэкстакий оказались безуспешными, в связи с чем данным больным были проведены открытые оперативные вмешательства. Течение раннего послеоперационного периода сопровождалось холангитом у 43 (27,5%) больных (21 мужчин и 22 женщин), при этом статистически значимой гендерной диспропорции не наблюдалось. Послеоперационные осложнения: Grade 1–2 по Clavien-Dindo отмечены у 13 пациентов, Grade 3b – у 3 пациентов. Количество наблюдений, в связи с низким уровнем осложнений, не позволяет достоверно судить о гендерной структуре.

Выводы: 1. Частота желчекаменной болезни у женщин достигает 61%, у мужчин 39%. Несмотря на превалирование женщин в общей структуре заболеваемости ЖКБ, при анализе частоты ее осложненных форм (в частности холедохолитиаза, обструктивной желтухи, острого холангита) гендерная диспропорция значительно сглаживается. 2. Эндоскопические вмешательства являются эффективным методом лечения обструктивной желтухи при холелитиазе.

*Сипливи́й В.О., Роба́к В.І., Курба́тов В.О.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Актуальність теми. Гострий некротичний панкреатит є однією із актуальних проблем сучасної абдомінальної хірургії. Захворюваність на гострий некротичний панкреатит в Україні постійно зростає, а пік захворюваності припадає на працездатний вік (30–50 років), що обумовлює соціальну значущість проблеми.

Мета роботи: виявити гендерні особливості розвитку гострого некротичного панкреатиту Матеріали та методи: проведено оцінку хірургічного лікування 125 хворих на гострий некротичний панкреатит, що знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні КУОЗ ХМБЛ №18 – клінічній базі кафедри – з 2000 по 2009 рр. Чоловіків було 80 (64 %), жінок – 45 (36 %). Вік

хворих коливався від 19 до 90 років. Середній вік складав (54,13±2,63) років. Факторами розвитку захворювання були: жовчнокам'яна хвороба – 45 (36,0%) хворих, аліментарний фактор – 41 (32,8 %) хворих, вживання алкоголю – 35 (28,0 %) хворих. У 3 (3,4 %) пацієнтів причиною захворювання були оперативні втручання на органах черевної порожнини, у 1 (0,8 %) – травма підшлункової залози. У післяопераційний період померло 34 (27,2%) хворих.

Результати та обговорення: Переважали хворі працездатного віку – групу у віці від 20 до 60 років склало 80 (64,0 %) хворих, при цьому у молодому віці – до 45 років - було 48 (38,4 %) хворих, що підкреслює соціальну значимість патології. Середній вік чоловіків складав (48,04±1,72) років; середній вік жінок складав (60,92±2,15) років. Факторами розвитку гострого некротичного панкреатиту у чоловіків були: аліментарний фактор – 32 (40,0 %) хворих, вживання алкоголю – 30 (37,5 %) хворих, жовчнокам'яна хвороба – 15 (18,75 %) хворих. У 2 (2,5 %) пацієнтів причиною захворювання були оперативні втручання на органах черевної порожнини, у 1 (1,25 %) – травма підшлункової залози. Факторами розвитку гострого некротичного панкреатиту у жінок були: жовчнокам'яна хвороба – 30 (66,7 %) хворих, аліментарний фактор – 9 (20,0 %) хворих, вживання алкоголю – 5 (11,1 %) хворих. У 1 (2,2 %) хворі причиною захворювання було оперативне втручання на органах черевної порожнини. Серед померлих чоловіків було 21 (61,7%), жінок – 13 (38,3%). Виявлено, що у всіх чоловіків фактором розвитку гострого некротичного панкреатиту було зловживання алкоголем, а у всіх жінок – жовчнокам'яна хвороба. Причиною смерті хворих була поліорганна недостатність.

Висновки: 1. Гострий некротичний панкреатит частіше розвивається у чоловіків працездатного віку 2. Найчастішою причиною розвитку гострого некротичного панкреатиту у чоловіків є зловживання алкоголем, а у жінок – жовчнокам'яна хвороба.

*Ситнікова А. С.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ

Гендерні стереотипи виявляється у публічній та приватній сферах життєдіяльності особистості. Вони мають соціально-психологічний характер, надаючи нормативний та інформаційний тиск на індивіда.

Одним із критеріїв репродуктивного здоров'я є спосіб або стиль життя молоді. Відтак спосіб та якість життя молоді (критерії оцінки якості життя) є сукупністю типових видів життєдіяльності спільноти, що розглядається у єдності із умовами життя, що й визначають її. Спосіб або стиль життя дозволяє поєднати загальні сфери життєдіяльності індивіда, а саме побут, працю, харчування, шлюбні та національні стосунки, фізичне виховання, культуру і освіту. Стиль життя спільноти або окремого індивіда віддзеркалює ціннісні орієнтування, особливості й мотивацію вчинків і поведінки в цілому, що зумовлюються складом, рівнем та якістю життя.

Сьогодні можна упевнено говорити про кризу, що охоплює інститут родини, сім'ї. Так, у молодіжній віковій групі найбільш чітко виявляються глибокі зміни й протиріччя між традиційними цінностями й сучасними орієн-

туваннями в системі шлюбно-сімейних відношень, у сфері репродуктивних установок й поведінці. В цілому до позитивних змін можна віднести демократизацію в системі сімейних відношень, розширення форм демографічної поведінки, модернізацію сфер життєдіяльності родини, внутрішньо-сімейну зайнятість та інші. Негативними аспектами є зниження кількості реєстрованих шлюбів, зменшення народжуваності й збільшення неповних сімей, де дитину виховує один із батьків, найчастіше матір. Найбільше знижується оформлення шлюбів саме серед молоді. В останні роки інтенсивно поширюється перереєстрований чи "неформальний шлюб". Отже, поряд із тим, що студенти, за результатами опитування, вважають важливим реєстрування шлюбу (72%), дедалі більше поширюються вільні відношення (13,4%). Цікаво, що більшість студенток (53%) вважають, що розлучення – це нормальне явище. Більше того, 32% студенток зазначають, що дитину можна виховати, не вступаючи у шлюб.

Саме з цим явищем пов'язана, особливість репродуктивної поведінки - зростання кількості позашлюбних народжень. Утім кількість позашлюбних народжень у сільській місцевості вище, ніж у місті. Цікаво, що з кількості дітей, що народжуються поза шлюбом, а потім реєструються за сумісним бажанням батьків у 2013 році – 38%, 2014 – 40,2%, що свідчить про поширеність громадянських шлюбів.

В цілому збільшення чисельності дітей, що народжуються поза шлюбом, зростання кількості розлучені, створюють умови задля збільшення "материнських родин", переважно у молодому віці. Це призводить до втрати міцності інституту сім'ї і як наслідок – поширення проблем, що торкаються усіх сторін життєдіяльності молодих громадян країни.

Занепокоєння викликає й той факт, що певна частина молодих людей зорієнтована на бездітність, це аргументується тим, що найбільших успіхів у досягненні високого економічного й професійного статусу досягають саме сім'ї, де немає дітей. Жінки серед основних причин небажання мати дітей найчастіше вказують високий ризик пологів, народження хворої дитини й можливе безпліддя одного з подружжя (34, 46,4 й 21,7%).

За даними опитування (студентів й студенток), лише 67% респондентів вважають, що кожна жінка повинна стати матір'ю. Отже, зниження мотивації до народження дітей є суттєвою загрозою втрати соціального смислу й значущості материнства й материнської поведінки у сучасного покоління молодих жінок. Також це можна оцінювати як несформовану з дитинства соціальну якість, що у новому поколінні спричинить ще більш негативні наслідки. Ситуація з жахливим збільшенням кількості "соціальних сиріт" – дітей без батьків, є підтвердженням цієї тенденції.

Й далі, важливим чинником, що впливає на особливості демографічної поведінки молоді, стали наслідки сексуальної революції. Дедалі більш суттєвими стають такі її прояви, як майже повна відкритість сексуальної сфери, очевидні подвійні стандарти у статевій моралі (особливо серед дівчат), толерантність до дошлюбних статеви зв'язків, комерціалізація сексу, прийняті як нормальні розмаїті сексуальні зв'язки, толерантне ставлення до гомосексуальності. Ці явища фактично стали атрибутом молодіжної субкультури.

Саме тому представники православної церкви, а також філософи, соціологи, медики, психологи, спеціалісти фізичної культури вважають, що у збереженні й укріпленні здоров'я молоді визначальними є духовність і мо-

ральність (мислення, багатий внутрішній світ), а також самостійність (віра у себе, власні сили, здатність довіряти власним почуттям). Повноцінна активна життєдіяльність – це, передусім, гармонія душі, тіла, розуму, тому моральне виховання (релігійне), естетичне, фізичне й інтелектуальне повинні поєднуватись. Отже, в процесі соціалізації важливо формувати здоровий спосіб життя, що сприяє становленню зрілої особистості.

*Смирнова В.И., Ащеулова Т.В., Амбросова Т.Н.
ХНМУ, ПБМ№1, ОББ*

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ НА УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Цель: изучение динамики уровня лептина на фоне терапии ингибиторами АПФ у женщин в постменопаузальным метаболическим синдромом.

Материалы и методы: включено 52 пациентки с АГ и постменопаузальным метаболическим синдромом среднего возраста 59,6 года с ИМТ 32,5 кг/м². С гипотензивной целью больным назначалось периндоприл 10 мг/сут или лизиноприл 10 мг/сут; при недостаточном эффекте добавляли гидрохлортиазид 12,5–25 мг; продолжительность лечения 16 недель. Оценивали уровень лептина, липидов крови (ХС, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, ТГ), показатели углеводного обмена (глюкоза, Hb1A, инсулин).

Результаты: оба ингибитора АПФ эффективно снижали АД, целевого уровня достигли 61%. Уровень лептина был значительно повышен до 27,5±5,5 нг/мл, а у пациенток с ожирением – до 37,45±7,0 нг/мл; после лечения составил 21,8±4,6 нг/мл (p<0,05), а у пациенток с ожирением снижение достигло 40%. В группе периндоприла отмечалось достоверное снижение уровней ОХ, ЛПНП и ТГ без значимых изменений показателей углеводного обмена. В группе лизиноприла отмечалось достоверное снижение ТГ и увеличение ЛПВП, а также снижение гликемии, Hb1A и уровня инсулина.

Выводы: лечение ингибиторами АПФ оказывает благоприятное влияние на дислипидемию и гипергликемию у женщин с постменопаузальным метаболическим синдромом, в основе которого лежит регулирующее действие на уровень лептина. 15% от исходного). Гипотензивный эффект достигнут у 80,0% больных 1-й группы и у 90,6% 2-й группы.

*Соколова І.І., Воропаєва Л.В., Томіліна Т.В., Герман С.І.
ХНМУ*

ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ЗМІН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЩЕЛЕП ТА ПАРОДОНТА

Гендерна медицина є відносно новим напрямком, що має відношення до біологічних й фізіологічних відмінностей між чоловіком і жінкою щодо перебігу різних захворювань та реакції організму на різні види лікування.

У полі зору фахівців опинились, у першу чергу, статеві особливості захворювань та відмінності їх проявів як основа для формування гендерних підходів до лікування [1].

Доведеним є факт участі статевих стероїдних гормонів у процесах ремоделювання кісткової тканини. Так, естрогени впливають на кісткову тка-

нину прямою й опосередкованою дією, яка проявляється в активації остеобластів, гнобленні остеокластів, а також завдяки впливу на кальцієвий обмін (сприяють усмоктуванню кальцію в шлунково-кишковому тракті й зменшенню його кісткової резорбції, відкладанню кальцію в кістковій тканині, стимулюють продукцію кальцитоніну щитовидною залозою й знижують чутливість кісткової тканини до паратгормону).

Гестагени також мають здатність стимулювати остеобласти й на конкурентній основі витісняють кортикостероїди з їхніх рецепторів у кістковій тканині.

Андрогени, виявляючи анаболічну дію на кісткову тканину, стимулюють біосинтез білка в остеобластах, а також ароматизуються в жировій тканині в естрогени.

В умовах дефіциту полових стероїдів, який має місце в менопаузі, процеси кісткової резорбції починають переважати над процесами ремоделювання кісткової тканини, що й приводить до розвитку системної остеопенії й остеопорузу [2]. Пародонтит у жінок в менопаузальний період може бути пов'язаний з такими змінами в організмі.

Таким чином, вікові та гендерні аспекти слід враховувати при виборі методів лікування пародонтиту.

Література:

1. Біловол О.М. Гендерна медицина: проблеми та перспективи / О. М. Біловол, О. М. Барна, К. І. Карпенко // Гендер. Екологія. Здоров'я. – Х.:ХНМУ, 2011. – С.19.
2. Перепечко В.М. Гендерные особенности стоматологического статуса у пациентов с соматической патологией: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. мед. наук / В.М. Перепечко. – Москва, 2011. – 73с.

*Стоян О.Ю., Соколова І.І.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ПАТОЛОГІЇ СКРЕНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ

Для людей різного віку, статі та соціального положення якість життя має різні аспекти стоматологічного здоров'я. До таких аспектів можна віднести стан скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), захворювання якого спричиняє значний біль, страждання, змінює раціон харчування людини, мову, негативно впливає на благополуччя людини і на сьогодення є одним із центральних питань сучасної стоматології. М'язово-суглобова дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба (МСД СНЩС) займає чи не найперше місце у розповсюдженості серед всіх патологій СНЩС та простежується її переважання у жінок різного віку. За даними різних авторів патологія СНЩС серед обстежених у жінок зустрічається в 79,5% [1].

МСД СНЩС належить до найбільш суперечливих захворювань, завдяки різноманітності клінічних проявів, патологічних змін. Поряд із актуальністю питань епідеміології та етіології МСД СНЩС, виникає проблема гендерної приналежності цієї патології. Звертає на себе увагу висока поширеність МСД в осіб молодого віку – від 27 до 76%, а серед дітей та підлітків – від 14 до 20% і серед них маніфестує жіноча стать. [2]

На протязі 12 років нами проводяться клінічні обстеження пацієнтів із МСД СНЩС. Із 320 обстежених переважають жінки фертильного віку – 286 осіб (89,4%). Відомо, що нормальна робота СНЩС безпосередньо залежить від стану хребта. Використання тактики всебічного обстеження з акцентом на наявність сколіотичної постави чи сколіоз дозволило виявити, що перевага знов була на боці жінок молодого віку від 18 до 35 років (237 осіб – 74%), і ступінь дисфункціональних у СНЩС явищ у них визначався як середній або важкий.

Враховуючи отримані результати можна стверджувати, що останні десятиліття простежується неухильне зростання кількості молодих пацієнтів із МСД СНЩС, в основному представниць жіночої статі. Бентежить той факт, що фактором, який стимулює зростання МСД СНЩС, є підлітковий остеохондроз, який призводить до порушення структур хрящової тканини хребта та поєднується із залученням до патологічного процесу скелетної мускулатури голови і шиї.

Питання виховання постави – невід’ємна частина процесу виховання як такого і є актуальним для всіх вікових груп, для всіх професійних і для всіх соціальних груп верст населення. Постава з одного боку залежить від матеріальної основи скелета, м’язів, а з іншого боку від механізму управління цією основою – від рухового стереотипу. Тобто постава, є похідною від рухового стереотипу. Масове захоплення дівчат, особливо підліткового віку, взуттям на високих підборах, або зовсім без таких, негативно впливає на розвиток нормальної постави. Стопи – "фундамент" тіла, а вади фундаменту,

які формуються за умов щоденного використання такого взуття, неминуче викликають перекіс всієї конструкції, порушують поставу і ходу людини, формують стереотип рухів, приводячи до болів в хребті і передчасного "зносу" суглобів, що особливо небезпечно в пубертатний період. Відомо, що раціональне взуття – це взуття зі шкіри з жорсткою підшовою, з добре фіксуючим п’ятку задником, з каблукком від 2 до 8см. Початкові елементи деформацій і функціональні недоліки стоп і постави закладаються в дитинстві і супроводжують людину в його доросле життя, в яке вона приходить із сформованою патологією СНЩС.

Можливо поява мережі закладів, так званих "fast food", де відсутня необхідність у повноцінній жувальній активності жувальних м’язів є стимулюючим фактором МСД СНЩС. Ініціаторами розвитку цієї патології СНЩС також можна назвати різні зміни з боку діяльності ЦНС (нервово-емоційне, фізичне напруження), парафункції жувальних м’язів. І всім цим факторам також більш схильна саме жіноча стать.

Тож, на перший погляд відсутність причин для розвитку даної патології, насправді криється в гіподинамії молодого населення у всіх аспектах життєдіяльності і саме у жінок. Ці питання є не стільки медичними скільки соціальними і, на нашу думку визначають достаню перспективність дослідження даної галузі стоматології особливо в гендерній площині.

Література

1. Манакова Я.Л., Дергилев А.П. Магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстных суставов в амбулаторной практике // RUSSIAN ELECTRONIC JOURNAL OF RADIOLOGY Том 2 №4 2012. – С.44. /– Режим доступа: <http://rejr.ru/volume/8/dergelev.pdf>

*Тертишна Т. Д., Бурлуцька Т. Л., Онипченко О. І.
КЗ "Харківська гуманітарно-педагогічна академія"*

АНОРЕКСІЯ ЯК ПРОЯВ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ

Студентські роки більшість вважає чи не найкращими роками у своєму житті. Саме за студентства кожен стає по-справжньому дорослою людиною, сам приймає рішення, вирішує власні проблеми. Але бувають ситуації, коли студенти не вирішують власні проблеми, а навпаки – створюють. Однією з таких проблем дослідники вважають розвиток анорексичних девіацій серед студентської молоді, зокрема ця проблема стосується жіночої частини студентства. Анорексія (від грецького "без апетиту") – захворювання, що характеризується критичним зниженням маси тіла. В основі цього лежить спотворене уявлення про власне тіло та змінене ставлення до процесу харчування.

Потрапляючи до великого міста та відриваючись від домашньої опіки дівчата починають створювати власний життєвий простір зі своїми поглядами та переконаннями, які іноді суперечать суспільним вимогам. Ці так звані "суперечності із суспільством" в науковому середовищі мають назву - девіації, але розглядаються в контексті не лише шкоди суспільному середовищу, але й як спосіб заподіяння шкоди власному здоров'ю. У гонитві за красою, ідеальним тілом та формами дівчата втрачають здоровий глузд та власноруч псують своє здоров'я та життя. Однією із таких молодіжних (жіночих) девіацій є анорексичні схильності, які найгостріше проявляються у молодіжному, зокрема студентському віці. Вивченням факторів, що спричинили цю тенденцію займаються вчені вже не одне десятиліття. Наприклад, дослідники з Медичної школи Університету Колорадо вважають, що великий обсяг мозку у дівчат-підлітків пов'язаний з підвищеним ризиком розвитку анорексії. Виявилось, що у дівчаток з анорексією острівцеві головного мозку був більше порівняно зі здоровими студентками. Цей відділ мозку проявляє активність при розпізнаванні їжі. Дівчата з проявами анорексії проживали суто в чоловічому середовищі, що дає можливість вченим припускати вплив гендерних переконань та аспектів на шляху до створення "ідеального тіла". Намагаючись сподобатись протилежній статі, дівчата втрачають контроль над власною свідомістю. У звіті, опублікованому в Британському журналі психіатрії (British Journal of Psychiatry), йдеться, що причини можуть бути різними: сезонні зміни температури, вплив сонячних променів, застудних інфекцій або дієта матері під час вагітності, або підсвідомий психологічний вплив чоловіків, які бажають бачити поруч із собою лише струнких дівчат, цим самим підштовхують їх на власне "самогубство". Однак не всі дослідники схильні поділяти цю думку: за їхніми словами, є низка інших факторів, що впливають на анорексичну девіацію студентства. Одним із цих

факторів і є гендерний. Засоби масової інформації та чоловічі вимоги, сформовані на їх підставі, є безжальними. Телепередачі та модні журнали, телевізійні реклами зводять чоловіків з розуму, які потім реалізують свій ідеал на своїх жінках, нав'язують "культ манекенниць", що спотворює уявлення про власне тіло. Тому дівчата, які знаходяться в суспільстві, що керується такими нормами, є частково приреченими до фізіологічних страждань. Вони постійно відчувають дискомфорт та невпевненість, соромляться власного тіла. Чоловічі вимоги до зовнішності дівчат щоденно набувають нових форм, що знову й знову провокує психічно нестійких дівчат до роздумів над власною ідеальністю, та наштовхує на необмірковані вчинки. Але був час, коли анорексичні форми не були ідеалом краси – період Великої Вітчизняної Війни та повоєнні роки. В ті часи ідеалом стає жінка з пишними формами, яка здатна виносити та народити дитину. Та цей період був недовготривалим. Незабаром до лав ідеальності повернулися анорексичні форми.

Отже, на сучасному етапі суспільного розвитку повинна проводитися профілактична робота з дівчатами-студентами, які дуже сильно піддаються комунікаційним провокаціям стосовно "модельної зовнішності", що в подальшому відобразиться на їхньому здоров'ї та можливості виконувати репродуктивні функції.

*Филатова Н.Д.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ В РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Сердечно-сосудистые заболевания остаются наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира и в XXI веке, несмотря на непрерывное совершенствование методов диагностики и лечения кардиологических больных. Важное место занимает инфаркт миокарда. Существуют ли гендерные отличия в развитии инфаркта миокарда?

Инфаркт миокарда имеет тендерные клинические особенности. У женщин превалирует. Имеет место большее представительство таких факторов риска, как артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа, метаболический синдром, отягощенная по сердечно-сосудистым заболеваниям наследственность, гипертрофия левого желудочка, нарушения психоземotionalного фона, что определяет неблагоприятный прогноз для лиц женского пола. Исследования выявили, что снижение насосной и сократительной функций сердца на фоне повышенной постнагрузки у женщин выше, чем у мужчин. Качество жизни больных инфарктом миокарда характеризует низкий уровень, который минимален у работающих пациентов трудоспособного возраста с высокими значениями тревоги и депрессии. Значимыми факторами, которые определяют низкое качество жизни больных инфарктом миокарда, являются возникновение ограничений на работе и в повседневной жизни, снижение заработной платы. При этом женщины чаще оценивают свою жизнь как неполноценную из-за болезни, которая лимитирует физическое, умственное и пищевое поведение. Среди мужчин в формировании низкого качества жизни отмечен приоритет таких факторов, как ограничения досуга, занятий спортом и половой жизни. У больных инфарктом миокарда выявлены протромбогенные изменения в сосудисто-тромбоцитарном звене в виде повышения агрегационного по-

тенциала крови. Различий в показателях гемостаза в зависимости от пола, расстройств депрессивного спектра не зафиксировано. Нарушения суточного циркадианного ритма встречаются у 88% больных инфарктом миокарда. Частота расстройств, их выраженность преобладают среди женщин, что нередко определяет их плохое самочувствие. Депрессивное расстройство у мужчин ассоциировано с тяжестью циркадианного амплитудного нарушения, а у женщин степень бимодального расстройства обусловлена выраженностью тревоги. У больных инфарктом миокарда распространенность депрессивных нарушений имеет гендерные особенности. Так, депрессия выявлена у 59% женщин, а у мужчин – в 21% случаев заболевания [См.: 1].

Можно сделать вывод, что женщины составляют большую часть в группе риска заболеть инфарктом миокарда.

Литература

1. Акимова Е.В., Гафаров В.В, Кузнецов В.А. Пятилетняя динамика основных факторов риска развития ишемической болезни сердца среди неорганизованного населения Тюмени // Терапевтический архив. – 2005. №9.– С. 31–35.

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

ГЕНДЕРНЫЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Актуальной проблемой медицины техногенного общества 21 века является проблема синдрома хронической усталости (СХУ), развитие которого связано с особенностями современной жизни населения крупных городов, типом жизни в развитых странах и неблагоприятной санитарно-экологической обстановкой, а также чрезмерной эмоционально-психической нагрузкой на современного человека. Данный синдром представляет собой гетерогенное патологическое состояние с большим количеством симптомов, часто связанных с дисфункцией нервной, эндокринной и иммунной систем.

Цель исследования: анализ гендерных особенностей группы пациентов с проявлениями СХУ.

Материалы и методы: Проведен анализ опроса 53 пациентов, с установленным диагнозом СХУ. Применяли оценочные критерии – наличие сопутствующей патологии, социальная активность, пол, подверженность и переносимость стрессовых ситуаций, воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды (химические вещества, которые содержатся в продуктах питания, бытовой химии, медикаментах), психоэмоциональные перегрузки, соблюдение режима труда и отдыха.

Результаты исследования: Установлены гендерные различия в исследуемой группе. Синдром хронической усталости наиболее часто встречался у пациентов в возрасте наибольшей профессиональной и социальной активности – от 25 до 50 лет. В гендерной структуре заболевших 75% составляли женщины.

Отмечено, что женщины более устойчивы к разнообразным видам стресса по сравнению с представителями противоположного пола. На фоне стресса у женщин чаще развиваются различные аффективные нарушения – реактивные депрессии, генерализованные тревожные и панические расстройства, психосоматические проявления при этом наблюдаются меньшие последствия для соматической сферы. У мужчин в 48% случаев имела место сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Они были более подвержены развитию инфекционных заболеваний по сравнению с женщинами, особенно на фоне астенизирующих воздействий, что может отчасти быть связано с половыми особенностями иммунных реакций.

Таким образом, отмечено, что мужчины более стойки в отношении развития психических расстройств, тогда как женщины более устойчивы в отношении сохранения соматического здоровья как в период действия стрессорного фактора, так и в период отдаленных последствий психотравмы. Аффективные нарушения, наблюдаемые у женщин в условиях стресса, могут вызывать нарушения в системе иммунитета и эндокринной системе и приводить к формированию синдрома хронической усталости.

*Христенко Я.А.
ХНМУ*

ПСИХОГИГИЕНА ПОЛА В КОНТЕКСТЕ ГЕНДЕРНОЙ ВОСПИТАННОСТИ

Психогигиена – область гигиены, разрабатывающая и осуществляющая мероприятия, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья человека. Элементы психической гигиены появились в жизни человека задолго до того, как произошла систематическая разработка принципов психической гигиены. Над необходимостью поддерживать собственное душевное здоровье и равновесие во взаимодействии с окружающим миром задумывались еще античные мыслители.

Вступая в область психогигиены пола, мы должны признать, что имеем дело, прежде всего с психологией пола как с функциональным органом, психической реальностью, не менее объективной, чем реальность биологического пола. Наиболее очевидна направленность психогигиены пола на формирование, поддержание и сохранение сексуального здоровья как комплекса соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального бытия человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность и способность к любви. Урбанизация, акселерация, научно-техническая революция, усложнение процессов воспитания, большая, чем прежде, автономия подростков и юношей от родителей, женское равноправие, большая доступность информации по вопросам пола и появление эффективных контрацептивов (противозачаточных средств) способствуют более раннему началу половой жизни и либерализации половой морали. Эти сдвиги отмечены всюду, где проводились систематические исследования. Правильное разъяснение вопросов половой жизни помогает преодолеть значительные трудности, связанные с половым созреванием, и предотвращает различные расстройства половые,

в частности некоторые девиации сексуальные. Половую роль понимают как систему средовых стандартов, предписаний, нормативов, ожиданий, которым человек должен соответствовать, чтобы его признавали представителем женского или мужского пола.

Особого внимания заслуживает изучение проблемы, связанной с результативностью процесса полового воспитания. Безусловно, анализ целеполагания как предвосхищение некоего образа завершенного действия, позволяет сделать вывод о том, что в качестве такого результата могут быть представлены: маскулинные и фемининные качества, адекватные нормам гендерной культуры половые роли, степень половой идентичности, толерантные отношения с представителями своего и противоположного пола и т.д. Однако отсутствие четких параметров (показателей, критериев оценки, уровней) результативности педагогического процесса во многом осложняет процесс решения исследовательских и воспитательных задач.

Анализ работ по проблемам полового (полоролевого, гендерного) воспитания показал достаточный уровень разработанности данной проблемы в отечественной педагогике. Одновременно он привел нас к осознанию ограниченности используемых средств и к необходимости обозначения феномена его результативности. В качестве такового мы рассматриваем гендерную воспитанность, как сложное личностное, генетически обусловленное и социально формируемое образование, проявляющееся в наличии знаний элементов гендерной культуры, интересе и потребности в адекватном проигрывании половой роли, социально одобряемом фемининном/маскулинном поведении, толерантном отношении к представителям своего и противоположного пола.

Чернецька Т.М.

*Національний технічний університет
"Харківський політехнічний університет"*

ФОРМУВАННЯ ГЕНДЕРНОВІДПІДАЛЬНОГО ВИКЛАДАННЯ У СУЧАСНОМУ ВНЗ

У новому Законі України про вищу освіту серед основних завдань вищого навчального закладу згадується створення необхідних умов для реалізації учасниками освітнього процесу їхніх здібностей і талантів [1]. Не підлягає сумніву той факт, що учасниками освітнього процесу виступають як жінки, так і чоловіки, тому це завдання латентно включає в себе створення гендерночутливого середовища у виші, яке б враховувало потреби представників обох статей і надавало їм можливості самореалізації.

Одним із компонентів гендерночутливого середовища, на наш погляд, виступає гендерновідповідальне викладання. На жаль, викладачі вишів часто несвідомо транслюють в аудиторії патріархатні настанови та гендерні стереотипи, тому, вважаємо, актуальним є просування гендерновідповідального викладання.

Гендерновідповідальним ми будемо називати викладання, яке приділяє увагу специфічним потребам жінок і чоловіків у процесі навчання та інтегрує гендерний підхід у процесі планування і проведення аудиторних занять, управління навчальними групами та оцінювання студентів [2].

Гендерновідповідальне викладання вбирає в себе наступні компоненти:

1. Використання гендерночутливих навчальних матеріалів, у тому числі підручників. Більшість підручників, які використовуються в навчанні, несуть у собі гендерні стереотипи: жінки в них змальовуються слабкими, вони виконують підтримуючі ролі, у той час як чоловіки обіймають керівні посади, виступають лідерами і досягають успіху.

2. Вживання гендерночутливої мови в аудиторії: використання фемінітивів (студент/студентка, викладач/викладачка, професор/професорка тощо), уникнення гендерних стереотипів на кшталт "хлопці легше оволодівають інженерними професіями", "дівчата бажають якнайскоріше укласти шлюб і кар'єра для них не важлива" тощо.

3. Організація фізичного простору аудиторії: змішане розміщення студентів і студенток, адекватний розмір столів і стільців, особливо в лабораторіях, розміщення полиць на доступній висоті, гендерночутливий візуальний ряд на стінах тощо.

4. Гендерночутлива взаємодія в аудиторії між студентами та між викладачем і студентами: поведінка (вербальна і невербальна), жести, пози, зовнішній вигляд присутніх в аудиторії не повинні бути образливими чи принизливими для представників будь-якої статі, і студенти, і студентки повинні рівною мірою бути залучені до всіх форм діяльності (постановки питань, участі в дискусії, презентації групової роботи тощо).

5. Створення атмосфери в аудиторії, яка є непримиренною до будь-яких форм сексуальних домагань і сексуально забарвленої поведінки. Викладачі мають не лише контролювати власну поведінку, а й припиняти поведінку студентів, яка може привести до сексуальних домагань.

6. Оцінювання успіхів студентів повинно бути вільним від гендерних стереотипів і упереджень.

Провідну роль у формуванні гендерновідповідального викладання може і має відігравати керівництво вишів, а саме: організовувати тренінги з гендерновідповідального викладання для викладачів, встановлювати і впроваджувати правила і процедури, що сприяють поширенню гендерновідповідального викладання, здійснювати моніторинг їх застосування, залучати до керівних органів вищого навчального закладу експертів з гендерних питань.

Використані джерела:

1. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1556-18/page2>
2. Gender Responsive Pedagogy: A Teacher's Handbook / By Penina Mlana, Marema Dioum, Herbert Makoye, Lornah Murage, Margaret Wagah and Rose Washika (2005).

*Чумаченко Т.А., Корженко Д.А.
ХНМУ*

ГЕДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ

В Украине отмечается концентрированная стадия эпидемии ВИЧ-инфекции, случаи регистрируются в основном в группах риска. Частота распространенности ВИЧ среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), составила 8,6 % в 2009 г. и 5,9 % в 2013 г. (обследовано 8100 МСМ).

Наряду с биологическими и поведенческими особенностями МСМ, важную роль в формировании уязвимой группы играют гендерные факторы. Традиционные гендерные нормы, господствующие в обществе, жестко закрепляют гендерные роли мужчин и женщин, что сопровождается гомофобией, стигматизацией, притеснением и дискриминацией МСМ. Медицинские работники, к которым обращаются МСМ, намеренно или ненамеренно могут выражать неодобрение по поводу сексуальной ориентации МСМ. Такое поведение может варьировать от невербальных жестов до пренебрежительных замечаний или насмешек, поэтому МСМ избегают открытого обсуждения своей сексуальности и перестают обращаться за медицинской помощью. Под давлением общества МСМ могут вступать в гетеросексуальные браки. По результатам исследований, проведенных в Харьковской области, выявлено 2,5 % женатых МСМ. Женщины, вступающие в сексуальную связь с МСМ, становятся "мостиками" между уязвимыми группами поведенческого риска и населением в целом, что повышает риск перехода концентрированной стадии эпидемии в генерализованную. Исследования показали, что МСМ, которые подвергаются дискриминации и преследованиям, насилию и угрозам со стороны членов семьи и других людей более склонны к рискованному сексуальному поведению, такому как незащищенный анальный секс, опасность которого в 10 раз выше в плане заражения ВИЧ, чем незащищенного вагинального контакта. Биоповеденческие исследования, проведенные в Харьковской области, показали, что более половины респондентов не использовали презервативы при последнем половом контакте. Находясь в ситуации насилия, преследования и дискриминации МСМ для снятия напряжения употребляют наркотические вещества, что приводит к наслоению нового фактора риска инфицирования ВИЧ среди МСМ.

МСМ имеют большое количество половых партнеров. В Харьковской области анкетирование МСМ показало, что 11,2 % мужчин практиковали коммерческий гомосексуальный секс как постоянную работу, 9,6 % мужчин – как временную работу, для 18,4 % мужчин последний половой партнер не был постоянным. Из-за стигмы и дискриминации МСМ не могут получить важную информацию по профилактике ВИЧ, тестированию и помощи. ВИЧ-инфицированные МСМ подвергаются двойной стигматизации, что препятствует локализации эпидемических очагов и приводит к дальнейшему распространению инфекции. Считается, что услуги по профилактике ВИЧ получают менее одного из десяти МСМ по всему миру.

Таким образом, проведение профилактических программ в отношении ВИЧ-инфекции без учета гендера может породить гендерную несправедливость в виде разной доступности к достоверной информации и медицинским услугам по профилактике, тестированию, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции в уязвимых группах МСМ. Для противодействия дискриминации и улучшения доступа к профилактическим программам необходимо гендерное равенство, все люди имеют свободу выбора, неограниченного стереотипами, предрассудками и жестко закрепленными гендерными ролями. Для улучшения эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции и предотвращения перехода концентрированной стадии эпидемии в генерализованную целесообразно в системе эпидемиологического надзора за ВИЧ-

инфекцией предусмотреть соблюдение гендерной справедливости для всех уязвимых по ВИЧ групп населения, для чего необходимо разработать специальные программы и планы. Интегрирование гендерных концепций в систему эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией позволит стабилизировать эпидемическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в Украине.

*Чхеайло І. І.¹, Чхеайло А.А.²
ХНАДУ¹, ХІБС УБС НБУ²*

СТАЛИЙ РОЗВИТОК У ГЕНДЕРНОМУ АСПЕКТІ

На початку третього тисячоліття людство шукає шляхи реалізації інтеграційної моделі сталого розвитку. Перехід до сталого розвитку став об'єктивною необхідністю, значення якої не викликає сумнівів. Прийняті міжнародні документи та стратегія сталого розвитку "Україна-2020" [1] остаточно визначили намір усього людства і українців в тому числі перейти до такої парадигми розвитку, у якій центральне місце займає людина, а ключовими цілями є інтенсивний і збалансований розвиток економіки та відповідальне управління навколишнім природним середовищем.

Місце, яке займе кожна країна у світі у найближчій історичній перспективі, буде визначатися насамперед результатом її власних зусиль, ступенем наукової обґрунтованості та виваженості її вибору у взаємозалежному світі. Україна, як і інші країни світу, має свої специфічні проблеми розвитку, які вимагають термінового вирішення, і свої власні можливості їхнього вирішення.

Україна переходить в нову епоху історії і Український народ отримує унікальний шанс побудувати нову Україну. Ратифікувавши Угоду про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони Україна отримала інструмент та дороговказ для своїх перетворень. Виконання вимог цієї Угоди дає можливість Україні в подальшому стати повноцінним членом в Європейському Союзі. Такими вимогами є відповідність Копенгагенським критеріям – параметрам, яким мають відповідати держави – члени Європейського Союзу [1].

Наша країна може забезпечити сталий розвиток винятково шляхом ефективного використання всіх видів своїх ресурсів і активізації ролі кожної окремої людини у суспільстві, забезпечення соціальної справедливості та гендерної рівності, ефективної зайнятості та екологічної безпеки. Включення гендерного компоненту у стратегію сталого розвитку є необхідною умовою, що відповідає Конституції України і велінню часу.

Сталий розвиток і гендерну рівність сьогодні варто розуміти в єдиному соціокультурному контексті. Ідея гендерної рівності та співробітництва статей, їхньої згоди та взаєморозуміння здобуває загальнопланетарну значимість, стає умовою і передумовою сталого розвитку. Мова йде про можливість включення у повноцінне соціально-економічне та політичне життя тієї половини роду людського, котра тисячоліттями вважалася другосортною.

Гендерний дисбаланс перешкоджає формуванню повноцінних типів соціальної діяльності, що враховують досвід обох статей. Так, обмежена участь жінок у політичному житті, відсторонення жінок від влади на будь-якому рівні

буде обмежувати ефективність держави та її політиків. Адже жінки здатні привнести в політику інший комплекс критеріїв, відкрити нові перспективи в політичному діалозі, змінити традиційний стиль управління під кутом зору більшого взаємопорозуміння, погодженості дій і гуманістичних орієнтирів.

І нарешті, найважливіше, жінка як матір формує майбутнє покоління – від її освіченості, соціального статусу та здоров'я залежить, яким буде людство в найближчому майбутньому.

Отже, сталий розвиток у гендерному аспекті це не тільки звільнення від негативних соціально-економічних характеристик – злиденності, хвороб, недоїдання, неучтва. Насамперед, це – позитивне коло проблем: створення таких соціальних інфраструктур, які б сприяли створенню умов для особистісного самовиявлення кожної людини – будь то чоловік чи жінка, з рівним доступом до економічних, політичних, освітніх ресурсів, до можливостей виражати свої інтереси та досягати своїх життєвих цілей.

Література

1. Указ президента України №5/2015 "Про стратегію сталого розвитку "Україна-2020"[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua>

*Шевченко О.С., Калмикова І.М., Овчаренко І.А.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНИЙ АНАЛІЗ ХВОРИХ НА АКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2014 РІК

Вивчення гендерних особливостей серед хворих на активний туберкульоз у Харківській області представляє інтерес, адже, незважаючи на наявну тенденцію до зниження показників загальної захворюваності на туберкульоз серед дорослого населення області, проблема туберкульозу у регіоні все ще залишається не вирішеною.

Метою даної роботи був аналіз розподілу хворих з туберкульозом за віком і статтю при його різних нозологічних формах. Робота проведена на основі аналізу статистичних даних захворюваності на туберкульоз дорослого населення у Харківській області.

У 2014 році в Харківській області було зареєстровано 1083 випадки захворювання на активний туберкульоз. З них, 776 (72%) випадків – це чоловіки, 307 (28%) – жінки. За віком розподіл серед чоловіків був таким: 18–24 роки – 7%; 25–34 роки – 26%; 35–44 роки – 24%; 45–54 роки – 23%; 55–64 роки – 14%; 65 і > років 5%. Жінки розподілились наступним чином: 18–24 роки – 10%; 25–34 роки – 30%; 35–44 роки – 25%; 45–54 роки – 14%; 55–64 роки – 11%; 65 і > років 10%. Серед усіх захворілих на туберкульоз діагноз вперше діагностований туберкульоз був встановлений 904 (83%) хворим, серед них 641(71%) хворий – це чоловіки, жінки склали 263(29%) особи. За віком розподіл був наступним: чоловіки 18–24 років – 8%; 25–34 років – 28%; 35–44 років – 23%; 45–54 років – 23%; 55–64 років – 13%; 65 і > років 5%. Жінки розподілились наступним чином: 18–24 роки – 11%; 25–34 роки – 29%; 35–44 роки – 24%; 45–54 роки – 14%; 55–64 роки – 12%; 65 і > років 10%. Випадки рецидиву туберкульозу встановлені у 179 (17%) особи, з них

135 (75%) – це чоловіки, а 44 (25%) – жінки. Відповідно, за віком розподіл був наступним: чоловіки 18–24 років – 3%; 25–34 років – 17%; 35–44 років – 29%; 45–54 років – 27%; 55–64 років – 20%; 65 і > років 8%. Кількість жінок хворих на рецидив туберкульозу була наступна: 18–24 роки – 2%; 25–34 роки – 43%; 35–44 роки – 23%; 45–54 роки – 14%; 55–64 роки – 7%; 65 і > років 11%.

На активну форму туберкульозу легенів у 2014 році захворіли 1011 осіб, що складає 93% від усіх захворілих. Серед них чоловіків було 736(73%) осіб, жінок – 275 (27%) осіб. За віком розподіл був наступним: чоловіки 18–24 років склали 7%; 25–34 років – 26%; 35–44 років – 24%; 45–54 років – 23%; 55–64 років – 14%; 65 і > років 5%. Розподілились за віком серед жінок був наступним: 18–24 роки – 10%; 25–34 роки – 32%; 35–44 роки – 24%; 45–54 роки – 12%; 55–64 роки – 12%; 65 і > років 10%. Позалегеновий туберкульоз мали 63(6%) хворих. З них 33(52%) складали чоловіки, інші 30 (48%) осіб були жінками. За віковою ознакою серед чоловіків розподіл був наступним: 18–24 роки – 18%; 25–34 роки – 22%; 35–44 роки – 30%; 45–54 роки – 9%; 55–64 роки – 15%; 65 і > років 6%. Жінки розподілились наступним чином: 18–24 роки – 10%; 25–34 роки – 17%; 35–44 роки – 23%; 45–54 роки – 25%; 55–64 роки – 7%; 65 і > років 20%. Ще 9 (1%) хворих мали генералізований (міліарний) туберкульоз. З них 7 (78%) хворих були чоловіками, інші 22% – це 2 хворі жінки віком 45–54 роки(100%). Чоловіки ж за віком розподілились наступним чином: 18–24 роки – 0%; 25–34 роки – 14%; 35–44 роки – 14%; 45–54 роки – 43%; 55–64 роки – 14%; 65 і > років 14%.

Ко-інфекція ВІЛ-туберкульоз була у 80(7%) осіб. З них 51(64%) хворий – це чоловіки, та 29(36%) – жінки. За віком розподіл серед чоловіків був наступним: 18–24 роки – 0%; 25–34 роки – 33%; 35–44 роки – 47%; 45–54 роки – 18%; 55–64 роки – 2%; 65 і > років 6%. Жінки 18–24 років – 0%; 25–34 років – 28%; 35–44 років – 45%, 45–54 років – 27%; 55–64 років – 0%; 65 і > років 0%.

Таким чином, серед усіх проаналізованих нозологій переважна більшість хворих (72–78%) склали чоловіки. Лише у хворих з ко-інфекцією ВІЛ-туберкульоз відсоток захворілих чоловіків нижчий при інших нозологічних формах, та складає 64%, у жінок відповідно він вищий – 36%.

Також хворі на поза легеновий туберкульоз чоловіки та жінки розподілились майже однаково: відповідно 52 та 48 відсотків. За віком, більшість хворих належала до осіб віком від 25 до 54 років. При деяких нозологічних формах, вони складали абсолютну більшість (ко-інфекція ВІЛ-туберкульоз серед обох статей, та міліарний туберкульоз серед жінок).

Шульга І. М.

*Тернопільського національного педагогічного
університету імені Володимира Гнатюка*

ГЕНДЕРНИЙ ПІДХІД У СТВОРЕННІ ОЗДОРОВЧОГО СЕРЕДОВИЩА У ДОШКІЛЬНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Визнання пріоритету охорони життя, збереження, зміцнення і формування фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я дітей дошкільного віку, створення безпечного середовища є одним із найважливіших

завдань дошкільної освіти згідно чинних нормативно-правових документів України (стаття 24 Конституції України, Закони України "Про освіту", "Про дошкільну освіту", Національна доктрина розвитку освіти України у XXI ст., Базовий компонент дошкільної освіти (БКДО), Базова програма розвитку дитини дошкільного віку "Я у Світі" тощо).

Гендерний підхід в дошкільній освіті передбачає створення умов для максимальної самореалізації і розкриття здібностей дівчаток і хлопчиків в процесі педагогічної та батьківсько-дитячої взаємодії. Як підкреслює Президент НАПН України В. Кремень у праці "Філософія людиноцентризму в стратегіях освітнього простору": "Дитиноцентризм на загальноосвітньому рівні стверджує не "показушне" гасло "Усе краще – дітям!", а погляд на дитинство як повноцінне життя людини, на дитину як повноцінну особистість, рівноправного члена суспільства, визнає її індивідуальність і створює необхідні умови для її становлення і розвитку. На принципах інноваційності і дитиноцентризму має будуватися вся освітня діяльність, вся система відносин у суспільстві, ставлення дорослих до дітей". Мова йде про визнання самоцінності дитинства, особистісно-орієнтоване навчання і виховання, реалізацію культуротворчої функції в новій, розвивально-освітній парадигмі, системний підхід до гендерної соціалізації дитини на засадах гуманізму та демократизму (Г.Балл, І.Бех, А.Богуш, М.Боришевський, В.Васютинський, О.Вовчик-Блакитна, Т.Говорун, С.Гончаренко, Л.Долинська, І.Загарницька, Н.Ничкало, В.Котирло, О.Кононко, В.Кравець, О.Кікінежді, В.Кузьменко, С.Ладивір, С.Максименко, Р.Павелків, Т.Піроженко, Т.Поніманська, Ю.Приходько, О.Сухомлинська, О.Савченко, Т.Татенко, Т.Титаренко, С.Тищенко та ін.).

У контексті людиноцентричної парадигми актуалізується проблема пошуку нових підходів, зокрема гендерного та валеологічного, у освітньо-виховний простір дошкільля, спрямованих на підтримку індивідуального розвитку дівчаток і хлопчиків та їх творчого самоздійснення у різних сферах життєдіяльності як майбутніх громадян української держави.

Вчені наголошують на взаємозв'язок гендерного та особистісно-орієнтованого підходів як основи гуманізації навчально-виховного процесу, зокрема: "Гендерний підхід у педагогіці й освіті – це індивідуальний підхід до прояву дитиною своєї ідентичності, дає більшу свободу вибору і самореалізації, допомагає бути достатньо гнучкою і вміти використовувати різні можливості поведінки" (В. Кравець); "Особистісно-орієнтований підхід до виховання у нинішньому його варіанті певною мірою ґрунтується на методологічних принципах західної гуманістичної психології: самоцінності особистості, глибокої поваги та емпатії до неї, врахування її індивідуальності тощо" (І. Бех). Науково-практичну значущість мають сучасні дослідження з проблеми створення здоров'язбережувального середовища для дітей дошкільного віку (Т. Андрущенко, Т. Бабюк, Т. Бойченко, Н. Денисенко, О. Дубогай, Л. Лохвицька, Н. Семенова та інші).

Настанови гуманістичної педагогіки є засадничими у розробці та впровадженні гендерно-освітніх технологій для формування здоров'язбережувальних і гендерних компетентностей у старших дошкільників (В. Сухомлинський, Г. Ващенко, С. Русова, А. Макаренко, К. Ушинський та ін.). Унікальність "гендерної матриці" української педагогічної спадщини полягає у

створенні оздоровчого, культуротворчого соціуму для розвитку ідей сучасного гендерного виховання у дошкільних закладах, побудованих на таких принципах як принцип рівності, діалогічного спілкування, спільна участь дорослих і дітей в організації життя групи, які забезпечують рівні можливості хлопчиків та дівчаток, бо орієнтовані на кожную дитину як на індивідуальність.

*Щербина Н.Ю., Рудова М.И., Огнева Л.Г.
ХНМУ*

УРБАНИЗАЦИЯ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ УКРАИНЕ

Интенсивная урбанизация как процесс коренных изменений в образе и условиях жизни большинства населения страны не могла не повлиять на здоровье и жизнь людей. Раньше большинство людей жило и работало в сельской местности, но в последние годы все больше населения в поисках работы и лучших шансов на будущее устремляется в города, где на них влияют отрицательные факторы урбанизации, такие как малая подвижность населения, ускоренный ритм жизни, шум, огромное число раздражителей. Женщины имеют равные права с мужчинами в получении образования, владении жильем, землей и прочей собственностью, они могут быть избраны в представительные органы власти и участвовать в управлении на всех уровнях власти.

Женщины с давних пор были не равны в правах с мужчинами, их считали слабее, глупее и менее выносливыми. Ситуация в независимой Украине была несколько улучшена полным закреплением равных прав женщин и мужчин в законодательстве. Женщины имеют равные права с мужчинами в получении образования, владении жильем, землей и прочей собственностью, они могут быть избраны в представительные органы власти и участвовать в управлении на всех уровнях власти, но в последнее время в связи с изменением социальных и экономических условий гендерные проблемы приобрели новые черты.

Традиционно женщины работали в сфере услуг, но с недавних пор их доля в этой сфере хазяйства сократилась. Торговля, страхование, финансовая и кредитная деятельность стали зонами приложения мужского труда, поскольку заработная плата в них стала более высокой. Эти причины отражаются на выборе профессии женщин и соответственно на их заработной плате. В Украине у бедности женское лицо. Самыми бедными в Украине являются одинокие женщины и женщины пенсионного возраста.

Адаптационные механизмы человека не поспевают за быстрыми изменениями окружающей среды. Все это влечет за собой нарушение естественных биоритмов организма, увеличение психической и эмоциональной нагрузки, стрессовые состояния и является причиной около 20% заболеваний нервной и сердечно-сосудистой систем. В большинстве своем таким воздействиям подвержены женщины, так как на них лежит ответственность не только за работу, но и за семью.

В сложившейся ситуации, надо находить методы улучшения жизнедеятельности женщин: обеспечить в городе максимальную территориальную доступность от места жительства объектов социальной сферы.

ДЕСКРИПТИВНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТРИВАЛОСТІ ПЕРІОДУ МІЖ ЧЕРГОВИМИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЯМИ ЗА КОНТИНГЕНТАМИ ПАЦІЄНТІВ

Тривалість стаціонарного лікування вважається основним детермінантом витрат на стаціонарну допомогу, яка, в свою чергу, споживає найбільше ресурсів, виділених на лікувало-профілактичну галузь медицини. З такої перспективи менші утилізації поза-стаціонарної допомоги і відстрочення повторного використання стаціонарної робить збільшення тривалості стаціонарного лікування – економічно виправданим.

Як критерій якості стаціонарного лікування ми обрали тривалість періоду між черговими госпіталізаціями. Такий критерій є еквівалентом ризику повторної госпіталізації і використовується як прокси для захворюваності. Звідси очікується зв'язок між тривалішим перебуванням пацієнта у стаціонарі і меншим ризиком повторної госпіталізації за умови, якщо триваліше перебування забезпечує додаткову якість лікування. Фактично виявлення такого зв'язку є підтвердженням гіпотези, яка впливає з теоретичної економетричної моделі поведінки лікаря. Для змістовнішої інтерпретації даних та пов'язаних результатів тестування гіпотези ми вивчили розподіл ТПМГ (тривалість періоду між госпіталізаціями) за контингентами пацієнтів.

Перш за все це розподіл ТПМГ за тривалістю перебування у стаціонарі, так як основна гіпотеза передбачає їх залежність. Середні значення ТПМГ дійсно збільшуються при збільшенні тривалості перебування пацієнта у стаціонарі від 513 днів до 583 днів.

Не очікуваним виявилось і те, що після лікування завідувачем відділення терміни ТПМГ виявились коротшими (відповідні середні 537 днів проти 572 днів за лікуючого лікаря-ординатора). Так як це питання є важливим, ми вивчили розподіли випадків за станом важкості при госпіталізації в залежності від первинності епізоду госпіталізації в цілому та окремо випадків, пролікованих завідувачем відділення. Зокрема, з'ясувалось, що після лікування завідувачем відділення терміни ТПМГ виявились коротшими (відповідні середні 537 днів проти 572 днів за лікуючого лікаря-ординатора). У разі лікування завідувачем ТПМГ при наступній госпіталізації з тієї ж причини було меншим на 9,7%.

Змістовний розподіл значень ТПМГ і у розрізі зайнятості пацієнтів. Так, зайняті особи відрізнялись найдовшою середньою ТПМГ (717 днів) та найбільшим значенням медіани (828 днів). За ними ідуть студенти (відповідно 653 днів та 742 дні). Безробітні, пенсіонери та інваліди проявили виразно менші ТПМГ як за середніми. Якщо розглянути ефекти діагнозів на ТПМГ, з'ясується, що чим менша госпіталізована захворюваність з даної причини, тим менше вона скорочує ТПМГ і, відповідно, менше конкурує з попередньою причиною госпіталізації.

За функцію щільності розподілів конкурентних базових ризиків ми обрали розподіл Вейбулла як найбільш гнучкий параметричний варіант. Для тестування основної гіпотези використана модель конкурентних ризиків. Наступна госпіталізація може відбуватися з тієї ж причини, що і попередня, або ж з іншої, що попереджує і змінює шанси чергової госпіталізації з тієї ж

причини. Крім того, у зв'язку з летальністю (94 випадки на масиві спостережених пацієнтів) ми ввели ще один конкурентний ризик – ризик термінальної події. Результати тестування основної гіпотези стверджують, що у разі наступної госпіталізації з тієї ж причини, що була здійснена попередня, ефект виявився достовірним: значення тестової статистики $Z_1=1,957$; $p_1=0,025$. З величини ефекту $\theta_1=1,024$ зрозуміло, що кожний додатковий день перебування у стаціонарі при вирівнянні на вихідні, місяць, діагноз та інші змішувальні фактори, забезпечував приріст ТПМГ на 2,5%. Експериментальні дані засвідчили, що у разі наступної госпіталізації з іншою причиною, ніж була здійснена попередня, ефект втрачає достовірність $Z_2=0,128$; $p_2=0,449$. Таким чином, експериментальні дані підтримують основну гіпотезу. Із збільшенням тривалості перебування пацієнта у стаціонарі за конкретної ситуації дійсно зростає його якість, яка простежується на клінічних наслідках, зокрема збільшується ТПМГ.

Ярош Я.О.

Українська військово-медична академія, м. Київ

ВПЛИВ СТРОКУ НЕСЕННЯ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ НА РОЗВИТОК СУДИННО-ДИСТОНІЧНИХ ДЕРМОГРАФІЧНИХ РЕАКЦІЙ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ СТРОКОВОЇ СЛУЖБИ

Несення військової повинності відноситься до одного із екстремальних різновидів діяльності, що пов'язано з особливостями її регламенту, а нерідко ще й з вітальною загрозою, які сприяють розвитку мобілізації високого рівня тривалої психоемоційної напруженості. Передусім це відноситься до військовослужбовців строкової служби, на психоемоційний стан яких впливає ще й низка додаткових чинників: недостатня підготовленість до служби у фізичному і психологічному відношенні, гормональна юнацька перебудова, а відтак низька спроможність до адаптації в новому для себе соціумі, екзогенні (побутові, соціально обумовлені, вимоги командирів тощо) та ендогенні (тривожно-умоглядні переживання, ностальгії, тощо) стрес-фактори та інше. Одним із об'єктивних клінічних ознак змін психоемоційного стану є аналіз супроводжуючих їх розладів дермографічних судинно-дистонічних реакцій, які виникають внаслідок вивільнення автономної діяльності відповідних судинорегулюючих структур гіпоталамічної області (ГО) при ослабленні гальмівних впливів кори головного мозку, а відтак і функціонування вегетативних сегментарних спинного.

Метою роботи було дослідити вплив часу несення військової повинності на частоту і особливості клінічних проявів дермографічних судинно-дистонічних розладів у військовослужбовців строкової служби в динаміці з можливим визначенням механізмів розвитку вказаних сегментарних ангіодистонічних реакцій. Дослідження були проведені на 190 військовослужбовцях 1-ї половини строку служби (1-а група), і з цього ж контингенту 156-и 2-ї (2-а група) по загально прийнятій методиці аналізу проявів дермографізму. Встановлено, що вегетативно-судинні дистонічні порушення у перших мали місце в 75,7±1,6% випадків, а у других зросли до 87,2±5,3%. За цього, в обох гуртах переважали симпатикотонічні (СТ) реакції, з їх явним зростанням в 2-му гурті (60,4±8,1% і 77,9 ±7,0%), над парасимпатикотонічни-

ми (ПСТ) ($39,6 \pm 8,1\%$ і $22,1 \pm 7,0\%$) і, поза залежності від різновидів цих реакцій, мало місце зростання частоти виявлення змішаних проявів останніх (при СТ - $40,5 \pm 10,5\%$ і $50,0 \pm 9,6\%$; ПСТ - $42,1 \pm 13,1\%$ і $60,0 \pm 18,3\%$) та з елевацією шкіри, як крайньої виразності судинних змін, що супроводжується плазморагією ($40,0 \pm 16,8\%$ і $45,3 \pm 13,7\%$; $29,2 \pm 19,2\%$ і $66,7 \pm 22,4\%$ відповідно). Отримані результати вказують, що строк несення військової повинності суттєво впливає на психоемоційний стан військовослужбовців. Про це свідчить дисрегуляційні зміни функцій судинокоригуючих структур ГО, передусім задніх і за меншого ступеню передніх її полів. Оскільки перші забезпечують виразність СТ реакцій, то переважання частоти їх виявлення та ще й чітке її зростання, в т.ч. з елевацією шкіри, є відображенням дії значних стресових тривало діючих ситуацій, за чого набуває високого ступеню напруженості симпатoadреналова система, а отже перебіг ерготропних процесів організму, які обумовлюють його мобілізацію.

Виразність ПСТ реакцій, як відтворення функційного переважання передніх полів ГО, з урахуванням частоти виявлення осіб з такими порушеннями, вказує на дію надпорогових стресових чинників, що призводить до падіння напруженості симпатoadреналової системи, внаслідок її астенизації, а відтак переважання ваго-інсулярної, як складової трофотропних процесів. За змішаних реакцій, а особливо в поєднаннях з елевацією шкіри, має місце відправна дисорганізація обох полів ГО, як відображення внутрішнього психоемоційного конфлікту особистості за інертності збудливих процесів, а отже і адаптаційних можливостей з огляду реціпрокності ерготропних і трофотропних відправ організму.

ЧАСТИНА 2

*Guzhva A.A., Paymina I.S., Karnaukh E.V.
KhNMU*

GENDER DIFFERENCES IN DRUG'S PHARMACOKINETICS

The physiologic differences between men and women play an important role in disease prevalence and outcomes. For example, women are more likely than men to develop cataracts, depression, hepatitis, irritable bowel syndrome, migraines, multiple sclerosis, rheumatoid arthritis, and thyroid dysfunction. Men are more likely to experience myocardial infarction. Despite the increased susceptibility to many diseases, women consistently live longer than men. Gender differences also have important implications for drug activity, including pharmacokinetics, which can affect the dosages of medications with narrow therapeutic indices.

Variations in gastrointestinal motility, gastric pH, and enzymatic activity affect the absorption of oral drugs. Women secrete less gastric acid and tend to have slower gastrointestinal transit times than men. Because of this, drugs that require an acidic environment for absorption may have lower bioavailability in women. This can hinder a medication's effectiveness unless it is administered with an acidic beverage.

A prolonged gastrointestinal transit time can diminish the absorption of medications such as metoprolol, theophylline, and verapamil. One study found that the absorption of enteric-coated aspirin was delayed in women following a meal. Therefore, women should wait longer after eating before taking medications that must be administered on an empty stomach. Examples of these medications include ampicillin, captopril, cilostazol, demeclocycline, felodipine, levothyroxine, loratadine, and tetracycline.

