

MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE
DEPARTMENT OF HEALTH CARE OF KHARKIV REGIONAL STATE
ADMINISTRATION
DEPARTMENT OF SCIENCE AND EDUCATION OF KHARKIV REGIONAL
STATE ADMINISTRATION
DEPARTMENT OF HEALTHCARE OF KHARKIV CITY COUNCIL
KHARKIV NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

GENDER. ECOLOGY. HEALTH

Proceedings
of the VII International Scientific and Practical Conference
(Kharkiv, April 22–23, 2021)

Kharkiv
KhNMU
2021

ББЛ 60.542.21
УДК 314.334.43
Г 34

Редакційна колегія

В. А. Капустник, В. М. Лісовий, В. В. М'ясоєдов, І. В. Лещина, І. В. Летік,
О. Я. Гречаніна, К. І. Карпенко, Г. М. Кожина, С. О. Краснікова.

*Друкується за рішенням вченої ради
Харківського національного медичного університету.
Протокол № 5 від 22 квітня 2021 р.*

Г 34 Гендер. Екологія. Здоров'я: матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції (Харків, 22–23 квітня 2021 р.) / ред. кол. : В. А. Капустник, В. М. Лісовий, В. В. М'ясоєдов та ін. – Харків : ХНМУ, 2021. – 232 с.

У збірнику представлено результати наукових досліджень фахівців та молодих науковців з навчальних закладів Харкова, 12 міст України, вчених із Швеції, Італії, Чехії, Сербії, Індії, Туреччини, Білорусії, Польщі, Хорватії, Німеччини, Вірменії. Доповіді присвячено гендерним аспектам медицини та екології, а також дослідженню перспектив гендерної медицини у контексті пандемії covid-19. Для науковців, викладачів, аспірантів та всіх зацікавлених.

**UDC 314.334.43
LBC 60.542.21**

Editorial board

V.A. Kapustnyk, V.M. Lisovyi, V.V. Myasoedov, I.V. Leshchina, I.V. Letik,
O.Y. Hrechanina, K.I. Karpenko, H.M. Kozhyna, and S.O. Krasnikova.

*Published by the decision of the Academic Council of
Kharkiv National Medical University.
Protocol # 5 of April 22, 2021.*

G 34 Gender. Ecology. Health: Proceedings of the VII International Scientific and Practical Conference (Kharkiv, April 22–23, 2021) / editorial board : V. A. Kapustnyk, V. M. Lisovyi, V. V. Myasoedov and others. – Kharkiv: KhNMU, 2021. – 232 p.

The collection presents the results of scientific research of specialists and young scientists from educational institutions of Kharkiv, 12 cities of Ukraine, scientists from Sweden, Italy, Czech Republic, Serbia, India, Turkey, Belarus, Poland, Croatia, Germany, and Armenia. The reports focus on gender aspects of medicine and ecology, as well as research on the prospects of gender medicine in the context of the covid-19 pandemic. For scientists, teachers, graduate students, and anyone interested.

ШАНОВНІ УЧАСНИЦІ ТА УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ!

Цього року всьоме в Харківському національному медичному університеті проходить Міжнародна науково-практична конференція «Гендер. Екологія. Здоров'я». Метою конференції традиційно є міждисциплінарний аналіз проблем гендерної рівності, екології та здоров'я у контексті гендерної медицини, а також інтеграція зусиль вчених та громадськості у розробці нових підходів до їх розв'язання. Приводом для онлайн зустрічі наукової та медичної спільноти цього разу стали виклики епохи COVID-19. Соціальні, медичні, політичні та економічні проблеми пандемії серйозно позначилися на всіх трьох ключових й тісно пов'язаних між собою сферах дослідження.

Пандемія COVID-19 стала катаклізмом, що загрожує правам людини, культурі та екології. У цьому контексті звіт Каріми Беннун, Спеціальної доповідачки ООН в області культурних прав людини, викликає занепокоєння. У ньому зазначається, що сучасна глобальна цивілізаційна проблема негативно позначилася на правах людини в світі. Саме в цей час позитивний вплив культури і науки може покращити ситуацію.

Отже, актуальність міждисциплінарної конференції «Гендер. Екологія. Здоров'я» зумовлена викликами сьогодення, у відповідь на які науковці та молоді дослідники запропонували своє бачення сутності проблеми та перспектив її вирішення.

Синкретичне поєднання гендерної рівності, здоров'я людини та партнерства «людина-природа» потерпає від викликів сучасності. Гендерна нерівність поглиблюється через соціальні наслідки пандемії, жіноча репродуктивна праця зростає через онлайн-навчання дітей, яке лягає на плечі матерів, необхідність догляду за хворими, збільшення побутових навантажень через локдаун (Gausman J, and Langer A. *Sex and gender disparities in the Covid-19 pandemic. J Womens Health. (2020) 29:465–6. doi: 10.1089/jwh.2020.8472*). Цей тягар відволікає жінок від оплачуваної праці і підвищує ризики звільнення. Крім того, зростають ризики домашнього насильства і нестачі їжі, які також більшою мірою вражають жінок.

Саме жінки – це 70% медичних сестер та медичних працівників, які зараз ризикують своїм життям та потерпають від стресів та фізичних і психічних над-навантажень (Boniol M, McIsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, and Campbell J. *Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries. Geneva: World Health Organization (2019)*). І тому задача міждисциплінарних досліджень зараз – це розробка спільних стратегій протистояння наслідкам пандемії.

В умовах превентивних заходів щодо вірусу Sars-Cov-19 повсякдення людей та їхня взаємодія з природою суттєво змінилися. Норвезькій філософ Арне Наесс, автор концепції глибинної екології, наголошував, що живі істоти мають однакові права на життя та щастя, і їхня важливість для екосистеми є однаковою. Тому люди повинні відмовитися від надмірного

антропоцентризму на користь екоцентризму і зрозуміти свою роль у світі як одну з багатьох. Не треба забувати про покращення якості повітря, відновлення екологічної системи тощо, щоб зберегти ці тенденції після відновлення економіки. Крім того, слід вивчати не тільки негативний вплив пандемії, але також аналізувати позитивні надбання культури виживання в умовах пандемії і локдауну.

Виживання людства під час пандемії – як фізичне, так і психічне – є неможливим без глибинного розуміння її впливу на суспільні, політичні, економічні процеси. Європейський інститут гендерної рівності (EIGE) повідомляє про негативний вплив локдауну на жінок через скорочення робочих місць на 2, 2 млн., оскільки воно мало місце переважно у сферах торгівлі, виробництва одягу, сфері обслуговування. Карлієн Шееле, директор EIGE повідомляє також про довгострокові економічні наслідки локдауну для жінок, оскільки навіть при зростанні зайнятості, жінки зайняли вдвічі менше посад, ніж чоловіки. Одночасно зростає тиск на матерів, що мають дітей віком до 5 років (*Covid-19 and gender equality / Retrieved from: <https://eige.europa.eu/topics/health/covid-19-and-gender-equality>. – 19.04.2021*).

Жінки виявилися більш вразливими в умовах обмеженої комунікації. Для виправлення цього дисбалансу вкрай важливими є мультидисциплінарні дослідження взаємовпливу рівноправності жінок і чоловіків та розвитку сфери охорони здоров'я. Отже, не випадково розгляду цього питання присвячено роботу круглого стола цього річної конференції «Сутність та перспективи превентивної, антиейджингової та гендерної медицини. Гендерні виклики пандемії». Він має на меті згуртувати як медичну і активістську спільноти, так і фахівців гуманітарної галузі. Отримані результати досліджень покликані стати інструментом не тільки порозуміння та наукового пошуку, але й практичної допомоги у ці складні часи.

Доброю традицією є те, що конференція «Гендер. Екологія. Здоров'я» єднає науковців і науковиць різного віку, різних країн і культур. Своє бажання взяти участь у конференції висловили вчені та молоді науковці багатьох закладів вищої освіти Харкова, 12 міст України, фахівці з Італії, Швеції, Білорусі, Вірменії, Сербії, Туреччини, Індії, Хорватії, Німеччини, Чехії. Під однією обкладинкою зустрінуться тексти досвідчених вчених і студентів, і, таким чином, наукова дискусія стане також діалогом поколінь.

Плідна робота, конструктивні діалоги та ефективні взаємодії учасників та учасниць конференції в царині винесених на обговорення проблем будуть сприяти розв'язанню задач, що є вирішальними для сьогодення.

Валерій КАПУСТНИК,
Ректор Харківського національного
медичного університету

Володимир ЛІСОВИЙ
Голова Вченої ради Харківського
національного медичного університету

**Шановні учасники, учасниці та організатори
VII Міжнародної науково-практичної міждисциплінарної
конференції «Гендер. Екологія. Здоров'я»!**

Щиро вітаю усіх, хто приєднався до онлайн конференції, організатором якої є славетний Харківський національний медичний університет, що стояв у витоків і наукових гендерних досліджень, і практичної роботи щодо впровадження гендерної компоненти до системи вищої освіти регіону.

Кожна із семи конференцій робила свій акцент, окрім широкого кола питань, пов'язаних із гендерною тематикою. На цьогорічному заході очікувано буде приділено велику увагу питанню «COVID-19 та гендерна рівність», бо пандемія завдає відчутних ударів не тільки світовій фінансово-економічній системі, але й суттєво впливає на стан забезпечення гендерної рівності.

Тому сьогодні вкрай важливо брати до уваги гендерний вплив заходів, спрямованих на подолання пандемії, бо гендерносліпі рішення будуть мати довготривалий вплив на життя і здоров'я як жінок, так і чоловіків після закінчення гострої фази пандемії. Чоловіки та жінки мають рівне право на найвищий рівень інформації та послуг, що стосуються їхнього екологічного середовища, сексуального та репродуктивного здоров'я та інших аспектів здорового образу життя.

Здійснення інвестицій у належне забезпечення інформацією і надання профілактичних послуг дає змогу уникнути витрат на дороге лікування.

Якщо враховувати чинники, пов'язані з гендерною диференціацією суспільства, то стратегії здорового образу життя будуть більш ефективними.

Окремо не можливо не зазначити згубний вплив пандемії щодо гендерно зумовленого насильства, про що говорять результати досліджень, у тому числі зроблених міжнародними організаціями.

Вважаю, що завдяки нашим науковцям, освітянам, громадським організаціям, наш регіон є сьогодні провайдером принципу рівних прав та можливостей жінок і чоловіків як одного з важливих умов сталого соціально-економічного розвитку, реалізації прав людини та самореалізації особистості, запорукою ефективного розв'язання існуючих проблем, а також повноцінного приєднання України до європейської спільноти. І намагаємось, щоб Харківщина не здавала свої позиції і надалі залишалася лідером руху гендерних перетворень в країні.

Нові підходи, нові ідеї та рішення: як покращити становище жінок у сферах, де зберігається нерівність; подолати гендерні стереотипи; протидіяти усім формам дискримінації щодо жінок і чоловіків – цього як ніколи потребує наша країна, що опинилася перед викликами сьогодення.

І жінки, і чоловіки страждають від війни, пандемії, економічної кризи, корупції, але водночас вони мають потенціал сприяти процесам встановлення миру, розбудови та реформування країни.

Впевнена, що під час дискусій та спілкування науковців, практиків, молодих вчених, студентства, у тому числі з інших країн – ви знайдете креативні рішення, розробите ефективні шляхи наближення до тих європейських гендерних стандартів, за якими живуть розвинені країни вже багато років.

Бажаю усім плідної, змістовної та творчої роботи!

З повагою
Анжеліка КРУТОВА,
Директор Департаменту науки
і освіти Харківської обласної
державної адміністрації,
доктор економічних наук,
професор

Yuliia Siedaia
Deputy Director of the Northern Trans-Regional Department
of the National Health Service of Ukraine, PhD in sociology

HUMAN RIGHTS IN THE LATEST CONDITIONS OF THE MEDICAL GUARANTEE PROGRAM

“Wherever we lift one soul from a life of poverty, we are defending human rights. Whenever we fail in this mission, we are failing human rights”.

Kofi Annan

Universal health coverage means that all people have access to the health services they need, when and where they need them, without financial hardship. It includes the full range of essential health services, from health promotion to prevention, treatment, rehabilitation, and palliative care.

Currently, at least half of the people in the world do not receive the health services they need. About 100 million people are pushed into extreme poverty each year because of out-of-pocket spending on health. This must change.

To make health for all a reality, we need: individuals and communities who have access to high quality health services so that they take care of their own health and the health of their families; skilled health workers providing quality, people-centred care; and policy-makers committed to investing in universal health coverage.

Universal health coverage should be based on strong, people-centred primary health care. Good health systems are rooted in the communities they serve. They focus not only on preventing and treating disease and illness, but also on helping to improve well-being and quality of life. Universal Health Coverage is one of the Sustainable Development Goals. The way to this goal is known – to accumulate enough funds for health care, reduce payments from the patient's pocket, as well as increase the efficiency of available funds. This principle means that civilized countries should strive to ensure that every citizen has access to the necessary medical services and medicines of adequate quality and does not experience financial difficulties due to the payment for treatment.

UHC strategic goals:

1. The state of health of the population
2. Financial protection of patients
3. Citizen satisfaction

When it comes to treatment, it is important for patients to understand the problem of "desire (satisfaction) and need (health)" because people's choices can increase loyalty and satisfaction, but not improve their health.

Example,

- Excessive craving for antibiotics and known drugs
- neglect of drugs for the treatment of chronic diseases
- refusal of vaccination
- Injection - all this is often not about health.

That is why the UHC Intermediate Objectives to which they relate should be noted:

1. Providing access to medical services
2. Quality of medical care
3. Economic efficiency of services

The health guarantee program implemented by the National Health Insurance Fund is an integral part of universal medical coverage. A guaranteed package of medical services is also a tool for transparent rationalization in the health care system. It helps to make the rules of the system clear to both doctors and patients.

The National Health Service of Ukraine is actively working in this direction, implementing the Medical Guarantees Program. This is a list and volume of medical services and medicines that the state guarantees to the population and pays from the state budget at uniform tariffs. It is also transparent rules of access to medical services, which are known in advance to patients and give them a financial foothold during treatment. Consequently, they prevent the catastrophic cost of medical care out of their own pockets.

A new Medical Guarantees Program will come into force on April 1 this year. It is improved and detailed according to the needs of the patient. The 2021 Medical Guarantees Program provides for 35 health care packages, including the COVID-19 vaccination package. Three packages of medical services are new, five more are separated from the existing packages of medical services. For patients, such an extension of the Medical Guarantee Program will mean a more convenient and understandable route for these services. As in the previous year, the Medical Guarantee Program will cover such types of medical care as: primary, specialized and highly specialized care, emergency, palliative care and rehabilitation, medical care for children under 16 and medical care during pregnancy and childbirth. That is, the Medical Guarantee Program covers the most important medical services - consultations, laboratory and instrumental research, hospitalization, surgery and rehabilitation.

The budget of the Medical Guarantees Program-2021 is UAH 123 and a half billion. This amount is defined in the law "On the State Budget of Ukraine in 2021".

In conditions of limited funding, priorities need to be set. The Health Guarantee Program focuses on those diseases that are the most common causes of death in Ukrainians, maternity and childhood protection, and treatment of diseases that are costly to patients. These include the treatment of stroke and heart attack, medical care during childbirth and in complex neonatal cases, as well as instrumental examinations for early diagnosis of oncology.

In 2021, the tariff that will be paid by the National Health Insurance Fund for the treatment of acute stroke will depend on the care provided - in the case of endovascular treatment, it will be more than 97 thousand. This is a modern method of removing a blood clot, which increases the chances of a full recovery of the patient. The cost of stroke treatment with thrombolytic therapy will be 54 thousand UAH. The cost of services for the treatment of acute myocardial infarction will also be shared. In the case of stenting, the tariff will be 32 thousand UAH. The key

focus of the 2021 Medical Guarantee Program is bringing medical care closer to the patient. We want to achieve this through the development of outpatient care and integrated health services. Therefore, we offer a new package for mobile psychiatric teams that will be able to provide care to the patient at home.

After completion of the acute course of the disease, patients can continue treatment on an outpatient basis. In 2021, in accordance with the strategy for the development of the TB service, the primary level will join this work. To do this, we are introducing a special new package. Not all GPs will work with TB patients. Such a decision will be voluntary. Patients with tuberculosis will be referred by a tuberculosis specialist to those family doctors who have the appropriate qualifications, and the center where they work will have a contract with the National Health Insurance Fund. These are patients who can be treated on an outpatient basis and do not secrete the tuberculosis bacterium, ie cannot transmit it to other people.

Among the new packages in 2021 is the treatment of patients with hematological and oncohematological diseases. This medical care was allocated in a separate package, because in Ukraine every year about 12 thousand cases of malignant diseases of the lymphatic and hematopoietic system are detected. Patients with these diagnoses need long-term and expensive medical care. And the ongoing transformation of the health care system is designed to reduce the catastrophic treatment costs borne by cancer patients out of pocket.

The tariff will be over 54 thousand UAH. Adjustments are applied to it. For example, the institution will receive three times more money for the treatment of children. Our goal is not just to buy medical services, but also to influence their quality. Therefore, this year the NSSU proposed to introduce a surcharge for the performance of the contract.

In the priority areas, we propose to influence the quality of medical care through adherence to the route of patients. The emergency medical center will receive more funds if the team takes the patient to the institution that has a contract with the National Health Insurance Fund for the treatment of stroke and heart attack. This means that such an institution has all the necessary equipment and specialists to provide effective care to the patient.

*Lodi Elisa, Reggianini Letizia, Maria Grazia Modena
UNIMORE Gender oriented Center for Heart Failure
and High risk Patients, Modena, Italy*

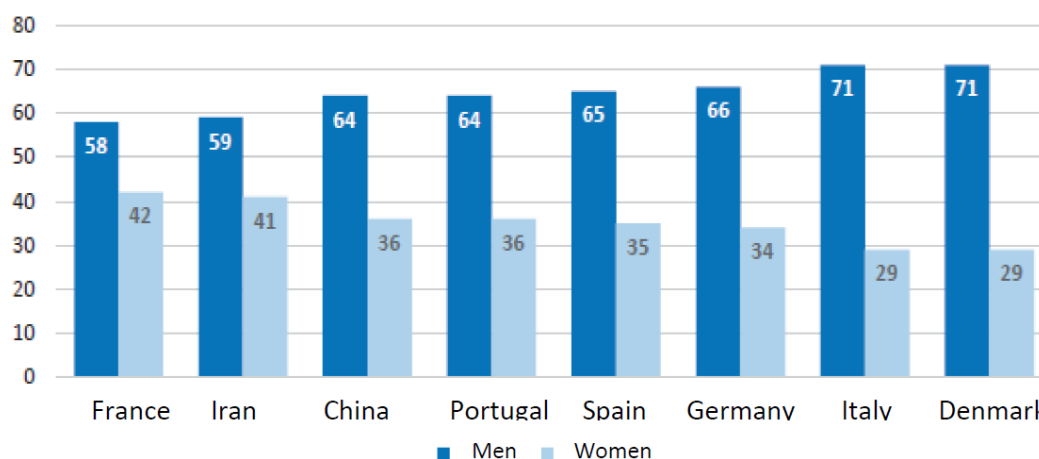
COVID-19: A GENDERED DISEASE? THE ITALIAN PERSPECTIVE

The recent SARS-COV-2 pandemic has provided a further evidence of the importance of gender medicine. The epidemiological analysis of COVID-19 data has highlighted the presence of multiple and important gender differences, with more inauspicious scenarios for the male gender. The Italian data, according to most

of the European and international ones, confirm that men die more if infected with SARS-COV-2, with a lethality almost double that of women (17,7% vs 10,5%).

Looking at the worldwide data during the full pandemic in 2020, Italy presented the lowest mortality for Covid-19 together with Denmark, which is however a smaller nation with half of the population.

COVID Mortality divided by gender



COVID Mortality divided by gender, Wall Street Journal Global Health 50/50 (27th March 2020)

Looking at the (supposed) end of the pandemic, we are beginning to understand that many of the complications of COVID-19 can be attributed to the inflammatory storm that follows the initial damage from the infection. The cellular and humoral immune response, stronger in women than in men, would trigger a more effective phagocytosis and antigenic presentation, a very strong production of cytokines, a higher number of CD4 + T lymphocytes and higher levels of circulating antibodies. So, we are asking ourselves why women are more protected in the inflammatory storm, which triggers a very strong production of cytokines more in women than in men? This delicate balance between fighting infection and modulating the immune response to prevent damaging effects will likely prove crucial for the development of effective treatments for COVID-19. Another question arises: why Italian women seem more protected? Is it quality of life important?

Our observation is anyway work in progress, we are trying to analyze all data on infection, morbidity and mortality at the real end of pandemia. When? We will never know.

Exploring the site "Mapping of online articles on COVID-19 and Gender" the clinical advantage of women in the context of the SARS-COV-2 pandemic is never actually mentioned and the issue of gender is mainly considered as part of violence against women in the home, homophobia, unwanted pregnancies, and abortions.

Women will also be protected thanks to biological-hormonal reasons from cardiovascular diseases, from many cancers and from the COVID-19 threat, as it was in the past for SARS and MERS, but the gender advantage does not coincide with the disadvantage of the female sex.

*Luka Boršić
Ivana Skuhala Karasman
Institute of Philosophy Zagreb, Croatia*

KLARA DAJČEVA-ŽUPIĆ – AN ANTHROPOSOPHIC MEDICAL DOCTOR

In our presentation we will talk about medical doctor Klara Dajčeva-Župić. She was born in Zagreb, Croatia, on May 30, 1897.

She graduated medicine in Berlin, and after returning to Zagreb she got a job as a secondary doctor at the Clinical Hospital Centre in Zagreb.

From 1924 to 1933 she worked as a social security doctor in Zagreb and as a private doctor in Zemun.

At the end of 1941 Dajčeva-Župić worked in a team of Jewish doctors in Bosnia and Hercegovina on the control of endemic syphilis.

She survived the WWII, and thereafter she worked as a private physician in Zagreb. She died in Zagreb in 1984.

Besides her medical profession, she had multiple humanistic and spiritual interests. She was an advocate of anthroposophy and tried to combine it with medicine.

According to anthroposophy, one can intuitively know some other supernatural worlds and forces.

She tried to incorporate some basic anthroposophic tenets in her doctor's practice, by giving a special importance to imaginative thought and spiritual-scientific examination.

She accepted the homeopathic method of treatment by administering mistletoe extracts.

Dajčeva-Župić was particularly interested in treating malignant diseases: her method consisted in giving special attention to the constitution and mental carcinogenic agent.

Dajčeva Župić was an active fighter for women's rights.

She was a prolific writer dealing with a very wide range of topics: from the basis of anthroposophic approaches to medicine, to philosophical topics, particularly ethical and metaphysical questions.

*Nilüfer NARLI
Bahçeşehir University, Turkey*

MEDIA REPRESENTATION OF THE GENDER-BASED PROBLEMS OF THE SYRIAN WOMEN REFUGEES IN TURKEY, SOCIAL INCLUSION, AND SOLIDARITY NETWORKS IN THE CONTEXT OF COVID-19 PANDEMIC

This paper has three major tasks: i) to explore the texture and implications of the six distinct frames of Turkish media representation of the Syrian women refugees, with respect to stigma and discrimination; ii) to relate their media

representation patterns to their social inclusion and mental health situation; and iii) to understand the international and national efforts to empower the Syrian women who face new gender-based challenges in the context of the COVID19 pandemic.

The paper analyses how the Syrian women refugees are portrayed in the Turkish dailies (from the beginning 2013 when the number of the Syrians fleeing Turkey sharply increased to the end of 2015) by special focus on the media representations of the gender-based problems.

The study identifies 13 categories of such problems, including various form of violence, sexual abuse in the cases of forced and early marriage as second wives, and forced prostitution, and reproductive health challenges, which have implications for their mental health and integration into the host society. Then the paper focuses on the social support projects (e.g., «Home to Home Solidarity Programme»), jointly run by UN agencies and local NGOs, which aim to empower the Syrian women in coping with the COVID-19 lockdown challenges, including isolation, domestic violence, and lack of digital skills hindering their employment.

*Hovorun Tamara, Ph.D., Kulpreet Kaur, Ph.D.,
Jindal Institute of Behavioral Sciences,
O. P. Jindal Global University, India*

WHY MENTAL DISORDERS ARE BEING ORIENTED ON GENDER FEEDBACK?

Rates of different psychological disorders in women are 20-40% higher than men, with the great discrepancy in food disorders, depression and those especially marked for anxiety, as well insomnia and some personality disorders. Gender differences are a topic that exerts a powerful discussion: Are men and women really so dissimilar in psychological function that they may as well come from” different planets”? And what are the causes of gender differences-biology of the body (nature) or social factors (nurture)? Factors contributing to the development of all kinds mental disorders: poverty, migration, discrimination, stress, stereotyping behavior, poor economic situation, and the lack of professional education, unemployment and possibility to be economically independent , accumulation of gender stereotypes in the upbringing system. All of them affecting self-concept and positive self-esteem ,create negative psychological atmosphere (dominative husband or father , doubled work women’s engagement),social gender inequality in the society, lack of possibility to change private life, create being in vicious circle of repeating parents’ scenarios.

The women with a history of domestic violence were 11.4 times more likely to suffer dissociation, 4.7 times more likely to suffer anxiety, 3 times as likely to suffer from depression, and 2.3 times more likely to have a substance abuse Violence against women is strongly connected to mental health disorders. Intimate partner violence and domestic violence (IPV) is a particularly gendered issue. Data collected from the National Violence Against Women Survey (NVAWS) of

women and men aged 18–65 found that women were significantly more likely than men to experience physical and sexual assault anxiety, depression, post-traumatic stress. Research evidence shows a direct link between the experience of IPV and higher rates of self-harm, depression, and trauma and increasing risk of substance dependence problems including obsessive eating. Women who were survivors of domestic violence were twice as likely to suffer depression as those were not. The physicians spoke openly of a direct connection between the IPV and their resulting in mental disorders, refer to these consequential results as "symptoms of abuse".

The object relation theory (feminist) postulates that because women are mostly responsible for parenting, household, males and females develop different types of symptoms when they are mentally ill. IPV rests with traditional gender roles and gender role socialization. IPV is a way of expressing male dominance and exerting control over women, thereby fulfilling the traditional male roles. Traditional gender roles encourage women to be submissive and stay with such a husband. Men tend to display externalized symptoms, expressing problematic emotions in outward behavior and achieved status, whereas womanhood is a given or assigned status of taking care and education. Unlike femininity masculinity is perceived as something that is earned and hard-won, yet tenuous and easily lost.

As a result, men must continue to publicly demonstrate and defend their masculinity to prove that they are “real men.” Men may do this with displays of dominance and aggression and by rejecting or avoiding anything feminine. There are some major factors in stereotypes about males as: No sissy stuff- masculinity involves the avoidance of anything feminine and femininity; The masculine person is a big wheel-he is successful, is looked up to and makes a lot of money, thereby being a good breadwinner; The sturdy oak-masculinity involves exuding confidence, strength and self-reliance; The masculine person is aggressive (to the point of violence and daring striking example of these trends is the concept of "toxic masculinity").

Toxic masculinity is a set of traditionally masculine attributes that can harm not only women but also men and the public at large. Unemployment, low income, disability or alcohol abuse can prevent men from playing the role of "breadwinner", while the inability to provide for their own family is seen as an inability to achieve the ideals of masculinity set by social norms. As a consequence, hegemonic masculinity can have a negative impact on men's behavior in their own mental health leading to another kind of mental disorders. In most countries of the world, men live less than women, and it is widely recognized that gender differences in mental disorders are determined not only by biological factors but also by socio-cultural influences on men's attitudes toward their own expected family and social roles.

Women tend to develop internalized symptoms, where problematic feelings are directed towards the self. In accordance with the internalized-externalized dichotomy, women are more commonly diagnosed with mental illnesses such as anxiety, depression, and phobias. Many theories have been proposed to explain the associations between economic recessions and men's mental illness (Durkheim's

seminal work on suicide). He posited that economic changes may result in negative psychological effects that would possibly lead to suicides. The processes and consequences of male gender role socialization include its impact on men's health, assertive behavior, interpersonal relationships which are mostly connected with domination and aggression.

*Chumachenko T.O., Makhota L.S.,
Kharkiv National Medical University*

FEATURES OF COVID-19 VACCINATION IN UKRAINE

The world is currently in the epicenter of the COVID-19 pandemic. By April 15th 2021 almost 140 million people have been infected with COVID-19 and over 3 million people have died. The tense epidemic situation has developed in Ukraine as well, where almost 2 million people fell ill and about 40,000 died on the same date. To improve the epidemic situation, it is necessary to create herd immunity. This is the only way to stop the circulation of the pathogen, and to prevent the emergence of new strains, which are characterized by increased virulence and contagiousness.

A safe way to build herd immunity is vaccination, which has proven to be the most efficient and cost-effective way to fight aerosol infections. Therefore, as soon as mankind learned about a new pathogen - the SARS-CoV-2 virus, scientists began to develop vaccines against this pathogen. The principle of the vaccines operation is that they train the human immune system to recognize and fight the pathogens against which they are created. Today, a number of vaccines have been created around the world, developed using various technologies.

The following vaccines are used in Ukraine: 1. *AstraZeneca (Covishield) Vaccine* - is a vector vaccine, two doses of the vaccine at intervals of 12 weeks are required to build intense immunity. This vaccine can be stored for up to six months at a temperature of +2 to +8 C. 2. *CoronaVac/Sinovac Biotech Vaccine* - is an inactivated vaccine, two doses of vaccine with an interval of 14-28 days are required to create a strong immunity. It can be stored for up to three years at a temperature of +2 to +8 C. 3. *Pfizer-BioNTech Vaccine* - is an mRNA vaccine, two doses of the vaccine with an interval of 21 days are needed to create a strong immunity. Requires a storage temperature of at least -70 C. After defrosting can be stored for 5 days at a temperature of +2 to +8 C. 4. Novavax, a subunit protein vaccine is also expected to be available. To create a strong immunity, it requires two doses of the vaccine with an interval of up to 21 days. It can be stored for up to six months at a temperature of +2 to +8 C. Novavax vaccine is still in the final stage of phase III clinical trials.

All vaccines in phase III clinical trials have passed the safety testing phase.

The vaccination campaign in Ukraine has clear and distinct stages. For their development, the population of Ukraine is divided into priority vaccination groups. These groups include those most vulnerable to COVID-19 and the people on whom the country's livelihood depends. These are mostly those who interact with a

large number of people, workers who are critical to maintaining the health care system, and those who are at risk of serious complications. There are nine such groups.

There are five stages of vaccination, during which it is planned to immunize almost the entire adult population of Ukraine. Depending on the availability of the vaccine, the steps may occur in parallel. Vaccination is carried out in two ways: vaccination by mobile immunization teams and vaccination on the basis of existing vaccination points. It is planned to create about 570 mobile teams. The team will include: a doctor, two nurses, a driver.

COVID-19 vaccination started in Ukraine on February 24, 2021. A total of 449,197 vaccinations have been given since the beginning of the campaign (on April, 17, 2021). 449,194 people were vaccinated: 449,192 people received 1 dose, 5 people completed vaccination (received 2 doses), with 2 of them having received 1 dose abroad; vaccinated with Covishield vaccine - 445,697 people, CoronaVac vaccine - 3,497 people. Since the beginning of vaccination, 6.12% more women than men have been vaccinated, the most vaccinated are people aged 20-39, the least - 18-20 years, and the most vaccinated are health care workers who do not provide care to patients with COVID-19 (14.9% of all vaccinations).

The United States, China, India, Great Britain, Brazil, Turkey, and Germany lead the world in the number of vaccinations. As of April 16, 2021, Ukraine ranked 78th.

Now the challenge is to make COVID-19 vaccines available to people in Ukraine and achieve herd immunity as soon as possible.

Until the transmission dynamics of the SARS-CoV-2 virus changes due to herd immunity, people must continue to wear protective masks, maintain physical distance, and avoid crowds, and adhere to hand hygiene. This is necessary to avoid the risk of infection and end a pandemic.

*Galazzo Eugenia, PhD
Interdisciplinary Research Foundation*

WOMEN'S REPRODUCTIVE RIGHTS PROTECTION IN PANDEMIC TIMES: POLISH CASE

The prerequisites of the case have appeared in 2016 when Polish government accepted the act *Ordo Iuris* - the prohibition of abortion - for discussion. The activists were very polite, following the rules of organized strikes, and even did The Marsh of Silence, showing that prohibited abortion is equal to the death of women's rights. The symbols of the 2016 women's strike were black umbrella and wire hanger, and the mottos "We do not fold umbrellas!" and "We have enough" were connected with the earlier history of women's movements. "Black Monday" October 3, 2016 showed the readiness to defend women's rights by 140,000 Polish women and men around the whole country, and even abroad. The anti-abortion act was not introduced then.

Exactly three years after the discussion about abortion prohibition has started actively again in Polish media. The buses financed by anti-abortion organizations, with radical mottoes and shocking images, criticizing abortion, appeared at the streets in many Polish cities during summer 2020. Despite the violations of traffic rules and common order the buses were not stopped by police nor were the organizers brought to the responsibility. This situation has shown that anti abortion law is going to be discussed in governmental circles again and conservative leading party “Law and Justice” (in Polish “PiS”) is determined to win the case of abortion prohibition in Poland.

The situation about women’s rights was slightly unclear in Poland right until September 2020 because of pandemic challenges in the world. In addition there were pretty harsh tensions between LGBT community from one side and religious, far-right, and ultra-nationalist groups from the other side during Equality Marches in August 2020. In the midst of these events the active steps of anti-abortion influencers were not enough visible that is why the fact that Polish Constitutional Court has set the special meeting about women’s rights was missed in mass media.

October 22, 2020, the Constitutional Court examined whether the provisions allowing abortion in the case of a high probability of severe and irreversible impairment of the fetus or an incurable life-threatening disease were consistent with the Polish Constitution. The abortion act from 1993 was recognized as unconstitutional. The next day the streets of Warsaw were full of striking people, not only women but also men. Each next day the media reported about new cities joining the strike and more people going out to the streets despite the lock down limitations, showing a long growing pile of frustration, dissatisfaction and limitations. This time the protesters were not going to march in silence like back in 2016. The wave of creativity had covered the whole Poland: sarcastic and harsh slogans, offensive mottoes, bright and humorist posters, songs, and even tattoos were massively spreading like a snowfall. The symbol of 2020 Women’s Strike was red lightning narrating to immediate and dangerous reaction, and the swearword motto was elegantly replaced with symbols of *.

Instagram, Facebook, Twitter and other social media played important roles in the Women's Strike of 2020. They became the secret weapon of all protesters going on strike, i.e.:

1) they informed about places and events: maps of places where protests were going to take place, time of planned events, blocked roads and places excluded from traffic;

2) they denied the accusations: recordings from drones and the interiors of ambulances, from each side of the strike, images of hooligan attacks on participants - for every empty word of politicians there was irrefutable evidence collected by the protesters and immediately published in the social media;

3) they motivated to action: breathtaking pictures, supporting and reassuring recordings, statements and memes - one day the role of Instagram in these events will be taught in schools as a historical influence example;

4) they prepared people before going out of the house: info graphics summarizing the rights, obligations and prohibitions, as well as useful checklists of things that suppose to be in a pocket at the strike;

5) they helped in finding the missing persons: via immediate passing messages with information about all events and actions;

6) they documented and created history: the media had become the album of our time, where we are keeping joyful, unpleasant and special moments, as well as those that we would prefer to forget today. Regardless of our views, the media will not let us forget anything.

This case from Poland during pandemic time has shown that limitations, conservative ways of managing the conflict, threats and manipulations from the religious and political authorities, physical violence of the police, and the perspective of the emergency state were not efficient measures but provoked even more riots. In October 2020 the youth massively took active part in the Women's Strike turning the discussion into the more global trend of human rights protection and rethinking of future for young generation in Poland.

*Katerina Yurko, Dmytro Katsapov, Andriy Bondarenko,
Kharkiv National Medical University*

GENDER IMPACT AND PECULIARITIES OF COVID-19

The pandemic of the new disease (COVID-19) began in December 2019 in China and poses a serious threat to humanity. One of the main problems is its rapid spread throughout the world and the defeat of the general population. As we know sex and gender matter to health equity. The pandemic of coronavirus disease 2019 (COVID-19) illustrates this in the clearest terms. Sex (taken to mean biological factors) and gender, embedded and enacted through the unequal distribution of power within social, political, legal, cultural and economic systems, and experienced through, for example, the expectations, norms and behaviors associated with identifying as a man, or a woman, or transgender or non-binary person at home, in the community, in the work interact to influence everyone's health outcomes.

According to many clinical and epidemiological research men are more frequently infected than women, and they are hospitalized more frequently. Similar trends have been observed in China and Italy, where men were both infected with Covid-19 and succumbed to it at higher rates than women.

We analyzed clinical data of 60 patients, hospitalized in Kharkiv Regional Infectious Hospital during 2020 year. According to our data, male patients had more often severe clinical course (63,5%). Average age of hospitalized patients with the disease was 56 ± 5 years. Male patients have more frequent comorbidities (36%) than female. Among the first symptoms of COVID-19, an increase in body temperature was recorded in 90% of cases; cough (dry or with little phlegm) in 80% of cases; a feeling of tightness in the chest in 20% of cases; shortness of

breath in 55% of cases; myalgia and fatigue (44%); sputum production (28%); as well as headaches (8%), hemoptysis (5%), diarrhea (3%), nausea. These symptoms at the onset of infection can be observed in the absence of an increase in body temperature.

Most patients with severe COVID-19 developed pneumonia on days 7-11. In the lungs, crepitus (58%) and moist rales (15%) were heard on both sides. During percussion, the dullness of the pulmonary sound in the projection of one (45.3%) or both lobes (28%) was determined. In some patients (47.5%), crepitus changes depending on the position of the patient's body (in the lower sections). Radiography revealed infiltration in the peripheral parts of the lungs. With the progression of the process, the infiltration increased, the affected areas increased. As the infection progressed, complications were observed: venous thromboembolism (17%), pulmonary embolism (7%), sepsis (4.2%), and acute myocardial infarction (3.5%).

Thus, according to our data there were gender differences in morbidity – men were more frequently infected, and had more severe form of the disease. Also, male patients had more comorbidities, probably through more gender-associated risk behaviors. As result, men had more frequently severe course of disease.

*Karolina ¹Kublickiene, Kateryna ²Karpenko
¹Karolinska Institutet, Stockholm (Sweden),
²Kharkiv National Medical University, Kharkiv (Ukraine)*

UPDATING THE GENDER DIMENSION OF HEALTH IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

Expected and unforeseen circumstances, in their unity and contradiction, determine the reality in which individual communities and humanity as a whole find themselves.

At the beginning of 2020, the community of proponents of gender equality with sufficient optimism planned to take stock of the 25th anniversary of the adoption of the Beijing Declaration and Platform for Action, which was approved in September 1995 at the 4th World Conference on Women. But the outbreak of the covid-19 pandemic made its unforeseen adjustments. Under these conditions, it was quite expected that the word of the year according to Merriam-Webster for 2020 was the word ‘pandemic’. Moreover, among the 11 words that were of particular interest that year, there were also words ‘quarantine’ (5/11) and ‘asymptomatic’ (8/11) [1].

It was these words that reflected the phenomena that significantly influenced the tendencies to assert gender equality. In many situations, the COVID-19 pandemic has given rise to a return to the traditional distribution of gender roles in medicine, education, and other important areas of public life.

Under the conditions of quarantine (and especially the lockdown), there was an exacerbation of gender imbalances, in respect of which positive shifts were established in the period preceding the pandemic. For example, “Ukraine ranked 74-th in the Global Gender Gap Report 2021. Compared to last year, Ukraine fell by 15 positions. In 2020, Ukraine ranked 59th on the list” [2].

The consequences of the pandemic have negatively affected the health of women and men from different social groups and age groups. Modern researchers are expressing serious concerns about possible long-term physical, psychological and socio-economic consequences. Anxiety about the asymptomatic forms of covid-19 exacerbated the situation, putting additional pressure on gender relations.

In these conditions, it is important to determine the initial methodological approaches to the study of the current situation and the search for new motivation to establish gender balance in medicine and other spheres of life.

First of all, in our opinion, “the dominant approach is socio-medical. It emphasizes the different socio-structural positions of men and women, as well as behavioral and psychological factors. Social indicators such as education, employment and socio-economic status, family and parental status, and social support are closely linked to people's health and well-being. They help to explain the gender differences in the origin and treatment of diseases.” [3]

It is important to emphasize that from 2022, Horizon Europe funding applications by public bodies, research organizations and higher education institutions will only be considered if they have a gender equality plan (GEP) [4].

The Gender Innovation Alliance (GINA) at Karolinska Institute has a wealth of experience in developing the methodology and practice of gender medicine. For over 20 years, the gender dimensions of numerous diseases have been analyzed and systematized. Today this platform is recognized in various countries. The Center for Gender Education of Kharkiv National Medical University (Ukraine) relies in its research on theoretical and practical methods and tools on sex/gender issues that have been developed on this platform.

The KI Gender Innovation Alliance shares its experience with colleagues from other countries, participates in joint projects that make significant clarifications regarding the gender dimensions of diseases. In particular, facts have been accumulated regarding the specifics of gender dimensions in the context of the covid-19 pandemic.

Noting the specificity of gender-sensitive research in medicine, the team of this research group emphasizes: “Gender-sensitive research takes a twin approach: it pays attention to the participation of women and men, providing equal opportunities for all, and it integrates gender into the research content all the way from the initial research idea to the dissemination of results” [5].

Thus, the gender dimension is a fairly recognized and promising direction in the development of theoretical and practical medicine. Analyzing the foreseeable and unforeseen aspects of its implementation, it should be recognized that, on the one hand, the challenges of the covid-19 pandemic have made their own

adjustments regarding the scale and priorities in this area, but, on the other hand, the need to continue and deepen the gender dimensions of health is indisputable.

Adequate understanding and acceptance of gender characteristics of health and disease is not only a trend in medicine in the 21st century, but also one of the aspects of fundamental human survival in modern civilization, which is not immune from new challenges of new pandemics.

References:

1. Merriam-Webster's Word of the Year 2020 / <https://www.merriam-webster.com/words-at-play/word-of-the-year> April 19, 2021

2. Україна опустилась у рейтингу країн за гендерною рівністю на 15 позицій / Retrieved from: <https://life.pravda.com.ua/society/2021/03/31/244411/> 31 березня 2021.

3. Карпенко К., Кублікієне К. Гендерний підхід як новий виклик медичним дослідженням / Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах. – Матеріали міжвузівської науково-практичної конференції з міжнародною участю (31 березня 2016 року). – Харків: ХНМУ. – С. 18-20.

4. Horizon Europe applicants must show gender equality plan to get funding / Retrieved from: <https://www.openaccessgovernment.org/gender-equality-plan/106176/?fbclid=IwAR3OoYG1bZxmTez0iJr8nSJOv5Wz7fgCzX4W6Nn0EGDG-hiIWdhlStsSIo8> March 15, 2021

5. Resources portfolio - Gendered Innovation Alliance / Retrieved from: <https://staff.ki.se/resources-portfolio-gendered-innovation-alliance>

*Korablyova Valeria
Charles University, Faculty of Arts, Department of
East European Studies, (Prague, Czechia)*

PARADOXES OF THE PANDEMIC: INEQUALITY, NECROPOLITICS, INTERDEPENDENCY

We live in a world where what was considered unthinkable suddenly becomes a daily routine. Millions of people willingly accept home incarcerations, giving up on their freedom and liberties. Global capital contracts the flows of money and people, thus suffering billion dollars losses. Nation-states return to the ideas of economic autarky reviving domestic production of essential goods. Ecologists celebrate the radical cut-off of flights beyond the boldest dreams of Greta Thunberg and her supporters.

The global pandemic is both abrupt and disruptive: while it amplifies the pre-existing tendencies, it also poses some new – and urgent – questions at the intersection of ecology, economy, politics, and moral philosophy. They are open-end questions centered with paradoxes, where the situation could develop in tentatively 'bad' or 'good' directions depending on the stance we dare to embrace.

1. The pandemic is an unfolding event with non-linear internal dynamics. It is still too early to assess its long-term consequences, despite some insightful analyses in recently published books (Zakaria 2020; Krastev 2020). We do not know yet, when and how it ends, and – most importantly – what the ‘end’ will ultimately *mean*.

2. It is an event, disruptive at least in a twofold manner. First, it has triggered a bunch of significant economic, political, and geopolitical shifts but – yet? – no salient changes in people’s attitudes and mindsets. Despite all odds, we remain largely inertial: our thinking is very much centered with the idea of getting back to ‘normalcy’, rather than making an effort of re-imagining our lifeworlds. Secondly, it is disruptive in the sense that previously accumulated knowledge does not help in handling the crisis (with a partial exception of the Southeast Asian experience of the SARS-related crisis in 2002-03).

Thus, most governments stick to the unified protocols not because they are efficacious but because, by doing so, they delegate responsibility for unpredictable outcomes (Krastev 2020). In many cases, it appears not potent enough, which, in turn, brings lower levels of trust in governments and popular resentments against big geopolitical players supposedly imposing their will (e.g. Germany in the EU).

3. The pandemic made us “land on Earth”, as Bruno Latour appealed before (2018). First, it forced global nomads, who used to claim global citizenship, to “land” somewhere, to choose a place to be called “home”. It was a revelation for ruling elites in predatory mafia states as well: the strategy of destroying the domestic healthcare system while enjoying the best medical service in Germany, Israel, and elsewhere, ceased to be feasible. But the “landing” effect goes beyond that, as ecology moved to the center of public concerns: it stopped being a moral add-on of second-rate importance. The pandemic is a wake-up call for a virtual world of power games: we are still biological creatures, and nature can disrupt us brutally if mishandled.

Moreover, it pushed us to re-assess ecological matters in broader terms to include *the ecology of our lifestyles and our relationships*. Finding themselves locked at home, people got faced with life choices they had made before: having chosen to be single and currently losing sanity in solitary confinement cells; having several children and not enough resources (time, will, and space) to take care of them without delegating responsibilities to state institutions (schools, kindergartens) or babysitters; being entangled with abusive partners with no escape routes (the statistics of home violence has recently risen exponentially).

4. The main paradox of the pandemic is that we must recognize our *interdependency* (Butler 2021) rather than stick to particularistic interests. We must mitigate inequality, which is currently rising in all its facets – gender, social, racial, and geopolitical ones. A successful way out is linked to *metanoia*, a drastic change in thinking and behavior. The world is still on the inertial track, piling up vaccines and stonewalling from the deprived and dispossessed.

On the surface, the pandemic is a necropolitical (Mbembe 2019) event, as it implies choosing who dies, when, and where. From my perspective, however, a

bigger question is how we are going to live onwards. Beck's idea of *emancipatory catastrophism* (2017) is most fruitful in the context: a global catastrophe creates an opening for a radical metamorphosis of the world. This potential is yet to be discovered.

References:

1. Beck, Ulrich (2017). *The Metamorphosis of the World: How Climate Change is Transforming Our Concept of the World*. Polity.
2. Butler, Judith (2021). *The Force of Nonviolence: An Ethico-Political Bind*. Verso.
3. Krastev, Ivan (2020). *Is It Tomorrow, Yet? Paradoxes of the Pandemic*. Penguin Books.
4. Latour, Bruno (2018). *Down to Earth. Politics in the New Climatic Regime*. Polity.
5. Mbembe, Achille (2019). *Necropolitics*. Duke University Press.
6. Zakaria, Fareed (2020). *Ten Lessons for a Post-Pandemic World*. W.W. Norton & Company.

Branislava Petrov
University of Novi Sad, Serbia

CAN WE ABOLISH PROSTITUTION? REVISITING LEOPOLDINA FORTUNATI'S THE ARCAINE OF REPRODUCTION IN THE LIGHT OF THE NEW ABOLITIONIST TENDENCIES

In her '96 book *The Arcane of Reproduction*, Leopoldina Fortunati carries out the work of what should have possibly been a fourth tom of Marx's *Capital*: she applies Marx's materialist method to what he proclaimed to be a natural force of social labor, namely – reproductive labor (of women). In doing so she called into question the whole structure of the capitalist process of production, showing that not only that we need to extend the materialist analysis to what was left out by Marx in his analysis, but that the process of production has to be exposed as more complex than it was thought it is – incorporation of the question of reproductive work into the corpus of the questions treated by the scientific method of materialism seems to change the very nature of the process analysed, as well as that of the relations within it.

This is the arcane of reproduction – it is not a natural force, nor is it a relict of the past, an island somehow left intact by the logic of capital, but is a constitutive part of the capitalist process of production. Its characteristics – the fact that it is carried out in the home not in the factory, the fact that it has a form of an exchange between intimately involved individuals and the fact that it is not waged – should not deceive us. Capitalist process of production has a dual character – it consists of waged productive and unwaged reproductive work, later being a condition for the former to exist. In other words, home is to be seen as a factory for production of labor power. However, the carrier of the labor force – male worker,

has material and non material needs. Besides his need for food, clothing etc., he also requires emotional and sexual labor. This is the reason reproductive work needs to appear as non productive natural force; although in its nature the relation between man and woman is a relation of production, it has to appear as personal relation for the subjects involved, as the workers need is to have a sense of being more than a labor force – an individual. But, while the womans housework may be sufficient to satisfy mans material needs, his emotional, and especially sexual needs, can not be satisfied within household. That is why, when Fortunati talks about reproductive work, what she has in mind is its dual nature – it consists of housework and prostitution. This means that the existence of both, housework and prostitution, is a necessary condition for the capitalist mode of production to exist. This implies that, in order to abolish prostitution, we need to abolish capitalism.

Having this in mind, but not forgetting capital's adaptable nature and its capability of keeping its processes going despite any social or cultural change, I will try to provide a philosophical analysis of some of more recent calls for the abolition of prostitution, such as "Nordic model now!", that ideologically belong to the radical stream of the third wave feminism.

Deineka V.V.
Kharkiv National Medical University

EMOTIONAL INTELLIGENCE IN THE CONTEXT OF POSTSTRUCTURALISM

Current problems in the field of social communication related to the spread of SARS-CoV-2 virus need comprehensive consideration and careful study. New challenges set new perspectives for addressing old issues.

One and the newest varieties of communicative practices – a form of remote communication through computer networks and special cross-platform applications that allow you to organize not only private communication, and official conferences in every sphere of life in modern society. The field of educational services is no exception in this aspect. The rapid development of the IT-industry provides more opportunities for the transfer of educational services to the Internet, and restrictive antivirus measures resulted in speeding up the transition of education to the network and the forced use of synchronous remote communication between teachers and students. The disadvantages of this mode of learning are manifested, including in the field of collective exchange of emotional signals which is inherent in communicative acts.

Lately, the popularity of research in the field of "emotional intelligence" (hereinafter – EQ) is growing. This name associated with the concept of parallel processes of brain activity and a certain structural organization of the brain and the distribution of functions between the elements of this structure. The key function of the part of the brain that "operate" of emotions is not so much the response to external stimuli, but the formation of the individual emotional sphere, which

underlies the value-volitional attitudes of the individual: «Thus, just as the brain, anticipating the budget of the body, constructs emotions, so the personality constructs itself in interaction with society, and the object realizes value-mindedness. On the other hand, as specific neural connections in the brain, so, the personality and the object are formed under the influence of the dominant discourse, basic emotional, social and social phenomena» [3, c. 65].

Because the emotional field is very complex to describe and analyze, theories of various disciplines, such as philosophy, linguistics, cultural and linguistic anthropology, psychology, neurobiology, and sociology, can be used to research the concept of EQ.

The educational process in remote format demonstrated how important the role of emotional intelligence. A group class in the online mode creates a stressful situation for participants. On the one hand, we realize that the exchange of information takes place in the group and on the other – we have limited access to information signals from group members.

First, audio signals from all participants in the dialogue come from one source (speakers or headphones). Because hearing plays an important role in the orientation in space and makes it possible to correlate the sounds with positions their sources in space, it is unable to determine from whom the participants in the online communication received audio message, so being going asynchrony between visual and audio perception. This forces to compensate the energy for such asynchrony and slows down the cognitive reactions of participants in online communication.

Second, without the possibility of visual observation of nonverbal signals from the dialogue participants significantly complicate a perception of emotional background and level of physical exertion participants increases during the reception, analysis and transmission of information.

Such shortcomings of the remote process of group conferences become more obvious and understandable in the context of differences between language and speech, writing language and spoken language.

From the oldest forms of asking the question of human existence, one of the key problems remains the ontology aspects of thinking and language. Since the 1930s, when the linguistic turn in science took place, the philosophy of language has become the mainstream of current philosophical thought in the world, remaining in the spotlight to this day.

With a great measure of generalization and abstraction, we can say that historically there were two directions in the field of philosophy of language – «monological» and «dialogical».

The «monological» direction should include concepts and theories that were formed under the influence of Cartesian-type rationality. The basis of this trend, in addition to the rationalism by Rene Descartes, is the Edmund Husserl's, Martin Heidegger's and Ludwig Wittgenstein's ideas, as well as their followers, mostly representatives of existentialism and logical positivism. The specifics of understanding the intentionality of the mind, which is focused on objectivity or

procedurality, and in any case, on the autonomy of the mind do make this direction monological. The mind perceives or creates objects independently for him and within the frame of himself, thus finding himself trapped in self-consciousness. The individual remains locked inside infinite recursion – own thinking about himself, which thinks about itself. Appropriate for such a concept view of emotional reactions in the field of neurobiology is associated with the classical theory of the "triune brain". According to this theory, the brain is composed of and trunk, the limbic system and neocortex [3]. The essence of EQ is the ability of the cortex, as a center of thought, to take control and rationally use the emotional reactions that form in the amygdala (part of the limbic system). In this case, emotions are just a set of biochemical reactions that form in a part of the brain, as in a particular center of reaction to changes in the environment. This approach brings the understanding of the functions of emotional reactions closer to the level of atavism that has remained since the days when abstract thinking was not sufficiently developed and hormone releases served as a guarantee of survival. In this case, emotions become part of the basic reactions of brain structures, which are mostly generated at the subconscious level.

The alternative was a “dialogical” direction based on semiotics and poststructuralist theories. First of all, it is a new interpretation of intentionality that is inherent structural linguistic theory Ferdinand de Saussure and speech act theory and John L. Austin and John R. Searle and structural anthropology of Claude Levi-Strauss. These concepts bring to the fore not the rational nature of the intentionality of cognitive acts, in which the mind constantly compares its internal actual states with the previous ones, but the communicative (and therefore social) aspect of intentionality. Speech is always aimed at a different mind. This statement radically changes the attitude to emotional states. If symbols and meanings have only operational meaning, then what can be the purpose of communication? In this role may be individual value-volitional acts of self-awareness.

Thus, emotional reactions become a factor of axiological nature and a tool for developing communicative practical activity.

One of the elements of goal-setting is the desire to cause the counterparty a certain emotional reaction (or a chain of related emotional reactions) to a certain element of the environment. The ultimate goal of communication acts, so is the creation of a certain emotional environment in which reactions of other subjects would be the most predictable. Such a psycho-emotional environment is also necessary for the formation of common goals and similar emotional reactions to external factors for groups of people. This mechanism opens the way to understanding how emotional reactions are associated with the process of establishing correlations between spatio-temporal perceptions of objects of reality with elements of the symbolic world.

All the above conclusions and assumptions can only serve as a preliminary exploration of the topic of EQ analysis in the context of structuralist concepts in philosophy, linguistics, philosophical anthropology, psychology, sociology and neurobiology. At the same time, even the previous stage demonstrates the

existence of perspectives for solving certain issues of the philosophy of language on the basis of interdisciplinary research.

References

1. Searle, John R, *Mind, Language and Society: Philosophy in the Real World*. New York: Basic Books, 1998.

2. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. Почему он может значить больше, чем IQ / Дэниел Гоулман; пер. с англ. А. П. Исаевой; [науч. ред. Е. Ефимова]. — 11-е изд., переработанное и дополненное. — М.: Манн, Иванов и Фербер, 2021. — 467с. ISBN 978-5-00146-211-8

3. Карпенко Є.В. Сучасні вектори дослідження емоційного інтелекту особистості // Психологія і особистість. 2019, №1(15). — С. 60-72.