The absorption of alcohol also differs between men and women. After consuming the same concentration of ethanol, women will have a higher blood alcohol level than men. This difference in absorption and bioavailability is caused by enhanced activity of the gastrointestinal enzyme alcohol dehydrogenase, which produces faster ethanol degradation in men.

*Алексеевко А.П.
ХНМУ*

МУЖСКОЕ И ЖЕНСКОЕ: ТРАНСФОРМАЦИЯ РОЛЕЙ В УКРАИНЕ

Современная военно-политическая ситуация в Украине по-новому поставила многие акценты в жизни людей, начиная от их духовного единения и заканчивая трансформацией мужских и женских ролей.

В новых реалиях в Украине можно говорить не только о гармонии мужского и женского начала, но и об их обмене ролями, когда женщина, прекрасно справившись со своей задачей, получает новые вызовы – мужские заботы, оставаясь при этом женщиной. Другими словами, она, будучи тер-

пимой, терпеливой и простой, становится дополнительно, по-мужски активной, получает власть над людьми, и выполняет работу мужчины с женским обаянием и шармом, видя по-своему и многие проблемы мира. Причем, такая ситуация возможна и для мужчины. Вот почему сейчас происходит нередко явный обмен ролями.

Следует подчеркнуть, что женское и мужское начало имеет существенное различие. Женское начало – пассивное, отдающее. Мужское – активное, действующее начало. Поэтому мужские и женские программы жизни отличаются. Чувства страха, агрессии, раздражения, которые переживает женщина, ее мужчина трансформирует их в действие, и действие разрушительное. Природа женщины более чувствена, а природа мужчины – более действенна.

В традиционном понимании мужчина всегда выступал защитником дома, государства и всего того, что с этим связано. Сегодня ситуация принципиально изменилась. Ничто не делает женщину такой самостоятельной, как необходимость выжить. Может ли женщина защитить свою жизнь, не умея воевать и бороться, не разбираясь в тактиках и стратегиях ведения боя? Речь идет не о жизни одной только женщины, а обо всем том, что находится под ее ежедневным влиянием. Это дом, дети, отношения с близкими и друзьями, то дело, которым занята женщина. Но украинские женщины на собственном примере доказывают, что поддержка бойцам нужна не только в тылу, но и на передовой.

Именно женщина создает то пространственное окружение, в рамках которого не только формируется реальность, но осуществляется ее собственная деятельность, а также деятельность большинства мужчин. Женщины способны поднять так высоко свою планку, что далеко не всякий мужчина может до нее дотянуться.

Эта война при всем драматизме и горе по-новому открыла украинскую женщину. Она оказалась мужественным, многогранным, самоотверженным и все-таки женственным бойцом. Война обездолила украинок, иногда лишая самого дорогого. Она вселила в них боль, с которой им придется жить долгие десятилетия, но открыла в них таланты и даже сверхспособности.

Вопреки расхожему мнению, что женщине не место на войне, в зоне АТО – в Нацгвардии и добровольческих батальонах - очень много женщин-украинок. Они и курьеры, и санитары, и повара, и бойцы. Каждая из тех украинок, кто сейчас находится в районе проведения антитеррористической операции, сделала свой выбор осознанно. Каждая что-то теряет в этой войне. И каждая готова пожертвовать еще чем-то большим.

Война с Россией убила традиционные стереотипы женщины-жертвы, безропотно ожидающей мужчину у детской колыбели. Женщина предстала в совершенно ином образе – это, прежде всего воительница, берегиня. Ее участие в войне стало воистину спасительным.

Как мужчины, так и женщины сделали свой выбор осознанно в такой непростой военно-политической ситуации. Они несут определенные потери, но при этом приобретая что-то большее по сравнению с тем, что существует в условиях мирного времени.

Народ жизнеспособен только тогда, когда мужчины и женщины выполняют свои роли. И если судьба народа складывается трудно, как это имеет место в современной Украине, то в определенной степени женские качества способны удерживать его от распада, самоуничтожения.

ГЕНДЕРНА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ЖІНОЧИХ ОБРАЗІВ В УКРАЇНСЬКІЙ ЛІТЕРАТУРІ

Роль жінки і чоловіка в суспільному житті і досі залишається питанням, відкритим для дискусій. Щоб краще зрозуміти специфічні для України аспекти гендерних стереотипів ми вирішили проаналізувати твори української літератури, адже саме культура є індикатором суспільних відносин у певній епосі.

Європейські дослідники, зокрема К. Діо и Л. Льюїс, Р. Д. Ешмор, стверджують, що жінка має бути слабкою, витонченою, тихою, лякливою, такою, що потребує захисту, у той час, як чоловіки – войовничі, хоробрі, сильні. Проте українські письменники не вважали жінку слабкою, навпаки наділяли своїх героїнь певною мужністю та впертістю. У творі М. Коцюбинського "Дорогою ціною" автор переодягнув Соломію чоловіком, обрізав коси, які, до речі, були символом жіночої краси в українській культурі. Таким чином він поставив знак рівності між українським парубком і дівчиною. Прослідкувавши за долями молодих людей далі, ми виявили, що Соломія за внутрішніми якостями не відрізнялася від Остапа, вони в рівній мірі були безстрашними, сильними, рішучими й витривалими. Соломія врятувала коханого, тяжко працювала, щоб дати змогу хлопцеві одужати.

Також слід згадати роман І. Багряного "Тигролови" і його головну героїню Наталку. "Дівчина-звіроловка, переможниця страхіть усяких!" Вона була спритною, швидкою і кмітливою. Наталка на рівні із братами ходила на полювання, могла протистояти ведмедю та іншим диким звірам, вона була сильною духом і гострою розумом.

Крім того, яскравими особистостями в українських творах завжди були жінки старшого покоління, господині похилого віку були головними в хаті, до них дослухалися, їх остерігалися. Яскравим прикладом є баба Марусина з повісті О. Довженка "Зачарована Десна". Вона не просто не була "слабкою" і "витонченою", усі домашні тремтіли перед нею і її прокльонами, які "були її духовною їжею, вони лились з її вуст потоком, як вірші з натхненного поета, з найменшого приводу". Схожу характеристику мала й Кайдашиха з "Кайдашевої сім'ї" І. Нечуй-Левицького, вона лаялася на Мелашку, не виявляючи ні краплини співчуття чи ніжності.

Отже, українське бачення ролі жінок і чоловіків здавна відрізнялася від бачення європейських науковців, які винайшли поняття гендеру і гендерних стереотипів. Українська жінка завжди була на рівні з чоловіком, була сильною і мужньою.

Бакута Ю.В.
ХНМУ

СУЧАСНІ УКРАЇНСЬКІ ПИСЬМЕННИЦІ – ФЕНОМЕН ГЕНДЕРУ В НАЦІОНАЛЬНІЙ КУЛЬТУРІ

У наш час поняття "гендер" міцно укорінилося в усіх сферах людського буття: повсякденному житті, у лексиці та свідомості кожного з нас, у культурі.

Наприкінці ХХ століття в суспільстві відбулися вагомі зміни. Складається враження, ніби людство протягом тисячоліть свого попереднього існування накопичувало силу, щоб нарешті вона перейшла в енергію. Одна з основних: змінилися особисті стосунки чоловіка й жінки, форми їхнього співіснування і співпраці. Епоха соціальних і політичних зрушень, науково-технічного прогресу й глобалізації визначається появою на історичній арені феномену, відомого як "жіноча революція". Це не оминуло й культуру України, де ще у ХІХ–ХХ століттях панівне становище посідали чоловіки. Наприкінці ХХ століття їх упевнено витіснили представниці слабшої статі.

Мистецтво нашої країни пройшло надважкий шлях становлення та визнання. Але, як сказала на презентації антології "З непокритою головою" відома дослідниця у галузі літературознавства Віра Агеєва, в національній літературі в кожному поколінні є сильна жінка. Віра Павлівна вважає: починати антологію, яка включає в себе твори канонічних авторок України, варто з Лесі Українки і Ольги Кобилянської. Друге місце вона відводить галицькому досвіду "Союз Українок", учасницями якого були письменниці Наталія Кобринська та Мілена Рудницька. Їхні осередки були чи не в кожному селі, Рудницьку обирали послом до австрійського парламенту. Це була школа демократії, де жінки грали помітну роль. Та справжній, упевнений вихід на літературну арену жінок відбувся на зламі століть двадцятого і двадцять першого.

Якось львівська поетеса Мар'яна Савка висловилася: "Мені видається, у сферах, у структурах, де все чітко регламентовано, ієрархізовано, жінці складніше дійти значних висот. Легше, де тобі не дихають у спину, у тебе немає начальника, ти воюєш тільки з собою. Наприклад, у сфері мистецтва чи літератури, де кожен за себе – маємо помітні результати...". Згадуючи про успіхи берегині сучасної літератури Ліни Костенко, провідного фахівця-літературознавця Соломії Павличко, найкращої сучасної авторки Східної Європи Оксани Забужко, Садка наголосила, що нікому з чоловіків не вдалося такого зробити. Деякі дослідники вважають основною причиною тому радикальність, сміливість, відкритість до змін у суспільстві та відвертість нового жіночого покоління. Це відрізняє їх від чоловіків, котрим було важко відвикнути від усталених у радянські часи літературні канони.

Таким чином, сьогодні провідне місце в культурі нашої країни посідають жінки. Важко уявити сучасну Україну без таких письменниць, як Ірен Роздобудько, Люко Дашвар, Оксана Забужко, Наталка Сняданко, Ірина Вільде, Марічка Матіос... Цей перелік можна вести й вести. Представниці прекрасної статі краще, ніж чоловіки, відчують, що відбувається на душі в іншій людини, який підхід у спілкуванні знайти до кожного. Вони емоційніше переживають все побачене і почуте. Уся ця глибина почуттів знаходить відображення в чудових творах сучасної української літератури.

*Башкатова М.В., Веснин А.В.
ХНМУ*

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

Сахарный диабет 1-го типа, как и другие хронические прогрессирующие заболевания, приводит не только к ограничениям физической активности, но также формирует социальный и психологический базис жизни

пациента, в том числе диктуют определенные стратегии и тактики противодействия заболеванию, отношение к его симптомам и проявлениям. Важным фактором лечения является самооценка комфортности своего состояния, качества жизни. В данном материале мы рассмотрим гендерную составляющую этого фактора.

В исследовании "Качество жизни больных сахарным диабетом 1-го типа молодого возраста" [1] (обследовано 89 больных в возрасте от 18 до 28 лет, 25 из которых были мужчины, 64 – женщины) оценка качества жизни проводилась при помощи опросника "Аудит диабет-зависимого качества жизни" ("Audit of Diabetes Dependent Quality of Life", DDQoL), содержащего 18 шкал. А именно: Трудовая жизнь, семейная жизнь, общественная жизнь и общение с друзьями, половая жизнь, внешность, физическая возможность делать что-то, досуг, передвижение (на близкие или дальние расстояния), уверенность в способности что-то делать, стремление добиться чего-либо, реакция окружающих и других людей, беспокойство о будущем, материально-финансовое положение, зависимость от других, условия жизни, свобода в питании, удовольствие от еды, свобода в употреблении напитков. Было выявлено, что сахарный диабет 1-го типа оказывает негативное влияние на все стороны качества жизни (значение влияния сахарного диабета по всем шкалам, в среднем, равно -1.8). При этом в наибольшей степени страдают такие составляющие качества жизни, как свобода питания (-2.9), трудовая жизнь (-2.9), физическая активность (-2.8) и уверенность в будущем (-2.6). Вместе с тем, исследование наглядно показало, что диабет оказывает более выраженное влияние на ощущение качества жизни женщин по сравнению с мужчинами: в большей степени именно у женщин страдают такие составляющие жизни, как свобода питания, семейная жизнь, общественная жизнь.

Объективно на качество жизни мужчин и женщин диабет, вероятно, влияет одинаково, однако переживаемые представителями двух полов ощущения качества жизни довольно существенно разнятся. Чем объясняются подобные расхождения? Можно предположить, что приученные к тщательному уходу за своей внешностью, женщины, страдая диабетом (который, как известно, внешности человека создает немало проблем), могут переживать реальные фобии и даже депрессии, сводящие на нет все стороны жизни (в том числе, например, общественную). Необходимость придерживаться строгой диеты также способствует раздражительности и разочарованию. Вследствие более выраженной (социально сформированной) эмоциональной личностной компоненты, женщины переживают болезнь тревожнее, беспокойнее, они могут быть менее активными, более капризными, критически оценивать внимание к себе со стороны мужского пола и, таким образом, подвергать сомнению качество своей семейной, личной жизни. В то же время, мужчины, вынужденные всегда и везде демонстрировать свою силу и стойкость, приучены скрывать свои трудности, а потому просто "обречены" либо на более хладнокровное решение проблем со здоровьем, либо же на полное их игнорирование (вероятно, при обоих вариантах ощущение качества жизни не страдает в той же степени, как это происходит в случаях с женщинами).

Одним из решений проблемы может стать такой психологический метод, как работа в группах, когда собираются люди с идентичной пробле-

мой, и в ходе общения получают обратную связь и поддержку, преодоление страхов и комплексов, в чем, безусловно, нуждаются как женщины, так и мужчины.

Литература

1. Шишкова Ю.А. Качество жизни сахарного диабета 1 типа молодого возраста / Шишкова Ю.А., Мотовилин О.Г., Суркова Е.В. // Сахарный диабет. – 2010. – № 4. – С. 43–47.

*Бердник Д.А., Бойко А.А.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Проблема гендерного различия имеет место не только в социальной сфере, но и в медицине, при характеристике различных заболеваний. В связи с этим появляется такая сфера исследований, как гендерная медицина, предназначением которой является специфика диагностирования и методика лечения заболеваний, как у мужчин, так и у женщин. В частности, роль идет о заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

У женщин имеют место определенные морфологические характеристики атеросклеротических бляшек, в большей степени выражена дисфункция эндотелия, сосуды более склонны к спазму, чаще регистрируются нарушения микроциркуляции. У женщин чаще развивается артериальная гипертензия (АГ).

Диагностировать атеросклеротическое поражение сосудов у женщин – намного сложнее, чем у мужчин. Обычно, женщина тратит больше энергии при велоэргометрии и на более низкой нагрузке, чем мужчина со сравнимым поражением коронарных сосудов демонстрирует признаки ишемии миокарда. Это обуславливается склонностью к спазму сосудов; кроме того, более свойственным женщинам наличие АГ обозначает и наличие гипертрофии миокарда, а значит – нарушений микроциркуляции в ткани миокарда, усугубляющих ишемию.

Мужчины, у которых ведущее значение в поражении коронарных сосудов имеет стенозирующий атеросклероз, при повторяющейся одинаковой нагрузке испытывают примерно одинаковые клинические проявления, которые постепенно усугубляются с прогрессированием стеноза сосудов. У женщины, где главную роль играет спазм сосудов, а не их механический стеноз, реакция на одну и ту же нагрузку может очень сильно варьировать, а клиническая картина в течение нескольких дней меняться от резко выраженной симптоматики при небольшой нагрузке до практически полной переносимости достаточно высокой нагрузки и наоборот. При этом у женщины может быть обширное поражение коронарных сосудов.

У женщин чаще встречается бессимптомное развитие ишемии и инфаркта миокарда. При наличии ИБС реже проводится операция реваскуляризации миокарда, чем у мужчин; они в два раза чаще умирают или получают не фатальный инфаркт миокарда в течение первого года наблюдения вне зависимости от возраста, степени нарушения функции левого желудочка, тяжести поражения коронарных артерий и диабета. Женщины реже под-

вергаються ЕКГ-тесту с фізической нагрузкой и реже направляются на проведение коронарной ангиографии.

Женщины, страдающие ИБС, по сравнению с мужчинами характеризуются более выраженной невротизацией, большей акцентуацией личности, более высоким уровнем тревожно-депрессивных расстройств, вегетативных нарушений, снижением вариабельности ритма сердца. Женщины гораздо чаще мужчин обращаются к врачу по поводу болей в грудной клетке, однако им гораздо реже выполняется ЭКГ в покое, нагрузочные пробы и чаще назначаются транквилизаторы.

Женщины имеют более высокий риск развития побочных реакций на лекарственные препараты, чем мужчины. В отличие от мужчин у женщин чаще выявляются множественные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, такие как висцеральное ожирение, инсулинорезистентность, нарушение толерантности к глюкозе, гипергликемия, атерогенная дислипидемия, артериальная гипертония.

Таким образом, у женщин более сложное диагностирование и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, чем у мужчин, что требует учета гендерных различий и более серьезного и тщательного обследования при постановке диагноза, а также устранении тех причин, которые лежат в их основе.

*Бутова Т.С.
ХНМУ*

СТАТЬ-СПЕЦИФІЧНИЙ ФАКТОР РИЗИКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІУ

Серед серцево-судинних хвороб за поширеністю артеріальна гіпертензія стоїть на першому місці. За даними популяційних досліджень у чоловіків значно вище спостерігається захворюваність та поширеність на артеріальну гіпертензію, ніж у жінок репродуктивного віку. У жінок, порівняно з чоловіками, артеріальна гіпертензія розвивається на 10 років пізніше.

Метою нашого дослідження було вивчення зв'язку між наявністю менопаузи та початком розвитку артеріальної гіпертензії.

Об'єкт і методи дослідження. У нашому дослідженні було опитано 42 жінки у постменопаузі, хворих на артеріальну гіпертензію II ст. 2–3 ст., на предмет початку розвитку артеріальної гіпертензії відносно настання менопаузи. Середній вік хворих – (64,6±8,2) років. Розрахунок оцінки значущості різних відносних величин по t-критерію Стьюдента проводився з урахуванням процентної та кількісної наявності або відсутності артеріальної гіпертензії у групі.

Результати. За даними опитування, початок розвитку артеріальної гіпертензії до настання менопаузи відмічали 16 (38,10±7,49%) жінок, відповідно 26 (61,90±7,49%) жінок відмічали початок розвитку артеріальної гіпертензії після настання менопаузи (t=2,25, p<0,05).

Висновки. У жінок у постменопаузі достовірно частіше спостерігається розвиток артеріальної гіпертензії. Таким чином, такий фізіологічний стан для жіночого організму як менопауза, можна розглядати як стать-специфічний фактор ризику розвитку артеріальної гіпертензії у жінок.

СУПЕРЕЧНОСТІ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА

*"Бідні готові віддати
останнє здоров'я заради грошей,
багатії – останні гроші заради здоров'я".
Народна мудрість*

Цілий спектр трансформацій, що викликали зміни у світі й країні, веде до утворення суперечностей, які можуть загострюватися в міру відмови від їхнього вирішення. У сучасному українському суспільстві склався тісно переплетений клубок суперечностей, пов'язаних із цінностями здоров'я. Найбільш значимими серед них є такі суперечності:

- між актуальними соціально-економічними потребами держави в здорових і працездатних громадянах та її низкими соціально-економічними можливостями щодо медичного забезпечення населення;

- між потребою суспільства у формуванні гармонійно здорової людини, орієнтованої на духовно-моральні цінності здоров'я, і відсутністю адекватної моделі її реалізації в соціумі;

- між прагненням медицини до збереження здоров'я людини та зміною його генної структури негативним медикаментозним й екологічним впливом;

- між збільшенням тривалості життя людини й зниженням якості його здоров'я, що неминуче веде до скорочення активної фази життя;

- між наявністю в медицині цілого арсеналу вітчизняних і закордонних методик і методів ефективного лікування й обмежених можливостей їхнього застосування до малозабезпечених верств населення [1];

- між якісними змінами молодого покоління, викликаними появою негативних видів самозбережувальної поведінки (наркоманія, токсикоманія, алкоголізм, у тому числі молодіжний пивний алкоголізм, використання стимуляторів і депресантів, ігнорування культури харчування, гіподинамія, авітальні стилі одягу й взуття, фетишизм, негативний частотно-хвильовий вплив й ін.) і консервативною системою реагування держави й суспільства на соціальні виклики подібного роду. Реалізація інтересів людини, у тому числі й цінностей його здоров'я вимагають уміння ефективно вирішувати суперечності, не накопичуючи їх, а перетворюючи в джерело прогресу й саморозвитку.

У сучасних дослідженнях з філософії, біології, деонтології, медицини наведено чимало визначень поняття "здоров'я". У преамбулі статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) ще в 1946 р. дано визначення поняття "здоров'я", що дотепер є актуальним: "Здоров'я – є станом повного фізичного, духовного й соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад" [2]. Оскільки предметом нашого інтересу виступає аксіологічний аспект здоров'я, тому необхідно звернути увагу на визначення, дане І.О. Гундаровим: "Здоров'я – це здатність: а) дожити до необхідного віку; б) бути досить задоволеним собою у фізичному, духовному й соціальному аспектах; в) адекватно відповідати потребам родини й суспільства" [3, с. 158]. У поняття здоров'я повинна входити можливість повноцінної трудової й суспільної діяльності. Отже, у контексті взаємодії аксіологічного та

поведінкового аспектів, здоров'я у філософсько-аксіологічному сенсі Ю. С. Хоменко визначає як життєспроможність людини до дотримання здорового способу життя [4, с.61].

Активне використання можливостей здоров'я людини залежить від правильного вибору пріоритетів: сприйняття здоров'я як мети веде до експлуатації здоров'я в ім'я яких-небудь цілей, а сприйняття здоров'я як засобу припускає дбайливе відношення до здоров'я й досягнення благополуччя. Такий погляд спонукає людину ставитися до власного здоров'я з аксіологічних позицій: "здоров'я – це не те, коли лікуєшся й видужуєш, а коли не занедужуєш". Але ж, як наголошував академік М. Амосов, про своє здоров'я в нашій країні піклуються всього лише 1–2 % людей [5].

Для суспільства цінність здоров'я конкретного індивіда виражається в його професійній придатності (трудові ресурси) і соціальної активності, завдяки чому розвивається країна. Користь позитивного індивідуального здоров'я для корпорації, виробничу сферу якої вона представляє, проявляється у взаємовигідній професійній приналежності й рівні її професіоналізму. Позитивне значення якості індивідуального здоров'я для самої особистості і її родини складається в наповненні життя новим сенсом, є ресурсом для задоволення кар'єрних прагнень, формує стиль життєдіяльності людини.

Висновки.

1. Глобальна духовна та екологічна кризи суттєво віддзеркалюються негативними тенденціями на динаміці суспільного здоров'я. Такий стан детермінує природний зростаючий інтерес до проблеми здоров'я як у загальнонауковому, так й у філософсько-антропологічному вимірах.

2. Здоров'я людини як цінність має абсолютне значення, тому що зберігає своє значення протягом всього життєвого циклу людини. Це, у свою чергу, актуалізує необхідність формування в суспільстві та в конкретній людині гуманістичного вектору мотивації на загальнолюдські цінності.

3. Переважна більшість відомих "хвороб цивілізації" мають антропогенне походження та детермінуються стилем життя людини й впливом соціуму. Вкрай необхідне впровадження в життя кожної людини оздоровчої концепції як необхідної основи задля побудови повноцінного життя.

Література

1. Апанасенко Г.Л. Охрана здоровья здоровых: постановка проблемы в Украине и России [Текст] / Г.Л. Апанасенко // Український медичний часопис. – 2009. – №4(72). – С. 122–124.

2. Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения [Текст] / <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf>

3. Гундаров И.А. Закон духовной детерминации здоровья [Текст] / И.А. Гундаров // Философия здоровья. – М.: ИФ РАН, 2001. – С. 158–174.

4. Хоменко Ю.С. Здоров'я як цінність людини та складова культури [Текст] / Ю.С. Хоменко // Грані. – 2011. – №4 (78). – С. 60–62.

5. Амосов Н.М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья [Текст] / Н.М. Амосов. – М.: "Издательство АСТ"; Донецк: "Сталкер", 2002. – 590 с.

ГЕНДЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

В настоящее время существуют различные определения здорового образа жизни.

Понятие "здоровый образ жизни" выражает определённую ориентированность деятельности личности в направлении укрепления и развития личного (индивидуального) и общественного здоровья. Здоровый образ жизни является одним из основных факторов сохранения и укрепления здоровья.

Мальчики и девочки усваивают различные здоровые и нездоровые формы поведения, при этом некоторые различия возникают или усугубляются в подростковый период и могут вносить вклад в гендерное неравенство во взрослой жизни. У мальчиков и девочек различная картина здорового и нездорового поведения.

Мальчики с большей вероятностью участвуют в драках и причинении обид другим. Вероятность участия в драке 15-летнего мальчика в три раза превышает таковую для девочек (16% в сравнении с 5%), и они также с более чем удвоенной вероятностью причиняют обиды слабым (16% и 7%). Таким образом, у мальчиков большим фактором риска для здоровья является участие в драках. Девочки более обеспокоены тем, чтобы не быть слишком полными и придерживаться диеты, притом, что они с меньшей вероятностью, чем мальчики, имеют избыточную массу тела. В целом около 40% девочек в 15-летнем возрасте не довольны своим телом, и 22% придерживаются диеты, притом, что избыточная масса тела наблюдается только у 10%. У девочек большим фактором риска для здоровья является чрезмерная увлечённость диетами и голоданием, следствием которых может быть возникновение анорексии.

По данным исследований девочки несколько полнее осознают преимущества здоровья, которое является более значимой терминальной и инструментальной ценностью для девушек, чем для юношей.

Таким образом, можно ожидать, что девушки более мотивированы сохранять и укреплять его. Девочки с большей вероятностью усваивают формы поведения, способствующие укреплению здоровья, например, это касается употребления фруктов, чистки зубов и т.д. Девушки сильнее, чем юноши, подвержены влиянию различных внешних источников информации о здоровье (СМИ, книги, друзья, врачи) и придают большее значение влиянию на состояние их здоровья таких факторов, как качество медицинского обслуживания, экологическая обстановка, профессиональная деятельность, особенности питания, образ жизни и вредные привычки.

Данные многочисленных экспериментальных исследований свидетельствуют о том, что у женщин наблюдается более высокая самооценка здоровья по сравнению с мужчинами. Так, оценивают свое здоровье как "хорошее" 48% женщин и 30% мужчин; как "плохое" – 4 % женщин и 10 % мужчин. Следовательно, мужчины в целом более пессимистично оценивают состояние своего здоровья.

В ситуации ухудшения самочувствия, как мальчики, так и девочки в большинстве случаев предпочитают самостоятельно принимать меры для правки своего здоровья. Но есть и некоторые различия: девочки в случае недомогания более склонны обращаться к помощи неспециалистов (друзей, знакомых, родственников), а для мальчиков более характерно не обращать внимания на недомогание, т.е. реагировать по принципу отрицания.

При выявлении гендерных различий в осознании здоровья было установлено, что у девочек преобладает социальный мотив сохранения здоровья над физиологическим. Девочек меньше волнует физиологический аспект болезни, чем социальный. Для мальчиков эти аспекты болезни равноценны. В целом для женщин характерен более высокий уровень адекватности отношения к здоровью по сравнению с мужчинами.

*Касторнова Ю. И., Хамдамова К. Б.
ХНМУ*

ИСТОРИЯ ФЕМИНИЗМА: "ВТОРОЙ ПОЛ" СИМОНЫ ДЕ БОВУАР

Книга Симоны де Бовуар "Второй пол", где она попыталась выяснить, способна ли в принципе женщина состояться как полноценная личность, и если да, то при каких условиях, на каких путях, какие обстоятельства ограничивают свободу женщины и как их преодолеть.

Симона де Бовуар не случайно решила сосредоточиться на анализе мифов народов мира. Они служили первым идеологическим обоснованием самого загадочного факта истории – первичного разделения труда между мужчиной и женщиной, которое поставило женщину в неравное, зависимое положение от мужчины. Мировые религии шли еще дальше и санкционировали строгую соподчиненность в отношениях между полами: мужчина – полноценный человек, субъект истории, женщина – существо сомнительное, объект его власти. Идеальный принцип такого порядка вещей: "Жена да убоится мужа своего". Принцип патриархальный, тысячелетиями он был общепринятым.

Симона де Бовуар поставила под сомнение вывод о том, что "ситуация" женщины в истории задана физиологией и анатомией, психологией. Она сосредоточивает свой анализ главным образом на теме межличностных отношений мужчины и женщины – отношений Одного и Другого, увиденных сквозь призму "подлинного бытия" – бытия субъекта. В пылу полемики она формулирует свой знаменитый афоризм: "Женщиной не рождаются, женщиной становятся". Он вызовет шквал критики как со стороны антифеминистов, так и со стороны сторонников феминизма.

Обличение, разоблачение повседневных форм дискриминации – одно из главных достоинств книги "Второй пол". Ее другое достоинство связано с тем же понятием "подлинного существования" и его этики, предполагающей обретение своего "я" на пути к свободе, то есть предполагающей существование независимой женской личности, ее автономию, способность "присвоить" собственную жизнь. И женщины того века, пошли по этим дорогам, доказывая, что возможны и женская солидарность, и женское коллективное "мы", создавая свое коллективное настоящее, которое очень быстро стало коллективным прошлым. Пробуждение женского коллектив-

ного сознания как сознания социального происходило под непосредственным воздействием книги "Второй пол". Это принципиально новый вывод для Симоны де Бовуар. По ее убеждению, в социокультурном плане женщина тождественна мужчине, их различает лишь анатомия. Она доказывала, что быть женщиной – это не призвание, а состояние, что женщина, как любой человек, должна стремиться к самоутверждению в качестве личности – в творчестве, труде, самораскрытии. Она – не машина для воспроизводства человеческого рода. Ее материнство может быть только актом свободного решения, а не обязанностью.

Под непосредственным воздействием ее идей в 70-е годы повсеместно возникают центры "женских" исследований с особыми программами, включающими специалистов по биологии, физиологии, антропологии, этнографии, философии, истории, филологии. В них переместился спор, разделивший феминистов на сторонников "эгалитарного" подхода, того, что исповедовала сама Симона де Бовуар, и проповедников "женской субъективности". С распространением "женских" исследований спор этот не только не разрешился, но развел оппонентов в разные стороны. Свой выход из его тупика предложили исследователи, строившие анализ, исходя из сопоставления "мужской" и "женской" ролей в разных ситуациях и в разные периоды.

Итак, книгу "Второй пол" Симоны де Бовуар можно отнести к теории феминизма. Несмотря на противоречия, отмеченные критиками в философских построениях автора, следует еще раз подчеркнуть, что "нестабильность" ее философских текстов относительно женщин и феминности отражает общий контекст гендерной философии.

*Кучера Т. М.
ХНМУ*

ПРОБЛЕМА ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ В СУЧАСНОМУ УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Однією з найбільш актуальних соціальних проблем сучасних пострадянських суспільств є пошук цивілізованої моделі гендерних стосунків, як основи стабільного функціонування суспільства, що проголошена однією зі стратегій розвитку європейських держав у XXI столітті.

Гендерні дослідження переконливо демонструють, що інтереси, прагнення, кар'єрні досягнення, поєднання професійних ролей з іншими життєвими ролями диференціюються на основі статі.

Сучасний суспільний розвиток важко уявити без ефективного використання можливостей біотехнологій, генетики, медицини, що з одного боку виступає інноваційним проривом суспільства, а з іншого – загострює питання гендерної рівноваги.

Гендерна рівність є показником культури нації. Зазначимо, що більшість країн світу вже ознаменувалися істотними зрушеннями в переосмисленні проблеми відносин статей, зокрема в розумінні рівності потенційних можливостей чоловіків і жінок в професійній діяльності, в освіті, доступі до влади, економічних, політичних, освітніх ресурсів, а також правовому забезпечення цієї рівності в суспільстві.

Особливо слід відмітити, питання гендерної рівності висвітлюється в провідних міжнародних звітах, що підкреслює важливість соціального значення. В ході аналізу Індекса гендерної рівності (в рамках щорічного Міжнародного Звіту із людського розвитку Програми розвитку ООН) виявлено, що станом на 2014 рік Україна посідає 83 місце за рівнем розвитку людського потенціалу. У міжнародному звіті "Рівень свободи у світі" є розділ про "особисту автономію та індивідуальні права" в якому зазначається, що будучи в 2014 році "частково вільною" країною із значенням 3,5 (із максимальних 7), Україна на шляху до гендерної рівності стикається з такими проблемами: "Гендерна дискримінація забороняється згідно конституції, але урядовці деструкують незначний інтерес до проблеми. Правозахисні організації стверджують, що роботодавці відкрито дискримінують за ознаками статі, зовнішності та віку" [1]. Таким чином, значні проблеми у сфері забезпечення гендерної рівності в різних царинах життя (різній оплаті праці жінок і чоловіків, існуванні сталих гендерних стереотипів із патріархальним забарвленням), підкреслюють актуальність проблеми у пошуку її подолання.

Раціональне осмислення соціальних відмінностей між чоловіками і жінками наближує нас до розуміння того, що ми пронизані стандартами і цінностями нашого суспільства, які вбудовані в основу нашого світосприйняття.

Важливо враховувати, що суперечності між суспільними стереотипами гендерної ролі та реальними потребами людини є джерелом гендерно-рольових конфліктів, зокрема стресових ситуацій, неврозів [2]. Прийняття позиції, що біологічна стать не є першопричиною психологічних характеристик поведінки і соціальних ролей, дозволяє переосмислити життєві сценарії і Я-образи, змушує нас по-новому оцінити особистісні перспективи і можливості, активізувати власні ресурси для вибору стратегій самореалізації.

Сучасна Україна переживає масштабні соціокультурні, економічні, політичні зміни, які характеризується психологічною стурбованістю суспільства і змушують нас замислитися над системою цінностей і регулятивів, над пом'якшенням гендерних стереотипів і набуттям зростаючою особистістю гендерної та національної ідентичності, як передумови повноцінної самореалізації чоловіка/жінки.

Вважаємо, що головним аспектом успішної реалізації державної стратегії гендерного перетворення є встановлення нової суспільної та політико-владної системи, в якій жінки і чоловіки мають рівні права суб'єктів державотворення. Інструментом удосконалення стандартів гендерної справедливості, як необхідної умови загальнолюдського руху до демократизації й гуманізації суспільного життя, є впровадження активних заходів щодо вирівнювання соціальних розбіжностей у всіх сферах суспільно-економічної діяльності.

Література

1. Freedom in the World 2014. Freedom House, about Ukraine. Режим доступу: <http://www.freedomhouse.org/report/freedomworld/2014/ukraine0#.U9tj6PmSwbQ>(станом на 1 серпня 2014 р.)

2. Клецина І. Самореалізація та гендерні стереотипи // Психологічні проблеми самореалізації особистості. Вип. 2. – СПб.: СПбДУ, 1998.

ГЕНДЕРНАЯ СТРАТИФИКАЦИЯ КАФЕДРАЛЬНЫХ КОЛЛЕКТИВОВ В ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ

Гендерная стратификация, как правило, является той "лакмусовой бумагой", позволяющей предметно характеризовать гендерную структуру любой организации, и под гендерной стратификацией в таком случае понимают распределение женщин и мужчин по должностной вертикали. Но высшая школа позволяет вычленить еще как минимум один любопытный срез стратификационного анализа - так называемую горизонтальную сегрегацию – распределение мужчин и женщин по научно-предметным профилям, преподаваемым учебным дисциплинам. Если в случае с вертикальной стратификацией практически в любом учреждении можно наблюдать одно и то же универсальное "золотое правило" (чем выше должность, тем с большей вероятностью его занимает мужчина), то при анализе горизонтального гендерного среза мы неизбежно столкнемся со сложными стереотипными "жизненными маршрутами" и карьерными траекториями, с большей или меньшей вероятностью приводящими представителей того и другого пола к научно-педагогической деятельности в совершенно конкретных кафедральных подразделениях. Обе формы гендерной стратификации высшей медицинской школы охарактеризованы ниже на примере кафедральных коллективов ХНМУ.

Как выяснилось в ходе анализа, на сегодняшний день более 60 % сотрудников кафедр вуза составляют женщины, при этом их доля резко сокращается по мере движения вверх по должностной лестнице. Например, среди лаборантов университета женщины составляют абсолютное большинство – 85 %, но уже на "младших" преподавательских должностях (ассистент, преподаватель) их уже 2/3 от общего числа. Далее сохраняется та же тенденция: среди доцентов ХНМУ женщин 63 %, среди профессоров – 57 %, а вот среди заведующих кафедр и вовсе только 39 % .

Горизонтальная гендерная стратификация, в целом, воспроизводит в рамках вуза давно укоренившиеся в культуре гендерные образцы – нормы, традиции, роли, якобы подходящие тому или другому полу. Например, если профиль кафедры как-то связан с детьми, семьей (традиционными "женскими" ролями), то, в основном, здесь преподают женщины. Это особенно характерно для подразделений педиатрического (доля женщин здесь достигает 80 %), а также акушерско-гинекологического профиля (79 %), кафедр, специализирующихся на детских инфекционных болезнях (89 %) и общей практике – семейной медицине и внутренних болезнях (85 %). При этом "более взрослая" тематика, ассоциирующаяся с силой, выносливостью, смелостью и традиционно считающаяся "настоящим мужским делом", способствует преобладанию на соответствующих кафедрах мужчин (например, на кафедре медицины катастроф и военной медицины их 92 %, а на кафедре судебной медицины, медицинского правоведения – 89 %).

Анализ различных научно-предметных профилей показал, что, например, у филологии в ХНМУ – "чисто женское лицо": там, где преподают иностранные, украинский и русский языки, а также латынь, все 100 % (!) педа-

гогов – женщины. За мужчинами традиционно "закреплена" такая престижная деятельность, как хирургия (на кафедрах этого профиля их доля колеблется от 72 % до 100 %). Женщины же активно задействованы в куда менее престижной терапевтической деятельности: показательным будет сравнение степени представленности женщин на кафедрах терапевтической стоматологии (77 %) и хирургической стоматологии (лишь 8 %).

Проведенный анализ вертикальной гендерной стратификации показал, что в кафедральных коллективах высшей медицинской школы "мужское присутствие" ожидаемо растет по мере движения вверх по должностной вертикали. Горизонтальная стратификация, в свою очередь, четко отражает традиционное для патриархального общества распределение гендерных ролей и видов деятельности. При этом из-за разной престижности того или иного научно-предметного профиля горизонтальная стратификация на самом деле тесно связана с вертикальной, поскольку участвует в формировании внутримедицинской гендерной иерархии.

*Меженская Е.А.
ХНМУ*

ДОБРОВОЛЬНО БЕЗДЕТНЫЕ – ПСИХОПАТОЛОГИЯ ИЛИ ОСОЗНАННЫЙ ВЫБОР?

Принято считать, что дети – это цветы жизни, а семья – едва ли не самое главная ценность для любого человека. Об этом "трубят" медиа, пишутся книги и снимаются фильмы, а хорошие стандартные семьи ("мама, папа, я") являются примером для всеобщего подражания. Но при этом на Земле есть немало абсолютно здоровых людей, добровольно отказывающихся от перспективы иметь детей. Они называют себя "чайлдфри".

Совершенно естественно, что общество видит в такой позиции исключительно отрицательные для себя последствия – не рожденный ребенок со временем мог бы стать известным литератором или, например, простым рабочим (труд которого принёс бы людям пользу), а, вполне возможно – и выдающимся ученым, не рождение которого на многие годы затормозит развитие науки... Общество готово отыскать "негативные сценарии" и для самих чайлдфри, намекая на "зря прожитую жизнь": если человек не произвел на свет потомство, его гены не попадут в генофонд человечества, а тот, якобы базовый смысл людского существования – воспроизводство себе подобных – будет навсегда утрачен. И вот в адрес чайлд-фри звучат обвинения в эгоизме и чуть ли не контрчеловеческой деятельности...

Конечно же, для общественной системы чайлдфри несут угрозу. Социум всегда стремился, чтобы у всех людей были идентичные, как под копирку, взгляды и жизненные позиции, так как в ином случае самому существованию социального строя грозит разрушение. Чайлдфри же пропагандируют радикально альтернативные визии, вот почему общество активно противодействует данной идеологии, причем особое давление оказывается на представительниц женского пола: буквально каждый считает своим долгом "надоумить" девушку, напомнить, что рождение ребенка нужно планировать, при этом нежелание женщины иметь детей воспринимается с откровенным недоумением. Осуждая чайлдфри за их якобы эгоизм, общество забывает, что

те, хто вже має дітей, рожали вель їх не для того, щоб дати ребенку життя или продлити род людський, а, знов-таки, "для себе", по яким-то своїм особистим причинам (наприклад, щоб зберегти шлюб, утримати партнера, не платити податок на бездетність), щоб не відставати від інших ("всі подружки вже обзавелись дітьми"), уникнути осудження. Просто в даному виборі особисті інтереси співпали з суспільними...

Буває думка, що чайлдфри не можуть дозволити собі завести ребенка из-за матеріальних невгод. Самі вони категорично опровергають дану гіпотетичну причину, утверждаючи, що якщо б по-нашому хотіли мати ребенка, то вже точно заробити б на його вихованні. Таким чином, чайлдфри відкрито виступають за відповідальне материнство і батьківство, осуджаючи людей, не задумуючихся про те, як вони будуть виховувати майбутнього ребенка і що взагалі зможуть йому дати.

Добровільний відмова мати дітей нерідко сприймається як психопатологія, в тому числі і тому, що самі чайлдфри іноді вимушені звертатися до психотерапевтів. Це відбувається поневолі, так як близькі люди, на підтримку яких розраховують чайлдфри, переконують їх в тому, що вони ненормальні. При цьому ніхто не задумується про те, як раз люди, які вже мають дітей, можуть не тільки мати психічні патології (вель виростити і виховати ребенка – це справжнє випробування, здатне штовхнути психіку батька), але і, якщо патологія була вродженою, а до визначеного моменту просто не проявилася, бути здатними передати їх ребенку. Ймовірність такого відхилення суспільства гуманно готові не помічати, тоді як вільна і відкрита позиція чайлдфри, пропагандуюча свідомий вибір, є для культури своєрідною "червоною стрічкою".

За весь період свого існування суспільство зробило из батьківства культ, і багато навіть не здатні задуматися про те, що ребенок на справі може не принести в дім радість і щастя. При цьому тих, хто розуміє і визнає це, добровільно відмовляючись від дітей, демонструючи своїм прикладом альтернативну позицію, суспільство готово ненавидіти...

*Нечушкіна О.В.
НМУ імені О.О. Богомольця*

ПОВЕДІНКА, ПОВ'ЯЗАНА ІЗ ЗДОРОВ'ЯМ, В КОНТЕКСТІ КОНЦЕПЦІЇ КУЛЬТУРИ БІДНОСТІ: ПЕРСПЕКТИВИ ГЕНДЕРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Соціологічний аналіз поведінки, пов'язаної із здоров'ям, на наш погляд, передбачає більш широкий підхід, ніж це виявляється можливим в рамках концепції здорового способу життя: не тільки поведінка, впливає на здоров'я, а й стан здоров'я визначає відповідні практики.

Ми виділяємо дві великі групи практик, що детерміновані станом здоров'я індивіда: поведінка в сфері здоров'я – практики, що мають відповідні наслідки для здоров'я та (або) осмислюються індивідом як такі, що пов'язані із здоров'ям; практики в інших (не пов'язаних із здоров'ям) сферах повсякденності, поява, трансформація та зникнення яких знаходяться в залежності від фізичного стану індивіда.

Звичайно, в межах медико-соціологічного підходу, насамперед, досліджуються практики першої групи. Традиційно така поведінка розглядається в рамках концепції здорового способу життя. При проведенні соціологічних досліджень здорового способу життя варто врахувати, що принцип ставлення до "здорового способу життя" як такого, погано прогнозує реальну поведінку, пов'язану з підтриманням та поліпшенням здоров'я [1]. Але ставлення людини до конкретних дій (дотримання дієти, заняття фізкультурою тощо) дозволяють дійсно прогнозувати поведінку [2].

В сучасних українських реаліях, на наш погляд, доцільно вивчати практики, пов'язані із здоров'ям в контексті концепції культури бідності. На думку О. Левіса бідність означає не тільки стан економічного недостатку, дезорганізації чи відсутності чого б то не було. Вона має і позитивні коннотації оскільки має власну структуру і раціональний механізм захисту, без якого бідний чоловік не зміг би існувати. [3]. Носії культури бідності лише частково підпадають під інтегруючі впливи загальнодержавних (загальнонаціональних) інституцій.

Разом із очікуваним падінням рівня життя в країні, що призведе до збільшення кількості людей, які повинні будуть засвоювати норми та цінності саме культури бідності, необхідно враховувати і сталу тенденцію негативно оцінювати стан системи охорони здоров'я в Україні [4].

Реалізація ряду функцій медицини та охорона здоров'я як соціального інституту в умовах нових викликів буде значною мірою ускладнена. Виходячи з таких особливостей культури бідності як тенденція до консолідації родин навколо особи матері та незвертання за професійною медичною допомогою, саме жінки ще більшою мірою будуть опікуватися відновленням та збереженням здоров'я членів своїх родин. Переконавання жінок в сфері здоров'я обумовлюватимуть значною мірою формування життєвих практик пов'язаних із здоров'ям.

Література:

1. Ядов Стратегия социологического исследования. – М: Академкнига, 2003. – 600 стр.
2. Майерс Д. Социальная психология. – СПб.: Питер, 2004. – 794 с.
3. Oscar Lewis. The children of Sanchez, autobiography of a Mexican family. New York, Random House [1961]. Цит. за: Oscar Lewis Dzieci Sancheza. Autobiografia rodziny meksykanskiej. – Krakow: Bona, 2011. S. 27–29
4. Тенденції соціальних змін в Україні та Європі: за результатами "Європейського соціального дослідження" 2005-2007-2009-2011, К., Інститут соціології НАНУ, 2012

*Рапава К.Б.
ХНМУ*

ОБРАЗ ЖЕНЩИНЫ В РЕЛИГИОЗНЫХ ТРАДИЦИЯХ ИНДУИЗМА

Индуизм является одной из религий, распространенных на субконтиненте Индия, и представляет собой совокупность религиозных традиций и философских школ, общее число последователей которых превышает 1 миллиард человек.

Многие монотеистические и пантеистические школы богословия в индуизме апеллируют к Богу в его безличной форме как к Брахману, "Единому и неделимому" (санскр. "брахман" – слово среднего рода), тогда как дуалистические направления индуизма, являющиеся частью движения бхакти, представляют бога как имеющего мужскую и женскую формы и, более того, рассматривают женскую форму божества как первичную по отношению к мужской.

Философия санкхьи рассматривает процесс сотворения мира как акт творческого единения пуруши и пракрити – мужской и женской энергий, где динамичное женское начало представляет собой изначальную природу, материальную первопричину Вселенной, а созерцающее мужское начало является "чистым сознанием", "божественным духом", пассивным макрокосмом.

В вайшнавской традиции индуизма, Вишну считается верховным богом – Парабрахманом – творцом и разрушителем мироздания, и выступает в качестве первоисточка всех материальных и духовных элементов. Однако, многие последователи вайшнавизма так же признают и богиню-супругу Вишну Лакшми, как женскую форму божества, обладающую равным могуществом, и называя ее "любящая мать Вселенной". В традиции почитания Шивы (шиваизме) эта же философская концепция гендерного дуализма проясняется в отношении к Шиве и Парвати.

Для религии индуизма существующие проявления бога – как женские, так и мужские – являются различными формами безличного Абсолюта-Брахмана, единая и абсолютная сущность которого нейтральна и не поддается описанию или определению. Именно поэтому, образ женщины-богини в индуизме не является чем-то низшим и не достойными внимания.

Култ женщины значительно выделяется в традициях шактизма. Божеству поклоняются как изначальному женскому творящему началу, Богине-матери в различных её ипостасях (Кали, Дурга, Лакшми, Сарасвати, Парвати и др.). В отсутствие шакти (космического женского принципа, неотъемлемого аспекта реальности), мужское начало предстает пассивным и бездейственным. В ортодоксальном шактизме, одной из четырех основных традиций индуизма, великой богине-матери, или Махадеви, поклоняются как Всевышнему, как олицетворению верховного Брахмана, единой и неделимой, из которой исходят все остальные формы бога и которая является изначальным источником материального и духовного мира.

Согласно священным текстам, женщина и мужчина в целом признаются равноправными. Однако, что касается сфер высокой духовности, существует негласная традиция, закрепляющая эти области за мужчинами, тогда как удел женщины – прежде всего семья, забота о хлебе насущем.

Ни в какой другой религиозной традиции мира не встречается доктрина, отличающаяся такой откровенно "женской" ориентацией. Тем не менее, в индийском сообществе женщина не является равной мужчине и ее роль в индуизме остается предметом дискуссий.

ОТНОШЕНИЯ ТРАДИЦИОННОГО ОБЩЕСТВА К ГЕНДЕРНОМУ РАВНОПРАВИЮ

Гендерная теория – это научная теория. Теория гендера – это разделение понятий Sex (пол биологический) и Gender (пол социальный). Пол биологический – женский или мужской – определяется структурой тела, а социальный пол – гендер – это совокупность психосоциальных качеств, поведения и отношений, которые сформировались в результате культуры и общества, то есть "гендерная идентичность – это осознание индивидуумом своей половой принадлежности, субъективное осмысление своей половой роли, которая проявляется в единстве полового самосознания и поведения.

Главная цель – ликвидация гетеросексуального разделения людей на мужчин и женщин и замена его на новое разделение – в соответствии с теорией "гендера", – которая фиксирует у человека уже не два, а "как минимум пять гендеров (полов) – это женский, мужской, гетеросексуальный, гомосексуальный и транссексуальный, которые являются равными и должны быть приняты общественностью".

В соответствии с этой теорией, люди в обществе должны отличаться не по биологическому полу, а по принципу социального пола, который может не совпадать с биологическим и который человек может выбрать сам. Гендерное равенство отрицает, что люди созданы как мужчины и женщины, и слепо твердит, что мужчина, например, может свободно выбирать, хочет он быть мужчиной или женщиной (или выберет иной пол-гендер). По его желанию ему в личные документы должны записать, что он – не мужчина, а женщина, или "X" (вариант "не установлен"), как, например, в Австралии. По мнению теоретиков гендера, младенцев надлежит воспитывать бесполовыми, а школьникам нужно предлагать выбирать один из полов.

Биологический род, то есть мужской и женский, больше не должен быть распознавательным критерием, так как это считается дискриминацией по признаку сексуальной ориентации и гендерной идентичности. Признаком дискриминации являются также обращения "господин" и "госпожа" – их следует исключить, а слова "мама" и "папа" являются пережитком "гендерных стереотипов" – их следует заменить на нейтральное "родитель", как уже предлагается ввести в Англии и США.

Исходя из выше сказанного, можно отметить следующее: люди, ведущие нетрадиционный образ жизни, обладают всеми гражданскими правами наравне с традиционным обществом, но не следует, обществу и государству переписывать законы, чтобы поддержать их склонности.

Соловьева Е. С.
ХНМУ

РОЛЬ ЖЕНЩИНЫ В ОБЩЕСТВЕ ДРЕВНЕГО ЕГИПТА

Сомнительным было бы приписывать древнеегипетскому обществу культ материнства. Царицы и знатные дамы династического периода не обременяли себя воспитанием детей. Дети занимались как кормилицы,

так и воины или жрецы. Женщины низших сословий, подражая аристократии, предоставляли детям достаточную степень свободы с тем, чтобы по достижении 12-летнего возраста последние начали свой путь к поиску собственного места в сложной системе социальной иерархии высоко стратифицированного общества.

Основной функцией женщины было продолжение рода. Браки могли заключаться как по воле родителей или господ, так и по любви. Браки могли заключаться даже между родственниками, но такая роскошь позволялась лишь фараонам. Большинство супружеских союзов были моногамными и нередко сопровождались заключением брачного договора, который должен был обезопасить женщину в случае развода и декларировал финансовые обязательства мужчины перед женой и рожденными от нее детьми после окончания брака.

В Древнем Египте у женщины были довольно широкие права: она могла работать, была наделена правом собственности и наследия, могла заниматься сельским хозяйством и торговлей наряду с мужчиной. В семейный бюджет мужчина приносил две трети дохода, а женщина – одну. После смерти мужа она могла распоряжаться всем имуществом, но не имела права продавать или дарить долю мужчины. В гареме фараона всегда было очень много женщин, но одна из всех называлась "царицей", которая имела наивысший статус и была наиболее приближенной к фараону.

Египетская литература описывала женщин как причину всех пороков. Наряду с этим они изображались хитрыми, легкомысленными, капризными, лживыми, неверными. Однако в тех же источниках мужчина также обладал целым спектром сходных качеств. Это было законом жанра назидательных текстов, таких как популярные "Наказы Аменемхата" и подражания им.

Древние египтянки имели возможности, которых женщины многих государств того времени были лишены: могли работать наравне с мужчиной, обладать имуществом, наследовать, торговать, отстаивать свои права в суде. Однако факты свидетельствуют, что гендерного равноправия в Древнем Египте не существовало, поскольку, несмотря на данные им свободы, женщины нечасто принимали участие в государственных делах, занимали второстепенные должности в храмах и бюрократическом аппарате, и были, вероятно, не столь образованны, как мужчины.

Фельдман Д.А.

ХНМУ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ "СИНДРОМА РАЗБИТОГО СЕРДЦА"

Женщины до девяти раз чаще страдают от так называемого "Синдрома разбитого сердца", или кардиомиопатии такоцубо (вид кардиомиопатии, при котором развивается внезапное преходящее снижение сократимости сердечной мышцы). Среди причин подобного состояния называют стресс, выброс адреналина и прочих гормонов.

Симптомы данного синдрома опасны (смерть наступает в 1% случаев). Доктор Абишек Дешмух из университета Арканзаса решил исследовать синдром, о котором впервые заговорили в 1990 году.

Исследование показало, что расстройство приводит к значительным изменениям в ритме сердцебиения и появлению в крови соединений, характерных для сердечного приступа.

Большое количество пациентов женского пола натолкнуло его на мысль провести исследование. Используя федеральную базу данных примерно 1 000 больниц, специалист выявил за год 6 229 случаев "Синдрома разбитого сердца". Причем, лишь 671 эпизод касался мужчин. Принимая во внимание сторонние факторы вроде высокого давления, получалось, что женщины в 7,5 раз чаще страдали от расстройства.

Синдром в три раза чаще встречался среди женщин старше 55 лет по сравнению с молодыми женщинами. А женщины моложе 55 лет в 9,5 раз чаще имели отклонение, чем мужчины того же возраста. Подобные гендерные различия, ученые объясняют в действии гормонов, скорее всего у мужчин больше рецепторов адреналина на клетках сердца. То есть, они лучше справляются со стрессом и всплесками химических соединений в организме.

ЧАСТИНА 3

*Karnaukh E.V., Plekhova O.A.
KhNMU*

ROLE OF INSULIN IN WOMEN'S LACTATION AFTER LABOR

The relevance of the theme is determined by what is now a growing number of young women suffering from lactation failure after labor. Previously, the causes of this are unknown. In recent years, US scientists have made a sensational discovery of the Cincinnati Children's Hospital Medical Center and the University of California Davis. They got a completely new data on the role of insulin in lactation. In order to establish a detailed scheme of the formation of milk in the mammary glands used the latest gene sequencing technology – RNA sequencing. Previously, it was found that mothers with suboptimal markers of glucose metabolism to establish lactation require more time, which was the prerequisite for the hypothesis of the possible role of insulin in lactation. Now set the high sensitivity of glandular breast cells to insulin during lactation after labor. Prior to this discovery for a long time did not involve a direct regulatory effect of insulin on the functioning of the glandular cells of the mammary glands, as the process of glucose utilization in these cells occurs without insulin. It is now recognized that the role of insulin in the lactation not limited by the function in the glucose utilization. Data were obtained on a pronounced activation of insulin receptors and stimulating function in the adjustment period of glandular breast tissue, aimed at the massive synthesis of proteins, fats, carbohydrates and nutrition of a newborn baby. Given the fact that 20% of women in the general population aged 20–44 years are prediabetic. Gene PTPRF activates the binding of insulin to the receptor and may serve as a biomarker of the insulin binding to the risk of insufficient lactation. The obtained results are the foundation for further studies of factors affecting the lactogenesis. Researchers plan to phase I-II clinical trial to study the effects of hypoglycemic drugs used in the treatment of patients with type-2 diabetes, to determine their effect on potentiating insulin activity to enhance lactation [1].

Despite the adverse drug correction of disorders of carbohydrate metabolism in order to normalize lactation, this technique is perfect to confirm the very concept of insulin-mediated regulation of lactation in a randomized, placebo-controlled clinical studies.

*Pytetska N.
KhNMU*

GENDER PECULIARITIES OF HYPERTENSION

Over the years the fact that men and women might have a distinctive course of the same disease was ignored by a medical community. Cardiovascular disease (CVD) is no exception. Gender differences in relation to high blood pressure (BP) were analyzed in the survey by N.K. Wenger in 1995. It is well-known that women

develop hypertension much later than men due to a protective effect of estrogen. The prevalence of the disease increases with age similarly in men and women, however, after 65 years women experience high BP and occurrence of complications more common than age-matched men. While average systolic BP in males reaches its peak in the middle age, it continues to increase further in women and reaches its maximum at about 80 years. Therefore, despite the fact that systolic BP at the age of 50 years is on average 7 mmHg higher in men than in women, it has higher levels in women after 60 years old. Assessment of a total cardiovascular risk in hypertension reveals clear gender differences. Up to 45 years incidence of coronary heart disease (CHD) in female patients is 4–6 times lower as compared with male patients of the same age; moreover, women with CHD have two times lower risk of myocardial infarction than age-matched men. The risk of sudden death of arrhythmic genesis is considerably lower in women as well. Incidence of hypertension, CHD and the total cardiovascular risk increases in women over 45–50 years old. Shalnova S.A. et al. (2008) showed in their study that female patients have twice as high average risk of CVD than male patients (14.7%). Furthermore, the number of male subjects with a low additional risk was substantially higher as compared with female ones (40.5% and 23.0% respectively). While a moderate and a high risk have been equally common in both sexes, a very high risk has been found to be higher in women than in men (27.9% vs. 22.3% respectively).

In recent years mortality rates of young and middle-aged women from acute vascular events have increased. A MONICA multicenter study was one of the earliest and largest ones that highlighted this problem in females and attempted to analyze the causes of this trend by assessing the prevalence of certain known risk factors and the level of medical care among patients. A NHANES study which included 17061 patients found that the risk of stroke at the age of 45–54 years 2.3 times greater in females compared with male patients. Moreover, at the age of 35–64 years women experienced markedly higher increase of blood pressure levels than men (18 mmHg and 9 mmHg respectively). Richard C. (2005) has shown that cardiovascular accidents in women may occur even at the younger age as a result of the global prevalence of the most significant risk factors.

Literature:

1. Wenger N.K. Hypertension and other cardiovascular risk factors in women / N.K. Wenger // *Am. J. Hypertens.* – 1995. – Vol.8 (12 Pt 2). – P. 94s–99s.
2. Шальнова С.А. Эпидемиология артериальной гипертензии в России: портрет больного / С.А. Шальнова // *Артер. гиперт.* – 2008. – № 2. – С. 89–92.
3. Richard C. Heart Attack and Stroke Prevention in Women / C.Richard // *Circulation.* – 2005. – Vol.112. – e273–e275.

*Nasonova L. I.
KHNMU*

INSTITUTIONALIZATION OF A GENDER INEQUALITY IN ABRAHAMIC RELIGIONS

In addition to the strict monotheism and the beginning of the construction of the confession of monotheism to Abraham, a common feature of the three religions – Judaism, Christianity and Islam - is the institutionalization of gender inequality.

Religious institutions that regulate and organize religious activities, communication and relationship of believers, both among themselves and with representatives of other faiths and non-believers, broadcast discriminatory pattern of gender inequality through religious norms and rules that formalize and regulate all aspects of the lives of members of a religious community. On the basis of the rules and regulations in the confessional space social status and role are arranged, refusal to accept that regarded not only as a violation of the order within the community, but also as a rebellion against the law, approved by the divine demiurge. In turn, religious norms are based on the doctrinal positions, which originate from the canonized texts (Bible, the Koran, the Talmud, and others.), Decrees of church councils, fatwas, works of denomination chiefs, etc. Institutional components provide a safe and predictable existence both of a religious community and individuals, which leads to the desire of believers to reproduce normative behavior, which excludes women as the subject of the action from the space of an allowable. Such a strategy aimed at alleviating feelings of existential anxiety, leads to dogmatism and rejection of the revision of gender stereotypes incorporated in religious practice. In many countries where the Abrahamic religions have spread and/or are dominant, by virtue of the constitutional guarantees of equality of rights and freedoms of citizens activities of some religious institutions can not be regulated by law and is built in accordance with folk customs and "internal" traditions. Thus, the problem of religious discrimination on grounds of sex, attracting the attention of human rights activists and the public do not fall in the jurisdiction of state authorities, which leads to further perpetuation of gender inequality in society.

Abrahamic religions have traditionally recognized male dominance and female subordination in the space of "reasonable story" of humanity, led personally by God and must overcome itself most in the parish of "the world to come." And, although the opinion of the Jewish, Christian and Islamic eschatology differ in the description of the final fate of the world and one, the essentialist position on the nature of the "human creation" does not herald the onset of gender equality at the end of times.

*Pooja Praharaj, Pytetska N.
KhNMU*

ENVIRONMENTAL INFLUENCE ON REPRODUCTIVE HEALTH

The health status of an individual is determined by the interplay of two factors – the internal environment of the body and the surrounding external environment. Clean air, potable water and a toxin-free diet goes a long way in ensuring good health. Biohazardous compounds, some of which act as endocrine disrupters, are being increasingly implicated in infertility, menstrual irregularities, spontaneous abortions, birth defects, endometriosis and breast cancer. In some cases, women are at a greater risk than men, especially with the rise in environmental estrogens. Previously, obstetricians were not very aware of the impact of the environment on reproductive health.

The modern obstetrician is now aware of the role of environmental factors on the reproductive process, directly or indirectly. Water pollution can cause dysentery, typhoid, viral hepatitis, etc., which, in turn, can result in preterm birth

and low birth weight babies. Occupational pulmonary diseases such as asbestosis or silicosis can also adversely affect reproductive health. Environmental issues are assuming new importance as more and more pregnant women and children are being exposed to increasingly polluted environments. The wave of industrialization, consumer oriented life styles, abuse of pesticides, disinfectants and insecticides are responsible for disturbance in the ecological balance. Although not an environmental estrogen, dioxin, one of the most toxic chemicals in the environment, is capable of blocking estrogen action, lowering levels of androgens (male hormones), and affecting the amount of thyroid hormones produced. It can also affect insulin levels and the amount of glucocorticoid secreted by the adrenals. It has also been implicated as a cause for endometriosis. Exposure of pregnant animals to very low levels of dioxin can damage the reproductive system of the offspring, resulting in a decreased sperm count and altered mating behavior. Many pollutants mimic estrogen and may be responsible for breast and uterine tumors.

Many exposures may play an active or potential role in many conditions. On the other hand, it is also likely in many cases that occupational and environmental factors may be red herrings. Many supposed household exposures may fall into one of these categories. Many suspected links between women's health problems and environmental exposures exist. Some, like the VDT and spontaneous abortion issues, will not hold up under good scientific research – others may. These would include tobacco smoke, second-hand smoke, household exposures (i.e. radon, solvents and other chemicals), alcohol, and heavy metals. From the occupational and environmental medicine perspective, there are many priority research needs in the area of women's health and environment. There needs to be a greater awareness and greater vigilance to this growing problem that will only grow in magnitude as we move into the 21st century.

*Sorokina I.V., Myroshnychenko M.S.
KhNMU*

GENDER FEATURES OF INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION SYNDROME OF FETUS AND NEWBORN

One of the tendency of modern demographics is the increase number of children with intrauterine growth retardation (IUGR), the frequency of which in various countries ranges from 3 to 24 % among term infants and from 18 to 46 % among preterm infants. Perinatal mortality among children with IUGR is higher in 4–8 times in comparison with children with normally anthropometrical characteristics. IUGR of fetus or newborn is the most characteristic manifestation of transferred chronic intrauterine hypoxia, which is caused by maternal, placental and fetal factors.

The purpose of the research – to identify gender features of symmetrical and asymmetrical variants of IUGR of fetus and newborn.

Materials and methods of the research. The material of the study was 1995 registration cards of the cases of stillbirths and infant mortality up to one year of life from 2005 to 2009 y. at the Kharkiv region (1125 cases of children death during the first year of life and 870 cases of stillbirth). For further study from all

registration cards have been selected 322 cases of IUGR, which were divided into symmetrical variant of IUGR (sIUGR) and asymmetrical variant of IUGR (asIUGR).

The results of the research. Among all 322 cases of children with IUGR was absence of significant difference ($p > 0,05$) according to gender feature (girls – 165 cases (51,2±2,8 %), boys – 157 cases (48,8±2,8 %)). It was noted absence of significant difference ($p > 0,05$) according to gender feature among sIUGR (girls – 32 cases (47,1±6,0 %), boys – 36 cases (52,9±6,0 %)) and asIUGR (girls – 40 cases (48,2±5,5 %), boys – 43 (51,8±5,5 %)) cases of stillbirths, sIUGR (girls – 40 (54,8±5,8 %), boys – 33 (45,2±5,8 %)) and asIUGR (girls – 45 (45,9±5,0 %), boys – 53 (54,1±5,0 %)) cases of deaths among children during the first year of life.

Conclusion. The study observed absence of significant difference according to gender feature among fetuses and newborns with sIUGR and asIUGR.

*Арутюнян А. Ю.
ХНМУ*

КИПЯЧЕНИЕ ВОДЫ КАК ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН

Вода – незаменимый продукт в рационе человека, однако в условиях системы централизованного водопровода – ещё и благоприятная среда для размножения микроорганизмов. Для борьбы с ними используются различные методы дезинфекции, но если, например, европейские страны в методике обеззараживания воды чаще применяют озонирование, то Украина продолжает активно пользоваться продуктами хлора, в особенности это касается промышленных регионов страны.

Патогенные организмы в этом случае уничтожаются, но у такой медали имеется и обратная сторона: при многократном кипячении воды испаряются опасные вещества, попадающие непосредственно в воздухоносные пути дыхательной системы или алиментарным путем в желудочно-кишечный тракт. Впоследствии образуются диоксины – яды замедленного действия, которые постепенно, на протяжении многих лет, отравляют организм. К слову, диоксин является составляющей химического оружия "Agent orange", которое использовалось военными силами США в войне с Вьетнамом, где после этого участились случаи самопроизвольных выкидышей и пороков у новорожденных.

Диоксины на ранних этапах отравления могут приводить к потере аппетита, тошноте, нарушениям кровообращения и болезням сердца. На последующих стадиях яд способен вызывать онкологические заболевания, цирроз печени, хлоракне, гиперпигментацию кожи, психические расстройства. Также снижается функция легких, изменяется толерантность к глюкозе и, как следствие, снижается уровень инсулина, что приводит к увеличению риска возникновения диабета, изменяется липидный метаболизм и повышается содержание липидов, холестерина и триглицеридов в крови, характерна потеря веса, истощение, изменение содержания гормонов щитовидной железы.

Особо следует отметить тот факт, что воздействие диоксина на мужской и женский организмы во многом различается. Доказано, что у мужчин

ухудшається репродуктивна функція, нерідко саме діоксин є причиною імпотенції, зниження кількості сперматозоїдів. Також можлива атрофія семенників, аномальне розвиток чоловічих статевих залоз в пубертатному періоді, угнетення вироблення чоловічих гормонів (зниження тестостерону та андрогену), зниження статевих потягів. Також діоксин може викликати злоякісні новоутворення статевих органів. До шкірних захворювань можна віднести захворювання Пейроні (збільшення білкової оболонки та перегородки статевих органів, що призводить до їх деформації при ерекції) та гірсутизм (надмірне волосяння).

У жінок, як показують практичні дослідження, можуть виникати гормональні зміни, знижується фертильність, порушується течія вагітності (імовірно несприятливий результат – самопроизвольні викидкі, внутрішньоматочна загибель плоду, неможливість підтримання вагітності), виникає дисфункція яєчників (ановуляція, порушення менструального циклу) та ендометріоз (причини ендометріозу невідомі, але частота цього захворювання зростає, і є непрямі докази зв'язку між рівнями діоксинів та тяжкістю захворювання у макак резус, а, значить, аналогічна зв'язок можлива і в людському організмі). Специфічними пухлинами тут є новоутворення молочних залоз, захворювання Ходжкіна та мієломи. Діоксин є особливою небезпечним для плоду, так як є найпотужнішим мутагеном. Він викликає такі вроджені дефекти, як волчья пасть, гидронефроз, структурні зміни в будові жіночих статевих органів, затримка статевих органів, неврологічні порушення, уповільнення та порушення розвитку.

Щоб уникнути шкідливого впливу діоксину і з метою збереження чоловічого та жіночого здоров'я, фахівці радять використовувати додаткові засоби очищення питтєвої води, кип'ятіння води проводити не більше одного разу, а перед кип'ятінням залишати воду на 20–30 хвилин з метою попереднього випаровування токсичних речовин.

Білан Т.О.

Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

ГЕНДЕРНА РЕЦЕПЦІЯ УКРАЇНСЬКОЇ КУЛЬТУРИ

Становлення суспільної свідомості відбувається в мисленні окремих людей, зокрема втілюється в концентрованій формі певної частини суспільства з найбільш високим рівнем національної свідомості, і саме рефлексія української культури про жінку багатогранна, оскільки сама проблема як предмет розгляду має синкретичні характеристики. Так, починаючи з діяльності Наталії Кобринської, однією з могутніх чинників національного культурно-історичного розвитку була діяльність жінок. Це перший період, коли жінки (Марко Вовчок, Грицько Григоренко) досить несміливо зверталися до формулювання соціальних проблем жіноцтва, завуальовували ще під чоловічі імена. Олена Пчілка й Наталя Кобринська заклали основи іншої традиції, в якій не було ні чоловічих псевдонімів, ні чоловіків-оповідачів, ні загалом спроби імітувати чоловічий голос. Завдяки цим авторкам у

80-х роках ХІХ століття в українській культурі прозвучав інтелігентний жіночий голос, а разом з ним феміністична ідея. Потім Леся Українка, Ольга Кобилянська стають активними політичними, ідейними діячами, що спрямовують свою творчість у русло онтологічної проблематики, зокрема основою їх спадщини стає осмислення самого світобуття як такого. З приходом у культуру таких жінок, як Ольга Кобилянська, Леся Українка, можна сміливо говорити, що в культурно-історичному просторі з'явилися жінки "нового" типу.

Українське жіноцтво даного періоду стверджує культурну самобутність свого народу, великого значення надає формуванню національної свідомості і роботу це не у формі політичних виступів, а шляхом національного самовиявлення у культурній, наукових сферах. Соломія Павличко слушно зауважує, що наприкінці ХІХ та перші роки ХХ століття, завдяки критичній рецепції Лесі Українки, Ольги Кобилянської, маємо конфлікт двох поглядів – народництва і модернізму. Перший вів до закритості культури, зображував народне життя, другий – відкритості культури, естетизму, зображення життя інтелігенції. Також, Соломія Павличко наголошує, є ще одна ключова опозиція – жіночого і чоловічого, або феміністичного і патріархального [2, 69]. Змагаючись за відродження української культури, Олену Пчілку, Лесю Українку, Ольгу Кобилянську зацікавлює передусім забезпечення внутрішніх культуротворчих можливостей, здатних вивести український народ на європейський рівень буття, вони намагалися створити свою філософію боротьби за національну свободу, глибоко усвідомлюючи корінні національні інтереси, пізнаючи себе в оточуючому світі – це були винятки серед тих інтелігентів, чиї "скалічені душі, замотелічені дурманом чужої думки, і чужої столиці, боялися виступити за рідну націю і культуру" [1, 22]. Піклування цих жінок про розвиток національної культури, прагнення вивести її на рівень передових культур Європи, турбота про освіту, статус рідної мови, мораль диктується тими соціально-політичними умовами, які склалися в Україні на той час, і той факт, що саме жінки пробували зруйнувати тенденцію "одурманення" національної культури, не здається випадковим. Адже, творчість Лесі Українки, Ольги Кобилянської вийшла далеко за межі як свого часу, так і навіть свого народу, і виразила ідеї, які лише нині здійснюються в духовнім процесі світового та національного рівня. В їх творчості провідною постає проблема людського буття, і говорячи про основні парадигми проблем людини сучасності, потрібно зазначити, що пріоритетними є "моделі" особистості, в яких людина розглядається крізь призму саморозвитку – і саме це визначає специфічні особливості національного ідеалу – всенационального усвідомлення українського патріотизму, національну гідність, що ґрунтується на розумінні значимості всього позитивного в національній культурі.

Література:

1. Донцов Дмитро. Дві літератури нашої доби. – Львів: Книгозбірня Провісвіта, 1991. – 296 с.
2. Павличко С.Д. Дискурс модернізму в українській культурі. – К.: "Либідь", 1997. – 360 с.

ОСОБЛИВОСТІ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ УЧНІВ ПРОФЕСІЙНОГО АГРАРНОГО ЛІЦЕЮ

Загальновідомо, що один з перспективних заходів вирішення проблеми охорони здоров'я дітей – це удосконалення профілактичного напрямку. Особливого значення в цьому сенсі набуває теорія адаптивного реагування з оцінкою адаптаційних можливостей, згідно з якою здоров'я повинно оцінюватися за ступенем адаптованості організму до умов навколишнього середовища.

Несприятливі зміни стану здоров'я молоді, що навчається, поряд з об'єктивними причинами, обумовлюються недоліками в системі формування, збереження і зміцнення здоров'я, а розповсюдженість, особливо серед юнаків, випадків алкоголізму, наркоманії, токсикоманії, венеричних захворювань, ВІЛ інфекції та СНІД свідчить про відсутність в неї пріоритетної спрямованості на збереження і зміцнення здоров'я та недостатньо високий рівень мотивації здорового способу життя.

Саме тому особливу значимість набувають дослідження поширення навичок здорового способу життя серед учнівської молоді. Виходячи з вищезазначеного, метою роботи було охарактеризувати фактори ризику в життєдіяльності юнаків та адаптаційні можливості їхнього організму.

В дослідженні приймали участь підлітки-юнаки, що освоюють на базі Одноробівського професійного аграрного ліцею наступні аграрні спеціальності: "слюсар з ремонту сільськогосподарських машин та устаткування" (1 курс), "тракторист – машиніст сільськогосподарського (лісогосподарського) виробництва" (2 курс), "водій автотранспортних засобів" (3 курс). Дослідження проводилося шляхом тестування учнів за допомогою опитувальника "Спосіб життя" з розрахунком таких показників, як психологічний мікроклімат, рухова активність, режим дня, харчування та особиста гігієна.

Результати дослідження показали, що значна кількість опитаних оцінювали психологічний мікроклімат у сім'ї та колективі як оптимальний, про що свідчать показники "вище середнього" у всіх досліджуваних групах ($47,1 \pm 12,1\%$, $42,3 \pm 9,3\%$, $42,2 \pm 8,0\%$). Досить високі показники (оцінка "вище середнього" виявились за шкалою особистої гігієни – від $26,3 \pm 7,1\%$ 3 курсу до $52,9 \pm 12,1\%$ 1 курсу). Харчування більшість юнаків оцінили як середнє, згідно з показниками у $52,9 \pm 12,1\%$, $57,8 \pm 9,3\%$, $44,7 \pm 8,0\%$ 1, 2 та 3 курсів відповідно, але були й низькі показники за цією шкалою у всіх досліджуваних групах (з $11,5 \pm 6,0\%$ до $28,9 \pm 7,3\%$). Значна більшість учнів мали незадовільну оцінку режиму дня. Кількість показників "нижче середнього" збільшується з $5,9 \pm 5,7\%$ на 1 курсі до $31,6 \pm 7,5\%$ на 3 курсі. Самооцінка рухової активності була незадовільною на 1 та 2 курсах і складала $47,1 \pm 12,1\%$ та $53,7 \pm 9,4\%$ за показниками "нижче середнього".

Таким чином, дослідження показало, що факторами ризику у життєдіяльності юнаків, що освоюють аграрні професії, є порушення ними режиму рухової активності, нераціональне харчування та недотримання оптимального режиму праці та відпочинку, що здатне негативно впливати на функціональний, психоемоційний стан та здоров'я підлітків, особливо протягом перших років навчання.

Гігієнічна оптимізація умов навчання підлітків, що навчаються у професійних аграрних ліцеях, повинна бути, спрямована на збільшення рухової активності ліцеїстів, дотримання ними вимог раціонального харчування, оптимізацію режиму праці та відпочинку.

*Бордюг Е. О.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ В МАНИФЕСТАЦИИ И РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В последние годы активно обсуждаются отличия в протекании различных заболеваний у мужчин и женщин, что стало основой для формирования гендерных различий развития заболеваний. Особое значения приобрела гендерная кардиология. Хочу сказать тот факт, что в частоте встречаемости кардиологических заболеваний преобладают мужчины. Так, женщины в среднем составляют 15–20% (в редких случаях 30%) от общего числа исследуемой популяции кардиологических больных.

По данным исследователей, в популяции в возрасте до 60 лет превалирует заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистой патологии у мужчин, а после 60 лет – у женщин. Основными причинами которых являются инфаркт миокарда, инсульт или сердечная недостаточность. К сожалению, риск сердечно-сосудистых заболеваний у женщин недооценивается, поскольку существует мнение, что женщины защищены от ишемической болезни сердца. Действительно, у женщин фертильного возраста существует невысокий риск возникновения заболеваний сердца, объясняют это тем, что половой гормон эстроген, который вырабатывается в организме женщины, поднимает уровень "хорошего" холестерина, защищая тем самым коронарные сосуды, но эта защита исчезает с наступлением менопаузы. В постменопаузальный период риск ишемической болезни, сердечной недостаточности и внезапной сердечной смерти значительно повышается.

Причины высокой смертности мужского населения по мнению исследователей является проблема раннего возрастного андрогендефицита. Так у мужчин до 50 лет, имеющих клинику ИБС, содержание андрогенов меньше, чем у здоровых лиц. При этом низкий уровень свободного тестостерона ассоциируется с высокими уровнями общего холестерина и триглицеридов, а также ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП).

*Вандишева-Ребро Н.В., Міщенко М.М.
НТУ"ХПІ"*

ВОЛЯ ТА САМОВИЗНАЧЕННЯ ЖІНКИ ЯК ОСНОВА ЖІНОЧОГО ДИСКУРСУ В УКРАЇНСЬКІЙ КУЛЬТУРІ

Замислюючись про свободу, бо саме з цієї проблеми починається етика як теорія моральної діяльності, ми стикаємося з двома протилежними її проявами: фаталізм та волюнтаризм. В свідомості українців свобода часто ототожнюється з волею, але це ототожнення скоріш за все актуалізує концепцію волюнтаризму, що віддаляє від свободи як такої. Надмірне захоплення волею відводить людину від свободи, але демонструє здатність людини до дії та прийняття рішень.

Внутрішня свобода та воля у прийнятті рішень є суттєвою ознакою української жінки, незважаючи на існуючий протягом століть патріархальний ареал, в якому жінка займає певне місце, що їй відведене. Та вже наявність такого місця, що є її власним та невід'ємним, говорить про усвідомлення своєї значущості. Наявність цього жіночого топосу є характерною ознакою жінки ще з часів Київської Русі (що вже згадувати про роль жінки в кочових племенах, як то сарматських, на українських землях в прадавні часи). У багатьох культурах можна побачити, що саме збереженням та передачею фундаментальних знань про культуру й буття здавна займалася жінка, бо частіше лише вона була здатною керувати родовими відносинами. Українська культура не є виключенням. Марія Маєрчик, досліджуючи самотність українських обрядів та фольклору в роботі "Ритуал і тіло", доводить що в українських родинних культурах активність притаманна саме жінці: жінка частіше керує процесом й частіше саме на жінку скеровані обрядові дії. Для української традиції показовим є асиметричність гендерного розподілення обов'язків у процесі укладання шлюбу, у створенні та існуванні сім'ї. Підтвердженням цього може бути той факт, що майже на всіх родинних обрядах (народження, весілля, похорон) дієвою особою та особою, яка приймає рішення частіше виступає жінка, або вона хоча б присутня, а чоловіки можуть бути присутніми, але й це не є їх обов'язком. Щодо перспективи гендерної симетрії, то мабуть саме це буде сприяти подальшому розвитку та збереженню українських традицій та більш чіткому оформленню національної самосвідомості українців.

Особливість українських жіночих досліджень міститься в тому, що вивчення статусу і становища жінки в соціумі пов'язане з національним визначенням самого українського суспільства. Жіночий життєвий досвід завжди поміщений у соціальну та культурну дійсність й найяскравіше це проявило себе в XIX ст., коли жінки-письменниці гостро відчували потребу нового дискурсу в українській літературі – жіночого. Тому вони більш радикальні за чоловіків в цей період, поєднавши цю власно жіночу потребу з загальноукраїнською потребою національного визначення.

Жіноча творчість в XIX ст. втілилася в появі літературних часописів. Це була робота, якою можна було займатися і вдома – редагування, письменство, переклади. Марко Вовчок в цей період є яскравим прикладом демонстрації вільного вибору способу життя для кожного. Просвітницький рух став можливістю жіночої реалізації і на Наддніпрянській, і на Західній Україні. Формується традиція жіночої літератури – М. Вовчок, Л. Українка, О. Кобилянська, мета – формування активної та незалежної жінки.

Ідея звернення до українського жіночого руху та місця жінки в українському суспільстві згасає в XX ст., адже формально в СРСР всі мали рівні права, але вже в другій половині XX ст. жіночий дискурс в українській культурі знову підхоплюють Ліна Костенко, Алла Горська, Кіра Муратова. Наприкінці XX ст. знову стався перелом культурних епох і постали питання, пов'язані з гендерною ідентичністю: статі, тілесності, проблема розрізнення жіночого та чоловічого досвіду. Таким яскравим прикладом і стала поява роману О. Забужко "Польові дослідження з українського сексу", яким авторка показала, як феміністичний аналіз може бути тісно пов'язаним з патріотичними структурами мислення. Жіночі цінності відрізняються від чоловічих, а це

впливає й на саму природу української культури. В українській культурі наявною є традиція творчої та вольової реалізації жінки й саме жіноча творчість стала джерелом теоретичної бази власне гендерних досліджень у ХХ столітті.

Верішківська В.О.
ХНМУ

ФАКТОРИ ПОГІРШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Що є найголовнішим в цьому світі? Для кожного відповідь буде своя. Для багатьох – це створити щасливу та здорову сім'ю, яка буде зразком для інших. Маленькі хлопчики та дівчата в дитинстві ще не замислюються про те, що для того щоб в майбутньому народити здорову і повноцінну дитину їм необхідно вже з малих років піклуватися про своє репродуктивне здоров'я.

Репродуктивне здоров'я характеризується рівнем розумового, фізичного та соціального благополуччя людини. На нього впливають соціальні, біологічні, екологічні та психологічні фактори. Серед негативних факторів, які стосуються свідомого вибору людини можна видалити наступні: неправильне харчування, шкідливі звички, стан екології в місці проживання.

Доведено, що нікотин негативно впливає на внутрішньоутробний розвиток плода. Тому, якщо майбутня мама палить, то через плаценту в плід надходить отрута. Мама і малюк відчують, так зване, "кисневе голодування". Алкоголь негативно впливає на фертильність чоловіків і жінок, а ще відіграє важливу роль у розвитку різних відхилень у майбутнього малюка.

Ще одним із факторів є забруднення навколишнього середовища. Деякі місцевості відрізняються недостатнім вмістом у воді необхідних мінеральних речовин (йоду, кальцію), з підвищеним вмістом солей і ін.

Ще дуже впливовим фактором є неправильне харчування. Для боротьби з цією проблемою необхідно інформувати жінок про норми правильного харчування та його вплив на перебіг вагітності. Під час вагітності надмірно та незбалансоване харчування стає впливовим негативним фактором.

Для збереження репродуктивного здоров'я потрібно враховувати вплив як екологічного середовища, так і соціального, оскільки останнє визначає правила і норми формування культури піклування людей про власне здоров'я.

Гниденко В.С.
ХНМУ

КОНТРОЛЬ ЗА ЖЕНСКОЙ СЕКСУАЛЬНОСТЬЮ КАК УГРОЗА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ

"We Can Do It! Да, мы можем это делать, и имеем на это право!"

С давних времён, когда человечеством завладел патриархат, права женщин и сами женщины были жестко подавлены устоявшейся нормативной системой. Социальные роли, отведенные им, как правило, ограничивались "домашним очагом" и заботой о семье и потомстве. В знаменитой концепции "трех К" (Kinder, Koche, Kirche – ребенок, кухня, церковь), приписываемой Отто Бисмарку, довольно емко отображена традиционная женская планета: целиком и полностью посвятить себя детям, супругу, созданию тепла и уюта в доме, религиозности. Вот она – удобная во всех смыслах женщина!

Но, даже выполняя эти функции, взамен женщины нередко получали лишь бесконечный контроль и насилие. Одним из самых вопиющих примеров является тот факт, что во все времена женщина не могла самостоятельно распоряжаться своим телом (до сих пор во многих культурах она, например, либо не имеет права свободно принимать решение об аборте, либо же такая практика осуждается), начинать половую жизнь до вступления в брак (подобная практика повсеместно сохраняется и сегодня), выбирать и менять по своему желанию сексуального партнёра (миллионы женщин подверглись ритуалу удаления клитора, цель которого – навсегда лишить возможности получения сексуального наслаждения, а значит и главного мотива для смены партнера), иметь более одного сексуального партнера одновременно. Механизмом, контролирующим соблюдение, например, последнего ограничения, является так называемая политика "двойной морали": принято считать, что моногамный мужчина – неудачник, "очаровавший" лишь одну особу женского пола, а на большее его "мужской энергии" не хватило; в то же время, моногамная девушка – как раз моральный образец для подражания. И наоборот: если мужчине молва приписывает отношения с множеством партнерш, он считается "крутым мачо", тогда как при аналогичном поведении женщины ее автоматически относят к женщинам "легкого поведения".

Как показывают данные медицинских исследований, то же сексуальное воздержание может нести патологические последствия для здоровья женщины. Например, одним из серьезнейших последствий являются разного рода гинекологические заболевания, ведь при возникновении сексуального возбуждения кровь приливает к половым органам, а если полового акта не происходит, то она застаивается в малом тазу, итогом чего являются аднекситы, мастопатия, фибромиома. Следует помнить о возможных проблемах с эндокринной системой, с гормональными сбоями. Одно из неприятных последствий длительного воздержания – увеличение количества тестостерона в женском организме (в результате заметно ухудшается качество кожи, появляются ранние морщины, нежелательные волоски на лице, мелкие прыщи).

Безусловно, страдает и психологическая сфера. В женском организме не вырабатываются в достаточной концентрации эндорфины, как следствие – нервные срывы, стрессы, бессонница, в редких случаях возможен даже суицид. Итогом сексуального воздержания являются и проблемы с лишним весом (многие женщины пытаются восполнить недостаток эндорфинов едой, а получая искомое удовольствие, быстро набирают лишние килограммы), а также с алкоголем (со всеми вытекающими отсюда негативными последствиями).

При этом обратные примеры, когда женщина ведет регулярную половую жизнь, как раз демонстрируют позитивные воздействия на женский организм – наблюдается стабилизация артериального давления, происходит поддержание тонуса кровеносных сосудов, снижается риск инфарктов и инсультов.

К сожалению, несмотря на то, что ещё в древние времена люди возвышали богинь любви, секса и плодородия (в ирландской мифологии – это Клиодна, в индуизме – Рати, в Древнем Египте – Хатхор, дочь Ра), контроль за женской сексуальностью всегда являлся одним из столпов патри-

архата. При цьому очевидно, що фанатичне бажання слідувати таким патріархатним моральним орієнтирам може привести до неоправданих наслідків для здоров'я жінки.

Гулевський С.В.

Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна

СТЕРЕОТИПИ ГЕНДЕРНОРОЛЬОВОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ У ТЕЛЕСЕРІАЛАХ

Телебачення володіє унікальною здатністю змінювати фундаментальні уявлення про природу соціальної реальності. Воно є дуже важливими в царині гендерно-рольової соціалізації, а аналіз інформації, що надходить до аудиторії телевізійними каналами, продемонстрував, що телебачення відтворює, а так само формує стереотипні, традиційні образи чоловіків і жінок. Дослідження Ж. Тунстал дозволили узагальнити результати наукових пошуків з цієї теми. На думку вченого, інформація про жінок в засобах масової інформації подається зі спотворенням. Жінок розглядають тільки як домогосподарок, матерів, дружин, коханок, що безумовно, формує невірну громадську думку, оскільки така ж кількість чоловіків – батьки, чоловіки, коханці. Найчастіше жінка зображена залежною від чоловіка. І ця картина жіночої залежності значною мірою створена саме у просторі телебачення. Можна вважати науково обґрунтованим фактом, що така телепродукція як телесеріал є засобом формування гендерних стереотипів.

Л. Малві у своїх дослідженнях про кіно порушила питання: про механізми первинної та вторинної ідентифікації, про моделі формування суб'єктивності, про статус жінки-глядача, про специфіку репрезентації жінки в кіно, про ідеологію маскулінізму. Вихідна теза Л. Малві полягає в тому, що форма телевізійного серіалу структурована несвідомим патріархального суспільства і що жінці як глядачів нав'язуються правила "чужої гри".

Сучасний період суспільної дійсності можна вважати справді періодом розквіту жанру серіалу. Існують серіали на будь-який смак: мелодраматичні, детективні, гумористичні, еротичні. У порівнянні з кінофільмом жанру серіалу свідомо забезпечений більш стійкий успіх саме тому, що серіал більш усереднений, ніж художній фільм, в ньому частіше розігруються стандартні ситуації або архетипові сюжети. Серіал – це джерело відомостей про стереотипи, заботи, симпатії і антипатії певної частини суспільства.

Існує специфіка чоловічого і жіночого смаку. Його відчувають творці фільму і орієнтуються на нього. Пояснюється це тим, що той чи інший фільм внаслідок особливостей показаних в ньому людських типів, тематики і проблематики, жанру, структурного ладу, сюжетної ситуації, епізодів і інших елементів більше цікавий для чоловічої аудиторії, ніж для жіночої. Відповідно дослідник такі фільми умовно називає "чоловічими" і "жіночими". Для "чоловічих" фільмів характерні такі теми: про мафію, наркобізнес, секс, про життя сучасної армії, негативних проявах нашого сьогодення життя, історію. Особливості подібного фільму – складні спецефекти, технічні трюки. Характерні для нього сцени – погоні, бійки, різні зіткнення, перестрілки. "Жіночі" фільми: про любов, про вибір життєвого шляху, про психологічні проблеми особистості в сучасному світі. Особливість такого фільму: у більшості випадків щасливий кінець. Характерні сцени – показ долі жінки,

історії її любові, взаємин у сім'ї, на роботі, між закоханими, друзями. Ці сцени переживаються, проживаються і фіксуються в підсвідомості глядача, накладаючи офіційні оцінки, заохочення та табу на поведінку, або ж провокуючи індивідуальний спротив щодо них.

Отже, спостерігається особлива соціокультурна зумовленість технік телесеріалів з впровадження в масову свідомість норм і зразків жіночості та мужності.

*Громов А.А.
ХНМУ*

РАЗВИТИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОТНОШЕНИЙ КАК УСЛОВИЕ РАЗРУШЕНИЯ ПАТЕРНАЛИЗМА В ПОЛИТИКЕ

Реалии современной политической жизни в странах постсоциалистического пространства представляют собой постоянно воспроизводимые отношения гендерного неравенства. Почему так происходит? Это обусловлено исторически. Политическая жизнь общества всегда строилась на решении внутренних и внешних задач, связанных с реализацией государственной власти в различных сферах деятельности. На протяжении многих столетий нашим предкам прививались устойчивые патерналистские ценности, которые влияли на общественное сознание граждан, определяя их социальное поведение, менталитет и политические приоритеты. Практика свидетельствует, что один из аспектов определения политических приоритетов лежит в плоскости гендерных отношений.

Так, мужчины определяют свои политические приоритеты через традиционное представление о власти как силе узаконенного принуждения, поэтому они видят решение политических проблем в преодолении сопротивления меньшинства большинству. Женщины, в отличие от мужчин, воспринимают власть не как средство принуждения, а как осознание силы для реализации поставленных целей. В их понимании власть утверждается не через господство, а в ходе сотрудничества. Так или иначе, на примере украинской политической практики мы наблюдаем, что патернализм как доминантное "отцовское" правление широко представлено в деятельности украинского государства. Нередко он становится опорой в принятии управленческих решений. Боле того, набирает вес так называемый "разочарованный патернализм", при котором люди не имеют права что-либо требовать от государства, ибо оно не может обеспечить достаточную заботу о каждом.

Вместе с тем, современные тенденции в политике есть не столько навязывание воли субъекта отношений их объекту, сколько поиск консенсуса в отношениях между гражданским обществом, бизнесом и государством. Не секрет, что женское начало в конструкциях внутри- и межгосударственных отношений позволяет снимать остроту общественных противоречий и выстраивать новые государственные институты и отношения. До сих пор не существует однозначных ответов на такие непростые вопросы: стоит ли женщине участвовать в политических процессах и насколько совместимы понятия "женщина" и "власть"? Но если женщина выбрала для себя этот род деятельности, то она должна быть готовой и к неприятию, и к недоверию, и к интенсивной работе. Вспомним 24-часо-

вую загруженность А. Меркель в период работы над Минскими соглашениями-2 в январе 2015 г.

Сегодня, женщина в политике вынуждена придерживаться имиджа "железной леди". Но принимая "мужские решения", стремясь привлечь внимание к своим аналитическим способностям и своей успешности, она не выставляет напоказ свою женственность и привлекательность. Такой тип поведения оборачивается проявлением патернализма с "женским лицом". Вместе с тем, яркий след в становлении женской (в позитивном понимании) политики, позволившей пробить брешь в системе патернализма, оставили И. Ганди, М. Тэтчер С. Бандаранаике [1]. Весьма успешна, кроме А. Меркель, и Даля Грибаускайте. Обладая большей нравственной силой, женщины способны устанавливать и длительно удерживать эффективные контакты с людьми, проявляя все качества настоящего политического деятеля, что является одним из условий разрушения традиционного патернализма в политике [2].

Литература:

1. Женщины политики [Электронный ресурс] / Режим доступа : <http://womanadvice.ru/zhenshchiny-politiki>
2. К. Гиллиган. Иным голосом. Психологическая теория и развитие женщин [Электронный ресурс] / Режим доступа : <http://afield.org.ua/book/gilligan.html>

*Дмитриенко Н.Ф., Запорожец И.В., Красникова С.А.
ХНМУ*

УЧЕТ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ПОЛИКУЛЬТУРНЫХ ГРУППАХ ИНОСТРАННЫХ УЧАЩИХСЯ

Исследование гендерных различий имеет не только теоретическое, но и прикладное значение, так как гендерная психология как таковая призвана способствовать улучшению взаимопонимания между мужчинами и женщинами, их идентификации и социализации в современном мире.

Время обучения в вузе является важным этапом становления характера молодого человека, который в дальнейшем определяет его социальную, профессиональную и личную жизнь, взаимоотношения с людьми разного пола, что особенно важно в такой профессии, как врач. При работе с иностранными студентами преподаватель не может игнорировать как национальные, так и гендерные особенности обучаемых.

Во многих культурах женский и мужской пол рассматриваются как неравные, что определяется половым разделением труда, отношением к образованию, власти, церкви и т.д. Так, в разных культурах наблюдается разное отношение к образованию женщин. В Индии, например, оно было позитивным, в других странах Азии – негативным. Во многих культурах мужчины продолжают занимать господствующее положение в обществе и в семье, что поддерживают многие конфессии, например мусульманство.

По общему уровню интеллекта наблюдается отсутствие половых различий. Подобная закономерность характерна для различных возрастов представителей разных рас и культур.

Опыт работы преподавателя-филолога в иностранной аудитории при обучении русскому языку позволяет сделать вывод о преимущественно

более высоких речевых способностях у девушек по многим характеристикам: способности к артикуляции и подражанию речи, усвоению новой лексики, уровню развития речи и речевых навыков, по богатству ассоциаций, показателям чтения и смысловой интерпретации прочитанного. Это подтверждено многочисленными научными исследованиями речевых способностей полов, в которых приняли участие более 340 тысяч человек [1, 187].

Программой изучения русского языка иностранными студентами предусмотрено чтение художественных произведений русской классики – поэзии и прозы. При равной степени заинтересованности у юношей и девушек наблюдается разница в эмоциональном восприятии произведений и их трактовке. Вполне предсказуемо сдержанное проявление эмоций юношами, что соответствует восточной культурной традиции, интерпретирующей открытое проявление эмоций как слабость, недопустимую для представителей мужского пола. Впрочем, при выражении негативных эмоций сдерживающий фактор не работает. Поколения студентов-иностранцев едины в своем осуждении поведения Ольги Ивановны (А.П.Чехов. Попрыгунья), при этом студенты открыто выражают свой гнев, неприятие, отвращение. А доктор Дымов, в положительности которого не сомневается русский читатель, подвергается критике за излишнюю мягкость и бесхарактерность.

Девушки и женщины чувствительнее мужчин к негативным жизненным событиям. Для них связь эмоций с межличностными отношениями является более значимой по сравнению с противоположным полом. Поэтому при обсуждении произведений художественной литературы они проявляют большую активность и заинтересованность, более эмоционально переживают сюжетные интриги.

Следует отметить и более яркое проявление невербальной экспрессии со стороны женского пола, способность к интерпретации и декодированию невербальных сигналов. "Я на правую руку надела перчатку с левой руки..." – эти строки А.Ахматовой самодостаточны для возможности построения высказывания, прогнозирования происшедшего, оценки ситуации со стороны женщины.

Таким образом, учет гендерных особенностей в поликультурных группах иностранных учащихся позволяет прогнозировать возможные трудности в построении взаимоотношений между юношами и девушками, регулировать эти отношения, а также способствует улучшению микроклимата в интернациональном коллективе, что повышает качество учебного процесса.

Литература

1. Бендас Т.В. Гендерная психология. "Питер", 2005.

Гучинова Э.Б.

Европейский университет в СПб. (Россия, Армения)

МЕДОСМОТР В ПАМЯТИ БЫВШЕГО ВОЕННОПЛЕННОГО О ЛАГЕРЯХ В СССР

Медицинский осмотр – один из самых распространенных сюжетов в рисунках бывших японских военнопленных о пребывании в лагерях СССР (1945–1956). Это была регулярная ежемесячная процедура освидетель-

ствования состояния здоровья пленных. В зависимости от физического состояния военнопленных были установлены четыре категории трудоспособности: к первой относились люди, пригодные для любых физических работ, ко второй – только для работ средней тяжести, к третьей – те, кто подлежал освобождению от работы или использованию только на легких внутрилагерных работах. Те, кто попадал в четвертую группу, направлялись в больницу или оздоровительную команду.

Эти категории устанавливались с помощью так называемого неприличного жеста врача или медсестры. Вся процедура медицинской проверки на трудоспособность состояла в том, что врач оттягивал кожу на ягодице пленного, определяя отсутствие / наличие подкожного жирового слоя. Воспоминания, связанные с телесностью, подтверждают зафиксированный в памяти зависимый статус. Текст на рисунке на рисунке Ё. Уэцухары "Прежде всего все побрили" какой маленький, отражает удивление медицинского работника, уже взрослой женщины, малыши на ее глаз размерами детородного органа взрослого японца. Она не стесняется показать удивление взглядом, выражением лица и комментариями. Это унижение помнилось и спустя десятилетия. Вряд ли бы эта же женщина посмела сказать такое русскому мужчине. Но пленный японец для нее – не ровня, не мужчина. Посмотрите, в каком смятении стоит человек справа, как отворачивается в неловкости и как оба по-женски прикрывают пах руками. Это униженность пленением, голодом, наготой, и ущербной маскулинностью, выраженной в сексуальной неполноценности, вернее эмаскуляции, символической и физической. Безащитность голых пленных, которые стоят босиком и лишились даже волос подчеркивается контрастом с тем, как тепло одета медсестра, она в валенках, шапочке и в держит в руках машинку для бритья. Другой рисунок подписан автором Ё. Уэцухара красноречиво: жалкое мясо на ребрах и ягодицах. Перед нами изображение двух пленных мужчин, но автор считает, что главное в человеке, по мнению врачей, – ягодицы и ребра, да и жалкое мясо – подтверждает жалкий статус людей, которые сейчас представлены ребрами и ягодицами. На этом рисунке того же автора мы видим советского врача, в сапогах и даже в фуражке, в белом халате поверх френча рядом с двумя голыми пленными. Один из них прикрывает пах руками, стоит практически в женской позе. Второй – сидит на полу, застыл практически в детской позе. Неравенство статусов художник выразил униженными позами представителей более низких статусов – женщин и детей.

Лагеря военнопленных – это мужское гомосоциальное сообщество. Появление женщины в нем – вдалеке ли, тем более если близко, всегда вносило особое волнение в мужские ряды. Пленных японцев удивляло, что высокий статус врача в советском обществе был доступен женщине. Удивлял и образ женщины – смелый, решительный, легко командующий мужчинами. Именно лагерные врачи, в основном женщины, руководили процедурой медицинского осмотра, именно их голос был решающим в вопросе о том, к какой категории отнести каждого пленного.

Если в обычной жизни мужчина обладает правом щупать женский зад, то в условиях лагеря врач, чаще женщина, имевшая властные полномочия на распределение работ, а в данных обстоятельствах значит и право распоряжаться жизнями, щупала зады пленных, и такая гендерная инверсия

травмировала память сильнее, став одним из стойких образов лагерного унижения.

Это еще одна иллюстрация "политической анатомии", которую М. Фуко связывал с "механикой власти", производящей подчиненные, "послушные" тела. В самом явном виде мы видели, как тоталитарные режимы XX в. использовали миллионы людей в своих лагерях, принуждая их работать с необходимой эффективностью.

*Дейнека В.В.
ХНМУ*

СИМУЛЯЦИЯ ЗДОРОВЬЯ – В ПОГОНЕ ЗА "ПОЛНОЦЕННОСТЬЮ"

Современная социальная реальность характеризуется возрастанием глобализационных процессов и все большим переходом к информационному обществу с последовательным замещением реальности гиперреальностью.

Новые технологические возможности ведут к размыванию грани между публичной деятельностью и сферой личной жизни, т.е. деятельностью интимной. Стремительное развитие технологий, систем и средств коммуникации ведет ко все большему вовлечению элементов интимной деятельности в сферу публичной. Деятельность человека подвергается все большей вовлеченности в пространство гиперреальности. Реальность и ее суррогат (гиперреальность) вступают в конкуренцию. Поскольку реальность может быть симулирована посредством современных технологий, реальность самой реальности ставится под сомнение и требует удостоверения своей подлинности.

Деятельность человека предполагает наличие в общественном сознании системы процедур установления социальной ценности личности. В связи с понятием социальной ценности личности можно говорить о существовании комплекса факторов, определяющих "полноценность" или "неполноценность" личности в различных социально-ролевых аспектах. Центральным компонентом социально-ролевой "полноценности" является физическое и психическое здоровье личности, как соответствие нормативной системе. Комплекс физиологических, антропометрических и психологических характеристик выступает в качестве условий полноценности или неполноценности личности в рамках социально-ролевой деятельности.

Формирование и развитие общественных институтов в значительной степени связано с потребностью общества в осуществлении контроля за деятельностью личности посредством выявления признаков какой-либо неполноценности.

Установка со стороны общества на выявление тех характеристик физического и психического здоровья индивида, которые лежат в основе комплекса представлений о неполноценности, ведет к формированию защитных механизмов со стороны личности.

Установление практики сохранения врачебной тайны – исторически первое проявление фиксации права индивида на сокрытие фактов собственной неполноценности для недопущения уменьшения социальной ценности своей личности. В этом случае здоровье фактическое становится ре-

альністю, требующої підтвердження, і замещається симуляцією здоров'я. Поскольку підтвердженням фактичного здоров'я виступає функціональна повноцінність, то соціально значимим стає не здоров'я само по собі, як реальність, а демонстрація функціональних можливостей індивіда як презентація реальності. Сучасні засоби заміщення реальності гіперреальністю надають широкі можливості для організації симуляції функціональних можливостей в системі комунікації. Симуляції піддаються як зовнішні ознаки функціональної повноцінності, т.е. змінюється зовнішній вигляд органів людини, доступних для візуальної оцінки їх функціональності, так і загальний стиль життя, характеризується довготривалістю і інтенсивністю функціональної активності людини.

Потреба індивідів в симуляції здоров'я спровокувала формування культури заборони і витіснення реальності в стосунках до здоров'я. Починаючи з заборони на демонстрації фізіологічних процесів до заборони оголошеного тіла і проявлення реальних емоційних станів, цивілізація розвивається по шляху симуляції повноцінності.

Інформаційне суспільство зіткнулося з проблемою загальнодоступності симуляції. Це розмиває систему формування соціальної цінності особистості, що веде до обесцінюванню вартості во всіх її проявленнях. Біологічний аспект буття людини в суспільному свідомості втрачає значення основи і переходить в сферу творчої діяльності, т.е. відкритого простору самовираження.

*Золотар А. О.
ХНМУ*

ВРАХУВАННЯ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ У РОБОТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Засвоєння статевих ролей передбачає наявність не тільки певного типу поведінки, але й конкретних рис особистості й навіть всього образу життя.

Останнім часом гендерна проблематика все активніше стала заявляти про себе в різних галузях науки. Ця тенденція торкнулась і медицини, в медичних публікаціях все частіше можна зустріти такі поняття як "гендер", "гендерний", "гендерні дослідження".

Проблеми гендерної медицини неодноразово обговорювались на шпальтах українських медичних видань. У полі зору фахівців опинились, у першу чергу, статеві особливості захворювань та відмінності їх проявів як основи для формування гендерних підходів до лікування.

Медики дійшли висновку, що існують відмінності між чоловіками і жінками стосовно серцево-судинних захворювань, раку, захворювань печінки, остеопорозу і в галузі фармакології. На думку фахівців, якщо звертати увагу на гендерні відмінності в лікуванні, це дозволить успішніше боротися з хворобами.

Досі було дуже мало відомо про гендерні відмінності в захворюваннях, особливо коли справа стосується симптомів.

Необхідно розуміти, що принцип рівності включає в себе і право на відмінності, розрізнення, тобто право, яке пропонує необхідність врахування відмінних рис, характерних і для чоловіків, і для жінок, пов'язаних з

їхньою приналежністю до того чи іншого соціального класу, політичних курсів, релігійних поглядів, етнічних груп и т. п.. Всі ці аспекти повинні враховуватись при формуванні правильних гендерних позицій та нормального функціонування суспільного життя.

Про точки перетину гендерної рівності з точки зору біоетичної науки найкоректніше говорити у контексті медицини. Адже саме у цій сфері під гендерними особливостями розуміють відмінності у схильності до розвитку тих чи інших захворювань у чоловіків та жінок. Все це дозволяє говорити про новий підхід у медицині – погляд на захворювання із урахуванням статевої приналежності, тобто із точки зору відмінностей у виявленні захворювань у чоловіків та жінок внаслідок їх біологічних характеристик із урахуванням гендеру, психологічних відмінностей, відмінностей у поведінці, що обумовлені соціокультурними нормами.

Важливо акцентувати увагу на становленні нової області у медицині, а саме – гендерної медицини. Це абсолютно новий напрям, що спеціалізується на біологічних та фізіологічних відмінностях, що існують між жінками та чоловіками, та проявляються у розвитку різних захворювань та реакцій організму на відмінне лікування.

Карпенко І.В.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

ГЕНДЕРНЕ МИСЛЕННЯ ЯК КРИТИКА "ПРИРОДНОСТІ" БУТТЯ

Оскільки будь-яка людина з народження є залученою у безперервний процес гри соціальних сил, які поділяють людей за ознакою статі, всі відносини в суспільстві, без винятку, відзначені результатами гри цих соціальних сил. Немає жодного представника роду людського, позбавленого ознак "фемінності", або "маскулінності". Завдяки цьому сучасні та майбутні дослідники гендеру отримують у своє розпорядження універсальний пояснювальний принцип, що приводить до єдності гетерогенне соціальне ціле, яким є людина як така.

Гендер – це важливий методологічний ключ, що дозволяє відкривати нові перспективи бачення не тільки буття людини, але і будь-якого явища суспільства і культури, це категорія, яка зачіпає всі основні сфери життя і діяльності людини. "Універсальний принцип" в тому сенсі, що відтепер в будь-якому окремо взятому соціальному явищі можна виділити аспект такої аспект фемінного та маскулінного, що має відношення до всіх інших соціальних явищ. На основі універсального принципу соціальна реальність може бути визначеною в деяких своїх спільних і навіть загальних властивостях.

Важливою характеристикою гендерного мислення, що претендує на універсалізм, є фактичне ототожнення в ньому "соціального" та "політичного". Стать – це ні що інше, як продукт влади. Зауважимо, що гендер - засіб визначення владних відносин. Стать, яка осмислюється через категорію гендеру, є виключно продуктом влади. Для того щоб зробити подібний висновок, недостатньо займати позицію чистого теоретика. Тут треба бути незадоволеним сформованим положенням справ і практично зацікавленим у зміні існуючого порядку. Гендерний аналіз спрямований на розкриття питань, що вислизають від звичного погляду соціальних ієрархій, на визначення неявних механізмів дискримінації людей за ознакою статі.

Отже, гендерна мислення – це мислення в основі своїй критичне, і як таке воно виявляє одну з істотних рис західної інтелектуальної традиції – установку на всеосяжний критицизм. У такому випадку під "традицією критичного мислення" можна розуміти: а) традицію критичної думки, тісно пов'язану з філософією; б) традицію філософування, що ґрунтується на сумніві в існуванні будь-якого "природного" порядку речей і визнає за цим порядком речей якийсь споконвічний принцип – Буття або Свідомість.

Таким чином, "критична традиція" – це традиція європейського недогматичного і рефлексивного мислення, що заперечує "природність" будь-якого "порядку речей". І в цьому сенсі це є універсальна критика всього життя, всіх життєвих цілей і цінностей з позицій взаємовідношення фемінного та маскулінного в культурі.

*Карпенко К.І.
ХНМУ*

ІНВАЙРОНМЕНТАЛІЗМ ЯК УМОВА ФОРМУВАННЯ ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ

Найважливішим моментом появи екології як домінуючої структури в сучасному публічному дискурсі є формування структур ідентичності. Інвайронменталізм є дослідженням людьми свого місця в природі, квазі-антропологічної ситуації, яка служить медіумом при постановці питання про ідентичність. Цей пошук ідентичності традиційно здійснювався релігійними системами віри. Релігія містить пізнавальні, моральні і естетичні структурні засоби, які забезпечують контр-фактичне рішення проблеми персональної ідентичності. Релігійне рішення проблеми персональної ідентичності також характеризує сучасні суспільства. Життєві історії активістів екологічного руху показують, що релігійні мотивації фактично грають важливу роль в турботі про природу]. Зважаючи на твердження про те, що поняття персональної ідентичності сьогодні все ще пов'язане з релігійною вірою, все-таки не варто вважати, що ці системи віри все ще ґрунтуються на ідеях співтовариства віруючих. Оскільки релігійні організації втратили свою всеосяжну силу в повсякденному житті, остільки персональна ідентичність не є більше надбанням тільки віруючих. Їм на зміну прийшла ідея асоціацій, в яких поняття співтовариства є секуляризованою версією співтовариства віруючих. Секуляризоване співтовариство замінило традиційну релігійну групу. Сформувалася також думка, що можна знайти персональну ідентичність в матеріальній рівності і у відсутності відчуження від результатів праці. Проте тепер це вже не така гостра проблема.

Звернення до асоціацій між різними людьми стає головною силою в пізнавальних структурах персональної ідентичності. Ці асоціації є вільними, а також достатньо динамічними і різноманітними. Вони можуть бути релігійними або світськими, національними або мультикультурними.

Зв'язок між екологією і ідентичністю повинен бути встановлений в екологічному дискурсі про сучасність, коли екологія стає стратегією для власної реорганізації і встановлення ідентифікаційних референцій в сучасному суспільстві. При цьому повинне сформуватися ставлення до традицій, що склалися в рамках певних етносів, до інноваційних процесів, що заявили про себе в екологічному русі і у відповідній теорії, а також повинні бути визначені

перспективи ідентифікаційних практик. Слід підкреслити, що в той час, як інвайронменталізм сімдесятих-восьмидесятих років становив соціальний рух, що базувався в основному на цілераціональності, екологічний дискурс останніх років значно більше тяжіє до комунікативної раціональності.

Екологічна комунікація (екологічний дискурс) виявляється таким експериментом, що здійснює модернізацію одного з найбільш важливих аспектів соціального життя, що загострився останнім часом.

Разом з тим, важливість екологічної комунікації зростає. Започаткувавши публічний дискурс, вона також почала реструктуралізацію публічного простору, роблячи його відкритим і здійснюючи свій внесок в його емансипацію від життєвого світу. Інституційні зміни дозволяють направити в певне русло ці модернізації. Екологічна комунікація визначає специфічні селективні умови для участі в публічному дискурсі, а саме: усвідомлене використання структурних засобів в дискурсі про природу. Це також означає, що екологічна комунікація затверджується як структура, до якої причетні всі. Отже, створюється підстава для подальшого розвитку публічної сфери, яка є справжньою сучасною умовою, що гарантує пізнавальні, етичні, естетичні, психологічні та інші передумови екологічної раціональності, що має бути внутрішньою властивістю культури сучасних суспільств.

Символічне буття людини неначебто "між небом і землею" обумовило той факт, що на стадії самоствердження, тобто вивільнення з природи, людина апелювала до небесного, надчуттєвого. Але ця тенденція має свої межі. Сучасна екологічна ситуація онтологічно вказує на них. Загострення екологічних проблем, що загрожує самому існуванню людини на Землі, спонукає до реабілітації хтонічного начала культури, що відводить Землі головну роль у процесі самоздійснення людини.

Таким чином, можна припустити, що сучасний філософський дискурс включає гендерний вимір як особливий ракурс бачення екологічної комунікації. Якщо раніше відношення між людьми з приводу підкорення природи оцінювалися в основному з погляду трансцендентного, чоловічого, божественного начала, то нині є сенс дати їм також іманентну, жіночу, земну оцінку. Притому мова, звичайно, не йде про заміну вертикальної системи цінностей горизонтальною, а лише про своєрідне її "заземлення". Безумовно, цей процес не обходиться без певних "жертв". Його можна віднести до множини тих соціальних феноменів, які свідчать про особливу причетність до навколишнього середовища, метою якого є збереження предметного світу, а ціною й платою – перетворення внутрішнього світу людини, зміна характеру та змісту ідентифікаційних практик.

Варто визнати, що філософія, відповідаючи на різноманітні теоретичні й практичні виклики сучасності, значною мірою вже створила основу такого переосмислення. Це означає, що імпліцитно таке переосмислення в ній уже міститься. Але для його експлікації треба подолати ідеологічні перешкоди, пов'язані із системою патріархального домінування в суспільстві.

Найбільш гострою є феміністська критика патріархального суспільства. Однією з її тенденцій є виявлення необхідності врахування гендерного виміру соціальних процесів. Для з'ясування витоків і філософських наслідків цього феномену слід виокремити екологічний і гендерний аспекти у фемінізмі як практиці жіночого руху в європейських країнах і фемінізмі як системі теоретичних моделей. Такий підхід не лише викриває механізм ген-

дерного нерівноправ'я в суспільстві, а й пропонує вихід з ситуації, яка склалася здійснює крос-культурний аналіз феномену гендерної ідентичності в умовах сучасного інвайронменталізму.

Катеренчук І.П., Свічкарь Н.В.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ І ТЕРАПІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Розвиток і прогресування артеріальної гіпертензії (АГ) в жінок у перименопаузальному періоді збільшує ризик розвитку мозкового інсульту, інфаркту міокарда, застійної серцевої недостатності, порушень серцевого ритму та розвитку хронічної ниркової недостатності. Поширеність АГ вище у чоловіків, однак після 50 років відзначається збільшення частоти випадків гіпертензії у жінок, і надалі рівень її поширеності перевершує цей показник в чоловічій популяції.

Останнім часом все більше досліджень підтверджують взаємозв'язок дефіциту статевих гормонів і розвитку АГ. Аналіз даних Фремінгемського дослідження підтвердив вищий рівень артеріального тиску (АТ) у жінок в цей період життя. Якщо у перименопаузальному періоді АГ виявляється в 8,2%, то у постменопаузальному зростає до 50% і більше.

Гемодинаміка у жінок, які страждають АГ, порівняно з чоловіками, має свої характерні особливості: відзначаються більш високі величини частоти серцевих скорочень у спокої, серцевого індексу і пульсового тиску одночасно з більш низькими значеннями периферичного опору. При використанні добового моніторування АТ встановлено, що у жінок більш висока варіабельність його за всіма показниками, за винятком діастолічного АТ у нічний час. У жінок в перименопаузальному періоді внаслідок появи естрогендефіцитного стану переважають адренергічні впливи і в 50% випадків наявна систолічна АГ, що приблизно в 2 рази частіше, ніж у жінок з збереженим циклом.

Особливості АГ у жінок значною мірою визначаються роллю статевих гормонів, оскільки їх точкою позитивного впливу є серцево-судинна система. Тривалий час ці ефекти пов'язували з позитивним впливом на ліпіди і ліпо-протеїди. Доведено позитивний вплив естрогенів на тонус судин, на гладком'язовий компонент та судиний ендотелій.

Дефіцит естрогенів обумовлює підвищення рівня катехоламінів в крові та збільшення їх проникності в стінку артерій, що призводить до різкого дисбалансу в бік пресорних систем. При цьому нерідко виникає гіперкінетичний тип кровообігу.

Ефективність лікування АГ у жінок в перименопаузальному періоді значною мірою визначається ранняю діагностикою захворювання, всебічною оцінкою гемодинаміки, станом вегетативної регуляції серцево-судинної системи та структурно-геометричних змін лівого шлуночка. Застосування комплексної антигіпертензивної і гормональної замісної терапії у жінок з АГ, що сформувалася в перименопаузальному періоді, може сприяти зменшенню числа серцево-судинних ускладнень.

У жінок з клінічними проявами клімактеричного синдрому, ускладненого артеріальною гіпертензією, що сформувалася в період перименопаузи, патогенетично обгрунтовано застосування у комплексному лікуванні (од-

ночасно з застосуванням антигіпертензивних засобів) замісної терапії фітоестрогенами, що не тільки зменшує тяжкість перебігу клімактеричного синдрому, але і стабілізує цифри артеріального тиску на цільовому рівні, а також нівелює явища вегетативної дисфункції серцево-судинної системи.

Інволюційний період є етапом маніфестації соматичних захворювань, які готують ґрунт для розвитку психогенних розладів. Стан психічної рівноваги у жінки, її здатність протистояти різним психогенним залежить не тільки від наявності або відсутності органічних змін головного мозку, але і від його функціонального стану. В результаті реагування жінок на виникаючі у них симптоми клімактеричних розладів, особливо на фоні АГ, реєструються три-возможно-депресивні порушення.

Включення у комплексну терапію фітоестрогенного засобу Клімадинону сприяло, одночасно з усуненням проявів клімактеричного синдрому та нормалізації артеріального тиску, корекції наявних у перименопаузальному періоді психосоматичних розладів.

*Козыренко О.Ю.
ХНМУ*

ДЕВИАНТНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ТРАДИЦИОННЫХ ПРАКТИК: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

Вопросы культуры всегда играют основную роль в развитии человечества, ибо она способна оказывать особое влияние на жизнь людей. К сожалению, почти в каждой культуре существуют обычаи и традиции, нарушающие права человека, в основе которых лежат религия, культура и суеверие. Они могут быть определены как "вредная практика".

"Вредная практика" – является результатом гендерного неравенства и дискриминационных социальных, культурных и религиозных норм, а также традиций, которые влияют на положение женщин в семье, общине и обществе и регулируют свободу женщин, в том числе их сексуальность. Хотя некоторые культурные нормы и практики расширяют возможности женщин и поощряют их права человека, многие традиционные установки часто используются также для оправдания насилия в отношении женщин. В совершении актов "вредной практики" участвуют также и сами женщины.