4. Курс общей лингвистики/Редакция Ш. Балли и А. Сеше; Пер. с франц. А. Сухотина. Де Мауро Т. Биографические и критические заметки о Ф. де Соссюре; Примечания / Пер. с франц. С. В. Чистяковой. Под общ. рея. М. Э. Рут. — Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 1999. — 432 с. ISBN 5—7525—0689—1.

5. Шепетяк О. Теорія мовленнєвих актів. // Вісник факультету романо-германської філології / За ред. Кемія В.П. — Вип. 3. — Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ ДДПУ, 2008. — С. 93-105.

*¹Gariaieva G. M., ¹Serbin K. A., ²Kutsenko S.O.,
¹National Technical University «Kharkiv Polytechnic Institute»
²National University of Radio Electronics*

IMPLEMENTATION OF EUROPEAN EXPERIENCE IN OVERCOMING GENDER STEREOTYPES IN UKRAINE

Historically, a woman should engage in domestic affairs, family and children. Therefore, to date, these stereotypes affect further employment of women and are grounds for gender inequality

In order to settle these issues, the principle of equality is enshrined in the articles of the Constitution of Ukraine and the Code of Labor Laws in Ukrain.

When recruiting women, discrimination is experienced: education, Despite professionalism and education, men and women receive different wages. This problem is relevant not only in Ukraine, but also around the world.

We can conclude that in the labor market is noticeable significant gender imbalance, through which women are in limited rights. For example, they must earn before maternity leave, because of fear of loss of position at work.

These stereotypes lay in us since childhood, so it is necessary to change in the educational environment. Stop different sending to gender inequality, and remove them from the educational materials that will change the views of many after a while.

To women are treated as representatives of a weak gender that slows over to overcome the problem.

In order to quickly solve problems, you need to strive to the countries of the European Union. Their experience is considered to be the most successful in such areas as: the elimination of gender stereotypes, reducing the difference in remuneration, educational and social equality. This led to the growth of women in the labor market, among university students.

At present, in Europe, this problem was not able to eradicate, but significant steps are already made. With regard to Ukraine, this problem should be solved not only at a political level, but also fully analyze the legislative level to form a new system of social relations, which is based on the legal and social components.

In order to help solve the problem, it is also necessary to share experiences with EU countries. It is necessary to assist the creation of a strategy through which women will be more accessible to the positions of some industries.

Література

1. Покришук В. Проблеми гендерної зайнятості населення на ринку праці України / В. Покришук, С. Коваль // Україна: Аспекти праці. – 2011. – № 2. – С.3–10

2. Андріїв В.М. Жінки і ринок праці деякі гендерні аспекти//Рівність чоловіків і жінок в Україні: правові аспекти: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції; м. Київ, 20-21 листопада 2000 р. – К., 2000. – С. 174-178.

3. Хавлін Т.В. Гендерна політика в рамках Європейського Союзу та укра– їнський вибір // Український соціум. – № 2 (25). – 2008. С. 113-122.

*Karpenko Kateryna, Akshra Kumar,
Kharkiv National Medical University*

VANDANA SHIVA'S PRINCIPLE OF ENVIRONMENTAL PROTECTION

Today the problem of nature protection has gotten a lot of discussions. One of the important methodological prerequisites for the analysis of this problem is called the ideology of ecofeminism, which became popular at the end of the 20th century in many countries of the world.

In India, these issues are dealt with by the outstanding philosopher and public figure Vandana Shiva. In her philosophical writings and appearances on radio, television, and other media, she always draws a parallel between the exploitation of nature and of women's unpaid labor. She emphasizes that the production organized by men in the interests of the patriarchal state harms nature and does not provide sufficient conditions for the self-realization of women.

It is very important to emphasize that, having received a degree in quantum physics; V. Shiva was able to use her knowledge in this area to substantiate the

essence of modern environmental problems. Those changes that are necessary for the stable interaction of mankind and nature, she also connects with the quantum justification of the unity of the living world. She calls for respect for and appreciation of the diversity of the world and for the socio-political and economic contexts of the relationship between nature and society in specific historical contexts.

As a well-known ecofeminist, V. Shiva emphasizes that the unreasonably extensive development of industry, ignoring the laws of the integrity of ecological systems, threatens both nature and the democratic structure of society, and an adequate perception of the value of the feminine principle in culture as a whole. In this context, the words of the scientist sound very convincing: «The forces that are intent on destroying our biodiversity are rich and powerful. So, what does it take to challenge them? It takes fearlessness, which comes from being guided and aligned by one's conscience [2].

Later it became clear that the women who organized this movement understood and accepted the scientific principles that the researcher and activist V. Shiva spoke about. It was important to defend the value of nature and make the rulers of this world hear women's voices in defense of nature, proving on the basis of the principles of quantum physics that the unity of the world consists in its diversity.

Vandana Shiva initiated one of the most significant movements associated with ecofeminism which is named Earthly democracy. She tells about the Land of Democracy. This is an ancient principle that includes peace, justice, and stability, which connects the individual with the universal. She quoted an Indian tribal leader who said they found it:

It is impossible to buy heaven, heat, and earth because these are things that belong to Nature. Not other people from whom you can buy it. Nature cannot sell your resources; she definitely offers them to everyone, asking only about it its consumers care about it and keep it intact and safe. The man belongs to nature, and not vice versa [2, p. 45].

Thus, Earth democracy defines the principles of peace, justice, and stability and combines them into one principle: environmental protection. One should agree with the conclusion of the Serbian researcher Dragana Ćorić, who quite rightly asserts that "although focused on India, this doctrine may be applied to other countries and cultures" [1].

References

1. Ćorić, Dragana. Ecofeminism as a way of resolving some environmental issues / Retrieved from: <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0352-5732/2014/0352-57321448551C.pdf>
2. Saahil Kejriwal. Seven things we learned from Dr Vandana Shiva / Retrieved from: <https://idronline.org/seven-things-we-learned-from-dr-vandana-shiva/> / 17.04.2021
3. Shiva V. Earth democracy: Justice, sustainability and peace. Zed Books, 2005.

GENDER PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION TO QUARANTINE IN FOREIGN MEDICAL STUDENTS

The COVID-19 pandemic has become a landmark event and a rather difficult test for the majority of the population. Stressors are always present in our lives and affect the level of adaptation and people react to them in different ways. It depends not only on the content of the stressful situation but also on the physical (level of general health) and psychological components.

These include, first of all, the type of higher nervous activity, personality traits, and previous experience. Recently, much attention has been paid to the gender component of psychological adaptation.

Our study aimed to investigate the features of psychological adaptation to quarantine conditions, depending on gender.

The contingent of the study was represented by 43 foreign medical students of 5th-6th courses of study, aged 22.4 ± 1.1 years. It was divided into 2 groups.

The first group consisted of 21 male foreign medical students.

The second consisted of 22 female foreign medical students. In our research, we used the method of clinically directed conversation, questionnaires.

The results of the study showed that the majority of respondents (40 students; 93 %) had quarantine experience for the first time in their lives. Although more than half (23 students; 53,4 %) of the contingent expected a lockdown, it was a harsh stressor. Students noted an increase in sleep duration (36 students; 83,7%) and in time spent on social media (41 students; 95,3 %).

At the same time, there is evidence of gender differences in responding to the quarantine situation. Most male students spent their time watching movies and TV series (19 students; 90,5%) as well as walking in the street (16 students; 76,2%). For female students was typical spent their time developing new skills (14 students; 63,6 %) and preparing food (20 students; 90,9 %).

Also, male students tended to smoke and drink alcohol. The female students tended to overeat (19 students; 86,4 %).

Thus, we can say that with the general reaction of the studied contingent, there are gender differences in the methods of adaptation to quarantine as a stressful situation.

THE GENDER APPROACH ISSUES IN DESIGNING A COURSE BOOK OF THE ENGLISH LANGUAGE FOR MEDICAL STUDENTS

The issues of gender approach to the instruction are so crucial that we can't distance from them while designing a course book of the English language for the first- and second-year foreign students. Effective acquisition of a language depends on a lot of factors: self-discipline, wish to learn, psychological atmosphere, text-book availability, background knowledge, the coherence of the educational materials with the needs of the syllabus and learners. In a course-book design we should anticipate the learner's needs and match them with a course-book content: "For a teacher designing a course, materials development means creating, choosing or adapting and organizing materials and activities so that students can achieve the objectives that will help them reach the goals of the course" [3, c. 150]. There are certain types of tasks that efficient teachers should use in their linguistic practice: learner-oriented activities, gap filling, problem solving, etc. According to K. Bailey, activities "involving information gaps can be used at all levels of instruction to create communicative needs and motivate interaction"[2, c. 129]. The Ukrainian and foreign prominent methodologists characterize a teacher as a curriculum developer, instructor, and activator, provider of feedback, supporter, manager, assessor and motivator. This leads to the understanding of the educational process as a not teacher-centered but student-centered tuition.

It has been proved by numerous researches that there are differences in the treatment and the course of various diseases the men and women suffer from. One of the crucial suggestions is that a doctor must take into the consideration the gender of a patient while treating him/her. It has been stated by the Ukrainian scientists that "...in the system of new developments of biological, pharmacological, pharmaceutical and psychological sciences that give the realization possibility of longevity on the basis of the positive self-realization of the man's and woman's personality qualities we should consider the gender research potential as the factor that influences the state of health" [1, c. 266].

One of the main qualities which the doctor should have is the ability to understand the feelings and fears of sick people of various genders and settle down a psychological contact with a patient. According to one of the ancient Roman writers and poets, Petronius Arbiter, a doctor should treat a sick person and not a disease. All these are the guidelines and basics of life-long learning.

1. We think that these considerations should be implemented in designing a course book of the educational discipline "The English language" which deals with medical terminology and lexical and grammatical peculiarities of the English language lexis connected with the systems of a human body and their diseases. That created the grounds for the gender approach formation towards treatment when adequate immune response is assured by the definite hormone homeostat.

Gender distinctions in autoimmune diseases are clearly defined when they are the consequences of the changes in immunological reaction towards reproductive system involution.

2. Let's analyze the work on some tasks. In the unit "Respiratory system and its diseases" we propose the students to discuss the announcement for the patients who are admitted to the hospital. It says that all the patients must follow the rules: *No pets in the hospital*", *"No smoking in the hospital"*, *"No additional noise that can disturb the patients"*.

3. The students discuss the usage of these rules concerning definite patients of the department. Situation 1. Doris has got cancer and the doctor says she wouldn't live more than two months. Her pet cat is at home. No one is taking care of the cat in the house and Doris wants to have it with her at the ward.

4. Situation 2. *John and Mary are fourteen. They have been in hospital for a month, and they are treated from pneumonia. They both have electric guitars which mean everything for them. Their place in the order of priorities is the following: guitars, class mates, parents.*

The students discuss gender problems connected with the behaviour of men and women, girls and boys of different age groups. They single out gender differences in the behaviour and state psychological solutions to the medical problems of those patients.

Discussion of gender problems seems to be effective especially when working on the genre of a medical history. In studying case histories a medical student should be aware of distinct gender differences while analyzing such steps in a medical history as the previous history of a disease, symptoms of the current condition, previous treatment, side effects of previous medications, evaluation of the patient's state, etc.

In the conclusion we may summarize that the tasks presented in a course book of the English language for the first- and second-year medical students must help them solve the gender issues the students will face in their future professional environment.

References:

1. Shushlyapin O.I., Lomakina O.V., Dobrovolskaya I.N. (2015). Gender phenomenon and human health from the point of view of biological and psychological age: problems and perspectives // Gender. Ecology. Health: materials of the IV International scientific and practical conference on April, 21-22,2015. - Kharkiv: KhNMU [in Ukrainian]

2. Bailey K. M. (2005). Practical English Language Teaching: Speaking. Ed. D. Nunan. – McGraw – Hill [in English]

3. Brown H.D. (2007). Principles of Language Learning and Teaching. 5th ed. Pearson Education [in English].

GENDER PORTRAIT OF THE COVID-19 INFECTION: ANALYSIS OF THE PROBLEM

Background. The coronavirus disease 19 (COVID-19) is a highly transmittable and pathogenic viral infection, which caused global pandemic that led to a dramatic loss of human life worldwide. The SARS-CoV-2 virus is the cause of COVID-19 infection. Currently, the scientific literature discusses gender differences in the occurrence of various diseases, which became the basis for the formation of gender approaches to treatment.

The purpose is to analyse the literature data, official statistics and identify the gender characteristics of the COVID-19 infection.

Materials and methods. The authors analyzed the articles for the last year in the PubMed database about the gender characteristics of the COVID-19 infection. It was selected the articles relevant to a general medicine readership, prioritizing randomized clinical trials and systematic reviews.

Results. First Chinese reporting indicated gender disequilibrium in observed cases and the COVID-19 fatality. Data as received by the Worlds Health Organization, as of the first week of April 2021 showed over 135 million cases worldwide and of which almost every age group in all countries of the world the relative risk of death from COVID-19 was greater for men than for women. In most countries, sex variations rose to 60 to 69 years of age, but subsequently declined at 80+ for the smallest sex gap. Data from the COVID-19 associated hospitalization in Switzerland and France indicated that, while the prevalence of COVID-19 did not show gender sensitivity, there were 50% more male patients than female patients hospitalized. In Switzerland, COVID-19 was comparable across age ranges in males and females but hospitalization for male patients was 1.5 times higher. In addition, the composite COVID-19 results, consisting of 14,364 deaths from Germany, Italy, Spain and Switzerland, constantly showed that the fatality rates in males were higher than in females in all age groups.

The identified gender characteristics of the COVID-19 infection are due to many factors. The prevalence of the COVID-19 infection development in men compared with women is due to the features of angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) expression which plays one of the main roles in the pathogenesis of this disease.

Furthermore, a well-known fact of this gender difference in the manifestation of the COVID-19 infection could be due to that the female gender has a greater immune response than the male gender. This is because of the cell-mediated and humoral immune responses in females are stronger.

Taking into account some behavioral actions which are the risk factors of the COVID-19 (smoking) shows that more men smoke than women. Studies showed that smoking is linked to an elevated risk of the COVID-19 infection.

The fact that males are more likely to jettison precaution than females may involve be another reason. Also, health guidelines postulated by health bodies, more women seem to respond than men.

Conclusion. The COVID-19 pandemic is the global health crisis of our time in all countries of the world. A characteristic gender feature of the COVID-19 infection is its frequent development in men compared with women.

*Martynenko N.M.,
Kharkiv National Medical University*

HISTORICAL FACTS OF GENDER STEREOTYPES IN THE ANCIENT AND MEDIEVAL MEDICINE

Long-rooted discrimination of women in different spheres of public life did not give the chance for female realization. Medicine was also among such spheres. Bearded “Aesculapius” zealously guarded their profession from female encroachment.

The history of women in medicine is marked by challenges and achievements. Although women have worked in the medical field for centuries, men have always come to the fore.

In the days of Antiquity, only men were allowed to study the art of healing, and this profession was considered exclusively male. But there were evidences that in Ancient Egypt women worked in obstetrics and gynecology. There were also reports of women performing surgery in Ancient Babylon, Greece and Rome.

Since the ancient times, healing and treatment had been considered as a woman’s occupation. Women provided medical care, accumulating and passing on vital knowledge and skills to future generations.

Later men started to control medicine as a professional occupation, while women could only preserve ancient traditions. Unfortunately, in the Middle Ages many of them had been persecuted and accused of witchcraft. Women were deprived of the opportunity to study and legally practice medicine on an equal basis with men.

However, in ancient sources there are names of individual women who, despite everything, were successful in medicine. So, in the Roman Empire, Aspazia was known as a skilled midwife who wrote a work on the treatment of female diseases, pregnancy and newborn care.

Arabs had female physicians in the stationary and mobile hospitals.

Important information about the state of dentistry during the Developed Middle Ages was contained in the work “Physics” of St. Hildegard of Bingen (1099–1179) – abbess of the Rupertsberg monastery near Bingen in Germany. Sharing the opinion of ancient authors, Hildegard saw the cause of dental diseases in the “bad” blood, which is in the arteries feeding the teeth, as well as in the “tooth worms”. She offered means for treatment and prevention of dental diseases. Out of surgical operations she recognized just the opening of an access.

Eupraxia (1108-1131) granddaughter of Volodymyr Monomakh lived probably in 12th century. She studied at the school for girls at St. Andrew's Monastery, founded by her grandmother Anna Vsevolodivna, and got the practice at the hospital of Kyiv-Pechers'k Lavra, which was famous at that time for monks-healers (Anthony, Agapit, Pimen).

Eupraxia interested in medicine since childhood and she successfully treated people, for which she received the nickname "Dobrodiya". She studied medicine in Constantinople, had been reading works by Hippocrates and Avicenna.

Eupraxia wrote in Greek her own medical treatise, consisted of five sections. The first chapter dealt with issues related to general rules of personal hygiene and care of a child, described various temperaments of a person, in the second the hygiene of marital relations during the period of pregnancy and childbirth was described, in the third - food hygiene, in the fourth and fifth - external and internal diseases, respectively. The treatise also contained information on dentistry: in particular, it described teething in infants and the measures that need to be taken, recommendations were given for the treatment of dental pain and elimination of bad breath, and also the methods of treatment of various diseases of the oral cavity were outlined.

Researchers believed that Eupraxia could have used information from the read books in Constantinople, when she had been writing a treatise, but also the knowledge she acquired in her youth while she studied in Kyiv. However, some scientists doubt in the authorship of Eupraxia, believing that the treatise could have been written by one of the Byzantine princesses.

In the following years, despite numerous obstacles, more and more women continued to develop in medicine.

*Merkulova N.F., Solomennik A.O., Kharchenko E.O.,
Kharkiv National Medical University*

COVID-19 CURRENT IN THE BACKGROUND OF HIV INFECTION WITH GENDER CHARACTERISTICS

Relevance. Currently, we are all going through difficult times. The COVID-19 pandemic has affected almost every aspect of our lives, bringing fear and anxiety. This is especially true for people with chronic diseases and immunodeficiencies. People living with HIV, with low CD4 counts and high viral loads, and people who are not taking antiretroviral therapy have an increased risk of various infections and related complications. There is currently no evidence that the risk of contracting or complicating COVID-19 differs among people living with HIV compared to the general population.

Goal. Analyze the existing literature data on the course of COVID-19 against the background of HIV (AIDS) and draw conclusions about gender characteristics.

Materials and methods. We have studied articles and reviews from UNAIDS, WHO, as well as other modern foreign sources.

Results. Currently, there is no accurate information on the number of HIV patients (AIDS) who have had COVID-19, as there is evidence that at least 47.5% of HIV patients with symptoms of COVID-19 did not seek medical help. It is known that during the SARS and MERS outbreaks, there were only a few reports of cases among people living with HIV, and they ran in mild form. To date, a lot of cases of infection of a person with HIV have been documented, which was infected with COVID-19 and recovered.

There is information from Chinese scientists who have studied risk factors and antiretroviral drugs that are used among people living with HIV who have had COVID-19. This study reported similar rates of COVID-19 disease compared to the entire population. Increased risk associated with age, but not with low CD4 count, high viral load, or antiretroviral treatment.

Current clinical evidence suggests that the main risk factors for mortality are associated with old age and other comorbidities, including cardiovascular disease, diabetes, chronic respiratory disease, and hypertension. There are cases of infection and severe course of the disease among healthy people without any chronic diseases. It is also worth noting that none of the sources associate the severity of COVID-19 against the background of HIV (AIDS), with gender.

Conclusions. COVID-19 is a serious illness and all people with HIV should take all recommended preventive measures to minimize the impact and prevent infection with the virus that causes COVID-19. As in the general population, older people who have HIV, or people who live with HIV and have problems with the cardiovascular, respiratory systems, may be at higher risk of contracting the virus and have more severe symptoms.

No gender influence was found.

*Pytetska N., Letik I., Saini E.,
Kharkiv National Medical University*

GENDER AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the leading causes of morbidity and mortality, as well as a socially and economically significant problem throughout the world.

According to epidemiological studies, the prevalence of COPD in the world is about 10.1% (11.8% of men and 8.5% of women). In particular, in the United States, the combined prevalence of COPD among men and women is 4.6%, in Europe - 7.4%, in Southeast Asia - 11.4%. Among people over 50 years of age, COPD develops 2 times more often in men than in women. In the US, the prevalence, morbidity, and the number of hospitalizations and deaths from COPD among women is increasing annually. Thus, the number of women who died from COPD for the first time exceeded the number of men in 2000. This phenomenon is partly explained by researchers to increased tobacco use.

There is evidence that the response of men and women to tobacco smoke is different. Men are more prone to the emphysematous phenotype and women to the airway-dominated phenotype.

In addition, observational results indicate that women smokers are at greater risk of lung dysfunction, severe shortness of breath and progressive deterioration of the general condition than men who use the same amount of tobacco. It was found that mortality from emphysema in smokers did not depend on gender, but the risk for developing COPD correlated with the amount of tobacco consumed but not with gender.

A systematic review and meta-analysis of pulmonary function studies has shown that women smokers are predicted to have a significantly faster annual FEV1% decline with age than men.

Analysis of literature data showed that women with COPD are usually younger than men and the disease develops up to 60 years. They smoke less; have a lower BMI, social and economic status than men. In addition, women with COPD have lower self-reported health status compared to men after correcting smoking and lung function.

An international study in North America and Europe that examined gender differences in the diagnosis of COPD showed that women were less likely to have spirometry tests than men. Male-dominated bias in doctors' awareness of COPD can lead to delayed or misdiagnosed in women and potentially suboptimal treatment and poor outcomes.

Conclusion.

The prevalence of COPD in women is increasing more rapidly than in men. To reduce the prevalence of COPD, the rate of progression of inflammation and the development of comorbid conditions, it is necessary to improve the quality of preventive measures (anti-tobacco programs), to improve the early diagnosis of COPD at the stage of primary health care (study of pulmonary function, especially in smokers), regardless of their gender, age, sex and race.

References

1. Buist A.S., McBurnie M.A., Vollmer W.M. et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a populationbased prevalence study // Lancet. – 2007. – Vol. 370. – P. 741–750.

2. MeiLan K.Han, Dirkje Postma, David M. Mannino et al. Gender and Chronic Obstructive Pulmonary Disease // Am.J.respir.Crit.Care Med. – 2007. – Vol.176 (12), – P. 1179–1184.

Pytetska N.I.¹, Kurinna M.V.²

¹ Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

² Military Medical Clinical Center of the Northern Region, Kharkiv, Ukraine

GENDER FEATURES OF SEXUAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

Currently, 30-45% of the world's population suffers from arterial hypertension (AH). By 2025, its prevalence in the worldwide is expected to increase by 15-20%. Elevated blood pressure (BP) is not only the world's leading risk factor (RF) for premature death due to stroke, but also an important RF for the

development of atherosclerosis and its complications. Moreover, hypertensive patients, regardless of gender, have a high risk of developing sexual dysfunction.

Most clinical studies have examined the effect of hypertension on sexual function in men. In order to assess the degree of its severity the index of erectile dysfunction was used. The study of sexual dysfunction in hypertensive women is a poorly studied problem; therefore it attracts scientific and public interest. The difficulty in identifying sexual dysfunctions in women is primarily due to the imperfection of diagnostic methodological approaches in this area. Therefore, when studying the influence of cardiovascular pathology on the development of sexual disorders, especially in childbearing women, one should take into account hormonal and gynecological disorders. A relationship between men and women in the modern world, the problem of loneliness, and multiple stress factors should not be underestimated as well. The sexual health of a woman or a man should not be considered separately from each other, but the couple should be perceived as a whole, given gender, race / ethnicity of patients.

Among hypertensive patients, sexual dysfunction is detected in 44-48% of cases and is more pronounced in men. It was found that the prevalence of sexual dysfunction was higher in hypertensive women compared with normotensive women and could decrease with adequate blood pressure control. Older age, low education and depression have a negative impact on the sexual function of hypertensive middle-aged and elderly women. The main pathogenetic links between sexual dysfunction and somatic pathology are: a decrease of nitric oxide production, an increase in free radical generation, in peroxidation in the genital tissues, a decrease in synthesis of sex hormones. Development of the obesity in hypertensive patients worsens sexual dysfunction due to insulin resistance, atherogenic lipid profile and systemic inflammation. In addition, sexual dysfunction, especially in men, can be an early sign of serious complications of metabolic syndrome.

Antihypertensive treatment is very important for patients at risk of developing sexual dysfunction. Thiazide diuretics, aldosterone antagonists, β -blockers can have a negative effect on sexual function. Therefore, it is necessary to give preference to drugs which do not impact sexual function in these patients: ACE inhibitors, angiotensin II receptor blockers, calcium antagonists.

Conclusions: arterial hypertension is a risk factor that enhances sexual dysfunction in both men and women. Sexual disorders worsen significantly the quality of life of patients. Therefore, the detection of their causes as well as the development of preventive methods represents an urgent area for clinicians and researchers. Adequate control of hypertension with drugs that do not affect sexual function can have a large impact on the quality of life of hypertensive patients.

References

1. Репродуктивне здоров'я та планування сім'ї: підручник / В. Б. Самойленко, Г. Г. Рой, В. В. Мисік ; за заг. ред. В.І. Литвиненка. – Київ : Медицина. – 2018. – 216 с.

2. Alidu H., Owiredun W. K. B. A., Anidu N. et al. Hypertension and obesity comorbidities increases coronary risk, affects domains of sexual function and sexual quality of life // *Int. J. Impot. Res.* – 2018. – Vol. 30(1). – P. 8–13.

3. Spatz E.S., Canavan M.E., Desai M.M. et al. Sexual activity and function among middle-aged and older men and women with hypertension // *J. Hypertens.* – 2013. – Vol.31. – P. 1096–1105.

*Shcherbina M.M., Kamchatna V.A., Shenheliia T.Y.,
Kharkiv National Medical University*

STEREOTYPING AND STEM GENDER GAP

Stereotyping mechanisms are part of mythological thinking [1]; the content of stereotypes depends on a specific culture and is transmitted in the process of socialization, in the family, then in the course of the so-called “hidden curriculum” in preschool educational institutions and schools, then strengthened by the mass media, public opinion, etc [2]. Gender stereotypes are one of the factors that contribute to the gender gap in education, gender gap in STEM, prejudice and discrimination [3]. Therefore, it seems important to us to understand the processes of “birth”, formation, overcoming and transformation of stereotypes about “proper femininity” in different cultures to hear the voices of girls and women. Let's focus on the STEM gap and try to understand its causes. S.M. Lindberg, J.S. Hyde, J.L. Petersen, M.C. Linn writes that there is no biological gap in the mathematical abilities of girls and boys. Accordingly, the gap is caused by various socialization reasons, one of which is gender stereotypes – the children themselves, their families and their teachers and the prejudice caused by those opinions.

First of all, such a stereotype can be the idea of natural difference in abilities, depending on gender, and of the “non-femininity” of STEM. The result of stereotyping on the part of the parents may be the artificial restraint of their daughters from “not typical for girls” activities. Girls themselves may also be anxious about how they will be perceived by their peers and avoid showing “wrong” tendencies. In addition, the so-called stereotype threat can affect girls' self-confidence and hence their academic results.

Stereotyping by teachers can lead to various forms of discrimination: bias in the classroom, when more time and attention is given to boys; double standards in relation to students, depending on their gender; only boys (with equal results) are chosen to go to contests, Olympiads. The mathematical anxiety of the female teachers themselves and the doubts about their competence also affect the students, but on the other hand, successful women teaching STEM can be good role models and mentors, but this cannot be enough if the teaching materials do not mention women in the STEM or emphasize the exclusivity of several figures.

It seems important to us to develop strategies for confrontation. It can be, on the one hand, the mandatory inclusion of the personalities of women scientists in textbooks and teaching materials, and on the other hand, adult education in order to neutralize hidden curriculum.

In addition, an important step can be researching the beliefs of female technical students and female specialists who are already successfully working in STEM, as well as researching the beliefs of those girls who could not stand the pressure and abandon technical specialties.

References

1. Shcherbina M. M. Between i and we-thinking: phenomenology, mythology, gender stereotyping / M. M. Shcherbina // Гендер. Екологія. Здоров'я : матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції (Харків, 18–19 квітня 2019 р.). – Харків : ХНМУ, 2019. – С. 34–36.

2. Shcherbina M.M., Joy Amaranchi Uchechukwu/ Gender differences in the specialization of medical students / M. M. Shcherbina // Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах (28 -29 травня 2020 р., м. Харків) – Харків : ХНМУ, 2020. – С. 84–86.

3. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин [Електронний ресурс] // Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин. – 2017. – Режим доступа до ресурсу: <http://docstore.ohchr.org/selfservices/fileshandler.ashx?enc=6qkg1d%2fppricaqhk b7yhslldcrolutvlrfdjh6%2fx1pwaeqjn4t68n1uqnzjlbtfuavnk4tlh7s3xdu4s7zlngqgj2 nlior3ai3z84aenj4x0wxiiinqb5lhxkfee0fip6>

4. S.M. Lindberg, J.S. Hyde, J.L. Petersen, M.C. Linn New trends in gender and mathematics performance: A meta-analysis Psychological Bulletin, 136 (2010), pp. 1123-1135.

Shcherbina¹ M. M., Sitnikova² M. G.

¹Kharkiv National Medical University

²Belarus, Gomel State Medical University

WIDOWHOOD IN THE LINGUISTIC WORLDVIEW OF UKRAINIAN, HINDI AND RUSSIAN LANGUAGES (BASED ON PAREMIAS)

Teaching foreign students involves interpenetration of cultural contexts to achieve the goals of the formation of communicative and intercultural competencies.

And the lack of understanding of differences in the content of stereotypes (including gender ones) potentially contributes to the formation of communication barriers and leads to miscommunication, since the very mechanism of stereotypes creating is ambivalent – on the one hand, it is convenient for categorizing reality, saves mental effort and helps self-identification and communication with "your" group, on the other – it separates "your group" from "others", which can be explained by archaic ways of thinking [1] and might cause prejudice and discrimination.

Therefore, it is interesting to identify the similarities and differences in some gender stereotypes rooted in cultures based on the material of proverbs and sayings of Hindi, Russian and Ukrainian languages about widowhood.

The differences in the perception of female and male widowhood in Ukrainian proverbs are quite striking.

In the group of Ukrainian paremias, both widows and widowers are equally represented as grieving people in distress: Краще сім раз горіти, ніж один раз овдовіти. Вдовіти – горе терпіти. У кого жінка не вмирала, у того горя не було. Не плаче малий, не горює молодець, а плаче вдівець. У вдови плакана доля. Удівцеве і вдовине серце, як зимове сонце, а молодцеве і дівоцьке — як літнє сонце. Better have your house burnt down seven times than become widowed once. To be widowed is to endure grief. Whose wife didn't die, that one never grieved. A small child does not cry, a young man does not grieve, but a widower will. The widow has a weeping fate. A widowed and widowed heart is like a winter sun, and a well — done and maiden heart is like a summer sun.

The incompleteness of a single spouse is emphasized: При жинці погано, а остався вдівцем – ще гірше. З ним (чоловіком) – горе, а без нього – вдвоє. Недбайливий чоловік умре – жінка по сусідах піде. Життя у вдівця – як серед вовків вівця. Живе вдова на Подолі та й плаче на свій вік по гіркій долі. Як гусь без води, так вдівець без жінки. Без чоловіка – що без голови, без жінки – що без ума. Вдівець – дітям не отець, бо й сам круглий сирота. Умре мати – осліпне батько Life with wife is bitter, but once a widower- it is even worse. With him (her husband) – grief, and without him – twice as much. A careless man's death will free a woman to flirt again. A widower's life is like a sheep among wolves. A widow lives in Podil and cries for her age for a bitter fate. As a goose without water, so a widower without a woman. Without a man is like without a head, without a woman – is like without a mind. A widower is not a father to children, because he is an orphan himself. If the mother dies, the father goes blind, and if the father dies, the mother goes blind. Умре батько – осліпне мати

And separately-the poverty and lack of protection of widows: На п'ятій неділі вдовиний плуг вийде. (а всього 4 тижні у місяці). Вдовине горе кожен знає, але не кожен про нього дбає. On the fifth week, the widow's plow will come out. (And only 4 weeks in a month). Everyone knows widow's grief, but not everyone cares about it. At the same time, both widows and widowers are often perceived as second-rate for a new family, but at the same time, they are safe from the point of view of infidelity and accustomed to the loads of marriage. Буду сива, як вівця, а не піду за вдівця. Парубок жениться – любу бере, вдовець жениться - хто за нього йде. Кого лихо не мине, той візьме і мене. (казала вдова про заміжжя). I will be gray as a sheep, and I will not marry a widower. The young man marries a loved one, the widower marries that chooses him. If the trouble does not pass, he will marry me. (the widow was talking about marriage). But: Вдову за жінку взяти – то спокійно спати. Вдовиця – не дівиця, свій звичай має to marry a widow is to sleep sound and be well. A widow is not a maiden, she has her own temper. When the perception of having a partner as a necessary condition for a happy and harmonious life is similar for the analyzed language systems, the differences in the perception of female and male widowhood are quite striking in proverbs.

In Hindi, there are no proverbs that assess the remarriage of a widow, since traditional culture did not allow the remarriage of a widowed woman: The proverb

about the female character inconsistency mentions the traditional inviolability of a widow's self-immolation, regardless of her attitude to her late husband:

1854. तिरिया चरित्र जाने नहिं कोय, खसम मार के सची होय *No one will understand the female tricks: she would kill her husband but the same time will go to the stake with him* In the group of Russian proverbs, an equal number of units with a negative assessment of marriage with a widow: *Не видал беды, кто не сватал молодой вдовы. На вдове жениться, что старые штаны надевать: не вошь, так гнида; Never had one suffered who didn't search a new match for a widow. To marry a widow is like putting on old trousers: if you're not a louse, you're a nit;* and there are proverbs that approve of marrying a widow: *Вдову взять – спокойнее спать. Не опасайся вдову за себя взять: будешь спокойнее спать. To marry a widow – it's safer to sleep. Do not be afraid to marry a widow: you will sleep better.* The proverbs of India illustrate low social status of the widow in the community, the very word "widow" can be perceived as an insult: 3483. राँड़ से बढ़के कोसना नहीं *There is no insult worse than calling her a widow.* 3479. राँड़ के आगे गाली क्या ? 3/1A 3. *You can't scold one worse than call a widow. Is there a worse swear word than widow?*

Proverbs mention the undesirability of entering into family relations with a widow's children, characterize them as untrustworthy and not properly brought up:

3476. राँड़ का साँड़, छिनाल का छिनरा 16 KA 21. *A widow's son is a tramp, a reveler's one is a libertine.* *Не купи у нона лошади, не бери у вдовы дочери. Don't buy a horse from a priest; don't marry a widow's daughter.*

The widow's plight is reflected in numerous Russian proverbs that draw attention to the extreme poverty of a widow's life: *Худой муж умрет, добрая жена по дворам пойдет. Худой муж в могилу – добрая жена по дворам. Вдовье дело горькое. Вдовье дело сиротское.* A poor husband will die - a good wife goes begging. A poor husband in grave – a good wife in ruins. Widow's fate is bitter. Widowhood is an orphan's fate. The proverbs explain the ruin of the widow's household by the female inability to resist people's aggression independently without her husband's protection and to run a household without his guidance: *Бабы хоромы недолго живут (стоят). Вдовьи сени не стоят* Women's mansions do not live on. The widow's porch won't stay around.

The paroemias mention negative attitude of the society towards widows: *Вдовицу бог бережет, а люди не берегут. Худо полю без изгороды, а вдове без обороны. Горох да репа в поле – вдова да девка в людях. На вдовый плачь глядя, и мужик убивается. Шей, вдова, широки рукава, было б во что класть небылые слова!* God is a merciful guard behind widow's back. God protects the widow, but people don't. A field is no good without a fence, and a widow - without a defense. No sense to grow only peas and turnips – no good to be widowed or single. A man could shed a tear at a sight of a widow crying Sew, widow, sew the sleeves wide; there would be something to put your tales in! The paroemias of this group have correspondences in Urdu and Hindi: 1857. तिरिया भी नर बिन हे एसी, बिन धनी के खेती जैसी । *A wife without a husband is like a field without a master.* 1858. तिरिया रोवे पुरख बिना, खेती रोवे मेंह बिना *A wife weeps without her husband, a field weeps with no rain.*

1519. जिय बिन देह, नदी बिन बारी, वैसहि नाथ पुरुष बिन नारी । *As a body without a soul, as a bank without a*

river, so a wife without a husband and ^{3491.} राजा आगे राज, पीछे छरनी न छाज Raja is alive - his kingdom is prosperous, once he is dead- all comes to pieces.

Russian proverbs about the plight of the widower are less numerous than the group of Russian proverbs about the plight of the widow, but significantly exceeds the number of single references to the grief of the widower in Indian proverbs: *He плачет малый, не горюет убогий, а плачет и горюет вдовый. Лучшее семью гореть, чем одна вдова. Что гусь без воды, то мужик без жены.* The small child would not cry, the poor would not grieve, but the widow weeps and grieves. Suffering with someone is better than widowing to loneliness. Like a goose without water, a man without a wife.

In a group of Hindi proverbs, widower's sufferings are explained by the difficulty of living as a single man without a female contribution to the household: *जोर का मरना घर का खराबा The demise of the mistress — the household comes to pieces. है घरनी घर गाजत है, नहीं घरनी घर पादत है There is a mistress-in the house of joy, there is no mistress-melancholy in the house.* ^{1856.} तिरिया बिन तो नर है एसा, राह बटाऊ होवे जैसा Without a mistress the house is the lair of the Bhuts. Hindi and Urdu proverbs assert the impossibility of achieving happiness without the love of the spouse and her support: *बिन बहू प्रीत नहीं Without a wife there is no love.* ^{1856.} तिरिया बिन तो नर है एसा, राह बटाऊ होवे जैसा Without a wife, a man is like a wanderer. These proverbs have equivalents in Russian: *Без хозяйки дом — сирота. Вдовец — деткам не отец, а сам круглый сирота. Холостой — простой, женат — богат, а вдовец — что зяблец.* Without a mistress, the house is an orphan. A widower is not a father to children, but an orphan himself. A bachelor is a plain one, a married man is a rich one, and a widower - miserable one. Russian proverbs mention the more difficult situation of a widow compared to the fate of a widower: *Красные похороны, когда муж жену хоронит. Горькие проводы — жена мужа хоронит. Бог не мужик, забереет бабу, так даст девку. Sweet sorrow to bury a wife. Bitter sorrow — to bury a husband. God is not a man, he will take a woman, but he will give a girl.*

These proverbs have an equivalent in the paremiological fund of Hindi, due to the possibility and even desirability from a religious point of view of a man's remarriage: *ब्याही मरी कंवारी भाग A married death is an unmarried one's luck.* ^{3179.} मर्द का क्या है ? एक जूती पहनी एक जूती उतारी A man will be man: took off one shoe, put on another. There are few Russian, Urdu, and Hindi proverbs that say that a married woman suffers more grief and suffering than a widow does: ^{3233.} मार से भूत भागता है It is better to be a widow than to be beaten. ^{3482.} राँड़ रोवे सेर-सेर, सधवा रोवे दो-दो सेर : The widow sheds tears in a bowl, and the husband's wife-in two bowls. *Пада б баба выть, да не по ком: муж долго не мрет. В девках приторно, замужем натужно, а во вдовьей чередѣ, что по горло в воде. The woman is happy to weep, but there is no one over whom: the husband won't die for a long time. When unmarried- too sweet, married - too strained, and widowed - too much in hot water.*

Russian proverbs about the hardships of helping a widow that fall to the share of the community and relatives do not correspond in Hindi, because in the Hindu culture, such a need did not arise with the custom of asceticism of widows or their self-immolation: *Не дай бог возиться с монастырями, да со вдовами,*

да с малыми сиротами. Не оставайся от жару головня, от пона понады. God forbid to bother with monasteries, and with widows, and with child orphans. No room for ashes after a fire, no welcome for priest's wife without her husband. At the same time, the proverbs emphasize the godliness of helping widows: На вдовий двор хоть щенку брось, и за то бог помилует. Throw a sliver of wood into the widow's yard, and God will have mercy on you.

A comparative analysis of the ideas of widowhood based on the material of the paremiological fund of Ukrainian, Russian and Hindi proverbs illustrates the universality of the universal values of marriage and sympathy for the suffering of a widowed spouse, characteristic of representatives of all cultural traditions, and reveals uniqueness of the utilitarian norms of everyday culture and gender stereotypes of the linguistic worldview of Ukrainian, Hindi and Russian languages reflected in proverbs.

References

1. Shcherbina M. M. Between i and we-thinking: phenomenology, mythology, gender stereotyping / M. M. Shcherbina // Гендер. Екологія. Здоров'я: матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції (Харків, 18–19 квітня 2019 р.).
2. `Ukrainian proverbs and sayings, S. Mishanich, M. Pazyak. Dnipro. 1984. 390p.
3. Ukrainski proverbs and sayings etc.: Markovich / M. Nomis; intro. st. M. M. Pazyak. - Kiev: Libid, 1993 – 764, p. - Reprintne vidvorennya vidannya 1864 p.
4. North India.Comp., translated from Hindi and Urdu and comment. S. Barkhudarov, V. M. Beskrovnogo and G. Zograph. Accompanying article, dictionary, and edict. Zograph. - St. Petersburg: Center "Petersburg Oriental Studies", 1998. - 384 p. (Orientalia series).
5. Proverbs and sayings of the Russian people: Vol. T1 Moscow: Khudozhestvennaya literatura, 1984 – 383p.
6. Proverbs of the Russian people: A collection.T2 Moscow: Khudozhestvennaya literatura, 1984. – 399p.

Skinder N.,

Харківський торговельно-економічний коледж КНТЕУ

THE IMPORTANCE OF VISIBILITY FOR MEMBERS OF LGBTQ COMMUNITY IN MEDIA

Nowadays, there are lots of TV series about youth and their life. We can name many such popular series: *13 Reasons Why* (USA), *Elite* (Spain), *Sex education* (UK), *Ragnarok* (Norway, Denmark), *Ginny and Georgia* (USA) – produced by Netflix streaming service; *Riverdale* (USA) – produced by CW and so on. We can also add that most of them contain the backdrop of the detective story.

The media is broadcasting the behavioral models, which is to help people to distinguish which is normal or not. It should be noted that while watching series people, and especially youth as a target audience, consume western values and

norms of behavior. However, in the series listed above, the LGBTQ community is shown in different ways. Furthermore, there is a distinction between representing gender identities on TV in Western Europe, in the USA, and in Ukraine. In Western television portraying a character that has another “non-traditional” gender identity is totally normal, and the remaining characters are kind and supportive to they/them. While in the post-Soviet space talking about the LGBTQ community on television is often a taboo topic. We can say that usually it is not accepted to show a representation of the LGBTQ community due to existing gender stereotypes. Their invisibility on the screen indicates the alleged rejection of them by society.

The media has a significant impact on the individual, the formation of his identity in general. In media discourse, representations are aimed at portraying social change. These visual representations are endowed with the function of creating new images identifying what should be perceived as social transformation. Thus, visual representations level out reality, constructing those meanings that open up new horizons for the reproduction of culture. With the help of visual representations, which are aimed at depicting social transformations, an image that was previously illegitimate is constructed.

Pershi Lastivky (Early swallows) (2019-2020) – the first Ukrainian teen drama based on social context. The show opened up many problems: various forms of bullying, lack of parental support, speech disabilities, drug addiction, abuse, and what is more important – the LGBTQ theme.

In the first season, there is a story about Maxim – a teen boy – swimmer, who is trying to understand who he really is. Maxim even used to have relationships with girls to verify his feelings and state. One of them was a popular schoolgirl. So he has demonstrated and proved his masculinity identity in the public eye. Meanwhile, he has a crush on Den, another swimmer from his team, who is a homophobe. Artur – Maxim’s father and also a high school swim coach is homophobe too; he thinks that people with “non-traditional” gender identities must have been killed. He reacts aggressively to pride news on TV and stands by Den’s side when discovers about son’s gender identity. Maxim was afraid of telling someone his secret because he knows that he will be probably bullied by his classmates. He even tried to commit suicide, because he can’t stand this state anymore. But everything ended well for Maxim.

In the second season, there is a story of two children in an orphanage who find out about their gender identities. It is illustrated that these kids were struggling a lot, and find a way to start a different life. And now they try to pretend someone who they are really not, hiding their true identities in order to survive in a cruel world – where a homosexual guy cannot work in the police and a girl is forced been dating a successful abusive guy, while she has the other love interest – a roommate girl.

In *Pershi lastivky* we see the deconstruction of many traditional norms and boundaries that may have shocked the viewer. The series, in cooperation with *La strada (Ukraine)* service, has helped a large number of young people who did not know how to act in such situations.

The TV series *Pershi lastivky* has made a huge impact on Ukrainian society because it shows that in the modern world there is a variety of gender identities, they are visible, and it is postulated that it is okay to be different.

Voitiuk Anna¹, Litovchenko Tetyana¹

¹Department of Neurology and Child Neurology,
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

GENDER PECULIARITIES OF EPILEPSY COURSE

Currently, there are more than 65 million people with epilepsy in the world. In Ukraine, the prevalence of epilepsy ranges from 50 to 73 cases per 100,000 population in various areas (an average of 73.9 per 100,000). The incidence is 50-70 cases per 100,000 population per year, the prevalence is 5-10 per 1000 population [2].

According to the consensus of the International League against epilepsy (International League Against Epilepsy, ILAE) and International Bureau for epilepsy (International Bureau for Epilepsy, IBE), epilepsy is a disease of the brain defined by any of the following conditions:

1. At least two unprovoked (or reflex) seizures occurring >24h apart.
2. One unprovoked (or reflex) seizure and a probability of further seizures similar to the general recurrence risk (at least 60%) after two unprovoked seizures, occurring over the next 10 years.
3. Diagnosis of an epilepsy syndrome [1].

Epilepsy is a separate problem for each sex, which requires gender-specific approaches to management and patient treatment strategies. If we take the differences in the structure of epilepsy in adults depending on gender, then a significantly higher percentage of symptomatic post-traumatic epilepsy and alcohol dependence is characteristic of males. In early childhood, they often have West syndrome, Lennox-Gastaut syndrome. Sudden unexpected death in epilepsy (SUDEP) is also more common in men.

Typical early onset absences, photosensitive forms of epilepsy, juvenile myoclonic epilepsy are twice as common in women, as well as childhood abscess epilepsy. In contrast, epilepsy with myoclonic-astatic seizures (Doose syndrome) boys suffer 2 times more often, focal seizures with hypermotor automatisms are 2 times more common in men. However, symptomatic epilepsy in Aicardi syndrome, periventricular heterotopia nodular, is characteristic only for females. In addition, women have a specific syndrome, the so-called catamenial epilepsy, in which the seizures develop exclusively during the menstrual or perimenstrual period.

In puberty and at a young age, as well as over the age of 70, the prevalence of epilepsy prevails significantly in women. The predominance of patients with epilepsy in women aged 70 years and older is associated with the manifestation and progression of vascular pathology of the brain.

The physiological, psychological and hormonal differences between a woman and a man cause a differentiated approach to the treatment of epilepsy depending on the sex of the patient. In the treatment, it is necessary to take into account that men should avoid prescribing barbiturates, and women should avoid valproate. Thus, the problems associated with the health of both men and women suffering from epilepsy accompany them throughout their lives, reducing their quality of life.[3].

References

1. Robert S. Fisher et al. «A practical clinical definition of epilepsy». *Epilepsia* 55.4 (2014): 475-482.
2. Литовченко Т.А. «Эпилепсия: терминология, эпидемиология, классификация, этиология, патогенез». – *НейроNews* (2010):2(21).
3. Карлов В.А.«Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин». – 720 с.

*Алексеевко Р.В., Рисована Л.М., Гранкина С.С.,
Харківський національний медичний університет*

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ ВИНИКНЕННЯ КРИЗИ В РОДИНІ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

На сьогоднішній день Україна знаходиться в такому стані коли виникає, так званий, «моральний вакуум», коли колишні норми і цінності вже не відповідають новим відносинам, а нові ще не склались» [1]. У зв'язку з цим виникає чітка дезорганізація ряду соціальних інститутів, що призводить до погіршення якості громадської та соціальної адаптації людини в суспільстві. Безсумнівно, що кризовий стан суспільства в цілому не міг не відбитися на стані родини.

У родини, яка перебуває в соціально небезпечному положенні, часто спостерігаються медико-біологічні розлади і навіть яскраво виражені захворювання, які перешкоджають нормальному повноцінному її функціонуванню.

Одним з провідних синдромів на початковому етапі медико-біологічних розладів є порушення саме емоційної сфери і особливо це виражено у жінок.

Емоційні розлади, навіть ті, які не досягають вираженого ступеня, розвиваються в результаті тривалого перебігу патологічного процесу і можуть виступати провісниками значних цереброваскулярних уражень, які, в свою чергу можуть призвести до появи когнітивних розладів Когнітивні розлади свідчать про істотні порушення кровопостачання до головного мозку і тому повинні розглядатися як індикатор високого ризику розвитку інсульту або судинної деменції.

Розлади психіки, перш за все когнітивні й емоційні, є одним з найбільш частих проявів органічних захворювань головного мозку. Втрата психологічної рівноваги під впливом соціального стресу, втрати перспектив в

родині визначають можливості розвитку депресії, фобії, тривожності і в кінцевому підсумку - формування патологічного ураження судин головного мозку з подальшим гострим порушенням мозкового кровообігу.

Емоційні порушення є найактуальнішими проблемами сучасної медицини та психології, а вивчаючи механізм їх виникнення, можна ще на ранніх стадіях виявляти фактори ризику, що призводять до порушень мозкового кровообігу у людей працездатного віку [2]. Тому оцінці стану емоційної сфери слід приділяти особливу увагу в діагностиці хронічної цереброваскулярної недостатності.

У ході вивчення даної проблеми було проведено порівняння груп осіб, що живуть у родинях з відсутністю кризових проявів у відносинах між чоловіками і жінками й у кризових родинях, а також виявлені фактори, що впливають на відносини між подружжям, які дозволяють підвищити якість прогнозування розлучень і своєчасне надання необхідної допомоги в корекції цих відносин.

На основі комплексного аналізу даних було розроблено математичну модель для кількісної оцінки ризику виникнення кризи в сімейних відносинах, яка дозволяє на основі визначення різних психологічних показників родини віднести її до одного з класів (з кризою або без кризи) або оцінити ймовірність кризи [3]. Отримані в даному дослідженні результати, свідчать про важливість прогнозування сімейної кризи й можуть бути корисні для попередження виникнення цереброваскулярних захворювань.

Література

1. Качанова О. И. Семейные кризисы и пути их преодоления. *Молодой ученый*. №10, Т.2, С. 141-145.

2. Рисована Л.М., Висоцька О.В., Панфьорова І.Ю., Зінченко Ю.Є. Інформаційна технологія визначення психоемоційних розладів у жінок з різним станом сімейної взаємодії. *Вісник Національного технічного університету "ХПІ". Серія: Механіко-технологічні системи та комплекси*. №44 (1266). С. 141-146.

3. Rysovana L., Vysotska O., Porvan A., Alekseenko R. Family Crisis Investigation on the Basis of Regression Analysis. *The problems of empirical research in psychology and humanities: VIII International scientific conference. Europejskie Studia Humanistyczne: państwo i społeczeństwo*. Krakow (Poland). P. 83-91.

Альчук М.П.,

Львівський національний університет імені Івана Франка

РОЛЬ ЖІНОК У ТВОРЕННІ УКРАЇНСЬКОЇ ДУХОВНОЇ КУЛЬТУРИ

Наприкінці ХХ ст. досліджується жіноча духовність як феномен, що не лише вивчається, а й визнається в українському суспільстві. Потрібно зазначити про важливість розкриття простору духовності, який створили жінки в процесі культурного розвитку. Також вагомим є усвідомлення ними

власної ролі у формуванні громадянського суспільства та самопізнання і самореалізації своєї особистості.

В українській філософській думці філософія статі сприймалася як маргінальна досить тривалий час. На сьогодні важливим є об'єктивне висвітлення подій, зокрема персонажів-діячів культури й історії з минулого України, адже саме це може бути предметом маніпуляцій російської пропаганди. Відтак, багато історичних подій ще треба висвітлити незаангажовано, принаймні, намагатися це зробити. Підкреслимо, що ми ще не знаємо своєї справжньої історії, а саме у цьому, на мій погляд, причина розповсюдження різних фейкових "фактів".

Відмітимо, що жінки самі мають творити власну історію, свою незалежність і змінювати ставлення до себе. Елен Сіксу підкреслює те, що жінки мають розкривати самі себе, а також писати про інших, про їхнє пробудження, супротив традиційному устрою. Для того, щоб досягнути рівності необхідно трансформувати власну історію завдяки індивідуальним діям. Авторка наголошує, жінка має "писати себе, так як це є акт винаходу нового бунтарського письма, яке в час приходу її визволення дозволяє їй завершити необхідний прорив, трансформувати власну історію" [1, с. 5]. Відтак, жінки мають працювати, досліджувати, аналізувати мову, тексти, історію, щоб стати за власною волею завойовницями, ініціаторами, творцями права у всіх сферах життєдіяльності.

Вивчення творчої спадщини видатних українських жінок дає можливість не лише визначити їхній власний доробок у розвитку духовної культури, а й розкриває вплив на сучасність. Їхній творчий спадок позначився також на тенденціях розвитку української та західноєвропейської культури ХХ–ХХІ століть. Духовність та душевність – характерні ознаки будь-якої людини незалежно від її статі. Потрібно говорити про гармонійну взаємодію духовності та душевності людської особистості. Зазначимо, що опозиція чоловічого як духу та жіночого як матерії, які розглядалися впродовж сторіч, сьогодні не має підстав і знімається. Духовність укорінена у бутті людини та є її якісною характеристикою. Багатовимірність феномену духовності, виробляє його системне бачення, розкриває прагматичні аспекти. Відмітимо, що плекання духовності принципово важливе для особистого та соціокультурного життя особи.

Сьогодні необхідно активізувати духовні, моральні, творчі сили жінок для національної консолідації та суспільної солідарності. Підкреслимо, що важливими є самоусвідомлення та самоідентифікація, які мобілізують життєву енергію особистостей та інтегрують їх у громадянське суспільство. Життєві сили, творчі зусилля, духовна енергія спонукають до їхнього самовизначення та самоздійснення. Підкреслимо, що самовизначатись – це вибирати власне життя, своє місце та роль в історії. Саме такий життєвий вибір сприяє перетворенню етносу на націю, яка самостверджується у культурному вимірі. Отже, такий вибір буде історично результативним та дієвим, якщо буде здійснюватись як вибір себе.

На мій погляд, важливо висвітлювати гендерну проблематику в науково-академічних, культурологічних, літературознавчих і правознавчих працях українських дослідниць. Також потрібні гендерні дискурси на форумах, конференціях, за круглими столами. Соломія Павличко відмічає, що завдання гендерної філософії – вивести жіночу духовність із «сфери мовчання», аналізуючи досвід роду, а не досвід статі, зокрема їхні культурно-психологічні характеристики. Як зазначають дослідниці, що у ХХІ ст. в академічному житті жіноцтво буде відігравати вагомий роль. Насамперед, це стосується виховання студентської молоді – свідомих громадян, які будують українську правову державу і громадянське суспільство.

Література

1. Сиксу Э. Хохот медузы // Гендерные исследования. №3 (2/1999). Харьков. центр гендерных исследований.
2. Соломія Павличко. Жіночий дискурс сучасної України // Фемінізм. Київ: Основи, 2002. С.91- 100.