Во всем мире женщины в течение своей жизни могут подвергаться самым различным видам вредных практик, включая калечащие операции на женских половых органах; насилие, связанное с приданым; выкуп за невесту; принудительные браки, в том числе детские браки; изнасилование из мести; плохое обращение с вдовами; доведение женщин до самоубийства и др.

Такие традиции, как "калечащие операции на женских половых органах", являются нарушением прав человека девочек и женщин, так как представляют собой крайнюю форму дискриминации женщин и неравенства между полами. Они существуют в африканских странах, в государствах Азии и Ближнего Востока. Традиция женского обрезания существует уже тысячи лет и берет свое начало в Древнем Египте, но, несмотря на это, остается популярной и востребованной и сегодня.

Всемирная Организация здравоохранения признала, что нанесение увечий женским гениталиям является нарушением прав человека девочек и женщин, включая их право на обладание наивысшим достижимым уров-

нем физического и психического здоровья. В настоящее время есть факты, свидетельствующие о сокращении масштабов этой практики. Тем не менее, в некоторых частях мира она все еще широко распространена и затрагивает, по оценкам, от 100 до 140 миллионов девочек и женщин, которые подверглись этой процедуре и, как минимум, еще три миллиона, которые ежегодно подвергаются риску этой практики.

Общество, как правило, осуждает такие формы насилия, считая, что данную практику необходимо искоренять. За последние несколько десятилетий при поддержке многих партнеров, таких, как правительства стран, международные организации, международные неправительственные организации, рабочие группы гражданского общества и местная общественность, были предприняты усиленные меры по решению проблем нанесение увечий женским гениталиям.

Законодательство, касающееся "вредной практики", должно предусматривать санкции в отношении каждого, кто осуществляет, содействует или поощряет "вредную практику" применительно к конкретной женщине или девочке. Религиозные, традиционные и общинные лидеры, и вожди племен играют важную роль и зачастую оказывают большое влияние на поведение членов своих общин. Законодательство, касающееся "вредной практики", должно предусматривать санкции в отношении этих людей в случаях, когда они способствуют "вредной практике", а также в случаях, когда они одобряют совершение "вредной практики" применительно к конкретной женщине или девочке. Медицинские работники в последние годы становятся соучастниками некоторых форм насилия в отношении женщин, в частности совершения калечащих операций на женских половых органах и дородового отбора по признаку пола. Требуется, чтобы законодательство регламентировало деятельность медицинских работников и устанавливало санкции в отношении тех работников, которые способствуют любой "вредной практике" или совершают ее.

*Корильчук Н.І.
Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Під харчовою поведінкою (ХП) розуміють ціннісне відношення до їжі і її прийому, вона включає в себе настанови, форми поведінки, звички і емоції, що стосуються їжі, які індивідуальні для кожної людини.

Метою дослідження було вивчити гендерні особливості порушення ХП в пацієнтів з абдомінально-вісцеральним ожирінням.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 254 пацієнти віком від 20 до 70 років. Серед обстежених 127 жінок та 127 чоловіків. Всі вони перебували на лікуванні в ДСП міської лікарні №2 та мали абдомінально-вісцеральне ожиріння (ОТ>N). Серед обстежених надмірну вагу мали – 34,2%, ожиріння I ст. – 26,8%, ожиріння II ст. – 17,3%, ожиріння III ст. – 7,5% та нормальну масу тіла – 14,2%. Всі пацієнти підлягали досконалому обстеженню та аналізу опитувальників (анкети, складені з відкритих і закритих питань, анкети селективного типу).

Результати й обговорення. У результаті досліджень було встановлено, що в усіх обстежених девіантна поведінка харчування. На це вказують дані нашого дослідження: з опитаних 100% чоловіків та 80,3% жінок жодного разу не обраховували калорійність їжі вживаної за день, 97,6% чоловіків та 69,3% жінок не замислюються над споживанням загальної кількості поживних речовин, 97,5% чоловіків та 70,9% жінок не звертають увагу на час вживання їжі, проте усі 100% віддають перевагу визначеним продуктам харчування, а не їх поживності.

Нами обраховано, що харчові традиції визначаються: порадами лікарів у 33,1% чоловіків та майже на половину менше у жінок (17,3%), модою – 64,6% (жінки) та майже на половину менше у чоловіків (39,4%) (вживання продуктів, які нас оточують та рекламуються). Вивчено також соціальне значення їжі. Встановлено, що їжа носить характер невід'ємного процесу спілкування (святкування різних подій – у 100% усіх опитаних, встановлення та формування ділових та дружніх стосунків – 64,6% (чоловіки) та 17,3% (жінки)). ХП спрямована на задоволення ще й психо-соціальних потреб. Так, ми вияснили, що харчова потреба в людини є засобом: розрядки психо-емоційної напруги в 48,8% жінок та 26,8% чоловіків, чуттєвої насолоди – у 39,4% жінок та 18,9% чоловіків, спілкування, коли їжа пов'язана з перебуванням в колективі в 64,6% у чоловіків та 66,1% у жінок, задоволення естетичних потреб – 70,1% (чоловіки) та 51,2% (жінки), компенсація невдоволеності – у 13,4% чоловіків проти 40,9% жінок. Існує велика кількість субклінічних проявів ХП – це патологічно часті "перекусування", "вуглеводнева спрага", самообмеження в харчуванні та компенсаторне переїдання. Всі ці порушення виявилися більш характерними для жінок.

Екстернальна ХП (підвищена чутливість до зовнішніх стимулів вживання їжі) – майже в однаковій мірі характерна для обох статей. Аналіз емоціогенної ХП (стимулом до вживання їжі є не голод, а емоційний дискомфорт) показав, що 22,8% жінок та 9,4% чоловіків мають її прояви. Проте, якщо емоціогенна ХП в жінок пов'язана в переважачій більшості з тривогою, образою, розчаруванням, то в чоловіків домінує пояснення – "нудно", "одинок". Продукти харчування для людей є ліками, які приносять не лише насичення, але й заспокоєння, задоволення, релаксацію, змінюють напругу, піднімають настрій. Обмежувальна ХП, зареєстрована у 15,0% пацієнтів (надмірне харчове самообмеження і несистемне дотримання надмірно строгої дієти). Цей тип порушення ХП виявився властивий тільки для жінок.

Отже, за аналізом ХП нами встановлено низьку культуру вживання їжі в цілому. Відмічено поодинокі прояви порушень ХП, які однаково проявляються в обох статей. Проте, повний аналіз ХП вказує на значні відмінності у ставленні чоловіків і жінок до їжі. Вивчення особливостей гендерної ХП надасть змогу в подальшому лікарю впливати на певні ділянки причин і наслідків, з застосуванням медикаментозних засобів (антидепресантів, блокаторів ліпаз, метформінів тощо) та індивідуалізованого редукуючого харчування спрямованих на корекцію таких зрушень.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ СТРЕССА СОВРЕМЕННЫМИ ПОДРОСТКАМИ

Проблема возникновения стрессов и профилактики их негативного влияния на здоровье человека в настоящее время является чрезвычайно актуальной. В целом, стресс рассматривается как общая реакция напряжения, возникающая в связи с действием факторов, угрожающих благополучию организма или требующих интенсивной мобилизации его адаптационных возможностей. Возникновение стресса может провоцироваться множеством причин: хроническими заболеваниями, социальными переменами в жизни, сильным эмоциональным напряжением и т. д. Проявления стресса могут быть поведенческие, интеллектуальные, эмоциональные и физиологические.

Возникновение стрессовой реакции в ответ на воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды возможно в любом возрасте. Но особое внимание на себя обращают кризисные периоды жизни человека, в частности, подростковый.

Характерная для данного возраста неустойчивость нервных функций, специфичность восприятия окружающего мира и ряд других особенностей психоэмоциональной сферы подростка под воздействием стрессогенных факторов обуславливают формирование специфического подросткового поведенческого комплекса.

При наступлении стресса происходит его восприятие и когнитивная оценка. В зависимости от того, как оно будет расценено подростком, возникают соответствующие эмоции; подросток оценивает свои возможности по преодолению стресса и осуществляет действия, направленные на избегание стресса. Вырабатывается индивидуальный адаптивный стиль совладания со стрессовой ситуацией., характеризующийся повышенным стремлением к самостоятельности, независимости от взрослых вообще; реакция группирования со сверстниками (типичная для мужского пола); "реакции увлечения", или "хобби-реакции" (наблюдаются у подростков обоих полов); реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением.

В ряде случаев стрессоры психического воздействия на ребенка, исходящие со стороны ближайших родственников (критика ребёнка, угрозы, обвинения, принижение его успехов, лишение любви, заботы со стороны родителей и т.п.), способствуют формированию психологических защитных реакций, приводят к потере смысла и целей в жизни, к попыткам суицида, нарушениям сна, страхам. Вследствие постоянных стрессов могут развиваться различные комплексы, фобии или замкнутость. Частота суицидальных действий среди молодежи, в течение последних двух десятилетий удвоилась. У 30% лиц в возрасте 14–20 лет бывают мысли о самоубийстве, 6% юношей и 11% девушек совершают суицидальные действия. Специалисты пишут о том, что в 10% такое поведение имеет цель покончить собой, и в 90% суицидальное поведение подростка – это привлечение к себе внимания.

Рассматривая весомость характера стресса, следует заметить, что для подростка в современном обществе самыми весомыми стрессогенными ситуациями являются эмоциональные. Для девочек социальная среда оказывается более насыщенной эмоциональными событиями, имеющими

стрессогенное значение. Для мальчиков эти переживания менее эмоциональны, а события представлены менее подробно. По скорости восприятия и душевной подвижности женщина заметно превосходит мужчину. Особенности психо-эмоциональной организации состоит в том, что мужчина схватывает и оценивает ситуацию в целом, женщина часто фиксирует свое внимание на мелочах. Большая наблюдательность характерна для женщины в обыденной ситуации. В ситуации же стресса, опасности женщина скорее "теряет голову", а вместе с этим и наблюдательность. У мужчин в ситуации опасности наблюдательность обостряется. В восприятии жизненных ситуаций женщины склонны преувеличивать опасность, мужчины – преуменьшать. Женщины чаще боятся сами и чаще уверены, что другим тоже страшно. Филипп Зимбардо в рамках исследований гендерных различий показал на порядок большую склонность девушек к страху, а юношей – к любопытству. Женщины чаще относятся серьезно к предчувствиям, страхам и суевериям. В восприятии мужчин чувство страха – слабость.

Таким образом, при разработке мероприятий по психопрофилактике стрессовых расстройств у современных подростков следует учитывать гендерные особенности восприятия стрессогенных факторов.

*Коробчанский В.А., Стаянова Ю.Д., Титаренко В.В.
ХНМУ*

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ МОТИВАЦИИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ

Подростковый возраст является кризисным периодом в развитии и становлении личности. При этом разнонаправленная учебная деятельность юношей и девушек является основой последующего успешного функционирования в обществе. Что обуславливает актуальность изучения особенностей формирования мотивационной сферы.

Цель исследования: выявить гендерные различия в формировании мотивации учебной деятельности у современных подростков.

Материалы и методы: теоретический анализ и обобщение научной литературы.

Результаты работы: было установлено, что у 63% девочек подросткового возраста – внутренний тип мотивации учения, тогда как у мальчиков данный тип мотивации составляет 31%. Внешний тип мотивации преобладает у мальчиков и составляет 69%, у девочек – 37%. При анализе уровня внутренней мотивации среди юношей: низкий уровень – 16%, средний – 78%, высокий – 8%; среди девушек: низкий – 4%, средний – 85%, высокий – 11. Установлено, что 37% подростков женского пола имеют высокий уровень направленности на получение знаний, 59% – средний, 4% – низкий; среди подростков мужского пола: высокий – 9%, средний – 75%, низкий – 16%. По результатам анкетирования 53% мальчиков-подростков считают, что оценка по предмету важнее знаний, среди девочек-подростков данный показатель составляет 22%.

Выводы: Таким образом, уровень учебной мотивации девочек подросткового возраста выше уровня учебной мотивации мальчиков той же возрастной категории.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Если посмотреть статистику продолжительности жизни в Украине, то можно заметить, что продолжительность жизни мужчин значительно меньше (62,2 года), чем продолжительность жизни женщин (74 года). Возникает вопрос, какие внешние факторы влияют на здоровье сильного и слабого пола. В ходе исследования, проведенного Всемирной Организацией Здравоохранения, среди мужчин и женщин, были выявлены три основные причины, влияющие на продолжительность жизни.

Причина первая – курение. По данным ВОЗ, процент курящих людей 21,8%. При этом в возрасте 18–29 лет курят 42,6% мужчин и 7,3% женщин, в возрасте от 30 до 59 лет – 51,7% и 9,4%, свыше 60–26,7% и 1,8%. Мужчины и женщины продолжают умирать от заболеваний, которые вызваны потреблением табачной продукции. Так же мужчины более подвержены онкологическими болезнями (27,7%), сердечно-сосудистыми заболеваниями (26%), ХОБЛ, и таким неприятным заболеваниями, как стоматологические болезни, импотенция, раннее старение, и т.д. [1].

Причина вторая – злоупотребление алкоголем. Согласно расчетам 26% от всех смертей, в разной степени связаны с алкоголем – 30% у мужчин и 17% у женщин. Без меры употребляющие крепкие напитки мужчины и женщины рискуют оказаться жертвами таких заболеваний, как цирроз печени, различные кардиологические заболевания, и т.п. К тому же, злоупотребление алкоголем серьезно повышает вероятность несчастных случаев с летальным исходом – от бытовых травм до ДТП [2].

Причина третья – стрессы. На сегодняшний день, распространенность депрессивных расстройств гораздо выше – более 26% среди женщин и 12% среди мужчин. Женщины заболевают депрессией в два раза чаще, чем мужчины (20–26% против 8–12% соответственно). Более ранними исследованиями доказано, что в момент реальной опасности мужчины мобилизуют все силы своего организма, однако при долговременных стрессах они быстрее "сдают позиции", чем представительницы прекрасного пола. Стоит отметить, что стрессы могут послужить причиной болезней сердца, гипертонии, и тому подобных заболеваний. Избавляются же от плохих мыслей мужчины и женщины с помощью: телевизора – 46%, музыки – 43%, алкоголя – 19%, еды – 16%, медикаментов – 15%, занятий спортом – 12%, медитации, йоги – 2% [3].

Таким образом, социальные факторы в значительной степени влияют на продолжительность жизни людей. Представителям слабого и сильного пола достаточно легко существенно продлить жизнь, избавив их от двух вредных привычек и уберечь от стрессовых ситуаций, а самое главное – создать условия, в которых и мужчина и женщина смогли бы изолировать себя от пагубного влияния социальных факторов.

Литература

1. http://studme.org/1806020327502/meditsina/vliyanie_sotsialnyh_faktorov_zdorove_cheloveka
2. <http://www.kakprosto.ru/kak-900432-kakie-factory-vliayut-na-reproduktivnoe-zdorove>
3. <http://www.medical-enc.ru/4/gerontology/nasledstvennost-3.shtml>

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Стереотипы как существующие в обществе устойчивые представления о событии и явлении оказывают сильное влияние на поведение людей и соответственно функционирование общественных институтов. Проблема стереотипов в сфере здравоохранения заключается в том, что они далеко не безобидны, восприятие и следование ложным стереотипам может привести к серьезным последствиям для здоровья человека.

Гендерные проблемы в здравоохранении объективно сложнее выделить, чем в любой другой сфере общественной жизни, так как в этой области существенную роль играют собственно биологические различия женщин и мужчин. Есть здесь и другая особенность. Обычно при рассмотрении гендерных вопросов имеют в виду проблемы женщин в современном обществе, а гендерный анализ подразумевает обнаружение и преодоление проблем, возникающих, прежде всего, у женщин. В то же время рассмотрение гендерных вопросов в здравоохранении больше включает проблемы мужчин, чем женщин в других областях. В здравоохранении признается, что гендерный подход важен для выявления гендерных стереотипов, которые приносят вред мужчинам, например, рисковое поведение, связываемое с мышечной массой и определяющее невнимание к здоровому образу жизни.

Стереотипы в здравоохранении по существу отражают общие гендерные стереотипы, все еще характерные для современного общества. По существу, определяющим является разделение так называемого мира общественного и мира домашнего. Один из наиболее устойчивых стереотипов – отношение к женщине как домохозяйке, основная задача которой сидеть дома и ухаживать за другими членами семьи, в то время как мужчина должен активно участвовать на рынке труда и выступать в роли кормильца. Отсюда следующий стереотип – слабая женщина и сильный мужчина.

Эти стереотипы преломляются и в здравоохранении. Например, профессия медсестры – почти исключительно женская, как продолжение функции женщины в семье. Это в свою очередь приводит к тому, что она менее ценится в здравоохранении и хуже оплачивается. Уход за больными членами семьи тоже считается женской "прерогативой".

Стереотипы могут стать основой гендерной дискриминации. Формально, гендерной дискриминации в системе здравоохранения в Украине нет, да и не было раньше. Политику в области охраны здоровья можно рассматривать как гендерно-нейтральную. Однако на практике это приводит к тому, что гендерная проблематика оказывается скрытой и потенциал гендера как фактора, влияющего на состояние здоровья человека, не учитывается. Между тем, например, гендерные стереотипы поведения мужчины могут принести вред его здоровью. Существующее в обществе понимание того, что значит быть настоящим мужчиной, приводит к тому, что обращение за медицинской помощью может рассматриваться как признание собственной слабости.

Таким образом, гендерное неравенство полов влияет не только на отношения между ними, но и на здоровье и психоэмоциональное состояние, что приводит непосредственно к нарушениям нервной системы и работы организма в целом.

ГЕНДЕРНІ ТА ЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ НА СТАН РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

Більша частина наших хвороб – це справа наших рук, ми могли б їх майже всіх уникнути, якби зберегли спосіб життя простим, одноманітним і усамітненим, визначеним нам природою.

Ж. Ж. Руссо

Збереження та відновлення репродуктивного здоров'я молоді України є на сьогодні актуальним завданням не лише в медичному, медико-генетичному, біологічному, а й психологічному та соціальному аспектах. Статистика свідчить про надзвичайно гострі проблеми репродуктивного здоров'я чоловіків (скорочення тривалості життя, зростання чоловічої аморальності) та актуальність гендерних проблем для жіночого соціуму [1].

При дослідженні цієї теми слід відзначити здобутки сучасних науковців: К. І. Карпенко, А. А. Гришко, С. І. Кітайчук, О. Б. Кізь, які досліджували різні аспекти репродуктивного здоров'я й питання неплідності.

Репродуктивне здоров'я (РЗ), як і здоров'я в цілому, визначається різними чинниками (спадковість, спосіб життя, наявність корисних та шкідливих звичок, соціально-економічні й природні чинники).

Репродуктивне здоров'я страждає від так званих "хвороб цивілізації". Науковці наголошують [2; 3], що хвороби цивілізації – це захворювання людини, що виникли внаслідок розвитку промислової та науково-технічної революцій, які супроводжуються негативними змінами навколишнього середовища. До хвороб цивілізації належать: гіподинамія, стрес, ожиріння, онкологічні захворювання, чимало серцево-судинних захворювань, захворювання хребта, алергії, імунodefіцити тощо. Усі вони негативно впливають на репродуктивну функцію, погіршують здоров'я наступних поколінь.

Репродуктивна система дуже вразлива щодо впливу несприятливих чинників середовища. Як наголошують Гойда Н. Г. та Ревич В. А. на формування екологічно залежної патології репродуктивної системи впливають специфічні, неспецифічні і конституціональні чинники. Ці порушення проявляються у вигляді клінічних, патофізіологічних, імунологічних і біохімічних змін, які мають подібні результати під впливом найрізноманітніших чинників довкілля [3]. Виникаючі розлади репродуктивного здоров'я виявляються у формі зниження фертильності, тобто здатності до зачаття дитини.

Останніми роками інтенсивно розвивається екологічна репродуктологія, основна функція якої полягає у дослідженні чутливості репродуктивної системи чоловіків і жінок до впливу зовнішніх чинників будь-якого походження різної інтенсивності. Безперечно, проблеми збереження репродуктивного здоров'я далеко виходять за межі сфери медицини та охорони здоров'я, що актуалізує розробку відповідних програм на мезо- та макрорівні соціальних відносин. Отже, доцільним є подальше вдосконалення та втілення у практику принципів психосоціальної адаптації, підтримки, профілактики виникнення та корекції виявлених порушень репродуктивної поведінки молоді, що допоможе їм зберегти власне здоров'я, реалізувати свій репродуктивний потенціал та стати повноцінним членом суспільства.

Література:

1. Астахов В. М. Автоматизация клинико-психологических исследований в акушерско-гинекологической практике / В. М. Астахов, Ю. Б. Максименко. – Донецк: Новый мир, 2006. – 82 с.
2. 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]. – Т. X. Ч. 9. К, 2008. – С. 63–72.
3. 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.

*Маркевич Н.А., Калюжка В.Ю., Сафаргаліна-Корнілова Н.А.
ХНМУ*

ТАЙНА ВНУТРЕННЕЙ СИЛЫ ЖАННЫ Д'АРК

Жанна д'Арк или Орлеанская дева (1412–1431) – национальная героиня Франции, одна из командующих французскими войсками в Столетней войне. Попав в плен к бургундцам, была передана англичанам, осуждена как еретичка и сожжена на костре. "... Жанна имеет привлекательную внешность и мужскую осанку, говорит она мало и выказывает чудесный ум; речи она произносит приятным высоким голосом, как и подобает женщине. Она находит удовольствие в прекрасных конях и оружии. Стойкость к невзгодам Жанны была достойна восхищения: во время штурма замка Моста ее ранили в шею, но она ...продолжала скакать верхом и командовать войсками" – так описывали сподвижники своего главнокомандующего.

В большом французском словаре Ларусс деликатно сказано, что Жанне д'Арк никогда не пришлось испытать периодического недомоганий, свойственных ее полу. Этот факт привел выдающегося ученого-генетика В.П. Эфроимсона к неожиданному открытию: все особенности интеллекта девушки, ее психики, телосложения, сила и ловкость, неукротимая энергия, эмоциональная устойчивость и сильная воля в сочетании с отсутствием месячных позволяют уверенно поставить диагноз: тестикулярная феминизация (СТФ), или так называемый синдром Морриса.

Это очень редкий наследственный вариант гермафродитизма (1: 50000), обусловленный наличием у женщин мужского набора хромосом (46/XY), вызывающих образование семенников. В результате развивается стройная, сильная, красивая женщина с выраженными внешними половыми признаками, но без матки, с отсутствием месячных и бесплодием.

Синдром впервые описан в 1817 году баварским врачом, который при вскрытии трупа 23 летней женщины случайно обнаружил яички, а матку и придатки найти не смог. Наиболее полно СТФ описан в 1953 г. американским гинекологом Джоном Моррисом, имя которого получил этот синдром. Наследственное заболевание, передается по женской линии через X-хромосому с патологическим геном (Xq11–13), который кодирует рецептор к андрогенам AR (androgen receptor). Женщины с синдромом Морриса характеризуются как исключительно деловитые, обладающие острым умом, чрезвычайной энергией и почти полной невосприимчивостью к боли. Их

необычайно высокий интеллектуальный и физический уровень, обусловлен тем, что периферические ткани не чувствительны к маскулинизирующему действию мужского гормона, в избытке продуцируемый собственными семенниками, и он постоянно тонизирует умственную и физическую энергию.

Так был распознан один из источников внутренней силы Жанны д'Арк. Окажись Жанна обычной девушкой, Карл VII остался бы без короны, а французы – без независимости...

Литература

1. Оболенский С. С. (1992) Жанна - Божья дева // "Наука и Религия" № 3. С. 10–14 и № 8. С. 54–57.

2. Перну Р., Клэн, М.-В. (1992) Жанна д'Арк. М.: Изд. группа "Прогресс", "Прогресс-Академия".

3. Рохин А. (1996) Жанна д'Арк была на треть мужчиной // "Московский Комсомолец" № 119 (1996).

4. Загадка болезни Жанны д'Арк. [svitoc.ru:topic/676-zagadka-bolezni-zhanny-dark/](http://svitoc.ru/topic/676-zagadka-bolezni-zhanny-dark/)

*Мотрич Д.А., Котков О.Р., Светличная Е.В.
ХНМУ*

СОЦИАЛЬНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ В КОНТЕКСТЕ ГЕНДЕРА

"Не встречайся с ним – он тебе в отцы годится", "Нужно похудеть, моя талия на 3 сантиметра больше нормы", "Все англичане – чопорные, а американцы – глупые". Перед нами типичные сложившиеся стереотипы, которые можно часто встретить в современном обществе. Из-за подобных предрассудков большая любовь может быть разрушена банальной разницей в возрасте, девушки подрывают свое здоровье, следуя стандартам 90–60–90, люди предпочитают не заводить дружбу с иностранцами. Власть стереотипов огромна. Возникает вопрос, какой вред может нанести стереотип развитию личности, и какую пользу можно извлечь из этого явления.

Стереотип – устоявшееся отношение к происходящим событиям, действиям, поступкам и т.д.

По исследованию Уолтера Липпмана [1] все стереотипы обладают следующими признаками:

- они ложны, не дают действительного представления о человеке или объекте;
- они живучи, для разрушения стереотипа требуется время;
- они редко воссоздаются одним человеком, это обычно плод работы общества в целом.

Социальные стереотипы – это давно устоявшееся явление, передаваемое от поколения к поколению. Отчасти с этим можно согласиться. Однако всю информацию о них человек впитывает из окружения, воспитания, рассказов и отношения родителей. Часто стереотипы навязываются обществом. Человек может не испытывать страха или неприязни к определенной категории людей и поступкам, но перенимает настороженность из-за боязни совершить ошибку, хотя общество склонно изменять свое отношение к стереотипам. Некоторые явления могут кардинально меняться за годы и века.

Прогресивний чоловік, укладаючи увагу розвитку своєї особистості, обов'язково скаже, що стереотипи - це бред, що він ніколи не буде надавати перевагу молодому чоловіку виключно із-за віку, ніколи не буде відмовляти в допомозі людям іншої національності. Все це може бути сказано з пафосом і рвучістю, однак через п'ять хвилин той же перспективний і саморозвиваючийся чоловік буде сміятися над анекдотом про блондинок. Збирається відчуття, що в якийсь момент стереотипи перестають виконувати функцію фільтра, а починають проєцирувати негатив, недовіра до людей або вчинкам, які вважаються "чужими" в системі цінностей. Це пов'язано з тим, що стереотипи знаходяться в одній ланочці з передубеждениями і передраджуваннями, які більше властиві представникам жіночої статі.

Чоловікам, згідно сучасним установочним схемам європейського суспільства, приписуються професії і заняття, пов'язані з ментальними і фізичними конкретними діями (інструментальна діяльність). Це зазвичай професії з сфери створення, технічного мистецтва, від чоловіків очікують проявлення інтелектуальних і винахідницьких якостей. Жінкам приписується роль виконавця, а професії їх, як правило, пов'язують з обслуговуванням або супроводженням. Розповсюджені стереотипи суспільства – розподіл професій і родів діяльності на типово "чоловічі" і типово "жіночі".

В користь стереотипів можна сказати, що вони дозволяють діяти за шаблоном і зменшити витрати часу і уваги.

Таким чином, стереотипи приносять не тільки користь, але і шкоду, однак наше життя неможливо без стереотипів. Важливіше всього те, що під маскою стереотипів ховаються передраджування і передубеждения. Саме вони завдають шкоду суспільству, і саме від них потрібно звільнятися. А стереотипи завжди присутні в свідомості, і як би людина не хотів, звільнитися від всіх стереотипів не вдається. Частина стереотипів виникає на фоні не тільки передраджування, але і на основі інстинкту самозбереження.

Література:

1. <http://constructorus.ru/psixologiya/stereotipy-kak-soznanie-obmanyvaet-nas.html>

*Наріжна А.В.
ХНМУ*

ПЕДАГОГІЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВИКЛАДАЧІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

В умовах реконструювання всіх ланок системи вищої професійної освіти в Україні відповідно до вимог Болонського процесу, надання навчальним закладам значних повноважень для самостійного розв'язання питань організації навчально-виховного процесу в освітньому закладі з урахуванням його професійної спрямованості та специфічних особливостей функціонування виникає нагальна необхідність у пошуку нових ефективних шляхів організації науково-методичної роботи викладачів ВНЗ.

Особливо актуальним це завдання постає для викладачів медичних навчальних закладів, оскільки загальновідомо, що професійна діяльність ме-

дичних працівників відрізняється високою соціальною значущістю. Від рівня професійної компетентності лікарів, медичних сестер та іншого медичного персоналу значною мірою залежить стан здоров'я людей, а часто і можливість збереження їм життя.

Мета дослідження – теоретичне обґрунтування педагогічних засад організації науково-методичної діяльності викладачів вищих медичних навчальних закладів.

Наукова новизна полягають у тому, що в дослідженні:

1. вперше теоретично обґрунтовано педагогічні засади організації науково-методичної діяльності викладачів ВМНЗ;
2. уточнено поняття "науково-методична діяльність", "науково-методична діяльність викладачів вищих медичних навчальних закладів".
3. розроблено критерії й показники ефективності організації науково-методичної діяльності викладачів ВМНЗ.

Практична значущість дослідження полягає в розробці методичних рекомендацій з питань організації науково-методичної діяльності викладачів вищих медичних навчальних закладів.

Петрів О.В.

Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

ПРОБЛЕМА ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ У ТВОРЧІЙ СПАДЩИНІ СІМОНІ ДЕ БОВУАР

Проблема гендерної рівності усе ще залишається актуальною. І в сьогоденні існує стереотип, що жінка повинна вибирати між сім'єю і кар'єрою. Ця проблема досліджується зокрема у модерній літературі ХХ ст. "Жінка виходить за межі вузького ареалу, означеного домом, церквою й світським візитом" [1, 387], – зазначає Віра Агеева.

Французька письменниця та філософ Сімона де Бовуар проблему гендерної рівності досліджує у своїй найвідомішій праці "Друга стаття", що вийшла друком 1949 року. Авторку непокоїть ситуація функціонування жіночої статі в соціокультурі першої половини ХХ ст., зокрема обмежувальні погляди жінок на самих себе, а також стосунки між статями. Аналіз гендерної проблематики Сімона де Бовуар здійснює у контексті екзистенціальної філософії, вона зазначає, що її "постійним дороговказом буде мораль екзистенціалізму" [2, т. 1, 41]. Згідно з постулатами екзистенціалізму, існування людини передує її сутності, тому кожна людина здатна творити саму себе, тобто обирати свою сутність, що є вищим проявом свободи. Ж.П. Сартр у праці "Екзистенціалізм – це гуманізм" зазначає: "...людина спочатку існує, зустрічається, з'являється у світ, і тільки потім вона визначається... Людиною вона стає лише згодом, причому такою людиною, якою вона зробить себе сама... Людина просто існує, і вона не тільки така, якою себе уявляє, але й така, якою вона хоче стати" [3, 323], "...людина приречена бути вільною. Приречена... тому що колись, закинута у світ, вона відповідає за все, що робить" [3, 327]. Запозичивши сартрівські категорії "іманентність" та "трансцендентність", письменниця творить концепт "жінка як сфера іманентності", який нагадує Сартрове "буття-в-собі". Вона протиставляє "іманентність" світові трансцендентності: "Індивід, котрий є суб'єктом, тобто самим собою, якщо він володіє шляхетною схильністю до

трансцендентності, то намагається поширити цю схильність на довколишній світ: він честолюбивий, він діє. Але несуттєва істота не може відкрити абсолюту всередині своєї суб'єктивності. Істота, приречена на іманентність, не буде здійснюватися через вчинки" [2, т. 2, 298]. Філософ вважає, що жінкам не вистачає самостійності. Така жінка визнає "абсолютом, сенсом життя" [2, т. 2, 298] чоловіка.

Як філософ екзистенціального спрямування С. де Бовуар рекомендує жінкам відкинути обмежувальну іманентність, вступити у світ трансцендентності і таким чином дорівнятися до чоловіків. Жінка ж бачить у чоловікові трансцендентне (тугу за Богом) і це не дозволяє їй бути самодостатньою, абсолютно вільною: "Збагнувши, що чоловік - не напівбог, а лише товариш, приятель, партнер, дівчина нарешті усвідомила б, що мусить сама подбати про себе..." [2, т. 2, 387].

Праця "Друга стаття" завершується висновком про необхідну для рівності статей внутрішню зміну самої жінки, однак "Жінка зможе домогтися цього лише за умови еволюції всього суспільства", - стверджує С. де Бовуар. Адже статус і жінки, і чоловіка у суспільстві є результатом розвитку цивілізації.

"Утвердити братерські стосунки між статями можливо за умови "перемоги царства свободи" "в умовах існуючого суспільства". "Свобода цілюща і для чоловіків, і для жінок, і якщо вони користаються з неї як належить, то більше не буде підстав сперечатися щодо вигаданих привілеїв і між ними виникнуть братерські стосунки" [2, т. 2, 387], - стверджує Сімона де Бовуар.

Література:

1. Агеева В. Жіночий простір: феміністичний дискурс українського модернізму: монографія. – К.: 2003. – 320 с.
2. де Бовуар С. Друга стаття / пер. з фр. Н. Воробйової, П. Воробйова, Я. Собко: У 2 т. – К.: Основи, 1994.
3. Сартр Ж.П. Екзистенціалізм – это гуманизм // Сумерки богов / сост. и общ. ред. А.А. Яковлева: пер. – М.: Политиздат, 1990. – 398 с.

*Сендецкий С.С., Скорбач Е.И., Салтовский А.В.
ХНМУ*

ИНДЕКС ГЕНДЕРНОГО НЕРАВЕНСТВА, КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

В настоящее время, гендерное неравенство (ГН) свидетельствует о диспаритете полов, так же является одним из основных факторов гендерной дискриминации влекущей за собой торможение развития социума, путем нивелирования человеческого потенциала. По данным проекта United Nations Development Programme. Human Development Reports, 2013. Индекс Гендерного Неравенства (ИГН) является интегральным показателем, отражающим неравенство в возможностях достижений между мужчинами и женщинами в трех измерениях: репродуктивном здоровье (РЗ), расширении прав и возможностей (РПВ), рынок труда (РТ). Среднее значение индекса гендерного неравенства в мире, равно 0,451–45%, при этом Украина занимает в мировом рейтинге 61 место имеет ИГН – 0,326–32%.

Цель исследования: Определить значение ИГН в оценке репродуктивного здоровья.

Матеріали і методи дослідження: Вычисление ИГН производится в пять этапов: Учет нулевых и экстремальных значений, агрегирование по измерениям в рамках каждой гендерной группы с использованием средних геометрических величин, агрегирование по гендерным группам с использованием гармоничной средней величины, расчет среднего геометрического средних арифметических величин для каждого индикатора, расчет индекса гендерного неравенства.

Результаты исследования: Расчет каждого измерения производится с использованием следующих показателей: РЗ – индекс материнской смертности, индекс рождаемости у подростков. Определение РПВ доля мест в парламенте, занимаемых женщинами и мужчинами, женское и мужское население, имеющее как минимум среднее образование, индекс РПВ женщин, индекс экономической активности женщин, индекс РПВ мужчин, индекс экономической активности мужчин, показатели экономической активности женского и мужского населения.

Выводы: Значение ИГН в оценке репродуктивного здоровья играет немаловажную роль, Индекс показывает ущерб для развития человека, обусловленный неравенством достижений женщин и мужчин, пагубно отображающимся на репродуктивном здоровье.

*Скорбач Т.В., Діасамідзе М.Е.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНА МЕДИЦИНА: РІЗНИЙ ПЕРЕБІГ ОДНИХ І ТИХ САМИХ ХВОРОБ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК

Новий напрямок в теорії і практиці медичної допомоги – гендерна медицина. Її основний принцип – різний підхід до діагностики та лікування захворювань у жінок і чоловіків.

Організм людини – складна взаємозалежна система. Чоловік і жінка розрізняються не тільки репродуктивними органами. Відмінності набагато глибше: і на гормональному, і на імунному рівні, і на рівні реакцій нервової системи, і на рівні роботи окремих органів. По-різному реагують чоловіки й жінки на одні й ті ж самі лікарські препарати. Схильність до тих чи інших захворювань теж різна. Величезні відмінності статей спостерігаються в симптомах хвороб, у характері їх перебігу, в особливостях реабілітаційного періоду.

Італійські медики прийшли до висновку, що існують відмінності між чоловіками й жінками щодо перебігу серцево-судинних захворювань, раку, захворювань печінки, остеопорозу й у галузі фармакології. На думку фахівців, якщо звертати увагу на гендерні відмінності в лікуванні, це дозволить успішніше боротися з хворобами.

Раніше було дуже мало даних про гендерні відмінності щодо захворювань, особливо коли справа стосувалася симптомів. Медичні дослідження, проведені в останні 40 років, були зосереджені в основному на пацієнтах чоловічої статі, тому всі отримані дані про хвороби стосуються здебільшого чоловіків.

В Падуанському університеті Італії з'ясували, що симптоми серцево-судинних захворювань у чоловіків і жінок проявляються по-різному. У той час як у чоловіків серцевий напад характеризується тяжкістю в грудній клітці і болем у лівій руці, у жінок він проявляється у вигляді нудоти й болю внизу

живота. І хоча серцевий напад у жінок призводить до більш тяжких наслідків, через специфічні симптоми його складніше діагностувати. У кардіології встановлені відмінності між чоловіками й жінками, зокрема в ускладненні захворювань, діагностики й побічних ефектів від препаратів. Встановлено, що дані гендерні відмінності завжди враховуються при лікуванні захворювань, бо це пов'язано з відмінностями в гормональному статусі чоловічого і жіночого організмів.

Наявність чоловічих гормонів призводить до більш активної роботи серцево-судинної системи, викиду адреналіну і т.ін. Тому в чоловіків розвиток серцевої недостатності спостерігається частіше. Жіночі гормони, навпаки, пом'якшують негативні реакції. До недавнього часу жіночий інфаркт був нонсенсом.

Рак товстої кишки є другою за поширеністю формою раку в людей обох статей. Проте жінки страждають на цю хворобу в більш пізньому віці й краще реагують на хіміотерапію. Крім того, стать пацієнта впливає на швидкість реакції на хіміотерапію при лікуванні раку легенів і раку шкіри. Таким чином, гендерний чинник впливає на перебіг захворювання та на шанси пацієнта на одужання.

Досліджуючи первинний біліарний цироз печінки, учені прийшли до висновку, що до цього захворювання в першу чергу схильні жінки. Основним фактором ризику стають різні рівні гормонів у жінок. Такий ж самий висновок медики зробили й щодо остеопорозу. З іншого боку, так як від остеопорозу страждають жінки, його часто випускають з виду в чоловіків, що сприяє високий рівень смертності серед них.

Таким чином, мета гендерної медицини - продемонструвати, що серце, мозок, печінка, легені повинні розглядатися як чоловічі або як жіночі органи. Медицина повинна враховувати відмінності в процесах, що відбуваються в організмах чоловіка й жінки, визначаючи тактику лікування та захисту їх здоров'я.

*Соханевич Е.М.
ХНМУ*

ЖЕНЩИНА В ЯЗЫЧЕСТВЕ

Обращаясь к авраамическим религиям – христианство, иудаизм, ислам – можно точно проследить тенденцию гендерного неравенства, признание доминирующей роли мужчины-христианина над его подчиненной женщиной-христианкой под руководством Бога во имя всеобщего блага. Более значительную роль женщина получила в древней религии наших предков – язычество, о чем повествует нам история и, главным образом, мифы и легенды. Женщина в языческом мире – ценное существо, подобно богине Фрее, богине Любви и Войны. Неспроста одним из важнейших культов древних язычников был культ плодородия – поклонение Матери Земли, согласно которому главной задачей было зачатие, вынашивание и воспитание здоровых детей. Поэтому группа жриц богини Фреи выбирала одного из жрецов бога Фрейра, бога земли и плодородия. А, как правило, жрецы Фрейра были лучшими мужчинами "по качеству", зачатие от лучших мужчин могло дать женщине только лучших детей. Отсюда следует следующее утверждение, что языческие женщины имели право выбирать, как

им жить, каким образом вести свою жизнь – иметь жреца для "неудобного спаривания" с целью зачатия, или же проводить свое время в компании других женщин. Даже проанализировав языческую мифологию, можно с уверенностью сказать о том, что рядом с Богом всегда стоит Богиня, которая имеет те же права и полномочия, иной раз женское и мужское божества могли описувати однаково, так как на церемоніях они появлялись вместе, возглавляя процесії поочередно. Что также подчеркивает равнозначную ценность мужчины и женщины в язычестве. Касательно неотъемлемой части жизни древних язычников – обрядов и магии, то обряды в основном считались женским занятием, если только не заходит речь об обрядах посвящения в культ воина и мужской гальдар, которые требовали только участия мужчин. В магии женщины были искуснее мужчин, т.к. считалось, что первые обладают большим даром магии и провиденья, что заставляло вторых в свою очередь прислушиваться к каждой мысли, сказанной из уст женщины.

Подытожив все вышесказанное, в язычестве женщина признавалась символом жизни, рождения здоровых детей, которые были единственной смыслом и в некоторой степени основой тогдашней жизни.

*Сирова Г.О., Чаленко Н.М., Копотева Н.В.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНІ ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЇ ДО УМОВ НАВЧАННЯ У ВНЗ

З 90-х рр. минулого століття гендерна проблематика зайняла певне місце серед соціально-психологічних і педагогічних досліджень. Теперішній час характеризується бурхливим розвитком гендерних досліджень і спробою інтегрувати гендерний підхід у гуманітарних науках, зокрема у педагогіці. Гендерний підхід у психолого-педагогічному знанні спрямований на вивчення: 1) психологічних особливостей, зумовлених соціокультурними вимогами до чоловіка та жінки; 2) механізмів формування гендерних характеристик; впливу інститутів соціалізації на розвиток хлопчиків і дівчаток, юнаків і дівчат; 3) подолання негативного впливу гендерної асиметрії на підростаюче покоління, створення умов для розвитку здібностей і схильностей незалежно від статі дитини; 4) гендерної освіти суспільства.

Відомо, що процеси адаптації спрямовані на збереження гомеостазу, тобто збереження відносної сталості біологічних властивостей внутрішнього середовища організму людини щодо особливостей зовнішнього середовища.

Студенти-першокурсники мають пристосуватися до умов життя і діяльності згідно з новими соціальними функціями і особливостями роботи вищого навчального закладу (ВНЗ-у). У процесі адаптації їм необхідно подолати низку суб'єктивних і об'єктивних труднощів. Суб'єктивні труднощі викликані індивідуальними особливостями анатомо-фізіологічного, психічного і соціального розвитку. До об'єктивних труднощів належать ті, які визначаються середовищем, обставинами, особливостями діяльності конкретного ВНЗ-у. Навчальні труднощі викликані тим, що студенти зустрічаються з новими формами і методами навчальної діяльності, особливостями організації самостійної роботи, контролю за нею з боку викладачів. Необхідність слухати, конспектувати лекції, готуватися до семінарських занять, викону-

вати лабораторні роботи, брати участь у колоквиумах, проходити поточну атестацію чи підсумкові модульні контролю – все це багато в чому нові і незвичні аспекти навчальної діяльності вчорашніх учнів загальноосвітньої школи. Вмілі і застережливі дії викладачів допоможуть студентам здолати ці труднощі, адаптуватися до незвичних форм, методів і видів навчальної роботи. По-перше, це ознайомлення студентів з психолого-педагогічними особливостями форм, видів, методів організації навчання у вищій школі. По-друге, допомога в оволодінні методами і прийомами навчальної роботи. Це має здійснюватися як на окремих заняттях, так і в процесі читання лекцій, проведення семінарських, лабораторних, практичних занять. По-третє, варто дотримуватися спеціальної методики читання лекцій для студентів-першокурсників у перші два–три місяці щодо структури і темпу, навчаючи студентів прийомів слухання лекції, запису її змісту. На кафедрі медичної та біоорганічної хімії ХНМУ протягом декількох років вивчаються процеси адаптації першокурсників.

Дослідження адаптації показують, що дівчата, у порівнянні з юнаками, більше включені в адаптаційний процес, глибше залучені в нову соціальну середу; в процесі формування адаптивних характеристик особистості у студенток більш виражена тенденція мінливості, а у студентів – тенденція постійності. Дівчата реагують на нову соціальну середу великою кількістю зміни адаптивних характеристик особистості: у студенток змінюються 59%, а у студентів – 29% від загальної кількості характеристик особистості. При всій цілісності адаптаційного процесу його інтенсивність в окремих сферах життєдіяльності та суб'єктивна оцінка успішності протікання адаптації у юнаків та дівчат різні. Це пов'язано з особливостями стилю життя та спрямованості інтересів. При всіх індивідуальних і культурно-історичних варіаціях чоловічий стиль життя здебільшого буває предметно-інструментальним, а жіночий – емоційно-експресивним. Тому, для покращення адаптації викладачам доцільно враховувати це при роботі з студентами, особливо з першокурсниками.

*Степанов А.О.
ХНМУ*

СОЦІАЛЬНЕ СЕРЕДОВИЩЕ ТА ПСИХОГІЄНА СТАТІ

Тема психогієни статі надзвичайно актуальна в наш час у зв'язку із необхідністю дослідження впливу зовнішнього середовища на психічне здоров'я людини та виявлення шкідливих факторів у природі і суспільстві, на виробництві та в побуті. Психогієна визначає та організує шляхи і способи подолання несприятливих впливів на психічну сферу жінок та чоловіків.

Психогієна розвивається на стику найрізноманітніших як медичних, так і інших дисциплін, оскільки в правильному вирішенні завдань збереження та зміцнення психічного здоров'я населення безпосередньо зацікавлені різні фахівці: психіатри, терапевти, педіатри, організатори охорони здоров'я, психологи, соціологи, педагоги та ін.

Поглиблений аналіз закономірностей психічного розвитку жінок та чоловіків дозволяє виявити чіткий зв'язок між доклінічними зрушеннями психічного здоров'я та відхиленнями у процесі формування особистості.

Комплекс наукових знань, багатий життєвий досвід, мотиви своїх вчинків особистість черпає з безпосереднього джерела, яким виступає соціальне середовище. На перший план висувуються ті об'єктивно існуючі в суспільстві можливості, які дозволяють проявити себе індивіду як особистості.

Соціальне середовище як сукупність соціальних умов виховання безпосередньо впливає на механізми його регулювання. Зміни у виховному процесі обумовлюються реформами у структурі та функціонуванні соціального середовища.

Таким чином, основна мета психогієни полягає в тому, щоб з урахуванням великого значення спадковості, біологічних факторів у походженні і проявах психічної патології вивчати вплив соціального середовища на психічне здоров'я людини і розробляти заходи попередження психічних захворювань.

*Сокольников А. О.
ХНМУ*

СТРАХ, КАК ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ФАКТОР, И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПОВЕДЕНИЕ И ГЕНОТИП ЧЕЛОВЕКА

В современном мире наблюдается стремительная тенденция к увеличению количества пороков развития как физического, так и психоневротического типа. На фоне увеличивающейся депопуляции населения количество новорожденных с различными патологиями приобретает более трагичные последствия, как для генофонда нации, так и для каждой семьи. Современной медицине с большим успехом удастся если не вылечить, то, по крайней мере, купировать большинство таких патологий. Именно поэтому следует обратить внимание, в первую очередь, на факторы, вызывающие патологические изменения в организме человека.

Стремительное развитие промышленности, средств коммуникации, а также техногенные катастрофы и стихийные бедствия оказывают влияние различных факторов на здоровье человека и его генотип. Но только в XX в. ученые обратили внимание на влияние психоэмоциональных факторов на поведение. Генетическими аспектами поведения интересовалось большое количество ученых-генетиков и физиологов. К ним относятся И. П. Павлов, Л. В. Крушинский, американские физиологи Дж. Скотт и Дж. Фуллер в опытах на собаках доказавшие, что свойства ВНД особей, имеют генетическую основу и передаются по наследству последующим поколениям. Подтверждением теории о роли генотипа в природе поведения и влияния психоэмоциональных факторов являются разработки ученых Брайана Диаса и Керри Ресслер из Медицинского центра университета Эмори в Атланте, США, опубликованные в *Nature Neuroscience*. Психоневротические факторы, сильнейшим из которых является страх, накладывают отпечаток на генотип с проявлением признаков его изменения у последующих поколений. В ходе экспериментов ученые установили, что травмирующие события в жизни, изменяют активность генов путем химической модификации ДНК в семенной жидкости, и это вносит изменения в работу мозга и поведение последующих поколений. В рамках проведенного эксперимента мышей научили бояться запаха ацетофенона, пахнущего цветущей черемухой. Животных били током, сопровождая это всякий раз данным запахом, пока не приучили обращаться в бегство от одного только запаха. Затем был изу-

чен состав спермы и было обнаружено, что участок ДНК, где расположен ген рецептора, чувствительный к запаху черемухи, метилирован у детей и внуков "напуганных" самцов. Это означает, что ген усиленно работает и, соответственно, в усиленном режиме работает обонятельный рецептор, воспринимающий этот запах. Для подтверждения полученных данных потомство "напуганных" особей сразу же после рождения было отделено, от родителей, однако и последующие поколения, которых не подвергали выработке рефлекторного ответа на запах ацетофенона током, при наличии такового обращались в бегство. Учеными также были обнаружены изменения в структуре коры головного мозга, которые вероятно и повлияли на структуру ДНК "напуганных особей". Результаты исследования подтверждают теорию "эпигенетического наследования", согласно которой окружающая среда может влиять на структуру генов, и эти изменения, в свою очередь, передаются последующим поколениям. Согласно данному исследованию, наследственная память передается только по мужской линии, от самцов, поскольку изменения ДНК касаются сперматозоидов, но не затрагивают яйцеклетки.

Таким образом, все пережитые человеком эмоции и впечатления влияют не только на его собственное физическое и психоэмоциональное состояние, но и на структуру и функционирование нервной системы его детей. И, несмотря на то, что мужчины и женщины подвержены стрессам в равной степени, именно мужчины передают генетический материал с "отпечатками" пережитых событий. Данное обстоятельство в нынешнее время ставит перед обществом вопрос о том, как же отразятся на потомках социальные потрясения, имеющие место в обществе и мире в целом, и какие меры необходимо предпринять, чтобы обеспечить стабильное и здоровое, во всех смыслах, будущее для последующих поколений.

*Трегубенко А. Р.
ХНМУ*

ОБРАЗ ЖЕНЩИНЫ В РЕЛИГИИ И МИФОЛОГИИ ДРЕВНЕЙ СКАНДИНАВИИ

В VIII–XI веках на территории Древней Скандинавии обитали воинственные и грозные викинги. Они прославились как отважные мореходы, совершавшие морские походы с целью завоевания новых земель; совершали военные и торговые походы, грабили и разрушали города. Свои подвиги они совершали не только ради наживы, но и ради прекрасной половины своего племени, ведь, как известно, только женщина может вдохновить мужчину на смелые поступки. Но какая она, спутница грозного варяга? Ради кого он был готов отправиться в трудное, полное опасностей морское путешествие? Об этом мы можем узнать, если обратимся к мифологии викингов, ведь древнескандинавский эпос полон историями о прекрасных богинях, в образах которых и отразились представления древних скандинавов о женщине.

Прежде всего, грозные норманны видели в женщине мать и хранительницу домашнего очага, ведь не случайно "первой леди" скандинавского пантеона была/является богиня Фригг, жена верховного бога Одина. Богиня Фригг – покровительница любви, брака и семейного очага, прекрасная

жена и мать троих сыновей. Согласно скандинавским мифам она восседает рядом со своим мужем Одним на троне Хлидскьяльве, поэтому является неким воплощением равенства между мужчиной и женщиной.

Но настоящим воплощением гендерного равенства и феминизма является богиня Фрейя. Ее образ сочетает в себе сексуальность, агрессивность и храбрость. Она предводительница валькирий, которой наравне с Одним разрешено забирать себе половину воинов, павших на поле боя. Но это не означает, что ей достаются худшие воины. Один и Фрейя делят их поровну. Это указывает на то, что скандинавская женщина имеет высокий статус в обществе, обладает властью, силой и правами наравне с мужчиной. Высокий статус скандинавки был обусловлен, прежде всего, её значительной ролью в хозяйстве, в котором преобладало скотоводство. Скандинавская женщина была полноправной хозяйкой в доме, с которой муж советовался по важным делам. Часть обязанностей находилась только в её компетенции. Когда муж уезжал, жена становилась главой усадьбы и самостоятельно управляла ею. В соответствии со значительным вкладом в хозяйство скандинавки обладали широкими имущественными правами. Кроме того, женщина имела право развестись с мужем, если считала того недостойным.

Так же любой викинг хотел видеть в своей жене помощницу и боевую подругу, которая пришла бы ему на помощь в трудную минуту. Такой верной и преданной была богиня Сигунн, жена бога Локи. Согласно преданиям, за оскорбление боги заточили Локи в пещеру и повесили над его головой ядовитую змею, из пасти которой стекал яд. Но Сигунн не оставила мужа в беде и осталась рядом с ним. Она собирала капающий яд в чашу, тем самым облегчая его страдания.

Таким образом, в мифологии викингов отображены представления о женщине той эпохи – свободной и самостоятельной, но в то же время не забывающей о своем женском начале и главном предназначении – быть женой и матерью.

*Трифорова Т. И.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Состояние здоровья подрастающего поколения – важнейший фактор благоприятного и устойчивого развития общества, поэтому серьезную озабоченность вызывает стремительное снижение основных показателей здоровья детей и подростков нашей страны. Такое положение актуализирует необходимость дальнейшего изучения гендерного отношения к здоровью, как способ возможной профилактики феномена нарастающего умственного и физического расстройств.

Суть работы: По определению Всемирной Организации Здравоохранения, "здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов". Здоровый образ жизни является одним из основных факторов сохранения и укрепления потенциальных возможностей человека. Существуют некоторые закономерности отношения к здоровью в зависимости от возраста человека. Подростковый период развития охватывает возраст-

ной диапазон с 10 –11 до 14 –15 лет. Психологические особенности подросткового возраста рассматриваются как кризисные и связаны с перестройкой в трех основных сферах: телесной, психологической и социальной. Согласно результатам ряда исследований, мозг мальчиков и мозг девочек устроен и работает по-разному. Именно гендерные отношения лежат в основе различий адаптивных реакций, способов переработки и усвоения информации, организации внимания и др. Основной вопрос, который встаёт при изучении гендерных неравенств здоровья, состоит в том, являются ли они биологически обусловленными, или формируются культурой и окружающей средой.

Гендерная асимметрия формируется еще в подростковом возрасте, характеризующем их стили жизни в здоровье: курение и потребление алкоголя – наиболее значимые отличия статуса здоровья для мужчин, тогда как низкая физическая активность – для женщин. Наблюдаются гендерные особенности проявления психосоциальных факторов – критических событий жизни и психологических ресурсов. Таким образом, гендерные различия в отношении подростков к своему здоровью могут способствовать возникновению гендерной асимметрии в развитии определенных болезней.

По данным отчёта ВОЗ в 2012 году девушки более мотивированы сохранять и укреплять здоровье, а юноши с большей вероятностью более склонны к самореализации экстрима, что неизбежно ведет к негативному влиянию на здоровье и даже на жизнь.

Необходим принципиально новый подход к воспитанию мальчиков и девочек – "гендерное измерение", в процессе которого формируются более адекватное отношение к своему здоровью, выбор правильного подхода к его поддержанию и др.

Вывод: Физические и психологические изменения, социальная ситуация развития подростков, а также гендерные особенности оказывают влияние на их отношение к своему здоровью. Поддержание здорового образа жизни является ключевым понятием в предотвращении различных заболеваний, как у мальчиков, так и у девочек. Для построения эффективной системы профилактики необходимо учитывать возрастные и гендерные особенности подростковой группы. При этом работу с подрастающим поколением важно начинать на ранних этапах, в семье и продолжать в образовательных учреждениях.

*Ходун И.И.
ХНМУ*

ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА РАЗВИТИЕ РЕВМАТИЗМА

Многочисленные исследования свидетельствуют о роли пола в заболеваемости ревматизмом. Как правило, авторы отмечают, что лица женского пола болеют ревматизмом чаще, нежели мужского.

Ревматизм – системное воспалительное заболевание с преимущественной локализацией патологического процесса в оболочках сердца, развивающееся у предрасположенных к нему лиц, главным образом в возрасте 7–15 лет.

Симптомы проявляются через 1–3 недели после перенесённой острой стрептококковой инфекции. Ревматизм проявляется в нескольких синдромах, например, в таких как:

- Ревмокардит (кардиальная форма).
- Ревмохорея (Пляска святого Вита) – патологический процесс, характеризующийся проявлением васкулита мелких мозговых сосудов. Преимущественно встречается у детей, чаще у девочек.

- Ревмополиартрит (суставная форма) – воспалительное поражение суставов, с характерными для ревматизма изменениями. Болеют в основном дети и молодые люди: женщины в 3 раза чаще, чем мужчины.

Так, например, ЮРА (ювенильный ревматоидный артрит) встречается у девочек в 1,5–2 раза чаще, нежели у мальчиков [1, с. 607].

В целом предрасположение к ревматизму носит мультифакториальный характер, включающий гипериммунный ответ на антигены стрептококка, склонность к аутоиммунным процессам, преимущественное развитие пороков сердца у лиц женского пола и др. Таким образом, можно сделать вывод, что пол больного имеет значение в развитии данного заболевания.

Литература

1. Педиатрия / Под редакцией Н. П. Шабалова. – М.: СпецЛит, 2003. – 887 с.

*Хромей Е. В.
ХНМУ*

РОДИТЕЛЬСТВО В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ

Родительство в гендерном аспекте на сегодняшний день является недостаточно изученным вопросом, что и определяет его актуальность. Для молодых людей, которые в будущем станут родителями, эта тема является одной из главных. Недостаточность развития института семьи в нашей стране актуализирует рассмотрение основных аспектов отцовства и материнства с точки зрения гендера.

Отцовство и материнство - неотъемлемые составляющие жизни человека. На родителей возлагается большая ответственность за воспитание и становление нового человека в обществе. Однако, кроме воспитательной функции детей, родители должны оставлять в своей жизни место и для самореализации себя в социуме.

Освоение роли отца и матери является одним из основных этапов взросления человека. С точки зрения гендера, главными мотивами отцовства, являются мотивы самоизменения, а главными мотивами материнства – мотивы, связанные с развитием отношений с партнером. Установлены различия в поведенческих реакциях: матерям приписывают – заботу, ласку, любовь, отцам – защиту и воспитание. Есть мнение, что женщина должна оберегать и сохранять семью изнутри, а мужчина должен работать на защиту и поддержание семьи во внешнем мире. Но такой взгляд слегка устарел, в современном мире мы видим абсолютно другую тенденцию. Родительство и для мужчин, и для женщин, является еще одним видом самореализации и определения собственного предназначения в обществе, и в самой семье. Структура и материнской, и отцовской сфер схожа, но содержание ее компонентов различаются. Материнство рассматривается в двух планах. Первый – создание условий для развития ребенка, второй – материнство как часть личностной сферы женщины. В детерминации материнства, важное значение имеет как биологический, так и социальный факторы. Социальная роль отца напрямую связана с социальной ролью

"настоящего мужчины". Отцовство может быть понято как личностное образование, основу которого составляют мотивы, ценности и отношения. В детерминации отцовства решающую роль играет все же социальный фактор. Исходя из вышеизложенного, следует отметить, что основу, как материнства, так и отцовства, составляют мотивы, ценности и отношения, которые реализуются в поведении родителей, в их отношении к детям и друг к другу. Материнство и отцовство – сложные психосоциальные явления, которые требуют дальнейшего изучения и детального анализа в гендерном измерении.

ЧАСТИНА 4

*Алексеевко Р.В., Рисованая Л.М.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ

Многочисленные исследования, проводящиеся в настоящее время, свидетельствуют о том, что на протяжении нескольких десятилетий разрыв в средней продолжительности жизни мужчин и женщин увеличивается, и достигает 10 лет и более. На состояние здоровья оказывают влияние такие факторы как социально-экономические, генотип, экологическая обстановка, а также образ жизни.

Бытует мнение, что в «противоположности» полов, в отношении к здоровью между мужчинами и женщинами больше сходств, чем различий. Для обоих полов характерно расхождение между нормативными представлениями о здоровье и здоровом образе жизни, с одной стороны, и реальным поведением – с другой.

Анализ гендерных различий начнем с рассмотрения особенностей самооценки. Данные многочисленных экспериментальных исследований свидетельствуют о том, что у женщин наблюдается более высокая самооценка здоровья по сравнению с мужчинами. Так, женщины оценивают свое здоровье выше, чем мужчины, которые в целом более пессимистично оценивают состояние своего здоровья.

Другой общепринятый и экспериментально доказанный факт состоит в том, что доминирующая потребность в системе терминальных ценностей женщин – здоровье, а мужчин – работа. Здоровье как ценность в системе терминальных ценностей мужчин находится лишь на третьем-четвертом месте. При этом инструментальная ценность здоровья у мужчин выше. Следовательно, можно сделать вывод, что они в большей степени жертвуют своим здоровьем ради профессиональной карьеры, что отражает существующие социокультурные нормы.

Несмотря на то, что здоровье как ценность занимает достаточно высокое место, но как для мужчин, так и для женщин в целом характерен достаточно низкий уровень активности поведения, направленного на сохранение и укрепления здоровья. Однако следует отметить, что отношение женщин к своему здоровью более деятельно и в большей степени соответствует требованиям здорового образа жизни: они раньше начинают заботиться о своем здоровье, уделяют больше внимания правильному питанию, чаще обращаются к врачам в профилактических целях, а также реже практикуют вредные для здоровья привычки. У мужчин часто наблюдается тенденция принимать и реализовывать программу жизни, которая в будущем ухудшает их здоровье. Следуя культурным стереотипам «мужского» поведения, они ведут себя в соответствии с принципом «лучше прожить меньше, но в свое удовольствие».

В ситуации ухудшения самочувствия женщины более склонны обращаться к помощи неспециалистов, а для мужчин более характерно не обращать внимания на недомогание, т.е. реагировать по принципу отрицания.

Интересные гендерные особенности обнаруживаются при анализе эмоций, возникающих в связи с ухудшением состояния здоровья. Для представителей обоих полов в такой ситуации характерно озабоченность, расстройство, сожаление. Но статистически значимые различия заключаются в том, что в случае ухудшения здоровья у женщин уровень тревожности увеличивается, они более чувствительны к изменениям своего самочувствия и чаще испытывают чувство страха, узнав об ухудшении своего здоровья. А мужчины более спокойно относятся к ухудшению своего здоровья. Такие результаты связаны с социально одобряемыми стереотипами мужского и женского поведения, в соответствии с которыми мужчина должен быть сильным и ничего не бояться, а женщина может позволить себе слабость.

Проведенный обзор гендерных особенностей отношения к здоровью, позволяет сделать вывод о том, что степень отношения к здоровью у женщин на порядок выше, чем у мужчин, особенно это проявляется в чувствах переживания и страха за него, в случае возникновения заболевания или значительного снижения адаптационных свойств организма.

*Амаш А.Г., Фролова Т.В.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ МАКРОЕЛЕМЕНТНОГО ПРОФІЛЮ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ В М.ХАРКОВІ

Відомо, що калій приймає участь у калієво-натрієвому насосі, за рахунок якого відбувається скорочення та розслаблення м'язів. Кальцій приймає участь у функціюванні серцево-судинної та нервової системи, в процесі згортання крові, у виробці гормонів, ферментів, білків, в скороченні та розслабленні м'язів, в міцності кісткового скелету.

Було вивчено макро- та мікроелементний профіль за спектрограмою волосся 50 дітей в залежності від гендерних особливостей, віком 5-ти місяців, що мешкають в різних районах м. Харкова та знаходяться на грудному, штучному та змішаному вигодовуванні. Діти були розділені на групи: 1 група – 19% дівчат та 27% хлопців, які знаходяться на грудному вигодовуванні, 2 група – 19% хлопчиків та 15% дівчат, що знаходяться на змішаному вигодовуванні та 3 група – 5% хлопчиків та 15% дівчат, що отримують виключно суміш.

За результатами дослідження визначено, що у дітей, які знаходяться на грудному вигодовуванні середнє співвідношення у хлопчиків за кальцієм – $45\pm 3\%$ до калія – $51\pm 3\%$, у дівчат – за кальцієм – $50\pm 3\%$, калій – $46\pm 3\%$.

В контрольній другій групі рівень Са у хлопчиків відповідає $48\pm 3\%$ та К $48\pm 3\%$; у дівчат – К – $50\pm 3\%$, Са – $47\pm 3\%$. В третій групі, що знаходяться виключно на штучному вигодовуванні, у хлопчиків Са знаходиться на рівні $60\pm 3\%$ до К $40\pm 3\%$, у дівчат кальцій відповідає $50\pm 3\%$, калій $44\pm 3\%$.

Таким чином, були отримані результати, що відображають гендерні відмінності співвідношення кальцієво-калієвого профілю у дітей третьої контрольної групи та звертає на себе увагу, що хлопчики більш вразливі щодо мінеральних порушень у разі штучного вигодовування.

Андрієнко В.І.
ХНМУ

НАВКОЛИШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ ТА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТА ВЗАЄМОЗАЛЕЖНІСТЬ

Здоров'я, відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), являє собою стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів. При цьому поняття «здоров'я» є відносно умовним і об'єктивно встановлюється за сукупністю антропометричних, клінічних, фізіологічних і біохімічних показників, що визначаються з урахуванням статевого і вікового факторів, а також кліматичних та географічних умов.

Враховуючи особливості здоров'я сучасного динамічного суспільства, особливої актуальності набуває проблема репродуктивного здоров'я. Це означає можливість безпечного сексуального життя, здатність до репродуктивності (народження дітей) і самостійного вирішення питань планування сім'ї.

Відповідно до сучасної статистики, більше 80% захворювань пов'язано з негативним впливом навколишнього середовища на здоров'я людини і тривалість її життя. За твердженням вчених на формування екологічно залежної патології репродуктивної системи впливають специфічні та неспецифічні чинники. Ці порушення проявляються у вигляді клінічних, патофізіологічних, імунологічних та біохімічних змін, що мають подібні результати при дії різних чинників навколишнього середовища. Виникаючі розлади репродуктивного здоров'я проявляються у формі зниження фертильності, тобто здатності до зачаття дитини, і, як наслідок цього, збільшення кількості безплідних пар, почастищення патології вагітності та пологів, підвищення частоти порушень менструальної функції і неспецифічних хронічних запальних захворювань статевих органів, погіршення стану плода (аж до його загибелі) внаслідок гіпотрофії, гіпоксії, вад розвитку, зниження якості здоров'я новонародженого (до смертельних результатів), збільшення числа дітей-інвалідів. Все це має негативні наслідки щодо формування позитивної демографічної політики держави.

В останні роки інтенсивно розвивається екологічна репродуктологія. Одним з фундаментальних її положень є теза про особливо високі чутливості репродуктивної системи чоловіків і жінок до впливу зовнішніх чинників будь-якого походження та різної інтенсивності.

У свою чергу здоров'я людини можна назвати одним з основних екологічних критеріїв якості навколишнього середовища. За даними наукових досліджень, вплив чинників навколишнього середовища на здоров'я людини може бути гострим та хронічним. Більшість факторів в Україні мають хронічний вплив. Дуже важко розрізнити вплив різних факторів навколиш-

нього середовища на здоров'я людини: радіація, забруднення повітря, якість питної води, відходи, пестициди тощо. Усі забруднювачі навколишнього середовища можна розділити на дві групи – фізичні (радіоактивне випромінювання, шум, вібрація, електромагнітна енергія) та хімічні (антибіотики, лікарські препарати, хімічні речовини).

Висновки: Середовище і репродуктивне здоров'я пов'язані між собою та залежать один від одного. Вплив навколишнього середовища має не тільки тяжкі, а часом і незворотні наслідки. Особливо це віддзеркалюється на репродуктивному здоров'ї. Зазначені вище впливи зовнішнього середовища на репродуктивне здоров'я несуть негативні наслідки в демографічній політиці держави, тягнуть за собою соціальні, економічні та духовні втрати суспільства.

*Атаманова О.В., Охупкіна О.В.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ У СТАВЛЕННІ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ПІДЛІТКІВ

Стійкою тенденцією останніх років є погіршення здоров'я населення різних вікових груп, у тому числі осіб молодого віку. Особливу тривогу викликає негативна динаміка практично всіх показників здоров'я підлітків, оскільки вони є тим потенціалом, якому належить вирішувати найважливіші завдання з розвитку і перетворення суспільства.

Як відомо, здоровий спосіб життя – спосіб життя людини, спрямований на зміцнення здоров'я; ухвалення профілактичних заходів, з метою усунення причин та наслідків хвороб. За оцінками фахівців, здоров'я людей залежить на 50–55% саме від способу життя, на 20% – від навколишнього середовища, на 18-20% – від генетичної схильності, і лише на 8-10% – від охорони здоров'я.

Метою дослідження було вивчення гендерних особливостей у ставленні до здорового способу життя підлітків в однієї з загальноосвітніх шкіл міста Харкова.

Для виконання дослідження була розроблена анкета з урахуванням харчування, фізичного розвитку, фізіологічних особливостей, способу життя підлітків. Вік анкетованих становив 13–17 років. Шляхом анкетування було опитано 126 респондентів, серед яких дівчата склали 48%, а юнаки – 52%. За даними медичної документації до 80% учнів мали певні відхилення стану здоров'я. Серед виявлених відхилень перше місце посідають хвороби верхніх дихальних шляхів, друге – хвороби органів травлення, третє – опорно-рухового апарату. Звертає на себе увагу велика поширеність відхилень у фізичному розвитку підлітків. Так, ожиріння виявлено у 5% юнаків і у 13% дівчат, при цьому недостатня вага – у 18% і 23% відповідно. 38% дівчат додержуються дієти, при цьому 5% приймають таблетки для схуднення, 26% п'ють чай для схуднення.

Прогулянки на повітрі займають в середньому $2,6 \pm 0,02$ годин на день, при цьому дівчата проводять на вулиці достовірно менше часу, ніж хлопчики ($p < 0,001$), причому юнаки з нормальною вагою статистично значимо

більше, ніж їх ровесники з ожирінням ($p < 0,04$). 60% школярів відчують постійний стрес. Регулярно курять 55% школярів (з них 40% хлопців і 7% дівчат). У 80% юнаків, які палять, у близькому оточенні є дорослі, які палять (батьки, друзі). Алкоголь у своєму житті пробували 87% школярів старших класів (82% дівчаток і 93% хлопчиків). 13% підлітків споживають алкоголь не рідше раз на тиждень, 60% – раз на місяць або рідше. В основному підлітки споживають слабоалкогольні напої – 23% школярів п'ють їх не рідше раз на місяць.

Що стосується відвідувань занять фізичної культури і систематичним заняттям спортом, то за результатами опитування отримані наступні дані: регулярно займаються фізичною культурою і спортом 57% юнаків і лише 32% дівчат. Серед тих дітей, хто на теперішній час не займається спортом 72% в минулому відвідували спортивні секції та були вимушені кинути за різними причинами, серед яких на першому місці відсутність мотивуючих факторів щодо занять спортом, високий рівень навантаження в школі, висока вартість занять.

Виявлено, що серед дітей, які ведуть здоровий спосіб життя у 95% випадків є мотивуючий фактор щодо активного образу життя. У 58% у близькому оточенні є люди, що займаються спортом, правильно харчуються і не мають шкідливих звичок (батьки або друзі). 30% дітей почали заняття спортом під впливом телевізійних та соціальних програм, що популяризують фізичну активність серед населення.

Отже охорона власного здоров'я – це безпосередній обов'язок кожного. Пропаганда здорового способу життя серед населення може підвищити рівень здоров'я підлітків та, як наслідок, рівень здоров'я дорослих у майбутньому. Популяризація здорового способу життя серед підлітків потребує подальшої уваги медиків, педагогів, родини та держави в цілому.

*Барсукова Е. Д.
ХНМУ*

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕДИКТИВНО-ПРЕВЕНТИВНОЙ И ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ

Медицина на протяжении своего исторического развития основное внимание уделяла уже заболевшему человеку, акцентируя внимание на изучении болезни, и поэтому информация о здоровом человеке и так называемых донозологических состояниях, предшествующих заболеванию, оставалась в тени. Тенденции развития современной медицины постепенно начинают концентрироваться вокруг достижений активно разрабатываемого направления, получившего название предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины.

Предиктивно-превентивная медицина – это альтернативная идеология и методология здравоохранения. Её суть заключается в персонифицированном управлении состоянием здоровья и резервами организма. Её основная цель – продление полноценной здоровой жизни человека до естественных, биологически обусловленных пределов. А главной задачей является выявление изменений в организме конкретного обследуемого, способных привести к заболеваниям, и принятие мер, предотвращающих болезни.

Предиктивно-превентивная медицина имеет хорошие перспективы. Научный прогресс последних десятилетий обеспечил качественный скачок сразу в нескольких дисциплинах диагностического направления медицины. Высокой диагностической ценности и информативности достигли методы лучевой диагностики: УЗИ, компьютерная, ядерно-магнитная, позитронно-эмиссионная, спиральная и другие виды томографии.

Революционные изменения произошли и в лабораторной диагностике. Помимо многочисленных рутинных биохимических тестов оценивается широкий спектр показателей иммунной и эндокринной системы, качество антиоксидантной защиты и онкомаркеры, состояние прооксидантных процессов и антирадикальная активность, выявляются антигены и антитела к наиболее распространенным возбудителям инфекций, определяется их репродуктивная активность (ДНК или РНК возбудителя). Разработка и внедрение в лабораторную диагностику автоматизированных комплексов расширили спектр возможностей, повысили точность и производительность исследований.

С помощью методов молекулярно-генетической диагностики стало возможным выявление бессимптомных носителей наследственных заболеваний, определение генетической предрасположенности к различным болезням (сахарный диабет, бронхиальная астма, гипертония, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера и др). Также можно выявить повышенную чувствительность организма к сильнодействующим и наркотическим средствам, различным лекарственным средствам и химическим соединениям, алкоголю и никотину с быстрым наступлением привыкания и физической зависимости, высокую или низкую восприимчивость организма к некоторым инфекционным возбудителям, в том числе к вирусу СПИДа.

В настоящее время в лечении, как и прежде, участвуют трое: врач, болезнь и больной. Однако, благодаря развитию предиктивно-превентивной и персонализированной медицины появляется возможность эффективного и безопасного лечения, профилактики заболеваний, а также экономии финансовых ресурсов и времени как медицинских работников, так и пациентов.

*Беловол А.Н., Ткаченко С.Г., Береговая А.А.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ ПСОРИАЗА И КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Известно, что псориаз сопровождается рядом кардиоваскулярных и метаболических нарушений, которые проявляются девиациями белкового обмена с развитием гиперурикемии и подагры, углеводного обмена (гипергликемия, ассоциация с сахарным диабетом) и липидного обмена (дислипидемия, атеросклероз, гипертензия, стенокардия).

Целью исследования было изучение риска развития кардиометаболических нарушений у больных псориазом в разных гендерных группах.

Материалы и методы. Клиническое исследование проводили на базе стационара 5 городского кожно-венерологического диспансера г. Харькова в период 2011-2014 г.г. Изучали кардиометаболические нарушения у 205

больных псориазом европейского типа, из них 56 женщин (27,3 %) и 149 мужчин (72,7 %). Для изучения кардиометаболических нарушений у больных псориазом исследовали следующие показатели: индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ) и индекс талия/бедро (ИТБ), артериальное давление (АД), уровень глюкозы крови натощак. Все перечисленные показатели являются чувствительными маркерами кардиометаболических нарушений согласно данным современной научно-медицинской литературы.

Результаты и их обсуждение. Повышение ИМТ было зафиксировано у 103 (50,2 %) обследованных больных псориазом, при этом повышенный риск кардиоваскулярных событий выявлен у 79 пациентов, умеренный риск у 20 и значительный у 4, что составило соответственно 38,5 %, 9,8 % та 1,9% от общего количества обследованных больных. При этом риск кардиоваскулярных событий разной степени выявлен у 76 мужчин, что составило 51,0 % от всех обследованных мужчин, и у 27 женщин – 48,2% от всех обследованных женщин.

При анализе распределения степени риска кардиоваскулярных событий у больных псориазом установлено превалирование пациентов с повышенным риском кардиоваскулярных событий как среди мужчин, так и среди женщин. В эту категорию попали 78,5 % всех мужчин и 70,3 % всех женщин, которые демонстрировали повышенный ИМТ и определенный риск осложнений. Больных псориазом, имеющих значительный риск кардиоваскулярных катастроф было минимальное количество в обеих гендерных группах – 2,6 % среди мужчин и 7,4 % среди женщин, имеющих повышенный ИМТ и определенный риск осложнений. Абдоминальный тип ожирения по оценке ОТ выявлен у 84 (40,9 %) больных псориазом, тогда как по оценке ИТБ – у 109 пациентов, что составило 53,1 %. Анализ гендерных особенностей наличия абдоминального ожирения согласно критериев Международной федерации диабета 2005 г. выявил его превалирование у женщин (36 случаев), что составило 64,3 % от всех обследованных женщин, в сравнении с 48 случаями у мужчин, что составило 32,2 % от всех мужчин этой группы. Подобная тенденция прослеживалась при определении абдоминального ожирения по ИТБ: увеличение показателя было выявлено у 40 женщин (71,4 %) и 69 мужчин (46,3 %) больных псориазом. Повышение АД согласно критериям метаболического синдрома выявлено у 93 (53 %) псориазических пациентов, при этом доля женщин, страдающих псориазом, ассоциированным с гипертонией, была вдвое большей, чем мужчин и составила 73,2 % (41 случай). Гипергликемию регистрировали у 33 (19 %) больных псориазом. В группе женщин этот показатель составил 17 случаев (30,1%), в группе мужчин – 16 (10,7 %).

Заключение. При изучении гендерных особенностей ассоциации псориаза с кардиометаболическими нарушениями более благоприятная картина выявлена в группе мужчин. Относительные значения коморбидности псориаза с абдоминальным ожирением и гипертонией были вдвое выше в группе женщин, по сравнению с мужчинами, а коморбидность псориаза с гипергликемией была в три раза выше у женщин. Относительная ассоциация ожирения и псориаза в группе женщин была несколько ниже, чем у мужчин.

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ СЛУЖБОВОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ЖІНОК В НАЦІОНАЛЬНІЙ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

Визнані в усьому світі принципи демократії та гуманності сучасного суспільства передбачають створення рівних можливостей для самореалізації особистості, незалежно від її статі, віку, національності та соціального походження.

У сучасній літературі виділено кілька концепцій поняття «гендер». Це пов'язано з тим, що дослідження в даній галузі з'явилися приблизно двадцять років тому і до кінця феномен гендеру ще не вивчений. Тим не менш, для всіх концепцій базове положення однакове і включає в себе розрізнення понять гендеру (gender) і статі (sex).

У рамках цього підходу, гендер – це організаційна модель соціальних стосунків між жінками і чоловіками, яка характеризує спілкування і взаємодію між ними і визначає соціальні взаємини в основних інститутах суспільства.

Ініціатива щодо впровадження ідей гендерної рівності у світовому співтоваристві належить Організації Об'єднаних Націй.

Україна, проголосивши себе правовою, соціальною та демократичною державою, прийняла на себе зобов'язання підтримувати вимоги міжнародного співтовариства з питань рівноправності громадян.

Було прийнято ряд нормативних документів, у яких відображені проблеми гендерної нерівності: Програма діяльності Кабінету Міністрів України «Відкритість. Дієвість. Результативність» від 15 березня 2003 року № 344; Концепція Державної програми гендерної рівності в українському суспільстві на 2006-2010 рр (Розпорядження КМУ від 5 липня 2006 року № 384-р); Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» від 8 вересня 2005 р, та ін.

Відповідно до Закону України «Про Національну гвардію України», який посилається на Закон України «Про військовий обов'язок и військову службу» (пункт 11 стаття 1), жінки в Національній гвардії можуть служити, але на посадах, затверджених Постановою КМУ від 14 жовтня 1994 року № 711 «Про погодження переліку спеціальностей, за якими жінки, що мають відповідну підготовку, можуть бути взяті на військовий облік».

Перелік включає в себе медиків, зв'язківців (телефоністи, телеоператори, радисти та ін), фахівців з обчислювальної техніки (оператори, механіки та ін), метрологів, фахівців в області картографії, топогеодезії, фотографометрії, аерофотослужби; поліграфістів і кінорадіомеханіків.

Крім вище перелічених спеціальностей, жінки в Національній гвардії можуть працювати на допоміжних посадах, для яких не передбачено ненормований робочий день (бухгалтерія, діловодство). Ці посади не завжди є атестованими, тож кар'єрний зріст на них обмежений.

Жінки, що працюють у Національній гвардії, мають проблеми не тільки професійного, але й соціального характеру, пов'язані з особливостями менталітету.

Думки щодо гендерної рівності в Національній гвардії, розходяться: одні вважають, що жінкам там не місце, інші – що в гвардії є професії, де жінки

просто незамінні. Тому, якщо жінка хоче добровільно вступити в Національну гвардію, така можливість у неї повинна бути і це повинно підкріплюватися розумінням того, що даний вибір несе не тільки права, але й широке коло обов'язків.

*Болокадзе Є.О., Піонова О.М., Оспанова Т.С.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ

ХОЗЛ на теперішній час є однією з медичних, соціальних і економічних та гендерних проблем світового суспільства, який, вірогідно, ще більш виражений в нашій країні. Нами було обстежено 24 хворих на ХОЗЛ. У ході загального обстеження визначали антропометричні дані – зріст, масу тіла, окружність талії та обчислювали індекс маси тіла (ІМТ). Стаж паління оцінювали у кількості пачкороків, що розраховували за формулою (кількість цигарок Ч тривалість паління / 20). Проводили анкетування хворих на ХОЗЛ (шкала САТ), а також тест з 6-хвилинною ходьбою (6МВТ).

До основної групи увійшли 16 чоловіків (72%) та 8 жінок (28%), середній вік яких склав $65,3 \pm 4,2$ роки (чоловіки $67,4 \pm 3,9$ жінки $64,7 \pm 4,1$ відповідно). Контрольну групу склали 8 чоловіків (68%) та 4 жінки (32 %) середній вік яких склав $67,2 \pm 3,7$ роки (чоловіки $68,3 \pm 3,6$ жінки $65,1 \pm 2,8$ відповідно). Хворі основної групи страждали на ХОЗЛ гр В та гр С. Так на ХОЗЛ гр В ст страждали 10 пацієнтів (7 чоловіків та 3 жінок) та на ХОЗЛ гр С 14 пацієнтів (9 чоловіків та 5 жінок). Практично всі пацієнти скаржились на наявність кашлю зі скудним виділенням харкотиння та задишку різного ступеню вираженості.

Нами був проведений аналіз даних стосовно стажу паління, ІМТ, даних 6МВТ, та САТ. Гендерні відмінності полягали у наступному: стаж паління (пачко-років) у хворих основної групи склав чоловіки – $36,4 \pm 3,1$, жінки – $25,3 \pm 2,6$, ІМТ (кг/м²) чоловіки – $23,9 \pm 2,1$, жінки – $26,3 \pm 1,9$, 6МВТ (м) – чоловіки – $249,4 \pm 22,5$ жінки – $263,6 \pm 13,6$ (контрольна група чоловіки – $374,5 \pm 20,6$, жінки – $299,9 \pm 12,3$) САТ (бали) – чоловіки – 18 ± 4 , жінки – 19 ± 2 (контрольна група – чоловіки – 31 ± 2 , жінки – 36 ± 2)

Так, оцінюючи отримані данні, слід зазначити, що розбіжності були за гендерними параметрами, та у порівнянні з показниками контрольної групи за наступними параметрами: стаж паління у хворих на ХОЗЛ значно перебільшував групу контролю, та кількість пачко-років значно перебільшувало серед чоловіків, в той час як толерантність до фізичного навантаження у хворих чоловіків та жінок з ХОЗЛ однаково нижчі за контрольну. Оцінюючи показники шкали САТ, можна відмітити, що вони спостерігались практично однаково виражені, незалежно від статі пацієнтів.

*Бортник Е.Ю., Гадирова Т.Р.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Формирование здоровья человека происходит еще в детском возрасте. Именно в этот период жизни формируются определенное отношение к здоровью, навыки и мировоззрение, которые уже во взрослой жизни бу-

дуг способствовать правильному выбору в пользу здорового образа жизни. Начальные и средние учебные заведения предоставляют широкую возможность использования оздоровительных мероприятий в отношении всех детей и подростков. К сожалению, в Законе «Об образовании» не обозначено направление по формированию здорового образа жизни, воспитанию физической культуры и спорта. На формирование отношения к здоровью также влияют гендерные особенности девочек и мальчиков, что актуализирует необходимость рассмотрения данной проблемы.

Девочки и мальчики отличаются друг от друга поведением и отношением к своему здоровью. Они совершенно по-разному относятся к своему телу, по-разному оценивают состояние здоровья и переносят болезни. Девочки, в основном, очень внимательны к своему физическому состоянию. С первой менструацией большинство девочек-подростков испытывают боль и болезненное состояние, дискомфорт, чувство стыда. Эти чувства снижают возможность позитивного восприятия своего тела, осознания индивидуальности каждого подростка, что существенно влияет на самооценку. Девочкам свойственна забота о других. С помощью учителей и школьных врачей девочек необходимо стимулировать к изучению правил поведения в бытовых условиях, с целью формирования жизненных привычек, социальных ролей и нормы здоровья в соответствии с половой принадлежностью. Девочкам необходимо приучать к заботливому отношению к своему телу, исключению вредных привычек. Мальчикам необходимо помочь открыть для себя ориентиры: мягкость вместо жесткости и напускной грубости, забота вместо отчужденности. Оздоровительные мероприятия в семье и школе всегда являются позитивной профилактикой, способствуют социализации и выработке нормативного поведения.

Гендерное равенство является показателем гендерной культуры нации и демократичности общества. Деятельность в дошкольном и начальном образовании должна быть направлена на личностный подход к ребенку, к его индивидуальному развитию, невзирая на пол, что предусматривает включение в государственные образовательные стандарты. Гендерные мероприятия предусматривают разнообразные и равноценные варианты выбора для девочек и мальчиков. Таким образом способность увидеть гендерные различия подростков позволяет конкретизировать работу по сохранению их здоровья и решения социально- демографических проблем Украины.

*Боярский А.А., Стрельникова И.Н.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ

Многообразие стрессовых воздействий в современных условиях сопровождается ростом количества аффективных расстройств, а в особенности психогенных депрессий. Их высокая распространенность связана не только с социально-экономическими преобразованиями в современном обществе, но и с патоморфозом непсихотического регистра психогений. Динамика психогенных депрессий нередко отличается затяжным, социально дезадаптирующим течением с усложнением клинической картины и формированием фармакологической резистентности. В развитии психогенных

депрессий, в первую очередь, играет роль сама психотравма, ее характер, сила и длительность действия, ее индивидуальная значимость для человека с отличием по полу, возрасту, психическому и физическому состоянию, типу высшей нервной деятельности и т.д.

В дифференциации клинических проявлений депрессий гендерные различия играют немаловажную роль. При этом недоучет полового состава изучаемых групп может приводить к противоречивым результатам и выводам в работах, проводимых по одной и той же методике, в зависимости от того, кто преобладает в данной выборке – мужчины и женщины. В работах по эпидемиологии депрессий доминируют данные, указывающие на большую распространенность депрессий среди женщин, что связывают не только с биологическими особенностями (прежде всего гормональными), но и социально-психологическими или гендерными ролями. Тем не менее, ряд авторов указывают на «скрытую» от популяционных исследований часть «мужских депрессий», в частности N.Singleton и соавт., в которых соотношение депрессивных эпизодов и расстройств среди мужчин и женщин установлено как 0,8:1,0. Более высокая распространенность депрессий среди женщин может быть обусловлена менее активным обращением мужчин с симптомами депрессии за медицинской помощью, что связано с определенными гендерным стереотипом «господствующей мужественности». Это подтверждается более высоким уровнем завершенных суицидов среди мужчин, чем среди женщин.

Таким образом, развитие психогенных депрессий укладывается в биопсихосоциальную концепцию психиатрии, что предполагает комплексное лечение депрессивных больных, включающих фармакотерапию и психосоциотерапию с учетом половой принадлежности и гендерных различий.

*Бутов Д.А., Ипатова М.А., Худoley Е.В.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Актуальность: Рост заболеваемости туберкулезом (ТБ) связан со множеством причин. При этом, мужчины и женщины в разной степени подвержены влиянию факторов риска. Влияние гендера в этой области изучено недостаточно. Цель нашего исследования: проанализировать гендерные особенности больных туберкулезом легких.

Материалы и методы: Нами была проанализирована статистика заболеваемости ТБ за 2012–2014годы по аналитически-статистическим справочникам Украины. Сравнения статистических показателей проводились в процентном соотношении с определением t критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. По результатам когортного анализа выявлено, что в 2012 году общее число заболевших составило 68,1 на 100 тыс.населения (30819 человек), 38,6 (56.7) на 100 тыс. из которых составили мужчины и 29,5 (43.3) на 100 тыс. женщины ($p < 0.05$). В 2013 году заболеваемость туберкулезом составила 67,9 на 100 тыс. населения (29925 человек), из которых 46,4.(68.3%) на 100 тыс. составили мужчины и

21,5(31.7%) на 100 тыс. – женщины, что свидетельствует о более высоком показателе заболеваемости туберкулезом среди мужчин, нежели среди женщин ($p < 0.05$). Заболеваемость туберкулезом в Украине в 2014 составила 59,5 на 100 тыс. населения (25543 человека (данные посчитаны на население без учета временно оккупированных территорий АР Крым и г. Севастополь)), при этом заболеваемость среди мужчин составила 31,3 (52.6%) на 100 тыс. населения и 28,2 (47.4%) на 100 тыс. населения среди женщин ($p < 0.05$). Социально-гендерный аспект данной проблемы проявляется, в частности, в том, что расчетный показатель заболеваемости туберкулезом в тюрьмах примерно в 50 раз превышает аналогичный показатель среди всего гражданского населения. По данным за 2012 год туберкулез выявлен у 8205 лиц, находящихся в местах лишения свободы, из которых 5341 (65.1%) – мужчины и 2864 (34.9%) – женщины.

Выводы: Несмотря на вариабельность причин заболеваемости, гендерные особенности, обуславливающие характер социального поведения человека, играют важную роль в восприимчивости развития туберкулезного процесса.

Василик В.С.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНІСТІ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК СЕРЕД ШКОЛЯРІВ МІСЬКИХ ШКІЛ

Ми проводили вивчення розповсюдженості паління серед міських школярів віком 12–16 років, які навчаються у школах міста Вінниці за допомогою анонімного опитування (400 осіб). За даними перевірки виявлено, що мають досвід паління 48,0 \pm 2,5 %. Гендерні особливості: серед хлопців палять 57,0 \pm 3,4%, а серед дівчат 39,0 \pm 3,4%. Почали палити хлопці у 7–8 років – 18 %, у 9–10 років – 27, 2%, у 11–12 років – 2,7%, у 12 і більше – 32,1%. Початок паління серед дівчат: в 13–14 років 27,2% 15–16 років – 72,8%.

За даними опитування причини, які спонукали до початку паління такі: 1 – «було цікаво» – 36,3 %, 2 – запросили друзі – 13,6 %, «примусили» – 4,5 %, 3 – «для покращення настрою» – 18,4 %, 4 – хотілося відчути себе дорослим – 27,2%.

Ми вивчали думку однолітків щодо паління і виявили, що 2,6 % підлітків середньої та старшої школи вказують на негативне відношення до паління. 49,1% підлітків вважає, що палити нормально. Згідно отриманих даних, питома вага хлопців, що палять у 7 класі складає 43,2%, а серед дівчат у 7 класі – в два рази менше – 18,6%. Хлопці починають палити в більш ранні вікові періоди, ніж дівчата. Ця форма девіації виступає в них як прояв більш раннього етапу вікової кризи, яка за своїм змістом носить біологічний характер, ніж власне підлітковий. Серед дівчат саме у 9 класі збільшується кількість тих, хто інтенсивно палять. Дана форма девіації виступає для них як одна з поведінкових форм вирішення підліткової кризи.

Вивчаючи розповсюдженість вживання алкоголю серед підлітків, виявлено що більше 1 разу на місяць випивають 63,5 \pm 2,5 % осіб, у тому 65,9% \pm дівчат і 70,2% \pm хлопців. На початку IX класу різко збільшується число тих, хто палять серед учнів, а також тих, хто систематично вживає алкоголь. Якщо у VII класі систематично палять 7,8%, то в IX їх вже третина (31,0%).

Питома вага тих, хто систематично приймає пиво (раз на тиждень і більше) від VII до IX класу зростає з 7,4 до 22,9%. Вживають горілку у 7 класі 1,2%, а у 11 класі – 3,8%. Якщо у 7 класі вживають пиво серед дівчат 7,7% , то у 11 класі 11,2%. Серед хлопців вживають пиво у 7 класі 7,1%, а у 11 класі – 11,4%. Всі вікові показники були вищими у хлопців. До 9 класу систематичне вживання пива стає характерною формою поведінки практично кожного другого хлопця – 40% (серед дівчат менше у 2 рази).

Збільшення числа підлітків, що демонструють девіантні прояви не випадкове саме у 9 класі: по-перше, це співпадає з кризовим віком, по-друге – це прояв трансформації самої підліткової субкультури. Існуюча девіація є не що інше, як спосіб вирішення «кризової ситуації». В наш час вона стає нормою поведінки внаслідок високої розповсюдженості. Таким чином, для підлітків вирішення підліткового кризу відбувається через звернення до девіантної форми поведінки, коли девіація виконує функції обряду вікової ініціації, забезпечуючи перехід до дорослості. Звернення до девіацій у підлітків обумовлено бажанням до особистого самоствердження в найближчому соціумі в період підліткової кризи. Думка про те, що паління ліквідує або зменшує внутрішні проблеми – такі мотиваційні чинники характерні більше для 13-річних підлітків, ніж для 15–16-річних, що свідчить про те, що з віком паління перестає бути маніфестною ознакою психологічного дискомфорту, а трансформується в звичку. Як правило, у виникненні паління важливі соціально-психологічні причини: поширеність паління, бажання виглядати дорослим, підвищити свій авторитет у середовищі однолітків. Подальші спроби палити не викликають першочергової відрази і починають поступово формуватися у організмі підлітка як явища залежності, особливо у хлопців. А у дівчат паління частіше носить характер демонстрацій своєї «особливості», або прояв «бути як всі» у компанії. Таким чином, у профілактичній роботі необхідно формувати «Я-концепцію», навчати елементам саморегуляції і враховувати гендерні особливості.

*Вьюник Т.В., Кебашвили С.В.
ХНМУ*

ВРАЧ ГЛАЗАМИ ОКРУЖАЮЩИХ

Образ современного врача формируется под влиянием средств массовой информации, и действительно в лучших традициях создателей комиксов «Marvel» он обладает уникальными знаниями, спасает людей, носит странную одежду и маску, использует непонятные устройства и специальный транспорт. В каждой шутке есть доля правды, но, тем не менее, это создает образ врача как супергероя. Однако, каким же на самом деле должен быть реальный доктор? Что влияет на формирование положительного образа и доверительных взаимоотношений между пациентом и его врачом?

Цель исследования: Воссоздать образ идеального врача для дальнейшего его использования студентами-медиками в формировании у себя необходимых качеств.

Материал и методы. На основании проведенного студентами Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского и Харьковского национального медицинского университета анонимного анкетирования пациентов отделений различных лечебных профилей,

медицинских сестер, врачей, преподавателей и студентов всех курсов лечебного, педиатрического факультетов, родственников пациентов были получены следующие данные. Обработано 118 анкет, в состав которых входили вопросы, касающиеся внешнего вида, личностных качеств, объема и качества обслуживания, гендерных особенностей лечащего состава. Анализ анкет показал следующие результаты: идеальный медик должен выглядеть опрятно, аккуратно (67,5%), придерживаться классического стиля одежды (7,5%), стильно (25%), носить глаженный и чистый халат (100%), быть добрым, отзывчивым, активным (63%), общительным (30%), скромным (7%), заинтересованным в работе (89%). Также все анкетированные отметили, что важными в работе врача являются ум, внимательность, способность сострадать, постоянное обучение, умение прогнозировать результаты своей деятельности, позитивное отношение к соблюдению правил здорового образа жизни. Пациентам и их родственникам были заданы дополнительные вопросы: 79% опрошенных устраивает качество оказанной помощи, 15% недовольны, 6% воздержались от ответа; 85% больше доверяют мужчинам-хирургам, 3% – женщинам, для 12% пол значения не имеет; 67% за уход, осуществляемый медсестрами, 5% – медбратьями, 28% не имеет значения; 72% считают, что женщина-педиатр лучше находит общий язык с ребенком, 10% – не задумывались над этим и 18% думают, что пол врача значения не имеет.

Выводы. По мнению пациентов, их родственников, практикующих медицинских работников, преподавателей и студентов медицинского ВУЗа для идеального врача наиболее важными являются: во внешнем облике – аккуратность, и безупречный внешний вид (опрошенные полагают, что внешний вид врача является индикатором его внутренней организованности и дисциплины), среди личностных качеств должны преобладать доброта, отзывчивость, активность, внимательность, профессионализм. Несмотря на то, что представители этой нелегкой профессии должны быть аполитичными, а религиозными и бесполоыми, в обществе все же существуют гендерные предрассудки в отношении медицинских работников.

Галон Н.П.

Львівський національний університет ім. І.Франка

ЖИТТЄВИЙ СВІТ ЛЮДИНИ-ПРЕКАРІАТУ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ'

Актуальність дослідження проблематики життєвого світу людини в соціальної філософії обумовлена необхідністю дати відповідь на питання про якісний стан функціонування постсучасного суспільства на засадах свободи, справедливості, духовності, добробуту тощо. Концепція Е. Гуссерля про життєвий світ мала значний вплив на філософію ХХ ст., на становлення екзистенційно-феноменологічних досліджень «раннього» М. Гайдеґгера, феноменологічної соціології А. Шюца, ранніх варіантів герменевтики Г.- Г. Гадамера, теорії комунікативних систем Ю. Габермаса та філософії постмодернізму (Ж. Дельоз, Ж – Ж. Дерріда та ін.).

Життєвий світ людини як загальнотипового представника прекаріату – типової для постсучасності соціальної страти, відображає реальність доби

глобалізації/міграції. Будь-яке суспільство вміщує частину громадян, яких можна назвати прекаріатом (в Україні прекаріату – десяток мільйонів), і гендерна специфіка складу (особи з нетрадиційною статевою орієнтацією, багатодітні матері, жінки передпенсійного віку) прекаріату є прикметною. Ця страта таїть в собі соціальну злість (лють), певною мірою «бунт» проти способу життя і цінностей середнього класу. Поняття «прекаріат» є неологізмом, воно створене з комбінації слів precarious (лат. – нестійкий) та слова «пролетаріат». Один з сучасних соціальних економістів Великої Британії Г. Стендінг так характеризує людину прекаріату: з одного боку, це людина, в якій не має базових гарантій життєзабезпечення (зайнятості, житла, повновартісного харчування, набуття професійних навичок). З іншого боку, людина-прекаріат покладається лише на пряму грошову винагороду, не розраховуючи на пенсію, допомогу з безробіття тощо, адже не має професійної ідентичності. Типовий представник прекаріату – це людина, яка живе на межі зuboжіння. Розпач людини, викликаний відсутністю виходу з ситуації може підсилюватися словами осуду з боку політиків та представників «середнього класу», які натякають на лінощі, суспільну безвідповідальність, відсутність цілі. Внаслідок цих переживань внутрішній світ людини наповнює соціальна злість. Остання є ірраціональним чинником, що радикалізує усі можливі волл-стріти та майдани.

Стратегія трансформації життєсвіту людини-прекаріату на життєсвіт, що будується на невідчужених, одухотворених зв'язках між людиною та її соціальним оточенням повинна включати в себе не лише моральні вимоги та соціалізаційні стратегії. В українському контексті важливим є не лише посилення відповідальності людини, а й досяжність людини до ключових активів сучасного суспільства. Йдеться про якість часу, простору, знання. Якість часу є одним із ключових активів, однак доступ до опанування цим ресурсом є нерівною для всіх людей. Час – це тривалість, швидкість розгортання процесів, їхній темп і ритм. Людина прекаріату не має достатньої можливості часового контролю подій власного життя. Виникає необхідність викруювати час на подолання різноманітних соціальних бар'єрів, на пошук і виборювання чергового тимчасового робочого місця. Не менш проблемним є доступ до ресурсу знань, практика постійної перекваліфікації, опанування навичок без перспектив реалізації. Подолання цих бар'єрів – це реформування, системна робота всередині українського суспільства, яка має включати соціально-освітні проекти, які забезпечуватимуть процеси реадптації жінок.

Отже, зміст «життєвого світу» є психологічною, духовною відповіддю людини на усю багатоманітність соціальних «викликів», що тиснуть на людину. Оскільки прекаріат має гендерний вимір, то необхідною є розробка нових програм, скерованих на соціальну підтримку жінок, їх працевлаштування та перекваліфікацію. На державному рівні треба впроваджувати соціальні програми, які б охоплювали масштаби жіночої міграції, викликані низкою обставин – вимушене переселення, добровільна міграція, безробіття, маргіналізація традиційних жіночих професій (педагоги, медпрацівники, працівники культурної галузі тощо). Життєсвіт прекаріату як соціальної страти.

REPRODUCTIVE HEALTH CARE

Constitution of the World Health Organization defines health as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. This definition, idealistic as it may seem, nowhere as relevant and applicable in the field of reproductive health. Adult Health is based on the child's health, and that he would probably not more true than in the area of reproductive health. Finally, the concept of reproductive health is not limited to women. Men also feel the need for reproductive health and the needs of the people is also important for women.

Chemicals have a direct or indirect impact on our lives and are essential to our food, our health, and our way of life.

The widespread use of chemicals has led to the development of sector-specific rules (transport, production, manufacturing, agriculture, trade and consumer goods). Having readily available information on the hazards of chemicals and recommended control measures, allows the production, transport, use and disposal of chemicals to be managed safely.

Over the past few decades, have become more aware of the consequences of reproductive health caused by exposure to certain chemicals. Scientists, doctors and patients are concerned about the number of newly identified trends in fertility and reproduction. Some of these trends are localized in certain geographical areas; others are more widespread for women.

Of chemicals, 87000, registered for trading in the United States, only one-tenth were tested for potential health hazards, and only some of them were monitored for effects on reproductive health. Although many of these chemicals are important components in the production of important materials and goods, some of which may adversely affect human health or the environment [1].

In some regions, in the workplace and industrial pollution, as well as substances that are used for commercial purposes or in a home can be a big threat.

Lead has a negative impact on reproductive health, especially men who have occupational exposure to its compounds. In the male population were identified violations of spermatogenesis, decreased libido, testosterone, detect infertility. Lead exposure in women results in increased frequency of spontaneous abortion, premature birth, weight loss newborn occurrence of birth defects in children. It was found that the increase in blood lead on each 5 ug / dl leads to increased spontaneous abortion [1].

Epidemiological studies showed adverse effects on reproductive health of some pesticides and mounting evidence suggests that these other products are also harmful for reproductive health.

People who live or work near a chemical risk factors, may be concerned about the impact of these factors on their reproductive health.

Literature

1. Environmental Impacts on Reproductive Health / Электронный документ.
– Режим доступа: <https://www.arhp.org/publications-and-resources/clinical-proceedings/RHE/Environmental-Exposures>.

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД

Гендерные стереотипы – это социально разделяемые представления о личностных качествах и поведенческих моделях мужчин и женщин, а также о половой специфике социальных ролей.

Гендерные стереотипы пагубны, когда ограничивают способность мужчин и женщин развивать свои личные способности, стремиться к профессиональному росту, делать жизненный выбор и строить планы.

Формирование гендерных стереотипов подразумевает практику приписывать женщинам и мужчинам конкретные свойства, качества или роли лишь на основании их принадлежности к социальной группе женщин или мужчин. Формирование гендерных стереотипов несправедливо, когда оно ведет к нарушению прав человека и основных свобод. Примером может служить малое количество женщин на руководящих должностях, врачей-хирургов, главврачей, так же мало мужчин воспитателей, секретарей, флористов. Например, стереотипное представление о том, что мужчина – гражданин и участник жизни общества. Кроме того, он добытчик и кормилец. Женщина же должна вести быт. Семья, дом, воспитание детей – вот её основное предназначение.

Международное право в области прав человека накладывает на государства юридическое обязательство искоренять дискриминацию в отношении женщин и мужчин во всех сферах жизни.

Польза и вред гендерных стереотипов – сугубо индивидуальные понятия, зависящие от меры социализации личности, превалирования «женственности» или «мужественности» в характере каждого конкретного Человека. Не стереотипы контролируют общество, а личности людей его составляющих вне зависимости от половой принадлежности.

Глебова Л.И.
ХНМУ

ГЕНДЕРНАЯ АСИММЕТРИЯ В УКРАИНСКОМ ПОЛИТИКУМЕ

Равноправное представительство мужчин и женщин во всех сферах деятельности украинского общества является важным фактором обеспечения демократии и залогом успешности европейской интеграции. Участие женщин в политическом процессе – одно из необходимых условий для достижения перемен в проблеме гендерного равенства. «Как только женщины в политике достигают критической «массы», их решения, которые принимают во внимание нужды более широких сегментов общества, начинают приносить более инклюзивные результаты для общества», – такова точка зрения экспертов по этому вопросу. В 2003 г. Украина в числе других стран, входящих в состав Организации Объединенных наций, взяла на себя обязательства до 2015 г. выполнить провозглашенные Декларацией Тысячелетия ООН «Цели тысячелетия», шестой раздел которых посвящен достижению баланса женщин и мужчин в обществе. Во время 58-й Ассамблеи генеральному секретарю ООН 23 сентября 2003 г. был передан Президентом Украины Л. Кучмой аналитический доклад «Цели Развития Тысячелетия: Украина». В нём в числе прочих ставилась цель искоренения гендер-

ного неравенства и пропорционального участия женщин в работе выборных и представительных органов власти.

В последние годы в украинском обществе все настойчивее раздаются голоса о необходимости отмены праздника Международного женского дня как наследия советской эпохи. Мало кому известно, что ещё с 1975 года, который был объявлен ООН Международным годом женщин, Организация Объединенных Наций стала официально отмечать 8 Марта как Международный день женщин. С этого времени под эгидой ООН проводятся Дни борьбы за права женщин и международный мир. В 2015 году Генсек Организации Объединенных Наций Пан Ги Мун в своём праздничном обращении, посвященном этой дате, констатировал, что представительницы прекрасного пола до сих пор сталкиваются с дискриминацией в политике, бизнесе и других сферах жизни. Полное равноправие полов не достигнуто ни в одной стране мира. Не является исключением в этом отношении и Украина. Расширение прав и возможностей измеряется индексом гендерного неравенства (ИГН), который выражается соотношением числа женщин и мужчин в парламенте, а также уровнем образования среди женщин и мужчин. Мировые стандарты гендерного баланса в представительных органах власти и на высших ступенях исполнительной власти составляют соотношение 30% на 70% женщин и мужчин. Глобальное значение (ИГН), рассчитанного в не так давно вышедшем докладе Программы развития ООН, свидетельствует о существующем диспаритете полов и мощных препятствиях на пути человеческого развития. Из-за гендерной дискриминации не используется почти половина человеческого потенциала.

За годы независимости Украина сделала определенный шаг вперед в преодолении гендерной асимметрии. В стране с завидной регулярностью принимаются законы и национальные программы, целью которых является обеспечения гендерного равенства. В то же время ООН констатирует отставание Украины от европейских стандартов гендерной гармонии. Численность женщин в отечественном парламенте в 2014 г. достигла 11,1%. В то время как, подписываясь под «Целями развития тысячелетия», Украина обещала к 2015 г. довести этот показатель до 30%. Не лучшим образом обстоит дело и в высших эшелонах исполнительной власти. В состав Кабинета министров входит две представительницы прекрасного пола, что составляет 10% от общего количества. Этот показатель в Польше составляет 30% и премьером является женщина, в Латвии – более 35,8%.

Таким образом, преодоление гендерной асимметрии является одним из ключевых направлений социальной модернизации украинского общества, так как создание равных возможностей является необходимой компонентой в обеспечении активного участия женщины в политической жизни страны.

*Годзь Н.Б.
НТУ «ХПИ»*

ПИТАННЯ КОНВЕНЦІЙ ТА КОМУНІКАЦІЙ У НАУКОВІЙ СПІЛЬНОТІ (ЕКОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ)

Розглядаючи механізми розвитку науки ми не можемо оминати питання структури та механізмів взаємодії у системі наукового дискурсу при роботі з новими поняттями та їх подальшим розгортанням в межах поля науково-

го дослідження. Оскільки ми дотримуємося розуміння екології як мегадисципліни, то таким чином ми виводимо положення, що у майбутньому екологія людини у першу чергу буде не просто наукою, а комплексом дисциплін (на разі, й проєктивних), за допомогою яких продовжуватиметься досліджуватися питання закономірності взаємодії з оточуючим середовищем. Футурологічна наука у першу чергу мусить сприйматися науковою спільнотою як практичне втілення й екологічних уявлень (на разі, ми можемо звернути увагу й на гендерні уявлення, які транслюються через культурні стереотипи й проєктуються на майбутнє кожної особи у соціумі тим чи іншим чином). Розглядаючи питання характеристики та значення механізмів конвенцій у епістемічному (науковому) товаристві О.В. Єршова зазначала важливість дослідження цього питання, проведеного С.М. Коськовим, який вважав, що уперше наукова спільнота підійшла до дослідження та виявлення дії цього механізму на кордоні поміж XIX – XX сторіччями, та під впливом досліджень Е. Леруа, П. Дюгема, А. Пуанкаре [1, 32–60]. Питання конвенції для нас важливе саме через необхідність продуктивної співпраці у площинах екології, екологічної футурології та екології гендера, де нам важливе саме загальне сприйняття основних положень та понять. Ми можемо посилатися на роботи Т.А. Гурко [2], К.І. Карпенко [4], А.В. Сергеевої [2]. Безумовно, подана у такому ракурсі проблема становить зацікавлення й для медичної, психологічної, так й для філософських дисциплін. Наукова спільнота продовжує розвиватися. але вона існує відповідно до усталених норм та цінностей свого співтовариства. Оскільки ми досліджуємо питання конвенцій та комунікації саме з приводу питання екологічної футурології, то колективна монографія Н.Г. Баранец, О.В. Єршової та Е.В. Кудряшової – постає цікавою працею, у якій добротно були виконані дослідження з цього приводу [1]. Таким чином, питання конвенцій та комунікації у науковій спільноті завжди представляє цікавий та важливий компонент, особливо враховуючи питання розвитку екологічного характеру (екологічна футурологія. екологія гендеру) та майбутнього, на разі, й майбутнього науки у прикладній та дослідно-теоретичних сферах.

Список використаних джерел:

1. Баранец Н.Г., Ершова О.В., Кудряшова Е.В. Конвенции и коммуникация в научном и философском сообществах / Н.Г. Баранец, О.В. Ершова, Е.В. Кудряшова. – Ульяновск: Издатель Качалин Александр Васильевич, 2012. – 180 с., С32–60.
2. Гурко Т.А.. Становление молодой семьи в крупном городе: условия и факторы стабильности., автореферат дисертації кандидата філософських наук, спец. 09.00.00, филос. науки, – М., 1983 г. – 141 с. // Електронний ресурс. Режим електронного доступу: <http://www.dissercat.com/content>
3. Нідельман Я. Серце філософії ./ Я.Нідельман // пер. з англ. Олег Кіндій. – Львів: Центр гуманітарних досліджень Львівського національного університету ім. І. Франко. – 2000, 286 с., С. 186–187.
4. Карпенко К.И. Гендерный подход к управлению городом. / К.И. Карпенко // Гендерна політика міст: історія і сучасність. Матеріали III міжнародної науково-практичної конференції 23–25 жовтня 2013 року Випуск 4. – Харків 2013, С. 94–95.

5. Сергеева А.В. Гендерная перспектива в программах по окружающей среде – традиции и практика / А.В.Сергеева Режим доступа – электронный ресурс: <http://www.gender.cawater-info.net/publications/pdf/sergeyeva.pdf>

*Григорова М.В.
ХНМУ*

АНОРЕКСИЯ – ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

Проблема анорексии в настоящее время вызывает определенное беспокойство не только со стороны врачей, но и со стороны общественности. Согласно данным статистики, около 2,5% женщин, преимущественно молодого возраста, в странах с высоким уровнем жизни становятся жертвами анорексии. К сожалению, этот показатель увеличивается. Смертность от болезни анорексия, при отсутствии эффективного лечения, достигает 20%!

Анорексию принято считать женским заболеванием. В процентном соотношении можно сказать, что в 80% случаев больными анорексией являются девушки в возрасте от 12–24 лет. В остальные 20% входят женщины более зрелого возраста и мужчины. Однако стоит отметить, что анорексия и у мужчин становится проблемой более масштабной, чем говорят официальные данные. Причина – это непризнание наличия болезни, и как следствие – нежелание обращаться за врачебной помощью.

Основными различиями в мужской и женской анорексии считаются следующие:

1) данное расстройство у мужского пола практически никогда не носит самостоятельный характер и чаще всего является следствием какой-либо другой болезни (у женщин же анорексия носит исключительно самостоятельный характер);

2) о мужчине достаточно трудно сказать, что он болен (анорексия у женщин более очевидна и более заметна);

3) лечение у мужчин проходит несколько сложнее, чем у женщин.

Так что же такое анорексия? Это заболевание, связанное с нарушением питания. Анорексия не является ни «манией», ни «плохим» поведением индивида, – это психическое заболевание.

При анорексии наблюдается патологическое желание потери веса, сопровождающееся сильным страхом ожирения. У больного наблюдается искаженное восприятие своего образа, а именно беспокойство о мнимом увеличении веса, даже если такого не наблюдается.

Основными причинами возникновения анорексии принято считать следующие факторы:

- биологический (биологическая и генетическая предрасположенность);
- психологический (влияние семьи и внутренние конфликты);
- социальный (влияние окружающей среды: ожидания, рамки подражания).

Доказано, что потеря аппетита, приводящая к истощению, может вызывать на серьезные нарушения в работе внутренних органов и систем: нарушение обмена веществ; заболевания эндокринной, пищеварительной, мочеполовой систем. Также к истощению приводят опухолевые процессы; хронические боли любого происхождения и характера; неправильный бесконтрольный прием некоторых лекарств для похудения.

Лечение анорексии – прерогатива психиатров и психологов. Чтобы разработать методику в отношении того, как лечить анорексию, следует выявить и устранить ее причину для каждого пациента индивидуально.

В наше время гляцевые журналы заполнены фотографиями стройных моделей. Многие юные девушки начинают изводить себя диетами, которые могут привести к плачевным результатам, вплоть до летального исхода. В 2005 году известный израильский фотограф моды А. Баркан заявил, что не желает пропагандировать нездоровое отношение к человеческому телу, и больше не будет снимать моделей-анорексичек. Тем самым, он вызвал не большой общественный интерес к проблеме анорексии, но и заставил более серьезно задуматься о ее социальных последствиях.

*Дебелая И.С., Турбар Д.С., Огнева Л.Г.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К ИЗМЕНЕННЫМ УСЛОВИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Студенческий возраст – это расцвет интеллектуального и физического потенциала личности. В этом периоде выражена полоролевая дифференциация, т.е. развитость форм мужского и женского поведения у юношей и девушек. Они знают как вести себя в различных ситуациях, их ролевое поведение является достаточно гибким. Для юношей характерно увеличение потребности в общении и расширение его круга. Одновременно происходит углубление и индивидуализация общения.

У девушек потребность в дружеских отношениях возникает на полтора – два года раньше, чем у юношей. Кроме того, именно в юности по-настоящему пробуждается стремление к противоположному полу. В этом периоде жизни страсть к другому человеку может доминировать над другими чувствами.

Факт поступления в вуз укрепляет веру молодого человека в собственные силы и способности, порождает надежду на интересную жизнь. Вместе с тем на II и III курсах нередко возникает вопрос о правильности выбора вуза. К концу III курса окончательно решается вопрос о профессиональном самоопределении.

Адаптация – это предпосылка активной деятельности и необходимое условие ее эффективности. Социальная адаптация студентов в вузе делится на:

- а) профессиональную адаптацию – приспособление к характеру, содержанию, условиям и организации учебного процесса;
- б) социально-психологическую адаптацию – приспособление индивида к группе, взаимоотношениям с ней, выработка собственного стиля поведения.

Первокурсники не всегда успешно адаптируются не из-за слабой подготовки в средней школе, а потому, что у них не сформированы готовность к учению, способность самостоятельно осваивать материал, контролировать и оценивать себя, владеть собственными индивидуальными особенностями познавательной деятельности, умение правильно распределять свое рабочее время. Адаптация студентов к учебному процессу заканчивается в конце 2-го – начале 3-го учебного семестра.

Большие трудности в связи с адаптацией испытывают приезжие студенты, которые должны решать не относящиеся к учебе проблемы.

Особенно большие испытания предстают перед женским полом. Девушки очень уязвимы в отношении физической привлекательности, своей внешности и опрятности. К ним более высокие требования в учебе и успеваемости, ведь родители воспитывают девушек на морали и нравственности, в отличие от юношей, которых воспитывают на приобретение успеха.

В связи с возникшими проблемными компонентами адаптации, студенты-первокурсники пытаются устранить экзогенное влияние путем организации и активного участия в самоуправлении. Ведь как известно, это специфический воспитательный механизм, основанный на свободе волеизъявления и осознанном желании молодежи самосовершенствоваться. Работая в организованном студенческом коллективе, молодой человек учится быть самостоятельным, принимать решения. Такая практика деятельности создает условия для вступления студентов во взрослую жизнь. Согласно статистике, девушки прилагают к этому больше усилий, нежели парни. Это можно объяснить тем, что у женского пола заложены основы к организации и упорядочению энтропии.

Таким образом, социальная адаптация – важный компонент воспитания и обучения студента в высшем учебном заведении, который имеет многие особенности, среди которых можно выделить возрастные, профессиональные, национальные, семейные и, конечно, гендерные особенности. Адаптация не всегда проходит как процесс безболезненно. Нередко случаются стрессы и другие факторы дезадаптивного поведения. Наряду с уже известными психоаналитическими защитными механизмами целесообразны попытки осмыслить дезадаптацию через копинг, который означает соладание, адаптивное поведение в целях восстановления равновесия.

Дзюба В.С.
ХНМУ

ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО РОДИТЕЛЕЙ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕСС СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА

Семья – главное окружение, которое формирует у ребенка характер, привычки, жизненные ценности, нормы и правила, развивает различные социальные качества, основы социальных отношений, влияет на его отношение к себе, к людям, к различным действиям. Именно в семье, как основном источнике социализации детей, впервые происходит обучение мальчиков и девочек патриархальной власти и разделению труда по половому признаку. На примере родителей дети обучаются ролям, характеру и статусу, соответствующим их полу. Затем это находит подкрепление среди сверстников, школы, СМИ. Формируясь с детства на примере взаимоотношений в родительской семье, они сохраняются у человека долгие годы и проявляются в межличностных контактах с людьми в различных сферах, и особенно во взаимоотношениях с членами собственной семьи. Родители всегда неизбежно влияют на психическое и сексуальное развитие детей. Для сына отец – образец, поведение которого он сознательно или неосознанно копирует, а для дочери отец часто предстает прототипом ее будущего мужа. Мальчик обязательно берет пример мужского поведения,

мужского способа разрешения трудной ситуации, активности, настойчивости, сообразительности, уверенности в себе с отца. Девочка, наследуя пример своей матери, наоборот, учится женственности, уступчивости, пассивности, умению быть хранительницей домашнего очага. Даже с помощью детских игр родители закладывают фундамент гендерного развития ребенка. Девочкам обычно не дают играть машинками, пистолетами, мальчикам – куклами, детской посудой. Игрушки для девочек чаще связаны с домашним очагом, с выполнением женской роли, мальчикам же чаще предлагают игры, стимулирующие фантазию, сообразительность, умение найти выход из сложной ситуации.