Астапова-Вязьміна О.І.,

Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

СЕМІОТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ТРАНСЛЯЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО КОНСТРУКТУ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ

Стандартність позиції, коли діяльність чоловіків та жінок розглядається крізь призму обов'язкової дії (мають/повинні так діяти) нівелює різноманітність соціальних ролей, які чоловіки та жінки грають в сучасному світі. Не конфліктуючи з мотиваційними та когнітивними підходами, аналіз знакової системи додає компоненту, вказуючи, наприклад, на витоки стереотипів, які використовуються для передавання інформації та лежать поза площиною особистості в знаковому контексті. Використання знакових систем для передавання суб'єктивного досвіду, визначають факт спілкування, що в кінцевому результаті знаходить своє відображення в стереотипах та загально прийнятих твердженнях. Зрозуміло, що гендерні стереотипи змінюються в залежності від культури та часу. Ці очікування пов'язані з ролями, які в культурі виконуються чоловіками/жінками. Однак можемо говорити про так зване стале розуміння/бачення стереотипів, закріплених культурною традицією, релігійними уявленнями. Трансляція гендерних стереотипів впливає із традиційної ролі чоловіків як годувальників та жінок як домогосподарок і спрямована на активність, амбіційність, конкурентоспроможність чоловіків та на турботливість, емоційність, теплоту, товариськість жінки. В кожному суспільстві, етнічній групі, культурі є очікування стосовно гендерних ролей чоловіків та жінок. Але сформований у суспільстві образ гендерної ролі не завжди має ґрунтовні підстави для трансляції шаблону поведінки.

Наприклад, народна пісня «Їхали козаки...». Сюжет пісні відомий, козаки заманили Галю, везли її темними лісами, прив'язали до сосни косами,

набрали хмизу, обклали сосну та й підпалили дерево разом з дівчиною. Героїня пісні, палаючи у вогні, кричала про допомогу, але козак, який її почув, не пішов на допомогу. Мораль пісні «хто дочок має, нехай навчає – темненької ночі гулять не пускає».

Ілюстрацією може виступити й біблійний текст. Так, наприклад, не слід переоцінювати роль чоловіків, наприклад, в Святому Письмі. Перша жінка, Єва, отримала своє ім'я від Адама (Бут 3:20), як матір усіх, саме її, першою, спокусив змії порушити заповідь Бога і спробувати плід з дерева пізнання (Бут. 3:3-5). Тільки після того, як жінка скуштувала заборонений плід, люди дізнались, що нагі. Після того, як Бог засудив Адама та його дружину, Адам надав їй ім'я Єва. Ім'я як і назва з'являються пізніше, як результат незаконних дій жінки Адама.

Переконання, дієві щодо процесів теперішнього часу, відносяться до знань, отриманих в минулому, а мотивація або бажання відносяться до потреб людини, і на сьогодні, і спрямовуються на майбутнє. Мета семіотичного підходу полягає в тому, щоби окреслити роль трансляторів інформації комунікаційного процесу. Засоби масової інформації (телебачення, кіно, рекламні оголошення тощо), літературні твори (наприклад, народні казки, пісні) зображують, часто підтверджують та транслиують гендерний стереотип.

*Батур Ю.Г., Лопатченко І.М.,
Національний університет цивільного захисту України, м. Харків*

ГЕНДЕРНА ПОЛІТИКА УКРАЇНИ: НОРМАТИВНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

На шляху демократичного розвитку Україна прагне до створення громадянського суспільства на гуманітарних засадах. Україна останніми роками значно просунулася у вивченні та осмисленні гендерної проблематики. Ухвалення Конституції України створило нові правові гарантії формування громадянського суспільства. Вона закріпила нові засади громадянської організації суспільства та, зокрема, принцип рівності жінки і чоловіка.

Запровадження ефективної політики рівноправності передбачає наявність правової бази забезпечення фактичної рівноправності жінок і чоловіків, механізму захисту від дискримінаційного ставлення до себе як жінками, так і чоловіками. Створення національного механізму забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків, має відбуватися насамперед через формування гендерного законодавства [1].

Україною вже зроблено перші кроки з формування гендерно чутливого законодавства. Так, з метою сприяння реалізації інтересів працюючих жінок чинне законодавство України приведено у відповідність з основними положеннями Конвенції Міжнародної організації праці № 156. Україна - одна

з перших держав в Європі внесла зміни до Кримінального кодексу шляхом запровадження спеціальної статті, що передбачає кримінальну відповідальність за торгівлю людьми. Законом України “Про зайнятість населення” передбачено додаткові гарантії щодо зайнятості окремих категорій населення, які потребують соціального захисту і не здатні конкурувати на ринку праці. У 2001 р. був прийнятий Закон України “Про попередження насильства в сім’ї” [2].

Постановою Верховної Ради України від 29 червня 2004 року № 1904-IV схвалено Рекомендації парламентських слухань “Становище жінок в Україні: реалії та перспективи”, окреслюється становище жінок в Україні, зазначається, що протягом останніх років в Україні однією з гострих проблем залишається безробіття серед працездатного населення, переважну більшість якого становлять жінки.

Новим імпульсом для розвитку гендерної політики в Україні стала Угода про Асоціацію між Україною та ЄС, яка зобов’язує до гарантування рівних можливостей для жінок та чоловіків в усіх сферах. Затверджена Кабінетом Міністрів України у 2018 році «Державна соціальна програма забезпечення рівних можливостей жінок і чоловіків на період до 2021 року» передбачає удосконалення механізму забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків у всіх сферах життя суспільства та впровадження європейських стандартів рівності. Ця Програма враховує міжнародні інструменти ООН, Ради Європи, Європейського Союзу, ОБСЄ, а також положення Угоди про асоціацію між Україною та ЄС [3].

За рейтингом оцінювання 156 країн світу щодо індексу гендерної рівності Україна посідає 74 місце. Зберігають лідерство у рейтингу Ісландія, Фінляндія, Норвегія, Нова Зеландія та Швеція. Останнє місце посідає Афганістан [4].

Список використаних джерел

1. Правове забезпечення реалізації політики гендерної рівності у системі органів виконавчої влади. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_4731
2. Грицяк Н.В. Правове регулювання рівних прав та можливостей жінок і чоловіків в Україні: стан та шляхи вдосконалення. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej2/txts/pol-prav/05gnvssv.pdf>
3. Постанова КМУ від 11 квітня 2018 р. №273. URL: www.kmu.gov.ua/ua/npas/
4. Глобальний індекс гендерного розриву: Україна втратила 15 позицій. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/news-global-gender-gap-index/31179599.html>

ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ РОБОТИ ЦЕНТРУ ГЕНДЕРНОЇ ОСВІТИ

Сучасні перетворення, що відбуваються в системі освіти, характеризується доцільністю включення гендерної складової у систему фахової підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери, що підтверджується загальнодержавною політикою на входження системи освіти України в освітній простір Європи і світу. Відповіддю на актуальний суспільний запит щодо модернізації системи вищої школи та подолання будь-яких проявів явної чи прихованої дискримінації в діяльності закладів вищої освіти є діяльність Центрів гендерної освіти, стала. Головною метою діяльності гендерного центру має бути розробка та експериментальне обґрунтування гендерної ідеології освітньо-виховних практик в освітньому просторі ЗВО як стратегічного напрямку реалізації державної освітньої політики, а також впровадження гендерних стандартів освіти та їх збалансування, що є важливим чинником формування гендерної чутливості і толерантності у професійній та особистісній самореалізації нової генерації громадян України.

Одне з головних завдань у роботі центру – впровадження ідей гендерної рівності в освітній процес шляхом імплементації гендерного аспекту у зміст соціально-гуманітарних дисциплін, проведення спеціальних виховних заходів, організації науково-дослідної роботи стосовно проблеми забезпечення рівних прав та можливостей, ліквідації всіх форм дискримінації, запобігання насильству в усіх сферах життя суспільства, протидії різним утискам в освіті щодо осіб з порушеннями здоров'я. У професійній діяльності фахівця соціальної сфери передбачено бажання допомагати. А при роботі із дітьми з порушеннями здоров'я необхідним є безумовне прийняття таких дітей. Фахівець соціальної сфери повинен володіти педагогічними методиками, методиками індивідуального планування навчального процесу. При роботі в інклюзивну дитячому садку або школі йому необхідні знання в галузі спеціальної (корекційної) педагогіки, якими вже сьогодні оволодівають майбутні соціальні педагоги, які активно навчаються та співпрацюють з Центром гендерної освіти.

В межах діяльності Центрів гендерної освіти вдосконалюються гендерні підходи в освітньому процесі, організовуються чисельні заходи, акції тощо. Наприклад, зустріч учасників центру у Всеукраїнській мережі осередків гендерної освіти, з метою об'єднання зусиль науковців і практиків для забезпечення сталого впровадження принципів гендерної рівності в освіту відповідно до міжнародних зобов'язань та нормативних документів, чинних в Україні, на яких відбувається визначення спільних напрямів і завдань діяльності центру гендерної освіти; обмін досвідом, науковими

напрацюваннями та методиками роботи щодо захисту прав осіб з порушеннями здоров'я; планується організаційна та експертна підтримка у становленні існуючих та сприяння у створенні нових осередків гендерної освіти.

Зокрема, цікавим та очікуваним для студентів є проведення Всесвітньої акції «16 днів проти насильства». Так, акція, яка має тривалу історію, була покликана привернути увагу педагогічної громадськості та студентської молоді до актуальності протидії такому негативному суспільному явищу, як насильство.

Важливо зазначити, що орієнтування на гендерну просвіту майбутніх фахівців соціальної сфери до імплементації інклюзивної освіти в умовах діяльності центру гендерної освіти сприятиме отриманню додаткової інформації щодо шляхів та засобів реалізації гендерної політики держави, сприяння засвоєнню гендерночутливого підходу до надання соціальних послуг особам з порушеннями здоров'я, залучення волонтерського ресурсу, створення й реалізації соціальних проектів, планів роботи, продуктів соціальної реклами для роботи з різними соціальними групами й верствами населення.

*Бережна А. В., Чумаченко Т. О.,
Харківський Національний медичний університет*

ІНФЕКЦІЇ, ПОВ'ЯЗАНІ З СУДИННИМИ КАТЕТЕРАМИ: ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ

Судинні катетери часто використовують в медичній практиці незалежно від статі пацієнта. Оскільки процедура катетеризації є інвазивним втручанням, завжди є вірогідність розвитку ускладнень, в тому числі інфекційних. Для розробки та впровадження ефективних науково обґрунтованих заходів з профілактики ускладнень катетеризації судин варто знати фактори ризику. Стать пацієнтів, як і їх вік та особливості спадковості, належать до факторів ризику, які не корегуються при зовнішньому втручанні. Якщо анамнез пацієнта обтяжений зазначеними факторами ризику, медичним працівникам необхідно це враховувати та мати настороженість для своєчасного попередження ускладнень.

Серед судинних катетерів найбільшу розповсюдженість отримали периферичні венозні катетери, використання яких може супроводжуватись виникненням катетер-асоційованих флебітів (далі – флебіти). Слід зазначити, що за етіологією флебіти бувають як інфекційного, так і не інфекційного характеру, але диференційну діагностику з залученням мікробіологічних досліджень зазвичай не проводять. Незважаючи на значну кількість епідеміологічних досліджень стосовно факторів ризику флебітів, питання щодо ролі статі пацієнтів у частоті їх виникнення залишається відкритим. Частина авторів (*Maki & Ringer, 1991; Nassaji-Zavareh & Ghorbani, 2007; Cicolini та ін., 2009; Mestre Roca та ін., 2012; Lv & Zhang, 2019*) пов'язує жіночу стать з вищою частотою розвитку флебітів.

Хоча наукове обґрунтування такого зв'язку відсутнє, існує припущення, що відмінності у частоті виникнення флебітів серед пацієнтів різної статі обумовлені гормональними особливостями жіночого та чоловічого організму (*Nassaji-Zavareh & Ghorbani, 2007*). Між тим, ряд авторів повідомляють про відсутність впливу статі на частоту флебітів (*Tager та ін., 1983; Comely та ін., 2002; Uslusoy & Mete, 2008; Furtado, 2011*). За даними власного дослідження, проведеного на базі хірургічного відділення багатопрофільного стаціонару, зв'язок між статтю та частотою виникнення флебітів встановити не вдалось (*Бережна & Чумаченко, 2020*). До більш небезпечних для здоров'я та життя пацієнтів ускладнень катетеризації судин належать катетер-асоційовані інфекції кровотоку (далі – КАІК). Жіночу стать пацієнтів пов'язували з вищою частотою КАІК, обумовлених використанням центральних венозних катетерів (далі – ЦВК) *Callister зі співавт. (2014)*, але *Lissauer зі співавт. (2012)* повідомляли про переважання КАІК, обумовлених використанням ЦВК, у чоловіків.

За даними, узагальненими некомерційною організацією в сфері охорони здоров'я *The Joint Commission*, чоловічу стать слід розглядати як фактор, що підвищує ризик виникнення КАІК, обумовлених використанням ЦВК (*2012*). *Marschall зі співавт.* у практичних рекомендаціях щодо стратегій профілактики інфекцій кровотоку (*2014*), пов'язаних з використанням ЦВК, асоціюють жіночу стать зі зниженим ризиком виникнення КАІК, обумовлених використанням ЦВК. Результати досліджень свідчать про необхідність подальшого вивчення зв'язку статі та випадків ускладнень катетеризації судин з урахуванням різноманіття патології та схем лікування у пацієнта з катетером, типу лікувально-профілактичного закладу, якості організації інфекційного контролю у закладі охорони здоров'я тощо.

Незважаючи на неоднозначні результати деяких досліджень щодо частоти розвитку інфекційних ускладнень катетеризації судин у пацієнтів різної статі, підходи до організації інфекційного контролю та профілактики мають бути комплексними та розробляться відповідно до профілю лікувального закладу, його матеріально-технічного устаткування з урахуванням особливостей пацієнтів, яким надається медична допомога.

*Бойко А.І.,
Черкаський державний технологічний університет*

ГЕНДЕРНІ ВИКЛИКИ COVID-19

Пандемія COVID-19 виявилась маркером процесів соціальної нерівності та несправедливості, зокрема й гендерної проблематики. Суспільства нерівності отримали вірусний драйвер розшарування. Розвиток суспільства був переважним трендом перед розвитком особистості, а особистість «втратила стать». «Жіноча робота» стала непомітною в період пандемії для спостереження і втратила суспільну вагу через низьке розташування на нижчих щаблях суспільних цінностей. Тому гендерні проблеми набувають усвідомлення на індивідуально-локальному рівні.

Дискримінація та нерівність має місце на різних взаємопов'язаних рівнях — культурному, політичному, соціальному та економічному, застосовуючи феміністичний, правозахисний, інтерсекційний аналіз, орієнтований на справедливість, який базується на співпраці, глобальній солідарності та поживленні багатосторонніх стосунків, щоб протидіяти націоналістичному та авторитарному скороченню видатків та конкуренції.

ООН-жінки започаткував Глобальний трекер гендерного реагування на COVID-19 (включає 2500 показників в 206 країнах), який відслідковує заходи у відповідь, які вживаються урядами в усьому світі для боротьби з пандемією та які враховують гендерні аспекти.

Наведені дані дозволяють констатувати, що лише в одній з восьми країн світу застосовуються заходи по захисту жінок від соціальних та економічних наслідків. Заходи боротьби з коронавірусом є гендерно нейтральними, проте соціальні наслідки пандемії є відчутним для жінок (від втрати роботи до збільшення навантаження на жінку при дистанційній організації праці).

Фелогене Анумо наголошує Covid-19 демонструє наші зламані системи охорони здоров'я і унаочнює руйнацію соціальних захисних механізмів. Пандемія привернула увагу до факту, що лише 50% населення світу має доступ до основних соціальних послуг, необхідних для існування. Тобто, вимога звертатися до лікаря у разі необхідності поширювалася не на всіх. Автор продовжує, що подібна ситуація має місце не тільки в сфері охорони здоров'я, а є типовою для соціальної сфери. Авторка робить припущення, що сама потужна вакцина за часів пандемії — це зміцнення соціального захисту, інвестування в якісні, тобто ті що враховують гендерні аспекти, державні послуги і дотримання законів про захист праці. (<https://www.cambridge.org/core/blog/2020/03/17/unchecked-corporate-power-paved-the-way-for-covid-19-and-globally-women-are-at-the-frontlines/>)

Американські поборники гендерної рівності роблять припущення, що американські жінки з великою вірогідністю будуть працювати з низькою заробітною платою і працювати неповний день — 62% від такої категорії це і є жінки. Тобто жінки є в групі ризику щодо втрати прибутку, коли їх робочі місця зачиняються для стримування поширювання вірусу. (<https://www.fastcompany.com/90479204/why-women-will-be-hardest-hit-by-a-coronavirus-driven-recession>).

ActionAid International підготувала доповідь, яка, крім аналізу містить заклики щодо термінового збільшення фінансування GRPS, за необхідності зменшити роботу жінок за доглядом, що не оплачується, забезпечити дотримання прав жінок, що вимагає обмеження ідеології жорсткої економії та неоліберальної економії (<https://actionaid.org/publications/2020/who-cares-future-finance-gender-responsive-public-services>).

У своїх статтях і аналітичних матеріалах фахівці з гендерних питань і феміністки нагадують, що виклик пандемії повинен бути використаний для

перетворення ієрархії цінностей крізь призму гендерної рівності і справжньої реалізації прав і можливостей жінок і дівчат.

*Бойченко М. І.,
Київський національний університет імені Тараса Шевченка*

СТАМБУЛ БЕЗ ТУРЕЧЧИНИ: КОЛІЗІЯ БОРОТЬБИ З ГЕНДЕРНИМИ СТЕРЕОТИПАМИ ЗА ДОПОМОГОЮ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ

20 березня 2021 року Європу шокувала новина, яка, втім, була для фахівців очікуваною: Президент Туреччини Реджеп Теїп Ердоган підписав указ про вихід своєї країни зі Стамбульської конвенції [3]. А саме Туреччина була у 2011 році першою країною, яка підписала Конвенцію Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу з цими явищами (далі – Конвенцію).

І це не випадково: тоді Туреччина ще декларувала своє бажання стати членом ЄС, демонструвала явний рух у бік імплементації європейських цінностей. Нині ж Туреччина вже не перший рік (після невдалого заколоту у липні 2016 року) дрейфує у інший від Європи бік, зокрема й здійснюючи ре-ісламізацію турецького суспільства [1]. І рішення про відмову від Конвенції є символічним для усієї Європи, у якій також наростає ісламізація, а паралельно з цим, декларовані нерідко як реакція на ісламізацію, наростають консервативні настрої у багатьох країнах-членах ЄС – і це не лише явні приклади Польщі і Угорщини, але й наростання ролі правих у Німеччині та Франції, які є локомотивами ЄС і багато у чому взірцями для наслідування для інших країн-членів ЄС.

Стамбульська конвенція ввела зобов'язання для країн-підписантів обов'язкового застосування поняття гендеру у національних системах права – крім іншого, це дозволяло чітко встановлювати особливі права жінок, а відповідно – чітко їх захищати [3]. Чи означає це, що з відмовою від Конвенції у Туреччині зникнуть проблеми з гендерною нерівністю та насильством на гендерному ґрунті? Очевидно, що ні.

Чи означає це, що Туреччина і без Конвенції прийме усі необхідні правові, політичні та інші кроки для захисту гендерних прав? Очевидно, що ні. Не для того зараз виходять з Конвенції, викликаючи різке незадоволення Брюсселю і ризикуючи своїми європейськими зв'язками, у тому числі й європейським ринком, та ще й у ситуації, коли сама Туреччина знаходиться у глибокій економічній кризі.

Аналогічна ситуація складається поступово і в деяких інших країнах ЄС та партнерів ЄС. Не є винятком, на жаль, і Україна. Треба визнати і протилежне: прийняття законів на захист гендерних прав також ще зовсім не гарантує чітке дотримання цих прав громадянами та інституціями. Але ті чи інші закони завжди спрямовують розвиток суспільства у певному напрямі. Так, «держави, які ратифікують Конвенцію, повинні криміналізувати кілька

злочинів, в тому числі психологічне, фізичне та сексуальне насильство, переслідування, примусовий шлюб, примусові аборти і примусову стерилізацію» [4].

Що ж викликає таке палке бажання деяких держав втручатися у приватну сферу, з одного боку, а з іншого боку – чому те, що традиційно було приватним, саме почало виходити у публічну сферу, а деякі держави прагнуть його силоміць назад затиснути у приватність? Зокрема, чому домашнє насильство не є лише сімейним питанням, чому стосунки між двома дорослими людьми не завжди можуть залишатися приватною справою?

Щоби розібратися у цих питаннях і знайти на них хоча би орієнтовно коректні відповіді, варто ще раз поглянути на поняття гендеру.

Як художник чи поет ніколи не скаже «червоний», а скаже «пурпуровий», «бордо», «кораловий», «лососевий», «персиковий» тощо, так і фахівець з питань фемінізму не задовольниться простою вказівкою на наявність первинних статевих ознак, коли говоритиме про жінок, хоча традиційно певний час у європейській культурі саме червоний колір позначав належність до жіночої статі.

У традиційному суспільстві фактично існувало три гендери: чоловіки, жінки і «*omi*» – інші, ті, що відрізнялися за своєю поведінкою, своїм виглядом, своїми смаками від традиційних чоловіків і жінок. Чи святі, чи грішники, чи монахи, чи збоченці, чи спасителі, чи відьми і відьмаки – але всі вони були ненормальні у своєму гендерному статусі для традиційного суспільства.

Так чи так, але гендери були завжди і завжди вони не збігалися на 100% з біологічною статтю. Але завжди були і гендерні стереотипи, під які намагалися підігнати *фактичну* гендерну ідентичність, надаючи їй ту чи іншу соціальну *значущість* (щодо співвідношення фактичності і значущості класично писав свого часу Юрген Габермас) [5].

Відповідно, мова має йти про розрізнення фактичного і нормативного. Водночас, війни щодо гендерної ідентичності виявляються не стільки війнами за здобуття власної гендерної ідентичності, скільки війнами між різними версіями її унормування, війнами між різними системами гендерних стереотипів. І у своєму статусі гендерної формальності, гендерної ідеологічності, а не гендерної реальності хибують усі версії і спроби формалізації гендерної ідентичності: гендерні стереотипи традиційного суспільства не надто відрізняються у цьому сенсі, тобто у своєму формалізмі, від гендерних стереотипів суспільства модерного чи постмодерного.

Більше того, така ситуація розриву між іменуванням явища і самим явищем характерна не лише для пересічного люду чи політиків, але й для спеціалістів-теоретиків і фахівців-практиків. Навіть за усього розмаїття класифікацій, які знають теоретики і застосовують фахівці, вони ніколи не можуть повністю точно виразити ту специфічну гендерну ідентичність, якою володіє кожна окрема особистість.

Навіть фахівці застосовують свої стереотипні назви для здійснення класифікацій – і хоча ці назви набагато розмаїтіші і точніші за побутові, однак це все ж стереотипи. Гендерні стереотипи постійно змінюються, однак ніколи повністю не виражають гендерних реалій: як соціальна форма 100% точно майже ніколи не відповідає соціальному змісту, згідно Георгу Зимелю [2].

Тоді за що ж ламають списи? Чому становить загрозу вихід Туреччини з Конвенції? Справа у тому, що гендерні стереотипи використовують для здійснення певної гендерної політики: одні гендерні стереотипи є інструментом для традиціоналістської і патріархальної політики, інші – для ліберальної політики. Навіть якщо звернемося до фемінізму, то кожна чергова його хвиля послуговується дещо відмінними і специфічними гендерними стереотипами.

На кожному етапі боротьби за гендерні права поняття гендеру уточнюється, і більш чи менш корельовано з цією новою інтерпретацією змінюються і гендерні стереотипи. Як уже було зазначено, у сучасному суспільстві співіснують різні спільноти, які є носіями різних гендерних стереотипів.

Питання не у визначенні «єдино правильних» таких стереотипів, які певні дослідники або політики проголосили поняттями, а у дотриманні такої динаміки зміни гендерних стереотипів, яка, з одного боку, достатньо відображає гендерні реалії, але що більш важливо, з іншого боку, яка сприятиме встановленню нових гендерних реалій – більш справедливих як з точки зору інтересів суспільного розвитку, так і з точки зору їхнього сприяння творчому розвитку кожної особистості як носія певного гендеру.

Література

1. Гостєв О. Туреччина: розгін мітингів, ручна армія, «фабрика тролів». Що далі, який сценарій? Радіо «Свобода». URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/turechchyna-yaki-perspektyvy-v-erdogana/31129943.html>
2. Зиммель Г. Как возможно общество? /пер. с нем. В: Зиммель Г. *Избранное*: В 2-х т.т. Т.2. М.: Юрист, 1996. С. 509-528.
3. Конвенція Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу з цими явищами (CETS №210, Стамбульська конвенція). *Конвенція Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу із цими явищами (Стамбульська конвенція). Довідник для членів парламенту*. Київ: К.І.С., 2013. С. 12-42. URL: <https://rm.coe.int/1680096e45>
4. Туреччина вийшла зі Стамбульської конвенції про боротьбу з насильством щодо жінок. *Mind*. 20 БЕРЕЗНЯ 2021. URL: <https://mind.ua/news/20223635-turechchina-vijshla-zi-stambulskoyi-konvenciyi-pro-borotbu-z-nasilstvom-shchodo-zhinok>
5. Habermas J. Faktizität und Geltung: Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratisches Rechtsstaats. – Frankfurt a. M. : Suhrkamp, 1992. – 666 S.

ВИЗНАЧЕННЯ ПЕРІОДУ НОВОНАРОДЖЕНОСТІ В СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Дітовбивство – це умисне вбивство матір'ю своєї новонародженої дитини під час пологів або відразу після них. Кримінальна відповідальність за цей злочин міститься у ст. 117 Кримінального кодексу України (далі – КК України) і передбачає обмеження волі на строк до 5 років або позбавлення волі на той самий строк. Об'єктом злочину у цих випадках є життя новонародженої дитини, суб'єктом злочину може бути лише мати дитини. Якщо вбивцею дитини є інша особа або дитина не є новонародженою, то така особа несе кримінальну відповідальність згідно ст. 115 (ч.2), яка передбачає позбавлення волі на строк від 10 до 15 років або довічне позбавлення волі. В кожному випадку смерті призначається судово-медична експертиза, на вирішення якої ставиться ціла низка питань щодо живонародженості, доношеності, життєздатності, зрілості дитини, причини її смерті та механізму утворення тілесних ушкоджень.

Одним з головних питань є встановлення новонародженості дитини, що у підсумку впливає на юридичну кваліфікацію злочину. У вітчизняній судово-медичній практиці дитина вважається новонародженою з моменту її народження до кінця 1-ої доби життя (24 години). З судово-медичної точки зору, дитина з початку 2-ої доби життя новонародженою не є, у зв'язку з чим, законодавство кваліфікує вбивство дитини згідно ст. 115 (ч.2) КК України.

Однак, в законодавстві України відсутнє офіційне визначення, яку саме дитину слід вважати новонародженою. Згідно статті 6 Сімейного кодексу України дитина вважається або малолітньою (до досягнення їх 14 років) або неповнолітньою (від 14 до 18 років). Відповідно до цього, правовий статус новонародженої дитини в законодавстві не визначений, але слідчий і суд звертаються з цим питанням до судово-медичної експертизи, адже існує ст. 117 КК України, в якій об'єктом злочину є життя саме новонародженої дитини. У переважній більшості вітчизняних підручників, посібників, методичних рекомендацій з судової медицини автори вважають дитину новонародженою тільки упродовж першої доби її життя, посилаючись на юридичну практику та законодавчу базу. Але впродовж нашого дослідження ми так і не змогли знайти жодних офіційних документів щодо періоду новонародженості у юридичній практиці. Оскільки судова медицина – це галузь медицини, що вирішує медико-біологічні питання, які виникають в правовій практиці, то вона повинна користуватись насамперед медичними даними. В офіційних медичних документах період новонародженості (ненатальний період) - це період адаптації дитини до позаутробного життя, який триває з моменту народження до 28-ої доби. Виділяють ранній

неонатальний період (від моменту перев'язки пуповини до закінчення 7-ої доби) та пізній неонатальний період (з 8-го по 28-й день життя дитини). З 29-ої доби життя до 12 місяців триває грудний вік дитини.

Відповідно до цього, немає жодних медичних, а так і юридичних підстав вважати дитину новонародженою тільки упродовж першої доби життя. Але з іншого боку, вбивство матір'ю новонародженої дитини на 2-3 добу після народження також не може кваліфікуватись за ст. 117 КК України, згідно якої вбивство дитини повинно бути скоєне під час пологів або відразу після пологів. Таким чином, виникає юридична колізія - неузгодженість між нормативно-правовими актами, яка потребує термінового вирішення.

На наш погляд, вирішення цього складного питання можливе за умови повного виключення ст. 117 із КК України. По-перше, у ст. 115 (ч.2) вже передбачена кримінальна відповідальність за вбивство малолітньої дитини; по-друге, зникає відкрите питання щодо правового статусу новонародженої дитини відповідно ст. 6 Сімейного кодексу України; по-третє, зникає потреба у визначенні критеріїв вбивства, тобто часу після пологів, адже законодавство не визначає конкретний термін, що необхідний для вбивства дитини; по-четверте, цей крок буде цілком відповідати ст. 24 Конституції України, згідно якої усі громадяни мають бути рівні перед законом, незважаючи на гендерну, етнічну і соціальну відмінність, політичні або релігійні погляди тощо.

Верешхазі К.,
вільний дослідник

СПРИЙНЯТТЯ ТРАНСГЕНДЕРНОСТІ В СУЧАСНОМУ РЕФОРМІСТСЬКОМУ ІУДАЇЗМІ

У традиційному, ортодоксальному іудаїзмі ставлення до трансгендерності можна охарактеризувати як несхвальне; неприйняття зміни гендерних ролей (тут під гендером розуміється сукупність соціальних очікувань і поведінки від людини певного біологічної статі) базується і пояснюється фрагментом з Талмуда, що забороняє чоловікам переодягатися в жіночий одяг, а жінкам – в чоловічий.

Однак зі зміною соціальних умов іудаїзм зазнав численних змін. Так, зокрема, в 20-х рр. XIX ст. починає розвиватися окрема галузь іудаїзму, що отримала назву «ліберального» або «реформістського» іудаїзму.

У 70-і рр. XX ст. зусиллями єврейських феміністок у поле зору реформістського іудаїзму потрапляють гендерні питання; починається вивчення і переосмислення ролі жінок в іудаїзмі [1].

В кінці XX-початку XXI ст. в поле зору послідовників реформістського іудаїзму також потрапляє феномен трансгендерності; це відбувається в зв'язку з підвищенням видимості трансгендерних людей в публічному просторі, а також у зв'язку зі збільшенням кількості відкритих трансгендерних людей в релігійних іудейських громадах.

На початку ХХІ ст. діячі реформістського іудаїзму пішли назустріч запитам транс-спільноти, почавши включати їх в релігійне життя іудейських громад. Трансгендерні люди почали з'являтися серед рабинів (Reuben Zellman, Elliot Kukla), в інтернеті почали публікуватися матеріали для трансгендерних людей, що додержують заповіді іудаїзму [2, 3]. Особливий інтерес представляє ресурс <http://www.transtorah.org>, на якому представлені різноманітні статті та матеріали, присвячені різним аспектам життя трансгендерних людей. Велика частина матеріалів на сайті написана рабином Еліотом Лялькою, який сам є трансгендерним чоловіком. Крім теоретичних статей і есе, на сайті представлені матеріали, які можуть використовуватися в повсякденному житті релігійного іудея – такі, як благословення на трансгендерних перехід, правила ритуального обмивання і так далі.

Таким чином, можна стверджувати, що в сучасному реформістському іудаїзмі йде активний процес прийняття та осмислення трансгендерності в рамках релігійних категорій і понять.

Література:

1. Адлер, Рахель. Іудаїзм. / Антологія феміністичної філософії, пер. Б. Єгидис // Київ, Основи, 2006
2. <https://rac.org/blog/what-torah-teaches-us-about-gender-fluidity-and-transgender-justice>
3. <https://forward.com/opinion/466946/trans-jew-torah/>
4. <http://www.transtorah.org/>

*Вязовская К.Г.,
Минск, Беларусь*

БЕЛАРУСЬ-2020. ОПЫТ ЖЕНСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ

9 августа 2020 года в очередной раз прошли выборы на должность Президента Республики Беларусь, окончившиеся массовыми многомесячными протестами против режима Лукашенко А. Г. Данный текст – попытка свести воедино опыт женского сопротивления не только в эти месяцы, но и в месяцы, предвещающие события августа. Предпосылки возникновения протестов: отрицание коронавируса, подавление политической активности оппонентов действующей власти, тревожное состояние экономики, часть реформ в медицине и социальной организации, публичное унижение гражданок/-н страны, появление т.н. “небитого поколения”.

Предпосылки развития женского протеста: историческая равноправность полов, отсутствие языковой дискриминации (например: “пабрацца шлюбам” вместо русского “выйти замуж”, использование феминитивов как само собой разумеющееся), волна насилия 9-11 августа применительно к мужчинам (статистически женщины пострадали меньше).

Однако ошибочно утверждать, что как таковое сопротивление действующей на тот момент власти зародилось в 2020 году. Оно существует с 1995 года, впервые получив такой размах (количество участниц/-ков самого

большого марша, 16 августа, оценивается некоторыми изданиями под 400 тыс. человек) и, что хочется отдельно отметить, впервые получило такой явный перекося по признаку пола. 83% протестующих – участницы.

Являясь активной участницей движения, я бы хотела познакомить вас не только с основными событиями, но и с особенностями протестов, обусловленных, на мой личный взгляд, перевесом женской гендерной социализации в рядах протестающих.

Хочу отметить, что я говорю только о личном опыте, оперируя тем отрывочными данными, которые были собраны исследователями, но мы, фактически, находимся в абсолютно неисследованном поле: данные не собираются и не анализируются протестующей стороной (или мне об этом не известно), а обратиться к силовым и др. провластным структурам не представляется возможным из-за угрозы личной безопасности и ввиду того, что данные от госструктур десятилетиями засекречиваются.

Весь «женский протест» можно условно разделить на три большие пересекающиеся группы: открытые инициативы (политические, фонды помощи, фонды солидарности и тд), участницы уличных протестов, скрытые в разной степени инициативы. Мне не представляется интересным повторять стандартную новостную повестку об успехах кабинета г-жи Тихановской, анализировать успешность действий г-жи Колесниковой или говорить о местных политических конфликтах (кейсы г-жи Карач), я хочу познакомить вас именно со скрытыми инициативами, информацию о которых невозможно получить, не живя на территории Беларуси.

Условно я разделила женские протестные активности на 4 блока: волонтерский, поддерживающий общий фон настроения, инициативы помощи пострадавшим, блок помощи семьям политзаключенных. Во всех этих начинаниях, как известно мне достоверно или по собственному опыту участия, или из первых рук, лидирующие позиции занимают женщины (придумали, организовали, придумали и организовывали).

К волонтерскому блоку отношу: психологини, работающие с первых дней не только с пострадавшими и оставшимися на свободе, но и непосредственное дежурство у тюрем в дни выхода; волонтерское движение по составлению списков людей, находящихся в тюрьмах и работа с родственниками (например, организация и централизованная работа с передачами), организация работы волонтерского городка, еда для волонтерских городков; медицинская помощь для освобожденных и встречающих; служба саппорта по телефону (где и как снимать побои, подборы психологинь/-гов и адвокаток/-ов); адвокатки; волонтерство в судах, уборка мусора и приготовление еды для маршей.

Поддерживающий эмоциональный фонд блок: известная группа «женщины с зонтиками»; видеообращения к силовикам; фотопроект многодетных мам; организация т.н. дворовых чаепитий; активное участие в создании муралов; танцевальные флэшмобы; украшение города при помощи предметов в “бчб- последовательности”(раскрашенные лавки, покрашенные

стены, организация новых лавочек и тд, и тд, и тп); создание инициатив Пенсионерского Марша, Женского Марша,; флэш-мобы по чтению книг на беларуской в общественном транспорте. Инициативы помощи политзаключенным и их семьям: письма в тюрьмы; адресные финансовые сборы для погашения штрафов; помощь диаспор и организация передачи этой помощи нуждающимся; организация передач и сбор денег на передачи для тех, кто не может самостоятельно оплачивать передачи; уход за домашними животными пострадавших; расселение родственников пострадавших.

Совершенно отдельным блоком хочу отметить, что никакие экономические протесты не могли бы быть осуществлены без женщин: приложение Крама показывает свою эффективность лишь потому, что закупками занимаются, в основном, женщины. Также именно женщины проявили инициативу, приведшую к многочисленным обращениям через соцсети к спонсорам различных мероприятий и артистам.

В результате в Беларуси отменены ряд крупных мероприятий. Печально отметить, что, несмотря на лидирующую роль в протестном движении, в настоящий момент в составе всех организаций, имеющих вес на политической арене, катастрофически мало женщин. В основном г-жу Тихановскую окружают мужчины.

В местной же политической активности (обращение по отзывам депутатов, запросы в многочисленные инстанции, вплоть до комичных – можно ли выходить в носках белого цвета с красной полосой) женщины также заняли лидирующие позиции. Как совместить эти противоречия – вопрос ближайших лет.

В завершение хочу отметить, что все описанные мной инициативы приводят к многочисленным арестам с последующим заключением и полуспецифическими пытками. А именно: лишение средств менструальной гигиены, организация видеонаблюдения в точках, где женщины моются (фактически, подглядывание), в августовские дни зафиксированы пытки по принципу «пытка свидетелем». В дни, когда я готовлю эти сумбурные тезисы, происходит изъятие детей у активисток. Лишены свободы журналистки. Многие активистки и журналистки вынуждены уехать из страны под угрозой изъятия детей.

*Гайчук Л.М., Каплож О.М.,
Харківський національний медичний університет*

ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ

Актуальність. Дуже вагомою соціальною і медичною проблемою є в даний час діагноз деменція. Цей діагноз є однією з провідних причин зниження якості життя, ранньої інвалідизації, а також високої летальності. Причиною росту захворюваності на цю патологію є демографічні зміни в суспільстві, до них ми відносимо: зміна вікової структури населення,

збільшення середньої тривалості життя. Неухильний ріст населення літнього і старечого віку, призводить у свою чергу до зростання кількості встановлених діагнозів – «деменція».

Мета: особливості хворих на деменцію в залежності від статі.

Матеріали та методи: нами було обстежено 59 хворих на деменцію (26 чоловіків та 33 жінки). Пацієнти перебували на лікуванні у КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня №3». Нами були використані такі психодіагностичні методики: Монреальська шкала когнітивної оцінки, «Оцінка якості життя»,.

Результати: за Монреальською шкалою когнітивної оцінки у пацієнтів були показники від деменції легкого ступеня виразності (19-23 бали) – 54,23% (32 пацієнти: 22 жінки та 10 чоловіків) до деменції помірного ступеня виразності (11-18 бали) – 45,76% (27 пацієнтів: 11 жінок та 16 чоловіків). За шкалою «Оцінка якості життя» були отримані дуже низькі показники за субшкалами: «міжособистісна взаємодія» – 3,6 балів; «самообслуговування і незалежність дій» – 3,3 бали; «загальне сприйняття життя» – 3,8 балів. Серед жінок були найнижчими бали за субшкалою «самообслуговування і незалежність дій», це може свідчити про те, що жінки в більшій мірі страждають внаслідок своєї неспроможності у самообслуговуванні.

Висновки: Для хворих найбільш суттєвими є такі аспекти життя: міжособистісна взаємодія, загальне сприйняття життя, самообслуговування і незалежність дій. Далі ми плануємо дослідити вплив родини і взаємодії у родині пацієнтів досліджуваної групи та почнемо проводити психоосвітні заходи на тлі проведення стандартної психофармакотерапії для хворих на деменцію.

Годзь Н.Б.,

*Національний технічний університет
«Харківський політехнічний інститут»*

ОБРАЗ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ ЯК ФУТУРОЛОГІЧНИЙ ПРОЕКТ

Розглядаючи основний принцип екології в контексті моделювання та передбачення ми тим чи іншим чином повертаємося до питання прогностики та більш загальної її форми – футурології. Футурологічні та прогностичні дослідження відповідно створюються та створювалися у різні часи, тому, стосовно до цього мали певні риси, які відповідали технічному, педагогічному та медичному рівню суспільства на момент створення певного прогнозу або проекту. Відповідно до цього ми маємо таким чином привід ще раз нагадати, що окрім понять «Прогностика», «Футурологія» не менш важливим та цікавим з багатьох аспектів є поняття «Ретрофутурологія» [2]. Ретрофутурологія представляє собою у першу чергу низку проектів «майбутнього», які було створено у минулому. Повернути погляд з позицій інженерії, історії техніки, медицини, тощо не тільки цікаво, але й необхідно,

оскільки багато проектів заслуговують на розумне втілення з урахуванням нових технічних можливостей. Інші проекти, навпаки, можуть бути цікавими саме своїми помилками, які також слід досліджувати, аби не повторювати їх на сьогодні.

Сенс буття людини, розуміння гармонічності життєдіяльності надзвичайно складна тематика. Сучасність занадто яскраво показує низку глобальних проблем, які на разі з сучасними технологіями та сучасним світоглядом поки що неможливо вирішити, якщо підходити до проблем відповідно стандартного мислення. Перефразовуючи досить відоме ствердження, що те, що створено людськими руками, руками людини можна й знищити, а в нашому випадку можна зрозуміти як ті проблемні питання та ситуації, які створила людина, людиною можуть бути й вирішені. Головне при цьому вміння планувати, створювати низку проектів та втілювати їх на локальних ділянках.

Розумне панування, якісне прогнозування, статистика та її використання як би це не звучало банально завжди має можливість зрушити з місця те, що в силу певних обставин здається неможливим до виконання. Ганна Арендт досить вдало у праці «Становище людини» написала, що людина має працю, роботу та дію і лише дія вирізняє людину серед тварин та істот на низькому продуктивному та інтелектуальному рівні. Дія мотивує людську творчість і саме спільну людську творчість [1]. Звична та повторювальна дія завдячуючи механізму рутинізації та не тільки. Переводить у звичну колію роботу як таку й дає можливість добиватися успіху у багатьох проектах [4]. На разі, оскільки людина природня завжди включена у своїй праці, роботі та дії до соціоприродного та технічного середовищ незмінно цікавим було б враховувати при прогностичних та футурологічних моделюваннях і питання екологічного характеру у природному ландшафті [3].

Література:

1. Арендт Г Становище людини / Г. Арендт // пер. з англ. М. Зубрицька – Львів : Літопис. Центр гуманітарних досліджень ЛДУ ім. І. Франка, 1999 р., 254 с.

2. Годзь Н.Б. Вступ до екологічної футурології [Текст]. Монографія // Н.Б. Годзь. – Харків : Видавець Олександр Савчук, 2017. – 572 с.

3. Годзь Н.Б. Экологизация культуры и ландшафт, как способ формирования экологической картины мира в современном понимании ближайших перспектив развития общества/ Н.Б. Годзь // Национальная академия наук Беларуси. Отделение гуманитарных наук и искусств. Институт социологии. Программа международной научно-практической конференции «Социальное знание в современном обществе: проблемы, закономерности, перспективы» Минск 14-15 ноября 2019 г. – Минск 2019 , С. 10, 24 с.

4. Годзь Н.Б. Значення концепту рутинізації та феномену культурних стереотипів у феноменологічних дослідженнях / Н.Б. Годзь // Інформаційні технології, Наука, Техніка, Технології, Освіта, Здоров'я ; Тези доповідей

XXVIII Міжнародної науково-практичної конференції МікроCAD/ за ред проф. Сокола Є.І. - 2020, у 5 частинах, ч IV. - укладач проф. Лісачук - Харків, НТУ «ХПІ».- 2020 р. С. 65., 349 с.

*Голубович І.В., Тихомірова Ф.А.,
ОНУ імені І.І.Мечникова, Одеса, Україна*

ГЕНДЕРНИЙ МЕЙНСТРИМІНГ У ДОСЛІДЖЕННІ МІСТА

Сучасні форми суспільного життя мобільні та різноманітні. Міський спосіб життя пов'язаний не тільки з економічними та матеріальними благами та атрибутами. Він визначається соціокультурними складовими якості життя, комфортом, можливостями рекреації, позитивної соціалізації дітей, а також саморозвитку та самовдосконалення. Однак, в українських містах існують дискримінаційні практики у «праві на місто» та прихована гендерна сегрегація.

Місто нібито є гендерно нейтральним, але при детальному розгляді виокремлюються простори, що репрезентують та закріплюють певні форми гендерної сегрегації. Міський простір поділений на чоловічий та жіночий. Показником комфортного міського середовища є візуальний простір міста, але він не позбавлений сексизму. У міському візуальному середовищі на білбордах періодично з'являється агресивна реклама.

Дослідники використовують два аспекти вивчення міського середовища: просторовий та гендерний. Просторовий підхід зосереджує увагу на питаннях конструювання сучасного життєвого приватного та публічного просторів (П. Бурдьє, Е. Гідденс, Ф. Джеймисон, А. Лефевр, О. Мусієздов). Системний підхід складається з поєднання евристичних можливостей теорій розроблених в рамках соціокультурного, соціоекологічного та гендерного підходів.

Ця стратегія передбачає впровадження, моніторинг та оцінку політики гендерної рівності та відповідних програм у всіх політичних, економічних та суспільних сферах. У відповідь на це була розроблена загальносистемна політика щодо гендерної рівності та розширення прав і можливостей жінок, а також стратегія з урахування гендерної проблематики.

В рамках ООН проводиться системна діяльність щодо впровадження гендерних питань на національному рівні та включення гендерної перспективи до роботи інших функціональних комісій Економічної та Соціальної Ради ООН (ЕКОСОС), роботи Генеральної Асамблеї з прав людини жінок. Гендерний підхід привносить у розуміння міського простору питання різноманітності соціального досвіду проживання повсякденних практик індивідом з урахуванням соціокультурних особливостей.

Гендерний фокус передбачає розуміння різноманіття соціальних ролей індивіда та можливостей їх реалізації в міському середовищі. При чому враховується гендерна ситуативність та множинність.

Гендерний мейнстримінг в організації публічного простору міста розглядали як зарубіжні, так і вітчизняні дослідники (У. Бауер, М. Кіммель, К. Кнейс, О. Стрільний, Г. Фесенко). Гендерний мейнстримінг ставить на перше місце особливі потреби уразливих груп із увагою до їх статі, віку, фізичного стану. Мейнстримінг визначають як підхід до планування міста, частину домінантної планувальної та будівельної культури. Вітчизняна дослідниця наголошує на необхідності створення особливих урбан-дизайнів публічних просторів, які зроблять міста безпечними для жінок, та розширять їхні соціальні, економічні, культуротворчі можливості [1].

Отже, саме в такому ракурсі у вітчизняному соціально-філософському дискурсі постає проблема пізнання гендерного простору міста, його сегрегованості, візуальних змістів, ціннісних орієнтирів в урбаністиці, семіотичних значень та ракурсів репрезентації життєвого середовища. Розгортається актуалізація соціально-філософського дослідження сучасного українського міста з огляду на структурну складність та багатоаспектність гендерної проблематики.

Література

Фесенко Г. Гендерночутливі локації в урбанізованому просторі. Гендерний журнал «Я». 2015. № 2. С. 4-6.

*Гончаренко Л.О., Тесля Д.С.,
Харківський національний медичний університет*

БОРОТЬБА ЗА ГЕНДЕРНУ РІВНІСТЬ У СПОРТІ

Історично склалося, що види спорту були розділені на жіночі та чоловічі. До суто жіночих видів спорту відносили катання на ковзанах, художню гімнастику, теніс, аеробіку. Чоловічими вважалися більш контактні види: футбол, баскетбол, хокей, бокс, тощо. Тож, можна вважати, що розділення спортивних змагань на види відбувається за фізіологічними принципами, які вимагають від жінок пластичності та спритності, а від чоловіків – потужності, швидкості та сили.

Поняття «гендер» використовується як синонім поняття «стать». Виконання соціальної гендерної ролі означає не володіння зумовленими якостями, визначеними суспільством, а передбачає відповідність певним стандартам: наприклад, дівчатка зобов'язані любити фігурне катання, а хлопчики – бокс і футбол.

За останні 30 років спорт став найбільшою ареною для обговорення гендерної рівності та прав жінок. Основним локомотивом боротьби за рівноправність серед атлетів виступає Міжнародний олімпійський комітет (МОК), який активно підштовхує міжнародні спортивні федерації на розв'язання питання участі жінок у спортивних змаганнях.

8 березня 2018 року МОК презентував свій проєкт розгляду гендерної рівності з п'ятьма різними блоками – «Спорт», «Фінанси», «Медіа», «Керівництво» і «Моніторинг». У ньому прописані 25 рекомендацій, за

допомогою яких федерації зможуть покращити «гендерну ситуацію» в кожному конкретному виді спорту. Причому, мається на увазі не тільки рівна кількість атлетів, а ще з присутність жінок на керівних ролях в спортивному русі.

На Олімпійських іграх в Токіо, що мали відбутися літом 2020 року, проте через пандемію були перенесені на літо 2021 року, МОК бажає бачити співвідношення учасників жінок та чоловіків 1:1. Для цього створюються спеціальні документи та програми, які мають допомогти в шляху до гендерної рівності в спортивних змаганнях. Поки що, це приносить мало користі, бо, по-перше, – деякі види спорту відверто економлять на жіночих призових, по – друге, – в інших видах спортивних змагань просто мало жінок.

Ця ситуація погіршується ще й тим, що приводів для звинувачення спортивного керівництва в дискримінації досі більш ніж достатньо. Яскравим прикладом є призові в футболі. На результат спроб МОК встановити рівність між чоловіками та жінками в спорті ми зможемо подивитися вже влітку, під час Олімпіади.

Влітку 2018 року пройшов Чемпіонат світу з футболу, що був проведений під егідою Міжнародної федерації футболу (FIFA), призовий фонд склав 400 мільйонів доларів США, а переможець турніру, збірна Франції, отримала 38 мільйонів з цієї суми. Через рік був проведений жіночий ЧС, призовий фонд якого був навіть меншим за число, яке отримали французи – 30 мільйонів доларів США. Також FIFA планувало виплати клубам, за які дівчини грають, загалом 20 мільйонів, задля покриття затрат, пов'язаних з транспортом та тренуваннями.

Проте, цей жест не був добре зустрінутий Міжнародною федерацією асоціацій професійних футболістів (FIFPro), яка розкритикувала FIFA, вказавши на те, що таке збільшення лише підкреслить величезну прірву між чоловічими і жіночими призовими.

Таким чином, можна підсумувати, що шлях до повної гендерної рівності в спорті ще дуже довгий, проте є організації, що працюють над розв'язанням цих проблем не покладаючи рук і роблять певні успіхи у своїй боротьбі.

*Гончаренко Л. О., Цимбал М. М.,
Харківський Національний медичний університет*

АНОРЕКСІЯ ТА ОЖИРІННЯ – ДВА КРАЇ ОДНІЄЇ ПРІРВИ

Людський розум зробив безліч відкриттів і технічних винаходів, що дозволило істотно поліпшити життя сучасної людини. Значно розвинулися політична, соціальна й медична сфери. Однак є істотні проблеми, які дуже актуальні для суспільства, але до цього часу залишаються не вирішеними. Йдеться про два протилежних стани людського організму: анорексію й ожиріння. Проблему ожиріння медицина намагалася вирішити давно, а ось анорексію, як хворобу, стали розглядати відносно недавно.

Що ж таке анорексія? «Анорексія – синдром, що виявляється у свідомій відмові від прийому їжі, що супроводжується схудненням, а потім і кахексією (аліментарною дистрофією). Синдром зустрічається при неврозах, психопатіях, шизофренії, а у психічно здорових – при використанні модних дієт, розрахованих на зниження маси тіла» [1].

Як правило, анорексія – це захворювання, яке частіше зустрічається у дівчат від 12 до 24 років. У відсотковому співвідношенні хворі-чоловіки і жінки зрілого віку становлять 20%. Анорексія у чоловіків протікає гірше, ніж у жінок. У багатьох випадках причиною цього є небажання визнавати і лікувати цей розлад.

Ожиріння визнає більша кількість людей, ніж анорексію. У свою чергу, ожиріння – це «захворювання, яке характеризується надлишковим накопиченням кілограмів і підвищеним рівнем жирових відкладень» [3].

Згідно зі статистикою більше 600 мільйонів людей на планеті страждають на цю патологію. «У 2016 році близько 13% дорослого населення планети (11% чоловіків і 15% жінок) страждали ожирінням» [2], а число людей, які мають дану патологію, збільшилося більш ніж утричі.

Так що ж небезпечніше для організму: анорексія або ожиріння? Ми вважаємо, що обидва цих захворювання однаково впливають на організм. При анорексії та ожирінні розвиваються серцево-судинні, онкологічні захворювання, захворювання опорно-рухового апарату, ендокринних органів. Людина може втратити працездатність, а також можливість самотійно пересуватися. Але, це ще й психічні захворювання, які виникають «на підґрунті активного невдоволення своїм зовнішнім виглядом, своєю вагою і станом свого тіла» [3].

Чи можна вирішити цю проблему? Якщо грамотно лікувати – так! Боротьба з цими проблемами вимагає залучення психіатрів, дієтологів і, в залежності від ступеня розвитку хвороби, інших фахівців. Лікування проводять медикаментозно, психіатрично і фізіотерапевтичного.

Таким чином, ожиріння і анорексія – це два краї однієї прірви, в яку потрапляють все більше і більше людей. Важливо пам'ятати, що ці гендерні проблеми існують і актуальні зараз. Але, якщо докласти зусиль, то можна допомогти людям, які страждають від цих патологій, і, можливо, прірва буде зменшуватися з кожним роком.

Література:

1. Misanec [Електронний ресурс] – Режим доступу: misanec.ru (дата звернення 20.03.2021). – <https://misanec.ru/2018/07/29/ozhirenie-i-distrofiya-pervye-zvonochki/>
2. Сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Федюніна В. А., Архіпова С. С. Ожиріння і анорексія / Федюніна В. А., Архіпова С. С. // Студентський науковий форум. – 2013. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://scienceforum.ru/2013/article/2013007121>

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕНДЕРНОГО БАЛАНСУ НАСЕЛЕННЯ КРАЇНИ

Кількісні й якісні параметри демоструктури населення країни є результатом взаємодії багатьох чинників як демографічних (народжуваності, смертності, міграційних процесів), так і соціально-економічних, історичних, релігійних. Подані матеріали мали за мету дослідити особливості вікового гендерного балансу населення країни та вплив на нього смертності.

Згідно даних Державної служби статистики України на початок 2020 р. (<http://database.ukrcensus.gov.ua>) на теренах країни проживало понад 41,7 млн осіб (19,3 млн чоловіків та 22,4 млн жінок) і гендерний баланс був на користь жінок (53,6 % або співвідношення 864:100 (0,864), де на кожні 100 жінок у популяції припадає 864 чоловіків). Визначено, що максимум чоловіків було у віці 33 роки (374 243 особи), а жінок – 36 років (366 769 осіб).

Водночас відомо, що хлопчиків щорічно народжується більше, ніж дівчаток (середнє співвідношення становить 106–107 хлопчиків на 100 дівчаток), але статевий баланс на користь чоловіків спостерігається до 37 років. Неврівноваженість статевої структури на користь жінок особливо помітна після віку 70 років, коли жінок стає вдвічі більше, ніж чоловіків.

Середня очікувана тривалість життя українських чоловіків при народженні у 2019 році оцінена на рівні 66,9 року, жінок – 76,9 року, але середній вік чоловіків становив 39,0 років, жінок – 44,6. Основною причиною значної різниці показників є передчасна смертність чоловіків та надсмертність від певних причин.

Аналіз вікової смертності показав, що в Україні чоловіки вмирають раніше, ніж їх однолітки жінки вже від народження. Але якщо у віці 0–14 років різниця показників вимірюється промільними пунктами, то після 15 років – у 2–3 рази. У міру дорослішання чоловіків статевий дисбаланс збільшується. Це перевищення є свідченням не сприяючої збереженню здоров'я їх вітальної поведінки.

У смертності як чоловіків, так і жінок провідна роль належить хворобам кровообігу (59,6 % від усіх смертей чоловіків або 93,7 ‰; жінок – 74,2 % або 103,5 ‰) і новоутворенням (15,2 % або 23,9 ‰; 11,8 % або 16,5 ‰, відповідно). Третім за значимістю втрат у чоловіків були зовнішні причини смерті (24 064 випадки, 8,4 % або 13,4 ‰), а у жінок - хвороби органів травлення (14 975 випадки, 5,2 % або 8,1 ‰). Четверте місце у чоловіків посідають хвороби органів травлення (9 169 випадки, 3,1 % або 4,3 ‰), а у жінок – зовнішні причини смерті (5 945 випадків, 2,0 % або 2,8 ‰).