Родители также подчеркивают внешность, красоту, силу, ловкость, интеллектуальные способности ребенка. Отсюда девочка получает представление о том, что внешний вид очень важен, а для мальчика приоритетным направлением развития становится занятие спортом.

Нужно подчеркнуть, что в формировании гендерной психологии ребенка любого пола значительны роли, как отца, так и матери. Необходимость участия обоих родителей в воспитании ребенка обусловлена различием родительских ролей и функций, которые они выполняют в воспитании и формировании личности ребенка. Отцы более дифференцированно относятся к ребенку в зависимости от его пола, чем матери. Они, как правило, почти не взаимодействуют ни с сыновьями, ни с дочерьми в первые годы жизни. Возможно, этому способствует утверждение, что в первые годы жизни дети, независимо от пола, привязаны к матери. Хотя имеются данные о том, что уже в течении первых двух лет жизни у мальчиков развивается устойчивая привязанность к отцу, если он проявляет заботу о сыне. В дальнейшем отцы проявляют большую активность во взаимодействии с сыновьями, чем с дочерьми, но относятся более снисходительно к дочерям. Матери более снисходительны и терпимы к сыновьям и более строги с девочками. Матери предпочитают более психологические воздействия на сыновей и дочерей, в то время как отцы ориентированы чаще на физические наказания.

Таким образом, следование гендерным стереотипам проявляется в том, что родители, являясь основными агентами гендерной социализации ребенка, ориентируют его на выполнение предназначенной социальной роли в обществе.

*Дякова М. А.
ХНМУ*

ПРОБЛЕМАТИКА ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ЖЕНЩИН

Положение женщины в современном обществе – вопрос не новый и до конца не решенный. Веками женщина занимала униженное положение служанки своего мужа, не имея возможности реализовать себя как личность и раскрыть свои способности на профессиональном поприще. Лишь XX век внес коррективы, и женщина получила возможность заявить о себе. Однако законодательно установленное равноправие полов не завершило окончание борьбы за гендерное равенство. В современном обществе женщины продолжают оставаться в неравном положении по сравнению с мужчинами. Женщин все больше не удовлетворяет навязанный им стереотип

социальных ролей, где семья и материнство являются единственными ценностями. По некоторым исследованиям, 70–80% домашней работы делают женщины. Они рожают и воспитывают детей, в промежутках между построением карьеры, работой, уборкой, готовкой и прочими домашними делами создают домашний уют.

Мужчине, как правило, с самого начала семейной жизни передается роль кормильца. Это изначально устраивает супруга, становится привычкой, которую впоследствии практически невозможно изменить.

Взаимные претензии мужчин и женщин связаны, прежде всего, с вопросами качества выполнения ими своих гендерных ролей в обществе, причем эти претензии касаются гендерных. Часто успешная женщина откладывает личную жизнь на период достижения социального успеха, построения карьеры. Не секрет, что многие женщины смогли сделать карьеру только посредством оказания интимных услуг руководству, а принуждение к сексу является одним из утонченных методов злоупотребления властью и способом не дать женщине забыть о ее подчиненном месте.

Сущность человека складывается из его поступков, а побудители его поступков — воля, стремление к свободе и они сильнее всех законов, нравственных правил и предрассудков. Начатая в 60-е годы «женская революция» под лозунгом: «Если женщина имеет право на половину рая, то она имеет право и на половину власти на земле!» – в 80–90-е годы поспособствовала распространению женщин во всех структурах управления обществом. Вторая половина XX века в мировой культуре прошла под знаком переосмысления в ней роли женщины. Связано это, несомненно, с мощным феминистским движением, занятым, в целом, устранением социокультурной дискриминации по половому признаку.

Именно в существующем мире человеку надлежит добиться торжества царства свободы; и чтобы одержать эту высшую победу, мужчине и женщине необходимо возвыситься над своими естественными различиями и заключить между собой подлинно братский союз.

Симона де Бовуар в своей работе «Второй пол» впервые предпринимает попытку в свете философии экзистенциализма пересмотреть бытовавшие на протяжении столетий взгляды на конечную цель жизни женщины. В ней Симона писала: «Человек не рождается, а скорее становится женщиной. Ни биологическая, ни физиологическая, ни экономическая судьба не определяют роли, которую играет женщина в обществе, эту роль определяет цивилизация в целом, которая создаёт это существо – нечто среднее между мужчиной и евнухом, – которое и называют женщиной».

В сущности, разделение полов – биологическая данность, а не момент человеческой истории. Пара «мужчина – женщина» изначально и неразрывна – это фундаментальное единство, обе половины которого прикованы одна к другой, и никакое расслоение общества по признаку пола невозможно. Именно этим определяется женщина: она – Другой внутри единого целого, оба элемента которого необходимы друг другу. Женщина может и должна быть свободной, но к этому должно стремиться все общество.

Для достижения желаемого результата, необходима разработка гендерно – ориентированных технологий, внедрения широкомасштабной, многоуровневой программы по гендерному просвещению в обществе.

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ РИНКУ ПРАЦІ Й ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Відповідно до вимог ВООЗ, усі країни-члени цієї організації мають формувати і втілювати у життя таку політику і стратегію національного розвитку, яка враховує гендерний компонент [3]. Інтеграція гендерної проблематики в економічну політику та розвиток охорони здоров'я означає зокрема осмислення нерівності в оплаті лікування різними громадянами. Чому вона існує? Тому що для ринкової економіки визначально притаманне розшарування суспільства з причини нерівності доходів (в макроекономіці його відображає крива Лоренца). Ця нерівність дедалі трансформується в ще більшу нерівність в оплаті (фінансуванні) лікування, бо зі зростанням доходів громадян частка їхніх витрат в охорону здоров'я зменшується. Другими словами, існує регресивне фінансування галузі на шкоду біднішим громадянам. Порушується принцип рівного доступу до медичних послуг. То яка ж категорія громадян з гендерного погляду має менші доходи?

Звернімося до даних Державної статистичної служби України за 9 місяців 2014 р. Середньомісячна заробітна плата жінок в 1,3 рази менша, ніж у чоловіків (відповідно 2980 і 3922 грн.). При цьому у промисловості, фінансовій та страховій діяльності цей розрив ще більший – відповідно в 1,4; 1,5 рази. Зазначимо, що це загалом дохідніші галузі, у яких зарплата перевищує цифру 3509 грн – середню зарплату за всіма видами економічної діяльності у жовтні 2014 р. Навпаки, заробітна плата у бібліотеках і архівах, де працюють переважно жінки, нижча за середню. Причому у чоловіків вона навіть нижча, ніж у жінок, на 8,7 % (відповідно 2529 і 2771). В охороні здоров'я, на перший погляд, заробітна плата жінок ненабагато відстає від чоловіків (відповідно 2371 і 2731 грн). Проте з урахуванням неформальних, тіньових платежів ця різниця значно зростає. Їх більшою мірою отримують хірурги, серед яких переважають чоловіки [1]. На державній службі в Україні працює майже 75% жінок, та керівні посади практично завжди обіймають чоловіки. До прикладу, у Верховній Раді України – 7,6 % жінок, а у сільських та селищних радах, де низькі заробітна плата та додаткові доходи — від 40 до 50 %. У ЗМІ співвідношення чоловік і жінок теж нерівне: чоловіки – 76%, жінки – 24% [2].

Висновок впливає сам собою: привілейовані робочі місця, з більшими доходами зайняті переважно чоловіками. В основі гендерної нерівності на українському ринку праці лежать аж ніяк не конкурентні переваги чоловіків, а соціальні стереотипи, традиції, узвичаєні норми поведінки людей і також подвічна репродуктивна призначеність жінок. Тому жіноча зайнятість традиційно переважає у сферах діяльності з найнижчими рівнями середньої заробітної плати. Гендерна нерівність послаблює систему державного управління; погіршує людський розвиток; сповільнює економічне зростання і добробут; знижує ефективність боротьби з бідністю. А бідність обмежує доступ до охорони здоров'я. Українські жінки проживають життя, ускладнене широким діапазоном хронічних захворювань, тривалість якого на 8-13 років менше, ніж у Західній Європі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Державна служба статистики України [Електрон. ресурс] – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
2. Патрікеєва, Н. Гендерна нерівність – чому чоловіки в українських медіа представлені втричі більше Інститут масової інформації / Н. Патрікеєва [Електрон. ресурс] // Інститут масової інформації. – 2014. – 21 жовтня. – Режим доступу : <http://imi.org.ua/analytics/46116-genderna-nerivnist-chomucholoviki-v-ukrajinskih-media-predstavleni-vtrichi-bilshe.html>
3. Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of who / [Електрон. ресурс] http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597708_eng_Text.pdf

*Каштан К. П., Гончаренко Л. О.
ХНМУ*

ПРОБЛЕМИ УРБАНІЗАЦІЇ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Незважаючи на досягнення науково-технічного прогресу, він має і негативні сторони. Одним з таких наслідків є урбанізація, яка має два аспекти: позитивний та негативний. Природа і суспільство – це ті два елементи середовища, в якому ми живемо. Тобто, людина живе і розвивається в системі «природа-суспільство», що представляє собою екосоціосистему.

Швидкий розвиток міст створив значний комфорт для його мешканців у різних напрямках. По-перше, створюються сприятливіші умови для містобудування, розвитку науки й техніки. По-друге, підвищений комфорт забезпечується у комунальній сфері. По-третє, підвищується рівень та доступність медичного обслуговування. По-четверте, висока контактність людей сприяє розвитку психічного тренування, підтримці професійного і творчого тону, вищому рівню культурного життя. Форми вияву цих позитивних змін, зазвичай, значною мірою залежать від суспільного ладу, політичних, соціально-економічних відносин, а також природно-географічних та екологічних чинників. Водночас, зворотною стороною урбанізації є негативні, віддалені у часі наслідки, які зумовлюють зростаючий вплив чинників навколишнього середовища на здоров'я суспільства.

Нераціональне використання природних ресурсів та збільшення будівництва викликало важкі незворотні процеси у середовищі існування, що спричинило порушення біологічної рівноваги. Проблема охорони довкілля стала особливо гострою для великих міст. Його забруднення досягло для життя населення загрозливого рівня. Клімат великих міст також істотно змінюється (зміни спектрального складу сонячної радіації, підвищення температури повітря). Всі ці складові порушення навколишнього середовища несприятливо діють на організм людини.

Необхідно перетворювати урбанізовані території в «поліси», які були б максимально наближені до природи і комфорту для здоров'я людини. Поліс потрібно занурювати в природне середовище, зберігати систему «природа-суспільство». Однак, світовий досвід свідчить, що найбільш комфортними для самореалізації людини і збереження здоров'я є система: ділове місто та розкидані навколо нього екопоселення (екосела, екосистеми, екополіси, екоміста та ін.).

Прояв порушень навколишнього середовища, які мають негативний вплив, тягнуть за собою загострення гендерних особливостей. Зростають показники алкоголізму і наркоманії, перш за все серед жінок та чоловіків фертильного віку, а це призводить до збільшення народжених дітей з фізичними і розумовими порушеннями. Саме тому постає проблема якості населення і соціального майбутнього країни. Урбанізація збільшує прояв кількості випадків насильства (насамперед чоловічого). І це насильство поширюється всюди: від насильства в управлінні (гендерне насильство), сексуальні домагання, до насильства в сім'ї. Зараз стоїть питання не просто поліпшення становища, а питання безпеки, збереження української нації. Але оскільки не існує людей поза статтю, то управління суспільним розвитком має враховувати індивідуальні особливості кожної зі статей.

Гендерна проблема подібна до айсберга: на поверхні лежить лише видима частина, а сутнісна частина цієї проблеми занурена вглиб. Вона є частиною всіх інших проблем, що існують в нашій системі. Вона у нашій гендерній безграмотності і відсутності формування гендерного світогляду, і в несформованій гендерній мові, несформованій гендерній культурі. Отже, ігнорування проблем забезпечення безпечного урбанізованого середовища життєдіяльності є надзвичайно важливою соціальною проблемою. У свою чергу, таке становище викликає появу нових гендерних особливостей.

Ми всі прямуємо в майбутнє. І кожному з нас хочеться, щоб воно було гармонійне, світле, безхмарне і радісне, тобто – здорове. Здоров'я майбутнього суспільства залежить від того, з чого воно буде сформовано, з якості тих „цеглин”, які утворюють цю величну споруду. А основою суспільства є люди, їх сім'ї, родини.

Квіткін П.В., Дятлова І.В.

Харківський університет Повітряних Сил імені Івана Кожедуба

ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ ЯК ПЕРЕДУМОВА СУСПІЛЬНОГО ПРОГРЕСУ

Проблема тендерної рівності є важливою науковою проблемою, що має не лише теоретичне, але й практичне значення. У науковому плані – це проблема виникнення та існування самого феномену нерівності, у практичному плані – пошук шляхів забезпечення сталого і незворотного суспільного прогресу.

Змістом історичного прогресу є саморозвиток людини, розгортання її біологічної, соціальної та духовної природи, що характеризується мірою всебічності, гармонійності та цілісності розвитку людини, реалізації її сутнісних сил, фізичних та духовних потенцій в житті та діяльності.

Всебічний розвиток тлумачиться як розгортання усіх сутнісних сил особистості, до яких належать інтелектуальні, моральні, естетичні та фізичні якості. Всебічність розуміється не лише як зосередження яких тільки можливих знань, вмінь і навичок, а лише у тому смислі, що кожна людина постає як індивідуальний носій загальнолюдських і конкретно-історичних цінностей, що притаманні суспільству взагалі. Всебічність відображає цілісність особистості і є сукупністю її духовного багатства, моральної чистоти і фізичної досконалості.

Гармонійність виражає відповідність думок і вчинків, ідеалів, цінностей і реальних дій, фізичного та духовного розвитку. Гармонійність характеризує співмірність духовного багатства, моральної чистоти і фізичної досконалості, їх узгодженість в діяльності особистості, які дозволяють з максимальною повнотою проявитися соціальній сутності людини в інтересах суспільства і самої особистості.

Відповідно до цього, сутність історичного прогресу полягає у переході суспільства до становища, що забезпечує найбільш повні можливості для всебічного, гармонійного та цілісного розвитку людини, реалізації її сутнісних сил, фізичних та духовних потенцій в житті та діяльності.

Розуміння сутності і змісту суспільного прогресу яскраво свідчить, що суспільний прогрес можливий лише за умов забезпечення реальної гендерної рівності.

По-перше, без забезпечення можливостей для всебічного, гармонійного та цілісного розвитку, реалізації сутнісних сил, фізичних і духовних потенцій в житті та діяльності як представникам чоловічої, так і жіночої та статі суспільний прогрес не уявляється можливим.

По-друге, без забезпечення реальної гендерної рівності не можуть бути створені умови для всебічного, гармонійного та цілісного розвитку, реалізації сутнісних сил, фізичних і духовних потенцій в житті та діяльності і представникам чоловічої статі. Розвиток особистості реалізація її сутнісних сил і потенцій можливі лише за умов функціонування суспільства рівних можливостей.

По-третє, наявність гендерної нерівності є несприятливим чинником, що перешкоджає реалізації сенсу життя людини (полягає у забезпеченні всебічного і гармонійного розвитку, самоутвердженні як особистості, реалізації сутнісних сил, духовних і фізичних потенцій, що зумовлено біологічною, соціальною і психічною природою людини) представниками жіночої статі. Суспільство не може ефективно функціонувати і розвиватися, коли половина суспільства не має можливостей для реалізації сенсу свого життя, а відповідно не має можливостей для досягнення справжнього щастя буття людини.

По-четверте, відсутність гендерної рівності не дозволяє реалізувати творчий потенціал представниками жіночої статі, що також не сприяє прогресивному розвитку суспільства.

*Колесникова Е.
ХНМУ*

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

На данный момент, рак уступает 1 место сердечно-сосудистым заболеваниям. Однако в некоторых странах зарегистрировано, что наибольшее количество смертей связано именно с онкологией. По оценкам ВОЗ Украины, без реализации необходимых мероприятий за период с 2005 по 2015 гг. онкологические заболевания унесли жизни 84 млн человек. На данном этапе, важно определить гендерные особенности распространения заболевания среди мужчин и женщин. Изучение гендерных особенностей онкологических заболеваний позволяет обеспечить в полной мере профилактические мероприятия, качественное лечение и реабилитацию, учитывая особенности пола.

По данным Национального института рака, риск развития онкологических заболеваний для мужчин составляет 27,7%, а для женщин – 18,5% [1]. Исследования последних лет показали, что заболеваемость мужчин раком выше, чем число случаев этого заболевания среди соответствующего количества женщин. При одинаковом диагнозе шансы мужчины умереть от рака были на 12% выше, чем у представительниц прекрасного пола. Эта тенденция была отчетливо выражена по 7 онкологическим заболеваниям из 10, которые были включены в исследование [2]. Современные тенденции нарастания показателей заболеваемости выдвигают рак молочной железы на 1-е место в структуре онкологической заболеваемости женщин. За последние 10 лет диагностировано более 540 новых случаев заболевания раком шейки матки на ранней стадии [3].

Как отмечают специалисты МЗ Украины по вопросам онкогинекологии: “Рак – это не приговор, с ним можно не только бороться, но и предупредить его развитие” [1; 3]. На основе исследованных данных, можно сделать вывод, что онкология развивается по-разному в зависимости от пола больного. Частота встречаемости заболевания у мужчин связана с образом жизни и вредными привычками, сопутствующими заболеваниями. В свою очередь проявления онкологии у женщин больше основаны на изменении гормонального фона.

Литература

1. Гордиенко С. Онкологические заболевания в Украине под пристальным вниманием общественности // <http://www.apteka.ua>
2. Мужчин рак “любит” больше, чем женщин // <http://www.health-ua.org/news>
3. Галковская Г. Преодоление онкологических заболеваний в Украине: профилактика и лечение // <http://www.apteka.ua>.

Котелюх М.Ю.
ХНМУ

ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

Відомо, що система ціннісних орієнтацій визначає змістовний бік спрямованості особистості та складає основу її філософії життя та відношення до світу, інших людей, до себе самої, своєї професійної діяльності. Отже, існує певна залежність між професійною спрямованістю та ціннісними орієнтаціями.

Мета дослідження: вивчити гендерний аспект професійної підготовки майбутніх лікарів.

Методи дослідження: Нами використана методика М. Рокич, яка передбачає пряме ранжування списку цінностей. Автором виділено наступні цінності: термінальні та інструментальні. Респондентам було запропоновано проранжувати два списки цінностей. Кількість студентів становило 40 осіб: 23 особи – це дівчата та 17 – хлопці.

Результати дослідження. Респонденти двох експериментальних груп як термінальні цінності обрали цінності особистого життя: щасливе сімейне життя, любов, здоров'я (на думку студенток) та здоров'я, щасливе сімейне життя, продуктивне життя (на думку студентів). Також слід зазначити,

що в обох групах цінності професійної самореалізації (пізнання, розвиток, суспільне визнання) не визнані респондентами як дуже важливі й відповідно отримали невисокий ранг. Основними інструментальними цінностями слухачі вважають вихованість, чесність, ефективність у справах (на думку студентів) та вихованість, акуратність, життєрадісність (на думку студенток). Тобто спільним у двох груп є те, що, на думку респондентів, вони повинні за будь-яких обставин бути вихованими. Однак, на думку майбутніх лікарів, успіху можна досягти в тому випадку, якщо бути ефективним, продуктивним у роботі.

Отже, на підставі отриманих результатів, основою цінностей студентів є переважно цінності особистого життя, професійної самореалізації. Вони вважають, що тільки здорова й успішна в особистому житті людина здатна досягти успіху в професійній діяльності.

Котова-Олійник С.В.

Одеська державна академія будівництва та архітектури

ГЕНДЕРНА ПРОСВІТА СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ФАКУЛЬТЕТІВ ЖУРНАЛІСТИКИ – ШЛЯХ ДО ПОДОЛАННЯ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ У СФЕРІ МАС-МЕДІА

Розвиток якісного інформаційно-комунікаційного простору в сучасному українському суспільстві, що ґрунтується на засадах професіоналізму, об'єктивності, справедливості, демократичних цінностей, визнаних міжнародних та українських етичних стандартів медіа-сфери – одна з актуальних проблем сьогодення. Попри значні зусилля науковців, експертів, практиків, які підготували за останні роки посібники «Гендер для медій», 2013 (за підтримки Фонду Г.Бьоля), «Гендерні медійні практики», 2014 (за підтримки проекту ОБСЄ), а також – активну роботу сайту «Повага», спрямованого на протидію сексизму в ЗМІ, зусилля окремих дослідниць й дослідників, медійний простір залишається ще достатньо стереотипізованим. Про це свідчать, зокрема, нещодавні вітання, програми та інші матеріали, підготовлені до 8 березня.

Важливу роль у подоланні гендерних стереотипів у мас-медійному просторі у перспективі відіграють різні форми роботи зі студентською молоддю на гендерну тематику – від інституалізованих курсів і спецкурсів до цікавих просвітницьких проєктів, акцій, масових заходів тощо. Однією з таких ініціатив став **проєкт «Гендерний вимір інформаційно-комунікаційного простору»**, розроблений експертками громадської організації «Центр розвитку «СИНЕРГІЯ». Цільовою аудиторією проєкту є студентська молодь факультету журналістики Національного університету «Одеська юридична академія». Основна **мета проєкту** – підвищити рівень обізнаності майбутніх журналістів і журналісток з гендерних питань та виробити навички упровадження гендерного підходу у сферу ЗМІ й реклами. Окрім того, проєкт спрямовано на реалізацію наступних **завдань**: – актуалізувати важливість розгляду сфери ЗМІ та реклами крізь призму гендерного підходу; – ознайомити цільову групу з міжнародними та вітчизняними підходами щодо гендерного аналізу інформаційної та рекламної сфери; – визначити й проаналізувати причини та наслідки використання гендерних стереотипів у роботі жур-

налістів/журналісток і рекламівців/рекламісток; – розглянути теоретичні та практичні засади упровадження ґендерного підходу у діяльність фахівців і фахівчинь інформаційно-комунікаційного простору; – відпрацювати навички створення ґендерно-чутливих журналістських та рекламних матеріалів.

Програма проекту складається з наступних етапів: 1) конкурсний відбір учасниць та учасників проекту; 2) проведення навчальної тренінгової програми для цільової аудиторії з питань: ґендерний вимір соціуму, ґендерні стереотипи у журналістиці, ґендерні образи та сексизм у рекламі, мовна дискримінація у журналістських текстах, упровадження ґендерного підходу у сферу журналістики та ґендерно-чутлива журналістика. До кожної теми передбачено виконання творчих, практичних чи аналітичних домашніх завдань. Загальний обсяг навчального тренінгового курсу – 36 академічних годин; 3) створення групи у соціальних мережах для посттренінгового супроводу, подальшого обміну досвідом, спілкування, залучення нових осіб тощо; 4) підведення підсумків навчання і проекту за участі студентської молоді, викладачів, науковців, медійників-практиків та вручення сертифікатів.

По завершенні реалізації проекту **очікується**, що буде: – поглиблено рівень обізнаності цільової аудиторії щодо ґендерної теорії та ґендерного аналізу засобів масової інформації і реклами; – відпрацьовано навички виявлення дискримінаційних за ознакою статі текстів і зображень та підготовки ґендерно-чутливих журналістських та рекламних матеріалів; – підвищено рівень мотивації майбутніх журналістів/журналісток та рекламівців/рекламісток щодо використання ґендерних підходів у своїй діяльності як ознаки професійності, об'єктивності та відповідності міжнародним й вітчизняним стандартам журналістики і сфери рекламної.

Окрім представленої ініціативи, експерти та експертки громадської організації «Центр розвитку «СИНЕРГІЯ» планують поширити досвід проекту в інших вузах міста на факультетах журналістики, а також організувати літні школи та інші цікаві форми ґендерної просвіти для студентської молоді за участі і ґендерних теоретиків, і медійників-практиків, які дотримуються у своїй роботі принципів ґендерної рівності. Використання комплексного підходу у здійсненні неформальної ґендерної просвіти майбутніх фахівців та фахівчинь сфери мас-медіа сприятиме подоланню ґендерних стереотипів та формуванню ґендерно-чутливого інформаційно-комунікаційного простору.

Кравченко В.В.
ХНМУ

ТЕНДЕНЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕМЬИ «ТРЕТЬЕЙ ВОЛНЫ»

Время неумолимо стремится вперёд, а за ним и прогресс, и то самое «завтрашнее будущее» наступает всё быстрее и быстрее. Кардинальные перемены стали неотъемлемой составляющей жизни общества. И семья, как функциональная и структурная единица социума, не осталась в стороне. Она функционирует так же, как и прежде, но, под действием изменений, в ней начинают проявляться некие отличия. Неизменной осталась основная её функция – продолжение рода людского, собственно: процесс воспитания ребёнка, как человека-носителя ценностей и идей конкретной семьи или целого общества. Проглядывается определённая ответствен-

ность, возлагаемая на ребёнка. Но что на счёт него самого, его взгляд на семью изнутри, отношение к ней, положение в этой семье? Автор данных тезисов считает, что получить ответы на эти вопросы можно, рассмотрев статус ребёнка именно внутри семьи, а не внутри всего социума. Ибо семейный круг, который является защитой, опорой и примером, влияет на ребёнка сильнее, нежели всё общество целиком. Придерживаясь идеи Э. Тоффлера, давление на ребёнка со стороны родителей постепенно ослабевало, по мере изменения семьи, как социального института. В социуме, который перешёл в постиндустриальную стадию развития, произошли гендерные перемены и они изменили, в первую очередь, статус женщин. Женщины перестали быть зависимыми от мужчин, рабочие места всё реже определяются по половому признаку, сейчас женщина может сама себя содержать. Теперь роли старшего поколения в семье теряют чёткие границы. Нынче мужская сторона не всегда представлена «добытчиками» и кормильцами, а женская – домохозяйками и воспитателями. Собственно по этому принципу существует множество видов связи между супругами. Но суть в том, что в новом типе семьи имеют своё место и новые представления об ответственности и заботе о ребёнке. В своей сущности, семья постиндустриальной эпохи, как социальный институт, должна предоставлять ребёнку лишь заботу и любовь, воспитывая его, опираясь на свободу выбора самого ребёнка. К сожалению, подавляющее большинство общества, увязшее в стереотипных рамках нуклеарной семьи, ещё не готово принять такую семью, считая это чуть ли не «извращением». В связи с такой нестабильностью, подобные семьи проблематично закрепляются в обществе, становится всё больше родителей-одиночек. Возникают проблемы с воспитанием детей, оно может быть неверно направлено, либо и вовсе отсутствовать. Так же существуют проблемы извне, влияющие конкретно на ребёнка, а семья, в свою очередь, не справляется с ней. Так или иначе, возникает конфликт поколений в виде недопонимания отцов и сыновей, которое социологи начали просматривать ещё с послевоенных времён. Как упомянул писатель Алессандро Барикко: «Меня всегда до глубины души поражало, насколько слепы родители, когда дело касается мечты их ребёнка. Они ее не понимают. Причем не понимают искренне». Исходя из того, что новый тип семьи только начинает развиваться, можно сказать, что он ещё не совсем сформирован и не способен сполна выполнять поставленные перед ним задачи. Ещё присутствуют нотки прошлого, родители, хоть и сами носители либеральных идей, часто относятся к своим детям так же, как и родители в нуклеарных семьях. Они воспитывают детей так, как им нужно или удобно, а не так как этого требует свобода выбора ребёнка. Но нынешние времена требуют новых подходов. Новая семья – это отличная концепция развития дальнейших отношений между родителями и детьми, возможно, это тот самый мост, который соединит старшее и младшее поколения. Нужно вырваться из строгой системы нуклеарной семьи, которая не сполна справляется с современными детьми и их проблемами, будет гораздо легче и для родителей, и для детей, если их будут связывать не какие-то «договорённости» и рутинные обязанности, а только взаимопонимание и поддержка, основанные на любви и заботе. В этом и вся суть новой семьи – свобода. Возможно, некоторые семьи без проблем существуют и по старым схемам, всех её членов действительно всё устраивает

и им не следует ничего менять – их право, но тем, кому это уже не подходит, следует не отходить всё дальше назад, а прийти к чему-то новому, стремится вперёд, в будущее.

*Красковська Т.Ю., Зінчук А.М., Зінчук О.Г.
ХНМУ, ХБМК №1*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ РАКУ ЛЕГЕНІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ М.ХАРКОВА ТА ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

За даними Національного ракового реєстру Інституту онкології АМН України, у нашій країні щорічно захворюють на рак понад 160 тисяч осіб. Рак легенів займає одне з перших місць в цій структурі. Також необхідно відмітити і значно високий рівень смертності.

Серед пацієнтів із верифікованим діагнозом «рак легенів», які перебували на обліку у Харківському обласному клінічному онкологічному центрі встановлено що переважну більшість складає чоловіче населення. При дослідженні поширеності захворювання на рак легенів, було виявлено зростання показника захворюваності. Так, в 2001р. показник захворюваності дорівнював 44,4, в 2006 році – 46,2, а в 2011 році – 48,3 (на 100 тис. населення). Що підтверджують і республіканські дані. У 2001 році більшу частину складають пацієнти віком від 51 до 70 років ($50,94 \pm 3,1\%$) та пацієнти від 71 року та старше ($34,83 \pm 2,9\%$), решта – особи віком до 51 року. У 2011 році розподіл по вікових групах є таким: вікова категорія 51 – 70 років ($56,62 \pm 0,43\%$), 71 рік та старше – $37,12 \pm 0,42\%$. У порівнянні із 2001 роком кількість хворих у віковій категорії від 51 до 70 дещо збільшилась. У 2001 році кількість захворілих серед чоловічого населення складає $87,6 \pm 0,29\%$, у жінок – $12,4 \pm 0,29\%$, у 2011 році – $83,41 \pm 0,32\%$ і $16,59 \pm 0,32\%$ відповідно. Розподіл пацієнтів за статеву ознакою серед всіх вікових груп зберігається з переважанням чоловічої статі.

На підставі вищезазначеного можна зробити висновки відносно того, що найбільш часто рак легенів вражає осіб чоловічої статі. Показник поширеності захворювання на рак легенів серед дорослого населення постійно зростає, і ці зміни відбуваються за рахунок зростання показників поширеності у віковій групі 51–70 років ($p < 0,001$), що у свою чергу вказує на необхідність оптимізації моделі раннього виявлення раку легенів серед дорослого населення.

*Кругляк В.А.
ХНМУ*

УЧЕТ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Мы живем в суете бытия на определенной ступени спирали развития. В процессе эволюции среди живых форм жизни образовалось два пола, так как бинарное деление и партеногенез не давали прогресса для большей генетической вариабельности адаптивно-компенсаторных реакций. Доказано существование целого ряда заболеваний, наиболее характерных для мужчин или свойственных в большей степени женщинам.

Цель работы: Необходимость учета “ гендерного анамнеза ” в связи с важностью гендерных различий в патогенезе.

Задача работы: Анализ развития патологий у женщин-преподавателей и женщин-строителей и выявление закономерностей гендерных различий в развитии патологии.

Ход исследования: Сбор анамнеза у женщин-строителей, которые выполняют мужскую работу во вредных условиях с нарушением правил работы.

Результат исследования: Собраны следующие анамнестические данные: у женщин-строителей наблюдалось слезотечение, обильное потовыделение, тахипное, одышка, часто повторяющийся кашель. То есть подтверждается связь высокой смертности людей с низким уровнем жизни, небольшим количеством социальных связей, низким уровнем образования и культуры. При этом врачи редко уделяют внимание подобным гендерспецифическим особенностям пациентов.

Вывод: В связи с имеющимися различиями морбидного статуса и осложнений у больных, отличающихся возрастным и гендерспецифическими характеристиками, нужен индивидуальный подход к их обследованию и лечению. То есть врач должен учитывать вопросы религии, социального, семейного, профессионального статусов и, по-возможности, устранять их негативное влияние на развитие патологий у пациентов. Знание гендерных проблем поможет уменьшить заболеваемость и смертность пациентов, различающихся на биологическом и социальных уровнях организации жизни.

*Лазаренко К.П.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ ЖЕНЩИН

Гендер – это сложный социокультурный фактор, который различается в ролях, поведении, ментальных и эмоциональных характеристиках между мужчинами и женщинами. Следовательно, гендер означает совокупность социальных и культурных норм, предписывающие обществу выполнять людям в зависимости от их биологического пола. Не биологический пол, а социокультурные нормы определяют, в конечном счёте, психологические качества, модели поведения, виды деятельности, профессии женщин и мужчин, что означает выполнять нам те или гендерные роли.

Современные исследователи гендерного поведения указывают на неадекватные представления о том, что женщины менее уязвимы для повреждающих здоровье факторов. По данным исследования социально-экономических проблем народонаселения известно, что несмотря на то, что продолжительность предстоящей жизни у мужчин (популяционное здоровье) сегодня на 12–13 лет меньше, чем у женщин, индикаторы индивидуально здоровья во всех возрастных группах у женщин ниже – не только по самооценкам, но и по показателям распространенности хронических болезней, тяжести и множественности патологий».

Когда говорят о женском здоровье, то в основном женские проблемы связываются с репродуктивной системой. Уход за больными членами семьи тоже считается женской «прерогативой». Поэтому считается, что женские стили поведения – сохраненные, а мужские – более рискованные.

Очевидно, что гендерные роли мужчины и женщины по отношению к здоровью, различны. Содержание гендерных характеристик и реального поведения структурируется в соответствии с конкретными социально-культурными условиями.

В отношении своего здоровья можно выделить 3 группы женских стереотипов.

Первая группа, представляет в основном домохозяйек, большинство из которых не может удовлетворить свои социальные потребности. Женщины этой группы : чаще и быстрее реагируют на болезненное состояние и обращаются за советом к специалисту; преувеличивают количество и серьезность своих проблем; жертвуют карьерой ради семьи; чаще склонны пропускать работу в случае своей болезни или болезни близких.

Во вторую группу вошли женщины, пытающиеся сделать карьеру, вынуждены демонстрировать маскулинную модель поведения. Поэтому женщины этой группы: имеют меньше времени для посещения врача в силу двойной занятости; более уверены в своих способностях самолечения.

Третья группа женщин, рассматривающая свое здоровье с позиции эталонов красоты, «готова на все», ради достижения стандарта, который можно назвать «стандартом глянцевого журнала».

Таким образом, можно выделить позитивные гендерные стереотипы, характеризующиеся заботой о здоровье и здоровье близких людей; негативные – отсутствие заботы о здоровье и обращение за медицинской помощью в крайних случаях, что характерно для женщин, с большой иждивенческой нагрузкой; у женщин отсутствие времени на заботу о собственном здоровье часто связано с двойной занятостью; отказ от необходимой медицинской помощи, свойственный женщинам, имеющим детей и боящимся получить негативную оценку на работе; преувеличение количества и серьезности заболеваний, характеризующее женщин, имеющих тревожный характер; сочетанные (позитивно-негативные стереотипы), суть которых в том, что женщина обращается за медицинской помощью при необходимости, но не признает важность здоровья как самоценность.

*Лазаренко К.П.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИОЗОМ

Начало XXI века знаменуется рекомендациями ВОЗ применять в изучении здоровья народонаселения гендерный подход. Гендер определяется как «специфическая структура социальных отношений и набор практик, которые переносят репродуктивные различия между мужским и женским телами на социальные процессы».

В подростковом возрасте завершается созревание органов и систем в биологическом плане, происходит становление и социально-психоло-

гическая адаптация личности. Именно в этот период наиболее ярко проявляются гендерные различия показателей здоровья девушек и юношей, которые необходимо учитывать при планировании и проведении профилактических и коррекционных мероприятий.

Одним из значимых факторов, определяющих проблемы развития в юношеском возрасте, является физическое развитие и здоровье. Наибольшие трудности в разрешении этих проблем встречаются у лиц, имеющих сложности со здоровьем, и наиболее частыми являются заболевания костно-мышечной системы. Каждая болезнь, кроме типичных для неё клинических проявлений, несёт в себе те или иные изменения психического состояния человека. Поэтому глубоко оценить любое заболевание можно, лишь учитывая все физические и психические проявления личности. Люди с заболеваниями позвоночника отличаются высоким уровнем тревожности, депрессивным фоном настроения. В структуре личности могут преобладать черты застенчивости, скромности, робости и зависимости от авторитетов.

В результате проведенных исследований на базе КУ «Харьковский санаторный учебно-воспитательный комплекс №13» Харьковского областного совета для детей с патологией опорно-двигательного аппарата выявлено, что процент учеников женского пола среди учащихся составляет 55%.

Были проанализированы гендерные особенности психического и соматического здоровья и развития девушек и юношей 15–17 лет. Для девушек характерны преобладание экстраверсии, а для юношей – эмоциональная стабильность.

Общими чертами девушек и юношей являлись неисполнительность, неумение контролировать себя. Девушки оказались более активны, настойчивы, раздражительны и тревожны, а юноши – более уступчивы, суровы и решительны.

В старшем подростковом возрасте у девушек более развиты самостоятельность и социальная зрелость суждений, наблюдательность, внимание, тогда как у юношей – способность к анализу, пространственное воображение, четкость оперирования числовым материалом. Установлено, что в 15–17 лет юноши, по сравнению с девушками, чаще бывают неприняты сверстниками или даже изолированы.

Девочки демонстрируют более зрелые реакции в ответ на фрустрацию, мальчики в своём поведении демонстрируют черты робости и нерешительности.

Специфическими особенностями гендерной идентичности девочек-подростков со сколиотической болезнью являются искаженное эмоционально-оценочное отношение к телу, резко выраженная зависимость самоприятия от внешних оценок, так как наличие косметического дефекта существенным образом влияет на формирование идентичности подростка в целом.

Характерологический портрет девушек в 15–17 лет можно представить следующим образом: активные, настойчивые, раздражительные, тревожные, не умеющие контролировать себя, склонные к риску, неисполнительные, тогда как юноши: уступчивые, суровые, решительные, неисполнительные и не умеющие контролировать себя.

ПРЕДИКАТИВНАЯ МЕДИЦИНА – ГЕНДЕРНАЯ СТИГМА СОВРЕМЕННОСТИ И НЕ ТОЛЬКО...

Возникновение предикативной медицины связано с открытием того, что определенные болезни запрограммированы генетически, а многие – являются следствием взаимодействия генов и окружающей среды. Предикативная медицина должна решать задачи в системе «triage», а именно: 1) выяснение «исходных клеточек» наследственности и составление генетической карты человека; 2) определение дефектов генов, ответственных за возникновение болезней; 3) идентификация с ними генов отдельного человека. Но из 4000 известных сегодня наследственных болезней только у 100 выделен вызывающий их генетический дефект. Предикативная медицина – это гуманистическое выражение последней; это охрана человеческой жизни, предупреждающее лечение и препятствие для передачи болезней последующим поколениям.

Предикативная медицина содержит в себе опасность гендерной стигматизации в том случае, если будет способствовать разделению людей на наследственно сильных и наследственно слабых. Примером может быть азиатский регион, где возможности прогнозирования пола будущего ребенка ведут к увеличению количества аборт в том случае, если ребенком является девочка. Существует также опасность редукции (возвращения) человека к чисто биологическому существу, т.е. опасность редукционизма и селикционизма, что означает отрицание свободы, ответственности и достоинства человека, превращение его в средство для определенной цели.

Предикативная медицина использует свои методы исследования. Одним из них есть метод генетического анализа. Но его особенность в том, что здесь происходит анализ не всего генома, а только малой его части, часто-густо – единственного гена. Геномный анализ применяется в нескольких случаях:

во-первых, для изучения беременности, что позволяет выявить наличие или отсутствие патологических признаков у детей до их рождения, и, либо успокоить безосновательно волнующихся родителей, либо подготовить их к рождению ребенка с определенными отклонениями;

во-вторых, при приеме на работу для улучшения индивидуальной профессиональной защиты и профилактики профессиональных заболеваний, а также для отстранения от выполнения каких-либо функций в том случае, если наследственные факторы создают при этом опасность для самого наемного работника или третьих лиц;

в-третьих, в судебной практике для идентификации преступника и доказательстве отцовства.

Геномный анализ позволяет осуществить генную терапию. Цель ее – лечение генетически обусловленных болезней, устранение симптомов и снятие самой причины болезни. Сейчас подобная терапия осуществляется только при моногенных наследственных болезнях, вызванных изменением структуры одного гена, но в будущем не исключено лечение и много-

факторных недугов. Существуют соматическая генная терапия и зародышевая, когда производится вмешательство в клетки, ответственные за оплодотворение. Правда, в ближайшем будущем зародышевая терапия не будет практиковаться, ибо против нее есть аргументы прагматического и категорического порядка. Аргументы прагматического порядка связаны с высокой степенью риска, т.к. вмешательство может привести к личностным изменениям, а также к возможностям злоупотребления в этой области. Также для становления и развития зародышевой терапии необходимы эксперименты с человеческими эмбрионами, что классифицируется как преступное деяние. Категорическая аргументация против зародышевой терапии состоит в том, что она изменяет генетический базис индивида и тем самым личностную целостность. Поэтому, как видим, отношение к предикативной медицине должно быть очень осторожным. Генная технология может сохранить человеческую жизнь, но одновременно обострить проблемы философско-этического, культурного, теологического характера, ибо существенно меняет устоявшееся соотношение биологического и социального в человеке.

*Літовченко О.Л.
ХНМУ*

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ ТА ПОЗИТИВНОЇ НИЗЬКОЇ ТЕМПЕРАТУРИ НА РЕПРОДУКТИВНУ СИСТЕМУ ТВАРИН

За сучасних умов людство перебуває під дією безлічі чинників, які можуть негативно впливати на органи та системи людського організму. Репродуктивна система дуже вразлива щодо впливу несприятливих чинників навколишнього середовища. За останні роки в Україні збільшилась кількість захворювань репродуктивної системи. Така ситуація вимагає особливої уваги з боку медицини.

Ураховуючи різноманітність факторів та їх комбінацій між собою, для експериментального дослідження нами було вибрано електромагнітне випромінювання, яке зустрічається зараз повсюди, і дія його різнобічна, та яке може підсилюватися одним з метеоелементів таким, як температура. Так, дослідження проводилось в умовах лабораторного підгострого експерименту на статевозрілих білих щурах-самцях. У першому експерименті тварини піддавалися ізольованій дії електромагнітного випромінювання (частота 70 кГц, напруга 600 В/м); у другому – тварин піддавали впливу сполученої дії ЕМВ і зниженої температури $4 \pm 2^{\circ}\text{C}$. Експонували по 5 разів на тиждень протягом 1 місяця. Для виявлення морфологічних змін по закінченню експериментів тварин забивали, після чого з них видаляли внутрішні органи.

Експерименти були виконані в повній відповідності з Європейською конвенцією та Законом України “Про захист тварин від жорстокого поводження”.

За результатами дослідження в обох експериментальних групах у сім’яниках були встановлені виразні зміни гістологічної будови, що свідчили про зниження сперматогенної функції. Поряд зі збереженими каналцями виявлялися зменшені в розмірах через збідніння каналців сперматогенними клітинами, у яких не визначалися сперматиди й сперматозоїди, іноді

відсутні й сперматоцити. Серед збережених клітин спостерігалися клітини з ущільненими ядрами, гомогенною базофільною цитоплазмою (розцінюється як необоротна дистрофія). Суспендоцити й гландулоцити не зазнавали видимих змін. У частині сім'яневих каналців сперматогенез збережений.

Ці результати показують, що як при ізольованому, так і при сполученому впливові, дія електромагнітного випромінювання та позитивної низької температури призводить до негативних наслідків з боку репродуктивної системи, а саме порушення структури у вигляді витончення герміногенного епітелію, грубих дистрофічних і некробіотичних змін, зниженням сперматогенезу.

Логвінов Д.І.
ХНМУ

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ У СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ

Громадські і психологічні проблеми, пов'язані з роллю в суспільстві осіб чоловічої і жіночої статі, відмінності в моделях поведінки чоловіків і жінок можуть стати причинами внутрішньоособових, міжособових і міжгрупових конфліктів. До гендерних проблем відносяться: гендерна нерівність (характеристика соціального пристрою, згідно якої різні соціальні групи мають стійкі відмінності і витікаючі з них нерівні можливості в суспільстві), гендерна дискримінація, гендерні стереотипи – узагальнені уявлення, що сформувалися в культурі, про те, як повинні поводитися чоловіки і жінки, гендерний – рольовий стрес (стан нервової напруги, що виникає, коли індивідові важко підтримувати стандарт традиційної гендерної ролі або він вимушений проявляти поведінку, характерну для протилежної гендерної ролі).

Гендерні індикатори, (гендерно-чутливі індикатори) – це показники або вимірники, що використовують кількісні і якісні показники для підсумовування гендерних значимих змін, що відбуваються в суспільстві впродовж певного періоду часу. Гендерні індикатори містять прямі свідчення положення жінок відносно певного нормативного стандарту. Вони – необхідна і корисна складова, у поєднанні з іншою оцінною технікою, для виміру результатів діяльності держави як в загальних проектах, так і в спеціальних ініціативах, здійснюваних в країні, які націлені на облік інтересів обох соціально-статевих груп населення. Індикатори є базовим інструментарієм в процесі моніторингу і оцінки дій з розвитку.

Нормативний характер індикаторів обумовлює необхідність приділяти увагу визначенню стандарту або критерію, закладених у будь-якому індикаторі. Наприклад, що є нормою при аналізі статусу жінок : положення чоловіків в тій же країні – або положення жінок в інших країнах?

Індикатори як інструменти виміру соціальних переміщень знаходяться в центрі уваги політичних сил, тому усі індикатори мають свою власну політичну спадщину і пристрасть. Це важливо усвідомлювати, оскільки певні типи індикаторів, особливо кількісні, розглядаються як «об'єктивні» і тому набувають легітимності.

Головна стратегія, що базується на гендерно-чутливих індикаторах, полягає в комбінованому застосуванні кількісних і якісних методів для виміру

змін в гендерному статусі суспільства, що відбуваються в часі. Доповідь ООН «Про розвиток людини» (1995) містить заяви про необхідність привертання уваги керівників високого рангу до гендерно-чутливих індикаторів як першого кроку на шляху зміни політики, ґрунтованої на упередженнях у відношенні до жінок.

На даний момент населення держави неухильно скорочується, за даними статистики щороку приблизно на 400 тисяч чоловік. Найбільше число жителів в Україні було на кінець 1992 роки – близько 52,2 млн. чол. . Так, в статистичному експрес-випуску наводиться показник на 1 січня 2007 року – 46,466 млн. чол., постійні що мешкають в країні, а вже на сьогодні населення складає 42,929 млн. чол. Далі ситуація в цьому плані погіршується. 16-річних українців сьогодні 643,3 тисяч, 15-річних – 611,6 тисяч, 14-річних – 570,1 тисяч, і так далі. Дітей у віці 5 років – тільки 370,3 тисяч чоловік.

Таке стрімке скорочення, безумовно, може і повинне служити докором владі. Адже всім зрозуміло, що однією з головних причин цього сумного процесу є бідність.

У законодавчому полі, захист прав трудового процесу жінок і чоловіків різний. Так, жінки краще захищені в плані використання їх праці на виробництвах з шкідливими чинниками, нормуванням робочого часу і так далі, ніж чоловіки, але це не викликає та і не може викликати питань про гендерну дискримінацію. Ми думаємо, що в нашій країні питання гендерної політики піднімається більше як етичне. Соціальна політика держави має бути спрямована на поліпшення умов праці працюючого населення і найосновніше підвищення оплати праці.

*Макаренко Н.
ХНМУ*

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ В СОВРЕМЕННОСТИ

Одними из наиболее актуальных сегодня являются проблемы гендерной несправедливости в профессиональной сфере, искусстве, спорте, науке.

В 1980 году американская ученая Эмили Мартин, проанализировав процесс оплодотворения, представленный в популярных и научных изданиях, с удивлением выявила в описаниях, как «феминно» ведет себя яйцеклетка, и как «маскулинно» сперматозоид. Яйцеклетка большая и пассивная, сама она не двигается, ее «транспортируют», «выталкивают», «переносят» по фаллопиевым трубам, как будто она спящая красавица – ждет своего принца (сперматозоида), который мчит с целью пробудить ее ото сна. Сперматозоиды – «настоящие мужчины»: активные, целеустремленные, они всеми силами хотят добраться до своей спящей красавицы, а самому сильно-му достается главный приз – принцесса (яйцеклетка).

С точки зрения современной науки эмбриологии все происходит далеко не так. Кто бы мог подумать, что описание размножения на молекулярном уровне уже создает в нашем сознании стереотип о гендерном поведении женщины и мужчины. Таким образом, это наводит на мысль, что гендерные стереотипы созданы искусственно.

Следует обратиться к одной из точек зрения, представленной моральными консерваторами, которые утверждают, что маскулинность сформировалась в процессе общественного развития как специальный кодекс поведения, призванный регулировать от природы присущие мужчинам антисоциальные наклонности. Другими словами, именно цивилизация заставляет мужчин играть роль отцов, защитников и кормильцев. Самой известной из книг этого направления является труд Дж. Гильдера «Половое самоубийство». Гильдер придерживался весьма пессимистических взглядов по поводу «мужской природы»: он называет мужчин варварами, стремящимися к немедленному удовлетворению своих желаний.

Интересным представляется тот факт, что в научной литературе такие понятия, как «женская» и «мужская» природа, «естественное поведение» отождествляются с «естественными» и «природными» человеческими факторами, которые автоматически принимаются либо просто традиционными образцами поведения, либо имеющими аналогии в животном мире.

Тезис Симоны де Бовуар «Женщиной не рождаются: ею становятся» стал девизом и методологической аксиомой для последователей феминистической критики культуры, высказанными ею в работе «Второй пол» в 1949 году. В соответствии с этой работой, общество превращает природные отличия между полами в социальное неравенство, формируя гендерные иерархии.

В дифференциальной психологии маскулинность и фемининность – это специфические научные конструкты, связанные с конкретными психодиагностическими тестами. Некоторые черты, приписываемые маскулинности и фемининности, являются транскультурными (например, отождествление маскулинности с силой, агрессивностью, а фемининности с мягкостью и нежностью). Как системное целое, образы маскулинности и фемининности являются историческими и этноспецифическими. При изучении этих образов необходимо учитывать принципиальную асимметрию половых ролей и то, чью точку зрения (мужскую или женскую) выражает данный конкретный стереотип. Обыденное сознание склонно абсолютизировать психофизиологические и социальные различия полов, отождествляя маскулинность с активно-творческим, культурным, а фемининность – с пассивно-репродуктивным, природным началом. Современная наука доказала условность такой категоризации, демонстрируя многообразие свойств маскулинности и фемининности, их зависимость от системы половых ролей и культурных норм, а также наличие множества индивидуальных вариаций, не совпадающих с нормативной моделью.

*Малец О.С., Гайнутдинова А.А.
ХНМУ*

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Как известно, факторы окружающей среды в определенной мере влияют на состояние здоровья человека. Учеными были проведены исследования, объектом которых были беременные женщины на разных сроках гестации и женщины репродуктивного возраста. В ходе исследования были

выделены следующие группы факторов риска: социально-психологические, генетические, профессиональные, экологические.

В данной работе мы хотели бы уделить внимание в большей степени экологическому фактору, ведь женщина, которая ведет здоровый образ жизни, в любом случае подвержена его действию, не осознавая того.

У женщин, которые проживали вблизи районов, где воздух был весьма загрязнен, рождались дети, страдающие пороками сердца. В состав такого воздуха входили озон и угарный газ (эти вещества выделяется двигателями внутреннего сгорания сплошь и рядом).

Большую роль играет не только состояние воздушного пространства, но и вода, которую женщина пьет. Так фенол, формальдегид и другие вредные вещества, нельзя считать функциональными и полезными, а они, к сожалению, содержатся в употребляемой нами воде.

Также важным фактором нарушения репродуктивной системы, могут служить домашние источники загрязнения, такие как: химические вещества, попавшие в помещение извне; бактерии, вирусы, споры грибков и плесени; пыль (является одним из основных источников инфекций); табачный дым; электробытовые приборы, в первую очередь экраны телевизоров и компьютеров.

Важное место занимает радиация. Очевидно, что каждый человек подвергается какому-то количеству фоновой радиации, источниками которой являются: космическая радиация; радиоактивные вещества в почве (уран, радон); радионуклиды в продуктах; рентгеновское оборудование.

Также негативно сказывается на организме беременной попадание свинца (который широко применяется в промышленности уже в течение многих столетий). В наше время он входит в состав бензина, красок и других продуктов, используемых в доме и на работе. Высокая его концентрация может привести к развитию патологического течения беременности, недоразвитости плода, преждевременным родам, недостаточной массе тела новорожденного.

*Mamedova Kamila
KNMU*

GENDER-BASED FEATURES

Every person has a lot of different psychological traits. Some features are proved to be universal, while others are, as a rule, associated with typical male or female psychology. Some common male or female traits have their own evolutionary genetic and physiological bases.

Gender-based features of stress are explained through the necessity to analyze the problem of stress itself.

The stress causing negative emotions is called distress, while positive emotions are created by eustress. Influencing factors can vary in a wide range, but regardless of their features, they lead to one-type changes in a human body that ensures adaptation. There are distinguished two types of stressors: physiological and psychological ones.

Nowadays stress is mainly defined as a special functional state of human body which appears to be a reaction of organism to extreme impacts carrying a threat to physical well-being, existence of a person or his mental status

Thus, studying causes and levels of stress among different categories of people, OS Kopina, EA Suslova, EV Zaikin determined that the groups with the highest level of mental and emotional tension include: women, people over 40, those with primary and higher education, divorced, retired, unemployed, people with low self-esteem of health.

Psychological stress can manifest through changes in different functional systems of the body, and the intensity of disorders can range from slight changes in emotional state to serious diseases. There are several ways to classify stress reactions, but for psychologists the most promising way is classification into behavioral, intellectual, emotional and physiological manifestations of stress.

Objective causes of psychological stress:

1. living and working conditions (permanent components of existence):
2. interaction with other people:
3. political and economic factors:
4. emergencies

In social psychology, the term «gender» is used to describe a psychological reality, which is related only to the first embodiment of the semantic content of the concept. It should be noted, that initially the term «gender», and then the gender approach itself, owe their appearance to the so-called «female» research.

Methodological difficulties do not diminish the relevance of studying the psychology of sex differences in the characteristics of the effects of stress, but they emphasize that such a study must necessarily be interdisciplinary, considering the dynamics of social gender roles and ethno-cultural characteristics of the subjects.

The presence of significant psychological differences between men and women does not raise doubts. However, empirical evidence on this point, despite a huge number of studies is insufficient and often contradictory.

Thus, the hypothesis of the study that men are less prone to stress than women of the same age has not been confirmed.

Мозгова Т.П., Лещина І.В., Федорченко С.В.
ХНМУ, ХМАПО

ПАТЕРН КОМУНІКАТИВНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

Вступ. Розвиток системи вищої медичної освіти щільно пов'язаний зі змінами, що відбуваються в суспільстві. Інтеграція України у загальноєвропейський освітній простір і організація процесу адаптації сучасної української освіти до європейських стандартів передбачає підвищення якості підготовки медичних працівників, діяльність яких націлена на удосконалення ефективності медико-санітарної допомоги та поліпшення стану здоров'я населення. Прогрес у медичній галузі впливає на професійну підготовку через систему вищої медичної освіти, змінює вимоги до рівня знань, умінь і навичок, їх творчого розвитку, світогляду, до надійності підготовки фахівців. Тому відносини «лікар-пацієнт» вимагають не тільки медичних знань, а й високого рівня комунікативної культури лікаря, яка формується в процесі підготовки студента-медика і є сутнісною характеристикою особистості спеціаліста, як один з показників рівня його фахової підготовки [1,2,3].

Мета дослідження: аналіз властивостей комунікативної культури майбутніх лікарів.

Матеріал та методи дослідження: дизайн дослідження полягав у живому спілкуванні зі студентами в процесі навчання. Була проведена педагогічна діагностика 90 студентів – майбутніх лікарів, при цьому звертали увагу на комунікативні здібності, ціннісні орієнтації та емоційно-вольові прояви студентів. З метою виявлення комплексу необхідних сформованих компонентів комунікативної культури були використані такі методи: опитування студентів, індивідуальні бесіди, спостереження за комунікативною діяльністю у навчальному процесі. Використовували проведення рольових ігор, створення ситуацій для засвоєння правил та принципів етикету під час спілкування, знайомили студентів з принципами безконфліктного міжособистісного спілкування.

Результати дослідження: Проведений аналіз був об'єднаний загальним підходом вивчення відносин особистості майбутнього лікаря в межах професійної діяльності. В процесі дослідження було з'ясовано, що, в основному, комунікативну культуру майбутніх фахівців – лікарів характеризують такі властивості, як: наполегливість у досягненні мети, здатність ясно мислити в умовах будь-якої ситуації, бути уважним, спостережливим; мати творче натхнення, націленість на самоосвіту, особисту проникливість. Крім цього, студенти демонстрували рефлексивні та емпатійні здібності, вміння переконувати, здатність до взаєморозуміння в різних умовах спілкування. Однак, на жаль, як свідчило проведене дослідження, окремі студенти не завжди спроможні будувати власну взаємодію з іншими учасниками спілкування як в медичному середовищі, так й зі співробітниками навчально-виховного процесу.

Таким чином, формування комунікативної культури майбутніх лікарів є суттєвим завданням фахівців вищої медичної освіти, оскільки комунікативна культура являється невід'ємною складовою професійної підготовки лікаря, який на новому якісному рівні здатен формувати культуру здоров'я, вміти вести діалог та взаємодіяти з оточуючими, а також сприяти успішному розв'язанню суперечностей, що виникають у медичній практиці.

Література:

1. Агаркова А. О. Формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах: Автореф. дис... канд. пед. наук. – К., 2011. – 30 с.
2. Кузнецова І. В. Педагогічні умови формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів: Автореф. дис... канд. пед. наук. – Х., 2005. – 30 с.
3. Уваркіна О.В. Формування комунікативної культури студентів вищих медичних закладів освіти в процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін: Автореф. дис... канд. пед. наук. – К., 2003. – 30 с.

*Ольхова А.О., Фарзуллаев Н.Н.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: ПОЛЬЗА ИЛИ ПОРОК?

Роль моральных стереотипов в переходе от простого знания нравственных норм до их интернализации очень велика. Усвоение моральных норм, принципов, идеалов и т.д. происходит в процессе моральной социализации, на фоне изучения этикетных правил, традиций, обычаев.

Таким образом, гендерные стереотипы выполняют ряд функций, связанных с необходимостью объяснения тех или иных различий между полами, репрезентаций этих различий, а также оправдания их существования.

Защитная или оправдательная функция связана с попыткой «оправдания и защиты фактического неравенства между полами». С ее помощью может быть оправдано неравное положение мужчин и женщин в семье и обществе. Так, например, по мнению Э. Аронсона, достаточно удобным является восприятие женщин, как «биологически более предрасположенных к работе по дому, если общество, в котором доминирующая роль принадлежит мужчинам, желает и дальше держать женщин привязанными к пылесосу» [1].

Дифференцирующая функция является общей функцией всех социальных стереотипов. С ее помощью минимизируются различия между членами одной группы и максимально возрастают различия между членами разных групп. Дифференциация мужчин и женщин зачастую приводит к поляризации черт, приписываемых им (например, сила мужчин – слабость женщин).

В обыденном сознании мужчины представляются «сильным» полом, а женщины – «слабым». Основано такое деление, прежде всего, на антропометрических и психомоторных различиях между полами. Однако с биологических позиций мужчины медленнее развиваются в раннем онтогенезе, у них хуже развита иммунная система, обеспечивающая жизнестойкость организма, наконец, женщины живут значительно дольше, чем мужчины.

Среднестатистические мужчина и женщина действительно несколько отличаются друг от друга по таким параметрам как общительность, эмпатия, социальное влияние, агрессивность и сексуальная инициатива, но не по интеллекту. Здесь хотелось бы обратиться к теории атрибуции. В исследовании Кэй До и Джанет Тэймор испытуемые прослушивали запись собеседования со студентами обоего пола на получение престижной стипендии. При этом успешно отвечавшего мужчину испытуемые оценили как более компетентного, чем женщину, отвечавшую так же успешно. Однако мужчину, который давал слабые ответы, та же группа оценила более низко в сравнении с такой же слабой по ответам претенденткой [2]. Исследования, проведенные рядом ученых в 1980-1990-х гг., подтвердили уже установленный факт, что образ мужчины чаще всего связывается с инструментальными чертами, а женщинам приписывается наличие экспрессивных черт [3].