Показано, що зовнішні причини смертності фіксуються у чоловіків у 4,7 риза частіше, ніж у жінок, а саме: від випадкових утоплень та занурень у воду у 7,0 разів, випадкових отруєнь, спричинених отруйними речовинами, у

5,9 раз; навмисних самоушкоджень у 5,5 раз, транспортних нещасних випадків у 3,8 раз.

Аналіз вікової смертності чоловіків від зовнішніх причин смерті показав, що найвищі показники від навмисних самоушкоджень були у віці 85 років і старші (7,9 ‰) та 80–84 (6,41 ‰) роки; випадкових отруєнь, спричинених отруйними речовинами – 45–49 (4,42 ‰) та 50–54 роки (3,85 ‰); транспортних нещасних випадків – 75–79 (2,59 ‰) та 20–24 (2,46 ‰) роки; випадкових утоплень та занурень у воду – 55–59 (1,26 ‰) та 50–54 (1,19 ‰) років; а жінок: від навмисних самоушкоджень – 85 років і старші (1,87 ‰) та 80–84 (1,36 ‰) роки; транспортних нещасних випадків і випадкових утоплень та занурень у воду були у віці 75–79 (0,88 ‰ та 0,2 ‰, відповідно) та 70–74 (0,84 ‰ та 0,2 ‰, відповідно) років; випадкових отруєнь, спричинених отруйними речовинами – 50–54 (0,69 ‰) та 40–44 роки (0,65 ‰).

Дослідження показало, що в Україні існує значна гендерна нерівність ризику смерті чоловіків, яка впливає на віковий гендерний баланс населення. Пропонуємо лікарям загальної практики враховувати гендерні відмінності показників смертності у профілактичній та лікувальній роботі з метою попередження втрат демотивуючого, життєвого й трудового потенціалів країни.

Гужва А. А.

Харківський Національний університет ім.В.Н. Каразіна

ЖІНОЧА РЕПРОДУКТИВНА ФУНКЦІЯ ЯК ПРЕДМЕТ ПОЛІТИЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ

Будь-яка політична діяльність, за умов демократичної легітимації владних інституцій, іманентно націлена на широкий суспільний розголос, щоб заручитися максимально можливою підтримкою на виборах. Політичний популізм певної політичної сили, яка, подолавши ідеологічні обмеження власного дискурсу, діє виключно з метою найбільше сподобатися потенційним виборцям, змушує її включати у свій порядок денний емоційно чуттєві питання, практикуючи, за висловом Френсіса Фукуями, політики ресентименту (в українському перекладі «політика скривдженості») [1, с. 20].

Одним із таких питань, які здатні тримати напругу у суспільстві, залишається питання регулювання дітонародження, яке, своєю чергою, тісно пов'язано із сексуальною свободою, і разом вони репрезентуються у боротьбі за гендерну рівність прав.

Сучасна диспозиція політичних таборів лівих і правих партій така, що як перші, так і другі охоче будують свою риторику навколо репродуктивної функції жіночого тіла, оминаючи при цьому сутність проблематики по суті, а саме: доступність якісних контрацептивів, статеве виховання та освітні проекти щодо планування вагітності, безпечні аборти, заохочення через

соціально-економічні важелі до дітонародження як молодого подружжя, так і у разі непланованої вагітності незаміжної жінки, а головне – рівну відповідальність та обов'язки як чоловіка, так і жінки за майбутнє ймовірне життя дитини.

Усі зазначені питання вимагають довгострокової, обґрунтованої стратегії, яка б без сумніву отримала підтримку у суспільстві. Але ж будь-яка раціональна діяльність – це те, що реалізують переважно спокійно, виважено і осмислено. На жаль, продумані стратегії не дозволяють швиденько підняти рейтинг політичної сили, а ось гра на стереотипах, дражливих темах, які викликають емоційні реакції у населення, являється актуальним засобом зміцнення підтримки політичної партії.

Саме такий підхід продемонструвала польська політична сила «Право і справедливість», яка позиціонує себе як права ідеологічна сила. Жорсткі вимоги до проведення абортів зробили їх практично недоступними для польських жінок, що викликало низку протестів, які не вщухають донині, незважаючи на проти-епідемічні обмеження. Цікаво, що на протести виходять не тільки жінки, багато чоловіків молодого віку також підтримали своїх співвітчизниць.

Справедливе обурення поляризує польське суспільство не тільки за лінією політичних ідеологій «праві – ліві». Якщо придивитися до ситуації під таким кутом, що ціллю цієї ініціативи являється не стільки турбота про жінок (оскільки очевидно, що це призведе до різкого збільшення кількості нелегальних, а значить, небезпечних абортів), а просто підвищення рейтингу політсили, то порушується категоричний моральний імператив, бо жінка використовується як засіб для досягнення певних утилітарних цілей.

Активізація протестів проти заборони абортів, з іншого боку, дозволяє противникам гендерної рівності змістити медійні акценти з просвітницької діяльності щодо попередження незапланованої вагітності і, як завжди, дорікнути жіночому руху за безвідповідальність і аморальність у вимогах абортів. Такі викривлення супроводжують феміністичні вимоги постійно, про що писала bell hooks (Глорія Уоткінс) [2, с. 25-26].

Отже, популізм сучасних політиків часто ґрунтується на стереотипах, у тому числі гендерних, і начебто не опікується вирішенням справжніх проблем, а тільки експлуатує суспільне інерційне мислення.

Література

1. Фукуяма Ф. *Ідентичність. Потреба в гідності й політика скривдженості* / пер. з англ. Т. Сахно. Київ : Наш Формат, 2020. 192 с.
2. Bell hooks. *Feminism is for everybody: passionate politics*. Cambridge: South end Press, 2000. 123 p.

ДЕПОРТИРОВАННЫЕ КАЛМЫКИ: ВРАЧИ И БОЛЬНЫЕ

СССР был страной с очень противоречивой политикой. Юридические акты часто не соответствовали практике жизни, или осуществлялись не везде, или выборочно. Это можно сказать и о правах женщин, которые были конституционно зафиксированы в тех правах, что и мужчины, но не всегда эти права можно было отстоять в жизни. То же самое можно сказать и о национальной политике. Провозглашая равенство всех народов и пролетарский интернационализм, советское государство, с одной стороны, создавало письменность для народов, у которых её не было, систему просвещения и здравоохранения всюду по стране, выделяло квоты для обучения студентов в медицинских институтах. И в то же время оно могло подвергать народы репрессиям по принципу коллективной вины (без суда и доказательства вины каждого) на основе принадлежности человека к той или иной этнической группы, выселять всех, лишая имущества и многих прав. В СССР были депортированы более 10 этнических групп, в том числе и калмыки. Калмыцкий народ был выслан в 1943 г., а ограничения на народ как совокупность спецпереселенцев были сняты в 1966 г.

Среди высланных были мужчины и женщины, старики и дети, среди взрослых – люди разных профессий. Высланные как враги народа в глухие сибирские уголки подальше от крупных городов и районных центров, калмыки оказались в довольно неблагоприятной социальной ситуации, почти всем специалистам было отказано в продолжении работы по специальности, работа в аграрном секторе и лесоповал – вот были основные занятия спецпереселенцев. Исключение составляли учителя, врачи и фельдшеры – на эти позиции не хватало специалистов и местные власти закрывали глаза на то, за что калмыков сослали – на этническую принадлежность специалистов. Врачи и фельдшеры, приступившие к работе в глухих деревнях, получали небольшую оплату продуктами, но приобретали символический капитал, уважение односельчан.

Как сформулировала одна из респонденток о том, как жили в Сибири ссыльные калмыки, что «жили также, но должны были расписываться в комендатуре и не обращались в больницы, когда заболевали». Информации о том, что калмыкам не была оказана медицинская помощь из-за статуса спецпереселенца, я не встречала. Может быть, сами калмыки не обращались в больницы, потому что выезд за пределы района был связан с разрешением коменданта на выезд на расстояние, более чем 5 км, к тому же часто, самого разрешения бывало недостаточно. Проживавшие в глухих деревнях калмыки, не всегда имели доступ к общественному транспорту, чтобы доехать в стационарную больницу в районный центр.

Возможно, поэтому калмыки часто прибегали к альтернативным практикам лечения – таким, например, как лечение у бывших монахов

тибетської медицини, які збирали сибірські трави і допомагали своїми знаннями всім, хто до них звертався – і калмыкам, і місцевим жителям і навіть комендантам. Крім цих лікарів, отримавши медичну освіту в тибетській традиції в буддистській духовній академії Цанніт Черя в Калмыкиї (її закрили в 1935 р.), лікування хворих займалися і люди, які отримували «шаманський дар», і мали інтуїтивним знанням. Такі люди, в цілому називаючись серед калмыків «знаючі», також практикували в Сибірі і, видимо, справлялися зі своїми завданнями, якщо на них не подавали скарги і такі шаманські практики, хоча і не афішувалися широко, але і не були великим секретом.

*Держко І.З., Швед О.П.,
Львівський національний медичний університет імені Данила
Галицького*

БІОСФЕРА. ПАНДЕМІЇ. ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Перші епідемії, які мали характер пандемій, зафіксовані в епоху Середньовіччя та яскраво змальовані тогочасними літописцями, як своєрідні *апокаліпсиси* та *армагедони*. Спалахи тифу, холери, чуми набирали такого масштабного характеру, що вимирали цілі міста. Вздовж доріг транснаціонального сполучення на сотні кілометрів було неможливим зустріти живу людину. Ті поселення, де ще збереглося життя, закривалися – не пускали нікого ззовні; рештки, ще не заражених, молилися Богові та нарекали на власну долю. Елементарні правила комунальної гігієни, напрацьовані в епоху Стародавнього Риму, були забуті. Водогони, каналізації, позбавлені очисних колекторів, сприяли миттєвому поширенню інфекції. Культ здорового тіла та античне прислів'я, що у здоровому тілі – здоровий дух, були забуті. Особиста гігієна, догляд за тілом, перестали бути актуальними для шляхетних верств. Неприємні запахи гасили парфумами. Фізична культура, спортивні вправи вважалися недостойними представників аристократії. Медичне ремесло та аптечна справа втратили зв'язок з природними силами та хімічною енергією і перетворювалися в знахарство окультистського характеру.

І тільки епоха Ренесансу дала змогу поновити лікарську майстерність, напрацьовану в античну епоху. Використання перших асептичних та антисептичних засобів мобілізувало захисні сили великих та малих спільнот. Але навіть такі помірні успіхи не вселяли оптимізм, бо перебіг інфекційних процесів не вкладався в елементарну побутову логіку. Догляд за хворими членами родини міг обернутися зараженням та смертю тих, хто доглядав і виздоровленням, здавалось би, безнадійно інфікованих. Перебіг самої епідемії в межах замкненого, ізолюваного міста, мав характер незалежних від використання тих чи інших ліків та засобів протипіслякційної мобілізації.

Такі парадокси були характерні для сильнодіючих інфекцій, насамперед, чуми. Спалах хвороби, її наростання, досягнення максими, спад

та повне згасання, не були відповідними тому ресурсу протидії, який чинили перші медичні служби разом з владою. Альбер Камю у філософському романі «Чума» описав цей феномен існування двох реальностей - перебіг епідемії не відповідав масштабам активізації та послаблення медичної протидії.

Настільки ж не співпадали результати та засоби дії духовних служб тогочасної Церкви. Попри розвиток науки, перебіг епідемій мав якийсь містичний характер. Епідемії треба було вміти пережити, використовуючи засоби духовно-моральної концентрації. Медицина, тогочасні ліки мали допоміжний характер. Вони ставали ефективними тоді, коли процес інфікування самостійно згортався. Без сумніву, інтелектуали, філософи, медики вбачали в пандеміях своєрідний *божий промисел* та глобальне покарання за тотальну гріховність тогочасного суспільства. Значно пізніше, у XIX ст. та в епоху доантибіотиків XX ст., навіть матеріалістично налаштовані біологи, лікарі-інфекціоністи та епідеміологи допускали можливість чогось надприродного в сценаріях перебігу пандемій.

Найбільші людські втрати від захворювань супроводжували суспільні негаразди, громадські протистояння та війни. Тридцятилітня війна, Столітня війна своїми бойовими втратами далеко не досягають рівня смертності від масових інфікувань. Спалахи та початки епідемій, як не дивно, виникають не в місцях бойових дій та послаблень громадсько-політичного порядку, а в достатньо забезпечених, процвітаючих містах.

Епідемія грипу 1918-1920 рр., так звана *іспанка*, досягає максимуму в країні, яка не була учасником Першої Світової війни - Іспанії. У Барселоні впродовж двох років щодня відбувається 1000-1200 поховань елітних громадян, які прагнуть перетворити траурну процесію у престижне видовище. Німеччина, Англія, Франція та США приховували масштаби захворювань. Ще донедавна кількість жертв подавалося в межах 1,5 млн. Станом на сьогодні число померлих складає 50 млн.

Якщо Перша Світова трагізмом своїх втрат та розчарувань спровокувала цілий літературний напрям – втрачене покоління. Ернест Гемінгвей, Френсіс Скотт Фіцджеральд, Еріх Марія Ремарк, Джон Дос Пассос, Річард Олдінгтон, Йозеф Рот зуміли передати відчай та надію, песимізм та оптимізм пересічного учасника Першої Світової бойні, де використано зброю масового знищення. А от щодо переживань втрат та розчарувань часів пандемії, – жодного достойного художнього твору чи філософського трактату.

Своєрідний стан інтелектуального паралічу, який буває на межі зламу світів. У таких ситуаціях не мислять, не рефлексують. Наш інтелект паралізований. Почуття виснажені. Пам'ять прагне все забути. Наша самосвідомість колапсувала та чекає зовнішніх поштовхів, щою ожити. Деякі теологи та філософи стверджують, що в такому стані людство перебуватиме у переддень Судного дня.

Війна у В'єтнамі мала сценарій схожого абсурдного розвитку, як і Перша Світова. Кожна подія театру військових дій була без переможців та переможених. Але війни ніхто не зупиняв. Безвихідь породжувала стихійні братання воюючих. Генерали ж поновлювали вогневі атаки, килимові бомбардування та випалювання напалмом величезних площ лісів та посівів.

На початку 70-х рр. XX ст. в Індокитаї спалахує епідемія грипу, яка переходить в пандемію та дає ускладнення роботи серцевого м'язу. Число жертв грипу *гонконг* не підраховано й донині.

На початку 80-х протистояння між США та СРСР досягло критичної максими. Крилаті ракети, нейтронна бомба, *зоряні війни* тощо припускали можливість використання зброї масового знищення. Водночас світ знайомиться з СНІДом, раніше не знаними лихоманками, пташиним та свиним грипом.

Згідно з концепцією біосфери Володимира Вернадського, все живе на планеті складає єдину неподільну систему разом з неорганічною основою та геохімічними процесами земної кори. Біосфера володіє унікальною здатністю процесів саморегуляції та прогресуючого розвитку. З одного боку вона самовідновлює себе в існуючих параметрах, з іншого - здатна захоплювати у свою цілісність раніше не освоєні ділянки земної кори та творити штучні артефакти, як свої ж елементи. Ноосфера, створена людським розумом та людською працею, є такою ж органічною складовою, як і озера, острови, гори, долини тощо. Але будівництво мостів, доріг, споруд, не повинно руйнувати основних потоків кругообігу простих та складних елементів.

Якісні зміни генотипів спричиняють своєрідні інформаційні атаки тих чи інших вірусів, як носіїв *нового тексту*, нових програм. Цей же вірусний механізм виконує регулятивну функцію щодо можливих деформацій, деградацій, локальних та глобальних самознищень біосфери. Коли людство перевищує свої повноваження, як креативна, пошукова складова системи, то її консервативна складова *отямлює* руйнівну активність, послабляючи її потенціал деструктивних втручань.

Тому поява пандемій, нових інфекцій та інших загроз людській популяції, відбувається тоді, коли людство перестає бути гармонійною складовою біосфери. Тобто принцип антропоцентризму із споглядально-активної форми перетворюється у активістську експансивну форму.

Загалом, будь-яка патологія, будь-які захворювання – це постійний системний докір нам як за надмірне перевищення повноважень у Всесвіті, так і помста за пасивність та невиконання, ухилення від власної суб'єктності та авторства за власні дії та вчинки.

ОСОБЛИВОСТІ ПІДХОДІВ ДО ЗДОРОВ'Я В ІСТОРИЧНІЙ ПЕРСПЕКТИВІ

Здоров'я – це поняття норми, що охоплює людину в її цілісності. Незважаючи на те, що триєдина модель людини, була розроблена Фоמוю Аквінським, істинної totoжності суб'єкт не знайшов і понині. Аквінський, який вважав, що людина створена за образом і подобою Божою, відповідно до догмату про Трійцю і в людині виділяв такі аспекти, як тілесний, душевний і духовний. Однак середньовіччя відзначено виходом на перший план духовного рівня з достатнім зневагою до тілесного. У зв'язку з теоцентричним світоглядом, джерело здоров'я вважали існуючим поза людиною, в трансцендентній сфері, сфері божественного. Хвороби йдуть від гріховності людини і нестачі в неї віри. Подібний підхід обумовлює певну пасивність особистості в її прагненнях (теж досить гріховних) зберегти здоров'я. Звідси беруть витoki сучасної медицини, що розрізняє пацієнта, як пасивний об'єкт, над яким виробляють маніпуляції і зовнішнє джерело впливу, лікаря.

У сучасному світі повертається сприйняття тілесності, велику увагу починають приділяти душевному здоров'ю, розвивається психіатрія, як новий медичний напрямок, чи можна в зв'язку з цим констатувати, що настали благополучні часи для досягнення і збереження здоров'я людини?

По-перше, зняття опозиції тілесного і духовного не відбулося. Про це дуже виразно говорить метафоричний опис тіла людини, як механізму, і хвороби - як неполадок в цьому механізмі. Так, наприклад, серце уподібнюють до насосу, що переганяє кров, а мозок порівнюють з дуже складним, але ж з комп'ютером. У зв'язку з цим втрачає сенс робота над собою як самовдосконалення, для здійснення якої необхідний вольовий фактор. Але ж його наявність в даній машині важко припустити. Об'єктивація людини посилилася з розробкою сучасних біотехнологій. Розмах біотехнологічного втручання, як вказує Хабермас [1], не просто піднімає складні моральні проблеми, але ставить питання, відповіді на які зачіпають етичне саморозуміння людства в цілому. У спробах протистояти цієї тенденції була прийнята «Хартія основних прав Європейського союзу», де стаття 3 містить заборону на «євгенічну практику, особливо на ті її різновиди, які мають на меті селекцію людських особистостей» [цит. по 1].

По-друге, занепад особистості відбувається і з забуттям духовного плану. Практики турботи про себе, включають по більшій мірі роботу над тілом (бодібілдинг, аеробіка, дихальні вправи і т.п.), залишаючи «за дужками» духовно-моральні питання. Порушення законів духовного життя веде до руйнування особистості. Людина втрачає основу свого буття і разом з тим, можливість продукувати смисли. Відомий австрійський психіатр,

психолог і філософ Віктор Франкл називав втрату сенсу головною причиною душевного нездоров'я. Можемо визначити деградацію у відношенні до здоров'я людини у порівнянні з тією же античністю, де розробили принцип калокагатії як сплав тілесного і духовного, без якого неможлива досконалість людини.

Таким чином, можна зробити висновок, що поки людина не знайде справжню цілісність не варто очікувати прориву в сфері набуття нею і збереження здоров'я.

Література

1. Хабермас Ю. Будущее человеческой природы. Пер. с нем. – М.: Издательство «Весь Мир», 2002.–144 с.

*Добридень О.В.,
Дніпровський державний медичний університет*

ПАНДЕМІЯ ЯК ІНДИКАТОР МОРАЛЬНИХ ЦІННОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ

Навряд чи хтось буде сьогодні заперечувати, що головною проблемою сучасності є питання безпеки і виживання людства. І ця проблема народилась не разом із поширенням коронавірусної інфекції. Ризики для існування людства посилювались разом із науковим прогресом, антропогенним впливом на природне середовище і глобалізацією. Давно відомо про погіршення світових екологічних показників і природні катаклізми, терористичні акти, про голод і недоїдання у нерозвинених країнах, про військові дії з різною географією і навіть про спалахи епідемій. Проте, у нашій новітній історії названі трагічні події завжди були певною мірою територіально локалізовані, не несли такого неочікуваного, масштабного і стрімкого руйнування одночасно для всієї сучасної цивілізації. Але саме трагічні обставини, які переживає наразі наша планета у зв'язку із пандемією, змусили кожного з нас усвідомити всю немічність і крихкість людини і створеного нею світу високотехнологічних речей і послуг. Чому це усвідомлення з'явилося саме зараз? Через те, що така природа людини. Здебільшого болить те, що стосується саме тебе.

В той же час очевидно, що втома від пандемії, постійні побоювання щодо стану здоров'я своїх близьких і відчуття страху смерті буде різночуде відрізнятися в різних країнах світу. Для населення економічно і соціально благополучних країн пандемія стала складним випробуванням, оскільки звичка до комфортної повсякденності віддаляє людину від розуміння трагічних обставин, що відбуваються в іншій країні, на іншому континенті. Якщо ж згадати, приміром, про країни Центральної та Східної Африки, для населення яких вже повсякденністю є смерть від голоду, то, на превеликий жаль, пандемія за таких обставин – одна з багатьох навал, що звично приносить смерть.

Драматичні віхи нашої спільної світової історії свідчать про те, що в ситуаціях, коли мова йде про власне виживання або про стратегічно важливі рішення щодо виживання населення країни, загальнолюдські моральні орієнтири завжди переміщувались на другий план. І сьогодні пандемія поставила людство перед вибором: стратегія індивідуалізму чи консолідація зусиль, політичні амбіції чи виживання населення, мільярдне накопичення можновладців чи допомога тим, хто її вкрай потребує.

Пандемія – це загроза не тільки біологічному виживанню людства, вона загострила глобальне розбалансування соціально-економічних показників рівня життя. В цьому контексті сьогодні дуже важливо не втратити не лише фізичне, а і духовне здоров'я. Тим самим пандемія стала індикатором добра і зла та їхнього співвідношення в діях кожної людини, її готовності перейти від егоїзму до свідомої поваги прав іншого і ставлення до здоров'я іншої людини як до цінності.

*Дроздова Т.О.,
Черкаський державний технологічний університет*

КИТАЙСЬКИЙ АНАРХО-ФЕМІНІЗМ ХІ ЧЖЕН

На початку ХХ століття розвиток капіталізму та відкриття Китаю для зовнішніх впливів, що не кореспондувало з реакційною політикою маньчжурської династії, стало факторами популярності там анархістських ідей. Саме анархізм став вектором фемінізму найбільш відомої китайської анархо-феміністки Хі Чжен, надавши її феміністичним теоріям радикалізму. Водночас фемінізм Хі Чжен вирізняв її з-поміж китайських соціалістичних та анархістських течій того часу. На початку минулого століття вона написала фразу, яка цілковито відповідала пізнішим ідеям соціального конструктивізму: «коли ми говоримо про чоловіче і жіноче, ми говоримо не про їхню природу, а про диференціацію, що виникає внаслідок культури і освіти» [1, с. 127].

Вона намагалася дослідити процес легітимації гендерної нерівності, що відбувалася за допомогою мови і «вчень», які згодом включалися до звичаїв та законодавства. Це було її першим кроком у деконструкції гендерних ідентичностей та ролей через розкриття їх культурної, історичної та політичної побудови у китайському суспільстві. Але навіть більше, ніж про легітимацію, вона говорить про «натуралізацію», про надання статусу природності цим ролям, аби змусити жінок повірити у те, що це їхня доля, їхня природність, не дозволяючи їм визнавати несправедливість і чинити опір.

Вивчаючи класичні конфуціанські тексти, Хі Чжен доходить висновку, що вони лише принижують жінку, знущаються з її тіла, обмежують. Це – перелік несправедливих правил, що намагається усіма засобами закріпити меншовартісність жінки, змусити її підкорятися.

Крім того, вона заперечує й ідеологічний колоніалізм західних феміністських рухів, що зі своїми претензіями на «цивілізацію» вважають себе еталоном емансипації жінки, і, відповідно, набувають домінантного статусу. Наприклад, в США теоретично переважають моногамія, більш гнучкі звичаї та егалітарна системи освіти, але світом, як і раніше, «суверенно правлять чоловіки», і «так звана» рівність існує тільки на папері» [1, с. 25]. За її словами, «якщо ми вирішимо слідувати моделі нинішньої європейської та американської систем, ми отримаємо тільки номінальну, але не реальну свободу, і ми будемо мати рівні права тільки номінально» [1, с. 25]. Тут вона приєднується до виступів інших анархістських інтелектуалів свого часу, які не розглядають «західний прогрес» як непорушну модель і намагаються знайти ідеологічний баланс у своїх відносинах з європейськими та американськими політичними текстами і традиціями. Втім, так само нещадно критикує вона цю тенденцію і серед китайських представниць аристократії та буржуазії.

Аналізуючи субординацію жінок у економічному та сексуальному аспекті, вона пише, що у Китаї жінки контролюються грошима і жорстокістю, що виходить безпосередньо від грошей.

Отже, проституція, порнографія і «всі форми непристойності», виникають з комодифікації жіночого тіла: «коли чоловік бачить жінку, то те, що з'являється перед ним, є просто товаром, який можна купити за гроші, це всього лише питання продажу і купівлі плоті, угоди на основі грошей» [1, с. 55]. У цьому контексті шлюб – це всього лише «рабський договір», де «жінка дає чоловікові своє тіло у безстрокову позику» [1, с. 56]. Отже, для Хі Чжен економічна революція невіддільна від жіночої революції, мета якої «повалити систему приватної власності» і «відмовитися від усіх форм грошей» [1, с. 66]. Боротьба жінок неможлива без назагал революційної боротьби, так само як революційна боротьба неможлива без боротьби жінок у першому шеругу.

Хі Чжен критикує також парламентську систему: система представництва є для неї хибною принадою, оскільки джерелом її є соціальна нерівність і вона бере участь у відносинах панування. «Більшість жінок завжди знаходилася під тиском двох основних світових сил: з одного боку, уряду, держави, а з іншого – чоловіків» [1, с. 42]. Ось чому вона закликає жінка не задовольнятися зовнішнім, а вести боротьбу, не випускаючи з уваги мету – скасування всіх форм гноблення. Вона застерігає жінок від спокус «самозадоволення». По суті, стверджує, що не можна задовольнятися отриманням декількох прав і декількох назв, тому що боротьба жінок спрямована на «перетворення світу».

Китайська феміністка закликає жінок бути активними в їх власному звільненні, що є єдиним засобом досягнення мети, оскільки чоловіки «насправді переслідують свої власні інтереси», коли вони закликають до звільнення жінок, то висувають свої власні політичні програми і політиків,

часто консервативних і націоналістичних, під приводом того, що нібито борються за права жінок.

Погляди Хі Чжен, таким чином, є безжальною критикою китайських патріархальних традицій в усіх їх аспектах, є одною з перших систематичних атак проти реакційних принципів конфуціанства. Але Хі Чжен не щадить ні модернізаторського націоналізму того часу, ні його патерналістського «фемінізму», так само, як не має вона ілюзій щодо долі жінок в розвинених капіталістичних країнах. Протиставляючи себе як старому, так і «новому», її радикальна критика до цього часу викликає резонанс і перегукується з багатьма тезами сучасної феміністської теорії.

Список використаної літератури

1. Zhen He-Yin. La Revanche des femmes et autres textes. Paris : Editions de l'Asymétrie., 2018. – 142 p.

Дятлова І. В.,
Харківський національний університет
Повітряних Сил ім. Івана Кожедуба

ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ У ПОЛІТИЦІ: СВІТОВИЙ ДОСВІД І ВІТЧИЗНЯНА ПРАКТИКА

Однією з проблем, яка набуває особливої актуальності в сучасних умовах життєдіяльності українського суспільства постає проблема щодо диспропорції жінок у політиці та на керівних державних посадах. Разом із забезпеченням рівного доступу до найвищого законодавчого органу, потрібно також забезпечити гендерну рівність на керівних посадах органів виконавчої влади та місцевого самоврядування.

Це дозволить Україні наблизитися до європейських стандартів гендерної рівності. Згідно з Конституцією України, рівність прав жінок і чоловіків забезпечується, зокрема, наданням рівних можливостей у громадсько-політичній діяльності. При цьому, за даними звіту Всесвітнього економічного форуму, Україна посідає 59-е місце (зі 153) в рейтингу гендерної рівності, а в сфері політичних можливостей для жінок – вже 83-є місце.

Забезпечення гендерної рівності у сфері політики потрібно аналізувати на таких рівнях: *міжнародному* (порівнювати з іншими країнами світу); *державному* (української гендерної політики); *партійному* (ставлення українських партій, партійних лідерів щодо інтеграції жінок до найвищих рівнів влади); *суспільному* (громадська думка щодо участі жінок у політиці); *функціональному* (залученість жіночих, правозахисних організацій до питань лобювання представництва жінок у політиці).

Жінки все впевненіше виходять на лідерські позиції у світі, що стало сучасним світовим трендом. У президентських і прем'єрських кріслах все частіше можна побачити жінок. Наприклад, у Америці одразу три впливові

посади, які раніше обіймали лише чоловіки, вперше за усю історію цієї держави, очолили жінки: віце-президента, міністра фінансів та директора Національної розвідки.

Гендерна рівність в цілому притаманна розвинутим країнам з високим рівнем політичної культури. Найбільш гендерно збалансованою державою на сьогодні є Ісландія. За нею йдуть Норвегія і Фінляндія. Естонія – це перша країна в світі, де посади президента та прем'єр-міністра обіймають жінки. В більшості країн світу (Норвегії, Данії, Фінляндії, Ісландії, Литві) прем'єри – жінки, і лише у Швеції уряд очолює представник чоловічої статі.

Основними причинами щодо гендерної дискримінації в політичній сфері України є: недостатня матеріальна і фінансова підтримка; нерівноцінний розподіл сімейних обов'язків та політичної діяльності; малий відсоток довіри до жінок серед населення; відсутність центрів з політичної освіти населення; популяризація обмеженості сфери діяльності жінки сім'єю та домашнім господарством; недостатній рівень підтримки політичними силами; вплив стереотипу «політика – чоловіча справа».

Все це призводить до того, що відсоток жінок у політиці значно менший за відсоток чоловіків. Зараз у Верховній Раді України 20,6% жінок (87 з 423 народних депутатів).

Для порівняння станом на 2018 р. середній показник представництва жінок у національних парламентах країн Європи (членів ОБСЄ) становив 27,7%, у скандинавських країнах середній показник – 41,4%, у парламентах світу загалом – 24%. На представництво жінок у парламентах також впливають виборчі системи. Зокрема, середня частка обраних жінок істотно вища в пропорційній та змішаній системах (26,5%) порівняно з мажоритарними системами (20%).

Найбільш ефективними механізмами у світі та в країнах ЄС для збільшення кількості жінок у політиці вважається застосування гендерних квот. Більшість країн ЄС прийняли законодавчі, або добровільні партійні квоти, які надають можливість жінкам долати структурні бар'єри доступу до політики. Добровільні гендерні квоти застосовують понад 55 країн світу, зокрема Канада, Австралія, Німеччина, Франція, Велика Британія, Іспанія та Швеція.

Таким чином, національними механізмами щодо закріплення позицій жінок-політиків мають стати: усвідомлення політичними силами необхідності участі жінок у політичному процесі; жінки повинні створювати самостійні жіночі організації; для отримання поваги та довіри електорату лідери жіночих організацій мають володіти набором певних позитивних характеристик, вони мають бути зразками суспільної активності та людської добропорядності; діяти потрібно поступово рухаючись від регіонального до загальнонаціонального рівня.

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У ПСИХОПАТОЛОГІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ

Актуальність. Питання судинної деменції є не тільки важливою медичною проблемою, а й має високу соціальну значимість, оскільки ця патологія окрім того, що викликає досить суттєве погіршення якості життя хворих через супутні рухові і сенсорні дефекти, та й ще призводить до значних економічних втрат внаслідок необхідності постійного спостереження за хворими з психопатологічними проявами судинної деменції. Однак гендерні відмінності у психопатології судинної деменції вивчено недостатньо.

Мета дослідження: виявити гендерні особливості психопатологічних проявів пацієнтів із судинною деменцією.

Матеріали та методи: За допомогою клініко-психопатологічного методу та психодіагностичного методу обстежено 80 пацієнтів з судинною деменцією (40 чоловіків та 40 жінок).

Результати дослідження. Аналіз частоти реєстрації психопатологічних проявів із застосуванням опитувальника NPI дозволило з'ясувати, що марення було зареєстровано у 5 (12,5%) чоловіків та 8 (20%) жінок, галюцинації – у 2 жінок (5%) та у жодного з чоловіків, ажитація – у 10 чоловіків (25%) та 7 жінок (17,5%), депресія – у 5 чоловіків (12,5%) та 10 жінок (25%), тривога – у 2 чоловіків (5%) та 8 жінок (20%), ейфорія – у 1 чоловіка (2,5%) та 3 жінок (7,5%), апатія – у 12 чоловіків (30%) та 5 жінок (12,5%), дратівливість – у 7 чоловіків (17,5%) та 3 жінок (7,5%), порушення сну – у 7 чоловіків (17,5%) та 14 жінок (35%), порушення харчової поведінки – у 1 жінки (2,5%) та у жодного з чоловіків. Такі показники субшкал NPI, як розгальмованість та неадекватна рухова поведінка, не були зафіксовані у жодного чоловіка або жінки.

Висновки: встановлено такі гендерні особливості психопатологічних проявів пацієнтів із судинною деменцією: у чоловіків достовірно частіше зустрічалися дратівливість та апатія, у жінок – тривога, депресія та порушення сну. Інші психопатологічні прояви не продемонстрували статистично значущих гендерних відмінностей. Загалом психопатологічні прояви домінували у жінок як за частотою спостереження, так і за силою вираженості.

Камардаш Н. В.,
Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна

СУБ'ЄКТИВНІСТЬ: ДО ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ ДЕТЕРМІНАЦІЇ ГЕНДЕРУ

Сучасний німецький філософ Д. Хенрих, зауважуючи на багатозначності поняття «суб'єктивність», найпростіше його визначення пропонує пов'язати з тим, що «дозволяє бути суб'єктом», а також із

процесами, в рамках яких відбувається усвідомлення себе та збільшується знання про себе «в історії індивідуального життя».

Отже, суб'єктивність – це результат процесу соціальної взаємодії, що, проходячи через індивідуальні «фільтри», транслюється у вигляді певної активності в оточуючий світ. Соціальна взаємодія, на думку М. Фуко, ґрунтується на владних відносинах, механізми яких криються в організації простору та дискурсів. Саме дискурси (мовленнєві акти, будова мови, метафори та порівняння) виявляються достатньо потужним механізмом впливу на формування суб'єктивної картини світу, сприйняття і прийняття існуючого.

Саме тому феміністична увага до цього факту сприяла впровадженню евфемізмів, коригуванню словників та освітніх кейсів. Джудіт Батлер в своїй концепції перформативного гендеру також «викриває» соціальну природу цього концепту і доводить його відносність, а також вона звертає увагу на те, що ставлення до себе (і в ракурсі гендерного самосприйняття) обумовлено соціальними нормами, які регулюють рефлексивні ставлення до того, як себе демонструвати і яке ставлення до себе обирати в певному випадку тощо [1, с. 114].

П. Бурдьє позначає такі процеси як «хибне визнання»: «народившись у соціальному світі, ми приймаємо цілий набір постулатів і аксіом, які для нас є очевидними і не потребують підтвердження... З усіх форм «прихованого переконування», найбільш невблаганною є та, що здійснюється просто-напросто порядком речей» [2].

Бурдьє вбачає в цьому присутність символічного насилля, яке «вчиняють за згодою самого агента» і подолати яке неможливо, не подолавши когнітивні установки, що «виправдовують» існуючий стан речей, а також не змінивши основні принципи зв'язку «соціальне-когнітивне».

Проблема зміни гендерних когнітивних конструктів залишається сьогодні актуальною, бо порушує питання свободи, справедливості, дискримінації, особистої безпеки, егалітарних відносин.

Ці зміни не можуть відбутися без змін на різних рівнях соціальної дійсності: політики, освіти, масмедіа.

Зацікавленість результатом, цілеспрямованість в реалізації ідеї подолання гендерних стереотипів та відповідальність за наслідки не тільки сприятимуть позитивній трансформації суспільного життя, але й підтверджуватимуть необхідність активної ролі в цьому процесі суб'єктивності, як динамічного феномену, як прояв свідомої орієнтації на знання про себе та механізми соціального.

Література:

1. Butler J. Giving an Account of Oneself / Butler Judith. – New York, Fordham University Press, 2005, – P. 149.

2. Чоловіче домінування. Інтерв'ю Лоїка Вакана з П'єром Бурдьє [Електронний ресурс] – Режим доступу : <https://commons.com.ua/uk/choloviche-dominuvannya/>

ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ-ЖІНОК ТА ЛІКАРІВ-ЧОЛОВІКІВ

Гендерна проблематика є однією з найпопулярніших в сучасній науці. Дослідження, присвячені даній тематиці, в останні роки стають все більш поширеними і затребуваними. Вони зобов'язані своєю розробкою, в основному, психологам, соціологам, етнологам і філософам. Сфера інтересів представників цих галузей знання пов'язана з соціокультурними аспектами статі, якими також цікавляться представники медико-біологічних дисциплін [1, 2].

Професія лікаря відрізняється вираженою специфічністю і вимагає величезних професійних знань, компетенцій, своєрідних особистісних якостей від медичних працівників. Якщо в професійному відношенні відзначається тенденція до гендерної рівності, то в плані особистісних якостей, безсумнівно, у лікарів-чоловіків і лікарів-жінок існують відмінності в соціальних ролях, провідних трудових мотивах, структурі мотивації, задоволеності працею і організаційній поведінці [3, 4].

Гендерним аспектам мотивації лікарів в даний час приділяється не так багато уваги. Винятком є робота В.А. Мансурова, присвячена гендерним особливостям мотивування лікарів [2]. Його дослідження показали, що визначальними об'єктивними факторами зміцнення сили консерватизму в мотивації і трудовій поведінці лікарів як і раніше залишаються надзвичайний рівень фемінізації лікарської професії і геронтологічно обумовлений процес присвоєння і зростання професійних категорій.

Обидва гендера можуть плідно впливати один на одного у процесі праці, мотивуючи один одного на виконання робочих завдань, забезпечуючи взаємодоповнення маскулінних і фемінних якостей при виконанні трудових функцій, що продуктивно позначиться на результатах роботи.

Сучасні дослідників цієї проблеми нерідко вказують, що для роботи лікаря велике значення мають традиційно жіночі якості: м'якість, милосердя, емпатія, чутливість, уважність до деталей, комунікабельність, терпіння, обережність, емоційність, схильність до компромісів, прагнення доводити справу до кінця. Ці фемінні якості, на їх думку, сприяють ефективній та якісній професійній діяльності лікаря. У той же час деякі з цих рис є факторами ризику і підвищують ймовірність стресу, перевтоми і професійного вигорання серед жінок-лікарів [5, 6]. Отже, виникає потреба осмислення шляхів подолання цієї проблеми, яка, безумовно, актуалізує гендерний вимір даної проблеми.

Психологічні характеристики маскулінності також нерідко вдало вписуються сучасними дослідниками в портрет сучасного лікаря: це системність сприйняття, широке аналітичне мислення, рішучість, сміливість, вміння брати на себе відповідальність, схильність до ризику, витривалість, готовність до високотехнологічних робіт. Однак, властиві чоловікам

психологічні особливості також зумовлюють певні проблеми в практичній роботі лікаря. До них можна віднести неуважне ставлення до ведення документації, деталей анамнезу хворого, недостатнє спілкування з хворими.

У процесі професійної діяльності протягом тривалого періоду часу змінюється трудова мотивація, її структура і механізм впливу на поведінку людини в колективі.

Процес мотивації професійної діяльності працівника в конкретних умовах роботи складається під впливом факторів, що мотивують та демотивують, які накладаються на мотиваційне ядро особистості і можуть перебувати як в збалансованому, так і в незбалансованому стані [6].

Індивідуальна реакція людини на організаційне середовище і комплекс зовнішніх стимулів до праці формується, виходячи з провідних, стійких мотивів трудової діяльності, які складають мотиваційне ядро особистості, визначають її цілі і цінності. Зміст праці, позитивне ставлення до своєї професії є провідними мотиваторами як для лікарів-жінок, так і для чоловіків. Вони гідно протистоять демотиваторам (рівень зарплати, моральне заохочення, можливості кар'єрного росту) і забезпечують прийнятний рівень трудової мотивації лікарів. Компенсація у вигляді премії займає перше місце серед форм заохочення як у чоловіків, так і у жінок. Форми не грошового стимулювання, такі як підвищення кваліфікації в провідних вітчизняних та закордонних клініках, оплата спортивних занять, вихідний день, також є досить популярними і серед лікарів-чоловіків, і серед лікарів-жінок.

Стосовно відмінностей слід зазначити, що жінки частіше надають перевагу додатковій відпустці, подяці від керівництва клініки. Чоловіки більше цінують підвищення на посаді, нагородження почесним званням і, особливо, надання більшої свободи і повноважень у своїй роботі [6, 7, 8].

Розуміння і застосування на практиці системи мотивації, облік гендерних особливостей співробітників призведе не тільки до задоволеності роботою самих співробітників, поліпшенню психологічного клімату та загального настрою працівників, але також і до збільшення ефективності роботи клініки в цілому.

Література:

1. Ковалёва Марина Дмитриевна. Гендерный статус женщины в современной медицине диссертации на соискание ученой степени доктора социологических наук Волгоград 2005 <http://medical-diss.com/medicina/gendernyy-status-zhenschiny-v-sovremennoy-meditsine#ixzz6t7MIo1OA>.

2. Мансуров В.А. Российские врачи: гендерный аспект. В кн.: Профессии. Дос. Социальные трансформации профессионализма: взгляды снаружи, взгляды изнутри. Под ред. Е.Р. Ярской-Смирновой, П.В. Романова. М.: Вариант, ЦСПГИ.- 2007; 80.

3. Коруняк Д.И., Стазаева И.В. Специфика построения взаимоотношения с пациентами у врачей в зависимости от гендерного фактора и профиля медицинской деятельности // Вестник ПАГС . – 2009. – № 3. – С. 152-156.

4. Н.В. Фомина, И.А. Ревина Гендерные и возрастные особенности восприятия пациентами модели общения с врачом в процессе лечения болезни // Вестник Университета. – 2014. – № 11. – С.318-325.

5. Никольская И.М., Маргошина И.Ю. Взаимоотношения с клиентом и их влияние на состояние и личность врачей и психологов // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 4. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medpsy.ru> (дата обращения 22.04.2021).

6. Nadreeva L., Gaynutdinova J., Rakhimova G. Productivity and motivation of employees in the services sector. In: Innovation management and education excellence vision 2020: From regional development sustainability to global economic growth, IBIMA 2016. Proceedings of the 27th International Business Information Manag. [Gataullin I.G., Zabirova L.M., Gataullin I.I. Social research in motivation for work of physicians. Vestnik eko

7. Гатауллин И.Г., Забирова Л.М., Гатауллин И.И. Социологическое исследование мотивации врачей // Вестн. экономики, права и социологии.- 2015.-№ 4.-С. 284–288.

8. Ильгиз Габдуллович Гатауллин, Ляйля Мухамедовна Забирова, Искандер Ильгизович Гатауллин Гендерные аспекты мотивации труда врачей-онкологов // Социальная гигиена и организация здравоохранения.- 2017.- №5.-С. 832-837.

*Кікінежді О. М., Жирська Г. Я.,
Тернопільський національний педагогічний
університет імені Володимира Гнатюка*

ГЕНДЕРНА КУЛЬТУРА ЯК СКЛАДОВА ЕКОЛОГО- ВАЛЕОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНЬОГО ПЕДАГОГА

Проблема формування еколого-валеологічної культури — одна з найбільш актуальних проблем сучасного суспільства, від вирішення якої залежить подолання екологічної кризи та оздоровлення людства загалом. Це зумовлено тим, що еколого-валеологічна культура виявляється в системі цінностей особистості, у всіх видах і результатах людської діяльності, пов'язаної з пізнанням і перетворенням довкілля, виражає сутність та якісний рівень взаємовідносин між суспільством і природою, готовність до мирного співжиття громадян в суспільстві як особливій екосистемі, незалежно від статі, віку, раси чи дієздатності.

Формування еколого-валеологічної культури надзвичайно важливе для педагогів, оскільки сприяє розвитку професійних компетентностей, що сприяють становленню екологобезпечної та здоров'язберезувальної поведінки всіх суб'єктів освітнього процесу.

Вивчення феномену еколого-валеологічної культури вчителя дозволило виділити її наступні компоненти: інтелектуальний (еколого-валеологічні знання), мотиваційний (особистісні цінності, інтереси, потреби, прагнення,

наслідування), діяльнісний (конкретна практична діяльність з охорони довкілля та збереження здоров'я), професійний (спеціальна педагогічна діяльність) і рефлексивний (здатність до самоаналізу й самоконтролю) [1].

Дослідження механізмів створення гендерно-справедливого середовища для дітей та молоді у контексті реалізації Концепції Нової української школи, що проводяться у Науково-дослідному центрі з проблем гендерної освіти та виховання учнівської та студентської молоді НАПН України – ТНПУ ім. В.Гнатюка, дають підстави вважати, що важливим складником еколого-валеологічної культури є гендерна культура як важливий чинник психічного та соціального здоров'я особистості. Реалізація ідеї гендерної рівності як ключовий показник демократичного суспільства передбачає перш за все створення егалітарно-освітнього середовища для студентської молоді на принципах соціальної справедливості, рівноцінності та паритетності статей в контексті політики академічної доброчесності у ЗВО, що передбачає партнерську взаємодію майбутніх педагогів [3]. Як слушно зазначає К. І. Карпенко, «гендерний вимір екологічної комунікації свідчить про те, що чоловіки та жінки «змушені» до взаємного визнання, зближення, активності, спрямованої на збереження життя. І, навпаки, – загострення екологічної комунікації спонукає до активності, «пробуджує» гендерну комунікацію» [2, с.189].

Проблема пошуку та проєктування егалітарних освітніх технологій, адекватних за своїми ключовими параметрами демократичній системі загальнолюдських цінностей, активізує самовизначення молоді в питаннях гендерної та еколого-валеологічної культури, сприяє розширенню її егалітарного світогляду в контексті європейської моделі гендерного паритету. Мова йде про реалізацію Стратегії гендерної рівності Ради Європи та її адаптацію до українських реалій, запровадження гендерних стандартів у національну систему освіти, переборення гендерних стереотипів у свідомості населення, формування гендерно-компетентних фахівців, здатних проводити антибулінгові та антидискримінаційні практики в умовах соціокультурної різноманітності та мультикультуралізму.

Література:

1. Бойчук Ю. Д. Еколого-валеологічна культура майбутнього вчителя: теоретико-методичні аспекти. Суми: Універс. книга, 2008. 357 с.
2. Карпенко К. І. Природа і жінка: Перспективи екофемінізму в Україні. Харків: «Крук», 2005. 320 с.
3. Psychology of the Gender-Equitable Environment: Research of Problems / O. M. Kikinezhdi [et al.]. Journal of Intellectual Disability – Diagnosis and Treatment. 2020. Vol. 8, n. 3. P. 538-547.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ (COVID-19)

В ХХІ столітті суспільство є свідком спалаху коронавірусної хвороби (COVID-19), що набула масштабів глобальної пандемії. Це безпрецедентне явище залишається однією з найсерйозніших проблем людства. За цей час медичні працівники перебувають на передових позиціях боротьби з цією недугою, здійснюючи моніторинг епідеміологічної ситуації, клінічного перебігу, здобуваючи досвід лікування хворих. Наукові спостереження, статистичні дані оприлюднені та знайшли відображення в публікаціях, що є джерелом для подальшого вивчення та удосконалення лікувальних заходів.

Набутий досвід свідчить, що коронавірусна хвороба дуже гетерогенна за проявами, включає асимптоматичні форми, а також легкої, середньої важкості, загрозливі наслідки і навіть смерть. З метою оптимізації менеджменту цієї хвороби безперечно необхідно застосовувати мультідисциплінарний підхід з урахуванням факторів, які є чинниками інфікування, появи симптомів, відповіді на лікування, одужання, але на жаль, в деяких випадках, розвитку фатальних ускладнень.

Згідно публікаціям 2020–2021рр. ключовими детермінантами коронавірусної хвороби є ендогенні та поведінкові фактори. Ці фактори багатокомпонентні і включають стать, вік, коморбідні стани – артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, ожиріння. Важливе значення для прогнозу коронавірусної хвороби у людини мають такі фактори, як наявність уже існуючої респіраторної інфекції, стан системи вродженого імунітету, баланс статевих гормонів.

На сучасному рівні встановлені факти, що обумовлюють кількість вірусу в клітинах різних органів і тканин при інфікуванні, а саме рівень експресії на них рецепторів і ензимів, важливих для проникнення вірусу в клітину. Вірус SARS-CoV/SARS-CoV-2 використовує в якості рецептора ангіотензинперетворюючий фермент-2 (АПФ-2), експресований на пневмоцитах альвеол. Найнебезпечнішою властивістю SARS-CoV-2 є його здатність спричиняти індукцію цитокінового шторму.

Відповідно до поширеності коронавірусної хвороби Covid-19 по планеті ініціативна організація *The Global Health 50/50 research initiative* представила вражаючи дані стосовно розподілу інфікування, госпіталізації, перебування в відділеннях інтенсивної терапії у чоловіків та жінок. Статистичні дані, отримані під час пандемії COVID-19 виявили гендерну залежність патогенетичних чинників, які впливають в подальшому на характер клінічної ситуації.

Звертає увагу гендерна диспропорція в змінах таких провідних факторів, як імунна відповідь на інфекцію, вивільнення прозапальних цитокінів, експресії таких важливої молекули як АПФ-2. Гендерні особливості патогенетичних чинників та клінічних проявів коронавірусної

хвороби COVID-19 мають провідне значення в поглибленому вивченні механізмів розвитку патології та створення високоефективних діючих заходів з метою подолання загрози біологічного походження - світової коронавірусної кризи.

Література

1. Sex, gender and Covid-19. 2020. Global Health 5050. <https://globalhealth5050.org/covid19/> (Date accessed:02.04.2020).
2. Xiyi Wei, Yu-Tian Xiao, Jian Wang et al. Sex differences in severity and mortality among patients with COVID-19: 2020 evidence from pooled literature analysis and insights from integrated bioinformatic analysis. arXiv preprint arXiv:2003.13547.

*Кожем'якіна О. М.,
Черкаський державний технологічний університет*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ

Гендерна проблематика в увиразненні соціокультурних джерел статевих конфігурацій соціальних взаємодій стає відчутною ознакою сучасного наукового дискурсу, сприяючи ґрунтовному переосмисленню розмаїття питань ідентичності, соціального статусу, розуміння та порозуміння тощо. Завдяки напрацюванням Дж. Келлі, Дж. Скотт, Дж. Батлер, М. Фокаулт, М. Розальдо, Е. Джейнуей, Ю. Хірדман, Р. Лакофф, Дж. Холл та багатьом іншим відбулись становлення та концептуалізація гендерного дискурсу, зокрема, в сенсі дослідження відносин нерівності та актуалізації емансипаційних цінностей.

Категорія гендеру розробляється Дж. Скотт в соціокультурному ракурсі первинного способу визначення відносин влади та в сенсі відповідних конститутивних елементів ідентичності. Насамперед гендер постає як спосіб позначення та вираження соціальної організації міжстатевих відносин, в тому числі в аспекті владних структур панування і підпорядкування, ієрархії та сегрегації, визначаючи умови культурної взаємодії з можливістю переосмислення, заперечення, опору.

Вивчаючи широкі контексти використання гендерної проблематики, в тому числі, виявляючи механізми появи позачасової сталості в бінарній гендерній репрезентації, дослідниця пропонує чотири ключові блоки для «гендерної оптики» в процесі динаміки соціальних змін: 1) образно-символічне уявлення чоловіків і жінок в культурі, 2) нормативні підстави гендерної взаємодії, 3) гендерна політика в аспекті функціонування соціальних інститутів і організацій, а також 4) суб'єктивна ідентичність і проблеми самовираження, що в цілому обумовлює своєрідність гендерного дискурсу і форм його легітимації в кожній з означених підсистем.

Окремий ракурс гендерних досліджень спрямовано на окреслення ролі гендерної ідентичності в соціальних комунікаціях, зважаючи на зафіксовані у

мові та закріплені у свідомості стійкі статеві образи та рольові характеристики, які визначають внутрішні та зовнішні детермінації комунікативних взаємодій відповідно до усталених моделей соціокультурної поведінки. Гендерна ідентичність та гендерні ролі відображають міру та спосіб прийняття тих ціннісно-смыслових настанов жіночності та мужності, які конструюються переважальними дискурсивними практиками, актуалізуючи питання дихотомій унікального/універсального, стійкого/мінливого, вродженого/набутого. Гендерні ракурси мовної поведінки постають виразною демонстрацією маскулінно-центрованої організації комунікативних взаємодій та їх рольових моделей. Зокрема, статеві особливості мови підкреслюють відмінності у суб'єктних настановах, монологічних чи діалогічних інтенціях, домінантних проявах гендерної ідентичності.

Традиційне бачення дискурсивних репрезентацій гендерної ідентичності (в турботі та миролюбності як якостей насамперед «жіночих», а конкуренції та агресії – як «чоловічих») представлено і в моделях комунікативної поведінки. Це знайшло відображення в особливій жіночій мові, а саме – мові стурбованості Іншим, служіння Іншому, покірності і потреби дозволу, що має очевидну виразність в гендерних особливостях невербальних комунікацій.

Артикуляція гендеру в мові була досліджена в роботах Р. Лакофф, Д. Таннен, Дж. Холмс, К. Холл і багатьох інших, де встановлюються чіткі взаємозв'язки впливу мови на гендерну бінарність і владні домінації патріархальної та андроцентричної системи мови. Наприклад, М.Р. Кей симптоматично називає чоловічу мову «*мовою поясень*», в той час як жіночу мову – «*мовою виправдань*».

Подібна гендерна асиметрія в соціальних комунікаціях впливає на структуру функціонально-рольових та ідентичнісних ознак соціального простору, виявляючи дискримінативний вплив в численних гендерних активностях та актуалізуючи проблематику подолання комунікативної демаркації гендерних інтеракцій.

*Кожина Г.М., Зеленська К.О., Красковська Т.Ю.,
Харківський національний медичний університет*

ОСОБЛИВОСТІ ПОСТСТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВІ ДІЇ

Актуальність. Близько 16,2 % населення світу мають психічні проблеми внаслідок війни, а 12,5 % мають травмованих війною родичів. Причиною розладів соціально психологічної адаптації є бойова психічна травма у 80% осіб, які постраждали від бойових дій. Досить важливим є те, що пацієнти які страждають від наслідків війни мають певні проблеми у житті це проявляється у певних соціальних проблемах. За для їх подолання необхідно проводити профілактичні втручання задля кращої адаптації постраждалих і їх сімей.

Мета. Визначити гендерні особливості постстресових розладів у осіб, які пережили бойові дії.