Таким образом, проведенные исследования показали влияние гендерных стереотипов на оценку способностей людей. Причем их негативное воздействие затрагивает оценку как женских, так и мужских способностей. Среди одинаково успешных представителей обоего пола компетентность признается у мужчин, а успех женщины связывается с высоким уровнем мотивации. При этом если неудачу терпит женщина, к ней относятся более снисходительно, чем к мужчине, не достигшему успеха. Жесткость гендерных стереотипов предъявляет к мужчинам требование быть успешным, тогда как для женщины деловой успех вовсе не обязателен.

Литература

1. Аронсон Э. Общественное животное. Введение в социальную психологию. 1998.
2. Берн Ш. Гендерная психология. 2001.
3. Клёцина И. С. Гендерная социализация. 1998.

*Ольховський В.О., Каплуновський П.А., Сокол М.С.
ХНМУ*

ПРАВОВА РЕГЛАМЕНТАЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ

Одна з причин негативізму в медицині – незнання чи погане знання більшістю медичних працівників чинного медичного та юридичного законодавства, що регулюють правовідносини в сфері охорони здоров'я. Високі моральні вимоги до лікарів визначаються сутністю лікарської професії, її принциповими особливостями, які різко відрізняють медичну професію від інших. Головна особливість лікарської професії, що обумовлює її специфіку, полягає в тому, що об'єктом діяльності лікаря є людина, її життя і здоров'я. Це вимагає від лікаря величезної відповідальності, оскільки життя та здоров'я – найдорожче, що є у людини. Друга особливість лікарської професії обумовлюється надзвичайною складністю і різноманітністю людського життя та варіабельністю перебігу хворобливих процесів у людини, індивідуалізацією їхніх проявів, а також надзвичайно бурхливо наростаючим потоком наукової медичної інформації, появою усе нових і нових діагностичних прийомів, у тому числі технічних, лікарських засобів тощо. Головним при цьому є науковий клінічний підхід до вивчення хворого і його хвороби, постійне самовдосконалення, розвиток клінічного мислення лікаря. Третьою особливістю професії лікаря слід вважати повсякденне здійснення ним значних за своїм суспільним значенням дій, які відповідають інтересам громадськості і які вимагають від людини особистої мужності, стійкості, готовності до самопожертви, тобто, одним словом – її героїзм. Щоденна, здавалося б, звичайна і буденна діяльність лікаря – це постійна боротьба, яка зберігає тисячі і тисячі людських життів. Цей постійний героїзм властивий представникам різних медичних спеціальностей, але перш за все, хірургічних.

Регламентация (від фр. *reglement* – упорядкування, розпорядження, припис) являє собою спосіб організації правового регулювання суспільних відносин шляхом надання їх учасникам суб'єктивних юридичних прав і обов'язків. Особливість правової регламентація полягає в тому, що вона виходить від держави, охороняється нею і охоплює лише певну сферу суспільних відносин (у даному випадку – медичну діяльність та охорону здоров'я). У сферу охорони здоров'я входить комплекс суспільних відносин – медичних, фінансових, управлінських, організаційних, які регулюються різними галузями законодавства, зокрема – конституційним, адміністративним, трудовим, цивільним, господарським, кримінальним. Проте ядром охорони здоров'я є медичні відносини, які виникають між пацієнтом і медичним працівником найчастіше з приводу надання медичної допомоги. Ці відносини регулюються певними законодавчими актами, є достатньо складними, у зв'язку з чим виникла окрема галузь юридичної науки – медичне право. Основними складовими частинами медичного права є: правовий ста-

сут пацієнта; етико-правовий статус медичного працівника, зокрема – лікаря; медична допомога; трансплантація органів та тканин людині; донорство крові та її компонентів; профілактика та лікування інфекційних хвороб; спеціальні заходи профілактики і лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД; спеціальні заходи профілактики і лікування наркоманії; медичне забезпечення репродуктивної функції людини; корекція (зміна) статі; психіатрична допомога; забезпечення населення лікарськими препаратами та засобами медичного призначення; біомедичні дослідження з участю людини; судово-медична експертиза. Медичні відносини регулюються, перш за все, головним законом держави – Конституцією України, яка у ст. 49 закріпила право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Законодавство України про охорону здоров'я та різні сфери медичної діяльності також складається із окремих законів, постанов Кабінету Міністрів України, нормативних наказів Міністерства охорони здоров'я, відомчих інструкцій, які не суперечать Конституції. Головним на сьогодні офіційним законодавчим документом, що охоплює усі сторони охорони здоров'я в Україні та встановлює загальний порядок у справі регулювання професійної діяльності медичних працівників є закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я», затверджений Верховною Радою 19 листопада 1992 р.

*Павличук Е.А.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ ВЫБОРА ВРАЧА-ГИНЕКОЛОГА И ПРОФЕССИИ УРОЛОГА-АНДРОЛОГА

Последние несколько лет знаменуются практически полным разрушением гендерных барьеров в различных сферах деятельности. Однако бытующие в сознании граждан суждения о неотъемлемом позиционном делении профессионально-квалификационной структуры трудовых ресурсов – вовсе не предубеждения. К примеру, вряд ли должность с требованием не дюжей физической силы и выносливости станет привлекательной для дам – разве что для воинственных феминисток, да и то в угоду моде.

Если речь идёт об освоении медицинских наук, в частности, ремесла, именуемого акушерством и гинекологией, необходимо подчеркнуть важность индивидуально-психологических особенностей личности (специфики психических явлений и ЦНС), оказывающих существенное влияние на выбор специальности, среди которых можно выделить: стенические и астенические эмоции, чувства, интересы и склонности, уровень самооценки, способности, задатки, свойства темперамента, конституционные, акцентуальные и социальные типологии характеров. Отметим, частные медицинские клиники и государственные учреждения здравоохранения числом женщин – андрологов не изобилуют. Зато среди основоположников и знаменитых гинекологов «искусства повивания или науки о бабичьем деле» (так назвал своё руководство по акушерству и педиатрии проф. Н.М. Максимович-Амбодик), напротив, можно увидеть только мужчин.

Неоднозначная реакция лиц женского пола на некоторые аспекты профессиональной деятельности мужчин-гинекологов и интимно-специфи-

ческих особенностей специальности, а также соответствующие гендерные предпочтения в акушерстве и гинекологии абсолютно естественны. Так, в нескольких европейских и азиатских странах, половая принадлежность врача имеет решающее значение в женском выборе. Заметное неравенство мыслительных процессов, активности и строения головного мозга с различной функциональностью его участков, – в т.ч. гипоталамуса (отвечающего за мужское сексуальное влечение), в ядрах которого вырабатывается гонадолиберин, у женщин – циклический центр секреции, – в плане восприятия и обработки поступающей информации, являются условиями диаметральной гендерных интересов, ориентаций и предпочтений. Если говорить о специфике физиологии полов, стоит отметить тот факт, что женщина способна контролировать свое либидо, в то время как у мужчин это происходит гораздо сложнее, поскольку реакции на сексуальные стимулы и последующее возбуждение у противоположных полов разнятся. В общем, первопричина непохожести мужчины, как выразителя изменчивости, и женщины, как носителя стабильности, – неравное биологическое их предназначение: в естественной среде обитания численность потомства обеспечивают самки, а изменчивость и качество потомства – самцы. Поэтому, как уже говорилось ранее, мужская позиция в выборе анализируемого медицинского направления обусловлена генетически фиксированным свойством человеческой расы.

Литература

1. Бендас Т.В. Гендерная психология: Учебное пособие. – СПб.: Питер, 2006.
2. Дусказиева Ж.Г. Гендерная психология: учебное пособие.- Красноярск, 2010. – 108 с.
3. http://www.psychologos.ru/articles/view/gender_dvoe_zn_chem_opredelyaetsya_nash_socialnyy_pol_vop_zn_

Л.А. Палей

Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупіка, Київ

ЭТИЧНІ АСПЕКТИ СУЧАСНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ПРАКТИК

Розвиток сучасних біомедичних технологій та поширення біомедичних практик породжує цілий пласт ризиків на біологічному, психологічному, соціальному та моральному рівнях, які потребують філософського осягнення. Насамперед це стосується допоміжних репродуктивних технологій, оскільки мова йде про втручання в процес зародження людського життя.

Допоміжні репродуктивні технології спричинили переворот в розумінні материнства як уніфікованого і цілісного явища. Нині спостерігається його фрагментація на біологічну (донор яйцеклітини), гестаційну (мати, яка виношує плід, не маючи з ним генетичної спорідненості), та соціальну (мати, яка виховує дитину) складові. Присутність «третьої» сторони у відносинах сім'ї завжди вимагала осмислення з морально-етичних позицій, тим більше це питання набуває нового значення в таких інтимних питаннях, як дітонародження. Сучасна споживацька культура, яка має у своїй основі прагматизм, багато речей починає розглядати тільки з позиції прагматизму: вигідно – значить, має право бути. Наприклад, сурогатне материнство як допоміжна репродуктивна технологія перетворюється на прибутковий бізне-

сом, про що свідчать численні пропозиції різних агентств з підбору сурогатних матерів [3], розміщені в Інтернеті. На численних сайтах надається інформація про жінок, що вступали в програму по 2-3 або навіть 4 рази. Це свідчить про те, що для багатьох сурогатне материнство стає професією.

Побічно допоміжні репродуктивні технології впливають на зміну основ соціального інституту сім'ї та шлюбу: традиційна моногамна сім'я з різностатевими подружжям поступово втрачає свої позиції як зразок поведінки по відношенню до сімей з одним із батьків (неповна сім'я) і гомосексуальним співжиттям як чоловічої, так і жіночої статей. І та, і інша форма шлюбно-сімейних відносин отримують можливість мати генетично рідну дитину за допомогою донорства біоматеріалу та сурогатного материнства.

Донорський біоматеріал дозволяє вибрати певний генетичний тип майбутньої дитини, а запліднення, здійснюване в прямому сенсі слова руками людини, дає можливість регулювати і стать майбутньої дитини, створюючи основу для дискримінації.

Доступність зачаття «в пробірці» та інших допоміжних репродуктивних технологій сприяє розширенню масштабів асексуального розмноження, що видозмінює ситуацію з гендерною взаємодією та гендерної ідентифікацією зокрема.

Ситуації, коли сурогатною матір'ю стає генетична бабуся дитини, сьогодні цілком можливі. Подібні випадки вже зафіксовані і з розряду винятків цілком можуть набути форми звичної практики, ускладнюючи самоідентифікацію народженої дитини, оскільки вона стає і сином/донькою, і онуком/онукою, а жінка, яка народила її – матір'ю, і бабусяю водночас [1].

Технологія кріоконсервації ембріонів породжують ще одну дуже складну для вирішення проблему ембріонів, які імплантуються після смерті батька-донора. Подібні випадки спричиняють труднощі не тільки юридичного, а й психолого-психічного плану: для дитини стає проблематичним співвідношення себе з померлим батьком як зразком для ідентифікації.

Безумовно, не можна забороняти людям реалізовувати свої репродуктивні права, але стійка тенденція до збільшення кількості вищезначених явищ вимагає глибокого й критичного осмислення на морально-етичному рівні.

Література

1. . Биотехнологические предпосылки сексуальной революции XXI века// «ИНТЕЛРОС — Интеллектуальная Россия», 22 января 2010. [Електронний ресурс] — Режим доступу. — (сайт) URL: http://www.intelros.ru/intelros/reiting/reiting_09/material_sofiy/5082-biotexnologicheskie-predposylki-seksualnoj-revolucii-xxi-veka.html.

2. Свитчайлд — суррогатное материнство, суррогатные матери. [Електронний ресурс] — Режим доступу. — (сайт) URL: <http://www.sweetchild.ru/>

3. Сречча Э., Тамбоне В. Биоэтика. М., 2002. С. 247.

ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ У ПИТАННЯХ СТВОРЕННЯ СІМ'Ї

Майбутнє країни залежить від здоров'я нації, яке в сучасний час погіршилося. Це обумовлено соціально-економічною ситуацією в Україні і потребує уважного ставлення до кожної людини. Основне значення в цьому може мати сім'я, як основа суспільства та генофонду нації.

У кожній родині повинні з пошаною відноситися до традицій країни, шанувати те, що здобуто предками, мати мотивацію до батьківства, турбуватися про своє здоров'я. Головною подією в сучасній родині стає народження дитини. Відповідальність за це несуть однаково як чоловік, так і жінка. Це передбачає підготовку подружжя до батьківства як рішучого та дуже відповідального кроку в житті. Зрозуміння цього передбачає зміну окремих частин життя: психологічну підготовку у вигляді спілкування з подружніми парами, які вже пізнали щастя батьківства; знайомство із відповідною літературою; проходження обстеження, необхідного для народження здорової дитини. Якщо з'явиться необхідність у лікуванні, його повинні зробити як чоловік, так і жінка заздалегідь. Крім того, обом майбутнім батькам треба замислитися й відмовитися від шкідливих звичок: паління та вживання алкоголю.

Реалізація подружжя у батьківстві-основне завдання кожної української родини з відповідальністю обох членів родини. Таким чином буде виконана основна мета – збереження нації. Свідоме батьківство повинно стати ознакою сучасної України.

Полухтович Т.Г.

Луцький національний технічний університет

ЖІНОЧІ ТА ЧОЛОВІЧІ ГЕНДЕРНІ РОЛІ

Чи можна чітко розмежувати в сучасному суспільстві жіночі та чоловічі ролі? Так, скажемо ми. В кожному суспільстві якимось чином визначені ролі чоловіків і жінок, проте це не означає наявність протилежностей між особами різних статей і відносин верховенства. Чи можлива рівність статей взагалі? На сьогодні залишається багато чинників, які впливають на гендерний розподіл ролей. Насамперед, загальноприйняті стереотипи; вплив суспільства, соціального середовища через диференціацію жінок як окремої соціальної групи; гендерні аспекти зайнятості й безробіття; гендерна асиметрія політичної участі; участь у вихованні і догляд за дітьми в сучасній сім'ї. Проаналізувати позитивну тенденцію до змінювання гендерних відносин у ХХІ ст. важко, але все ж динаміка окреслюється, наприклад, домінування жінок в професійній та політичній сферах, на вищих сходинках урядів європейських країн; фінансова незалежність жіночої статі; поширення доступу обох статей до виконання домашньої роботи; протидія сексуальному насильству.

Проаналізуємо моделі чоловічої та жіночої поведінки, відносин і гендерних стереотипів у сім'ї як важливого агента гендерної соціалізації. Сучасні гендерні стереотипи українських молодих сімей в розподілі обов'язків являють собою певний конгломерат традиційних та егалітарних поглядів. Вони зазнають змін, результатом яких має бути створення умов для партнерсь-

кої взаємодії чоловіка та жінки, гармонійного поєднання фемінності одних та маскулітності інших. Однак, реальний розподіл залишається нерівномірним і свідчить про низку участь чоловіків як у веденні домашнього господарства, так і у виконанні обов'язків з виховання та догляду за дітьми.

Структура сімейних ролей диктує членам сім'ї, що, коли і в якій послідовності вони мають робити, вступаючи у взаємовідносини. Повторювані взаємодії зумовлюють стандарти взаємодій, які, у свою чергу, визначають, з ким і як взаємодіяти. Стандарти взаємодій (норми) регламентують поведінку, тобто, коли заохочувати або карати дитину. Це передбачає роль матері у вихованні дітей.

У подружніх ролях виділяють традиційні, товариські та партнерські, від узгодження яких залежать особливості стосунків подружжя. Традиційні ролі передбачають з боку дружини народження і виховання дітей, створення домашнього затишку і ведення хатнього господарства, від чоловіка – прийняття основних рішень, підтримка сімейної влади і контроль, економічна безпека і захист сім'ї, емоційна вдячність дружині. Товариські ролі забезпечують моральну підтримку і сексуальне задоволення, жваве і цікаве спілкування один з одним та оточуючими. Ролі партнерів вимагають і від дружини, і від чоловіка економічного внеску в сім'ю згідно з розміром заробітку, спільної відповідальності за дітей, участі у веденні домашнього господарства й розподілу правової відповідальності.

Розглянемо найтипівіші сімейні ролі для подружжя. Відповідальність за матеріальне забезпечення сім'ї – така роль визначає комплекс обов'язків, пов'язаних із забезпеченням сім'ї, необхідним рівнем добробуту. Організатор сімейної субкультури – ця роль орієнтує на формування у членів сім'ї культурних цінностей, інтересів і захоплень. Вихователь – така роль передбачає розвиток особистості дитини.

Соціально-економічні трансформації, що відбуваються в українському суспільстві, супроводжуються докорінними змінами в людській свідомості, знищенням консервативних стереотипів. Та сімейний устрій, який існував за радянських часів, все ще домінує в українській сім'ї: мати відповідає за народження дітей, за побут, фінансово підтримує сім'ю своєю заробітною платнею, а батько є «годувальником». При опитуванні молодих подружніх пар з'ясувалося, що на прибирання квартири, приготування їжі, миття посуду та прання жінки витрачають вдвічі більше часу на тиждень, ніж чоловіки. Догляд за дитиною також «лежить» на жінках. Така гендерна нерівність має зменшуватися, особливо у випадку, коли жінка працює. Насправді ж цього не відбувається, і позитивне ставлення значної частини чоловіків та жінок у молодих сім'ях до традиційних поглядів на сімені ролі ще раз це підтверджує. Безперечно, сім'я – дуже важлива сфера реалізації жіночої особистості, але відповідальність за сім'ю повинна покладатися на обох, як на жінок, так і на чоловіків. Такий паритет має формуватися у молодих сім'ях. Зокрема, зараз спостерігається трансформація соціальних та культурних моделей поведінки молодих жінок і чоловіків, демократизація гендерних відносин у всіх сферах життя, в тому числі і в приватній. Змінюється ставлення до ролі та місця жінки в суспільстві, у родині. Позначаються позитивні зрушення у формуванні гендерної рівноваги в молодій українській сім'ї, що сприяє становленню гендерного паритету в суспільстві, створюються умови для вивільнення батьків від виконання рутинної домашньої роботи.

ФІЛОСОФСЬКО-ІСТОРИЧНИЙ ПОГЛЯД НА ФЕНОМЕН ГЕНДЕРУ

Протягом розвитку людства гендерна нерівність являє собою дуже складну соціальну проблему. Філософи всіх часів намагалися осягнути феномен поділу людей за статями, характер взаємовідносин між ними. Починаючи з античності, жінки не мали рівного з чоловіками доступу до освітнього простору. Говорячи не тільки про різні політичні системи, а й багато в чому протилежні принципи виховання і навчання, найбільш вирізнялися Афіни і Спарта. Виховання дівчат в Спарті не відрізнялося від чоловічого. Воно було спрямоване на підготовку здорових і невибагливих жінок, які здатні на повноцінне репродуктивне відтворення. Афінська ж система виховання переслідувала інші цілі, – формування гармонійної людини, – морально чистої, багатой духовно та фізично досконалої. Найвидатніші філософи античного світу також висловлювали думки стосовно жіночої і чоловічої сутності, їх ролей у суспільстві. Були сформульовані фундаментальні засади патріархальної філософської традиції. В них розум, який асоціюється з чоловічою сутністю, виступає як найвища досконалість, і навпаки, неоформлене тіло, яке асоціюється з жіночою сутністю, являє собою абсолютну недосконалість. Тому основним принципом у філософії афінської школи виступає принцип підлеглості тілесного (жіночого) розумному (чоловічому).

У епоху середньовіччя патріархальна філософська традиція посилюється, оскільки актуалізуються норми і обмеження по відношенню до тіла в християнстві. У середньовічній філософії з одного боку, проявляється більша увага до індивідуального досвіду людини, з іншого боку, чуттєвість визнається позитивною тільки у формі релігійного почуття, яке повністю очищене від буденних потягів і підпорядковане інтересам божественного розуму. Мета існування жінки полягає виключно в тому, щоб «допомогти чоловікові продовжити рід». Отже, філософія на той час фактично надає жінці статус речі, яка для чоловіка не відрізняється від інших речей. У 13-15 ст. були створені гільдійські і цехові школи. З'явилися подібні навчальні заклади і для дівчат. Своєрідний характер мало лицарське виховання дітей світських феодалів, його змістом були «сім лицарських добродітностей»: верхова їзда, плавання, володіння луком і списом, фехтування, полювання, гра в шахи, вміння складати вірші і співи. Виховання та освіта жінок мали жорсткий становий характер. Дівчата зі знатних сімей виховувалися вдома, інколи їх навчали грамоті ченці з найближчого монастиря. Практикувалося також віддавати дівчаток на виховання до жіночих монастирів. Часто дівчата покидали монастир щоб вийти заміж, тому все навчання було спрямоване на формування з дівчини майбутньої гідної дружини, матері, господині. Таким чином, в середньовічну епоху освіченість серед жінок-дворянок була розповсюджена ширше ніж серед чоловіків-лицарів.

Однією з найяскравіших сторінок історії розвитку філософської думки стала епоха Відродження. Визнавши людину найвищою цінністю в світі, мислителі того часу сформулювали ідеї гуманізму: право на вільний розвиток і реалізацію всіх здібностей особистості. Ці філософські теорії стали фундаментом і для Нового часу, де були засновані на кращих традиціях гу-

манізму і уособили в собі прогресивні ідеї сучасності. У 17-18 ст. створюються перші наукові теорії, які передбачали всебічний розвиток особистості. Пропонували вчити «всіх всьому». Також наполягали на всезагальній освіті як для бідних, так і для багатих, для хлопчиків і дівчат. Ідея рівноправної освіти була, без сумніву, прогресивною, демократичною вимогою того часу. Остаточно проблема права жінок на освіту була вирішена в Європі і США тільки в 60-ті роки 20 ст. в результаті студентських революцій. Але все одно і на сьогодні існує феномен гендеру. Внаслідок такої несправедливої репрезентації жінок, по-перше, учні можуть непомітно для самих себе дійти висновку, що саме чоловіки є стандартом і саме вони грають найбільш значущу роль в суспільстві і культурі. По-друге, тим самим обмежуються знання про те, який вклад внесли жінки в культуру, а також про ті сфери суспільства, які за традицією вважаються жіночими. По-третє, на індивідуальному рівні стереотипи більшою мірою заохочують на досягненнях чоловіків, тоді як жінки тільки вивчають моделі поведінки. Цей історичний поступ філософської думки призвів до започаткування сучасних гендерних досліджень, метою яких є подолання соціальної нерівності статей, створення суспільства з рівними для кожної особистості можливостями до самореалізації.

*Селюк Є.В.
ХНМУ*

ЗВОРІТНІЙ БІК «ЧОЛОВІЧОГО» В ДИСКУРСІ ФАЛЛОЛОГОЦЕНТРИЗМА

Пошук чіткої підстави ідентичності призводить до того, що проблеми статі і статевої ідентифікації в сучасному світі стають все більш актуальними. Стийка парадигма фаллологоцентризму, що виступає соціальною онтологією, закріплює соціальне буття в дискурси, які марковані статевою визначеністю через протиставлення. Дискурс З. Фрейда визначає і закріплює панівне місце Отця в історії західно-європейської культури, позиція якого підтверджує існуюче превалювання чоловічого над жіночим в біологічному дискурсі. Функціонування фаллократичних структур закріплюється на рівні наукового дискурсу. У просторі символічного «чоловічий» ряд розцінюється в цій парадигмі як більш значущий та цінний для людства і світу, ніж «жіночий».

Жіноче виявляється витісненим з панівного дискурсу, та необхідно починає вписуватися в нього як те, що пригнічується або взагалі виключається, а саме стає порожнім місцем. Це просліджується в граматичних структурах формі мовчання, умовчання або замовчання.

Треба зазначити, що жінка забезпечує функціонування чоловічого бажання. Вона як об'єкт завжди означає бажання чоловіка, його сексуальну насолоду. Чоловік виступає продуктом фаллократичного дискурсу, та приймає жінку як об'єкт насолоди та «історичну необхідність». Ш. Берн вважає, «... що чоловіків нерідко примушують до агресії оточуючі. Хтось ставить під сумнів їх самоповагу або суспільне становище, а чоловіки уявляють, що в очах інших їх пасивність буде оцінена негативно».

Тому жіноче витісняється на периферію, та забезпечує існування чоловічого, як позитивного початку. Тоді як жіноче відноситься до дискурсу танатоса, та задається руйнівною та негативною формою.

Але треба відмітити, що традиційна соціалізація, яка базується на дискурсі фаллологоцентризму, несе негативні наслідки для представників домінуючої, здавалося б, привілейованій позиції. Чоловіча гендерна роль часто виявляється причиною тривоги і напруги в силу нормативної напруги. Це все задає нестабільність, відбивається як у внутрішньоособистісний конфлікт, так і в міжособистісній сфері.

*Семидоцкая Ж.Д., Чернякова И.А.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ БИОЭТИКИ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Биоэтика как междисциплинарная наука об этических принципах сохранения жизни на Земле возникла в конце 60-х годов в ответ на угрозы, вставшие перед человечеством в связи с бурным развитием научно – технического прогресса, в том числе – биотехнологий.

Практически одновременно с появлением биоэтики формируется гендерное научное направление, предметом которого стал анализ общего и различного в восприятии действительности и социального положения мужчинами и женщинами (маскулинность и фемининность), связанных с особенностями их воспитания, образования, с распространёнными в каждой культуре представлениями о месте и роли женщины и мужчины в обществе, семье, культуре.

При изложении курса биоэтики студентам 3 курса медицинского университета гендерное равенство рассматривается в контексте прав и свобод человека, гендерная проблематика распространяется на все сферы человеческой деятельности.

Кроме проблем гендерного равноправия, существует ещё много «точек перекреста» гендерных проблем с биоэтикой: аборт, репродуктивные технологии, суррогатное материнство, роль традиционной семьи в современном обществе, гендерные аспекты здоровья и болезней («гендерная медицина»). Суррогатное материнство рассматривается как создание детей на продажу, торговля женским телом, признание его товаром, потребительское отношение к женщине, предоставление детородных органов в аренду, введение человеческих существ в коммерческий оборот. ВОЗ (2001) вводит понятие «гестационный, или суррогатный, курьер», исключив из определения термин «материнство».

Изучение женского опыта экстракорпорального оплодотворения показало, что этот опыт противоречив, поскольку включает отрицательные эмоции, связанные с гибелью лишних эмбрионов, нередко уже находящихся в матке и развивающихся, а также с большим количеством неудачных попыток зачатия. Какую цену заплатит будущее человечество за использование биотехнологий, как сохранить право человека оставаться человеком, и право женщины оставаться женщиной – проблема биоэтики, проблема гендерного равенства. Возникают призывы «вернуть женщину в семью» для

полноценного виконання її унікальної здатності – природного продовження людського виду, гендерна теорія розглядається як новий етап мутацій моралі і правдивості. Але час не можна повернути вспять – «стріла часу» неозворотно.

В теперішній час виділяється особливе напрямлення – «феміністическа біоетика», мета якої показати особливу цінність духовного світу жінки і залежність її від традицій патріархального суспільства. Оказалося, що жінки освоюють сучасні технології управління психічними ресурсами (психотехніцизм) краще, швидше, ефективніше, ніж чоловіки. Ці здатності жінок планується використовувати в умовах NBIC – конвергенції, об'єднання нано-біо-інфо-когнітивних технологій, в єдину науково-технологічну область знання, що може призвести до виникненню розуму з новими якостями мислення, виникненню «постлюдського суспільства». Збережуться ли в цьому суспільстві чоловічність з її силою, незалежністю, активністю, впевненістю в собі, і жіночність – м'якість, турботливість, ніжність, емоційність, збережуться ли співчуття, любов, турбота про інших людей, почуття рівності і справедливості в майбутньому «постлюді» – во багато залежить від подолаття патріархальних традицій в відношенні до жінки і усунення гендерної асиметрії в сучасному постіндустріальному суспільстві.

Сільченко А.А., Ракшеєва А.В.

Харківська гуманітарно-педагогічна академія

ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ: ШЛЯХ ДО ПРОГРЕСИВНОГО СУСПІЛЬСТВА ЧИ ВТРАТА СПОКОНВІЧНИХ ПРИРОДНИХ РОЛЕЙ

Жінка – берегиня роду, хранителька домашнього вогнища. Чоловік – добувач, мисливець. Саме таким чином розпочинається логічний ланцюг низки гендерних стереотипів. Нині все частіше підіймається на більш серйозний розгляд питання ролевих розподілів між чоловіком і жінкою. Чи повинні вони взагалі існувати? Якщо так, то саме в якому контексті, а якщо ні, то хіба людство не загубить важливу ролеву гармонізацію між жіночим та чоловічим початками.

У пошуках нового, прогресуючого ми дедалі більше відходимо від споконвічного та природного. Спираючись на духовні засади найвідоміших релігій світу (християнство, буддизм, мусульманство, іудаїзм) з першого погляду становище жінки виглядає примітивним та додатковим по відношенню до чоловічої постаті, що звичайно ж, викликає обурення у представниць протилежної статі. Але це питання, як і всі інші, має дві сторони медалі. Перша – обурююча для представників гендерної рівності, друга – філософська. Філософський підтекст полягає в тому, що на підґрунті кожного духовного початку лежить гармонія, баланс. Гармонія в філософії сприймається як узгодження різнорідних і навіть протилежних елементів цілого, що народжується від поєднання протилежних за якістю сутностей. В аспекті гендеру мова йдеться про узгодження та поєднання протилежних статей, що в результаті здатне створити повноцінний соціум.

Чи не варто було б розглядати гендерну політику не як ряд категоричних і рішучих кроків по відношенню до прийняття однакових ролей поряд із чоловічою статтю, а можливо ефективнішим було б спрямувати сили на формування гуманного середовища? У такому соціумі кожна особистість незалежно від своєї статевої приналежності здатна розвиватися та реалізувати себе за власним потенціалом і здібностями, закладеними їй самою природою. Це відповідає визначенню гуманності як любові, уваги до людини, поваги до людської особистості.

Резюмуючи зазначене вище, варто відмітити наступне:

Ми цілком погоджуємося з визначенням гендеру як психосоціальної статі, що визначає поведінку людини в суспільстві і те, як ця поведінка сприймається.

На підставі цього вважаємо, що для повноцінної реалізації кожного індивіда незалежно від статевих стереотипів необхідні такі складові, як людяність, повага та лояльність. Це і є запорукою правильного осмислення гендерного світогляду.

Simataa Lovemore
ХНМУ

GENDER PROBLEMS IN MEDICINE

Throughout history, women have made up a sort of “minority” in the world’s many societies. They have been looked upon as property to husbands and fathers. Their place was deemed the male’s home. Women were to provide services to men, ranging from carrying an heir (hopefully a male) to providing a clean home and cooked meals. Women in high-income nations still continue to face challenges because of their gender, and those in low-income nations often remain thought of as property. From a symbolic interactionist perspective, gender is an issue that is based on many underlying historical concepts, and it continues to contribute to world-wide poverty as well as in gender based problems in medicine. These needs exist, dating back from the appearance of mankind, probably, mainly due to their general lack of control over their sexuality and reproductive health, in both developing and developed countries.

A hierarchy of diseases is said to exist, whereby women’s’ diseases are viewed as less important because of the diffuse symptoms in various parts of the body seemingly without a known cause as compared to males’ diseases that have clear and defined symptoms and are usually considered to be diseases of vital organs.

According to a research carried out by the University of California, published on the 6th of October 2009, disease patterns differ between males and females, in several ways. Some diseases strike women and man at different ages, for example, women tend to contract cardiovascular diseases at an older age than man, while some diseases are more prevalent in women than in man, for example thyroid gland disorders, anemia laps, eating and musculoskeletal disorders. On the other hand, some diseases such as osteoporosis and rheumatic diseases are more serious in women than in men, and some diseases or conditions affect women only, for example dysmenorrhea, cervical cancer, infections due to unsafe deliveries and abortions, etc.

The disregard for women's health in medical curriculum is best reflected in the teachings of basic clinical skills, such as physical examinations, in other medical schools. Medical students are taught how to examine the entire body (head to toe examination), including all the body systems, but little light is shaded when it comes to breasts and pelvic examinations, as a result, students end up resorting to learning such basic skills, vital for women's health care by practicing on poor patients with breast illnesses who are already in severe pain, and on the other hand, students have been taught to do pelvic examination on heavily anaesthetized patients going through surgical procedures.

These needs existed despite the availability of health services, modern medical technology, and the overall improvements in maternal morbidity and mortality statistics, with variations between and within the first and third world countries. The question is, "how can we rectify these gender problems in medicine? «.

We now understand that not only have the biomedical and biased medical education and research system failed to address women's health concerns, they have also created and contributed to gender inequalities in health and sexism in medicine. Sensitive and painless breast and pelvic examinations for women isn't an integral part of medical teaching practice, it causes unnecessary suffering for women undergoing treatment.

We definitely shouldn't be bias when it comes to gender in medical services delivery, education and research.

*Старкова И.В., Алексеева С.А., Паращук В.Ю.
Харківський медичний університет*

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ – ОСНОВА ЗДОРОВОЙ НАЦИИ

Сохранение и укрепление репродуктивного здоровья в нашей стране является обязательным условием сохранения и воспроизводства нации. Решение этой проблемы невозможно без осуществления принципа сохранения здоровья каждой девушки. Основную роль в этом играет акушерско-гинекологическая служба, осуществляющая комплексный подход к профилактике будущих репродуктивных потерь.

В современном социуме, где наметились неблагоприятные тенденции медико-биологических процессов и ухудшение демографической ситуации, работа акушеров-гинекологов должна формировать у девушки стремление к материнству и рождению здорового потомства. В этой связи, наряду с комплексным обследованием и, при необходимости, проведением лечения девушки-подростка, необходимо проводить постоянную профилактическую работу с подростковыми парами, включающую в себя рассмотрение основных вопросов физиологии и гигиены сексуальных отношений, контрацепции и планирования беременности. Это позволит сформировать у молодых людей чувство ответственности за свое здоровье и потомство, заложить прочный фундамент украинской семьи.

Проводя работу таким образом, врач акушер-гинеколог сможет внести вклад в обеспечение формирования здорового общества и воспроизводства нации.

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ В УКРАЇНСЬКИХ ПРИСЛІВ'ЯХ ТА ПРИКАЗКАХ

Велич українського народу знаходить своє відображення в його мудрості, яка дуже добре втілюється в казках, міфах, легендах, прислів'ях і приказках, традиціях та звичаях, його багатій культурі і мові. Ці елементи народної творчості й гордості формувалися протягом всього існування народу і протягом багатьох століть поступово передавалися з вуст у уста батьками та дідами ...

У статті мова йдеться саме про прислів'я та приказки, які найчастіше досліджувалися з погляду тематики. Однак останнім часом з'являється новий підхід до аналізу прислів'їв та приказок як об'єкту інтересу науковців. Він пов'язаний із гендерною проблематикою.

Як мовить практика, належність до чоловічої / жіночої статі має майже вирішальне значення при виборі людиною своєї поведінки. Гендер, або соціальна стать, має величезний вплив на взаємовідносини між людьми, грає значну роль в повсякденному житті. Між прислів'ями й приказками та гендерними стереотипами виникає зв'язок, який полягає в тому, що вони (стереотипи) в прислів'ях широко відображаються. Більше того, у цих пареміях ми можемо простежити не лише віддзеркалення самих стереотипів, а також і їхню зміну в неминучому процесі соціального та історичного розвитку українського суспільства.

Серед українських народних прислів'їв та приказок, що відображують гендерні стереотипи, можна виділити декілька різновидів за тематичною спрямованістю, а саме: 1) стереотипи, які пов'язані зі шлюбом, або подружні стосунки; 2) роль жінки у веденні домашнього, хатнього господарства; 3) характерні риси жінок – балакучість, брехливість; 4) стереотипи, які пов'язані з появою дітей у родині; 5) елементи рівності / нерівності чоловіків і жінок, зокрема у шлюбі й суспільстві взагалі.

Зосередимося на дослідженні гендерних стереотипів, які пов'язані із шлюбом, або подружніми стосунками. Споконвіку найхарактернішою особливістю українців була дуже важлива роль сім'ї у житті людини. Одна з найбільших груп прислів'їв та приказок відображає гендерні стереотипи саме через призму родини, репрезентуючи особливості кожного етапу людського життя: створення сім'ї, саме одруження, налагодження стосунків із новою родиною (невістка – свекруха, зять – теща).

Потреба створити сім'ю. У прислів'ях цієї підгрупи стверджується необхідність створити сім'ю за будь-яку ціну і висловлені вони переважно від імені жінки. Це, передусім, пов'язано з тим, що жінка, яка не вийшла заміж, не лише викликала співчуття до своєї нещасливої долі, а й засуджувалася суспільством за те, що не виконала свого головного обов'язку – народити і виховати дитину.

Наприклад: *хоч за вола аби дома не була; хоч за старця, аби не остаться; одказлива дівка до сивих волос додівує.* Однак, особливо в цій ситуації, жінка обов'язково керувалася здоровим глуздом та порадами оточуючих, і навіть у відчай не могла себе занাপастити: *сиди до сивої коси, а за ледащо заміж не йди; буду сива, як вівця, а не піду за вдівця.*

Прислів'я та приказки, що пов'язані із одруженням, відображають як позитивне, так і негативне ставлення до необхідності взяти шлюб, причому висловлені вони, головним чином, від імені чоловіка. Зокрема, негативне ставлення відображають такі прислів'я: *не мав лиха, так оженився; оженився – перемінився; ожени його, він сам пропаде*. Але переважно одруження сприймається як позитивна зміна в житті чоловіка. Численні українські прислів'я та приказки стверджують, що жінка та чоловік – то єдине ціле, відповідно шлюб – необхідний і закономірний процес в житті кожного: *нема вірнішого приятеля, як добра жінка; найлучча спілка – чоловік і жінка; не потрібен їй клад, коли у чоловіка з жінкою лад*.

Відносини між членами новоствореної родини. Інтерес у цій підгрупі представляють, передусім, ті прислів'я, які відображають відносини в парах невістка – свекруха, зять – теща, зокрема в першому випадку фігурують дві жінки, а в другому – чоловік та жінка. І зять, і невістка зображуються переважно брехливими, лінивими натурами, якщо прислів'я висловлене від імені старшої жінки. Відповідно, і свекруха чи теща також постають бридкими, сварливими та несправедливими. Цікаво, що тесть або свекор зазвичай не виступають як самостійні винуватці тяжкого життя молодій сім'ї, а виступають у комплексі з тещею або зі свекрухою. Ці особливості можна простежити на прикладі таких прислів'їв: *бийся тестя багатого, як чорта рогатого; по дочці і зять милий, по невістці і син чужий; тещиноного язика аршином не переміряєш; свекор і свекруха одного духа; свекруха – уїдлива муха, цап – не скотина, зять – не людина, а невістка – чужа кістка; брехлива свекруха невістці не вірить*.

Саме в українському фольклорі, в даному разі у прислів'ях та приказках, жінка постає не просто слухняною істотою, а сильною особистістю, здатною самостійно приймати рішення, брати на себе всю відповідальність за вчинки. Із цього випливає мотив рівності / нерівності між чоловіками та жінками.

Слід зауважити, що дослідження ґендерних стереотипів в українському фольклорі має своє продовження. Подальший аналіз прислів'їв та приказок потребують комплексного, всебічного огляду з точки зору ґендерних відносин.

Суходольська О.І.
ХНМУ

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ: КОРИСТЬ ЧИ ВАДА?

У результаті наукових дискусій, що розвернулися в 60 – 70-х роках ХХ ст. з проблеми статі, проведено чітке розмежування понять «стать» і «ґендер». Стать вказує на біологічний статус людини. Ґендер, зі свого боку, вказує на соціально-психологічний статус людини.

Кожен історичний період часу має свої статево-рольові стереотипи, створенні культурними нормами даного історичного періоду. Наприклад, якщо порівняти сучасну українську жінку кінця ХХ – початку ХХІ ст. і образ Марусі Чурай, то можна знайти багато відмінностей у жіночих образах різних історичних епох, незважаючи на обмеженість рамками однієї країни. Жінки з доби Марусі Чурай ХVІ ст. відрізнялися жіночністю, слабкістю, витонченістю на відміну від «сильних», емансипованих жінок ХХІ ст.

Юнаки та дівчата XXI століття стають усе більш однаковими і схожими як зовнішністю, так і поведінкою. Прагнучи стати сильною і рівною чоловікові, жінка стала втрачати найголовнішу якість своєї статі – жіночність в образі віданної дружини, ласкавої матері.

В інших аспектах приховані ціннісні орієнтації та установки, сформовані таким чином, що все обумовлене як «чоловіче» вважається позитивним, значущим, домінуючим, а те, що визначається як «жіноче» – негативним, вторинним.

Але слід зазначити, що є поняття, які не пов'язані зі статтю, такі як: земля – небо, природа – культура, чуттєвість – раціональність, через існуючий культурно-символічний ряд ототожнюються з «чоловічим» і «жіночим».

Отже, гендерні стереотипи існують з давніх-давен. Вони вимагали й продовжують вимагати неабияких зусиль від людей, щоб наслідувати їх. На сьогодні, люди намагаються переглянути стереотипи, змінити їх на вимогу сучасності, бо без них світ стає не таким яскравим, різноманітним. Тому, я вважаю, гендерні стереотипи – це користь для нас.

Таким чином, поетапне виконання цієї Постанови вже наприкінці 2015 року має стати індикатором поліпшення основних показників репродуктивного здоров'я як однієї із головних складових покращення громадського здоров'я.

Тихонова О.О., Кулик А.Ю.
ХНМУ

РАННИЙ АЛКОГОЛИЗМ КАК СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Ранний алкоголизм влечет за собой не только тяжелые физиологические, но также и необратимые социально-демографические последствия. Такая проблема актуализирует необходимость ее исследования. Алкоголизация подрастающего поколения большинством исследователей рассматривается как существенный индикатор неблагополучия микросоциальной среды. Этим и определяется растущий научный интерес к изучению проблемы распространенности и характера ранней алкоголизации. Алкоголизации детей и подростков способствует алкогольное окружение, которое составляют пьющие ближайшие родственники, а также устойчивые алкогольные традиции, связанные обычно с торжественными, радостными или печальными событиями.

В наиболее общем виде последствия алкоголя с точки зрения наносимого им вреда можно разделить на четыре группы: социально-экономические (преждевременное оставление учебы, резкое снижение производительности труда); социально-психологические (разрыв семейных, школьных, трудовых связей); криминальные (совершение преступлений, вовлечение в преступную деятельность других лиц, создание благоприятных ситуаций, способствующих криминализации и виктимизации и т.д.); физические (наносит вред не только здоровью конкретных людей, злоупотребляющих алкоголем, но и здоровью будущих поколений).

Таким образом, алкоголизм- хроническое заболевание, характеризующееся патологической потребностью человека в алкоголе. Основной категорией, попадающих под влияние алкогольной зависимости, являются

дети. Физиологические и психологические особенности подростков таковы, что психическая и физическая зависимость от алкоголя у них вызывается значительно быстрее. Соответственно, излечиться подростку от пагубной зависимости намного сложнее, чем взрослому. Социальный опыт показывает, что проблема алкоголизма в целом решается не посредством лечения, а с позиции профилактики, которая должна осуществляться комплексом законодательных, административных, правовых и организационно-педагогических мероприятий.

Усенко С.Г., Усенко С.А.
ХНМУ

ПРОБЛЕМА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ

Репродуктивне здоров'я, як складова загального здоров'я, є важливим чинником забезпечення сприятливих демографічних перспектив держави, важливою передумовою формування її демографічного та соціально-економічного потенціалу. Протягом останніх десятиріч в Україні утримується недостатній рівень репродуктивного здоров'я населення внаслідок наявності і негативного впливу політичної та соціально-екологічної нестабільності в державі, природних умов життєдіяльності населення. У сучасних умовах важливо заохочувати чоловіків приймати позитивні гендерні ролі: не лише бути прихильними та турботливими чоловіками та батьками, а й демонструвати реальну повагу до будь-якого вибору жінки, включаючи її соціально-політичну активність, включаючи її репродуктивне призначення. Головна мета даних змін – міцне репродуктивне здоров'я для всіх, і чоловіки можуть допомогти зробити це дійсністю.

Відповідно до рекомендацій Програми дій Міжнародної конференції з питань народонаселення і розвитку (Каїр, 1994) під репродуктивним здоров'ям мається на увазі не тільки відсутність захворювань репродуктивної системи, порушень її функцій або процесів у ній, а й стан повного фізичного і соціального благополуччя. Це означає можливість задоволення та безпечності сексуальної життя, здатність до народження дітей, а також самостійного вирішення питань планування сім'ї.

Одним із розладів репродуктивного здоров'я є зниження фертильності, тобто здатності до зачаття дитини, і, як наслідок цього, збільшення кількості безплідних пар. В Україні цей показник складає більш 20% від кількості зареєстрованих шлюбів. Іншими розладами є також патології менструальної функції, вагітності, пологів, неспецифічні хронічні запальні захворювання статевих органів, погіршення стану плоду внаслідок гіпоксії, вад розвитку, зниження якості здоров'я новонародженого, збільшення кількості дітей-інвалідів.

Охорона репродуктивного здоров'я містить сукупність факторів здоров'я, методів, процедур і послуг, що сприяють добробуту сім'ї або окремої людини шляхом профілактики та вирішення проблем, пов'язаних з репродуктивною функцією. У сучасних умовах, що характеризуються високим рівнем захворюваності та загальної смертності населення, зниження народжуваності і погіршенням здоров'я дітей, ці проблеми набувають особ-

ливої значущості. Виходячи із вищезазначеного можна констатувати, що особливими проблемами репродуктивного здоров'я населення є: низька обізнаність населення з питань охорони сексуального та репродуктивного здоров'я; недостатня якість, непродуманість, відсутність системи статевого виховання дітей та підлітків; широка поширеність інфекцій, що передаються статевим шляхом, особливо серед підлітків та молоді; високий рівень абортів; високий рівень підліткової вагітності; практична відсутність послуг охорони здоров'я з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я для підлітків та молоді; недостатнє залучення фахівців первинної медико-санітарної допомоги в процес охорони репродуктивного здоров'я, починаючи з охорони здоров'я і підготовки до планової вагітності; недостатня насиченість фармацевтичного ринку якісними контрацептивними засобами останнього покоління, в першу чергу, оральними контрацептивами і їх висока вартість; практична відсутність досліджень з вивчення потреб населення в послугах з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я.

З метою подальшого поліпшення основних складових репродуктивного здоров'я населення України, як важливої складової забезпечення соціально-економічного потенціалу країни розроблено постанову Кабінету Міністрів України №1849 від 27.12.2006 року «Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року», цільовими групами вирішення проблем здоров'я якої стали діти, підлітки, дорослі жінки та чоловіки.

Таким чином, поетапне виконання цієї Постанови вже наприкінці 2015 року має стати індикатором поліпшення основних показників репродуктивного здоров'я як однієї із головних складових покращення громадського здоров'я.

*Федорцова В.В., Саакян Т.Е.
ХНМУ*

ВПЛИВ ЧИННИКІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ

Розвиток людини – процес фізичного і психічного становлення та формування її особистості під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників.

Стан здоров'я будь якої людини, у тому числі й дитини, за даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, на 50% залежить від соціально-психологічних факторів, на 20–25% – від факторів спадкових и на 20–25% – від стану навколишнього середовища.

Благополучне становлення і функціонування репродуктивної системи майбутнього малюка починається з нормального перебігу вагітності та пологів матері. Здоров'я жінки та здоров'я народженої нею дитини визначає в майбутньому соціальний трудовий потенціал населення.

Дані дослідження підтверджують, що в різних містах неблагополучне навколишнє середовище впливає на перебіг вагітності, що збільшує кількість ускладнень під час вагітності на 20–30%, що призводить до підвищення кількості вроджених хвороб серед новонароджених.

Зовнішні фактори відіграють провідну роль у процесі розвитку дитини. З кожним роком екологічна обстановка погіршується і сильно впливає на функціональний стан репродуктивної системи як дорослого, так і дитини.

Вплив хімічної речовини на репродуктивну систему призводить до порушення росту і розвитку дітей, збільшення кількості випадків злоякісних захворювань і передчасного припинення репродуктивної функції.

Медики встановили прямий зв'язок між зростанням кількості дітей, які хворіють на алергію, бронхіальну астму, рак, і погіршенням екологічної обстановки.. Встановлено, що такі відходи виробництва, як хром, нікель, берилій, азбест, багато отрутохімікати, є канцерогенами, тобто викликають ракові захворювання.

Тільки за десять років частота злоякісних новоутворень у дітей підвищелась на 21%, вроджених вад розвитку – більш ніж у 2,5 раза, захворювання крові та кровотворних органів – в 3,0 раза. Ці негативні тенденції розвиваються в умовах депопуляції, що в перспективі може привести к погіршенню стану здоров'я населення, зниження якості трудових ресурсів і представляють угрозу для національної безпеки країни.

Чітко встановлена залежність стану здоров'я дитячого населення від антропогенного забруднення, основним джерелом якого викиди промислових підприємств. Проте, далеко не завжди при проведенні досліджень враховують те, що значна частина дітей, що проживають на територіях з підвищеним рівнем забруднення довкілля, народилися в сім'ях працівників цих же промислових підприємств.

Хронічна дія несприятливих професійних чинників різної природи, фізичних і психоемоційних перевантажень, а також їх поєднання, може надавати несприятливу дію на здоров'ї працівників, стан їх репродуктивної функції. Концептуальні підходи до вивчення впливу несприятливих професійних чинників на репродуктивне здоров'я тих, що працюють.

Якщо говорити про вплив шкідливих екологічних чинників на стан здоров'я дітей з урахуванням їхньої статі, то можна відмітити, що наслідки є більш серйозними для дівчат, тому вони можуть негативно позначатися на їхньому репродуктивному здоров'ї.

Від рівня здоров'я в підлітковому періоді життя залежать життєві плани, в тому числі професійна підготовка, прагнення до соціального розвитку, створення сім'ї і народження дітей. Дана проблема важлива для всіх дітей, але так як дівчатка розглядаються світовим співтовариством як справжній резерв відтворення, то проблема збереження їх загального та репродуктивного здоров'я має в сучасних умовах в країнах Європи і у нас в Україні першорядну важливість.

Феськов А. М., Жилкова Е. С., Иванова А. В.

Центр репродукции человека

«Клиника профессора Феськова А. М.»

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ У МУЖЧИН

Введение. В настоящее время в репродуктивной медицине все больше внимания уделяется мужскому бесплодию. Нарушение компактизации хроматина в ядрах сперматозоидов, или фрагментация ДНК – относительно недавно выявленная предполагаемая причина снижения фертильности у мужчин. Патофизиологические механизмы, ведущие к фрагмента-

ции ДНК, не вполне ясны. Спорным остается вопрос о зависимости степени фрагментации ДНК от возраста пациента. Повреждения в генетическом аппарате сперматозоида на этапах его созревания могут возникать под воздействием различных неблагоприятных факторов окружающей среды. Целью данной работы стало исследование связи между наличием уровнем фрагментации ДНК в ядрах сперматозоидов и возрастом мужчины, а также влияния курения на уровень фрагментации ДНК сперматозоидов у мужчин со сниженной репродуктивной функцией.

Материалы и методы. С целью проведения исследования была сформирована группа из 33-х мужчин, в возрасте от 28 до 54 лет, проходивших лечение бесплодия методами ВРТ с использованием процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) на базе Центра Репродукции Человека, г. Харьков. Анализ фрагментации ДНК сперматозоидов проводился методом SCD (sperm chromatin dispersion) (HaloSperm, Halotech, Испания). Результат задокументирован с помощью программы Lucia FISH (LIM, Чехия).

Статистический анализ дат, распределение которых не соответствовало закону нормального распределения, проводили непараметрическими методами. Исследование связей между признаками проводилось методом корреляционного анализа по Спирмену. Статистические гипотезы проверены на уровне значимости 0,05. Расчёты выполнены в программе Statistica-6.

Отдельно была рассмотрена группа из 9 пациентов с нормальными показателями спермограммы и уровнем фрагментации ДНК выше 20 %, имеющих никотиновую зависимость. Средний возраст пациентов в данной группе составил $31,2 \pm 2,8$ лет.

Результаты. Установлена статистически значимая прямая корреляция между уровнем фрагментации ДНК спермы и возрастом пациентов (табл. 1). Возрастной фактор можно рассматривать как причину нарушения митоза и упаковки хроматина сперматозоидов у пациентов с нарушенной репродуктивной функцией старше 35 лет.

При исключении такого вредного фактора у пациентов с нормальными показателями спермограммы как курение, уровень фрагментации ДНК восстановился в пределах нормы у 5-ти из 9-ти пациентов (55,6 % случаев) через 6 месяцев.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что пороговым клинически значимым возрастом мужчин, для которого отмечена прямая корреляционная зависимость уровня фрагментации ДНК спермы, является возраст 35 лет. Данное заключение имеет важное клиническое значение, учитывая неоднозначность данных о возрастном факторе как о причине снижения мужской фертильности. Доказано влияние курения на уровень фрагментации ДНК сперматозоидов в группе пациентов младше 35 лет с нормальными показателями спермограммы.

МЕТОДИКИ ВРТ, ПРИВОДЯЩИЕ К УВЕЛИЧЕНИЮ ЧАСТОТЫ НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПАТОСПЕРМИЯХ

На сегодняшний день в структуре бесплодия мужскому фактору отводится более 50%. Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) являются единственным эффективным методом лечения супружеской пары при мужском факторе бесплодия. Для повышения показателей имплантации при ВРТ проводится исследование морфологии и физиологической зрелости сперматозоидов. НВА-тест (Hyaluronan Binding Assay) отражает содержание зрелых сперматозоидов в эякуляте и основан на способности функционально зрелых сперматозоидов связываться с гиалуроновой кислотой, которая в естественных условиях присутствует в окружении ооцитов и является «физиологическим селектором» сперматозоидов. Только зрелые сперматозоиды, имеющие специальные рецепторы к гиалуроновой кислоте, способны проникать в ооцит и оплодотворять его. Учитывая это, производится последующий выбор зрелого сперматозоида для инъекции в цитоплазму яйцеклетки – Physiological Intracytoplasmic Sperm Injection (PICSI). При наличии тератоспермии, как составная часть стандартного отбора сперматозоидов для оплодотворения применяется процедура Intracytoplasmic Morphologically Selected Sperm Injection (IMSI) – выбор сперматозоида при увеличении в 7000 раз перед проведением его инъекции в цитоплазму яйцеклетки. В настоящее время дискуссионным остается вопрос в частоте имплантации и наступлении беременности между классическим ICSI, PICSI и IMSI.

Цель исследования: Сравнить частоту имплантации в программах ВРТ с мужским фактором бесплодия при проведении интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в яйцеклетку с предварительной селекцией методами PICSI, IMSI и без таковых.

Материалы и методы исследования: Проведен сравнительный анализ частоты наступления клинической беременности в программах экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) с использованием метода классического ICSI и программах ЭКО, в которых проводился отбор сперматозоидов с предварительным проведением IMSI и PICSI. На основании результатов НВА-теста, при снижении показателей зрелых сперматозоидов в эякуляте, использовался метод PICSI. При выраженной тератоспермии проводилось IMSI. Для данного исследования отобраны 161 супружеская пара с мужским фактором бесплодия, проходившая лечение методами ВРТ в 2013–2014 г.г. в Центре репродукции человека «Клиника профессора Феськова А.М.». Пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу входили 90 супружеских пар с мужским фактором бесплодия, у которых оплодотворение проводилось методами стандартного ЭКО и ICSI, во 2-ю группу – 72 пары с мужским фактором бесплодия, у которых оплодотворение проводилось методами ЭКО и ICSI с предварительными IMSI и PICSI. 3-ю группу (контроль) составили 30 супружеских пар с трубным фактором бесплодия и нормозооспермией у супруга, оплодотворение осуще-

ствлялось с помощью стандартного ЭКО. Возраст женщин, которым проводилась контролируемая стимуляция овуляции по короткому протоколу с использованием антагонистов гонадотропин-рилизинг гормона, составил (31,5±2,7) лет. Перенос эмбрионов совершали на стадии бластоцисты. Для поддержки лютеиновой фазы применяли препараты прогестерона.

Результаты исследования: В 1 группе клиническая беременность была констатирована в 18 случаях (20 %), во 2 группе – в 26 случаях (36 %), в 3 группе – в 13 случаях (43 %). Процент наступления беременности во 2 группе, где проводилось оплодотворение с использованием IMSI и PICSI, был значительно выше, чем в 1 группе ($p < 0,05$), однако, достоверно ниже, чем в 3 группе ($p < 0,05$).

Выводы: Целесообразно проводить селекцию сперматозоидов методами IMSI и PICSI перед ICSI при наличии патоспермии у мужчин. Использование данных методов достоверно увеличивает частоту наступления беременности в программах ВРТ с мужским фактором бесплодия.

Феськов А.М., Сомова Е.В., Жилкова Е.С.

Центр репродукции человека

«Клиника профессора Феськова А.М.», г. Харьков

СУЩЕСТВУЮТ ЛИ ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В МОРФОКИНЕТИКЕ ЭМБРИОНОВ ЧЕЛОВЕКА НА ДООИМПЛАНТАЦИОННОЙ СТАДИИ?

В настоящее время одним из наиболее перспективных методов преодоления бесплодия является экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Благодаря внедрению в современную медицинскую практику вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) стало возможным не только оплодотворение гамет в условиях *in vitro*, но и непрерывное наблюдение за развитием эмбрионов от момента их образования и до переноса в полость матки, проведение предимплантационного генетического скрининга и т.д. В этой связи сегодня выбор жизнеспособного эмбриона для переноса все чаще осуществляют с учетом не только его морфологических, но и кинетических особенностей (динамики первых дроблений).

Цель исследования: изучить, влияет ли пол эмбриона на динамику его дробления на ранних стадиях развития.

Материалы и методы исследования: В исследование включено 177 эмбрионов от 34 супружеских пар, участвующих в циклах ЭКО (94 эмбриона мужского пола и 83 – женского). Возраст женщин, которым проводилась контролируемая стимуляция овуляции гонадотропинами с применением аналогов гонадотропин-рилизинг гормона, составил (34,7±2,9) лет. Наблюдение за развитием эмбрионов в CO₂-инкубаторе осуществляли с помощью time-lapse мониторинга PrimoVision (Швеция) с покадровым фотографированием объектов каждые 14 мин. Оценивали их морфокинетические параметры: количество бластомеров, равенство их размеров, время дробления на 2–5 и 8 бластомеров, интервалы между первыми тремя дроблениями, время образования и степень зрелости бластоцист, а также частоту имплантации. Определение половых хромосом X и Y проводили методом Fluorescence In Situ Hybridization

(FISH). Для этого на 3-й день после оплодотворения у эмбрионов с более, чем пятью бластомерами биопсировали по одному бластомеру. Перенос эмбрионов (бластоцист) осуществляли на 5-й день после оплодотворения. Статистическую обработку результатов проводили с использованием критерия U Манна-Уитни. Разницу между показателями считали статистически достоверной при $P < 0,05$.

Результаты исследования: У эмбрионов мужского пола ($n=94$) при первом дроблении на 2 бластомера наблюдались равные размеры бластомеров в 76 % случаев, в то время как у эмбрионов женского пола ($n=83$) – в 62 % случаев ($P < 0,05$). Несмотря на то, что время дробления на 2, 3 и 5 бластомеров, а также синхронность первых трех дроблений существенно не отличались между группами, для дробления на 8 бластомеров эмбрионам мужского пола необходимо было больше времени, чем эмбрионам женского пола – $(62,3 \pm 2,5)$ ч против $(57,4 \pm 2,2)$ ч соответственно ($p < 0,05$). Однако достоверных гендерных различий во времени образования и развития бластоцист, а также частоте их имплантации не обнаружено.

Выводы: Существуют определенные различия в морфокинетики эмбрионов человека на начальных стадиях дробления, зависящие от пола, которые нивелируются на более поздних стадиях доимплантационного развития.