Матеріали та методи. На базі Військово-медичного центру північного регіону нами було проведено комплексне обстеження 87 пацієнтів, обох статей, у віці 20-55 років. Ми використовували наступні психодіагностичні методики: міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу, шкала самооцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна,

Результати: За Міссісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу у 57 (65,51%) пацієнтів набрали більше 100 балів це свідчить про виражений вплив перенесеної травми на людину серед них 30 чоловіків (34,49%) та 27 жінок (31,02%) та у 30 (34,49%) пацієнтів отримали бал нижче 100 – вплив травматичної події незначний серед них 17 чоловіків (19,54%) та 13 жінки (14,95%). При цьому у 4 (4,95%) пацієнтів жіночої статі з вираженим впливом травматичної події спостерігалась низька реактивна тривожність за шкалою самооцінки тривожності, а у 2 (2,29%) пацієнтів чоловічої статі з низьким впливом травматичної події навпаки відмічалась висока реактивна тривожність. За шкалою самооцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна: низька реактивна тривожність спостерігалась у 18 (20,69%) пацієнтів; помірна реактивна тривога у 27 (31,03%); виражена реактивна тривожність – 42 (48,28%). Такі результати говорять про те, що у більшості обстежених спостерігається висока тривожність.

Висновки. Усі пацієнти отримуватимуть стандартну терапію згідно протоколів МОЗ та психотерапевтичні та психоосвітні заходи. Отримані данні дали можливість виявити не досить логічну логічність отриманих даних тому наступним етапом ми плануємо провести дослідження додаткових параметрів за іншими шкалами для з'ясування причин таких результатів.

*Костецький І.В.¹, Матюшина В.О.²
Донецький національний медичний університет¹
ДУ «Донецький ОЛЦ МОЗ України»²*

ПИТАННЯ ГЕНДЕРНОЇ ОСВІТИ В ПРОГРАМІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ

Про медицину Гіппократ говорив: «*Omniū profecto artium medicina nobilissima*». В перекладі це означає, що з усіх наук медицина є найблагороднішою. Відомий клініцист Кончаловський М.П. стверджував, що можна бути поганим письменником, слабким художником, бездарним актором, але бути поганим лікарем неприпустимо. Наш сучасник професор Тернопільського медуніверситету Завальнюк А.Х. характеризує медичну професію як складну і неспокійну, яка вимагає не тільки знань, вона потребує душевного покликання, горіння та самовіддачі.

Сучасні досягнення в науці, стрімкий розвиток техніки та технологій, які донедавна здавались фантастикою, зараз виглядають звичною необхідністю та буденністю. Медицина завжди була затребувана для людства, займаючи особливе місце у збереженні та розвитку будь-якої держави. В Україні визнано, що охорона здоров'я є «...пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України» [1].

Якість професійної підготовки певною мірою залежить від вроджених якостей людини: типу нервової системи, аналітичних здібностей, пам'яті та ін., але більшою мірою від набутих знань та вмінь. Сучасний лікар повинен володіти необхідним діапазоном медичних знань, бути інтелігентним та ерудованим в багатьох сферах людської діяльності.

Вища медична освіта також потребує модернізації, яка спрямована на підвищення якості викладання, ґрунтується на врахуванні різних індивідуальних, гендерних особливостей майбутніх фахівців-медиків при забезпеченні та підтримці процесів їх самопізнання і самореалізації [2].

Гендерна освіта розглядається як освітня діяльність, що базується на вивченні та пошуку шляхів вирішення гендерних проблем в соціальному розвитку суспільства, системі освіти. Як зазначає Гранкіна С.С. (2018) та ін. через відсутність гендерної стратегії державної політики в нашій державі, на відміну від європейських країн, є брак систематизованих та узагальнюючих гендерних наукових знань і це відображається у вітчизняній вищій медичній освіті.

Необхідність та становлення гендерної освіти в медичному ВНЗ спонукає викладачів до пошуку ефективних педагогічних засобів для засвоєння майбутніми лікарями гендерних знань. Для цього використовуються різноманітні форми освітньої роботи зі студентами: семінари, ситуаційні завдання, тестування.

Як відомо, праця – це цілеспрямована діяльність людини, що пов'язана з пристосуванням навколишнього середовища до нагальних потреб. В процесі праці формується особистість. Суттєвий вплив на стан здоров'я працюючого мають умови та зміст праці, що буде відображатись на працездатності та ефективності виконуваної роботи. Фізичні, хімічні, біологічні та соціальні чинники діють на жіночий організм несприятливо на рівнях, які значно менші, ніж граничні рівні для чоловіків. Трудове законодавство України, враховуючи фізіологічні особливості жіночого організму, інтереси охорони материнства та дитинства, встановлює спеціальні норми з охорони праці жінок.

Як раз фокусування на гендерній проблематиці під час вивчення питань гігієни праці на останньому курсі в медичному університеті сприяє зацікавленості студентської онлайн-аудиторії до питань профілактичної медицини, спонукає аналізувати отриману інформацію, аргументувати свою точку зору.

За даними 2017 року в вітчизняній системі охорони здоров'я жінки-лікарі становить 64,3%, а жінки-очільники лікувально-профілактичних закладів складають 51%. Одним з важливих складових розвитку трудових ресурсів є гендерна рівність. Стратегія щодо здоров'я і благополуччя жінок ще у вересні 2016 року була затверджена Україною разом з іншими європейськими державами. В цей документ ввійшли рекомендації щодо реалізації програм з питань охорони жіночого здоров'я, як у рамках системи охорони здоров'я, так і поза її межами. Жінки-керівники прагнуть реалізувати реформи у сфері громадського здоров'я, які гарантують рівність жінок та чоловіків, одночасно дбаючи про власне здоров'я та благополуччя.

Отже, гендерна компетентність учасників освітнього процесу, що створює сприятливі умови для самореалізації майбутніх лікарів та вимагає удосконалення педагогічної майстерності, наближає нас до сучасних вимог освітнього простору в вищій медичній школі.

Література:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я (ВВР), 1993, № 4, ст.19) [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – Режим доступу до ресурсу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

2.Александрова, Н. В. Гендерные стратегии в Европейском образовании: Германия и Франция / Н. В. Александрова // Гуманитарное образование и социальный контекст: гендерные проблемы. – 2007. – С. 48-54.

*Кочина М.Л., Біла А.А.,
Чорноморський національний університет ім. Петра Могили,
Миколаїв, Україна*

НАВАНТАЖЕННЯ НА СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ СТУДЕНТІВ

Оцінювання стану серцево- (ССС) здорових осіб у процесі діяльності проводять за показниками варіабельності серцевого ритму (ВСР). ВСР – це зміни інтервалів між серцевими скороченнями (тривалості кардіоциклів) нормального синусового ритму серця, які відбуваються під впливом зовнішніх та внутрішніх чинників.

Послідовний ряд кардіоінтервалів не є випадковим, він має складну структуру, яка відображає регуляторний вплив на синусний вузол серця вегетативної нервової системи і різних гуморальних факторів. Тому аналіз структури ВСР надає важливу інформацію про стан вегетативної регуляції серцево-судинної системи та організму в цілому.

Нами було проведено дослідження зміни показників ВСР 90 студентів (45 чоловічої та 45 жіночої статі) під впливом фізичного навантаження, реалізованого на гребному тренажері.

Показники ВСР було зареєстровано до та після фізичного навантаження. Порівняння значень показників студентів і студенток проведено з використанням непараметричних критеріїв.

До навантаження майже усі статистичні та часові показники ВСР студентів та студенток знаходилися у межах вікових норм. У обох гендерних групах мали місце достатньо високі значення частоти серцевих скорочень (ЧСС) у стані спокою. У студентів медіана (Me) і квартилі (25%;75%) становили 85,3 (74,3; 95,1) уд/хв, у студенток - 86,8 (80,7; 94,6) уд/хв, що є ознакою переважання впливу симпатичної нервової системи на регуляцію ССС.

Порівняння спектральних показників ВСР студентів та студенток з віковими нормами показало, що в обох групах нижче норми була загальна спектральна потужність, яка характеризує сумарну активність впливів вегетативної нервової системи на ритм серця. Достовірні ($U=1574$; $p=0,024$) відмінності між гендерними групами було виявлено лише за показником дуже низькочастотної складової (VLF) кардіоритмограми, яка є характеристикою фізичної активності.

У студенток показник був достовірно нижчий, ніж у студентів. Фізичне навантаження призвело до значних змін показників ВСР у обох гендерних групах. ЧСС в обох групах вийшла за межі вікових норм, також знизилася значення показників, які характеризують ВСР (SDNN – у 4 рази, RMSSD – у 6 разів), що вказує на значне напруження регуляторних систем та переважання впливів симпатичної нервової системи і центрального контуру. Індекс напруження перевищив верхню межу норми у студентів у 4 рази, у студенток – у 5 разів.

Загальна спектральна потужність знизилася у студентів на 85%, у студенток – на 78%. Цей показник відображує сумарний ефект впливу на серцевий ритм всіх рівнів регуляції. Його високі значення характерні для здорових осіб, а значне зниження спостерігається в умовах погіршення адаптаційних можливостей ССС та низької стресостійкості організму. Достовірних відмінностей між показниками ВСР студентів та студенток після навантаження не виявлено. Результати порівняння показників ВСР студентів та студенток до та після навантаження показали, що за більшістю з них відсутні достовірні відмінності.

Також спостерігається однакова реакція на фізичне навантаження у обох гендерних групах. Ця реакція свідчить про виникнення енергодефіцитного стану та зростання впливу симпатичної нервової системи та центрального контуру на регуляцію серцево-судинної системи. Такі зміни показників ВСР вказують на низькі функціональні резерви студентів та високу вартість для їх серцево-судинної системи адаптації до фізичного навантаження.

ГЕНДЕРНІ І ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Захворювання і травми опорно-рухової апарату (ОРА) в теперішній час є поширеною проблемою. Вони можуть виникнути при падінні, незручному русі, за ДТП, внаслідок процесів старіння.

Більше половини молодих людей після 30 років та 90% літніх людей страждає захворюваннями ОРА. Серед всіх захворювань ОРА значне місце займають захворювання хребта, найбільш частим проявом яких є біль у різних його відділах (шийному, грудному, поперековому).

Покращенню стану хребта та зниженню або уникненню больових відчуттів сприяють заходи фізичної терапії, які використовуються поряд з традиційним медикаментозним та хірургічним лікуванням.

Покращення стану пацієнтів супроводжується підвищенням якості їх життя.

Метою роботи було визначення вікових та гендерних особливостей впливу фізичної терапії на якість життя пацієнтів з захворюваннями хребта.

В дослідженні взяли участь 38 пацієнтів (14 чоловічої та 24 жіночої статі) з захворюваннями хребта, які супроводжувалися больовими відчуттями. З 14-ти чоловіків 9-ть (64%) були у віці до 40 років (І група) та 5-ть (36%) – старше (ІІ група). У більшості чоловіків (64%) больові відчуття були у поперековому відділі.

З 24 жінок 7-м (29%) було у віці до 40 років, 17-ть (71%) – старше. У поперековому відділі мали больові відчуття 46% пацієнток, у шийному – 29% пацієнток, у інших біль локалізувався у грудному відділі, або мало місце сполучення декількох відділів.

Для дослідження якості життя пацієнтів до та після фізичної терапії було використано опитувальник SF-36, який є одним з найпоширюваних у психологічній практиці. Шкали опитувальника групуються у два основних показники – фізична компонента здоров'я (ФКЗ) та психологічна компонента здоров'я (ПКЗ).

У ФКЗ входить показник, який дозволяє визначити інтенсивність болю (Bodily pain - BP) і її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза домом. Інтерес саме до цього показника зумовлений станом та скаргами пацієнтів, які проходили фізичну терапію.

До терапії у чоловіків І групи показник BP дорівнював 51 (41;52), ІІ групи - 44 (30;51), після терапії - 100(84;100) і 74 (42;74) відповідно, що достовірно ($U=5,0; p=0,002$) відрізнялося від початкового значення показника. У жінок молодшого віку BP дорівнював 42 (10;74), та був достовірно ($U=22,0; p=0,00016$) більший, ніж у старших жінок, в яких суб'єктивні больові відчуття були найбільш виражені ($BP=10$ (10;32)).

Після терапії показник у жінок дорівнював 100 (64;100) та 84 (74;100) відповідно, що достовірно відрізняється ($U=22,0; p=0,00016$). Таким чином, більша інтенсивність та більший вплив болю на якість життя виявлено у пацієнтів обох статей старшого віку.

До лікування показник ФКЗ у чоловіків I та II вікової групи дорівнював 42 (38; 50); у жінок третьої та четвертої групи - 35 (33;50), тобто у жінок показник був дещо нижчий, ніж у чоловіків, хоча достовірних відмінностей між гендерними групами виявлено не було.

Після лікування показник достовірно ($Z=3,3; p=0,00098$) збільшився у чоловіків до 53 (52;57), у жінок до 54 (53;58) ($Z=3,6; p=0,00036$). Відмінностей між віковими групами після лікування за показником ФКЗ також не виявлено.

Порівняння показника ПКЗ у чоловіків до та після фізичної терапії показало його достовірне ($Z=2,9; p=0,0043$) збільшення з 53 (45;54) до 59 (57;62). У жінок також показник достовірно ($Z=3,8; p=0,00015$) збільшився з 40 (33;56) до 56 (53;61).

Одержані результати вказують на наявність гендерних та вікових відмінностей у суб'єктивній оцінці свого стану та рівня больових відчуттів у пацієнтів з захворюваннями ОРА.

Кутирьова В.І.

Харківський національний медичний університет

МАТЕРИНСЬКІ ІДЕНТИЧНОСТІ ТА ПРАКТИКИ МАТЕРИНСТВА КРІЗЬ ПРИЗМУ ДИСКУРСУ ВІДПОВІДАЛЬНОГО БАТЬКІВСТВА

Актуальність дослідження обумовлена тими процесами, що відбуваються сьогодні у сфері материнства, адже процес формування нормативних уявлень про материнство є надзвичайно складним, таким, що знаходиться під впливом різних експертних спільнот, що на тлі появи нових феноменів материнства призводить до зміни контурів легітимного дискурсу материнства, вимагаючи, в тому числі, перевизначення різних практик материнства у категоріях допустимих/ можливих/ прийнятних.

Тож *метою* роботи є дослідити материнство як сконструйований різними дискурсами сім'ї та батьківства простір соціальних ідентичностей та практик матерів.

Зазначимо, що однією з головних суперечностей, які фіксуються в рамках досліджень материнства в сучасній Україні, є суперечності між, з одного боку, вимогами ринку праці, процесами індивідуалізації, що спричиняють активне залучення матерів у сферу зайнятості, та, з іншого боку, поширенням практик «інтенсивного» та «відповідального» дитино-центричного материнства.

Ці практики стають дедалі інтенсивнішими в сенсі часу, уваги й зусиль, які матері приділяють піклуванню про своїх дітей. Культура «нового

батьківства» має на увазі ідеї благополуччя дитини, що передбачає не лише фізичний і матеріальний добробут, а і новий ґатунок стосунків батьків і дітей, заснованих на емпатії, довірі та партнерстві.

Враховуючи те, що в нашому суспільстві гендерний розподіл праці залишається вельми стійким і саме жінки здебільшого відповідають за сферу приватного, ці соціокультурні зміни впливають, в першу чергу, на практики материнства. Сучасне материнство постає як винятковий тип «емоційної роботи», яка вимагає не тільки любові до дитини, а й специфічних знань, умінь та компетенцій.

Парадоксальність ситуації полягає в тому, що саме експертне знання, допомагаючи матерям здійснювати компетентні вибори, певним чином загострює проблему гіпервідповідальності сучасних матерів, окреслюючи нормативні контури материнства.

Аналіз вітчизняних медіа ресурсів свідчить також про значну медикалізацію офіційного дискурсу материнства, що знаходить свій прояв у тенденціях: залучення професійних лікарів в якості головних експертів з різних аспектів материнства; частого розміщення матеріалів про материнство в періодичних виданнях у рубриках про здоров'я; розгляду материнства крізь призму проблем, які є прерогативою медичного знання (так, відмова від материнства або вибір нетрадиційних стратегій материнства репрезентуються як медичні проблеми в категоріях психічної (не)нормальності жінок-матерів).

Авторське дослідження, присвячене аналізу материнських ідентичностей та щоденних материнських практик, дозволило нам розглянути, яким чином жінки описують власний материнський досвід крізь призму існуючих нормативів.

Методами дослідження виступили глибинні інтерв'ю та складання хронометражу «Один день із життя матусі» (десять інтерв'ю із жінками-матерями, що відрізняються за кількістю дітей/сімейним статусом/трудовим статусом, та заповнення щоденника «Один день з життя матусі»).

Для всіх інформанток здоров'я дитини розглядалося як найвища цінність та вимога реалізації материнської ролі, що повністю відповідає нормативам медикалізованого дискурсу материнства.

Аналіз описів «ідеального дня» інформанток показує, що, перш за все, він асоціюється з сумісним часом, проведеним разом з дітьми та сім'єю, що підтверджує те, що для жінки роль матері є однією з пріоритетних. Відповідно до хронометражу, часовий розподіл доби працюючих та непрацюючих матусь зводиться до того, що мати намагається якомога більше часу приділити своїй дитині, одночасно всі інформантки зазначали власну тривогу щодо браку часу на таку турботу про дитину.

Відповідно в умовах сучасного українського суспільства зміст соціальних уявлень про материнство визначається суперечністю очікувань щодо жінки-матері, яка наділяється надмірною відповідальністю за благополуччя у різних сферах життя, в силу якої відповідність цим

очікуванням виявляється неможливою. Ці суперечності можуть виступати засадами для неявної дискримінації жінок-матерів у різних сферах життєдіяльності, а також для проявів ефекту самодискримінації.

Література:

1. Асонова Е. Новые ценности в детско-родительских отношениях / Екатерина Асонова // Pro et Contra. – 2010. – №14 (1-2). – С.78-93.
2. Малес Л. Гендерна та інтерсекційна дискримінація в материнстві / Людмила Малес // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. Збірник наукових праць. – 2015. – № 2(27). – С.17-25.
3. Микляева А.В., Румянцева П.В. «#Онажемать»: имплицитные социальные представления о материнстве в современном российском интернет-дискурсе // Женщина в российском обществе. – 2018. - № 1 (86). – С. 67-77.
4. Стрельник О. Турбота як робота: материнство у фокусі соціології. Монографія. – Київ, Критика, 2017. – 288с.
5. Шевчук Г.С. Материнська ідентичність у структурі Я–концепції жінки // Проблеми сучасної психології. - 2010. - Випуск 9. – С. 765-777.

*Литвиненко В.В., Могилко О.П., Перепьолкіна К.М.,
Харківський національний медичний університет*

ВПЛИВ ПСИХООСВІТИ НА КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ У ПАЦІЄНТІВ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Актуальність. Останні роки Україна знаходиться в стані гібридної війни, серед негативних медико-психологічних наслідків якої найбільш значущим стає високий ризик поширення і розвитку різноманітних порушень психічної сфери, серед яких превалюють соціально-стресові розлади та збільшення рівня вживання психоактивних речовин, зокрема, алкоголю.

Мета. Визначити вплив психоосвіти на копінг-стратегії у пацієнтів чоловічої статі з алкогольною залежністю.

Матеріали та методи. Було проведено комплексне обстеження 150 пацієнтів чоловічої статі від 20 до 55 років, в яких згідно діагностичних критеріїв МКХ-10 встановлено синдром залежності від алкоголю (F 10.2х). Психодіагностичне дослідження включало використання Опитувальника травматичного стресу (Котенєв О.І., 1996), Методики оцінки копінг-поведінки в стресових ситуаціях (Норманн С., Эндлер Д. Ф., Джеймс Д. А., Паркер М. І.; адаптований варіант Крюкової Т. А., 2002).

Результати. Стосовно даним психодіагностичного дослідження у $5,9 \pm 0,7$ % цивільних і $31,4 \pm 1,7$ % військових обстежених мають повний, $11,4 \pm 1,2$ % та $39,5 \pm 1,4$ % відповідно - явний, $33,6 \pm 1,6$ % цивільних та $29,1 \pm 1,3$ % військових – частковий, $33,2 \pm 3,5$ % та $15,9 \pm 2,1$ % відповідно незначний прояв стресового розладу, при цьому відсутність травматичного стресу мають лише цивільні алкозалежні.

Перед проведенням психоосвітніх втручань для пацієнтів були притаманні копінг-стратегії орієнтовані на уникнення – $53,2 \pm 3,4$ %, для $31,3 \pm 2,4$ % копінг-стратегії на відволікання, для $11,3 \pm 1,6$ % - емоції, та лише для $4,4 \pm 0,6$ % на вирішення завдань.

На тлі проведення психоосвіти відмічалася позитивна динаміка стрес-долаючої поведінки, формування конструктивних допінг стратегій – у $45,1 \pm 3,5$ % обстежених основної та $32,6 \pm 3,3$ % контрольної груп відмічався копінг спрямований на вирішення завдань, у $31,4 \pm 3,2$ % та $22,4 \pm 2,6$ % відповідно – на емоції, у $15,9 \pm 1,6$ % обстежених основної та $32,6 \pm 3,2$ % контрольної груп - на уникнення, у $6,7 \pm 0,6$ % та $12,4 \pm 1,8$ % відповідно допінг спрямований на відволікання.

Висновки. На тлі використання використання психоосвіти відмічена позитивна трансформація копінг-стратегій, активація адаптивних форм подолання стресових ситуацій. Враховуючи викладені результати, перспективою подальших досліджень є створення персоніфікованої системи психосоціальної реабілітації хворих з алкогольною залежністю з використанням психоосвітніх заходів.

*Маруценко О.А.,
Харківський національний медичний університет*

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ – ЗА ЧИ ПРОТИ: З ДОСВІДУ АНАЛІЗУ СТУДЕНТСЬКИХ НАРАТИВІВ

У рамках деяких навчальних дисциплін, що за змістом своїм передбачають певний простір для обговорення проблематики, пов'язаної із соціальною нерівністю та дискримінацією, я обов'язково пропоную студентству письмову творчу роботу з можливістю порефлексувати над гендерними стереотипами, з якими вони стикаються у житті. Після певної викладацької преамбули, коли всі спільно пересвідчуються, що в групі немає жодної особи, для якої сама сутність гендерних стереотипів залишилася terra incognita, студентство переходить до стислого письмового обґрунтування: гендерні стереотипи – це добре чи погано? чи було б краще, якби їх взагалі не було? чи, можливо, вони виконують позитивні функції?

За 15-20 хвилин, коли робота завершена, вкрай важливо проговорити в групі ключові позиції. А вони, як правило, доволі показові: за декілька років регулярного аналізу таких студентських наративів, накопичилася доволі значна база аргументації pro і contra. Більшість серед студентства виступає все-таки проти гендерних стереотипів, аргументація найчастіше фокусується навколо таких точок зору:

1. Гендерні стереотипи ведуть до «трафаретного», спотвореного сприйняття людини, коли за поширеними уявленнями про те, що вважається жіночим, а що – чоловічим, якими начебто мають бути особи тієї чи іншої статі, фактично «губиться» реальна особистість (з її специфікою, виявами, інтересами, талантами тощо), а особистісноцентрований підхід поступається

місцем статеворольовому: *«Це не я. Я більше, ніж просто статъ», «На мене все життя навішують якийсь чужий ярлик – ідеального хлопчика, яким я типу маю бути, проте я не хочу».*

2. Гендерні стереотипи гальмують соціальні зміни, адже, фактично, «консервують» існуючий порядок речей (зокрема, гендерну ієрархію) в даному вигляді, тобто відтворюють гендерну нерівність суспільства, адже намагаються «відправити» чоловіків і жінок наперед заданими «життєвими маршрутами» (через що, наприклад, жінки рідше досягають професійних звершень і матеріальної незалежності, а чоловіки часто «забувають» про репродуктивну працю та належне виконання татівських ролей): *«Стереотипи дозволяють всіх розкласти по тих самих полицках», «Все, що треба, щоб я була ніким – зробити мене схожою на сто тисяч тих безправних жінок, які зараз є в моїй країні. Але я буду вчитися».*

Аргументація меншості, що виступає на підтримку гендерних стереотипів, як правило, така:

1. Гендерні стереотипи є «схемою» розподілу ролей і обов'язків, користування якою може значно спростити і без того складне життя: *«Це мрія, коли ти заздалегідь знаєш, чого очікувати», «Хлопці наліво, дівчата – направо, і все всім зрозуміло! Думати не треба.».*

2. Гендерні стереотипи є відсилкою до традиційних пластів культури (релігії), а тому є істинним, таким, що пройшло випробування часом (є сакральним): *«Не просто ж так колись встановилося, що чоловіки полюють на мамонта, а жінки займаються домом?», «Тисячі років у нас вірять в особливе призначення чоловіка. Це віра, розумієте?».*

3. Гендерні стереотипи асоціюються (і багато в чому солідаризуються) з сучасною масовою (зокрема, екранною) культурою, слідування якою є виявом моди: *«Да весь же світ ділиться на рожевий і блакитний!», «Я так роблю, бо хочу бути сучасною дівчиною!».*

Представлена палітра аргументів, звісно, певною мірою є схематичною, реальний розподіл студентських позицій є куди більш строкатим. Натомість, основні про і contra є доволі сталими, і цілком дають уявлення про потенціал обговорення та дискусії (як правило, спостерігається і максимальна зацікавленість аудиторії), що неодмінно мають йти після індивідуальної творчої роботи з рефлексії над стереотипами.

Невзорова С. І.,

Харківський національний медичний університет

ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ТИРЕОТОКСИКОЗ:ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ

Актуальність: Тривожні розлади – найпоширеніша група психічних розладів. 33,7 % людей страждають на тривожні розлади протягом свого життя [1]. Тривожні розлади часто зустрічаються при тиреотоксикозі, який може проявлятися емоційною лабільністю, дисфорією, тривогою,

нервозністю та роздратуванням [2]. За статистичними даними жінки хворіють на тиреотоксикоз у 8 разів частіше за чоловіків [3].

За темою тиреотоксикозу проведено багато досліджень, але гендерні особливості тривожних розладів при тиреотоксикозі вивчені недостатньо.

Мета: визначити гендерні особливості тривожних розладів у хворих на тиреотоксикоз.

Матеріали і методи: було проведено комплексне обстеження 56 хворих на тиреотоксикоз обох статей (37 жінок і 19 чоловіків) у віці 25-55 років (середній вік $40 \pm 2,1$ роки). Групу контролю склали 32 людини (21 жінка та 11 чоловіків).

Під час дослідження були використані наступні методи: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний (включаючи шкалу самооцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна) та статистичний.

Результати: Результати тестування за шкалою самооцінки тривожності

Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна виявили достовірну різницю між пацієнтами чоловічої та жіночої статі як за рівнем особистісної тривоги, так і за рівнем ситуативної тривоги. При цьому показники особистісної тривоги у жінок і чоловіків відповідали високому рівню тривоги – $50 \pm 1,82$ та $49 \pm 1,79$ балів, показники реактивної тривоги відповідали високому рівню – $47 \pm 1,89$ та $42 \pm 1,21$ балів відповідно.

Показники особистісної тривоги у жінок і чоловіків контрольної групи склали $43 \pm 1,76$ та $34 \pm 1,6$ балів, показники реактивної тривоги склали $46 \pm 1,43$ та $37 \pm 1,3$ балів, що відповідає помірному рівню.

Отримали наступні показники реактивної тривоги у хворих на тиреотоксикоз: виражена – 12 (21,4%) чоловіків та 33 (58,9%) жінок, помірна - у 6 (10,7%) чоловіків та 5 (8,9%) жінок, низької реактивної тривоги у чоловіків та жінок не виявлено.

Аналіз даних реактивної тривоги у групі контролю свідчив: виражена тривожність – 2 (6,3%) чоловіка та 7 (21,9%) жінок, помірна - у 7 (21,9%) чоловіків та 8 (25%) жінок, низька – у 3 (9,4%) чоловіків та 5 (15,6%) жінок.

В процесі дослідження виявлено такі показники особистісної тривоги у хворих на тиреотоксикоз: виражена – 5 (8,9%) чоловіків та 33 (58,9%) жінок, помірна - у 13 (23,2%) чоловіків та 5 (8,9%) жінок, низької реактивної тривоги у чоловіків та жінок не виявлено.

У групі контролю отримали наступні показники особистісної тривоги: виражена – 1 (3,1%) чоловіків та 11 (34,4%) жінок, помірна - у 8 (25%) чоловіків та 7 (21,9%) жінок, низька – у 2 (6,3%) чоловіків та 3 (9,4%) жінок.

Висновки: Таким чином, існують суттєві відмінності між рівнем реактивної та особистісної тривоги, поширеності тиреотоксикозу в залежності від гендерного аспекту. Рівень тривоги у жінок достовірно вищий, ніж у чоловіків в обох групах. Рівень реактивної та особистісної тривоги у хворих на тиреотоксикоз значно вище, ніж у контрольній групі. Знання цих

закономірностей сприятиме ранній діагностиці, лікуванню та профілактиці тривожних розладів у чоловіків та жінок.

Список використаних джерел:

1. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015;17(3):327-335. doi:10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow

2. Feldman AZ, Shrestha RT, Hennessey JV. Neuropsychiatric manifestations of thyroid disease. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2013 Sep;42(3):453-76. doi: 10.1016/j.ecl.2013.05.005. PMID: 24011880.

3. Fitzgerald PA. Hyperthyroidism (Thyrotoxicosis). In: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW. eds. *Current Medical Diagnosis & Treatment 2021.* McGraw-Hill; Accessed March 28, 2021.

4. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2957§ionid=249376279>

*Огородова Т.М. Дроздовська О.Є
Правління Запорізького благодійного фонду «Єдність»
м. Запоріжжя, Україна*

ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ОДИН З ВАЖЛИВИХ АСПЕКТІВ У РОБОТІ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ

У загальнішому розумінні гендерний підхід – це підхід, що базується на врахуванні різних потреб та ситуацій, в яких опиняються жінки й чоловіки через свої соціальні ролі. Відповідно до визначення ООН, гендерний підхід (або гендерний аналіз) – це результат оцінювання того, які наслідки матиме для жінок і чоловіків здійснення будь-якого запланованого заходу, включаючи впровадження нового законодавства, стратегічної політики та програм в усіх сферах і на всіх рівнях.

Місцеве самоврядування та гендерна рівність – це суспільно важливі процеси в Україні, які розвиваються паралельно. Місцеве самоврядування майже не опікується проблемами гендерної рівності, оскільки в Законі України «Про забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків» впровадження гендерної політики для органів місцевого самоврядування має рекомендаційний характер.

В той же час місцеве самоврядування фінансує досить велику низку бюджетних програм, які мають важливу гендерну складову, відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування».

Гендерна рівність полягає у врахуванні потреб жінок і чоловіків при формуванні, затвердженні та реалізації бюджетних програм. Одним з найбільш важливих напрямів в місцевому самоврядуванні є фінансування галузі охорони здоров'я. В різні часи кошти, які витрачалися на фінансування

медичних закладів, а також програм охорони здоров'я, складали до 30% місцевих бюджетів.

Застосування методу гендерно орієнтованого бюджетування в галузі охорони здоров'я є одним із найпереконливіших факторів необхідності впровадження методу гендерного аналізу при розробці та реалізації програм.

Важливість проведення гендерного бюджетного аналізу показують результати такого аналізу програми охорони здоров'я «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» в м. Мелітополь.

В Україні, за даними Держкомстату України, наведеними у Вікіпедії, середня тривалість життя чоловіків на 11.1 років менше, ніж у жінок. Чоловіки в середньому живуть 63.8 років, а жінки – 74.9 років.

Ці дані є загальновідомими. Але важливим є розуміння причини такої значної різниці в тривалості життя жінок і чоловіків. Як показав результат гендерного бюджетного аналізу програми «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» в м. Мелітополь, захворюваність чоловіків на найбільш важкі захворювання, які призводять до летальних наслідків, вища в 1,5 рази, ніж серед жінок. Зокрема, серед пацієнтів з інфарктом у віці від 40 до 65 років 80% складали чоловіки і лише 20% жінки.

Серед хворих з інсультом у віці від 40 до 65 років 72% складали чоловіки та 28% - жінки. Відповідно, значно вищий рівень захворюваності серед чоловіків призводить до вищого рівня смертності від цих хвороб, ніж серед жінок.

Результати цього гендерного бюджетного аналізу показали, що необхідно проводити гендерний бюджетний аналіз всіх місцевих програм охорони здоров'я для виявлення гендерних розривів, визначення гендерних проблем у сфері охорони здоров'я та шляхів вирішення цих проблем.

Проведення профілактичної роботи серед чоловіків групи ризику є значно дешевшим, ніж лікування хворих, а також дає можливість зменшити кількість важкохворих і таким чином зекономити ресурси та перенаправити їх на інші гострі проблеми в сфері охорони здоров'я.

Оскільки сфера охорона здоров'я фінансується з місцевого бюджету, важливо враховувати результати та рекомендації гендерних бюджетних аналізів при формуванні та корегуванні місцевих програм охорони здоров'я. Це дасть можливість зменшити гендерні розриви та, у свою чергу, покращити якість життя жінок і чоловіків у громаді.

Використані джерела

1. Закон України «Про забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків»<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2866-15#Text>

2. Закон України «Про місцеве самоврядування»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>

3. Стаття «Тривалість життя в Україні» на сайті «Вікіпедія»
https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C_%D0%B6%D0%B8%D1%82%D1%82%D1%8F_%D0%B2_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D

4. Звіт за результатами проведення гендерного бюджетного аналізу програми Мелітопольської міської ради «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню».

ДО ПИТАННЯ ПРО ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ. ТИРАНІЯ ЩОДО ІНАКШОСТІ, ЗА Е. ФРОММОМ

Ми живемо у світі стереотипів, звичних і «комфортних» фреймів сприйняття, які стандартизують і вішають ярлики. Відповідно, обмежують прочитання цього світу стереотипами, різким протиставленням білого і чорного, не помічаючи наскільки багатогранним є цей світ. Світ залишається багатогранним допоки ми залишаємося різними. Зрештою, стереотипи завжди пов'язані із некритичним стилем мислення, який став визначальною рисою споживацького підходу щодо самих себе, до інших, до світу. Такий спрощений фокус сприйняття поширюється на мікрокосмос та макрокосмос людини (мовою Г.Сковороди [2]). Людина сьогодення подекуди не може відрізнити соціальні маски від своєї справжньої сутті.

На нашу думку, питання гендеру започатковують дискусію не стільки про рівність, скільки про права людини. Право на інакшість, право бути собою не порушуючи межі свобод інших, май гідність ставитися до іншого як до мети, а не до засобу (словами І.Канта [3]). Ми вважаємо ідею рівності утопічною. Адже, ми усі є різними від народження. І, цим прекрасніший і багатогранніший наш світ, допоки у ньому місце різності.

105

дистанції щодо особистих границь свободи кожного індивіда. Ми маємо плекати і виховувати в собі повагу до Іншого, його поглядів і переконань, його прав на слово, на свій «рецепт» щастя. Кожен з нас є різним, і ці прості слова свідчать на користь унікальності цього світу.

У сьогоdnішньому світі, який стирає грані і залишки справжньої, природної краси, ми маємо навчитися приймати себе і культивувати цінність – бути собою, бути унікальними, бути цікавими. Ми різні. Наприклад, жінки можуть водночас робити декілька справ, примирювати розум і емоції, послуговуватись емоційним інтелектом. Жінка може усе. Як казав, Генріх Гейне: «Жінка – водночас яблуко і змія»[1]. Вона може бути першовідкривачем хімічних елементів, відбутися в будь-якій професії. Адже, рівень інтелекту, працелюбність не залежить від гендерної приналежності. Суспільство ставить щодо жінок високі вимоги. Вимогу бути водночас канонічно, стандартизовано красивою, вічно молодю, відбутися як мама, дружина, професіонал. Поруч з тим підкорювати професійний олімп жінка має за правилами патріархального світу, в якому вона часто не сприймається як рівнозначний партнер, а оцінюється за критерієм зовнішньої привабливості.

В свою чергу, чоловіки також мають відповідати міфу про титанічне здоров'я, атлетичну подобу, силу і нести на своїх плечах готовність ніколи не демонструвати свої емоції. Якщо слідувати такій логіці, то щодо чоловіків накладається вето на емоції, а щодо жінок – вето на розум. На його демонстрацію у публічному світі. Звідси, можна припустити, що є дві зацікавлені сторони, які стикаються із стереотипами. І жінки і чоловіки однаково зустрічаються із такими стереотипами, соціальними масками, які приховують їх справжні обличчя, емоції, нахили, погляди.

До прикладу, за часів існування античного світу, який характеризується такими прогресивними рисами як: поява демократії; виникнення законодавчого органу Народних зборів; розподілу влади на законодавчу, судову, виконавчу гілки; функціонування суддів присяжних. І при усій цій прогресивності, жінка в межах полісної структури немала, навіть крихти політичних прав і свобод. Вона була позбавлена права бути громадянином і користуватися привілеями цього соціального статусу. Полісна структура накладала вето на її права, прагнення, реалізацію.

Ми знаємо лише про античних філософів чоловічої статті, але ми майже нічого не знаємо про філософинь. Поруч з тим, відомо, що наставницею Сократа була Діотіма, містеріальна філософиня. На законодавчому рівні жінкам було заборонено з'являтися на публічних заходах, тому деякі із них відвідували Академію Платона переодягнувшись в чоловічий одяг. Однією із таких учениць була Аксіопея, яка вивчала натурфілософію і фізику, а після смерті Платона почала викладати в Академії.

Ці факти свідчать на користь того, що жінки усе одного досягали свого, але це відбувалося всупереч системі. Жінка прекрасна в своїй

багатогранності. У тонкому вмінні віднайти «золоту середину» і гармонійно поєднувати різні сфери життя. Самовіддано служити справі і покликанню, плекати становлення своєї Особисті, бути інтелектуалом і залишатися берегинею. Не втрачаючи своєї внутрішньої суті. Саме, цей тонкий баланс дозволяє не просто накопичувати досягнення, а й отримувати задоволення від краси свого внутрішнього росту.

У межах даних наукових тез ми хочемо звернути свою дослідницьку увагу на думки щодо гендерних питань, які належать знаному соціальному психологу, філософу, психоаналітику, представнику Франкфуртської школи – Еріху Фромму (1900-1980 рр.). Згідно поглядів якого логіка тиранії прослідковується не тільки щодо жінок, але й щодо інакшості як такої. І як, наслідок, ми маємо «лінійну красу або однобоку політичну історію світу в якій не фігурує різноманіття етносів і культур»[4]. Посилаючись на французького філософа Франца Фанона, Еріх Фромм наводить приклад колонізації, яка спотворювала ідентичність і через насилля нав'язувала власні авторитарні стандарти, суспільні системи усім і кожному. Але, чи є такі системи іншого культурного світу комфортними для людей, які відрізняються своїми поглядами? Це риторичне питання. Кожен з нас є різним і унікальним водночас. Проблема сьогодення полягає у тому, що «чоловіки і жінки стали однаковими, замість того, аби стати рівними як протилежні полюси.

Сучасне суспільство сповідує цей ідеал рівності без індивідуальності», тому що потребує злагодженої співпраці двох елементів одного механізму. Тобто, «як сучасне масове виробництво потребує стандартизації товарів, так і суспільний розвиток потребує стандартизації людини, і ця уніфікація називається «рівністю»» [4].

Причина труднощів у взаєморозумінні між чоловіками і жінками обумовлена не стільки гендерними відмінностями, скільки проблемою у стосунках між людьми взагалі. Якщо, ми погортаємо сторінки історії, то побачимо, що тривалий час в історії людства матриархат визначав спосіб життя багатьох суспільств. Жінки і матері були опорою сім'ї і суспільства.

Берегинями роду, довкола енергії яких обертався увесь світ. Наприклад, у центрі вавилонської історії ми не знаходимо чоловічого бога, а зустрічаємо – Тіамат (Tiamat) – жіноче божество. Жінки дають нове життя, вони дихають життям. Внаслідок, боротьби сини Тіамат перемагають енергію жіночих богинь і встановлюють панування чоловічих божеств на чолі з вавилонським богом Мардуком.

За, Еріхом Фроммом рівність означає ідентичність[4]. Кожна людина як представник свого роду і нації має мати право на свободу для розвитку своєї індивідуальності.

Саме, ці смисли ми вкладаємо у наше потрактування рівноправності. Рівноправність обумовлює не заперечення відмінностей, а можливість для їх повної реалізації. Обумовлює право бути собою. Обумовлює розквіт особливостей кожної людини – її індивідуальності. Чоловіче і жіночі начала

різні, і вони мають зберігати свої відмінності, свої протилежності. У цьому полягає цінність цього світу - в розмаїтті культур, у праві на прояв своєї індивідуальності і іншості. Ми маємо пройти шлях на зустріч собі. Маємо навчитись приймати себе. Піклуватися про себе. Чути себе. Створювати себе. Шліфувати свою індивідуальність. І не озиратися на передсуди. Пізнавати себе і відкриватися світові своїм справжнім обличчям.

Список використаних джерел:

1. Кант И. Ответ на вопрос: Что такое Просвещение? - [Электронный ресурс]. – URL: <https://iphras.ru/uplfile/philec/gou/kant.pdf>
2. Гейне Г. Цитаты. - [Электронный ресурс]. – URL: <https://ru.citaty.net/avtory/genrikh-geine/tsitaty-o-zhenshchinakh/>
3. Сковорода Г. De Libertate. - [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.ukrlib.com.ua/books/printit.php?tid=269>
4. Фромм Э. Мужчина и женщина [Электронный ресурс]. – URL: <https://booksonline.com.ua/view.php?book=116185>

*Онищенко О. І.,
КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія»
Харківської обласної ради*

КИСЛОТНІ АТАКИ ЩОДО ЖІНОК ЯК СОЦІАЛЬНЕ ЯВИЩЕ

Останнім часом громадськість всього світу та України зокрема все більше стурбована проблемами насильства щодо жінок як одного з найболючіших соціальних явищ. Серед жінок, які стали жертвами насильства, у п'ять разів більше спроб самогубства, майже третина з них страждають на довготривалі депресії, деякі з них долучаються до вживання алкоголю і наркотиків, багатьом потрібна допомога психіатра. Одним із жахливих видів насилля є так зване «кислотне насилля».

Кислотні атаки як засіб з'ясування стосунків беруть свій початок у ХІХ столітті з розвитком хімічної промисловості та поширенням хімікатів у побуті. Зазвичай жертвами стають переважно жінки, а нападниками – чоловіки. Головний мотив – ревності та помста коханкам чи коханцям, відмова вийти заміж, домашні сварки, майнові суперечки або відхилені сексуальні домагання. При цьому опіки від кислоти завдають серйозних каліцтв, призводять до соціальної ізоляції жінки, що дає ще більше можливості контролю над нею [1].

Один із високих рівнів небезпеки для жінок показала Індія, адже там часті випадки обливання кислотою, дитячі шлюби і фізичне насильство, сексуальні напади та переслідування. Попри всі зусилля міжнародних та урядових організацій, кількість нападів із застосуванням кислоти збільшується. У 2015 році в країні було зареєстровано 249 випадків, у 2016 – вже близько 300. За свідченням активістів, у реальності ця цифра, як мінімум, удвічі більша.

Через це у 2013-му в Індії створили організацію Stop Acid Attacks, яка допомагає жертвам відстоювати свої права, а також упоратися з психологічними травмами. Наприкінці 2016 року в Індії прийняли поправку до закону про інвалідність – тепер її присвоюють і жертвам кислотних атак, що дає їм можливість отримувати компенсацію і роботу в держустановах [2].

Згідно опитуванням 550 експертів з прав жінок, які оцінювали внесок країн у вирішення проблем, пов'язаних з насильством і дискримінацією, слідом за Індією йдуть Афганістан, Сирія, Сомалі, Саудівська Аравія, Пакистан, ДР Конго, Ємен, Нігерія. Наприклад, за нібито порушення законів шаріату мусульманок обливають кислотою представники невідомого угруповання з того часу, як в Ірані жінки почали використовувати хіджаб не лише як «ісламський одяг», а як аксесуар, з-під якого видно волосся. Також жертвами стають жінки за кермом. До них під'їжджають мотоциклісти і бризкають в обличчя кислотною сумішшю.

Жінки зазнають насильства через бажання отримати освіту (в Афганістані був здійснений напад з кислотою на дівчат, що поверталися зі школи).

На жаль, кислотне насилля не оминуло й Україну. Сталося чотири напади протягом останніх п'яти років, які були скоєні на жінок: два випадки через ревності, два, найімовірніше, через громадську активність. Останній гучний випадок кислотного насилля, який вражає своєю зухвалістю, був скоєний щодо громадської активістки Катерини Гандзюк (жінка померла). Постраждалим від насильства жінкам і тим, хто перебуває в зоні ризику, необхідно забезпечити доступ до захисту й основних служб.

В Україні організовано такі заходи щодо захисту: телефонна гаряча лінія для жінок, п'ять притулків недержавних (неурядових) організацій, 22 центри з надання соціальної та психологічної допомоги й дев'ять центрів із надання психологічної та юридичної допомоги, зокрема центр «Ла Страда-Україна». Профілактика та протидія цьому явищу потребує комплексної уваги й активної взаємодії всіх суспільних інститутів та фахівців, зокрема фахівців соціальної сфери, які займаються питаннями наукового та практичного вирішення проблем насилля.

Література:

1. Хто і чому обливає кислотою людей в Україні та світі. URL: <https://uain.press/articles/hto-chomu-oblyvaye-kyslotoyu-lyudej-v-ukrayini-ta-sviti-978896>

2. Що таке «кислотне насилля» і чому воно існує. URL: <https://life.pravda.com.ua/society/2017/07/6/225148/>

ЕПІДЕМІЯ У СМИСЛОВОМУ ПРОСТОРИ ХРИСТИЯНСЬКОЇ ДУМКИ

Думка про епідемію звичайно викликає у людей негативне враження, яке обумовлюється побоюванням за життя перед загрозою смерті. На цьому тлі поставлена в тезах проблема істотно змінює погляд на характер епідемічних ситуацій, пропонуючи углядіти в них не тільки негативні, а й позитивні наслідки. Ця позиція ґрунтується на визнанні доцільності витягати з будь-якої події певні уроки, серед яких має на увазі враховуватися не тільки руйнівна, але й творча сторона.

У релігійній парадигмі орієнтування людини є кореляцію природного світу зі світом надприродним, яка концентрується навколо значення блага як універсального сенсу буття. На цьому тлі епідемія як загроза буттю виглядає питанням про благоустрій людського життя, а також про Бога як її упоряднику. Тому в християнській думці розмова про епідемію розгортається навколо постановки та рішення двох найістотніших проблем – теодицеї, в якій виправдовується Бог у ситуації катаклізмів, а також стурбованості перспективою людського існування. У першому випадку питання про епідемію запроваджується до теологічного контексту, у другому випадку – у контекст антропології в співвіднесеності з теологією. Обидва контексту націлені на виправдання цінностей християнської традиції перед «викликом» з боку стихійних лих, що виходять з-під контролю належного порядку.

Християнська думка накопичила багатовіковий досвід у конструюванні теодицеї, який активно використовується сучасними богословами перед «викликом» з боку епідемічних ситуацій. Богослови відкидають досить широко поширений погляд серед віруючих людей про пандемію як про божє покарання людей за їхні гріхи. Ними обґрунтовується оцінка пандемії не у вигляді божого покарання, але як повчання та застереження від згубних наслідків сучасної техногенної цивілізації, яка значно переоцінила свої можливості в розрахунку на міцність науково-технічного прогресу. Підкреслюється, що при всій потужності технічного потенціалу цивілізації Бог демонструє людям її крихкість і слабкість.

З усвідомленням хиткості сучасної цивілізації перед «викликом» природної стихії констатується ситуація крихкості людської самості, котра емансипувалася від Бога. Самовпевнений погляд людини на себе як на творця світобудови, що використовує у своїй творчій практиці все більш і більш досконалі засоби науково-технічного прогресу, демонструє нездатність негайно зупинити в даний час пандемію, що охопила значну частину світу. Здійснити повний контроль над дією природи виявилось людству не під силу. Дана обставина вказує на доцільність оцінити епідемію не в якості зовнішнього покарання, адресованого людству за його гріхи, але у вигляді караючої сили самого гріха, яка вкладена в нього божественним промыслом.

Викладена обставина вказує на антропологічну орієнтацію теології, що охоплює буття людини в екстремальній ситуації. Людині пропонується здійснити усвідомлений вибір пріоритету життєвої стратегії між божественними і світськими цінностями, що характерно християнській антропології на всьому протязі її історичного буття. Для актуалізації даного вибору потрібні зовнішні каталізатори, серед яких особливу роль відіграють чинники, які становлять загрозу для життя.

Одним із зовнішніх каталізаторів у розглянутому питанні покладаються стихійні лиха, в тому числі широко поширена в сучасному світі епідемія коронавірусу. Під їх впливом людина здатна усвідомити хиткість свого звичного існування та її опори, яка вбачається звичним гарантом життєвої стабільності. Однак опору такої якості чи навряд може гарантувати сучасне суспільство з його науково-технічним потенціалом, на який більшість людей покладають величезну надію, турбуючись за свою долю. Відповіддю християнства на затребуваність в безумовній і надійній опорі служить сподівання на Бога. Епідемія розглядається «викликом» для духовного протверезіння свідомості людини, що спонукає її усвідомити помилковий орієнтир емансипованої від Бога самості в її зануренні серед плотських пристрастей, а також піднятися до Бога, сподіваючись на його безмежне милосердя і любов до занепаłego людству.

Ефективність результатів від конструювання позитивних смислів залежить від того, в якій мірі вони сприяють здійсненню блага. У зв'язку з цим позитивна смислова конструкція епідемії стикається з руйнівною силою, якою володіє для людського життя стихійне лихо. Досвід трагічного вітального результату від епідемій очевидний, і ця очевидність значною мірою девальвує розмову про смисловий позитив в оцінці даної стихії. Однак істотною світоглядною опорою цієї оцінки епідемії з боку християнської думки служить есхатологічна міфологія, в якій стверджується віра в безсмертя душ, їх відродження та щасливе життя праведників у царстві Бога. Есхатологічна аргументація покликана зруйнувати уявлення про земну смерть як неминучу фінальну долю кожної людини і зняти тривогу перед думкою про смертельну загрозу, що виходить від епідемії.

Християнська думка не оцінює односторонньо наслідки епідемії з позитивної сторони. В даному випадку звертається лише її увага на осмислення позитивної сторони наслідків епідемічних ситуацій для з'ясування певних уроків. Це осмислення спонукає поставити під сумнів роль даної цивілізації як міцної життєвої опори для людини і усвідомити затребуваність такої опори в Бозі.

Смисловий позитив епідемії, включаючи сучасну пандемію, набуває екзистенційний сенс релігійної турботи про долю людини. Разом з цим, осмислення епідемічних ситуацій виглядає важливим концептуальним інструментом апологетики релігії й християнської традиції, яка її апологетами підноситься над цінностями світського суспільства та його культури. В результаті, значення епідемії як абсолютно чужої події

трансформується в позитивний сенс, за допомогою якого конструюється певна ціннісна шкала та відповідна даної традиції виховна практика.

Петренко Д.В.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

НОВЕ ЕКОЛОГІЧНЕ МИСЛЕННЯ В ДОКУМЕНТАЛЬНОМУ КІНО

Екологічна документалістика досить часто мислить себе інструментом перетворення сучасної людини, зображуючи зіткнення людини і природи як катастрофу. Структурно такі фільми, орієнтуючись на настанови епохи Просвітництва, ставлять перед собою завдання екологічного виховання людини шляхом апеляції до її розуму, за допомогою текстуального викладення або ж, як у фільмах Реджіо, – монтажу контрастних образів – підштовхуючи глядача до висновків про значущість і масштабність екологічних катастроф.

Подібна традиційна лінія екологічної документалістики створює репрезентацію екологічної катастрофи, відсторонено демонструючи акти насильства людини над природою і таким чином апелюючи до суб'єкта сприйняття або мовою М. Гайдеггера «господаря суцього».

Особливість нової екологічної документалістики полягає в тому, що вона спирається на зовсім інше теоретичне підґрунтя екологічного мислення, сформоване в текстах філософів Б.Латура, Г. Хармана і Т.Мортон. Цей напрямок сучасного документального кіно теж представляє екологічну тематику вторгнення людини у світ природи, але при цьому зміщує оптику суб'єкта сприйняття і відкриває бачення самої природи, яке художник П.Сезанн називав баченням долюдського світу: «райдужним хаосом», «цнотою світу».

Так, фільми Кастена-Тейлора і Паравел не створюють відсторонену репрезентацію екологічної проблеми, а занурюють вглиб її, пропонуючи глядачеві неможливе бачення жертви людського насильства. Фільм для Кастена-Тейлора і Паравел стає радикальним етичним жестом: він дозволяє прийняти іншого через ідентифікацію з його поглядом, але цей Інший – не тільки людина, як в антропоцентричній етиці, але й представник природного світу. Досвід сприйняття, що відкриває нова екологічна документалістика, катастрофічний для звичайної людської перцепції, адже тепер фільм дозволяє уважно вдивитися в дивовижний світ, який приховується за межами зв'язки «інтенційність-свідомість-репрезентація».

Петренко Т. О.

КНП «БЛІЛ м. Бахмут»

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИ СТОРОННІХ ТІЛАХ РОГОВОЇ ОБОЛОНКИ ОКА В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ КОРОНАВІРУСУ

Актуальність. У теперішній час майже не залишилося сімей, в яких хтось не перехворів на коронавірус. Ми зараз практично не зустрічаємо бактеріальних інфекцій: якщо це кишкові захворювання, то це вже не

сальмонельоз і дизентерія, а це - ротавірус; якщо це ангіна, то вона все рідше стафілококової та стрептококової етіології, вона все частіше герпетична; якщо це кон'юнктивіт, то це все менше стрептокок або хламідії, це частіше аденовіруси. Тобто ми бачимо, що бактерій стало все менше, (через використання антибіотиків), проявились віруси. Вірус не вибирає чоловіка вражати чи жінку, але деякі гендерні чинники помітно збільшують схильність до деяких вірусних захворювань.

Мета – проаналізувати гендерні особливості, частоту випадків у чоловіків і жінок та особливості перебігу такого діагнозу, як стороннє тіло рогової оболонки ока; особливості перебігу та лікування.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі Комунального некомерційного підприємства «Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування м. Бахмут». Журнал сторонніх тіл рогової оболонки ока за період 2020р. офтальмолога Петренко Тетяни Олександрівни; медичні карти, огляд та лікування пацієнтів зі стороннім тілом рогівки.

Хід праці. Всього пацієнтів зі сторонніми тілами рогової оболонки ока за 2020р. у офтальмолога – 100 пацієнтів; з них чоловіків 98% (98) жінок 2 % (2) пацієнти. Серед усіх цих пацієнтів з вірусним кон'юнктивітом, як супутнім діагнозом, було 65% пацієнтів, тобто 65 пацієнтів, їм було призначено відповідне лікування. У 35% супутніх захворювань не було, відповідно було призначено стандартне лікування по протоколу, але у всіх 35% пацієнтів при огляді на повторному прийомі додався супутній діагноз – вірусний кон'юнктивіт, відповідно було додатково призначено протівірусні препарати місцево та системно після чого пацієнти одужали. Також всім цим пацієнтам було рекомендовано додати до основного лікування препарат з трегалозою та гіалуроновою кислотою.

Дослухалися до додаткових рекомендацій 50% пацієнтів. У пацієнтів які користувалися додатково препаратом з трегалозою та гіалуроновою кислотою епітелізація ерозії рогівки відбувалася на 2 — 3-тю добу, завдяки рідкій консистенції цієї діючої речовини пацієнти не відчували дискомфорту при керуванні автомобілем, при читанні та при роботі за комп'ютером. У пацієнтів, які використовували лише основне лікування – епітелізація рогівки відбувалася також на 2 — 3-тю добу, але через нечіткість зображення при використуванні лише стандартного (основного) лікування в'язких по консистенції гелів, пацієнти були змушені відмовитися на час лікування від керування автомобілем, роботи за комп'ютером та читання.

Висновки: 1) 98 % пацієнтів зі стороннім тілом рогової оболонки ока були чоловіки; 2) при сторонніх тілах рогової оболонки ока після видалення стороннього тіла потрібно додатково призначати окрім основного (антибактеріальні краплі та краплі з декспантенолом) лікування, також усім потрібно додавати місцево протівірусні краплі, тому що через 2-3 дні до травматичної ерозії рогівки приєднується вірусний кон'юнктивіт у 100% досліджених; 3) після видалення стороннього тіла рогівки пацієнти, які використовували додатково препарат з трегалозою та гіалуроновою

кислотою у 100% випадків не відчули дискомфорту при керуванні автомобілем, читанні та роботі за комп'ютером під час лікування.

*Петрушкевич М. С.,
Національний університет «Острозька академія» м. Рівне*

НАУКОВА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ТІЛЕСНИХ КАНОНІВ ТА ПАТРІАРХАЛЬНА КУЛЬТУРНА ТРАДИЦІЯ

У кінці 19 – на початку 20 століття у європейській науці з'являється концепція, згідно з якою існує зв'язок між будовою тіла людини і властивостями особистості, вона побудована на класичних уявленнях про тіло у патріархальній культурі. Певною мірою, ця концепція претендує на універсальність, тобто може бути застосована до усіх людей. Основні положення: будова тіла і поведінка істотно пов'язані між собою; цей зв'язок має конституційну природу, тобто засновану на спадковості.

Сюди належать організмична типологія французького лікаря Клода Сіго та теорія німецького психіатра і психолога Ернста Кречмера. Клод Сіго створив типологію, основою якої стало уявлення про те, що організм людини і його розлади залежать від середовища і вроджених схильностей. Кожній системі організму відповідає певне зовнішнє середовище, що впливає на неї (повітря, їжа, фізичне середовище, соціальне середовище). Залежно від переважання в організмі однієї із систем К. Сіго виділив чотири основні типи статури: дихальний, травний, мускульний і церебральний (мозковий). Усі вони сконцентровані на характеристиках чоловічого тіла, науковець осмислює та тлумачить варіанти пов'язані із чоловічою фізіологією.

Ернст Кречмер відомий дослідженнями в області медичної психології і психотерапії, а також своєю теорією типології темпераментів у зв'язку з тілесною статуєю людини. У роботі «Будова тіла і характер» (1921) описано обстеження близько 200 хворих.

На підставі безлічі обчислень співвідношення частин тіла Е. Кречмер виділив основні типи будови тіла: чітко виражені (лептосомний/астенічний, пікнічний, атлетичний) та менш визначений (диспластичний). Лептосоматик/астенік (грец. leptos - крихкий, слабкий і soma - тіло) має тендітну статуру, високий зріст, пласку грудну клітку і витягнуте обличчя, малокровну шкіру, вузькі плечі, слаборозвинуті м'язи, часто непропорційно велику відносно тіла голову. Жінки-астеніки за своїм зовнішнім виглядом схожі на чоловіків, можуть бути низькорослими (такий тип був модним тілесним каноном у епоху Середньовіччя). Астенік холодний, самодостатній, замкнутий (до аутизму), упертий, важко пристосовується до дійсності, нереалістичний і схильний до абстракції. Соціальні типажі суто чоловічі: художник, поет, письменник, учений.

У пікніка (грец. pykno - щільний, товстий) невисока фігура, значні жирові відкладення, кругла голова на короткій шиї, широке обличчя,

поважний живіт, грудна клітка розширюється донизу. Має схильність до ожиріння, при цьому ноги можуть бути разюче тонкими. У жінок жир більше накопичується на грудях і стегнах. Пікнік доброзичливий, товариський, не схильний до самоаналізу, емоції коливаються між смутком і веселощами, любить приймати спонтанні ситуативні рішення. Соціальними типажами є також суто чоловічі способи діяльності у культурі: психолог, священник.

Атлетик (грец. *athletes* - борець) здоровань з добре розвиненою мускулатурою, високим або середнім зростом, широким плечовим поясом і вузькими стегнами, опуклими лицьовими кістками. У жінок атлетична статура справляє враження грубої і масивної. Атлетику властивий іксотимічний (грец. *ixos* - тягучий) темперамент. Він спокійний, реалістичний, стриманий, мислить прямолінійно, важко пристосовується до зміни обстановки.

Соціальні типажі: керівник, лідер, вождь, спортсмен, воєначальник. Хоча у чистому вигляді названі типи трапляються досить рідко, але за стандартами науки ще середини 20 ст. наукове осмислення тілесності пов'язане суто з маскуліністю, а жіноче тіло осмислюється лише як похідне від чоловічого. Така ситуація не сприяє подоланню гендерних стереотипів.

Використані джерела:

Кречмер Э. Строение тела и характер. – М.: Академический Проект, 2015. – 328 с.

Продан Т. П.,

Львівський національний університет імені Івана Франка

ПОЛІТИКА ГІДНОСТІ ТА СВОБОДА ВИБОРУ: ХИБИ ЗАСТОСУВАННЯ

Соціально-правовий дискурс оприявнює суспільні наслідки внутрішнього конфлікту між ідеєю людської гідності та індивідуальною свободою. Зазначене напруження втілюється у секулярній (М. Розен) та релігійній (К. Толлефсен) концепціях гідності, при тому що обидві ґрунтуються на автономії волі, яка зумовлює свободу вибору та особисту відповідальність. Принципова відмінність між двома концепціями полягає у тлумаченні взаємозв'язку автономії та гідності як на рівні окремого індивіда, так і на рівні здійснення державної політики.

М. Розен, беручи за основу Кантове визначення людської гідності як внутрішньої цінності, досліджує, яким чином цей концепт присутній у юридичних рішеннях сучасної Європи і які колізії зумовлює [1]. Науковець, зокрема, демонструє конфлікт між ідеєю людської гідності та індивідуальною свободою, аналізуючи справу про заборону атракціону «кидання карликів» (*dwarf-tossing*) у Франції. Суть атракціону зводиться до змагання: хто далі кине маленьку людину (за її згодою), одягнену в захисний костюм, на матрац. За інклюзивним словником, людину з дварфізмом коректно називати «людина з порушенням зросту», або «маленька людина».

Заборона атракціону розпочалась за судовим позовом мера від імені громади містечка Морсан-сюр-Оржу (1991 р.). Минаючи низку національних судів, справа завершилась апеляцією громадянина М. Вакенгайма, якого власне кидали під час атракціону, проти Франції у Комітеті із прав людини ООН (2002), щоправда, не на його користь. Аргументація на користь заборони ґрунтувалась на тому, що цей атракціон «принижує гідність людської особи, повага до якої є елементом громадського порядку» [2, с.160]. Водночас М. Вакенгайм покликався на своє право на свободу, повагу особистого життя і достатній рівень життя, право на працю, заборона якої «негативно відобразилась на його житті і, як наслідок, принижує його гідність» [2, с.160]. М. Розен звертає увагу на три інтерпретації поняття гідності в одній справі, які зумовлюють внутрішній конфлікт у концептуалізації феномену: 1) внутрішня цінність людини, 2) елемент громадського порядку, 3) автономія у виборі власної поведінки та способу життя. У цій справі перевагу надали гідності над індивідуальною свободою.

М. Розен робить у край слушне зауваження: нехтуючи індивідуальною свободою, держава змусила індивідів до гідної поведінки [1, с. 126]. Адже в державній аргументації чітко зазначено, що «заборона зумовлена необхідністю захистити громадський порядок», а не з огляду на «повагу до гідності людської особи» [2, с.165]. На думку М. Розена, відбулась заміна понять. Треба було застосувати поняття гідності у правовому контексті, натомість залучили цілком інший концепт – «гідність як примушення», який вимагає поводитись у гідний спосіб [1, с. 77]. Така інтерпретація гідності приховує небезпеку тиранії, коли надати державі владу змушувати громадян до обов'язку бути гідним [1, с. 76]. Варто зазначити, що М. Розен як прибічник Кантової інтерпретації гідності (передбачає ставитись до людини як до мети і ніколи як до засобу) не виправдовує морального змісту атракціону. Однак слушність думки науковця в тому, що він виявляє можливі зловживання в тлумаченні гідності як легального обов'язку, який пов'язаний із надмірним суспільним контролем, що, з одного боку, розмиває межу між особистою та суспільною сферами, з іншого – тяжіє радше до уніфікованого образу людини, аніж до універсального принципу унікальності та незамінності кожної особи.

За К. Толлефсеном, етична гідність (у значенні обов'язку) – це те, що необхідно поважати в людській особі і що (у значенні прав) потребує реалізації в діяльності [3, с. 486]. На практиці перше означає, що людське життя є Божим даром і обов'язок людини його зберегти; це закладено в основі заборони католицькою етикою абортів та евтаназії, позаяк це «суперечить гідності особи» [3, с. 486]. Зокрема К. Толлефсен звертає увагу на те, що модерне розуміння гідності надто сфокусоване на свободі, яку розуміють «просто», орієнтуючись на власну самість: *само-вираження, само-ствердження та само-задоволеність*. [3, с. 498]. На його думку, таке розуміння гідності суттєво відходить від «істини» [3, с. 498], тобто християнської ідеї служіння. Окрім цього, він покликається на Івана Павла II,

характеризуючи сучасне суспільство як «культуру смерті», яка є наслідком «спрощеного» розуміння свободи, а тому спостерігаємо толерування абортів та евтаназії [3, с. 498]. Іншими словами, критичний закид К. Толлефсена стосується ототожнення автономії з людською гідністю, однак гідність – не лише автономія. Згідно із християнським вченням, життя є Божим даром, і людина не може себе його позбавити.

Порівнюючи дві концепції зауважимо, що на відміну від негативної конотації поняття «культура смерті», М. Розен звертається до поняття «померти із гідністю», де гідність розуміється як здатність витримати страждання без втрати самоконтролю [1, с. 121]. Із такої позиції в ситуації важкої хвороби автономія обґрунтовує право вибору людини позбавити себе такого стану (втрати самоконтролю), і в такий спосіб «зберегти гідність» [1, с. 121]. М. Розен підсумовує, що католики погодяться з лібералами, що помираюча особа має право на гідне ставлення інших, однак відхиляють право вибору на позбавлення життя [1, с. 122].

Внутрішні суперечності в концептуалізації поняття людської гідності на основі автономії та свободи вибору набувають гостроти, коли гідність стає предметом державної політики. До трагічних досвідів позитивної політики гідності, тобто перетворення її в обов'язок, належить «Акція Т 4» – офіційна програма евтаназії в нацистській Німеччині, яка розпочалась 18 серпня 1939 р. і була спрямована на виключення певних груп людей із німецької національної спільноти: спочатку через примусову стерилізацію, а згодом шляхом фізичного знищення індивідів із фізичною або ментальною інвалідністю, чие життя було оцінене як таке, що «не варте життя» (*lebensunwertes Leben*) [4, с. 65]. Створення штучного голоду – як інструменту державної політики керівництва ВКП(б) та уряду СРСР – у 1932–1933 рр. в Україні задля масового підкорення українського населення супроводжувалося спланованою державною конфіскацією врожаю та всіх продуктів харчування, заборонаю виїзду голодуючих поза межі Української РСР [5, с. 278]. Убивство голодом не лише позбавило людей життя, а й права на гідну смерть. Наведений історичний досвід людства виявляє, як може бути інструменталізована ідея людської гідності державною політикою.

До сучасних прикладів інструменталізації ідеї людської гідності можемо віднести масові протести у Польщі, які розпочались у 2016 році проти заборони абортів і введення кримінальної відповідальності за них. Ініціатором державної заборони стала правляча партія «Право і справедливість». Акції протесту відбувались із гаслами за права жінок: «Я думаю, я відчуваю, я вирішую» та «Свобода вибору без терору» [6]. Написи на плакатах підтверджують, що у сучасних демократичних суспільствах апеляція до людської гідності примусовими методами підважує щирість політичних намірів та легальну доцільність примусу там, де питання стосується приватної сфери особи. Зокрема, у контексті стереотипів традиційних суспільств щодо соціальної ролі жінки, яка обмежується

інтересом у трьох сферах: виховання дітей, готування їжі, відвідування церкви.

Концепт людської гідності передусім передбачає індивідуальне ставлення до людини, зважаючи на її унікальність, неповторність та незамінність. У таких неоднозначних питаннях як евтаназія чи аборт не має універсальної відповіді, тим більше стосовно іншої особи. Саме розмивання меж суспільної та приватної сфер створює небезпеку інструменталізації людської гідності та пригнічення людської особи.

Література

1. Rosen M. Dignity: Its History and Meaning. Cambridge: Harvard University Press, 2012. 176 p.

2. Подборка решений комитета по правам человека в соответствии с факультативным протоколом. Международный пакт о гражданских и политических правах (июль 2002 года – июль 2005 года) ООН, Нью-Йорк и Женева, 2007. Т. 8. Семьдесят пятая – восемьдесят четвертая сессии. Нью-Йорк, Женева: ООН, 2007. 632 с.

3. Tollefsen Ch. The dignity of Marriage // Understanding human dignity / ed. by Ch. McCrudden. Oxford: The British Academy, 2013. P. 483–500.

4. Silvestri E. Lebensunwertes Leben: Roots and Memory of Action T. 4 // Conatus. 2019. № 4 (2). P. 65–82.

5. Мейс Д. Політичні причини голодомору в Україні (1932–1933 pp.) // Internet Archive URL: https://web.archive.org/web/20190112150020/http://memorialholodomor.org.ua/storage/files/2018-06-21/meis_politychni_prychyny.pdf

6. Сайт Deutsche Welle: «У Польщі тисячі людей протестували проти заборони абортів» (28.01.2021). URL: <https://www.dw.com/uk/u-polshchi-tysiachi-liudei-protestuvaly-proty-zaborony-abortiv/a-56366893>

*Рингач Н.О.,
Інститут демографії та соціальних досліджень
імені М.В.Птухи НАНУ*

НЕДОЖИТІ РОКИ. ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ВТРАТ ПОТЕНЦІЙНОГО ЖИТТЯ У МЕТРОПОЛІСАХ УКРАЇНИ

До початку ХХ ст. лише десята частина людства проживала у міських умовах. Сьогодні близько 55,3% населення світу живе в міських поселеннях, і прогнозується, що до 2030 року в містах буде жити 60% людей, при цьому кожна третя людина – в містах з населенням щонайменше півмільйона. Станом на 2019 р. 56% українських громадян мешкало у містах, і понад 7 млн з числа всіх городян проживало у п'яти метрополісах (Київ, Харків, Дніпро, Одеса, Львів).

Висока передчасна смертність (до досягнення 65 років) є одним із найважливіших чинників, які зумовлюють значне відставання України від

розвинутих країн за показником очікуваної тривалості життя (особливо чоловіків), що, в свою чергу, детермінує потребу аналізу і оцінки як реальних, так і потенційних втрат життя через настання такої смерті, а також відмінностей залежно від статі і місця проживання. На основі офіційних даних Державної служби статистики України щодо розподілу померлих за статтю, віковими групами та причинами смерті за підсумками 2019 року було здійснено оцінку демографічних втрат – втрачених років потенційного життя (ВРПЖ), недожитих в результаті передчасної смерті. Застосовано метод потенціальної демографії та обчислено стандартизовані за віком показники (табл. 1).

Таблиця 1

Втрачені роки потенційного життя, стандартизований показник на 100 тис. нас., чоловіки та жінки, 2019 р.

Місто	Чоловіки	Жінки	Співвідношення, разів
Львів	7793,7	2915,8	2,7
Київ	8896,8	3444,9	2,6
Харків	8915,6	3712,9	2,4
Дніпро	9468,5	3773,2	2,5
Одеса	10135,6	3896,9	2,6

Виявилось, що, незважаючи на певні відмінності (найвищий показник для чоловіків у Одесі, для жінок – у Харкові), у всіх метрополісах спостерігається істотний міжстатевий розрив: рівень ВРПЖ у чоловіків в середньому у два з половиною рази перевищує такий у жінок, відповідно майже три чверті втрат припадало на чоловіків.

Основні причини, що формують абсолютну більшість ВРПЖ, відрізняються за вагою у структурі: так, у чоловіків хвороби системи кровообігу зумовлюють меншу частку (%), ніж у жінок, а зовнішні причини, навпаки, є більш вагомими, причому у різних містах ступінь відмінності різниться. Наприклад, у Дніпрі неприродні причини для чоловіків детермінували 8,3% ВРПЖ, а у жінок – 2,8%, у Києві 6,5% та 2,4% відповідно.

Зазначена методика дає можливість врахувати гендерні особливості обсягу ВРПЖ у певній міській громаді, показати проблемні точки та напрями діяльності. Така оцінка може бути використаною для обґрунтування певних стратегій і програм (як соціально-економічного розвитку в цілому, так і зі зниження передчасної смертності зокрема), ілюстрації можливого виграшу від втручання, спрямованого на скорочення рівня передчасної смертності (в цілому чи від певних причин), а також моніторингу й оцінки їх ефективності.

ЯК ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ ПОЗБАВЛЯЮТЬ ЛЮДЕЙ ПРАВА НА ДОПОМОГУ

Пандемія коронавірусу, в умовах якою ми живимо, поставила під загрозу не тільки фізичне, а й психічне здоров'я людей. Більшість з них не бажають звертатися до фахівців, лікарів, вважаючи за краще справлятися самостійно, і не завжди успішно. Більшою мірою це стосується чоловіків.

Одне з найбільш вражаючих відмінностей полягає в рівні смертності. Наприклад, в США від коронавірусу гине удвічі більше чоловіків, ніж жінок. У Західній Європі 69% всіх померлих від коронавірусу – чоловіки. Те ж саме спостерігається і в Китаї, і по всьому світу.

Ведучи гендерну статистику захворюваності в країнах світу, вчені з Університетського коледжу Лондона намагаються зрозуміти, чому така різниця. Але причина поки неясна. Відмінності ці спостерігаються не тільки в перебігу самої хвороби, а й в її довгострокових наслідках - і економічного характеру, і наслідків для стану здоров'я.

Експерти і міжнародні організації попереджають, що саме жінки візьмуть на себе основний удар найбільшої економічної кризи століття, який насувається на світ услід за пандемією коронавірусу. «... Медичний колапс - не привід кидати боротьбу за гендерну рівність, в іншому випадку досягнення останніх десятиліть будуть просто перекреслені, а вихід з кризи затягнеться ...», – кажуть вони [9].

Навіть без будь-якої епідемії вчені відпускали ціле століття на усунення існуючої глибокої прірви між статями в діловому і громадському житті. Вірус впевнено спалює один міст за іншим, віддаляючи мету на століття.

"Пандемія Covid-19 загрожує відкинути назад всі досягнення в справі розширення економічних можливостей для жінок і збільшити розрив, так і не усунений, незважаючи на прогрес останніх 30 років.

Проведені дослідження в області гендерної нерівності, дозволяють виділити чотири основні причини, за якими економічна криза позначається сильніше на жінках. Жінки частіше за чоловіків зайняті в тіньовому секторі, де потоптане право працівників на соціальний захист і рівну оплату. Вони складають основну частину робочої сили в секторах, які найбільше постраждали від карантину. Жінкам складніше повернутися на роботу в умовах карантину, якщо в будинку є діти або люди похилого віку, які потребують догляду. І нарешті, в лихоліття, особливо в бідних країнах, дівчатка першими жертвують освітою і майбутнім заради допомоги сім'ї.

У технічному огляді Фонду Організації Об'єднаних Націй в області народонаселення (ЮНФПА) відзначається, що спалахи захворювань по-різному впливають на життя жінок і чоловіків, а пандемії посилюють існуючу гендерну нерівність відносно жінок і дівчаток. Крім того, сексуальне і репродуктивне здоров'я і права являються важливими

аспектами в сфері общественного здравоохранения, которые заслуживают особого внимания во время пандемии. Безопасность беременности и родов зависит от того, насколько эффективно функционируют системы здравоохранения и насколько строго соблюдаются меры по предотвращению распространения инфекции [6].

У всьому світі жінки складають 70% робочої сили в сфері охорони здоров'я і в соціальному секторі, тому необхідно приділяти особливу увагу створенню відповідних умов праці, в яких не було б місця дискримінації, а також забезпечити захист їх сексуального та репродуктивного здоров'я, і врахувати психосоціальні потреби. Під час кризи жінки і дівчатка можуть бути більш схильні до ризику всіх форм домашнього насильства, не тільки з боку інтимних партнерів, в зв'язку з підвищенням напруженості в сім'ї [3,8].

Таким чином, боротьба з коронавірусною інфекцією повинна бути в ім'я всього людства. Тобто усі зусилля повинні бути спрямовані на допомогу людям, особливо тим, хто найбільше постраждав в результаті пандемії, включаючи жінок, літніх людей, молодь, низькооплачуваних працівників, представників малого та середнього підприємництва, неформального сектора, а також соціально незахищені групи населення.

Список використаних джерел:

1. Жінки і чоловіки в Україні. Статистичний збірник. Київ: Державна служба статистики, 2019.

2. Мезенцева Е.Б. Мужчины и женщины в сфере домашнего труда: логика экономической рациональности против логики гендерной идентичности? // Гендерное равенство: поиски решения старых проблем. МОТ, М.: 2003.

3. Про запобігання та протидію домашньому насильству. Закон України від 7 грудня 2017 року No 2229-VIII. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19>

4. Римашевская Н.М. Человек и реформы: секреты выживания. М.: РИЦ ИСЭПН, 2003.

5. Україна на карантині: моніторинг суспільних настроїв. Соціологічна група «Рейтинг», 10-12 квітня 2020р.

http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg_files/rg_ua_cc_iii_wave_press.pdf

6. Економічні наслідки насильства щодо жінок в Україні. Фонд народонаселення ООН, Міністерство з міжнародного розвитку Великої Британії, 2017 р. – стор. 7. http://www.un.org.ua/images/documents/2017_1.pdf50

7. Энциклопедический социологический словарь / под ред. Г.В. Осипова М.: ИСПИ РАН, 1995.

8. The European Social Survey. <https://www.europeansocialsurvey.org/data/themes.html?t=family>

9. World Health Organization/ Health Statistics and Information System: Global Health Estimates 2016, https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/

ЗНАЧИМІСТЬ УКРАЇНСЬКОЇ ЖІНКИ-МИСТКИНІ 60-Х РОКІВ ХХ ст

Ідея рівноправ'я між статтями, бажання жінок висловлювати свою позицію та стати невід'ємною частиною в формуванні суспільно – культурного життя дало поштовх до формування образу мисткині 60-х років. Спершу, потрібно дослідити гендерне питання, зокрема позиція та становлення жінки в системі Радянського Союзу. У Конституції СРСР від 07.10. 77 року, в частині II Держава та Особа, главі 6, Статті 35 «Жінка і чоловік мають рівні права» міститься ідея про цілковите рівноправ'я громадян незалежно від їх статі. З іншого боку, також існував образ ідеальної радянської жінки. Відтак, вперше з початком Жовтневої Революції жінка здобула новий статус, що не позначав її стать, а проголошував її рівність з чоловіком. Першим ідеалом радянської жінки, цілком закономірно, стала героїня, народжена в вогні революції та громадянської війни [1].

Радянське бачення жіноцтва вдало поєднало у собі природне жіноче начало, в якому жінка стверджується як матір, а також дало змогу реалізації себе у професійному плані. Образ радянської жінки як соратника чоловіка у щоденній соціалістичній «боротьбі» поступово із предмету гордості трансформувався в щоденну практику. Так, у 1960-х роках жінка і без закличного подвигу нарівні з чоловіками працювала на виробництві. Саме ця рівність ввійшла в ціннісні орієнтації радянських жінок [3]. Завдяки проголошенню рівноправ'я між чоловіками та жінками, саме жінка стала учасницею культурно-мистецького життя. Активно жінка в мистецтві проявила себе саме у 50– 60-х роках, що сьогодні відоме як мистецтво шістдесятництва. Саме в цей час формується образ української мисткині. Її головними рисами стає гостра громадянська позиція, наголос на естетизм та творча свобода. Формуються ідеї, що мають на меті національне та духовне відродження українського народу, мовну та традиційну єдність, а також самобутність української культури [2, с. 178].

Українське шістдесятництво торкнулося різних царин мистецтва. Відомими представницями малярства були Галина Зубченко, Галина та Тетяна Яблонські. Проте, більшість з українських мисткинь зверталися також до інших видів мистецтва, таких як декоративно-ужиткове, мозаїка, вітраж, костюмування та дизайн, ткацтво. До прикладу, Алла Горська відома своїми монументальними мозаїчними панно, Людмила Семикіна відновлювала та створювала костюмовані образи для кіно, Галина Севрук працювала у напрямку керамічного панно. Зокрема, львівська майстриня, Стефанія Шабатура, обрала килимарство своїм головним напрямом.

Мисткині досить часто вдавалися до експериментів зі стилями, формами та матеріалами, а головною ідеєю робіт є прославлення та відродження української культури. Також у їхніх творчості мало місце зображення жінок, дослідження соціальних ролей та підкреслення місця в

творенні української нації. Найяскравішим доробком шістдесятництва варто вважати вітраж «Шевченко. Мати» над яким працювали Алла Горська, Людмила Семикіна, Галини Зубченко та Галини Севрук. Робота Алли Горської «Жінка – птаха» наповнена символізмом та ранніми язичницькими образами українського народу. Галина Севрук зображала відомих політичних діячок Київської Русі, а також зберегла образи та ідеї язичництва та княжої доби.

Гобелени львівської майстрині Стефанії Шабатури «Леся Українка» та «Кассандра» не лише вшановують творчість української поетеси, а й демонструють вольовий характер жінок, їхнє прагнення та ідеї. Загалом, мисткині українського шістдесятництва своїми творчими доробками поповнили українську скарбницю мистецтва, а також зберегли українську культуру для України та світової спільноти.

Отже, жіноцтво стало могутнім творцем культури та мистецтва 50 – 60-х років. Визнання рівноправ'я дозволило жінкам разом із чоловіками освоювати художні ремесла. Активна національна позиція, що побутувала серед української інтелігенції активно просувалася жінками. Представниці українського шістдесятництва стали образом нової української мисткині, що своєю творчістю проголошувала ідеї української самобутності та відродження української культури.

Список використаної літератури:

1. Бородин А. Бородин А., Бородин Д. Баба или товарищ? Идеал новой советской женщины в 20-х - 30-х годах [Електронний ресурс] / А. Бородин, Д. Бородин – Режим доступу до ресурсу: http://www.a-z.ru/women_cd1/html/borodini.htm

2. Вишеславський Г. Нонконформізм: Андеграунд та "неофіційне мистецтво" / Г. Вишеславський // Художня культура. Актуальні проблеми. - 2006. - Вип. 3. - С. 171-198. - Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/khud_kult_2006_3_16

3. Смольницька Мирослава .Жінка в радянському суспільстві: офіційний образ і реальна практика / Смольницька Мирослава // Україна ХХ ст.: культура, ідеологія, політика. - 2011. - 16. - С. 162-174. – Режим доступу: http://resource.history.org.ua/publ/xxx_2011_16_162

*Сипливий В.О., Євтушенко О.В., Некрасова Ю.В.,
Харківський Національний медичний університет*

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У МАНІФЕСТАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ ІНТРААБДОМІНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Інтраабдомінальна хірургічна інфекція є актуальною проблемою сучасної хірургії, перебіг якої передбачити неможливо.

Мета дослідження. Вивчити особливості клінічних проявів та результатів хірургічного лікування інтраабдомінальної інфекції в залежності від статі хворих.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 220 хворих з інтраабдомінальною інфекцією, що знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні МБЛ №18 – клінічній базі кафедри загальної хірургії №2. Чоловіків було 146 (50,7%), жінок – 142 (49,3%). Середній вік хворих склав 59 років. В залежності від осередку інфекції хворі розділені на чотири групи: з абсцесами печінки (група 1), гострим гангренозним холециститом та підпечінковим абсцесом (група 2), гангренозним апендицитом та периапендикулярним абсцесом (група 3), з абсцесами черевної порожнини та поширеним перитонітом (група 4). Усім хворим були проведені загальноклінічні та інструментальні дослідження (ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія).

Результати та їх обговорення. Першу групу склало 25 пацієнтів: чоловіків 14 (56%), жінок 11 (44%); другу – 68 пацієнтів: чоловіків 30 (44%), жінок 38 (56%); третю – 147 пацієнтів: чоловіків 79 (53,7%), жінок 68 (46,3%); четверту – 48 пацієнтів: чоловіків 23(48%), жінок 25 (52%). У першій групі хворих ускладнень у післяопераційному періоді не спостерігалось. У другій групі ускладнення, що призвели до релапаротомії спостерігались у 5(7,4%) чоловіків та 3(4,4%) жінок, із них померли 4(5,9%) чоловіки та 1(1,5%) жінка. У третій групі релапаротомія проведена у 5(3,4%) чоловіків та 2(1,4%) жінок. У четвертій групі у зв'язку з розвитком тяжких ускладнень релапаротомія була проведена у 1(2,1%) чоловіка, померли 1(2,4%) чоловік та 3(6,3%) жінки.

Висновки. Інтраабдомінальна інфекція зустрічається однаково часто як у чоловіків, так і у жінок, проте формування абсцесів печінки та розвиток гангренозного апендициту з периапендикулярним абсцесом частіше спостерігається у чоловіків. У жінок частіше спостерігається розвиток гангренозного холециститу з підпечінковим абсцесом і розвиток абсцесів черевної порожнини з поширеним перитонітом. Незважаючи на більш низьку частоту захворюваності чоловіків на гострий холецистит, у них частіше розвиваються ускладнення та вище рівень летальності, що свідчить про необхідність більш ретельного спостереження у післяопераційному періоді.

*Сичова В.В.,
Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна*

ГЕНДЕРНИЙ ВИМІР ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 (НА ПРИКЛАДІ М. ХАРКОВА)

У зв'язку з карантинними заходами через пандемію COVID-19 в Україні, як і в світі в цілому, простежується тенденція до збільшення кількості випадків домашнього насильства. Генеральний секретар ООН Антоніу Гутерріш закликав вжити всіх заходів для вирішення проблеми «жахливого глобального сплеску насильства в сім'ї, спрямованого на жінок і дівчаток», пов'язаної з обмеженнями, введеними урядами у відповідь на пандемію COVID-19. Україна приєдналася до 123 країн, які підтримали

заклик генерального секретаря ООН щодо протидії гендерному насильству в період COVID-19 [3]. Оскільки Харків посідає друге місце серед міст України за кількістю населення (1 443 207 осіб у 2020 р.), то гендерний аналіз домашнього насильства у місті та регіоні сприятиме усвідомленню зазначеної проблеми в межах країни.

Через пандемію COVID-19 в Україні протягом 2020–2021 рр. тричі вводилися жорсткі карантинні обмеження: 12.03-21.05.2020 р.; 01.08.2020 р.–13.11.2020 р. із поділом території країни на зелену, жовту, помаранчеву і червону зони за рівнем епідемічної небезпеки поширення коронавірусної хвороби; 23.01.2021 – до теперішнього часу. Довготривале перебування сімей вдома в обмеженому просторі, випадки безробіття, робота батьків і навчання дітей у віддаленому режимі призвели до збільшення проявів домашнього насильства. Домашнє насильство визначається як «діяння (дії або бездіяльність) фізичного, сексуального, психологічного або економічного насильства, що вчиняються в сім'ї чи в межах місця проживання або між родичами, або між колишнім чи теперішнім подружжям, або між іншими особами, які спільно проживають (проживали) однією сім'єю, але не перебувають (не перебували) у родинних відносинах чи у шлюбі між собою, незалежно від того, чи проживає (проживала) особа, яка вчинила домашнє насильство, у тому самому місці, що й постраждала особа, а також погрози вчинення таких діянь» [4, ст. 1]. В умовах соціальної ізоляції постраждалі вимушені залишатися наодинці з кривдником.

Аналіз звернень до поліції м. Харкова у 2020 р. з приводу вчинення домашнього насильства показав зростання кількості випадків, у порівнянні з 2019 р. Так, у Харкові у 2020 р. заяв стало на 214 більше: кількість звернень жінок до поліції зросла на 181 заяву (з 2304 до 2485), від чоловіків – на 133 заяви (з 396 до 429) [1]. Тож, від домашнього насильства найбільше потерпають жінки: у Харкові жінки складають 85,3%, чоловіки – 14,7% постраждалих від домашнього насильства. В Україні 73,5% тих, хто пережили домашнє насильство, – жінки [2, с. 25].

Збільшилася кількість випадків насильства щодо дітей. У 2020 р., у порівнянні з 2019 р., спостерігається зростання жорстокості по відношенню до дітей як у жінок (з 14 до 17 випадків), так і у чоловіків (з 7 до 18 випадків) [1]. Тривале перебування чоловіків вдома різко збільшило з їхнього боку вчинення насильства по відношенню до дітей. Приблизно рівна кількість жінок і чоловіків стали кривдниками стосовно своїх дітей.

Отже, гендерний вимір домашнього насильства в умовах пандемії COVID-19 засвідчив різке зростання проявів домашнього насильства по відношенню до жінок і дітей у м. Харкова. У Харкові відносна частина жінок, постраждалих від домашнього насильства, більша, ніж в середньому по Україні.

Література

1. За даними Управління у справах сім'ї та молоді Департаменту у справах сім'ї, молоді та спорту Харківської міської ради.

2. Кисельова О. Гендерний вимір пандемії COVID-19 /ГОБ проєкт. Гендерне бюджетування в Україні. Київ, 2020. 48 с. URL: https://mof.gov.ua/storage/files/covid_final.pdf

3. ООН занепокоєна сплеском домашнього насильства в період пандемії. *Укрінформ*. 2020, 9 квітн. URL : <https://www.ukrinform.ua/rubric-world/3002481-oon-zanepokoena-spleskom-domasnogo-nasilstva-v-period-pandemii.html>

4. Про запобігання та протидію домашньому насильству: Закон України від 7 грудня 2017 року № 2229-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 5. Ст. 35.

*Слинько Ю.О.,
Харківський національний медичний університет*

ГЕНДЕРНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗУБНИХ РЯДІВ ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ м.ХАРКОВА

Сучасний стан розвитку медицини неможливий без урахування гендерних аспектів розвитку та перебігу захворювань (Воробець А.Б. та співав., 2016; Бездетко Т.В. и соавт., 2017; Єрмоленко Т.І. та співав., 2017). Безумовно, причинами гендерних відмінностей, є не тільки статеві гормони. Певний внесок також забезпечують різний спосіб життя, різний рівень освіти, різні фінансові можливості жінок та чоловіків, і як наслідок, доступність до якісної медичної допомоги та антистресових заходів. Здобутки в цьому напрямку є суттєвими, але, в той же час є багато суперечливого, що потребує подальшого поглибленого вивчення для розкриття механізмів, що лежать в основі справжніх гендерних відмінностей у сприйнятливості або прогресуванні різних захворювань.

Стоматологія також серед медичних напрямків, які мають гендерне підґрунтя щодо розвитку різної патології (Лабунец В.А. и соавт., 2013; Черета В.В., 2014).

Однією з сучасних проблем стоматології залишається поширеність дефектів зубних рядів, тому актуальним є вивчення стану зубних рядів з позицій гендерних відмінностей.

Для цього було проаналізовано ортопантомограми (ОПТГ) 1269 пацієнтів, віком від 18 д 84 років, яких було розподілено на 12 груп через кожні 5 років та які зверталися до діагностичного центру WDE (м.Харків) протягом 1,5 року з метою проведення первинного дослідження стану зубощелепного апарату. За гендерною ознакою аналіз було проведено за такими показниками як відсутність будь-яких дефектів зубних рядів (ДЗР), наявність малих ДЗР (втрата до 3 зубів) та великих ДЗР (втрата від 3 зубів).

Результати аналізу були наступними: із загальної кількості первинного матеріалу 767 ОПТГ належало особам жіночої статі (62,61%). 502 ОПТГ належали особам чоловічої статі, що становило 37,39%. Будь-які дефекти були відсутні у 262 осіб жіночої статі (34,2%). У 392 жінок (51,1%)

встановлено наявність малих ДЗР, а у 113 (14,7%) – великих ДЗР. Щодо чоловіків, то дефектів не було у 132 осіб (26,3%), наявність малих ДЗР встановлена у 284 осіб (56,6%), а великих – у 86 (17,1%). Зазначене свідчить про те, що стан зубних рядів у осіб жінок кращий за такий у чоловіків, а саме: малих ДЗР у жінок було менше у 1,10 раза, великих – менше у 1,16 раза, а відсутність ДЗР, навпаки, зустрічалась у 1,3 раза частіше, ніж у чоловіків, але статистичної достовірності встановлені відмінності не мали ($\chi^2 = 8,859$, $p = 0,012$).

Також звертає на себе увагу те, що загалом особам жіночої статі належало в 1,67 раза більше ОПТГ, ніж чоловікам ($p < 0,05$). Щодо окремих вікових категорій, то кількість ОПТГ осіб жіночої статі була достовірно більшою за таку осіб чоловічої статі у всіх вікових групах: у 1,67, 1,48, 1,65, 1,23, 1,59, 1,48, 1,23, 1,45, 1,35 раза більшою відповідно з гр.1 до гр.9 та у 2,25 та 3,44 раза відповідно у гр.10 та гр.11 ($\chi^2 = 8,859$, $p = 0,012$). Виключенням є остання 12-та група, в якій розподіл матеріалу мав пропорційний вигляд – по 50,00% для осіб обох статей.

Проведені дослідження загалом співпадають із інформацією інших вітчизняних та закордонних дослідників, що підтверджують більшу поширеність ДЗР у жінок порівняно із чоловіками (Лабунец В.А., 2013; Jing Guo et al., 2018; Roberto L.L. et al, 2019). Встановлене може бути пояснено більшою мотивацією жінок до збереження власного стоматологічного здоров'я та більшим значенням для них естетичних позицій.

*Стоян О.Ю., Денисова О.Г.,
Харківський національний медичний університет*

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ В КОНТЕКСТІ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ-СТОМАТОЛОГІВ

Вступ. На сьогодні вища освіта в Україні перебуває у стані розвитку, коли відбувається стрімка відмова від уніфікованого та стандартного надання учбового матеріалу, зокрема на післядипломному етапі підготовки майбутніх лікарів-стоматологів. Ми є свідками процесу переосмислення педагогічного процесу та пошуку нових форм залучення лікарів-інтернів в процес вдосконалення своїх теоретичних знань та практичних навичок.

Такі доволі інтенсивні зміни у форматі проведення практичних занять у лікарів-інтернів стоматологів ґрунтуються на змінах у нашому житті, які принесла пандемія COVID 19 і тривалий lockdown пов'язаний із ним.

У системі навчання лікарів-інтернів така трансформація полягала у проведенні практичних та теоретичних занять в системах Google Meet та Moodle. Тож перед всіма учасниками освітнього процесу постало завдання - не тільки не втратити ефективність процесу навчання, а і підвищити його, як в цілому, так і його складових. Разом із тим, аксіомою є той факт, що лікарі-інтерни не сприймають однаково матеріал у звичному режимі занять, і

звичайно новий формат подання матеріалу для деяких з них є перепорою для його засвоєння.

Розгляд цієї проблеми з точки зору гендерного підходу дозволяє більш глибоко провести аналіз особливості професійного становлення майбутніх лікарів-стоматологів на етапі післядипломної підготовки.

Тож *метою* нашого дослідження стала гендерна оцінка активності лікарів-інтернів стоматологів I-го року навчання в online режимі.

Методи дослідження. У дослідженні брали участь 99 лікарів-інтернів I-го року навчання, з них 46 чоловіків і 53 жінки. Відповідно до навчальної програми, протягом очного періоду тільки у вересні практичні заняття проходили в offline режимі. З жовтня і до кінця очного циклу заняття перейшли в online режим в системі Moodle в дійсному часі. Для виявлення ступеня активності фіксували відповіді лікарів-інтернів в загальному чаті.

Результати дослідження. Аналіз відповідей та ступінь активності в групах виявило гендерні відмінності. Практично в усіх групах активність щодо відповідей та дискусії з питань, передбачених кожною темою переважала у жінок і становила 1:3. В перевазі дискусійної активності лікарів-інтернів чоловіки були питання саме особливостей мануальних навичок, тоді як лікарів-інтернів жінки були більш активними у розборі питань диференційної діагностики.

Дослідження показали, що до кінця терміну очного циклу ступінь активності рівномірно підвищувався, як у чоловіків, так і у жінок. Певно це було пов'язано із адаптацією до такого формату засвоєння матеріалу. Треба відмітити, що вже на лекціях, які проходили в системі Google Meet лікарів-інтернів I року навчання проявляли не аби яку активність і задавали питання та дискутували з теми лекції.

Висновки. Таким чином, online форми практичних та теоретичних занять на післядипломному етапі підготовки лікарів-інтернів стоматологів потребують певного часу адаптації та не залежать від гендерних особливостей майбутніх лікарів. Проте, адаптаційні процеси залежать від рівня знань, які отримані на до дипломного етапі навчання у ВУЗі.

*Стоян А.О., Кателевська Н.М.,
Харківський Національний медичний університет*

АНАЛІЗ ВПЛИВУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕКОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЗАБРУДНЕННЯ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Актуальність. Проблема моніторингу шкідливого впливу факторів навколишнього середовища на людський організм стоїть однією з перших в ряду найбільш актуальних соціально-медичних задач сучасності. Стрімкі зміни якості довкілля призводять до формування фізіологічного стресу, що обумовлює зниження адаптаційних можливостей організму. Сучасне

навколишнє середовище характеризується накопиченням небезпечних речовин антропогенного походження, до впливу яких організм людини еволюційно не пристосований і тому не має відповідних аналізаторів, що сигналізують про їхню наявність. Тому першочерговою задачею є постійне оновлення знань про несприятливий вплив факторів ризику навколишнього середовища на здоров'я людини.

Мета. Оцінити вплив несприятливих екологічних факторів на стан здоров'я населення в сучасних умовах.

Матеріали та методи. Для оцінки впливу антропогенного навантаження на стан здоров'я населення було використано демографічні показники та показники захворюваності.

Результати дослідження. На рівень захворюваності впливає комплекс соціально-економічних, гігієнічних і екологічних факторів. Вони, в свою чергу, залежать від сукупності природних умов і соціально-економічного статусу тієї чи іншої території. З безлічі діючих факторів дуже нелегко кількісно виділити вплив саме техногенного забруднення. За даними експертів ВООЗ, здоров'я населення, або популяційної здоров'я, в середньому на 60-62% залежить від економічної забезпеченості і способу життя людей; на 25-27% — від спадкових чинників; на 8-15% — від рівня медичного обслуговування і на 22-24% — від стану навколишнього середовища.

Аналіз стану здоров'я населення показав збільшення рівня реєстрованої захворюваності з 2012 по 2020 рр. Всього за 8 років показники збільшилися на 20,6%. У структурі загальної захворюваності всього населення (розрахунки на 100 тис. всього населення) в 2020 р переважали: в захворюваності по поширеності — хвороби системи кровообігу (45,57%), онкологічні патології (9,42%), хвороби органів дихання (21,27%), хвороби кістково-м'язової системи (14,24%), хвороби сечостатевої системи (8,69%), хвороби ока (6,58%), травми і отруєння (5,24%). За даними вчених відповідні зміни у стані здоров'я населення, перш за все, обумовлені погіршенням якості навколишнього середовища.

Слід зазначити, що до числа захворювань, котрі розвиваються внаслідок впливу несприятливих екологічних факторів також належать вроджені вади розвитку, які є індикатором якості середовища проживання і генетичного здоров'я населення. Причинами розвитку вроджених аномалій є антропо-техногенне навантаження (забруднення навколишнього середовища — перевищення гігієнічних нормативів шкідливих хімічних речовин в атмосферному повітрі, воді питній, продуктах харчування і вплив шуму, електромагнітних полів), соціально-демографічні чинники (вік матері, порядковий номер пологів), медико-генетичні фактори (медичні аборти, обтяжена спадковість сім'ї, наявність у матері хронічних захворювань, інфекції під час вагітності).

Висновки. Несприятливі екологічні фактори в поєднанні з соціальними факторами визначають негативні тенденції в стані здоров'я населення. Сучасна екологічна ситуація доволі нестабільна. Збільшення поширення функціональних відхилень і хронічних захворювань характеризує загальний стан здоров'я в сучасних соціально-економічних умовах. Проблеми попередження передчасної смертності, збереження здоров'я підростаючого покоління, трудового потенціалу і в теперішньому часі працездатного населення особливо актуальні в період сучасних соціально-економічних умов.

*Стрельнікова І.М., Кришталь В.Є.,
Харківський Національний медичний університет*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Актуальність. Навчальний стрес є невід'ємною складовою студентського життя і його подолання надає можливість сформувати нові соціальні відносини у студентському середовищі, реалізувати свій особистий потенціал, досягти академічної успішності, продуктивно та плідно працювати та загалом адаптуватися до вимог закладу вищої освіти. Більшість студентів долає цей вид стресу доволі успішно, набуваючи необхідних навичок, зберігаючи фізичне та психічне здоров'я.

Початок пандемії COVID-19 та впровадження карантинних заходів з вимушеним переходом на дистанційний тип навчання, спровокувало виникнення вимушеної ізоляції і додаткове навантаження на адаптаційні резерви кожного студента.

Мета. Проаналізувати наявність розладів адаптації вітчизняних студентів під час дистанційного навчання.

Матеріали та методи. Обстежено 150 вітчизняних студентів 3 та 4 курсів ХНМУ 75 чоловіків та 75 жінок. Обстеження проводилося on-line, з використанням скринінг тесту PHQ-9, клінічних шкал тривоги та депресії Hamilton, 1967 та Шкали психологічного стресу PSM-25.

Результати. У третини обстежених студентів обох статей виявлено наявність розладів адаптації помірного та вираженого рівня, більше ніж 50% обстеженого контингенту продемонстрували ознаки низького рівню дезадаптації. Розлади адаптації у студентів проявлялися порушеннями нічного сну $30,07 \pm 2,54\%$, зниженням працездатності $41,68 \pm 3,21$, вегетативними порушеннями $39,1 \pm 2,44\%$, емоційним напруженням $29,18\% \pm 3,21$, втратою здатності пристосування до того, що відбувається $31,68\% \pm 3,02$, втратою «гнучкості та пластичності у спілкуванні» $19,35\% \pm 2,17$, загостренням особистісно-типологічних рис характеру $22,14\% \pm 3,78$.

Розлади нічного сну та зниження працездатності були характерними для студентів обох статей. В той час у студентів жіночої статі превалювали вегетативні розлади та емоційне напруження.

Студенти-чоловіки демонстрували більш високі показники втрати «гнучкості та пластичності у спілкуванні» та загострення особистісно-типологічних рис характеру.

Аналіз психосоматичних розладів у студентів виявив порушення з боку різних органів та систем у вигляді нудоти, посилення чи уповільнення моторики шлунково-кишкового тракту (чоловіки – $20,39 \pm 2,68\%$, жінки – $24,39\% \pm 2,68$), серцебиття, коливання артеріального тиску (чоловіки – $17,34\% \pm 2,78$, жінки – $19,44\% \pm 3,23$), прискорення чи уповільнення дихання (чоловіки – $15,56\% \pm 2,16$, жінки – $17,33\% \pm 1,96$), збудження, тремтіння (чоловіки – $18,41\% \pm 2,28$, жінки – $18,29\% \pm 3,23$), алекситимію (чоловіки – $30,09\% \pm 2,66$, жінки – $28,67\% \pm 3,23$), синдром передменструальної напруги ($15,26\% \pm 1,12$ студентів жіночої статі), еректильні дисфункції ($9,21\% \pm 0,89$ студентів чоловічої статі).

В клінічній структурі розладів адаптації виявлені тривожний, депресивний, неврастенічний та дисоціативний синдромокомплекси. У студентів чоловічої статі превалювали тривожний та неврастенічний синдромокомплекси ($28,74\%$ та $21,33\%$ відповідно).

Показники депресивного та дисоціативного синдромокомплексів ($22,78\%$ та $17,91\%$ відповідно) домінували у студентів жіночої статі.

Висновки. Вплив карантинних обмежень, та перехід на дистанційну систему навчання можуть стати причиною не тільки розладу комунікації серед членів студентського колективу, ставити під загрозу процес та результати навчання, а й негативно відбиватися на самопочутті студентів. Проведене дослідження довело наявність розладів адаптації в умовах дистанційного навчання у студентів обох статей.

Отримані результати роблять за необхідне впроваджувати комплексну систему корекції розладів адаптації цієї категорії досліджених для попередження подальшого порушення психічного та фізичного здоров'я вітчизняних студентів.

*Толстов І.В.,
Український державний університет
залізничного транспорту м. Харків*

ГЕНДЕРНА АНТРОПОЛОГІЯ В. РОЗАНОВА

Василь Розанов є одним з перших російських філософів Срібного віку, який звернувся до гендерної проблематики. Його книга «В світі незрозумілого та невирішеного», присвячена проблемі статі, була опублікована у 1901 році – на два роки раніше роботи О. Вейнінгера «Стать і характер» (1903), а фрейдівські «Три нариси з теорії сексуальності» були

опубліковані лише у 1905 році [4]. Таким чином можна припустити, що саме Розанов актуалізував тему статі в суспільній свідомості початку ХХ ст.

Нездолання опозиція понять «чоловіче» та «жіноче» виступає методологічною основою розанівської концепції статі. Філософ писав про те, що споконвічно стать складається з чоловічої та жіночої основи. Єство людини для Розанова є стать, сутність людини – її «самочність», те, що суть або самці, або самки [3, с. 28-29]. Ідеали чоловіка та жінки, їхні основні якості, фактично, є предикатами статевих органів: чоловік – твердий, прямий, міцний, наполегливий; жінці ж властиві ніжність, м'якість, піддатливість, нечіткість, текучість, розмитість, поступливість.

Статевий інстинкт філософ розуміє як вираз метафізичного бажання єднання, злиття двох протилежних полюсів, а шлюб як їхню метафізичну цілісність. Інтенсивність статевого потягу демонструє у розанівській концепції ступінь домінування однієї з основ в людині – чоловічої або жіночої – над іншою. Інакше кажучи, чим більше в людині, наприклад, чоловічого, тим сильніше її потяг до зовнішнього жіночого, і навпаки. Адже згідно з Розановим, жіноча основа, хоча і протилежна чоловічій, не є менш сексуальною, а еквівалентом її сексуальності виступає «самочність».

Стать для Розанова космічна, містична, екстатична та невимовна. Людина і все в природі має стать. Все у житті має стать, саме життя реалізується на основі статі, за рахунок статі та у формі статі: «де немає статі – починається мінерал ... «подих життя» і «душа безсмертна», яка оживила червону глину першу людину, – і було проникнення або подих в мінерал статі. І стала – людина, живим створінням» [2, с. 215].

У своїй книзі «В світі незрозумілого та невирішеного» Розанов показав, що стать священна, а сім'я – релігія. У сім'ї для нього нерозривно, містично злиті духовне і тваринне, священне і плотське, релігійне і буденне. Розанова цікавить в сім'ї насамперед саме сплетіння тілесного і духовного, єднання духу і плоті, взаємний потяг та злиття різнорідного і несхожого. Фактично, кажучи про сакральність статі та шлюбу, Розанов завжди говорить про сакральність священного злягання в лоні сім'ї, про сакральність *coitus*'а та *genitalia*. На його думку, існуюча релігійна практика неадекватна. Народження дитини, не кажучи вже про зачаття – фактично суто особистого життя батьків, проте смерті надається виключно соціальне значення: поховання, некрологи та ін. Згідно з Розановим, все повинно бути навпаки – саме народженню та злягання повинно надаватися головне соціальне значення, вони мають відбуватися в храмах. Більш того, весь світ для нього є одне космічне злягання всього з усім – шаленство незліченних злягань, які зазвичай людина просто не помічає, як не помічає насіння дерев і рослин, які розкидані по землі в розпалі літа, зовсім не замислюючись, що навколо неї міріади спроб зачаття нового життя.

Виходячи з власної філософії статі Розанов пропонує своє розуміння майбутнього розвитку європейської цивілізації, яке обумовлено зростаючим протиприродним взаємним пригнобленням чоловічої і жіночої статі,

виникненням «третьої психіки – не чоловічої і не жіночої», содомічної за своєю суттю. Майбутнє цієї цивілізації – вельми примарне майбутнє «третьої статі», яку не знає та не терпить природа [1].

Філософсько-антропологічне дослідження співвідношення чоловічого та жіночого в творчості В. Розанова показало, що ідеї цього філософа можна назвати концептуальним протистоянням андроцентризму сучасної культури. Важливою відмінністю його концепцій сексуальності є утвердження жіночої суб'єктивності, яка є рівноцінною чоловічій. Філософ прагне до ототожнення «чоловічого» і «жіночого», а гендерні відмінності детерміновані біологічно і/або метафізично, що визначає їхній вічний та незмінний характер.

Таким чином, В. Розанов у своїй стилістиці, акцентованій увазі до тілесності, дуже близький до сучасної гендерної антропології та може розглядатися як її предтеча.

Література

1. Розанов В.В. Собрание сочинений. В мире неясного и нерешенного. Из восточных мотивов / Под. общ. ред. А. Н. Николукина. М.: Республика, 1995. – 462 с.

2. Розанов В.В. Собрание сочинений. Во дворе язычников / Под. общ. ред. А. Н. Николукина. М.: Республика, 1999. – 463 с.

3. Розанов В.В. Уединенное. Том 2. – М.: Правда, 1990. – 712 с. – («Из истории отечественной философской мысли», приложение к журналу «Вопросы философии»)

4. Tolstov I.V., Petrushov V.M. The anthropology of gender by Vasil Rosanov and the ethics of sexual difference by Luce Irigaray // *Anthropological Measurements of Philosophical Research*. – 2019. – N 15. - P. 145-154. – Way of Access : DOI: 10.15802/ampr.v0i15.157013

Утюж І.Г. ,

Запорізький державний медичний університет

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУСПІЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТ

Пандемія COVID-19 чітко показала, що світ може діяти спільно і швидко, щоб змінити всі аспекти нашого суспільства та економіки, від освіти та охорони здоров'я до соціальних домовленостей і нових умов праці. Тому, основним питанням порядку денного є трансформація сучасності, в основі якої є ідея збереження і турботи про життя. Останні геополітичні зустрічі (наприклад, Давос-2020), тільки підтверджують реалізацію даної ідеї. І тому проблема здоров'я, у тому числі суспільного здоров'я, стає актуальною як ніколи. Якщо бути справедливими, пандемія коронавірусного захворювання не тільки об'єднала світ в боротьбі із захворюванням, але і чітко показала

непідготовленість систем охорони здоров'я більшості країн, навіть високо розвинутих.

Отже, соціально-філософське дослідження феномену суспільного здоров'я дозволяє визначити і дослідити ризики і фактори, що впливають на стан і процес відтворення системи суспільного здоров'я в Україні. Треба зазначити, що суспільне здоров'я є елементом національної безпеки держави, а національну безпеку слід розглядати як стан соціальної системи. Конституцією України визнано людину, її життя й здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпеку найвищою соціальною цінністю. В прогресивних ідеологемах пост-капіталістичної реальності більшості цивілізованих країн західноєвропейського геополітичного простору, здоров'я – це людський капітал, інвестування в який є роботою та обов'язком як окремої людини, так і держави.

На думку вітчизняних і зарубіжних науковців, здоров'я визначається як чинник життєвого комфорту громадянина, радості життя, сімейного щастя, це вагома частка духовного благополуччя [1-4]. Але зазначимо, що в умовах кризи капіталізму і неоліберальних реформ медицини в Україні, ситуація з COVID – 19, показала, що державну потребу формувати і зберігати суспільне здоров'я нації було підмінено ринковою доцільністю. І як зазначає Jennifer Cohen: «Під час пандемії COVID-19 ринковий егоцентризм став джерелом зростання смертності та захворюваності. Прагнення до одержання прибутку може обмежити доступ населення до основних ресурсів, необхідних для підтримки здоров'я, тим самим завдаючи шкоду окремим людям і, можливо, всьому суспільству. Прагнення до прибутку також може підірвати потенціал системи охорони здоров'я в зв'язку з неправильним розподілом товарів, які є вхідними ресурсами охорони здоров'я» [2].

Зрозуміло, що прагнення до прибутку в системі «лікар-пацієнт-держава-бізнес», очевидно підриває потенціал системи охорони здоров'я, і зрозуміло, що прибуток є вихідним пунктом капіталізму. Щоб зняти дане протиріччя, яке пов'язано з соціальним капіталом, держава і повинна взяти на себе відповідальність справедливого співіснування і перерозподілу ресурсів. Неправильний розподіл ресурсів всередині ринку дає обґрунтування відповідальності держави за здоров'я, яке є суспільним благом.