*Филиппов А.А., Филиппов А.В.
ХНМУ,*

Харьковская городская клиническая больница №7

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ИНСУЛЬТОВ

Актуальность темы: Цереброваскулярные заболевания являются значимой медико-социальной проблемой в Украине и мире, составляя одну из главных причин смертности и инвалидизации взрослого населения. Согласно официальной статистике, в настоящее время в Украине зарегистрировано более 3 млн. людей с различными формами сосудистых заболеваний головного мозга, почти треть из них – лица трудоспособного возраста. Примерно у 62% больных цереброваскулярные заболевания обусловлены артериальной гипертензией. За последние 10 лет распространённость сосудистых заболеваний головного мозга возросла более чем в 2 раза. При этом мозговые инсульты имеют наибольшую актуальность. Ежегодно в нашей стране происходит от 100 до 120 тыс. новых случаев инсульта. Частота этого заболевания превышает аналогичный показатель в развитых странах Европы в 11–13 раз. Вследствие инсульта свыше 50 тыс. жителей Украины ежегодно умирают.

По ряду причин, включая недостаточное бюджетное финансирование, слабую осведомлённость граждан о рисках для своего здоровья, ситуация с сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями вышла за сугубо медицинские рамки и приобрела высокое социальное значение.

Неконтролируемая артериальная гипертензия, избыточный вес, табакокурение, злоупотребление алкоголем и слабоалкогольными напитками, тромбофлебит, нарушения сердечного ритма, повышение уровня глюкозы и холестерина в крови, перенесенный ранее инсульт – являются общепризнанными факторами риска развития инсульта как у мужчин, так и у женщин.

Факторы риска развития инсульта у женщин:

– гормональный профиль играет важную роль в формировании риска инсульта у женщин. После менопаузы вероятность развития инсульта у женщин значительно увеличивается. Выработка определённых гормонов снижается, и женщина оказывается малозащищённой.

В последнее время депрессия становится одним из основных факторов риска инсульта у женщин среднего возраста. Депрессия является доказанным фактором риска развития инсульта. По некоторым данным, для этой ассоциации существуют возрастные различия, при этом более выраженный негативный эффект депрессии и отмечается у более молодых пациенток.

Цель исследования (по данным Depression and Risk of Stroke in Midaged Women) : Целью настоящего исследования было изучить влияние депрессии на риск инсульта в большой популяции женщин среднего возраста.

Методы. В исследование включили 10 547 женщин в возрасте от 47 до 52 лет с инсультом в анамнезе – участниц проспективного австралийского исследования Australian Longitudinal Study on Women's Health, которых обследовали каждые 3 года в период 1998–2010 гг. Во время каждого визита определяли наличие депрессии с помощью краткой версии шкалы Center for Epidemiological Studies Depression Scale и оценивали использование антидепрессантов за последний месяц. Связь между депрессией и инсультом определяли с помощью оценочного уравнения с поправкой на время-зависимые переменные.

Результаты. Во время каждого обследования депрессия присутствовала примерно у 24% пациентов. На протяжении наблюдения произошло 177 инсультов. Депрессия ассоциировалась с повышением риска инсульта более чем в 2 раза (относительный риск – ОР – 2,42; 95% доверительный интервал – ДИ – 1,78-3,27). После поправки на возраст, социально-экономический статус, образ жизни и физиологические факторы показатель ОР составил 1,94 (95% ДИ 1,37-2,74). Анализ чувствительности, учитывающий различные методологические моменты (в т. ч. определение депрессии, использование антидепрессантов, отсутствующие данные и др.), подтвердил вышеуказанные результаты.

Выводы. У женщин среднего возраста депрессия является сильным фактором риска инсульта, при этом данная ассоциация частично обусловлена образом жизни и физиологическими факторами.

Необходимы исследования потенциальной взаимосвязи депрессии и инсульта у женщин молодого возраста.

ЛИТЕРАТУРА:

Jackson C.A., Mishra G.D. Depression and Risk of Stroke in Midaged Women: A Prospective Longitudinal Study. Stroke. Опубликовано онлайн 16 мая 2013 г.

ГЕНДЕРНА ПЛОЩИНА В СУЧАСНІЙ ЛІТЕРАТУРІ

У літературі другої половини ХХ ст. тема чоловічих та жіночих персонажів, стосунків між ними набуває нових нот звучання та стає вельми актуальною. Це можна пояснити декількома обставинами. По-перше, змінився погляд на місце жінки в суспільстві, загострилося питання: жінка – людина чи лише друг людини, чоловіка? По-друге, актуалізувалася феміністична тематика, тематика гендерного лідерства, що свідчить про нові реалії та про необхідність переоцінки стереотипів бачення жінки. Антиутопія не залишилась осторонь від цих, безумовно, складних питань. Жіночі персонажі стають центральними в англійській антиутопії другої половини ХХ ст. Щобільше, аналіз проблеми чоловіче/жіноче засвідчує колізії їх взаємодії. Саме ці колізії змістовно розкривають і змальовують антиутопічні романи другої половини ХХ століття.

Тема чоловіче/жіноче посідає чільне місце в дослідженнях зарубіжних і вітчизняних літературознавців. Серед них праці С. де Бовуар, М. Крекена, Р. Столлера, Н. В. Хамітова та ін. Проблеми взаємин протилежних статей розглядаються з різних ракурсів. Однак ми змушені констатувати, що ця проблематика є ще малодослідженою, має вибірковий характер і розглядалася фрагментарно в наукових статтях дослідників.

Зокрема, англійський сучасний письменник Джуліан Барнс до означеної проблеми звертається з точки зору зображення світу двох різних площин: жіночої і чоловічої. Кожна з них є своєрідним полюсом, що має центр, уособлює основні властивості й наділений низкою характеристик. Ці дві площини перетинаються та відображають складні стосунки між чоловічою та жіночою статтями.

Центральною постаттю роману, написаного чоловіком, стає жінка, змінюючи, тим самим, усталену екзистенційну ситуацію жінки, яка раніше знаходилася на пасивних позиціях. Через персонажа жінки Марти Кокрейн подається переоцінка поглядів суспільства на місце жінки в ньому. Героїня наділена як негативними, так і позитивними рисами, їй властиве вагання, її вчинки не завжди мають позитивні наслідки. Але саме така неоднозначність і робить цікавим цей персонаж. Марта займає чоловіче місце в опозиції чоловіче/жіноче. Існує думка, що зображення жінки в художньому тексті пов'язано з усталеними в літературі стереотипними моделями жіночності, у яких вирішальну роль відіграє жіноча сексуальність. Жінка в літературі – дзеркало чоловіка, інструмент його самоідентифікації, проєкція його бажань та страхів. Образ Марти в романі прирівнюють до образу жінки, яка прагне вижити в чоловічому світі. І не випадково, адже ці риси були закладені ще з дитинства її матір'ю, яка постійно повторювала, що чоловіки бувають двох типів: негідники та слабкодухі. На нашу думку, неоднозначно подано стосунки жінки та чоловіка. Останній, коли терпить поразку чи не може перевершити успіхи жінки, починає не захоплюватися нею, а конкурувати з нею. Це, у свою чергу, змушує жінку виявляти силу характеру, ціною якої є самотність. Самотність – добровільна чи вимушена – стає однією з основних екзистенційних проблем, набуваючи форм непорозуміння між людьми. Здається, що Марта веде певну гру із життям, але не заради якогось азарту

чи виграшу, а заради того, щоб отримати правильні відповіді на свої важливі запитання.

На нашу думку, щоб пояснити таку ситуацію, варто звернутися до досліджень Симони де Бовуар, яка співвідносить «природне» (жіноче) з «культурним» (чоловічим). Письменниця довела, що це проблема не взаємодоповнення (природного – культурним, жіночого – чоловічим), а ієрархії та влади (чоловічого над жіночим), де жінка представлена всього лише як служниця. Вона зазначає, що протягом історії жінка постає як людина «другої статі», що зумовлено особливостями її становища в соціумі. Отже, це є виявом і проявом маскулінного домінування в суспільній, професійній та сімейній сферах.

*Фон Фрееден Г.В., Кравченко В.И.
Клиника Кальтен и Ко, Берлин,
ХНМУ*

ГЕНДЕРНАЯ ПОЛИТИКА ФРГ: ПРАВОВОЕ И РЕАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ.

Концепция гендерного равенства закреплена и все более активно реализуется как в международном праве, так и в национальном конституционном праве Германии. В поправках 1994 г. к основному закону ФРГ предусмотрено равенство мужчин и женщин и возложена на государство обязанность содействовать «фактической реализации равных прав для мужчин и женщин» и «устранению существующих недостатков в приеме на работу» (Раздел 2, ст. 3, п. 2 Основного закона). Утверждение равенства мужчин и женщин, увеличение интеграции женщин в европейский рынок труда закреплено Амстердамским договором стран-членов ЕС, который вступил в силу с 1 мая 1999 года и распространяется на всю территорию Евросоюза.

Тем не менее, практическая реализация концептуальной гендерной политики ЕС и отдельных государств существенно отличается. Поэтому гендерная проблематика и для ЕС в целом, и для Германии остается актуальной. Нормативные стандарты гендерного равенства и правовые положения, направленные против дискриминации по признаку пола, во многих областях ЕС хотя и являются обязательными, зачастую намного ниже правовых норм и зависят от политической воли правительств, политической культуры каждой страны. Так, в Германии, которая среди европейских стран занимает шестое место по доле женщин в правлениях 200 топ-компаний в 2012 году, только 4 процента были председателями и 13 процентов членами их правлений. Хотя из этих 200 в ДАХ-30 компаниях, которые находятся в центре общественного внимания, эти показатели существенно выше: соответственно, 8 и 9 процентов. В большинстве же малых предприятий с федеральным участием доля руководителей-женщин составляла более 11 процентов и членов правлений – почти 20 процентов. Примечательно, что проведенные социологические опросы показали недопустимость и нежелание нарушения сложившегося преобладания мужчин в руководстве ни в одной из опрошенных компаний [3]. Не на много лучше ситуация в медицине. Если среди помощников врачей 50% женщин, то главных врачей – 8,4%, заведующих отделениями – 25%. Безработных докторов-мужчин – 4%, женщин – 8%. Профессоров-женщин – всего 10% [1]. Несмотря на при-

лагаемые усилия и в Евросоюзе, и в Германии ожидается, что последовательная реализация гендерной концепции займет несколько десятилетий из-за большой сложности ее решения в современных условиях. Для этого требуется институциональное закрепление гендерной концепции, определяющей организационные принципы ее реализации; нужна гендерная компетенция как руководителей, так и сотрудников. При рассмотрении всех гендерных аспектов, всех мероприятий и программ необходимо учитывать гендерную специфику даже в тех случаях, которые на первый взгляд не являются очевидными, но могут стать отправной точкой в их решении. Реализация гендерной политики без предварительного изучения ситуации по половому признаку федеральными министерствами, без разработки инструментов гендерного учета повлечет за собой риск того, что гендерные отношения не будут полностью проанализированы, включатся старые стереотипы и традиционные ролевые подходы. Вместо достижения цели гендерного равенства, «свободы от дискриминации», «равного участия» будет закреплена «половая прописка», т.е. еще больше утвердится существующее половое неравенство [2]. С позиции реальности существуют опасения, что при закреплении только «мягкого права» гендерной политики в законодательных актах и конституциях, в отличие от целевых женско- и половой политики, концептуально она останется неясной, чаще всего дискуссионной и не подлежащей исполнению. При всех красноречивых выступлениях, публикациях о гендерном и половом равенстве как ведущей линии политики ЕС и всех стран-членов разногласия между теорией и практикой, между правовыми нормами и реальностью остаются. В целом вопрос о реализации европейских стандартов равноправия полов для небольших европейских женских организаций и субъектов женско- и половой политики в науке, экономике, в политических партиях и общественных организациях в настоящее время представляет большую проблему.

Литература

1. F.W. Schwarz, P. Angerev. Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärzten und Ärztin. [Journal:] DIW- Wochenbericht. 2013. [Issue:] 3 [Pages:] 3-14.
2. A. Holz, C. Neuss: Die EU-Gleichstellungsstands: Reformmotor für nationale Frauen- und Geschlechterpolitik in der erweiterten Europäischen Union? [PDF, 364 kB], September, 2006.
3. <http://www.econstor.eu/handle/1041969302>.

Хачатурян І.О.

Національний фармацевтичний університет

МЕНТАЛІТЕТ УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ

Менталітет – це світосприйняття, умонастрій. Дослідники цього феномену Е. Дюргейм та Ш. Дюгі розглядали його як колективні уявлення, К. Юнг – як колективне несвідоме, а Е. Фромм надавав йому соціального значення. Комплексне філософське обґрунтування менталітету спробував надати французький історик ХХ ст. Люсьєн Февр. На його думку, в менталітеті переважають не біологічні фактори, бо він скоріш представляє еволюційно й історично сформований соціальний феномен, який визначав світовідчуття і характер світогляду. Він включає в себе етнічні, культурні, образно-емоційні

компоненти. Це певний рівень освоєння культури, почуття історичної та релігійної приналежності.

Носіями менталітету можуть виступати окремі люди, соціальні групи і все суспільство в цілому. Менталітет виростає із синтезу етносу, культури, науки, релігії й мистецтва. Він характеризується своєрідною метафізичністю. Це стан людей, а не якась реальність, яку можна розглянути через призму просторово-часових параметрів і виділяти її протяжність і тривалість.

Зародження української ментальності сягає часів стародавньої держави антив IV століття, коли починає складатися українська народність. Цей процес було продовжено за часи Київської Русі, яка до XI століття стає сильною державою, утвореним об'єднанням східнослов'янських племінних союзів. Головне, що зберегли українці як першооснову національної свідомості і духовності навіть у важкий багатовіковий період іноземної залежності, – це мова і віра. Українському менталітету притаманні поєднання західного індивідуалізму і прагматизму із східною емоційністю, ліричністю. Здавна, люди, що населяли територію України, займалися землеробством, ставилися до родючої землі і м'якої, прекрасної української природи з повагою і любов'ю, що втілювалося в практичній діяльності у вигляді працьовитості українського народу. Специфічною рисою менталітету українців прийнято також вважати сердечність, поетичність нації, що сприймає навколишній світ швидше душею і серцем, ніж розумом. Довге проживання на кордоні з ворожим Степом виробив у українського народу любов до життя, розуміння плинності існування, так як загроза постійно сторожувала мешканців південних та південно-східних кордонів України.

Ментальності українського народу притаманне поєднання двох головних культурно-історичних традицій: землеробської і козацької, де перша традиція була визначальною. В цих традиціях особливо яскраво простежується гендерна спрямованість менталітету.

Землеробська ментальність українців проявляється у культурі хліба, у повазі до селянської праці. Символом стабільності і землеробства була жінка. Вона виконувала і обов'язки хранительки (Берегині) домашнього вогнища, роль якої була тим більш значима, чим частіше чоловік, батько йшов у військовий похід. Постійна відсутність чоловіка сприяла формуванню в українській жінці стійкого й незалежного характеру. На відміну від інших народів, українські жінки були фактично рівноправні з чоловіками. Культ жінки-матері, Берегині характерний для українського етносу, як ні для якого іншого.

Інший тип ментальності українців – козацький – формувався на протилежних засадах: на першості чоловіка – сильної, мужньої людини, – людини «пограниччя» між Європою і Степом, на ідеї дороги, походів, подорожей; на пониженні ролі жінки. Багатий український фольклор, обрядовість здавна були формою передачі життєвого досвіду від одного покоління до іншого. Вони суттєво впливали на формування світогляду і способів життя українців.

Отже, гендерна асиметрія становить стійкий компонент української ментальності, що протягом століть відтворюється у культурі як стереотип. На певному відрізку історії він допомагав виживати українському етносові. На часі ж важливим є чітке розрізнення його конструктивних та гальмівних складових у контексті перспектив укорінення української ментальності на сучасних теренах світової спільноти.

ГЕНДЕРНЫЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Актуальной проблемой медицины техногенного общества XXI века является проблема синдрома хронической усталости (СХУ), развитие которого связано с особенностями современной жизни населения крупных городов, типом жизни в развитых странах и неблагоприятной санитарно-экологической обстановкой, а также чрезмерной эмоционально-психической нагрузкой на современного человека. Данный синдром представляет собой гетерогенное патологическое состояние с большим количеством симптомов, часто связанных с дисфункцией нервной, эндокринной и иммунной систем.

Цель исследования: анализ гендерных особенностей группы пациентов с проявлениями СХУ.

Материалы и методы: Проведен анализ опроса 53 пациентов, с установленным диагнозом СХУ. Применяли оценочные критерии – наличие сопутствующей патологии, социальная активность, пол, подверженность и переносимость стрессовых ситуаций, воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды (химические вещества, которые содержатся в продуктах питания, бытовой химии, медикаментах), психоэмоциональные перегрузки, соблюдение режима труда и отдыха.

Результаты исследования: Установлены гендерные различия в исследуемой группе. Синдром хронической усталости наиболее часто встречался у пациентов в возрасте наибольшей профессиональной и социальной активности – от 25 до 50 лет. В гендерной структуре заболевших 75% составляли женщины. Отмечено, что женщины более устойчивы к разнообразным видам стресса по сравнению с представителями противоположного пола. На фоне стресса у женщин чаще развиваются различные аффективные нарушения – реактивные депрессии, генерализованные тревожные и панические расстройства, психосоматические проявления при этом наблюдаются меньшие последствия для соматической сферы. У мужчин в 48% случаев имела место сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Они были более подвержены развитию инфекционных заболеваний по сравнению с женщинами, особенно на фоне астенизирующих воздействий, что может отчасти быть связано с половыми особенностями иммунных реакций.

Таким образом, отмечено, что мужчины более стойки в отношении развития психических расстройств, тогда как женщины более устойчивы в отношении сохранения соматического здоровья как в период действия стрессорного фактора, так и в период отдаленных последствий психотравмы. Аффективные нарушения, наблюдаемые у женщин в условиях стресса, могут вызывать нарушения в системе иммунитета и эндокринной системе и приводить к формированию синдрома хронической усталости.

ГЕНДЕРНАЯ МЕДИЦИНА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Гендерная медицина является молодой, интенсивно развивающейся наукой, которая открывает новые подходы к диагностике, лечению, профилактике болезней с точки зрения гендерных аспектов болезни и здоровья.

Нами исследовано качество жизни (КЖ) у 30 больных бронхиальной астмой (БА) и 30 больных сахарным диабетом (СД) с помощью короткой формы международного опросника общего типа MOS SF – 36. Группу больных БА составили 22 женщины и 8 мужчин, группу больных сахарным диабетом (СД) – 20 женщин и 10 мужчин.

Суммарный показатель физического здоровья (PCS) у женщин был значительно ниже, чем у мужчин ($33,9 \pm 4,3$ vs $40, 0 \pm 5, 1$); суммарный показатель психического здоровья (MCS) у мужчин был достоверно ниже, чем у женщин ($35,3 \pm 5, 4$ vs $41, 3 \pm 5, 9$). Оценка отдельных шкал показала, что PCS у женщин снижается преимущественно за счёт RF, показателя физического функционирования, ($33,8 \pm 3,5$ vs $42,5 \pm 5, 1$), психическое состояние у мужчин – за счёт показателя MH (нервность, беспомощность, угнетённость, подавленность) – $34,5 \pm 3,7$ vs $41,7 \pm 4,8$. Поскольку этот показатель характеризуется такими симптомами, как нервозность, уныние, беспомощность, можно констатировать у мужчин, страдающих БА, наличие социорольевых признаков феминности.

При СД PCS мужчины и женщины оценивают одинаково низко, однако MCS оказался более высоким у мужчин ($44,6 \pm 3,25$ vs $38,6 \pm 4,3$). Выявлено снижение показателя GH у женщин ($32,6 \pm 6,1$ vs $37,8 \pm 2,3$), что отражает пессимистическое отношение пациенток к прогнозу течения болезни. MH у женщин был заметно ниже, чем у мужчин ($35,7$ vs $45,9 \pm 4,8$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что MOS SF – 36 позволяет выявить особенности не только во влиянии отдельных болезней на КЖ, но и определённые гендерные различия. Так, у мужчин, страдающих БА, КЖ снижается в основном за счёт психической составляющей с признаками феминности, что свидетельствует о необходимости включения в план реабилитационных мероприятий помощь психотерапевта. У женщин при БА КЖ снижается за счёт физической составляющей, что служит основанием для пересмотра объёма базисной и скоропомощной терапии, контроль приверженности к лечению.

При СД особое внимание следует уделять эмоциональному состоянию женщин, которое снижает не только MCS, но и показатель физического здоровья GH.

В отношении оценки физического здоровья (PCS) гендерных различий не обнаружено, она значительно снижена в обеих группах, что следует учитывать при решения вопроса об объёме проводимой терапии. Обнаруженная при изучении КЖ у женщин при СД склонность к пессимизму в отношении прогноза болезни указывает на необходимость приводить убедительные доказательства в пользу положительного влияния строгого соблюдения предписаний врача на прогноз при СД. При снижении MCS следует использовать консультации психотерапевта.

Таким образом, исследование КЖ с помощью опросника общего типа SF-36 у пациентов с БА и СД позволило выявить определённые гендерные различия в оценке больными влияния болезни на своё физическое и психическое состояния.

Международный опросник общего типа MOS SF – 36 может быть использован у больных БА и СД для оптимизации программ лечения, реабилитации, вторичной профилактики с учётом гендерных особенностей этих заболеваний.

*Шушляпин О.И., Борзова Е.Ю., Золотайкина В.И.
Харьковский национальный медицинский университет*

ГЕНДЕРНАЯ ГАРМОНИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ МУЖЧИНЫ И ЖЕНЩИНЫ В ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА

Гармония – золотая середина между противоборством и покорностью. Гармония – мост от сердца к разуму. Истинная Сила Личности подразумевает отказ от насилия при решении любых проблем. Гармония предполагает союз с самим собой, с другими людьми, с природой и с «сантаной» – «рекой эволюции», которая стремительно несет жизнь вперед, к новому и лучшему. Гармония значительно усиливает творческий потенциал главным образом потому, что позволяет личности кооперировать свою энергию с энергией других людей, в частности мужчины и женщины.

Гармония включает в себя следующие понятия: уравновешенность, красоту, грацию и единение, – главным среди них является уравновешенность. Когда мы говорим о равновесии сил в природе, мы имеем в виду баланс всех сфер жизнедеятельности: биологической, социальной, эмоциональной и интеллектуальной. Равновесие зиждется на умеренности, золотой середине. Неумеренность многих достоинств нередко превращает их в пороки; отсюда берет начало фанатизм – основной разрушитель принципа гармонии. Чрезмерность в осторожности оборачивается трусостью, в храбрости – безрассудством, в терпении – пассивностью, в проявлении воли – упрямством, в жертвенности – мученичеством, в сострадании – унижительной жалостью и сентиментальностью.

Неуравновешенность, фанатизм, принуждение и насилие на протяжении всей истории нашей планеты тесно связаны с самыми отвратительными сторонами жизни – порабощением женщины и уходящим в далекое прошлое стереотипом во взглядах на ролевое поведение представителей обоих полов. Сам факт появления на Земле мужчины и женщины свидетельствует о дуализме и равновесии в природе. Психология поведения мужчины и женщины не предопределяется однозначно при рождении: как мужская, так и женская психологии равно существуют в жизни и доступны восприятию представителям и мужского и женского пола. Одностороннее развитие человеческого общества привело к тому, что женщины в подавляющем большинстве были лишены возможности активно участвовать в жизни вне домашнего очага. В современном мире очень не хватает заботы, любви, чуткости, изящества, красоты, непосредственности, щедрости, интуиции, терпения, ласки, сочувствия – всех качеств, свойственных женской натуре, где доминируют чисто мужские ценности – расчет, нигилизм,

конкуренция, авторитарность, агрессия и элитарность. Мужская психология (мужской принцип) часто пробивает себе путь, шагая по телам, сердцам и умам. Достижения, основанные на ущемлении прав других, недолговечны, торжество одной психологии над другой равнозначно уродству.

Необходимо преодолеть исторически сложившийся стереотип поведения полов. Хотя в самом биологическом акте материнства изначально заложена способность к любви, заботе и ласке, тем не менее, все люди рождаются одинаково способными воспринимать и мужскую и женскую психологию поведения. Это не только возможно, это необходимо для эволюционного процесса. **Сила Личности развивается в соответствии с уровнем синтеза обеих психологий в каждом человеке.**

Гармония индивидуума, равно как и гармония всего мира, зависит от развития как мужской, так и женской психологии. Нацистский супермен был не столько сверхчеловеком, сколько сверхмужчиной. Нацисты восславляли такие типично мужские качества, как физическая сила, агрессивность, превосходство, грубость, эгоизм. О любви, самопожертвовании, мягкости и доброте, присущих женщинам, не могло быть и речи, а в результате царствовали жестокость, похоть и эгоцентризм.

Мир на Земле зависит от равновесия и синтеза мужской и женской психологии в каждом из нас. Для этого женщина должна иметь действительно равные с мужчиной права на всех социальных уровнях. **Женщине**, дающей людям жизнь, необходимо участвовать в создании лучших условий жизни для тех, кого она приносит в этот мир. Ее здравый смысл, интуиция, а главное – сердце, помогут из множества решений принять верное. Если обратиться к историческим фактам и биографиям многих великих людей, станет ясно, что главным источником их вдохновения была **Женщина**.

*Шушляпин О.И., Ломакина О.В., Добровольская И.Н.
Харьковский национальный медицинский университет*

ФЕНОМЕН ГЕНДЕРА И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА С ПОЗИЦИЙ БИОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Гендер – одно из фундаментальных понятий современного общества. Гендерный подход внёс существенные коррективы в анализ структуры современного общества, особенно, в сфере здравоохранения и медицинского обслуживания, касающихся, в частности, понимания природы биологического и психологического возраста. Биологический и психологический возраст как выражение резервов психологического и соматического здоровья человека в контексте оценки феномена гендера может рассматриваться в естествознании как новый подход комплексной оценки третьей противозидемической революции. В её основе должна лежать стратегия управления здоровьем индивида, как психического, так и соматического на основе валеологических (санологических) подходов, в частности, основываясь на био-энерго-информационной системе женского и мужского организма.

Благодаря взаимосвязи между когнитивными и молекулярно-генетическими уровнями и уникальными программами, универсальными меха-

низмами и особыми правилами, могут порождаться группы и сети нейронов с новыми заданными наперед логическими свойствами, тем самым определяя направление нейроэволюции на уровне популяции и отдельно организма, а также развития самой личности мужчины и женщины.

Когнитивные программы представляют собой логические устройства, управляющие только логическими свойствами материальных процессов, протекающих в нейронных сетях нервной системы живых существ на молекулярном, генетическом, нейронном (клеточном) и т.п. уровнях. По своей природе эти логические свойства являются эмерджентными по отношению к физическим свойствам сконструированных людьми интеллектуальных устройств. Но при моделировании физико-химических, нейробиологических и нейрофизических свойств живых биологических систем и нервных тканей мозга, можно выявить изменение свойств нервной ткани и нейронных сетей.

В исследованиях последних лет значительное внимание уделяется духовной составляющей психического и соматического здоровья мужчины и женщины. Нейроэволюция взаимосвязана с когнитивной эволюцией, с формированием и эволюционным развитием когнитивных способностей, вплоть до самых высших – мышления и сознания. Она должна следовать принципам: «Человек не может быть счастлив, если он хоть на йоту способен сделать несчастным другого» и «Великодушие, милосердие и сострадание – первая примета божественного сана».

В данной работе раскрывается смысл и значение управления сознанием, разумом и духом как комплексом валеологических действий, направленных на сохранение, улучшение и изменение здоровья мужчин и женщин с позиции духовного и разумного развития в контексте философского осмысления. При этом здоровье рассматривается как более общая категория и некая целостность по сравнению с болезнью. Аналогично тому, как сознание рассматривается как целостность по отношению к психологическим свойствам-качествам человека – вниманию, активности, воле, характеру, способностям, перцептивным, интеллектуальным и мнемоническим процессам и т.п.

Это дает возможность получать самые неожиданные для практики выживания человечества данные. Например, о роли духовности, перенесенных стрессов и других факторов возрастания риска заболеваемости и смертности. В системе новых достижений биологической, фармакологической, фармацевтической и психологической науки, дающих возможность реализации долголетия на основе позитивной самореализации личностных качеств мужчины и женщины следует учитывать потенциал гендерных исследований как фактора, который влияет на состояния здоровья.

ЗМІСТ

Вступне слово ректора ХНМУ	3
Вітальне слово Директора департаменту науки і освіти ХОДА	5
Вітальне слово Голови правління ВГО "Асоціації превентивної та антиейджинг медицини"	5
Greetings from the Head for Center of Gender Medicine at the Department of Medicine at the Department of Medicine, Karolinska Institute (Solna)	6

ЧАСТИНА 1

Лісовий В.М., М'ясоєдов В.В. ГЕНДЕРНИЙ ПІДХІД ДО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
Кравець В.П. ГЕНДЕРНІ ПРОБЛЕМИ СЕКСУАЛЬНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ	8
Кодар З.М. СЕМЕЙНО-БРАЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ	10
Cheshko V.T., Peredyadenko A.S. GENDER, REPRODUCTIVE TECHNOLOGY AND TECHNO-HUMANITARIAN BALANCE AS COMPONENTS OF EVOLUTIONARY RISK (EVOLUTIONAL AND PHILOSOPHICAL ESSAYS)	13
Chornopyska O.P., Sorochynska S.I. DIFFERENCES IN MALE AND FEMALE DENTISTS' PRACTICE PATTERNS ABROAD	15
Ernst , Waltraud GENDER AS PERFORMATIVE MATERIALITY?	16
Flys-Junquera, Carmen «TOXIC BODIES IN CHICANA LITERATURE»	17
Karpenko K.I., Korneyko I.V. BINARY OPPOSITION OF FEMININITY AND MASCULINITY IN MEDICINE	18
Kikinezhdzi, Oksana PERSONALIZE OF GENDER EXPECTATIONS OF STUDENTS: PATRIARCHY OR EGALITARIY	19
Bhavana Pavagada Hagaraju GENDER PROBLEM IN ECOLOGY	20
Kpelle David Mwinngoti GENDER DIFFERENCE IN MANIFESTAION AND DEVELOPMENT OF DISEASES	21
Lerius, Julia Sonja TEACHING WOMEN PHILOSOPHERS WITH FOCUS ON GENDER AND EQUALITY ASPECTS	23
Marcin A. Gyrnikiewicz GENDER ATTITUDE IN MASS MEDIA – PROPAGANDA AND EDUCATION? ...	24
Martynenko Nataliya OLEXANDER KLIZOVSKY ABOUT MALE AND FEMALE ELEMENTALS	27
Oparanma Chisa Okachi INFLUENCE OF ENVIRONMENT ON REPRODUCTIVE HEALTH	28

Radzishavska Y.K. ECHOGRAPHY IN THE REVEALING THE DISORDERS OF VESSELS AND HEART	28
Sedaya, Yuliya A FEMALE BODY IN THE DISCOURSE FIELD OF CONTEMPORARY REALITY	29
Sonali Sharma INFLUENCE OF MATERNAL HEALTH ON BABY'S GROWTH	32
Volnenko N.B. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В СПОРТЕ	33
Арзуманова Т. В., Солошенко О. М. ПРОТИДІЯ ГЕНДЕРНИМ СТЕРЕОТИПАМ В СТУДЕНТСЬКОМУ СЕРЕДОВИЩІ	34
Басюк Л.Б. ВПЛИВ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ НА СТОСУНКИ У КЛАСНОМУ КОЛЕКТИВІ	35
Бачун Н.К., Олексюк О.Б. ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ	36
Бездетко Т.В., Еременко Г.В., Химич Т.Ю. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	37
Беловол А.Н., Князькова И.И., Тверетинов А.Б., Цыганков А.И., Герасименко Ж.М., Толкачева И.А., Гребенюк О.В. ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	38
Бережная А.В., Шушляпина Н.О. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОСТИ НОСА	39
Белоглазова К.В. ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ НА РИНКУ ПРАЦІ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ	40
Бібік Н.В., Фесенко Г.Г., Фесенко Т.Г. "ГЕНДЕРНІ ОКУЛЯРИ" ДЛЯ УРБАНІСТІВ	41
Білогур В.Є., Воронін Д.Є. ОСОБЛИВОСТІ ГЕНДЕРНОГО АСПЕКТУ У СПОРТИВНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ	43
Васильева І.В. ГЕНДЕРНЕ ПАРТНЕРСТВО ЯК УМОВА ПОДОЛАННЯ ЕКОЛОГІЧНОЇ КРИЗИ	44
Гардашук Т.В. БІОЕТИЧНІ ТА ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ СУЧАСНИХ БІОМЕДИЧНИХ ПРАКТИК	45
Голозубов О., Мазоренко М. ІДЕНТИЧНІСТЬ ТА ЛІДЕРСТВО: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ	46
Дмитриенко Н.Ф., Запорожец И.В., Красникова С.А. К ВОПРОСУ О ГЕНДЕРНЫХ ПРОБЛЕМАХ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ	48
Добропас І.О. ГЕНДЕРНІ СТРАТЕГІЇ КОНСТРУЮВАННЯ СУЧАСНОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ТІЛЕСНОСТІ	49

Дороніна Т.О. МОЛОДА ВИКЛАДАЧКА У ВИЩІЙ ШКОЛІ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ ПРОФЕСІЙНОЇ АДАПТАЦІЇ	50
Дынник А.А., Помогаев С.А., Акжигитова А.А. ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ	51
Ерёменко Г.В., Тараненко А.О., Илюха С.Э. ЭКОЗАВИСИМАЯ ПАТОЛОГИЯ, ЕЕ ФАКТОРЫ И ГЕНТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ. ЭНДЕМИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ	52
Ермоленко Г.В., Мамчук В.В. ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО СРЕДИ ДОКТОРОВ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛИЗАЦИЙ	53
Ещенко В.Е., Ещенко А.В. ГЕНДЕР: СОЧЕТАНИЕ НАТУРФИЛОСОФИИ И СОЦИАЛЬНОЙ ФИЛОСОФИИ	54
Железнякова Н.М., Зелена І.І., Пасішвілі Т.М., Степанова О.В. ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ДИСФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ	55
Завгородній І.В., Сидоренко М.О. ГЕНДЕРНІ ПІДХОДИ У КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ ОТОЧУЮЧОГО СЕРЕДОВИЩА	56
Завгородня Н.І. СПРИЙНЯТТЯ ОБРАЗУ ТІЛА ЖІНКАМИ, ЯКІ НАРОДИЛИ НЕДОНОШЕНУ ДИТИНУ	56
Ільїн В.Г. МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ ЖІНОК НА ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВАХ ХАРКОВА В 1945–1991 рр.	57
Капустник В.А. ІНТЕГРУВАННЯ ГЕНДЕРНИХ КОНЦЕПЦІЙ В СУСПІЛЬНУ ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я	59
Карпенко Н.А. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ПИЩЕВОГО СТРЕССА В ПЕРИОД МОЛОЧНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЛЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	60
Клименко В.А., Лупальцова О.С. ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И ПОСТНАТАЛЬНАЯ ТРЕВОГА МАТЕРЕЙ: ПОИСКИ ГЕНДЕРНОГО КОНТЕКСТА	61
Коваленко Ю. ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ В РЕКЛАМІ	62
Кодар Замза Мугашовна, Каржанова Макка ПРИНЦИП НЕНАСИЛИЯ В ГЕНДЕРНОЙ ПОЛИТИКЕ КАЗАХСТАНА	64
Козько В.Н., Меркулова Н.Ф., Соломенник А.О., Могиленец Е.И. ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ НСV-ИНФЕКЦИИ	68
Коренева Є. М., Дронова В. М., Карпенко Н. О. ВПЛИВ ЧИННИКІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я. ЕНДОКРИННІ РУЙНІВНИКИ	70

Корильчук Н.І.	
ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У СТАВЛЕННІ ДО ОЖИРІННЯ	71
Кучерган Є.В.	
ВРАХУВАННЯ ГЕНДЕРНОГО ЧИННИКА В РОБОТІ	
КЛАСНОГО КЕРІВНИКА: ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИЙ АСПЕКТ	72
Лазуренко В.В.	
ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ ТА ПРОБЛЕМА	
ВІДПОВІДАЛЬНОГО БАТЬКІВСТВА В УКРАЇНІ	74
Лебединская И.В.	
ГЕНДЕРНЫЕ ПРАКТИКИ ЛИЧНОСТНОГО САМОПРОЕКТИРОВАНИЯ	74
Литвиненко М.І., Щербань М.Г., Гарник В.В.,	
Єфімова Т.Б., Гуторова Г.В.	
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ	
НА РЕКРЕАЦІЙНИХ ВОДОЙМАХ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ	
НАТУРНОГО ГІГІЄНИЧНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ	76
Малахова Д.А.	
«НО ТЫ ЖЕ ДЕВОЧКА!» И «НУ ОН ЖЕ МАЛЬЧИК...» КАК ФАКТОРЫ	
ФОРМИРОВАНИЯ ОТВЕТСТВЕННОГО /БЕЗОТВЕТСТВЕННОГО	
ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ	77
Малахова О.А.	
ГЕНДЕРНОЧУТЛИВА МОВА ЯК ІНСТРУМЕНТ ДЕКОНСТРУКЦІЇ	
ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ ТА ДИСКУРСИВНОЇ ВЛАДИ ПАТРІАРХАТУ	79
Марковський В.Д.	
ГЕНДЕРНИЙ КОНТЕКСТ СПРИЙНЯТТЯ ЛЮДСЬКОГО ТІЛА	80
Мороз А.Ю.	
ГЕНДЕРНАЯ МЕДИЦИНА: РАЗДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ	
ПО ПОЛОВОМУ ПРИЗНАКУ	81
Набатян Н.	
ГЕНДЕРНОЕ НЕРАВЕНСТВО В АРМЕНИИ: МИФ	
ИЛИ СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ?	83
Нестеренко В.Г.	
ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ И СОХРАНЕНИЕ	
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	84
Огнева Л.Г., Николаева О.В.	
ГЕНДЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В МЕДИЦИНЕ	
И ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА РЕАКТИВНОСТЬ	85
Онипченко О.І.	
СЕКСИЗМ ЩОДО ЖІНОК В ПРОЦЕСІ СТАТЕВОРОЛЬОВОЇ	
СОЦІАЛІЗАЦІЇ МОЛОДІ У 20–30 РОКАХ ХХ СТОЛІТТЯ	87
Паніч Р.В.	
РОЛЬ УКРАЇНСЬКОЇ ЖІНКИ	
В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ НА ДОНБАСІ	88
Петренко О.Л., Туєва Я.М., Онипченко О.І.	
РЕКЛАМНО-ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ	
ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	89
Петренко Т.	
СВІТ ЛЮБОВІ	91
Петрушкевич М.С.	
ФЕМОКРАТІЯ ЯК УТОПІЯ	91

Пода О.Ю. ТЕМА ЖІНОЧОГО ЗДОРОВ'Я В ЖУРНАЛІ "КОМУНАРКА УКРАЇНИ" ПЕРШОЇ ПОЛОВИНИ 1920-х рр.	92
Рассказова О.І., Григоренко В.Л. ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОСТІ ОСОБИСТОСТІ	94
Рингач Н.О., Керецман А.О. ХВОРОБИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В УКРАЇНІ: СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ	95
Рябченко О.Л., Сичова В.В. МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ШЛЮБНИХ ВІДНОСИН В УКРАЇНІ У 1920-х–2010-х рр.: ГЕНДЕРНИЙ КОНТЕНТ	96
Савельєва Ю.М. ДО ПРОБЛЕМИ ЛЕГІТИМАЦІЇ ЗНАННЯ ПРО СІМ'Ю: ПОСТМОДЕРНІСТСЬКИЙ ПІДХІД	98
Саенко М. О. РОЛЬ ГЕНДЕРНОГО ПОДХОДА В ПРОБЛЕМАХ ПОЛОВОГО НЕРАВЕНСТВА	99
Семенова Н.В. ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ВИХОДЖУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ	100
Сипливиий В.А., Евтушенко Д.В., Робак В.И. ГЕНДЕРНАЯ СПЕЦИФИКА ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	101
Сипливиий В.О., Робак В.І., Курбатов В.О. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ .	102
Ситнікова А.С. ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ	103
Смирнова В.И., Ащеулова Т.В., Амбросова Т.Н. ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ НА УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	105
Соколова І.І., Воропаєва Л.В., Томіліна Т.В., Герман С.І. ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ЗМІН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЩЕЛЕП ТА ПАРОДОНТА	105
Стоян О.Ю., Соколова І.І. ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ПАТОЛОГІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ	106
Тертишна Т.Д., Бурлуцька Т.Л., Онипченко О.І. АНОРЕКСІЯ ЯК ПРОЯВ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ	108
Филатова Н.Д. ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ В РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА	109
Химич Т.Ю., Бездетко Т.В., Еременко Г.В. ГЕНДЕРНИЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ	110
Христенко Я.А. ПСИХОГИГИЕНА ПОЛА В КОНТЕКСТЕ ГЕНДЕРНОЙ ВОСПИТАННОСТИ	111
Чернецька Т.М. ФОРМУВАННЯ ГЕНДЕРНОВІДПОВІДАЛЬНОГО ВИКЛАДАННЯ У СУЧАСНОМУ ВНЗ	112

Чумаченко Т.А., Корженко Д.А. ГЕДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ	113
Чхеайло І.І., Чхеайло А.А. СТАЛИЙ РОЗВИТОК У ГЕНДЕРНОМУ АСПЕКТІ	115
Шевченко О.С., Калмикова І.М., Овчаренко І.А. ГЕНДЕРНИЙ АНАЛІЗ ХВОРИХ НА АКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2014 РІК	116
Шульга І.М. ГЕНДЕРНИЙ ПІДХІД У СТВОРЕННІ ОЗДОРОВЧОГО СЕРЕДОВИЩА У ДОШКІЛЬНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ	117
Щербина Н.Ю., Рудова М.И., Огнева Л.Г. УРБАНИЗАЦИЯ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ УКРАИНЕ	119
Яремина І.В. ДЕСКРИПТИВНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТРИВАЛОСТІ ПЕРІОДУ МІЖ ЧЕРГОВИМИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЯМИ ЗА КОНТИНГЕНТАМИ ПАЦІЄНТІВ	120
Ярош Я.О. ВПЛИВ СТРОКУ НЕСЕННЯ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ НА РОЗВИТОК СУДИННО-ДИСТОНІЧНИХ ДЕРМОГРАФІЧНИХ РЕАКЦІЙ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ СТРОКОВОЇ СЛУЖБИ	121

ЧАСТИНА 2

Guzhva A.A., Paymina I.S., Karnaukh E.V. GENDER DIFFERENCES IN DRUG'S PHARMACOKINETICS	123
Алексеенко А.П. МУЖСКОЕ И ЖЕНСКОЕ: ТРАНСФОРМАЦИЯ РОЛЕЙ В УКРАИНЕ	123
Аралова В.О. ГЕНДЕРНА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ЖІНОЧИХ ОБРАЗІВ В УКРАЇНСЬКІЙ ЛІТЕРАТУРІ	125
Бакута Ю.В. СУЧАСНІ УКРАЇНСЬКІ ПИСЬМЕННИЦІ – ФЕНОМЕН ГЕНДЕРУ В НАЦІОНАЛЬНІЙ КУЛЬТУРІ	125
Башкатова М.В., Веснин А.В. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ	126
Бердник Д.А., Бойко А.А. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	128
Бутова Т.С. СТАТЬ-СПЕЦИФІЧНИЙ ФАКТОР РИЗИКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ	129
Гончаренко Л.О. СУПЕРЕЧНОСТІ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА	130
Иванова А.Н., Самсонова Т.В. ГЕНДЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	132
Касторнова Ю.И., Хамдамова К.Б. ИСТОРИЯ ФЕМЕНИЗМА: "ВТОРОЙ ПОЛ" СИМОНЫ ДЕ БОВУАР	133

Кучера Т.М. ПРОБЛЕМА ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ В СУЧАСНОМУ УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ	134
Марущенко О.А., Сиверчук М.А. ГЕНДЕРНАЯ СТРАТИФИКАЦИЯ КАФЕДРАЛЬНЫХ КОЛЛЕКТИВОВ В ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ	136
Меженская Е.А. ДОБРОВОЛЬНО БЕЗДЕТНЫЕ – ПСИХОПАТОЛОГИЯ ИЛИ ОСОЗНАННЫЙ ВЫБОР?	137
Нечушкіна О.В. ПОВЕДІНКА, ПОВ'ЯЗАНА ІЗ ЗДОРОВ'ЯМ, В КОНТЕКСТІ КОНЦЕПЦІЇ КУЛЬТУРИ БІДНОСТІ: ПЕРСПЕКТИВИ ГЕНДЕРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	138
Рапава К.Б. ОБРАЗ ЖЕНЩИНЫ В РЕЛИГИОЗНЫХ ТРАДИЦИЯХ ИНДУИЗМА	139
Сокол А.А. ОТНОШЕНИЯ ТРАДИЦИОННОГО ОБЩЕСТВА К ГЕНДЕРНОМУ РАВНОПРАВИЮ	141
Соловьева Е.С. РОЛЬ ЖЕНЩИНЫ В ОБЩЕСТВЕ ДРЕВНЕГО ЕГИПТА	141
Фельдман Д.А. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ "СИНДРОМА РАЗБИТОГО СЕРДЦА"	142

ЧАСТИНА 3

Karnaugh E.V., Plekhova O.A. ROLE OF INSULIN IN WOMEN'S LACTATION AFTER LABOR	144
Pytetska N. GENDER PECULIARITIES OF HYPERTENSION	144
Nasonova L.I. INSTITUTIONALIZATION OF A GENDER INEQUALITY IN AVRAHAMIC RELIGIONS	145
Pooja Praharaj, Pytetska N. ENVIRONMENTAL INFLUENCE ON REPRODUCTIVE HEALTH	146
Sorokina I.V., Myroshnychenko M.S. GENDER FEATURES OF INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION SYNDROME OF FETUS AND NEWBORN	147
Арутюнян А.Ю. КИПЯЧЕНИЕ ВОДЫ КАК ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН	148
Білан Т.О. ГЕНДЕРНА РЕЦЕПЦІЯ УКРАЇНСЬКОЇ КУЛЬТУРИ	149
Богачова О.С. ОСОБЛИВОСТІ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ УЧНІВ ПРОФЕСІЙНОГО АГРАРНОГО ЛІЦЕЮ	151
Бордюг Е.О. ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ В МАНИФЕСТАЦИИ И РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	152
Вандишева-Ребро Н.В., Міщенко М.М. ВОЛЯ ТА САМОВИЗНАЧЕННЯ ЖІНКИ ЯК ОСНОВА ЖІНОЧОГО ДИСКУРСУ В УКРАЇНСЬКІЙ КУЛЬТУРІ	152

Вершковська В.О.	
ФАКТОРИ ПОГІРШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	154
Гниденко В.С.	
КОНТРОЛЬ ЗА ЖЕНСКОЙ СЕКСУАЛЬНОСТЮ КАК УГРОЗА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ	154
Гулевський С.В.	
СТЕРЕОТИПИ ГЕНДЕРНОРОЛЬОВОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ У ТЕЛЕСЕРІАЛАХ ..	156
Громов А.А.	
РАЗВИТИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОТНОШЕНИЙ КАК УСЛОВИЕ РАЗРУШЕНИЯ ПАТЕРНАЛИЗМА В ПОЛИТИКЕ	157
Дмитриенко Н.Ф., Запорожец И.В., Красникова С.А.	
УЧЕТ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ПОЛИКУЛЬТУРНЫХ ГРУППАХ ИНОСТРАННЫХ УЧАЩИХСЯ	158
Гучинова Э-Б.	
МЕДСМОТР В ПАМЯТИ БЫВШЕГО ВОЕННОПЛЕННОГО О ЛАГЕРЯХ В СССР	159
Дейнека В.В.	
СИМУЛЯЦИЯ ЗДОРОВЬЯ – В ПОГОНЕ ЗА "ПОЛНОЦЕННОСТЬЮ"	161
Золотар А. О.	
ВРАХУВАННЯ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ У РОБОТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ	162
Карпенко І.В.	
ГЕНДЕРНЕ МИСЛЕННЯ ЯК КРИТИКА "ПРИРОДНОСТІ" БУТТЯ	163
Карпенко К.І.	
ІНВАЙРОНМЕНТАЛІЗМ ЯК УМОВА ФОРМУВАННЯ ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ	164
Катеренчук І.П., Свічкар Н.В.	
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ І ТЕРАПІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	166
Козыренко О.Ю.	
ДЕВИАНТНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ТРАДИЦИОННЫХ ПРАКТИК: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ	167
Корильчук Н.І.	
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	168
Коробчанский В.А., Герасименко О.И., Кателевская Н.Н., Некрасова Ю.В.	
ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ СТРЕССА СОВРЕМЕННЫМИ ПОДРОСТКАМИ	170
Коробчанский В.А., Стянова Ю.Д., Титаренко В.В.	
ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ МОТИВАЦИИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ	171
Краснощекова Е., Мамасуева Л.	
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН	172
Куценко М.А., Ковалева К.А.	
ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	173
Лаврик А.О.	
ГЕНДЕРНІ ТА ЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ НА СТАН РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я	174

Маркевич Н.А., Калюжка В.Ю., Сафаргалина-Корнилова Н.А. ТАЙНА ВНУТРЕННЕЙ СИЛЫ ЖАННЫ Д'АРК	175
Мотрич Д.А., Котков О.Р., Светличная Е.В. СОЦИАЛЬНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ В КОНТЕКСТЕ ГЕНДЕРА	176
Наріжна А.В. ПЕДАГОГІЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВИКЛАДАЧІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ	177
Петрів О.В. ПРОБЛЕМА ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ У ТВОРЧІЙ СПАДЩИНІ СІМОНИ ДЕ БОВУАР	178
Сендецкий С.С., Скорбач Е.И., Салтовский А.В. ИНДЕКС ГЕНДЕРНОГО НЕРАВЕНСТВА, КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ	179
Скорбач Т.В., Діасамідзе М.Е. ГЕНДЕРНА МЕДИЦИНА: РІЗНИЙ ПЕРЕБІГ ОДНИХ І ТИХ САМИХ ХВОРОБ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК	180
Соханевич Е.М. ЖЕНЩИНА В ЯЗЫЧЕСТВЕ	181
Сирова Г.О., Чаленко Н.М., Копотева Н.В. ГЕНДЕРНІ ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЇ ДО УМОВ НАВЧАННЯ У ВНЗ	182
Степанов А.О. СОЦІАЛЬНЕ СЕРЕДОВИЩЕ ТА ПСИХОГІЄНА СТАТІ	183
Сокольников А.О. СТРАХ, КАК ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ФАКТОР, И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПОВЕДЕНИЕ И ГЕНОТИП ЧЕЛОВЕКА	184
Трегубенко А.Р. ОБРАЗ ЖЕНЩИНЫ В РЕЛИГИИ И МИФОЛОГИИ ДРЕВНЕЙ СКАНДИНАВИИ	185
Трифонов Т.И. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	186
Ходун И.И. ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА РАЗВИТИЕ РЕВМАТИЗМА	187
Хромей Е.В. РОДИТЕЛЬСТВО В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ	188

ЧАСТИНА 4

Алексеенко Р.В., Рисованая Л.М. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ	190
Амаш А.Г., Фролова Т.В. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ МАКРОЕЛЕМЕНТНОГО ПРОФІЛЮ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ В М. ХАРКОВІ	191
Андрієнко В.І. НАВКОЛИШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ ТА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТА ВЗАЄМОЗАЛЕЖНІСТЬ	192
Атаманова О.В., Охупкина О.В. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ У СТАВЛЕННІ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ПІДЛІТКІВ	193

Барсукова Е.Д. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕДИКТИВНО-ПРЕВЕНТИВНОЙ И ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ	194
Беловол А.Н., Ткаченко С.Г., Береговая А.А. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ ПСОРИАЗА И КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ	195
Білера Н.В., Нікуліна Г.Л. ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ СЛУЖБОВОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ЖІНОК В НАЦІОНАЛЬНІЙ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ	197
Болокадзе Є.О., Піонова О.М., Оспанова Т.С. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ	198
Бортник Е.Ю., Гадирова Т.Р. ГЕНДЕРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ	198
Боярский А.А., Стрельникова И.Н. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ	199
Бутов Д.А., Ипатов М.А., Худолей Е.В. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	200
Василик В.С. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНІСТІ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК СЕРЕД ШКОЛЯРІВ МІСЬКИХ ШКІЛ	201
Вьюник Т.В., Кебашвили С.В. ВРАЧ ГЛАЗАМИ ОКРУЖАЮЩИХ	202
Гапон Н.П. ЖИТТЄВИЙ СВІТ ЛЮДИНИ-ПРЕКАРІАТУ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ'	203
Gerasimchuk U. REPRODUCTIVE HEALTH CARE	205
Гимадеева К.В. ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД	206
Глебова Л.И. ГЕНДЕРНАЯ АСИММЕТРИЯ В УКРАИНСКОМ ПОЛИТИКУМЕ	206
Годзь Н.Б. ПІТАННЯ КОНВЕНЦІЙ ТА КОМУНІКАЦІЇ У НАУКОВІЙ СПІЛЬНОТІ (екологічний аспект)	207
Григорова М.В. АНОРЕКСИЯ – ГЕНДЕРНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ	209
Дебелая И.С., Турбар Д.С., Огнева Л.Г. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К ИЗМЕНЕННЫМ УСЛОВИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ	210
Дзюба В.С. ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО РОДИТЕЛЕЙ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕСС СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА	211
Дякова М.А. ПРОБЛЕМАТИКА ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ЖЕНЩИН	212
Камінська Т.М. ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ РИНКУ ПРАЦІ Й ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я	214

Каштан К.П., Гончаренко Л.О. ПРОБЛЕМИ УРБАНІЗАЦІЇ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА	215
Квіткін П.В., Дятлова І.В. ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ ЯК ПЕРЕДУМОВА СУСПІЛЬНОГО ПРОГРЕСУ	216
Колесникова Е. ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ	217
Котелюх М.Ю. ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ	218
Котова-Олійник С.В. ГЕНДЕРНА ПРОСВІТА СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ФАКУЛЬТЕТІВ ЖУРНАЛІСТИКИ – ШЛЯХ ДО ПОДОЛАННЯ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ У СФЕРІ МАС-МЕДІА	219
Кравченко В.В. ТЕНДЕНЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕМЬИ «ТРЕТЬЕЙ ВОЛНЫ»	220
Красковська Т.Ю., Зінчук А.М., Зінчук О.Г. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ РАКУ ЛЕГЕНІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ М. ХАРКОВА ТА ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	222
Кругляк В.А. УЧЕТ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ	222
Лазаренко К.П. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ ЖЕНЩИН	223
Лазаренко К.П. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИОЗОМ	224
Лантух А.П., Меркулова Н.Ф., Федотова О.Л. ПРЕДИКАТИВНАЯ МЕДИЦИНА – ГЕНДЕРНАЯ СТИГМА СОВРЕМЕННОСТИ И НЕ ТОЛЬКО... ..	226
Літовченко О.Л. ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ ТА ПОЗИТИВНОЇ НИЗЬКОЇ ТЕМПЕРАТУРИ НА РЕПРОДУКТИВНУ СИСТЕМУ ТВАРИН	227
Логвінов Д.І. ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ У СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ	228
Макаренко Н. НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ В СОВРЕМЕННОСТИ	229
Малец О.С., Гайнутдинова А.А. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ	230
Mamedova Kamila GENDER-BASED FEATURES	231
Мозгова Т.П., Лещина І.В., Федорченко С.В. ПАТЕРН КОМУНІКАТИВНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ	232
Ольхова А.О., Фарзуллаев Н.Н. ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: ПОЛЬЗА ИЛИ ПОРОК?	233

Ольховський В.О., Каплуновський П.А., Сокол М.С. ПРАВОВА РЕГЛАМЕНТАЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ	235
Павличук Е.А. ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ ВИБОРА ВРАЧА-ГИНЕКОЛОГА И ПРОФЕССИИ УРОЛОГА-АНДРОЛОГА	236
Палей Л.А. ЕТИЧНІ АСПЕКТИ СУЧАСНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ПРАКТИК	237
Петренко Т.О., Старкова І.В. ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ У ПИТАННЯХ СТВОРЕННЯ СІМ'Ї	239
Полухтович Т.Г. ЖІНОЧІ ТА ЧОЛОВІЧІ ГЕНДЕРНІ РОЛІ	239
Прутян Ю.О., Зарайська І.А. ФІЛОСОФСЬКО-ІСТОРИЧНИЙ ПОГЛЯД НА ФЕНОМЕН ГЕНДЕРУ	241
Селюк Є.В. ЗВОРОТНІЙ БІК «ЧОЛОВІЧОГО» В ДИСКУРСІ ФАЛЛОЛОГОЦЕНТРИЗМА	242
Семидоцкая Ж.Д., Чернякова И.А. ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ БИОЭТИКИ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ	243
Сільченко А.А., Ракшеєва А.В. ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ: ШЛЯХ ДО ПРОГРЕСИВНОГО СУСПІЛЬСТВА ЧИ ВТРАТА СПОКОНВІЧНИХ ПРИРОДНИХ РОЛЕЙ	244
Simataa Lovemore GENDER PROBLEMS IN MEDICINE	245
Старкова И.В., Алексеева С.А., Парашук В.Ю. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ – ОСНОВА ЗДОРОВОЙ НАЦИИ	246
Степанова Л.О. ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ В УКРАЇНСЬКИХ ПРИСЛІВ'ЯХ ТА ПРИКАЗКАХ	247
Суходольська О.І. ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ: КОРИСТЬ ЧИ ВАДА?	248
Тихонова О.О., Кулик А.Ю. РАННИЙ АЛКОГОЛИЗМ КАК СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА	249
Усенко С.Г., Усенко С.А. ПРОБЛЕМА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ	250
Федорцова В.В., Саакян Т.Е. ВПЛИВ ЧИННИКІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ	251
Феськов А.М., Жилкова Е.С., Иванова А.В. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ У МУЖЧИН	252
Феськов А.М., Зозулина А.Н., Иванова А.В. МЕТОДИКИ ВРТ, ПРИВОДЯЩИЕ К УВЕЛИЧЕНИЮ ЧАСТОТЫ НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПАТОСПЕРМИЯХ	254

Феськов А.М., Сомова Е.В., Жилкова Е.С.	
СУЩЕСТВУЮТ ЛИ ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В МОРФОКИНЕТИКЕ ЭМБРИОНОВ ЧЕЛОВЕКА НА ДОИМПЛАНТАЦИОННОЙ СТАДИИ?	255
Филиппов А.А., Филиппов А.В.	
ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ИНСУЛЬТОВ	256
Фоміна Л.В., Скорбач Т.В., Кулікова І.І.	
ГЕНДЕРНА ПЛОЩИНА В СУЧАСНІЙ ЛІТЕРАТУРІ	258
Фон Фрееден Г.В., Кравченко В.И.	
ГЕНДЕРНАЯ ПОЛИТИКА ФРГ: ПРАВОВОЕ И РЕАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ. .	259
Хачатурян І.О.	
МЕНТАЛІТЕТ УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ	260
Химич Т.Ю., Бездетко Т.В., Еременко Г.В.	
ГЕНДЕРНЫЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ	262
Чернякова А.Е., Каушняя Д.В.	
ГЕНДЕРНАЯ МЕДИЦИНА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	263
Шушляпин О.И., Борзова Е.Ю., Золотайкина В.И.	
ГЕНДЕРНАЯ ГАРМОНИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ МУЖЧИНЫ И ЖЕНЩИНЫ В ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА	264
Шушляпин О.И., Ломакина О.В., Добровольская И.Н.	
ФЕНОМЕН ГЕНДЕРА И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА С ПОЗИЦИЙ БИОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	265

ГЕНДЕР. ЕКОЛОГІЯ. ЗДОРОВ'Я

Матеріали
IV Міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченої 210-річчю
Харківського національного медичного університету
(Харків, 21–22 квітня 2015 року)

Відповідальний за випуск: Карпенко К.І.

Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 17,5.
Наклад 230 прим. Зам. № 15-3279.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022
izdat@knhmu.kharkov.ua

Свідцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру
видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції
серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.