А.Свінціцький зазначає: «Головною метою держави в галузі охорони здоров'я є забезпечення умов для досягнення максимальних термінів природної тривалості життя, високої якості духовного й фізичного здоров'я, ефективної репродукції здорової нації. Держава захищає громадян та оточуюче їх середовище шляхом створення розвиненої законодавчої й нормативно-правової бази, виходячи з Конституції України, міжнародних конвенцій та інших угод про захист прав, здоров'я та гідності людини» [1].

Підсумовуючи зауважимо, що більшість країн створили посткапіталістичну ситуацію розвитку медицини, і держава бере на себе відповідальність за збереження здоров'я своєї нації. Щодо ситуації в Україні,

то сучасна українська медицина, в особі медичних працівників прикладає максимум зусиль для ефективного функціонування медичної системи, але якщо триматись на ентузіазмі людей, в умовах нездорової капіталістичної конкуренції країна, довго не протримаємось. І тоді нам залишиться сподіватись, що тільки самолікування і буде доступним для наших громадянам.

Література

1. Свінціцький А. Здоров'я населення як важливий чинник державоутворення та національної безпеки // Електронний ресурс. Режим доступу: http://ir.library.nmu.com/bitstream/123456789/2174/1/%D0%9F%D0%9B_2013_2_7-13.pdf
2. Jennifer Cohen. COVID-19 Capitalism: The Profit Motive versus Public Health // *Public Health Ethics*, Volume 13, Issue 2, July 2020, Pages 176–178, <https://doi.org/10.1093/phe/phaa025>
3. Зачем нужна политика Здоровье-2020. - ВОЗ, <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/why-health-2020>
4. Людський розвиток в Україні. Модернізація соціальної політики: регіональний аспект (колективна монографія) / за ред. Е.М. Лібанової; Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України. – К., 2015. – 356 с.

Фельдман Д.А.,

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ: ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Мета. Проаналізувати гендерні відмінності перебігу гострого інфаркту міокарда з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи. Обстежено 120 хворих, які були розподілені на 2 групи (1 група - хворі на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) з супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу (n=70), 2 група – хворі на ГІМ без ЦД 2 типу (n=50)). Хворі 1-ої групи були розподілені на 3 підгрупи в залежності від ступеня тяжкості ЦД 2 типу. Усім хворим проводили клінічні, лабораторні та інструментальні обстеження. Обстеження пацієнтів проводилося на базі КНП «Міська клінічна лікарня №27» ХМР у кардіологічному відділенні для хворих на гострий інфаркт міокарда та Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1 філії «Центр охорони здоров'я» Акціонерного товариства «Українська залізниця» у 1-ому кардіологічному відділенні.

Результати. Серед всіх обстежуваних було 60 чоловіків та 60 жінок. Кожному з обстежуваних хворих було визначено індекс маси тіла (ІМТ). У чоловіків середнє значення ІМТ дорівнювало 27,87 кг/м², у жінок – 30,87 кг/м². Середнє значення ІМТ у жінок відповідало ожирінню 1 ступеня.

Хворі 1-ої групи (n=70) мали супутній ЦД 2 типу. З них було 23 чоловіки (32,86%) та 47 жінок (67,14%).

Хворі 1-ої групи були розподілені на 3 підгрупи в залежності від ступеня тяжкості ЦД 2 типу, був підрахований відсоток виникнення випадків для кожного ступеня окремо для чоловіків та жінок. У чоловіків було зазначено наступне: 1 чоловік (4,35%) мав ЦД 2 типу легкого ступеня, 11 пацієнтів (47,83%) - ЦД 2 типу середнього ступеня, 11 хворих (47,83%) - ЦД 2 типу тяжкого ступеня. У 5 жінок (10,64%) був ЦД 2 типу легкого ступеня, у 18 (38,3%) - ЦД 2 типу середнього ступеня, у 24 хворих (51,06%) - ЦД 2 типу тяжкого ступеня. Всім обстежуваним був визначений клас серцевої недостатності за Killip та підрахований відсоток для кожної статі окремо. У чоловіків було визначено наступне: у 42 пацієнтів (70%) був виявлений I клас за Killip, у 9 (15%) - II клас за Killip, у 4 (6,67%) - III клас за Killip, у 5 (8,33%) - IV клас за Killip. У жінок було визначено наступне: у 24 пацієнток (40%) був виявлений I клас за Killip, у 9 (15%) - II клас за Killip, у 19 (31,67%) - III клас за Killip, у 8 (13,33%) - IV клас за Killip. Exitus letalis мав місце у 13 пацієнтів. З них у 3 чоловіків (5% від загальної кількості обстежуваних чоловіків) та у 10 жінок (16,67% від загальної кількості обстежуваних жінок).

Висновок. Проаналізувавши гендерні відмінності перебігу даних коморбідних патологій, було визначено, що у жінок середній показний ІМТ (30,87 кг/м²) відповідав ожирінню 1 ступеня; у жінок частіше мало місце метаболічне порушення у вигляді цукрового діабету 2 типу, чим у чоловіків (67,14% та 32,86%, відповідно); у жінок, переважно, мав місце тяжкий ступінь цукрового діабету 2 типу (51,06%), у чоловіків – середній та тяжкий (47,83% та 47,83%, відповідно); у жінок найчастіше зустрічався III клас серцевої недостатності за Killip (31,67%), у чоловіків - I клас (70%); у жінок мав місце exitus letalis у 16,67%, у чоловіків у 5%. Таким чином, в обстежуваній групі, у жінок частіше мав місце цукровий діабет 2 типу та дана коморбідна патологія мала більш тяжкий перебіг, ніж у чоловіків, що робить актуальною дату тему для подальших досліджень.

¹Фесенко Г. Г. ²Фесенко Т. Г.,

¹ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, ²ХНТУСГ ім. Петра Василенка

ГЕНДЕРНІ ПРАКТИКИ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ (НА ПРИКЛАДІ ПРОЕКТІВ ГЕНДЕРНОГО БЮДЖЕТУВАННЯ)

Гендерні ініціативи стосовно бюджетування сфери охорони здоров'я, ініційовані ООН, здійснюються і в Україні [1–2]. Гендерне бюджетування, зокрема, дозволяє в умовах обмежених ресурсів більш ефективно їх використовувати відповідно до потреб користувачів медичних послуг. У цій проблематиці ООН підтримує передусім співпрацю з Міністерством фінансів України, а також органами місцевого самоврядування. Що стосується залучення Міністерства охорони здоров'я України до імплементації

інструментів гендерного бюджетування, то така активність поки що публічно не обговорюється.

Так, ще у 2016 р. було презентовано бюджетні аналізи обласних програм з охорони здоров'я (Київської, Івано-Франківської, Черкаської областей), у яких визначено наступні проблеми: протидія захворюванню на туберкульоз, онкологічним захворюванням, профілактика, діагностика та лікування вірусних гепатитів, медико-соціальний захист дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, лікарсько-акушерська допомога вагітним, породіллям та новонародженим, протидія ВІЛ-інфекції/СНІДу [3].

У 2020 р. в рамках проєкту ООН «Підтримка належного врядування через підвищення спроможності посадових осіб місцевого самоврядування та органів державної влади щодо гендерно орієнтованого планування та бюджетування на Сході України» висвітлено необхідність зменшення гендерних розривів, у тому числі й в сфері охорони здоров'я [4].

Порівняння двох проєктів в частині окреслення актуальних гендерних проблем демонструє, з одного боку, їх тотожність («низька тривалість життя жінок та чоловіків», «чоловіки рідше звертаються до лікарів»), з іншого відмінність у акцентах.

У 2016 р.: *обмежений доступ до медичних послуг для жінок і чоловіків, особливо в сільській місцевості; отримання якісних медичних послуг для дівчат і жінок (брак грошей, домашня робота, турбота про дітей, отримання дозволу від чоловіка та ін.); існування гендерної упередженості лікарів та медичного персоналу щодо лікування «жіночих» (хвороби шкіри, хвороби молочної залози, безпліддя, психоневрологічні розлади та ін.) та «чоловічих» захворювань (серцево-судинні захворювання, алкоголізм, наркоманія, суїцид та ін.).*

У 2020 р.: *висока смертність чоловіків працездатного віку від зовнішніх причин – самогубств, ДТП, алкогольних отруєнь та вбивств, через це проєктом визначено наслідки для громади: лікування чоловіків від ускладнених форм захворювань вимагає більших ресурсів – фінансових та часових; низька тривалість життя чоловіків є чинником фемінізації жіночої бідності, адже літні жінки частіше залишаються самотніми; недосконалість системи психологічної підтримки чоловіків, наприклад, реабілітації чоловіків-учасників АТО/ООС, є чинником зростання домашнього насильства.*

Втім, у запропонованих рекомендаціях проєктів і 2016 р., і 2020 р. містяться авторські візії щодо вирішення гендерних проблем, сформульовані без спеціальних монетизованих калькуляцій, що суперечить самій філософії бюджетування.

Цілі щодо досягнення гендерної рівності мають бути сформульовані у вигляді чітких гендерно-сегрегованих показників «як є»/ «як буде після реалізації рекомендацій».

На жаль, розроблені бюджетні аналізи не містять чітко окреслених цілей досягнення гендерної рівності, що викликає запитання про кінцеву мету гендерних бюджетних стратегій в Україні, якими є їх орієнтири.

Також варто враховувати й сучасні реалії COVID-19: за даними жінки складають 58% від всієї кількості інфікованих; становлять більш, ніж 80% штатних працівників в галузі охорони здоров'я; наявна проблема недостатнього забезпечення засобами індивідуального захисту та ін.

Література

1. Фесенко Т. Г., Фесенко Г. Г. Контент-аналіз управління проектами гендерного бюджетування. Управління розвитком складних систем. 2017. № 30. С. 84-91.

2. Фесенко Г. Фесенко Т. Гендерне бюджетування охорони здоров'я в Україні: quo vadis? Гендер. Екологія. Здоров'я. Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (Харків, 20-21 квітня 2017 р.). Харків, 2017. С. 178–180.

3. Гендерний бюджетний аналіз програм, які фінансуються з державного та місцевих бюджетів. Стислий виклад. Київ, 2016. 89 с.

4. ГОБ на місцевому рівні: від інтеграції принципу гендерної рівності в бюджетний процес до гендерно чутливих політик. Київ, 2020. 112 с.

*Філяніна Н.М.,
НФАО Національна фармацевтична академія України*

ЖІНКИ В ЕКОЛОГІЧНИХ РУХАХ ПРАВА ЛЮДСТВА НА ЧИСТЕ ТА БЕЗПЕЧНЕ ДОВКІЛЛЯ

Системна глобальна криза кінця XX – початку XXI ст. змушує світове співтовариство мобілізувати зусилля на пошук та обґрунтування ефективних стратегій виживання людства.

Питання подолання екологічних криз, починаючи з 1960-х років, посідає чи не провідне місце в порядку денному світового наукового співтовариства, яке прагне розробити таку модель суспільного розвитку, котра відповідала б новій екологічній парадигмі, що акумулює та інтегрує нову систему цінностей, бере до уваги не лише цінності людського буття, а й самоцінність природи в усьому її розмаїтті, встановлює відповідні взірці поведінки для політичних еліт і широких верств населення стосовно збереження природи й забезпечення права людини на життя в чистому довкіллі.

Сьогодні задекларовано не лише утилітарну, а й неутилітарну цінність живої природи в усій її різноманітності, а також визнано, що виживання людства неможливе поза живою природою. Тобто реабілітація цінності природи – важлива й необхідна умова виживання людства.

Наявність розмаїття концепцій, на превеликий жаль, не наближає нас до розв'язання проблеми: екологічна проблематика, переосмислення взаємини людини і природи ще й досі залишаються злободенними.

Не змінює докорінно ситуацію й те, що багато вчених і дослідників солідаризуються в усвідомленні того, що причина кризи не у відсутності чи недостатності такого типу знань, а в обмеженості їхнього гуманітарного, соціокультурного, духовно-ціннісного потенціалу.

Сума знань про природу ще не гарантує розуміння причин і наслідків екологічної кризи, а виклики так і залишаються без адекватної відповіді.

Активну участь у екологічних рухах права людства на чисте та безпечне довкілля приймали і приймають жінки і прикладів тому - безліч.

Екологиня Вангарі Мааті, засновниця Руху зеленої зони в Кенії, досягнення якої в захисті довкілля є визнаними у всьому світі і яка у 2004 році стала лауреатом Нобелівської премії миру.

Кехкашан Басу, засновниця і президент фонду «Green Hope», який займається питаннями сталого розвитку. Фонд залучає дітей і молодь до глобальних проблем, що турбують людство, шляхом навчання та розширення можливостей цілей сталого розвитку [4].

Джейн Гудолл – засновниця оригінального методу вивчення життя шимпанзе, інститут якої займався розробками і впровадженням у життя новаторських програм, що спрямовані на забезпечення охорони природних ресурсів Африки.

«Roots and Shoots» – Міжнародна програма Гудолл, на порядку денному якої - впровадження позитивних змін через освіту. Головною метою програми є взаємодія з навколишнім середовищем, демонстрація турботи і співчуття до тварин і всіх існуючих форм життя, взаєморозуміння між різними культурами, етнічними групами, релігіями, соціально-економічними класами і націями.

Стратегія «Gender, Health And Conservation» ставить на меті розширити можливості молодих жінок, забезпечити їм доступ до освіти, планування сім'ї, високоякісного медичного обслуговування та чистої води. Гудолл та її послідовники переконані в тому, що саме оснащені цими інструментами надасть можливість жіноцтву створити краще майбутнє для себе, своїх родин та зберегти довкілля [3].

Як бачимо, в таких проектах зусилля спрямовуються на подолання екологічної кризи шляхом гармонізації взаємовідносин людини і природи, на виправлення попередніх помилок, спричинених людською діяльністю і на реабілітацію природи.

Одже, характерною рисою сьогодення, є поворот до герменевтичних ідей у психолого-педагогічній галузі наукового знання, в межах якого розробляється концепція особистісно орієнтованої освіти в контексті «педагогіки, що розуміє» [1, с. 578].

Окрім звернення педагогіки до герменевтики, відбувається й зустрічний процес, коли ідеї екологічної герменевтики також активно втілюються в освітній процес [5].

Зокрема, все більшого поширення набуває аналіз досвіду інтерпретації природи та навколишнього середовища, докiлля у сфері екологічної освіти та виховання з метою збереження природно-культурної спадщини [2].

Природа була й залишається головною умовою існування людини і суспільства, а екологічна криза оголює, поглиблює та загострює проблему людини в цілому, актуалізуючи необхідність розробки адекватної стратегії виживання не лише для людини, а й визначення умов повноцінного життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Николаева А. И. Герменевтика и музыкальная педагогика // Философия науки. Методология и история конкретных наук / Коллектив авторов. – М.: «Канон+» РООИ «Реабилитация», 2007. – С. 578–587.
2. Protected Areas and Spirituality (Proceedings of the First Workshop of the Delos Initiative – Monserrat, 2006) / Ed. by Josef-Maria Mallarach & Thymio Papayannis). – Gland: IUCN – PAM, 2007. – 237 p.
3. Strategy «Gender, Health And Conservation» – [Електрон.ресурс] – <https://www.janegoodall.org/our-work/our-approach/gender-health-environment/>
4. World Future Council SOLUTIONS FOR OUR COMMON FUTURE – [Електрон.ресурс] – <https://www.worldfuturecouncil.org/p/kehkashan-basu/>
5. Curriculum Development in the Postmodern Era. – [Електрон.ресурс] – Режим доступу до ресурсу: http://books.google.com.ua/books?id=1s-PeN1qo9IC&printsec=frontcover&dq=Ecological+Hermeneutics&hl=uk&sa=X&ei=fpNrU-ybKMfeygOP_YCwBw&ved=0CEsQ6AEwBA#v=onepage&q=Ecological%20Hermeneutics&f=false

*Фролова Т.В., Стенкова Н.Ф., Осман Н.С.,
Харківський національний медичний університет*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІМОРФІЗМУ BSML ГЕНУ VDR У ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ

Актуальність. Поліморфізм BSML гену VDR пов'язують з активністю вітаміну Д₃. Його вплив реалізується через рецептори до вітаміну Д₃, які розташовані на мембрані клітин і реагують лише на активну форму 1,25-(ОН)₂ Д₃. Цей ген є одним з основних генів, що відповідають за здоров'я кісткової тканини.

Патологічні мутації у гетерозиготному чи гомозиготному стані, які виникають у цьому гені, відповідають не тільки за саму кісткову тканину, але і за її забезпеченість мінеральними речовинами, включаючи їх всмоктування в кишківнику та транспортування. Дослідження поліморфізмів цього гену проводилося в асоціації з вивченням онкопатології, автоімунних захворювань, захворювань серцево-судинної, центральної нервової систем, системних захворювань (остеопороз, остеоартроз, цукровий діабет та ін.).

Метою нашого дослідження було вивчення гендерних особливостей поліморфізму BSML гену VDR у дітей Харківського регіону.

Матеріали та методи. Було проведено обстеження 64 дітей віком 9-16 років, які мешкають у м. Харків. Молекулярну діагностику поліморфізму BSML гену VDR було проведено методом полімеразної ланцюгової реакції в режимі Real time на обладнанні ДТ - прайм, ДНК - технологія. Відповідно до статті діти були розподілені на дві групи. В дослідженні приймали участь 27 дівчаток та 37 хлопчиків. Статистична обробка проводилась в програмі Microsoft Excel.

Результати. При проведенні дослідження було виявлено, що 21 (56,75 %) дитина зі усіх хлопчиків мала нормальний варіант поліморфізму BSML гену VDR, у 16 (43,25 %) - було виявлено гетерозиготну мутацію цього гену. У дівчаток нормальний варіант поліморфізму BSML гену VDR було виявлено у 12 (44,44%), гетерозиготна мутація - у 14 (51,85 %), гомозиготна мутація – у 1(3,71 %) дівчинки.

Висновки. Результати дослідження показали, що розподіл варіантів поліморфізму BSML гену VDR має виявлені гендерні особливості. У дівчаток найчастіше зустрічаються патологічні гетерозиготні та гомозиготні мутації. У хлопчиків частіше зустрічається нормальний варіант поліморфізму BSML гену VDR.

Отримані результати надають змогу до диференційованого підходу при проведенні профілактики порушень структурно-функціонального стану кісткової тканини та забезпеченості вітаміном Д₃у дітей залежно від віку та статі.

Черпіта В.О.,
Харківський національний медичний університет

ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЯ ЯК ОБТЯЖЛИВИЙ ФАКТОР АКТИВНОСТІ ОСТЕОАРТРОЗУ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Вступ. Гіпергомоцистеїнемія є важливою медичною проблемою, бо асоціюється з багатьма хворобами та станами, такими як цукровий діабет 2 типу (ЦД-2), остеоартроз (ОА), остеопороз, ниркова та печінкова недостатність та ін. Багато авторів сприймають гіпергомоцистеїнемію як незалежний фактор ризику, що ускладнює перебіг цілого ряду серцево-судинних і нейродегенеративних процесів. Вікові зміни та гормональні коливання в організмі жінки безпосередньо впливають на кістковий обмін, а рівень гомоцистеїну змінюється протягом всього життя. Постменопауза та ЦД-2 безумовно є доведеними факторами ризику розвитку ОА багатьма науковцями. В нашому дослідженні вивчалось клінічне значення гомоцистеїну в розвитку цієї коморбідної патології.

Мета. Визначити взаємозв'язок між активністю ОА, вираженістю больового синдрому та рівнем гомоцистеїну у хворих на ЦД-2 жінок в постменопаузі в поєднанні з ОА.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 120 пацієнток в пре- та постменопаузі: 1 група – жінки з ізольованим ЦД-2 (n=20), 2 група – жінки з ізольованим ОА (n=20), 3 група - жінки з ЦД 2 типу, поєднаним із ОА (n=60). Контрольну групу складали 20 практично здорових жінок. Вираженість больового синдрому та активність ОА визначалися за допомогою візуально-аналогової шкали (ВАШ). Діагноз ОА підтверджувався даними рентгенологічного обстеження пацієнток. Визначення рівня загального гомоцистеїну людини у сироватці крові пацієнток проводилося імуноферментним методом на аналізаторі «Labline-90» (Австрія) з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми “AXIS-SHIELD” (Великобританія).

Результати. Отримані статистично оброблені ВАШ свідчать про найбільш виражену активність ОА у групі коморбідної патології (група 3) (середнє значення ВАШ по активності захворювання становив $79,2 \pm 0,02$ мм, вираженість больового синдрому $83,2 \pm 0,02$ мм) та в групі з ізольованою патологією ОА (група 2) (ВАШ по активності становила $77,6 \pm 0,02$ мм, больовий синдром $81,3 \pm 0,02$ мм. При проведенні аналізу взаємозв'язку між рівнем гомоцистеїну та середнім результатом ВАШ по активності ОА та вираженістю больового синдрому у пацієнток в постменопаузі виявлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем гомоцистеїну, що мав нійбільш високий рівень в групі коморбідної патології (група 3), та активністю й больовим синдромом по шкалі ВАШ.

Висновки. Проведене дослідження вказує про наявність залежності між рівнем гомоцистеїну та активністю й вираженістю симптомів ОА у жінок в постменопаузі в поєднанні з ЦД-2. Враховуючи, що ЦД-2 супроводжується розвитком гіпергомоцистеїнемії, яка може розглядатися як один із провідних факторів розвитку патологічних змін у суглобах, особливо при її поєднанні з ЦД-2, відкриваються можливі нові шляхи для ранньої діагностики ОА, в тому числі у жінок в постменопаузі, а подальше вивчення молекулярних механізмів гіпергомоцистеїнемії може привести до розробки нових терапевтичних засобів для лікування широкого спектру захворювань.

*Чопорова О.І.,
Харківський національний медичний університет*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ ЛЕГЕНІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ЙОГО ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Актуальність. Незважаючи на різноманітність проявів туберкульозу легенів, наявність проявів зниження біоенергетики та пластичних обмінних процесів у організмі хворого – є патогенетичною складовою специфічного процесу. Раніше зазначалося, що на ранній стадії розвитку інфекційних

захворювань виникає сукупність симптомів дисфункції, що свідчить про залучення до цього процесу дієнцефальних утворень і структур правої півкулі головного мозку.

Метою нашого дослідження було вивчення залежності проявів туберкульозу від локалізації специфічного процесу в легенях з огляду на гендерну приналежність пацієнтів.

Матеріали та методи: під спостереженням було 95 пацієнтів, які страждають на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легенів (52,6% у правій легені, 47,3% у лівій легені). Кількість пацієнтів різної статі в обох групах були співставна. За допомогою статистичного аналізу вивчались особливості проявів клінічних ознак туберкульозу легенів залежно від його локалізації.

Результати: Пацієнти з туберкульозом правої сторони (ПТ) були трохи старшими, ніж пацієнти з лівобічною локалізацією ($39 \pm 1,87$ та $36,0 \pm 1,9$ років відповідно). ПТ частіше спостерігався у чоловіків, лівобічний туберкульоз (ЛТ) - у жінок. ПТ мав менш виражену маніфестацію захворювання, ніж ЛТ, за параметрами тяжкості туберкульозу: виділення мокроти було рідше в 1,17 рази, в тому числі її помірна кількість - у 10,8 рази рідше, слизово-гнійне - у 2,7 рази рідше; симптоми інтоксикації були відсутні в 1,75 рази частіше. Екскреція мікобактерій була отримана для ЛТ в 1,6 рази частіше, ніж для ПТ, у тому числі з помірною та масивною інтенсивністю - у 4,4 рази частіше ($p < 0,05$). Дрібнопухирчасті хрипи в ЛТ прослуховувались у 1,65 рази частіше, ніж при ПТ. У 86% хворих на ПТ та 62,2% хворих на ЛТ виявлений обмежений туберкульозний процес. Широке ураження легенів виявлено у 37 хворих на ЛТ та 14 хворих на ПТ ($p > 0,01$). Три та більше порожнини розпаду в легенях при ЛТ виявлялись у 2,7 рази частіше. До третього місяця госпіталізації у 22% хворих на ПТ спостерігалось розсмоктування інфільтрації та лише у 6,7% з ЛТ. Тривалість стаціонарного лікування склала: ПТ- $138,6 \pm 9,2$ ліжко-дні, ЛТ- $145,0 \pm 8,6$ ліжко-дні, відповідно.

Висновок: Згідно з усіма розглянутими параметрами маніфестації та тяжкості туберкульозного процесу, за правобічної локалізації запалення спостерігався більш сприятливий перебіг туберкульозу легенів, вираженість маніфестації клінічних ознак була більш помірною у порівнянні з лівобічною локалізацією туберкульозного процесу. Встановлені закономірності відповідають характеру функціональної асиметрії функцій півкуль головного мозку при інших інфекційних захворюваннях, що мають такі ж гендерні відмінності. Можна припустити, що переважна роль правої півкулі проявляється більшою тяжкістю перебігу захворювання та повільнішою динамікою лікування. Але треба враховувати й причетність анатомічних відмінностей розташування правого та лівого головних бронхів. Врахування цих особливостей може бути корисним для прогнозування перебігу, прогнозу тяжкості, тривалості та прогнозу наслідків перенесеного туберкульозу з огляду на гендерну приналежність пацієнта.

ЗАПРОВАДЖЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ СКЛАДОВОЇ ДО ЗМІСТУ ОСВІТНІХ ПРОГРАМ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ СЕКТОРУ БЕЗПЕКИ І ОБОРОНИ УКРАЇНИ

В умовах сьогодення дедалі глибшим стає усвідомлення необхідності модернізації підходів щодо дотримання принципів рівності чоловіків та жінок у безпековому секторі. Одним із свідчень цього є певні результати впровадження Національного плану дій з імплементації Резолюції РБ ООН 1325 «Жінки, мир, безпека» щодо інтегрування гендерної складової в освітні програми закладів вищої освіти сектору безпеки і оборони.

Серед інших нормативних та керівних документів силові вищі в освітньому процесі керуються Дорученням Кабінету Міністрів України від 24.10.2020 року №42465/1/1-20 «Щодо розбудови спроможності вищих навчальних закладів сектору безпеки та оборони України задля інтегрування гендерних підходів в освітній процес» та виданням «Методичні рекомендації з інтегрування гендерних підходів в систему підготовки фахівців сектору безпеки і оборони України». Зазначені Методичні рекомендації розкривають: стан, проблеми, перспективи гендерної рівності; теоретичні, правові засади та практичні питання забезпечення гендерної рівності в секторі безпеки і оборони; гендерне інтегрування в управлінських практиках сектору безпеки і оборони; особливості гендерного змісту та наповнення в освітніх практиках сектору безпеки і оборони.

Отже, стає очевидним, що наявність гендерної компетентності в умовах сьогодення стає обов'язковим компонентом не лише з точки зору як професійного розвитку і вдосконалення особистості, так і з точки зору її взаємодії із сучасним суспільством. Очевидною стає і необхідність включення в освітній процес основних знань гендерної складової щодо соціалізації особистості, ефективного використання можливостей освітнього ресурсу у спростуванні стереотипів і різного роду упереджень стосовно сприйняття жінок і чоловіків у суспільстві; подолання так званого «прихованого навчального плану», що може зумовлювати гендерну асиметрію як у закладах вищої освіти, так і згодом у суспільстві; використання фемінітивів у професійній, навчальній та повсякденній діяльності.

З огляду на це, до освітньо-професійної програми «Охорона праці» (підготовки здобувачів вищої освіти за першим (бакалаврським) рівнем вищої освіти в галузі знань 26 «Цивільна безпека» за спеціальністю 263 «Цивільна безпека»), що реалізується в Національному університеті цивільного захисту України, було включено окрему навчальну дисципліну «Гендерні основи безпеки та трудової діяльності», предметом вивчення якої є: основні положення і проблемні питання реалізації гендерної політики в умовах сучасності як у світовому, так і вітчизняному вимірах, в тому числі у

секторі безпеки і оборони України; інноваційний напрям теорії безпеки і практичної професійної діяльності як соціокультурний феномен, пов'язаний із формуванням у молодого покоління уявлень про ролі чоловіків і жінок у сучасному суспільстві, знань про гендерні стереотипи і способи їх подолання.

Програма навчальної дисципліни складається з таких модулів, як «Гендер і гендерна рівність» та «Безпека трудової діяльності: гендерний аспект». Тематика, що розкривається у межах дисципліни, від основ теорії гендеру до специфіки професійної діяльності і особливостей гендерних питань у площині силових структур, уможливорює її викладання у межах різних освітніх програм закладів вищої освіти сектору безпеки і оборони.

Тож, під час наповнення освітніх програм варто враховувати необхідність формування гендерної компетентності майбутніх фахівців і включати таку дисципліну до їх змісту.

Це забезпечить реалізацію наявної необхідності включення в освітній процес основних знань гендерної складової; сприятиме використанню фемінітивів у професійній, навчальній та повсякденній діяльності, а також дозволить віддзеркалити розбудову вишу з позицій інтегрування гендерного підходу в систему підготовки фахівців; використання можливостей освітнього ресурсу закладу вищої освіти у формуванні гендерної компетентності майбутніх фахівців за (усіма) напрямками підготовки.

Шевченко З. В.

Черкаський Національний університет імені Богдана Хмельницького

ДО ПОНЯТТЯ ВНУТРІШНЬООСОБИСТІСНОГО ГЕНДЕРНОГО КОНФЛІКТУ

Внутрішньоособистісний гендерний конфлікт – стан нервової напруги, що виникає, коли індивіду важко підтримувати стандарт традиційної гендерної ролі, або він змушений проявляти поведінку, що характерна для протилежної гендерної ролі.

Внутрішньоособистісний гендерний конфлікт може бути як конструктивним, так і деструктивним. Наприклад, гендерна ресоціалізація у відповідності до вимог сучасних реалій є невід'ємною частиною всебічного розвитку особистості. Гендерна ресоціалізація – руйнування раніше прийнятої системи гендерних цінностей та засвоєння нової.

Проте тиск гендерних стереотипів та застарілих традиційних соціокультурних норм можуть змушувати особистість дотримуватись не властивих для неї зразків гендерної поведінки (наприклад, трансгендерні люди через побоювання аутиingu, у більшості випадків, змушені проживати не своє власне життя), демонструвати підтримку патріархатній системі цінностей, табувати гендерні ролі за ознакою статі тощо. Аутинг (від англ. «outing» – вихід) – розголошення інформації про сексуальну орієнтацію або гендерну ідентичність іншої людини без її згоди.

Важливо знати, що аутинг може призвести до тяжких наслідків. Наприклад, людина, про яку розголошується її особиста інформація, може втратити роботу, житло, сім'ю і друзів, а також піддатися загрозі життю і здоров'я.

Внутрішньоособистісний гендерний конфлікт – це суто психологічне явище обмежене внутрішнім світом конкретної особистості, що зумовлюється зовнішніми факторами формування та соціалізації особистості (наприклад, вивченим сексизмом). Так, численні зарубіжні дослідження свідчать про те, що чоловіки, які засвоюють жорсткі маскулінні рольові очікування суспільства, відчують гендерно-рольовий конфлікт між ідеалом суспільства і власною дійсною маскулінністю. Це, на жаль, пов'язано з великою кількістю негативних наслідків: низька самооцінка, більш низька здатність до близькості, обмежена емоційність, тривожність, депресія, сором, агресія (Cournoyer & Mahalik, 1995; Eisler, 1995; Shepard, 2002; Thompkins & Rando, 2003; Pachankis, Westmaas & Dougherty, 2011; Cole, 2018; Gebhard, Cattaneo, Tangney, Hargrove & Shor, 2018; Gordon, 2019).

Різновидом внутрішньоособистісного конфлікту є гендерний конфлікт приналежності, який відбувається, коли індивід є членом одночасно кількох соціальних груп, в яких він займає різні статусні позиції та змушений виконувати протилежні гендерні ролі. Наприклад, жінка на керівній посаді має проявляти так звані чоловічі риси характеру та одночасно відповідати традиційним уявленням про ідеальну дружину, мати і господиню. Можна говорити про те, що гендерний конфлікт приналежності – це конфлікт між гендерною та іншими соціальними ідентичностями індивіда, коли вимоги до прототипу гендерної ідентичності заважають виконувати ролі, приписані іншим соціальним ідентичностям.

Як ми зазначали раніше (Shevchenko, 2019), сучасна людина може підтримувати доволі складну версію множинної соціальної ідентичності, однак при цьому можливі не лише зміни окремих елементів цієї ідентичності, їхнє додавання або скасування, але й цілком можливе збереження такого складного профілю соціальної ідентичності протягом усього життя людини.

Але, не виключено, що чим складніший профіль соціальної ідентичності, тим з більшою вірогідністю він може призводити до певних соціальних напружень і соціальних конфліктів.

Через загострене негативне переживання внутрішньоособистісний гендерний конфлікт може каталізувати психологічну напругу, в першу чергу, у первинних та малих соціальних групах і провокувати міжособистісні конфлікти.

Література:

1. Cournoyer, R. J., & Mahalik, J. R. (1995). Cross-sectional study of gender role conflict examining college-aged and middle-aged men. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 11–19. doi:10.1037/0022-0167.42.1.11
2. Eisler, R. M. (1995). The relationship between masculine gender role stress and men's health risk: The validation of a construct. In R. F. Levant & W. S.

Pollack (Ed.), *A new psychology of men* (pp. 207–225). New York, NY: Basic Books.

3. Shepard, D. S. (2002). A negative state of mind: Patterns of depressive symptoms among men with high gender role conflict. *Psychology of Men & Masculinity*, 3, 3–8. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1524-9220.3.1.3>

4. Thompkins, Christine & Rando, Robert. (2003). Gender role conflict and shame in college men. *Psychology of Men & Masculinity*, 4, 79-81. doi:10.1037/1524-9220.4.1.79.

5. Pachankis, John & Westmaas, Johann & Dougherty, Lea. (2011). The Influence of Sexual Orientation and Masculinity on Young Men's Tobacco Smoking. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79. doi:142-52. 10.1037/a0022917.

6. Cole, Brian & Baglieri, Michael & Ploharz, Scott & Brennan, Margaret & Ternes, Michael & Patterson, Tristan & Kuznia, Ashley. (2018). What's Right With Men? Gender Role Socialization and Men's Positive Functioning. *American Journal of Men's Health*, 13. 155798831880607. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1557988318806074>.

7. Gebhard, Kris & Cattaneo, Lauren & Tangney, June & Hargrove, Stephanie & Shor, Rachel. (2018). Threatened-Masculinity Shame-Related Responses Among Straight Men: Measurement and Relationship to Aggression. *Psychology of Men & Masculinity*. doi:10.1037/men0000177.

8. Gordon, Aqualus. (2019). Male sexual shame, masculinity, and mental health. *New Male Studies International Journal*, 8, 1-24.

9. Shevchenko, Z. (2019). Liquid identity and multiply identity: common and different in today's social identification. *Evropský filozofický a historický diskurz*, 5(4), 130–134.

Шейко А. О.

Харківський Національний медичний університет

ЧИ ТАК СТРАШНІ ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ ЯК ЇХ МАЛЮЮТЬ

Ми живемо у час, коли до питань нерівності і толерантності проявляють пильну увагу, іноді аж занадто. Так, наприклад, гендерні стереотипи перетворилися зі способу підтримання гендерної нерівності на важіль маніпулювання. Під гендерними стереотипами ми розуміємо уявлення суспільства щодо особливостей поведінки представників різних гендерів, у першу чергу чоловіків та жінок.

Так, вони мають негативний вплив і можуть заважати не тільки жінкам, але й чоловікам.

Говорячи про гендерні стереотипи, ми не можемо не згадати про ілюзію кореляції. Ми можемо її спостерігати, коли людина підтягує певні факти під свою теорію, повністю не помічаючи ті, що свідчать про зворотне. Прикладом цього може бути чоловік, який вважає усіх жінок

непунктуальними та не помічає, коли жінка приходить вчасно чи навіть завчасно, проте звертає свою увагу на найменше спізнення. Жіночим варіантом може бути ситуація неуспіху у стосунках і як результат відома всім фраза про те, що чоловіки – негідники. Так жінка не тільки буде сама бачити і відшукувати підтвердження своєму ставленню, а й вчити цьому подруг та доньок за їх наявності.

Почувши про насильство в родині в уяві частіш за все постає чоловік, який пригнічує маленьку, беззахисну жінку, дітей чи літніх людей. Проте (для когось це може стати одкровенням) існує і жіноча форма насильства, просто чоловіки не звертаються по допомогу через певні свої уявлення, принципи, а також через те, що їм частіш за все просто не вірять. До того ж, відомим фактом є те, що жіночі бійки страшніші за чоловічі через більшу жорстокість.

Хотілося б торкнутися питань історії. Як демонструють наукові дослідження, гендерні стереотипи здебільшого різняться в залежності від країни, проте є і мультикультурні. До того ж гендерні стереотипи не завжди співпадають з реальністю та виникають через наявність гендерних ролей – певних очікувань щодо поведінки представників певного гендеру. Таке ставлення до гендерних стереотипів з'явилося через зміни, що відбулися у суспільстві, так перші гендерні дослідження слугували для підтримання гендерних ролей.

І тут ми підходимо до головної тези нашої роботи, а чи насправді гендерні стереотипи настільки погані? Саме підтримку гендерних ролей ми не вважаємо такою ж вже поганою. Так з розвитком фемінізму зникли чоловіки, що боролись з драконами за тебе, а тим більш ті, хто залишався з тобою, знаючи що дракон – це ти. Дуже зрідка ми можемо зустріти чоловіка, який подає тобі руку при виході з транспорту, уступить тобі місце чи допоможе з пакунками. Так само зміни торкнулися і жінок, вони змужніли (може причина викладеного вище в цьому), чоловіки навпаки стали більш жіночними. Прогулюючись містом і споглядаючи сучасну молодь не завжди можна визначити чи зрозуміти хто перед тобою.

Своєю роботою ми хотіли підкреслити важливість споглядання на одну й ту саму проблему під різними кутами та відстоювання об'єктивної точки зору на різні явища, у тому числі і гендерні стереотипи.

*Шкодін А.В.,
Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи*

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА СТАТЕВОЇ НАЛЕЖНОСТІ: ПРОБЛЕМИ ТРАНСГЕНДЕРНОГО ПЕРЕХОДУ

Визначення статевої належності є одним з видів судово-медичної експертизи, що проводиться у відділах потерпілих, обвинувачуваних та інших осіб обласних (міських) бюро судово-медичної експертизи МОЗ

України. Даний вид судово-медичної експертизи проводиться у зв'язку зі зверненням особи до суду у випадках зміни паспортного ім'я та юридичної статі.

У «Правилах проведення судово-медичних експертиз (обстежень) з приводу статевих станів» Наказу №6 МОЗ України від 17.01.95 р. майже відсутня інформація щодо алгоритму дій судово-медичного експерта при обстеженні осіб чоловічої статі при визначенні статевої належності. У п. 2.9 «Правил...» зазначено, що при дослідженні осіб жіночої статі дана експертиза проводиться комісійно за участі акушера-гінеколога, ендокринолога, уролога та психіатра, що при необхідності проводиться стаціонарне ендокринологічне дослідження, з'ясовується загальний розвиток суб'єкта, розвиток зовнішніх і внутрішніх статевих органів, стан вторинних статевих ознак, наявність і характер статевого потягу, психічний розвиток, характер виділень із статевих органів. Незважаючи на відсутність змістовної інформації в «Правилах...», судово-медичним експертам все ж потрібно бути готовими до проведення даного виду експертиз.

Трансгендерний перехід – це процес зміни гендерної ролі людини та його тіла відповідно до внутрішнього сприйняття, так званої гендерної ідентичності. У різних країнах шлях трансгендерного переходу різний, але в Україні він регламентується Наказом МОЗ України №1041 «Про встановлення медико-біологічних та соціально-психологічних показань для зміни (корекції) статевої належності...» від 05.10.2016 р. Згідно діючого Наказу №1041, підставою для зміни паспортного ім'я та юридичної статі є «Медичне свідоцтво про зміну (корекцію) статевої належності», яке заповнюється лікарями загальної практики - сімейними лікарями в центрах первинної медико-санітарної допомоги. У свідоцтві повинні бути визначені медико-біологічні і соціально-психологічні показання для зміни (корекції) статевої належності, а також на яку статеву належність було проведено зміну (корекцію) та обсяг медичного втручання в закладах охорони здоров'я (ендокринологічна терапія, хірургічне втручання). Медико-біологічними показаннями слід вважати психічний і поведінковий розлад «транссексуалізм», соціально-психологічними - дискомфорт або дистрес, що обумовлені розбіжністю між статевою ідентичністю індивідуума і статтю, встановленою йому при народженні (і пов'язаними з цим гендерною роллю та/або первинними і вторинними статевими ознаками).

Таким чином, для зміни (корекції) статі необхідними є: 1) наявність діагнозу «транссексуалізм»; 2) наявність факту зміни (корекції) пола після хірургічного втручання та (або) ендокринологічної терапії. Діагноз «транссексуалізм» (F64.0 за МКХ-10) встановлюється лікарем-психіатром після тривалого обстеження та лікування. В Україні з 1989 по 2011 рр., з заявою змінити стать звернулися 564 особи (107 чоловіків та 457 жінок), з яких тільки у 190 випадках (33,7%) був встановлений діагноз «транссексуалізм» та дозволена хірургічна корекція статі. Серед цих 190 випадків, хірургічну корекцію статі згодні пройти 182 особи (95,8 %).

Решті осіб (76,3 %) відмовлено у зміні (корекції) статі, у зв'язку з наявністю інших психічних розладів, генетичних хвороб, гермафродітизму.

Якщо наявність діагнозу «транссексуалізм» не викликає сумнівів, то обов'язковість хірургічної корекції для зміни статі викликає питання. Чи потрібна хірургічна корекція статі в умовах сьогодення? У закладах охорони здоров'я така хірургічна операція буде дуже коштовною та неможливою для низки осіб. Вартість такої операції становить, наприклад, у клініках США – 15 тис. доларів, у Німеччині, Австрії – 10-12 тис. євро, в Україні – 5 тис. євро. Ціна повної гендерної трансформації, з урахуванням гормональної терапії, складає втричі більше. Що робити у випадках, коли нема коштів на операцію? Мріяти або піти шляхом Іспанії, Польщі, Швеції, Австрії, Німеччини, які вже відмінили обов'язкову хірургічну корекцію пола у осіб, які дійсно потребують зміну громадянської статі за медико-біологічними показниками?

*Юрко К.В., Меркулова Н.Ф., Лєсна А.С.
Харківський національний медичний університет*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ COVID-19

Актуальність. За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я у світі зареєстровано близько 123 млн. підтверджених випадків захворювання на SARS-COV-2, з них 2,71 млн. летальних випадків. Пандемія на COVID-19 триває вже більше року та має великий вплив на повсякденне життя населення в усьому світі, а також завдає непоправної шкоди на організм людей, які перехворіли на COVID-19.

Мета. Проаналізувати гендерні особливості клінічних проявів COVID-19.

Матеріали та методи. Було проаналізовано 50 історій хвороб пацієнтів, які були госпіталізовані та отримували лікування в Обласній клінічній інфекційній лікарні м. Харкова з листопада по грудень місяць 2020 року. Середній вік пацієнтів становив $63,5 \pm 5,3$ років. За гендерним складом чоловіків і жінок була рівна кількість. Жінки були госпіталізовані на 6 ± 2 добу, а чоловіки на 9 ± 2 від початку захворювання. Діагноз COVID-19 у всіх пацієнтів був підтверджений при дослідженні назофарингеальних мазків методом полімеразної ланцюгової реакції. Для підтвердження наявності запалення легень проводили рентгенографічне дослідження органів грудної клітини, у всіх пацієнтів були виявлені двобічні полісегментарні затемнення за типом «матового скла». Дані пацієнти потребували додаткової дотації кисню.

Результати дослідження. За гендерним складом пацієнти були поділені на групи. Під час госпіталізації жінки скаржилися на підвищення температури тіла у межах $37,8 \pm 0,5^\circ\text{C}$ – 17 (68%), головний біль – 9 (36%), виражену загальну слабкість – 12 (48%), сухий кашель – 15 (%). Об'єктивно прояви дихальної недостатності I-II ступеня, а саме: $\text{SpO}_2 < 93\%$, відчуття

нестачі повітря у 81%, змішана задишка у 76%. У 79 % жінок перебіг хвороби ускладнювався наявністю коморбідного захворювання, а саме: гіпертонічна хвороба – 21 (84%), цукровий діабет – 13 (52%), ожиріння – 11 (44%), онкологічні захворювання – 5 (20%), фібриляція передсердь – 7 (28%) пацієнток. У 9 (36%) хворих були діагностовані ускладнення у вигляді: порушення серцевого ритму – 4 (16%), набряку легень – 3 (12%), розвитку синдрому поліорганної недостатності – 2 (8%).

Більшу кількість чоловіків при госпіталізації мали скарги на підвищення температури тіла до $38.9 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$ – 19 (76%), ломоту у тілі – 11 (44%), незначну загальну слабкість – 9 (36%); дихальна недостатність була більш виражена та прояви відповідали II-III ступеню: $\text{SpO}_2 < 90\%$, частота дихальних рухів 27 ± 2 за хвилину, виражена задишка у 64%, відчуття нестачі повітря у 71%, акроціаноз у 24%. Перебіг хвороби у чоловіків ускладнювався наявністю коморбідного стану, а саме: гіпертонічною хворобою – 7 (28%), хронічним бронхітом – 9 (36%), виразковою хворобою шлунку – 5 (20%), бронхіальною астмою – 4 (16%), наявністю наслідків гострого порушення мозкового кровообігу в анамнезі – 8 (32%), цукровим діабетом – 5 (20%) пацієнтів. У 15 (60%) пацієнтів спостерігалися ускладнення у вигляді: гострого порушення мозкового кровообігу – 4 (16%), інфаркту міокарда – 2 (8%), тромбоемболії легеневої артерії – 5 (20%), гострі тромбози судин нижніх кінцівок – 3 (12%), набряк легень – 1 (4%).

Висновок. Таким чином, чоловіки мали більш тяжкий перебіг хвороби, ніж жінки. Перш за все така ситуація зумовлена більш пізнім зверненням за медичною допомогою, а також наявністю тяжких, декомпенсованих коморбідних станів в анамнезі хворих, ніж у жінок. У досліджуваній групі чоловіки мали ускладнення – 60%, а жінки - 36%.

СТУДЕНТСЬКА СЕКЦІЯ STUDENT SECTION

*Adesegun Kuye Jacobs,
Kharkiv National Medical University
Scientific adviser: Prof. K. Karpenko*

INFLUENCE OF MOTHER'S HEALTH ON PRENATAL AND POSTNATAL GROWTH

The wellbeing of a nursing mother whether before, during and after conception, is an important discuss in the world of science as regards infant health issues and this should be considered to be critically issues both for people, society and the world, and from a human rights and well-being viewpoint. This is because the physical health of mothers (maternal) and lifestyle during birth will influences on the total well-being of child and raises the chances of chronic diseases that can occur later in life. Such decisions, including keeping a healthier lifestyle, physical activity and preventing risky behaviours (e.g., smoking, illegal substance usage, alcohol use and inappropriate sexual behaviour), which have a greater ability to influence the infant's development.

Over the years, Obstetrician & Gynaecologist alongside paediatric Doctors and Medical Researchers have revealed various risk factors that are permeable during a pregnancy term which can greatly affect the infant's normal physiological growth and development. Some of these risk factors are idiopathic, or due to the bodily changes that occurs during pregnancy, while some are due to ill-maintenance of health by the pregnant mother, whose predisposition on sustaining a generally acceptable Healthwise decisions were obscured.

For a case in point, due to various hormonal changes that occurs to mothers during pregnancy, there is an increased appetite experienced by pregnant mother. This condition could lead to maternal obesity which is an infectious condition that is poor and inhospitable not only for the pregnant woman but also for her foetus. The complication of breastfeeding, including an elevated diabetically prevalence, high blood pressure, pre-eclampsia, premature pregnancy, and labour loss that necessitates emergency caesarean delivery or sometimes still-birth [1]. The post-partum complication of maternal obesity has being discovered to greatly affect normal development of the child

Furthermore, perinatal mental health applies in the first and second year of conception to a woman's mental health. This involves pre- and continuing pregnancy mental health issues, as well as mental health problems that worsen or become seriously aggravated for the first time during the perinatal era. Depression and anxiety are the most frequent issues as regards the mental health of the pregnant mother during pregnancy: statistically, about 12% of females were found to suffer depression, and 13% were found to be perpetually anxious, and many mothers suffered both. It has been well established that preterm labour and adverse child performance and greater social, behavioural and emotional issues have been

linked with problems with maternal mental health during pregnancy [2]. Studies have also found that there are consequences of the exposure to such prenatal risk factors, such as maternal alcohol uses, cigarette smoking, and drug use SSRI, which were illegal/illicit therapy for maternal depression, anxiety, and family stress.

Also, a recent research paper published, studies shows that Maternal Iron Deficient Anemia of varying degrees of Moderate severity with severe PE would leads to an increase of the kidneys Fatty Capsules of newborns. The latter fact may be one of the mechanisms that lead to kidneys damage of such newborns, which in turn leads to an impendent of normal bodily growth and developments [3].

Lastly, the problem of idiopathic Gestational diabetes which is a common prepartum complication, in which spontaneous high blood glucose level develops during the course of pregnancy. It has been discovered to affect about 14% of pregnancy worldwide. The complication of this pathology may lead to problems in the post-natal life of the infant.

In conclusion, the period of intra-uterine pregnancy is a period whereby specific and intentional health decisions are made to sustain the growing fetus. Each of such decisions are permeable for both prenatally and post-natal all-round growth of the infant. Conscious health choices must be taken in order to sustain the health of the mother and the fetus. These thoughts would greatly decrease pregnancy complications and post-natal problem of infant especially in underdeveloped socio-economy.

References

1. Coleman H.A., Parkington H.C. (2016) Maternal Obesity in Pregnancy: Consequences for Brain Function in the Offspring. In: Walker D. (eds) Prenatal and Postnatal Determinants of Development. Neuromethods, vol 109. Humana Press, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-3014-2_10.
2. Reichman, N.E., Corman, H., Noonan, K. et al. Effects of prenatal care on maternal postpartum behaviors. *Rev Econ Household* 8, 171–197 (2010). <https://doi.org/10.1007/s11150-009-9074-5>
3. Kuye A.J et al. Morphological features of the fatty capsule of the kidneys of newborns developing under maternal preeclampsia and iron deficiency anemia conditions (2020) UDC: 616.61-091.8-053.1-02:618.3-06:616.8-009.24-005.4

*Bindushree Byralingaiah,
Kharkiv National Medical University
Scientific adviser: Prof. K. Karpenko*

GENDER PROBLEMS IN INDIAN CULTURE

India is a patriarchal country, with a prevalence of male dominance. Here there were constraints imposed upon women in terms of a number of aspects which include acquisition of education, employment opportunities, and so forth. Being

born a girl in many homes was a death sentence and unfortunately, gender norms created a snag for women.

Often girls were not sent to school. Discrimination started from even before the birth of girl child. She was killed as a foetus and if she still manages to see the light of the day she was killed as an infant. Right from the birth, girls and boys are expected to play certain roles and behave in certain way based on traditions, religion and other beliefs by the society. It was believed that in order to get the female child married, her parents would pay huge dowry to the male and she would yield no returns upon investment and hence preferences was given to male children. Most of the parents felt that male children were more responsible.

Women were made off way to early for forced pregnancy and also suffered domestic violence. From the initial stage women were trained in terms of implementation of household responsibilities and taking care of needs and requirements of family members. Kitchen was her only place. They were expected to sit at home and bear children while men go out and make the money. This led to a massive gender imbalance at workplace. As women enter the workforce they are already entering an unequal landscape that has traditionally been structured for men to succeed in. Gender bias in hiring, personal questions about marriage and maternity, harassment during work, pay disparity and far more are the few challenges women face.

For the overall well-being and growth of the nation, the Indian government scores high on gender equality as the most crucial aspect. Getting laws into actions like Pre-natal diagnostic techniques act to stop female foeticide, Medical termination of pregnancy act, Dowry prohibition act, Beti Bachao, Beti Padhao campaign that prevents female foeticide and educates the girl child. The sexual harassment of women at workplace act, Domestic violence act, The equal pay act, the Maternity benefits act, and many more. India in an attempt to improve has amended the maternity benefit act and has the third highest-paid maternity leave policy in the world.

Women started outshining men in many fields. Savitribai Phule, Indian social reformer who opened a school for girls in 1848. Kadambini Ganguly, the first woman medical graduate. Shakuntala Devi is known as the “Human-computer” and ironically she never went to school. Kalpana Chawla, the first Indian woman to go to space. Sudha Murthy, chairman of “Infosys Foundation” was the only woman in her University while she was pursuing her engineering degree. Anuradha TK, Ritu Karidhal and Nandini Harinath, women scientist who took India to space in the Mangalyaan mission – the mission to Mars. Ms. Supriya V. Vartak and Ms. Divyaanka Iyer, women-scientists who discovered the molecule that can be used in drugs that fight cancer.

Today by taking inspiration from many women achievers, women are found to be working in all fields and they are distinguishing themselves in every sector. Thus, we should see gender as a spectrum instead of two sets of opposing ideals.

*Dhruv Malhotra,
Kharkiv Institute of Medicine and Biomedical Sciences
Kyiv Medical University
Scientific adviser: As.-prof A. Lantukh, As.-prof I. Lantukh*

GENDER ASPECT OF HUMAN REPRODUCTIVE FUNCTION

Procreation is the main function of a person in his life. But the reproductive function, the function of procreation, is invaluable to every human being. However, not everyone can use it. In Ukraine, there are 15-17% of infertile couples. Approximately in 35% of cases women are "guilty", another 35% - men, the other cases are "on the conscience" of both. Deterioration of reproductive health has long been evidenced by doctors. But if the health of girls is regularly monitored by doctors, then almost no one deals with the reproductive health of boys. Only as adults do they learn about their problems. Science does not give the exact reasons for the disturbance of spermatogenesis. Half of the men surveyed for infertility had no organic disorders. According to WHO experts, among the factors deteriorating male fertility in the first place are psychosexual disorders, female fertility - psychogenic sexual dysfunction. That is, we can conclude that the higher the level of aggression and anxiety in society, the more stress we have, the lower the birth rate is. They might be right, but then the number of infertile couples in our country should decrease. After all, life has become more predictable. However, the problem of fertility is relevant for quite prosperous in the material sense of Western countries.

Does nature ban reproduction? But why? According to one version, the improvement (deterioration) of the demographic situation directly depends on the moral and emotional state in society. As an example, scientists cite declining mortality and rising birth rates in the early 1990s. Reproductive energy was fueled by the rise of hopes for a new, happy and dignified life of perestroika.

*Divyansh Kumar, Khushi Bhatia, Vanshika Singh
Kharkiv National Medical University
Scientific adviser: Prof. K. Karpenko*

GENDER PROBLEM IN MEDICINE

To start with let's have an overview of how gender and health are interrelated.

Gender as we all know either of 2 sexes that is male or female and on the other hand Health defined as a complete state of well-being mentally, physically, emotionally and reproductively.

Gender influences health not directly in many cases but indirectly in most cases. Taking some points in account for example like physician-patient relationship may be influenced by gender related social perceptions and there are many more.

Living in a society where gender biased situations is more common, impact can be seen in medical treatments of/between two genders. For instance take

reproductive health; both male and female have different requirements for maintaining a good reproductive health. And more precisely females are at a higher risk than males and this is because of the complexity and many other factors also.

Let's talk about CPR (cardiopulmonary resuscitation), a medical procedure that combines combinations of the chest and is given to a person who has had a heart attack. Suppose you walking on a street and someone suddenly collapse due to cardiac arrest. Would you give a CPR? Yes, definitely but what if that unlucky person who had cardiac arrest was a women. On a recent study by researchers shows that women are less likely than men to get CPR from a bystander and leading to their deaths. "39% of women who had a cardiac arrest in a public place were given CPR, versus 45% of men" – says the research funded by American heart association and National Institute of Health [3].

Such situations give rise to a most asked question that why is gender still a problem in medicine in this modern world.

There are many reasons which contribute to in which force arises such situations. Let's discuss a few of them:

a) Sexual Abuse, faced by many females as a physician or also as a patient is one of the major causes.

b) Division of jobs, the second main reason in most societies, there's an inherent belief that men are simply better equipped to handle certain jobs.

c) Education, another main factor, due to lack of sex education at several places in society like in some places of Belgium, India, China etc [2].

And many more reasons like that which leads to such situation in societies. To avoid such a situation several steps like introducing sex education in schools and more importantly teaching the youth for practicing no gender-based applications.

References

1. Gender and Health / Overview retrieved from https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1 17.04.2021
2. Sex education / Retrieved from <https://www.studyinternational.com/news/sex-education/> 17.04.2021
3. Statistics. Retrieved from <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/healthcare-gender-bias-women-pain> 17.04.2021

Hazar Abbas

Kharkiv National Medical University

Scientific adviser: As.-prof M. Shcherbina

GENDER AND CHERNOBYL

The whole world knows about the Chernobyl disaster, but in modern journalism and even in most scientific studies, the liquidator is described as a man-hero.

However, according to statistics from the National Museum «Chernobyl» in Kiev, 10 percent of the 600,000 liquidators, 60,000 are women. These are engineers, doctors, employees of passport offices, food industry workers and others [1].

The main consequences for the health of both liquidators and affected women are considered to be an increase in the frequency of detection of oncological diseases, in particular, three so-called «early cancers» that develop from 2-5 to 30 years after exposure – these are thyroid cancer, leukemia, breast cancer.

Women liquidators have a higher incidence of thyroid cancer, and scars from removal of the thyroid gland as a result of cancer treatment were described by this cohort as the "Chernobyl necklace." The incidence of breast cancer was dose-response dependent.

The national report of Ukraine on the occasion of the 25th anniversary of the Chernobyl disaster reports that the incidence rate in the Women-liquidators of the accident has increased during 1990-2004. 1.9 times compared with non-irradiated; and among female victims (evacuated from the disaster zone) - by 1.6 times [2].

The forecasts for an increase in the incidence of lung cancer, bladder cancer and multiple myeloma among the participants in the liquidation of the 1986 accident are confirmed.

References

1. Чорнобиль [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: https://gazeta.ua/ru/articles/life/_eksklyuziv-ko-dnyu-likvidatora-istoriya-zhenschinyatomschika/874357.
2. Двадцять п'ять років Чорнобильської катастрофи. Безпека майбутнього. Національна доповідь України. – К.: KIM, 2011. – 355 с.
3. Beyond Chernobyl: Women Respond / Corin, Fairburn Bass and Janet Kenny, eds. – Sydney, Australia: Envirobook, 1993
4. Hatch M., Ron E., Bouville A., Zablotska L., Howe G. The Chernobyl disaster: cancer following the accident at the Chernobyl // Nucl. Power Plant. Epid. Rev. – 2005. – 27. – P. 56–66.

*Ihtasham Ul Haq,
Kharkiv National Medical University
Scientific adviser: Prof. K. Karpenko*

GENDER INEQUALITY IN PAKISTAN

I have always wondered how it's like to walk on a Road with my female friends after sunset without the fear of being judged by the alarming of a man sneaking around and we will be in Danger.

It's weird Living in Pakistan PK, in the same city, in the same century, in the same year, hour and minute in the same minute but frightened of the opposite Gender.

From the beginning, I have seen my mom never going out without my Dad for any of the activities, me being little and thinking why is that? I have never understood why it works like this. While I have also noticed sometimes men have their old boys' Network, Bro-codes, and other ways of collaborating and supporting each other, I haven't seen so much happening between women.

Until now, I have heard many stories of Girls Not being able to Complete their studies because their Parents want them to see in a Red Dress instead of a Black coat and a hat, stories where I have covered up myself but still being gazed at terribly by man, the story where I'm being Bashed for doing something for my Happiness, I remember every time I was not listened by my family, stories where I am guilty of doing the best I can do for me as well as for everyone. I see myself in every girl.

When I say I understand them It means I feel them. I can feel how that genius Girl in my school wished to be an Engineer, but her Dreams were ignored. I can feel how my cousin does not meet her friends after marriage because her in-laws don't allow her to.

What if my uncle doesn't let my cousin's husband go out with friends, weird right? A friend of mine told me where they have an industrial visit for their final year project and the girls of their batch aren't allowed to go only boys are because males can handle them. However, traditional values and Expectations of women within the family and society persist. Even in modern societies, women still face discrimination in the workplace and have unequal access to career opportunities. They are over-represented in the lower levels of the organization but are under-represented in managerial and top leadership levels.

“Nature has placed mankind under the governance of two sovereign masters, pain and pleasure....it is the greatest happiness of the greatest number that is the measure of right and wrong”, — Jeremy Bentham (utilitarianist philosophy of liberalism). What is morally right or wrong is dependent on whether one obtains pleasure or pain from it respectively. Meaning – one can do whatever he desires for pleasure as long as it doesn't harm anyone else.

Islam:

بِهِ وَقَلْ عِيسَى بْنُ مَرْيَمَ عَلَيهِمَا السَّلَامُ وَخَتَمَ عَلَى قُلُوبِهِمَا وَجَعَلَ قُلُوبَهُمَا غَافِلِينَ وَأَسْوَءَ الْبَشَرِ لَكُمُ الْمَرْءُ الْقَائِمُ عَلَى الْغُلَامِ الْفَاسِقِ
أَفَلَا تَذَكَّرُونَ ۚ اللَّهُ يَدَّبَعُهُ مِنْ دُونِهَا ۚ فَهِيَ قَوْمٌ لَا يَخْشَوْنَ ۚ وَجَعَلَ عَلَى

Quran: Al-Jathiya, Ayah 23

Finally, all of it gave me my definition of gender equality. I am talking about gender equality where I have the support of my father my brother my uncle, my husband, my cousin and my male friend and so on. I urge gender equality in the face of respect from any man out there for every woman. Not only for the women of their homes but for the women of the world where they stand with my decision, not against my decision. Where my father knows if his son can set up a business at the same time he can say with surety that his daughter has the power to run the business. It's a fight against abusers not against man in any form, for everyone to have freedom and experience equality.

Equality in my eyes is treating people, in the same way, does not matter whatever their gender is, and giving each person the opportunity to achieve the same outcome as the next person regardless of their situation. Whenever the word gender equality comes up people start to get disconcerted by the topic. The first word in mind why? Because we as a country as a citizen as a mother as a father brother sister friend male or female and so on are not ready to understand the term.

I believe Man is a Supporter of a woman so do women are Supporters of Men. Equality is also not about achieving the same results. Gender equality does not mean equal opportunity in every space. A small woman is not able to carry the same weight as a strong man. Maybe women cannot run as fast as men. What it does mean is that in their own space each should be equally respected and feels appreciated.

I do not believe in the superiority of women if she is dominating a man neither I believe in the superiority of a man if he is dominating a woman. Superiority belongs to only theocentric. I want to see that every woman in my world has the right to not be afraid of going somewhere if she is not travelling with any of the male guards. Her dreams are not getting neglected for the sake of her marriage.

This quote by Gloria Steinem always makes me believe in Gender Equality: "A Gender Equal society would be one where the word "Gender" does not exist: where everyone can be themselves".

Satveer,
Kharkiv International Medical University
Scientific advisers: As.-prof A. Lantukh, As.-prof I. Lantukh

HEALTH IN THE GENDER DIMENSION

Boris Uralnis was the first one who stated the need for a gender approach to health issues in the 1960s. He was prompted to do so by modern reality. Although men die more often, the level of health of women, paradoxically, is lower. Thus, the proportion of chronically ill women is 1.3 times higher than among men. 3,5% of men and 4,5% of women suffer from coronary heart disease; hypertension – 5,5% of men and 12% of women; osteochondrosis – 3,2% of men and 6,2% of women; gastritis, colitis, and dysbacteriosis – 7,4% of men and 9,4% of women; kidney disease - 2% of men and 4,2 women. As practice shows, men are more susceptible to diseases of the cardiovascular system, but when complications occur, women's survival is lower. The reasons are in the fact that a man has always been the standard of the object of medical intervention. Surgical instruments, doses of medicine, methods of care were developed under his organism. Plus, there is insufficient quality of diagnosis and treatment. Physicians, convinced that the risk in the weaker sex is lower, often simply ignore the symptoms, and in recent years in the age group of 35 years, female mortality from myocardial infarction has doubled comparing to men.

Health care itself has become an instrument of gender discrimination. The terms of hospitalization and indications for it have been reduced, the volume of medical services for the elderly and psychiatric patients has decreased. The care of these patients falls on the shoulders of women because they are more inclined to charity and self-sacrifice.

As we can see, health care reform should take into account the gender dimension of health to address it more optimally.

CAREER OR FAMILY: THE CHOICE OF WOMAN IN THE NOWADAYS CONDITIONS

Throughout the ages family has supposed to be one of the most important value of the human's life and reliable way of safety against negative fleeting changes of the outside world, place where it is always possible to obtain support, understanding and comfort. However, with the intensive industrial development, occur new threats of creating a strong family. As a result, it leads to the difficulties of cognition of the real joy of motherhood. A new technology of childbirth is precisely this danger.

Today it is considered to be real for parents to choose in advance a child's gender and even to program IQ level, to decide which personality traits and appearance their child will have.

The embryos implantation, growing them in vitro, the possibility of taking a pill that will cause the birth of twins or triplets, and even the opportunity to come to the «bank with embryos» and just to buy embryos – all of these things extend so far beyond the values of family experience, that it is needed to look into the future rather with the eyes of a poet or a painter than of a sociologist or a traditional philosopher.

By the achievements in science, technology and reproductive biology, traditional concept of family and its affairs might be quickly removed. In a consequence, if children will be born with the help of these methods, occur difficulties in understanding of the term motherhood and in woman's representation of herself. It is also important to take into account that the society since the dawn of time has believed that the main mission of a woman is to give birth and to raise children for the saving of family accomplishment. That is how the ending of special relation to motherhood is coming. Since ancient times for the majority of women the natural cycle of childbirth satisfies their main creative demand, they are proud of their ability to give new life. This special aura of pregnant women has even found its own wide reflection in art and literature of different cultures and nations of the whole world. If a child in the literal sense is not woman's inheritor, but it grows from the genetic «privileged» ovum that was transferred to her womb from another woman or from the petri dish, the misrepresentation of imagination about the motherhood cult will happen. In this case, women will have the public attention not because of their ability to give birth.

Eventually women will wonder, wouldn't it be better to build career at first, and only after that with the help of artificial technologically advanced methods care about appearance of their heritors. This can lead to the change of the family structure in general. It will get the easiest form: a woman and a man. Two people that might have similar views of life and common sphere of professional activity can more effectively and successfully overcome social misfortunes, difficulties in

learning, changing of the working place and moving from one place to another than families with children. One compromise in this case will be delaying of childbirth. When the process of childbirth will be separated from its biological basis, nothing but traditions can force people to have people in the young age.

That is how, taking into account the tendencies to rapid social improvements and the opportunities of scientific and technological spheres, members of superindustrial society can be forced to creating of new family forms. Nowadays there are a lot of modifications in our society, families time after time change their houses and surrounding, people depart further from their parents and traditional valuables. At the same time happens the redefinition of the woman's social role and her main role of the whole life.

*Безиляга І. С.,
Харківський Національний медичний університет
Науковий керівник: Москвін Я.М.*

АРТ-ТЕРАПІЯ: ЛІКУВАННЯ МИСТЕЦТВОМ

Арт-терапія вивчена ще *не досконало*, тому взявши цю тему я б хотіла дослідити нові тенденції арт-терапії для психології та соціології. В підготовці були проведені практичні дослід з людьми різного віку, статі, психічного та соціального здоров'я. Була проведена робота зі студентами, дітьми в дитсадках, дорослими людьми та декількома хворими пацієнтами в лікарнях. Методами дослідження були: дослідження літератури, спілкування з фахівцями, експериментальна частина з пацієнтами, аналізування отриманих результатів дослідження.

Актуальність проблеми також зумовлюється згубним впливом пандемії на нефізичний благоустрій особистості. Арт-терапії є ще одним з варіантів лікування деяких захворювань (навіть інфекційних\вірусних) або хоча б полегшення їх стану. Поспілкувавшись з лікарями Миколаївських лікарень, на підставі їх слів, можу стверджувати, що це реально. *Приклад з життя «Зцілена ГАЛАТЕЯ»:* дружина художника Сальвадора Далі прожила до 88 років зі страшним діагнозом туберкульоз. Її врятувала арт-терапія, а саме живопис.

Практична частина роботи була проведена серед жінок та чоловіків різного віку та соціального положення.

Завдання практичної частини: 1. Визначити психоемоційний стан людини під дією арт-терапії (малювання) 2. Дослідити за допомогою арт-терапії зміну внутрішнього стану людини на початку тижня та по його закінченню. 3. Знайти та допомогти вирішити проблеми пацієнта. 4. Спостерігати за змінами роботи залежно від змін настрою або чинників. навколишнього середовища (погоди, стосунків з оточуючими, успіхів, розвитку пандемії, тощо).

Проведене власне дослідження:

1) Спілкування з лікарями харківського міського психоневрологічного диспансеру та визначення їх ставлення до методу арт-терапії.

2) Через пандемію не вдалось поспілкуватись з пацієнтами психоневрологічного диспансеру для порівняння із здоровими пацієнтами, але проведена дослідницька робота через лікарів. Завдання для пацієнтів: намалювати схід та захід сонця за вибором. Зроблено висновки та розбір роботи.

3) Проведене дослідження серед студентів харківського національного медичного університету різного віку, статі та соціального положення. Завдання для пацієнтів: намалювати схід та захід сонця декілька раз на тиждень та під час різного емоційного стану. Розібрано роботи та зроблено висновки.

4) Проведене дослідження серед людей більш дорослого віку (30-70 років) різної статі та соціального становища. Завдання для пацієнтів: намалювати схід та захід сонця декілька раз на тиждень та під час різного емоційного стану. Розібрано роботи та зроблено висновки.

Лікарі-психологи підтримують методи лікування мистецтвом, вони вважають терапії на підсвідомому рівні є більш ефективними для пацієнтів с психоневрологічними розладами, їх психічний стан нормалізується та «розставляє все по полицях».

Роботи пацієнтів психічного диспансера показали нечіткість та неоднозначність психо-емоційного стану, поведінки та думок. Всі малюнки показали загострення проблеми становлення особистості та «пошуки себе». При розборі робіт студентів визначено, що дівчата проявляють більш емоційний характер вираження своїх почуттів на малюнку ніж хлопці. Але хлопці виявили свою співчутливість та чуттєвість в роботах, з віком це виражено більш чітко. За тиждень під впливом настрою та факторів навколишнього середовища абсолютно однакових малюнків навіть однієї особи не було. Всі роботи різняться та дають змогу розібрати стан пацієнта на той час. Серед людей старшого віку роботи показали відмінність соціального становища. Люди з більш забезпеченого кола малювали стійкість та конкретність. Особи трішки нижчого соціального кола малювали мрійливість – уособлюючи в малюнку нездійсненність бажаного результату.

Висновки. Всі учасники експерименту визнали, що під час карантину їх психічний та соціальний стан здоров'я погіршився. Знайшовши себе в арт-терапії вони засвідчили, що малювання відволікало їх від оточуючих проблем та давало виразити свої переживання на аркуші. З кожним днем пацієнти відчували полегшення емоційного стану та покращення настрою після зробленої роботи.

Література:

1. Тараріна О.В. Арт-коучінг. Техніки простих рішень. - К., Астамір-В, 2015.
2. Тараріна О.В. Глибинна арт-терапія: практики трансформацій - К., Астамір-В, 2017.
3. Тараріна О.В. Практикум з арт-терапії в роботі з дітьми. - К., Астамір-В, 2018.

4. Тараріна О.В. Супервізія в арт-терапії: складні випадки та делікатні теми в роботі психолога. - К., Астамір-В, 2018.
5. Тараріна О.В. Тканева терапія в роботі з різними категоріями клієнтів. - К., Астамір-В, 2016.
6. Арт-терапія. Інноваційні психологічні технології. Випуск 2. Зоряна Михальська - Арт-терапевтичні аспекти роботи - Київ-Тернопіль 2016.- 229-237 с.
7. Болтарович З.С. Народна медицина українців,- К. 1990. - 168 с.
8. Арт-терапія в роботі практичного психолога: арт-терапевтичні технології в освіті
9. Базыма Б. Цветовая символика и психодиагностика
10. Видання «Метод Мандала».
11. Сью Дженнінгс. Сны, маски и образы. Практикум по арт-терапии.
12. Видання «Арт-терапія для дітей та їх батьків».

*Бутко В. В.,
Харківський національний медичний університет,
Науковий керівник: доц. Кутирьова В. І.*

КРИЗА МАСКУЛІННОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКІВ У СУЧАСНОМУ УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Актуальність обраної теми визначається тим, що гендер здійснює значний вплив на структурування ризиків для здоров'я чоловіків, визначаючи специфіку сприйняття чоловіками власної тілесності, способи психічної та соціальної адаптації чоловіків до хвороб. Це знаходить відображення у різних соціально-медичних аспектах здоров'я, обумовлених особливостями способу життя чоловіків відповідно до принципів нормативної маскулінності, умов гендерної соціалізації тощо. Тож *мета дослідження* - висвітлити гендерні особливості здоров'я чоловіків в сучасному українському суспільстві.

Про чоловіче здоров'я як серйозну соціальну проблему західні суспільствознавці почали говорити у 1970-х роках. Незважаючи на те, що медицина займалася цією проблемою набагато раніше, медичні моделі часто залишали в тіні соціальні причини специфіки тих чи інших хвороб. Звертались до цієї проблеми і демографи, занепокоєні підвищеною чоловічою смертністю. Передумовою до переходу від аналізу окремих чинників чоловічого нездоров'я до системного аналізу чоловічого здоров'я стали феміністські гендерні студії.

Вельми продуктивним аспектом гендерних досліджень залишається вивчення нормативної маскулінності. Так, відповідно до теорії Р. Коннелла будь-яке суспільство характеризується наявністю різних типів маскулінності, на вершині ієрархії яких знаходиться так звана гегемонна маскулінність. Головними її ознаками є чоловіча влада над жінками, культура фізичної сили, емоційна невиразність та висока змагальність. Вироблення і успішна

симуляція рис гегемонної маскулінності може сприяти соціальному успіху чоловіків, але одночасно значно збільшує ризики для їх здоров'я.

Особливо гостро ця проблема проявляється в умовах зростання кількості кризових ситуацій у суспільстві. Страх не виправдати покладених на чоловіків очікувань, породжує у них синдром «маскулінності, що не відбувалася», сприяє посиленню депресивних станів, соціальної апатії, схильності до суїцидів, «вивченої безпорадності». Такий феномен нездатності чоловіків відповідати суспільним очікуванням до них, що призводить до розповсюдження всіляких деструктивних суспільних практик, отримав назву «криза маскулінності». Нові соціальні виклики, стресова робота, фінансові труднощі, відчуття власної нереалізованості тільки поглиблюють цю кризу, негативно впливаючи на чоловіче здоров'я.

Так, згідно з даними опитування в рамках Міжнародного обстеження чоловіків з питань гендерної рівності (IMAGES), проведеного у лютому-березні 2018 року в Україні (в опитуванні взяли участь 1520 чоловіків з усієї України (окрім АР Крим), вибірка є репрезентативною на національному рівні) кожен третій чоловік підтвердив високий рівень стресу, пов'язаний із роботою або важкими умовами праці. Кожен шостий чоловік протягом останнього місяця мав проблеми з концентрацією уваги і почувався пригніченим.

Третина чоловіків мали проблеми зі сном. Незважаючи на це, третина респондентів зазначили, що зазвичай вони не звертаються ні до кого по допомогу, якщо відчують себе розгубленими або засмученими, що цілком вкладається в нормативні рамки маскулінності, відповідно до яких не схвалюються вияви чоловіками власних емоцій, слабкості або розгубленості, та не заохочуються звернення за емоційною підтримкою. Про недбале ставлення чоловіків до власного здоров'я свідчить і те, що майже половина опитаних чоловіків (45%) не зверталися до медичних закладів протягом останнього року, а кожен сьомий востаннє відвідував медичний заклад більше, ніж 5 років тому. Лише 12% чоловіків повідомили, що зверталися до лікаря впродовж останнього місяця, 17% – протягом останніх шести місяців.

Проблема дослідження чоловічого здоров'я та шляхів його покращення потребує подальших міждисциплінарних розвідок у галузі гендерних стереотипів, гендерної соціалізації, вимагає теоретичної та практичної обізнаності лікарів щодо гендерних факторів профілактики та лікування хвороб.

Література

1. Гендер для всіх. Виклик стереотипам/Тамара Марценюк; за участі Олени Богдан. – К., 2017. – 256 с.
2. Кон И. Гегемонная маскулинность как фактор мужского (не)здоровья // Социология: теория, методы, маркетинг. – 2008. - №4. – С. 5-16.
3. Сучасне розуміння маскулінності: ставлення чоловіків до гендерних стереотипів і насильства щодо жінок. – К., 2018. – 126 с.

ПРОБЛЕМА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЖІНОЧОЇ/ЧОЛОВІЧОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ У ГЕНДЕРНОМУ ПРОСТОРІ

На сьогодні дедалі більше можна побачити примітки він/його, вона/її, вони/їх у шапці профілю багатьох користувачів соціальних мереж. Це полегшує спілкування з людиною по той бік екрану та виявляє повагу до гендерної ідентифікації співрозмовника, коли ж у повсякденному житті мало хто звертає увагу на займенники, що використовує при розмові з іншими. Вони стоять ніби за замовчуванням, їх вибір залежить тільки від зовнішності та фізіологічних ознак того, до кого звертаються, а питання про гендер при знайомстві видається занадто ніяковим.

Якщо стать – це біологічне поняття, що визначається при народженні, то гендер – це система соціокультурних цінностей, що визначають зовнішній вигляд, характер, поведінку, пристрасті та інтереси обох статей та пов'язані з багатьма гендерними стереотипами. Що ж до останнього пункту, то здається, що кожна людина з'являється на світ вже зі стандартним пакетом стереотипів. Хлопчиків одягають у блакитне, для дівчаток купують рожеві пелюшки, чоловіки не плачуть, а жінки мають бути слухняними та стриманими. Найцікавіше у цьому те, що міф з кольорами з'явився лише у 1940-х роках, сльози не вважалися неприйнятними ще у давніх греків, а останнім писком чоловічої моди в епоху Відродження були перуки та підбори. Стереотипи є невід'ємною частиною будь-якого суспільства, вони виникають в контексті історичних епох і культур та впливають на гендерну ідентифікацію членів такого соціуму.

Усвідомлення своєї належності до певної статі, прийняття психологічних якостей та певних моделей поведінки, що загальноприйняті для представників обраної статевої ролі є гендерною ідентифікацією, що не обов'язково залежить від біологічних ознак. Століття за століттям жінки та чоловіки слідували ролям, що обирали за них, не маючи змогу щось змінити. Чоловіки повинні були бути воїнами, захисниками, солдатами, героями, лицарями, лідерами та наставниками. Натомість жінкам не дозволялося навіть здобувати вищу освіту, а єдина мета в їх житті – це вийти заміж за чоловіка та народити спадкоємця, навіть якщо це стане і їх кінцем. Чоловіки прагнули бачити слухняну, поступливу жінку, що може скрасити поганий вечір грою на фортепіано, намалювати пейзаж чи заспівати колискову. Чоловіки ж, у свою чергу, повинні були бути стриманими у своїх почуттях – непорушною скелею, таким чином, дефектний “заїка” ніяк не міг бути спадкоємцем герцога. У такому неприйнятті людей, що не відповідають шаблону, та їх засудженні суспільством виявляється нормативний тиск.

У сучасному світі стереотипи все більш піддаються критиці, й поняття “токсичної маскулінності” дедалі стає популярнішим. Дослідники

пов'язують його з такими поняттями як самогубство, насильство, знущання, комплекси, домагання, сексуальні розлади, надмірна агресія, вживання психотропних препаратів та гомофобія – “будь чоловіком або помри”. Токсична маскуліність заставляє ховати свої емоції, не визнавати слабкостей та вирішувати проблеми тільки домінуванням та відкритою агресією. Чим більше чоловіки вірять в обмежені уявлення про “мужність”, тим більша ймовірність того, що вони будуть діяти за її шаблонами. А за цим часто маскуються комплекси та страхи, невпевненість та несприйняття самого себе. Важливо зрозуміти, що чоловіки також можуть бути різними: сильними і слабкими, переможцями і просто учасниками, спокійними й емоційними. Але від того вони не перестають бути чоловіками. У сучасних медіа є безліч прикладів відомих чоловіків, що кидають виклик токсичній маскуліності. Гаррі Стайлз, Езра Міллер, Роберт Шіен, Тімоті Шаламе – це лише частина тих, хто не боїться виходити за загальноприйняті рамки й розбивають стереотипи.

У сучасному світі кожен має змогу бути собою. Хоч зараз і досі існують міфи і засудження, у двадцять першому столітті вже давно відомо, що ніхто нікому і нічого не винен. У світі толерантності та поваги до оточуючих, у світі новітніх технологій жінки та чоловіки мають право займати будь-які ролі, посади та займатися тим, чим хочуть саме вони.

*Галіч Євгенія,
Черкаський державний технологічний університет,
Науковий керівник: доц. Дроздова Т.О.*

ДЖЕРЕЛА МІЗОГІНІЇ

Мізогінія, упереджене відношення до жінок, в деяких випадках навіть ненависть, простежуються ще з давніх часів. Жінки були позбавлені права голосу, володіння майном та навіть прав на своє тіло. Особливо чітко можна побачити мізогінію в творах Арістотеля. На його думку, падіння Спарти було пов'язане з тим, що жінкам надали забагато свободи, до того ж, жінки за природою слабкі та холодні, а жіночність слід розглядати як недолік.

Дійсно, в давньогрецькому суспільстві жінки помирали раніше, але треба розуміти, що це відбувалось не через природні особливості, а через те, що жінкам були надані гірші умови. В сучасному суспільстві, за зміни умов, тривалість життя жінок вища, ніж у чоловіків. Тому можна сказати, що Арістотель, відкинувши соціальні умови життя, зробив некоректні висновки про природу статі.

З початком патріархального соціального устрою жінки посіли друге місце в системі соціальної ієрархії, і дотепер відношення до жінки як до другого ґатунку не зникає. Така позиція зберігається як в соціальному просторі, так і в міжособистісних стосунках.

Жінку сприймають не як особистість, а як комплекс стереотипів, що згодом переходить у необґрунтоване упереджене ставлення. Хоча рух за права жінок має кілька столітню історію, вони й досі потерпають від специфічного відношення, від приписування стандарту слабкості, легковажності, сентиментальності та емоційності. Також одним з джерел мізогінії є схильність людей до конформізму. Приймаючи всі стереотипи, не маючи власної думки, переважна більшість не сприймає вільний вибір як жінки, так, до речі, і чоловіка.

Крім того, жінки досить часто сприймають інших жінок як об'єкт конкуренції та загрози. На мою думку, таке ставлення є також наслідком патріархального світу і правил, що вже прийнято вважати нормою. З одного боку, жінки підтримують гасло: «Одна за всіх, і всі за одну», а з іншого – є ілюзія щодо того, що на всіх щастя не вистачить. Але в такому разі виникає питання: «Звідки у нас є думка, що життя побудоване на суцільних обмеженнях?», адже щастя можна будувати незалежно від когось і жити так, як тобі хочеться, без обмежень. З цього виходить ще один чинник внутрішньої мізогінії і це – ієрархія в жіночому середовищі. Роль жінки зведена до лімітованих рамок, які є детектором «ідеальності».

Таке явище і провокує жінок ненавидіти одна одну, та спричиняє конкуренцію. Адже в цьому батлі переможе одна, і саме та, чия реальність збігається з шаблонним ідеалом, а не та, що насолоджується своєю індивідуальністю. Я вважаю це парадоксальним, але слід розуміти, що у такої поведінки є причини.

Жінка починає принижувати інших осіб жіночої статі задля отримання соціального схвалення, підтримуючи закони патріархату. Зневажаючи жіночі риси характеру, можна опинитися на ступінь вище – потрапити до привілейованого гурту, тобто до чоловіків. Штучно нав'язане уявлення про те, що жіночої дружби не буває, відторгнення взаємної підтримки – це маркери патріархального устрою.

На жаль, тему мізогінії часто кваліфікують як надуману, несерйозну, стверджуючи, що у світі є речі більш важливі.

Але саме через таке ставлення провину за насилля фізичне і психологічне часто покладають на жінку. Адже страшно ділитися особистою думкою, коли в пріоритеті масова байдужість.

В цілому, внутрішню мізогінію можна назвати інструментом для роз'єднання жінок. Погляд крізь призму стереотипів, кліше, ненависті, уніфікованого варіанту норми в жіночій поведінці, очікуваннях, а також запитах одна до одної перетворює наше життя у вічну конкуренцію.

ЖІНОЧИЙ ТІЛЕСНИЙ РЕСУРС ЯК СТРАТЕГІЯ ВИЖИВАННЯ

Стратегія виживання, яка пов'язана із використанням жінками свого тілесного ресурсу, найбільш складна, трагічна та неоднозначна. Тому і практики цього явища мають безліч назв (горизонтальна колаборація, проституційні відносини, примус до проституції, секс за бартером і т. ін.), що свідчить про те, що з гендерних позицій тіло жінки розглядається у даній ситуації не як сексуальний об'єкт, а як фізична оболонка життєвих процесів, яка необхідна для продовження фізіологічних процесів. Тобто, іншими словами, мова йдеться про обмін «життя на життя». Про це свідчать історичні факти українського життя, такі як колективізація в Україні та голодомор 1932-1933 рр.. Треба відзначити, що такі події, які мали епохальний вплив на життя людини, вкрай деструктивно позначалися на стані людського тіла, зокрема, жіночого.

Відомо, що жіноче тіло, окрім фізіологічного виміру, наділене ще і потужним естетичним. Адже історія свідчить, що традиційні класичні канони жіночої краси завжди окреслювалися здоров'ям, міцним та повнокровним тілом. У часи лихоліття описи тілесних страждань характеризувалися жорстким натуралізмом пережитих жахів. У багатьох ситуаціях, коли жінка знаходилася на межі між життям та смертю (це могли бути часи Голодомору, табори ГУЛАГу тощо), тіло ставало тим останнім ресурсом, щоб врятувати родину. Так з'являлися на охоплених голодом теренах проституція. Жінки заради виживання обмінювали своє виснажене тіло на харчі, щоб врятувати себе і родину, віддавалися керівникам господарств, наприклад у селі, за пару клунків крупи, або під час розкуркулення їх примушували до небажаних статевих актів із членами партактиву села в обмін на те, щоб родину не було вивезено на поселення.

Тіло жінки також в екстремальних умовах ставало фактором ризику, особливо тоді, коли вона втрачала чоловіка. Без захисту, в тогочасних умовах, вона ставала потенційною жертвою різних форм насильства як економічного, так і психологічного, а також фізичного. Трагічною була доля жінки особливо в родинях «ворогів народу». Їх гвалтували активісти примусової колективізації і ніхто з односельців не міг їх захистити, бо останнім погрожували 25 роками буцегарні.

Треба відзначити також особливий трагічний досвід матерів, на очах яких помирали від голоду діти і вони не завжди могли зарадити біді. У цій ситуації жінки виявляли виняткову жертвність, рятуючи дітей ціною власного життя, або жертвували материнським почуттям, передаючи дітей до притулків, де діти могли мати якийсь шанс врятувати себе. Як свідчить історія, голод руйнував не лише тіло жінки, але й її психіку, підриваючи загальноприйняті моральні норми, при цьому штовхаючи частину матерів на

вчинки, які були девіантними та несумісними із роллю матері. Це проявлялося у вбивстві дітей, канібалізмі, позбавленні дітей їжі, залишення їх напризволяще на станціях, ринках, громадських місцях.

Амбівалентного значення набувало саме жіноче тіло, що ставало додатковим ресурсом для виживання або могло виявитися чинником додаткових ризиків в умовах правового свавілля тогочасної України. Як бачимо, тілесний досвід жінок виявляється одним із найбільш замовчуваних та болісних тем виживання в надзвичайних умовах Голодомору. Все це дає можливість усвідомлення гендерної обумовленості жіночого досвіду у ці важкі часи і зобов'язує нас вшановувати жінок як жертв цієї трагедії.

Література

1. Голод 1932-1933 років в Україні: причини та наслідки. Київ: Наукова думка, 2003.

2. Сапицька О. Участь жінок у селянському опорі колективізації та радянській владі. *Гілея*. 2006, № 6. С. 84-94.

*Дащук А.А., Деркач Ю.В.,
Харківський Національний медичний університет,
Науковий керівник: доц. Гончаренко Л.О.*

СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я

Із виникненням глобальних проблем ХХ і ХХІ ст., що ознаменували новий рівень розвитку цивілізації, проблеми охорони здоров'я населення також набувають планетарного характеру. Розуміння важливості даної проблеми усвідомлюється не тільки медиками та політиками, а й широкими верствами населення.

Фізіологічне, психологічне та соціальне здоров'я людини залежить від ряду об'єктивних факторів: соціального укладу, економічного стану суспільства та комплексного впливу клімато-географічних та інших факторів. Вони визначають оптимальну сферу буття людини. Ступінь впливу навколишнього середовища на організм також залежить від особистості конкретної людини, способу життя, звичок та інтересів. Особистість нерозривно пов'язана з факторами навколишнього середовища, утворює разом з ними стійку систему, між компонентами якої йде кругообіг речовин, енергії та інформації. Саморегуляція проявляється в підтримці організму на певному, відносно сталому рівні кількості клітин та гомеостазу.

Існують гендерні диференціації в поведінці чоловіків і жінок, що характеризує їх стилі життя і здоров'я: паління і вживання алкоголю – найбільш значущі детермінанти статусу здоров'я для чоловіків, тоді як низька фізична активність – для жінок. Спостерігаються і гендерні особливості прояву психосоціальних чинників – критичні події життя, хронічні стресові і психологічні ресурси, тому чоловіки менш «міцні» і більш уразливі, ніж

жінки. Життєстійкість і адаптаційні ресурси жіночого організму пов'язують з підтримкою репродуктивної функції.

Суспільство, розвиваючи соціальну систему, створює екстремальні умови для здоров'я і життя людини. Нестабільність соціального середовища, політичної, економічної обстановки, інформаційні перевантаження ведуть організм до стресів, посилення соціального розшарування соціуму. Незадоволеність якістю життя, негативний вплив факторів соціальної системи можуть привести до хронічної перевтоми нервової системи людини, розвитку хвороб, які є наслідком соціального способу життя. Результатом патогенного впливу на організм людини соціально-економічних і екологічних факторів є народження великої кількості недоношених дітей, зростання короткозорості, хронічних і професійних захворювань, зростання числа осіб з надлишковою масою тіла.

За рахунок механізмів самоорганізації і самовідновлення будь-яка система, в тому числі і організм людини здатен створювати і підтримувати певний порядок всередині себе. Здоров'я можна розглянути як внутрішньосистемний порядок, який контролюється інформацією, закодованою генами, регулюється нервовою, ендокринною системами, вищою нервовою діяльністю людини і залежить від екосоціуму.

Таким чином, підтримка здоров'я, перехід до здорового способу життя можливі лише в разі зміни ментальності окремої особистості і населення в цілому, перегляду ставлення до власного здоров'я і способу життя. Гендерні відмінності в стилі життя та поведінці також суттєво впливають на якість здоров'я. Принципи формування мотивації здорового способу життя дозволяють конструювати індивідуальну систему здоров'я, відображають ситуацію вибору людиною вітальної стратегії, філософії власного життя, що дуже важливо в умовах становлення сучасної глобальної цивілізації.

*Добровольська С.В.,
Харківський національний медичний університет,
Науковий керівник: доц. Кутирьова В.І.*

ВИТОКИ ГЕНДЕРНОЇ ТЕОРІЇ В АНТИЧНІЙ ФІЛОСОФІЇ

Актуальність. Гендерний підхід, що зародився в західноєвропейській та американській науці в 60-і роки ХХ століття, розглядає особистість і суспільні відносини крізь призму соціальних і культурних норм, які суспільство наказує виконувати людям залежно від їх статі. Хоча гендерні концепції з'явилися в парадигмі соціо-гуманітарних наук порівняно недавно, їхні причини виникли на ранніх етапах суспільно-наукового знання. Основні гендерні категорії— «чоловіче» і «жіноче»— піддавали аналізу більшість мислителів ще в епоху Античності.

Мета. Порівняти уявлення філософів епохи Античності щодо співвідношення «чоловічого» і «жіночого», соціальних ролей чоловіка і

жінки в суспільстві; виокремити передумови появи таких основних категорій гендерної теорії, як «маскулінність», «фемінність», «андрогінія».

Виклад основного матеріалу. Протягом багатьох століть розвитку соціально-філософської думки «чоловіче» та «жіноче» розглядалися як одна з основних опозицій світобудови. Відмінності між цими концептами, що властиві для будь-яких стереотипних оцінок, абсолютизувалися, тобто те, що визнавалося властивим «чоловічому», заперечувалося для «жіночого», і навпаки. Так, «маскулінність» традиційно асоціювалася з раціональним, активним, дієвим началом, а «фемінність», відповідно, – з чуттєвим, емоційним, пасивним, підлеглим.

Проаналізувавши постулати філософських теорій античних філософів, побачили наявність певних тенденцій. Для філософії античної Греції в цілому був характерний нормативний підхід до проблеми «чоловічого» і «жіночого». У більшості соціально-філософських теорій «маскулінність» і все «чоловіче» традиційно розглядалася як домінантне і більш цінне, і пояснювалося це «природними» причинами, біологічною обумовленістю розходжень між чоловіком і жінкою.

При цьому чоловіче розглядалося як чільне і більш досконале не лише на рівні людської особистості, а й на онтологічному рівні. Зрозуміло, надалі гендерні теорії запропонували більш глибоке пояснення гендерної нерівності в суспільстві, пов'язуючи його не з біологічними відмінностями чоловіків і жінок, а з суспільною оцінкою цих відмінностей, однак сам факт визнання даної нерівності був украй важливий для подальшого розвитку гендерних концепцій.

Разом з тим уже в античній філософії зародилися перші сумніви в біологізаторському підході до пояснення гендерної нерівності в суспільстві. Ці сумніви відбилися в працях Платона, який вважав, що суспільні оцінки характерних рис і соціальних ролей, приписуваних чоловікам і жінкам, багато в чому стереотипні і не мають під собою реальних підстав.

Такий підхід згодом став ключовим для гендерної теорії. Не менший вплив на розвиток гендерних концепцій мало усталене в епоху Античності уявлення про андрогінію - гармонійне поєднання в людині і світобудові в цілому маскулінного і фемінного начал. Категорія андрогінії надалі активно використовувалася в гендерних концепціях як універсальний стандарт пристосованості особистості.

Висновок. Передумови стереотипних уявлень про нерівнозначність характеристик маскулінності і фемінності, які лягли в основу вивчення гендерних досліджень, виникли ще на етапі античної філософії.

Список використаних джерел

1. Брандт Г. А. Человек на обочине, или «Место» женщины в истории европейской философии. М.: ИВИ РАН, 2002. № 4. С. 7–33.

СОЦІАЛІЗАЦІЯ ДІТЕЙ У РОДИНІ ЗА ГЕНДЕРНИМИ РОЛЯМИ

У суспільстві, повному гендерних стереотипів і упереджень, діти регулярно навчаються брати на себе гендерні ролі, які не завжди справедливі стосовно обох статей. Для соціалізованої особистості будь-якого типу суспільства надзвичайно важливо долучитися до гендерно-рольової соціалізації. Базовою школою гендерної соціалізації індивіда історично є сім'я, коли батьки передають, як відкрито, так і підсвідомо, ролі, свої власні уявлення про гендер, що відповідають віку дитини.

З перших днів життя дитини батьки починають ставитися до неї не просто як до новонародженої, а як до хлопчика чи дівчинки. Більш дорослий малюк, маючи ще не повне уявлення про статеві відмінності, вже може назвати себе хлопчиком або дівчинкою. Наслідування поведінки, переваги у виборі іграшок та ігор сприяють у цьому віці процесу усвідомлення себе як представника певної статі. Найважливішим в цьому відношенні віком є дошкільний період. У цей період дитина (яка раніше була в діадних відносинах з матір'ю) включається в триадні відносини (я, мати, батько). Це дозволяє йому виявити відмінності між чоловіками і жінками і відносити себе до певної статі.

З раннього дитинства у дітей в залежності від статі формуються і закріплюються якості особистості, відповідні нормативним уявленням про маскуліність-фемінінність. У хлопчиків — це мужність, наполегливість, сила, у дівчаток — жіночність, ніжність, турботливість. Це ж стосується і статевої поведінки дітей. Дівчаткам зазвичай не дають грати солдатиками, пістолетами, хлопчикам — ляльками, дитячим посудом. Іграшки для дівчаток частіше пов'язані зі світом будинку, з виконанням стереотипних дій; хлопчикам частіше купують ігри-стратегії, що містять елементи поєдинку та протистоянь. Те саме стосується і відмінностей у виборі предметів гардеробу. Наприклад, одяг дівчаток зазвичай яскраво забарвлений, оздоблений прикрасами (квіти, банти, мереживо). Напрочуд, одяг для хлопців у більш стриманих кольорах, без оздоблення.

Існує декілька теорій, що стосуються гендерного розвитку. Кілька із них були застосовані до процесів гендерної соціалізації в сімейному контексті. Відмінність в поведінці чоловіків і жінок буде різнитися у зв'язку з пристосуванням до різних життєвих ситуацій, але його також можна пояснити гендерними відмінностями у вихованні в родині. Соціалізація дитини буде сприяти цьому на основі таких процесів як навчання, спостереження і аналіз побаченого. Існують також деякі структури або моделі сімейного контексту, які в основному зосереджені на дуже специфічних гендерних аспектах або процесах у сімейній системі, таких як

гендерні пізнання дітей, або інтеграції біологічних чинників і факторів навколишнього середовища в сімейну систему.

Отже, можна стверджувати, що генетично обумовлені відмінності в поведінці хлопчиків і дівчаток викликають диференційоване ставлення з боку батьків, що може посилювати біологічно схильні гендерні відмінності в поведінці дітей. Культура взаємин подружжя багато в чому визначає установку дітей на шлюб і сім'ю. Умови і спосіб життя сім'ї, взаємовідносини батьків формують у дітей уявлення, почуття і необхідні якості майбутніх статево-рольових відносин у родині.

Зубко Александра,
Черкаський державний технологічний університет,
Науковий керівник: доц. Дроздова Т.О.

ТОКСИЧНА (ГЕГЕМОННА) МАСКУЛІННІСТЬ

Термін *токсична маскулінність* ввів доктор Шепард Блісс у 80-х роках ХХ століття, щоб описати мілітаризований, авторитарний характер свого батька [1]. Визначення поняття з часом еволюціонувало. Дослідження Journal of School Psychology пояснює токсичну маскулінність як «сукупність соціально регресивних [чоловічих] рис, які сприяють домінуванню, знеціненню жінок, гомофобії та жорстокому насильству».

У сучасному суспільстві люди часто використовують поняття *токсична маскулінність*, щоб описати перебільшені риси чоловічої статі, які багато культур широко прийняли або прославили. І хоча зараз цей термін став популярним, частіше вживається поняття *гегемонної маскулінності*, яке було введено в гендерну теорію австралійською дослідницею Рейвін Коннелл в 80-х роках ХХ століття. У 2005 році Р. Коннелл і Дж. Месершміт запропонували детальний аналіз критики концепції гегемонної маскулінності і визначили чотири простори, в яких концепція потребує переосмислення і переформулювання. Йдеться про природу гендерної ієрархії, про географію (локальну, регіональну, глобальну) конфігурацій мужності, про механізми соціального втілення гегемонної маскулінності і, нарешті, про динаміку маскулінностей. Р. Коннелл і Дж. Месершміт стверджують: «Створення та критика гегемонії в історично змінних гендерних порядках – процес надзвичайної важливості, для вивчення якого ми, як і раніше, потребуємо концептуальних інструментів» [2]. Потрібно відзначити, що про маскулінність у цьому контексті йдеться як про культурну побудову мужності. Коли дослідник говорить про шкідливий вплив токсичної маскулінності, він не критикує чоловіків, а звертає увагу на несправедливі стандарти, накладені на них [3]. Ця концепція мужності заснована на силі, відсутності емоцій, самодостатності та домінуванні. Часом сюди включають: агресію, гіперконкурентність, прославлення насильства, низький рівень емпатії, гомофобію, шовінізм і сексизм. Згідно з традиційними чоловічими цінностями, чоловік, який не має цих рис, може виявитися недостатньо

«справжнім чоловіком». Надмірне підкреслення цих рис може призвести до шкідливого дисбалансу у тих, хто намагається виправдати ці сподівання.

Констатація труднощів і протиріч чоловічого життя стимулювала в 1980-1990-х роках критичний аналіз самого канону маскулінності, нормативних уявлень про те, яким повинен бути «справжній чоловік». На ранніх стадіях розвитку «чоловічих досліджень» заклопотаність викликала лише недостатня маскулінність: хлопчики, які не зуміли у визначений термін засвоїти жорсткі вимоги чоловічої ролі, на все життя залишилися невдахами. Гіпермаскулінність до певного часу не викликала занепокоєння: чоловік-мачо виглядав втіленням здоров'я й соціального успіху. Але поступово з'ясувалася проблематичність цього нормативу, реалізація якого пов'язана з такими небажаними дисфункціональними рисами, як агресивність, емоційна скутість тощо.

Крім того, оскільки вияв емоцій або відкрита розмова про почуття суперечать цим традиційним чоловічим цінностям, існує додатковий ризик того, що чоловіки, які страждають від депресії, можуть не шукати професійної допомоги або навіть не говорити про свої проблеми з друзями чи родиною. За даними Американської психологічної асоціації, чоловіки рідше, ніж жінки, звертаються за допомогою щодо свого психічного здоров'я. Чоловіки страждають мовчки, оскільки ця концепція мужності вчить їх боятися виглядати «слабкими».

В 1960-х в США з'явився чоловічий рух – маскулізм. Його представники борються за рівні права чоловіків і жінок. Маскулізм майже завжди прийнято було вважати реакцією на жіночий рух – навіть в Оксфордському словнику його визначають як «чоловічий аналог фемінізму». Появу терміну пов'язують з виступом американської письменниці і викладачки Шарлотти Перкінс Гілман. У 1914 році жінка прочитала серію лекцій «Дослідження маскулізму», з назви якої і запозичили неологізм. Але Гілман і до цього досліджувала вплив патріархату не тільки на жінок, але й на чоловіків. Маскулісти стверджують, що сексизм може виявлятися по відношенню не тільки до жінок, але і до чоловіків, як-то: примусовий призов до армії осіб чоловічої статі; вищий пенсійний вік в порівнянні з жінками; відсутність рівних прав, пов'язаних з опікою над дітьми після розлучення; суворіші покарання за однакові злочини.

Хоча у боротьби за права жінок довга історія, і до того ж, фемінізм вже доволі комерціалізований, і він, і маскулізм борються зі ставленням до чоловіків і жінок як до функцій і виступають за те, щоб почати нарешті бачити в них людей. Гендерні стереотипи турбують як жінок, так і чоловіків. Адже вони, по суті, є застарілими гендерними моделями, які колись забезпечували існування суспільства. Одним з найяскравіших прикладів була вікторіанська Англія, яка залишила після себе багато примарних ідеалів, що заважають людству дотепер.

Розширення та інтеграція нових понять у визначенні мужності може допомогти краще зрозуміти та прийняти себе та інших. Це допоможе

уникнути безглуздих стереотипів та упереджень, позаяк не важливо, чого буде більше – маскулінних рис чи фемінних. Головне – якою буде людина, які вчинки вона робить, як несе за них відповідальність. Саме це піде на користь суспільству.

Список використаної літератури

1. Harrington C. What is “Toxic Masculinity” and Why Does it Matter? / Carol Harrington., 2020. – (Men and Masculinities)
2. Connel R., Messerschmidt J. Hegemonic masculinity. Rethinking the Concept // Gender & Society. Vol. 19 No. 6. December 2005. P. 829–859
3. Weiss S. Harmful Effects Of Toxic Masculinity / Suzannah Weiss., 2016.

*Кікош К.Ю., Якушев Є.,
Харківський Національний медичний університет,
Науковий керівник: доц. Гончаренко Л.О.*

СОЦІАЛЬНІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСНОВИ ХВОРОБИ

Досить давно ми живемо з думкою, що все, що варто розуміння може бути пояснено в категоріях сучасної науки. Але існує інший світ, прихований від наукового знання, — світ емоцій, почуттів, пристрастей, існуючий в специфічних соціальних умовах. Одне із завдань фемінізму — завдання відкрити відносини між двома світами, пізнати яким чином кожен з них формує інший.

Хвороба — це не тільки фізичний стан людського організму, це і соціальний феномен. Люди, виховані в рамках європейської культури, зазвичай визначають поняття фізіологічного здоров'я, як стан організму, при якому вони можуть виконувати свої обов'язки і робити те, що бажають у вільний час. Хвороба ж трактується як певний стан організму, при якому щось порушує фізіологічну рівновагу, гармонію нашого тіла.

Біомедична модель хвороби пропонує наступну схему, згідно якої хвороба — це відхилення від нормального стану здорового організму. Хвороба має специфічні причини, які можна знайти в тілі хворого. Хвороби мають одні й ті ж симптоми і наслідки в будь-якому соціальному середовищі. Медицина — це соціально нейтральне застосування наукових досліджень до індивідуальних випадків. Критики подібної моделі показали, що поняття «норма» залежить від того, з ким порівнюється хворий. Багато хвороб мають соціальні та екологічні причини. Кількість захворювань, їх тяжкість варіюється в залежності від географічного розташування джерела хвороби.

Критично мислячі соціологи медицини зібрали достатню кількість свідчень расової і класової основи медицини. Феміністи додали статеві проблеми до обговорюваного списку. Вони стверджують, що медичні норми були створені і списані з характеристик тіла білого чоловіка представника середнього класу. При цьому ще на початку ХХ століття терапевти не розглядали закони функціонування жіночого організму, коли обговорювали

причини хвороб або прописування різних ліків. Ще більш різко феміністи атакували претензії наукових досліджень на універсальність. Логіка їхньої критики була така: як можна повністю довіряти медичній науці, якщо незначна частина її представників – жінки. Якщо хвороби, що стають причиною смерті чоловіків були пріоритетні в дослідженнях в ті роки, коли жінки навіть не включалися в число випробуваних, і будова жіночого тіла здебільшого ігнорувалася під час проведення медичних дослідів. Вплив феміністської критики біомедичних досліджень і практики мали великі наслідки.

На теперішній час жінки, поряд з чоловіками, включаються в групи по випробуванню нових клінічних препаратів і нових хірургічних технік. Статевий контекст хвороб та інвалідності — невід'ємна частина дослідних проєктів сучасності. Жіноче здоров'я, як предмет, — невід'ємна частина навчальних медичних курсів. Постійно зростає кількість спеціалізованої літератури і, зокрема, журналів, присвячених проблемам чоловічого і жіночого здоров'я, з точки зору статево орієнтованої медицини.

Теоретичною базою гендерного дослідження проблем хвороби і здоров'я стала наступна логічна думка — людський організм трансформується через статеві соціальні фактори. Ці фактори починають впливати на людину задовго до його народження: адже має значення, те що вживає в їжу мати дитини, який рівень медичного допологового догляду вона може собі забезпечити, який її сімейний, освітній та економічний статус. У зв'язку з тим, що гендерна приналежність людини відіграє велику роль в соціальних інститутах, таких як економіка, сім'я, політика, в медичній та правовій системах, вона надає вплив на те, як жінки і чоловіки, що належать до різних соціальних верств населення, отримують різний рівень уваги і обслуговування у всіх секторах соціального життя, включаючи здоров'я і хвороби, народження і смерть.

Отже, правомірно зробити висновок, що гендерна приналежність є одним з найважливіших чинників в перетворенні фізичних тіл в соціальні, а в її соціальному контексті гендерна приналежність людини являє собою основу для аналізу соціальної структури хвороб.

*Клиса А.М.,
Харківський Національний медичний університет,
Науковий керівник: Москвін Я.М.*

ВПЛИВ РАДІОАКТИВНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК

Сьогодення характеризується великою кількістю проблем зі здоров'ям. Це не дивно, адже у навколишньому середовищі стільки несприятливих факторів. І перш за все, це стосується умов навколишнього середовища. Одна з найбільш поширених проблем – пошкоджене екологією репродуктивне здоров'я.

Усім відомий день 26.04.1986 – дата трагедії на Чорнобильській атомній електростанції. Звісно, ця катастрофа призвела до величезних втрат, але й не менших наслідків. Ця проблема і досі залишається актуальною, адже саме зараз загострилося питання якісного відтворення населення, а радіонукліди протягом довгого часу можуть діяти на органи статеві системи.

Протягом перших років після трагедії спостерігалися негативні наслідки, і, перш за все, вони були відображені на новонароджених. Серед цього списку були розвиток злоякісних пухлин, проблеми із щитовидною залозою, порушення з боку сечостатевої системи та найбільш жахливе – мертвонародження.

Було проведено багато дослідів, під час яких у жінок та дівчат виявили зміни гінекологічного характеру. Першопричиною усіх патологій був збій в гормональному апараті – знижений рівень тестостерону, естрогену та фолікулостимулюючого гормону у різних періодах статевого дозрівання. Наступним вплив променевого випромінювання відзначається і на органах репродуктивного здоров'я: пошкодження яєчників, зменшення овоцитів. Не секрет, що це веде до безпліддя.

Під час вивчення матеріалу я звернула увагу на дослід закордонних вчених. Для експерименту вони сформували чотири групи дівчат, які народились від жінок, які зазнали дію шкідливого випромінювання під час аварії на ЧАЕС у різному віці та з різним рівнем радіонуклідного забруднення місцевості, у якій вони мешкали. До першої та другої груп належали жінки, матері яких були опромінені до 17 років включно та після 18 років відповідно, але з низьким рівнем радіації навколишнього середовища. У третій та четвертій групі перебували дівчата, чиї мами були підвергнені впливу радіонуклідів у дитячому віці та старших за 18 років, та при високому вмісту продуктів променевого випромінювання відповідно. Під час дослідження були використані різні методи, наприклад, гінекологічні та генеалогічні.

Так, у результаті отримали наступні дані: у всіх груп були відмічені патології жіночого здоров'я. Усі вони мали затримку статевого дозрівання та порушення менструального циклу. А також, спостерігались вродженні аномалії яєчників, пов'язані з їх формою та структурою.

Найбільшого негативного впливу зазнали дівчата третьої групи. Найчастіше у них виявляли симптоми хвороби, що характеризується підвищенням ряду чоловічих статевих гормонів. Найпоширеніший фенотиповий прояв - підвищене оволосяніння на спині, по білій лінії живота та навколо сосків.

Таким чином, цей експеримент дав змогу виявити шкідливий вплив радіоактивного випромінювання на здоров'я у вигляді порушення становлення репродуктивної системи та збільшенні розвитку гінекологічних патологій.

Список використаних джерел:

1. <https://cyberleninka.ru/article/n/veroyatnye-povrezhdayuschie-mehanizmy-vozdeystviya-radiatsii-na-reproduktivnoe-zdorovie-potomkov-na-osnove-matematicheskogo>
2. http://www.rusnauka.com/7_NMIW_2009/Medecine/42540.doc.htm
3. <https://core.ac.uk/download/pdf/235273018.pdf>

*Ковальницька К.О.,
Національний технічний університет «Харківський
політехнічний інститут»,
Науковий керівник: доц. Дишкант Т.М.*

ГЕНДЕР ЯК СОЦІАЛЬНИЙ ІНСТРУМЕНТ ПРИГНОБЛЕННЯ

Слід розрізняти поняття «стать» і «гендер». Термін «стать» вживається для позначення біологічних, анатомічних, фізіологічних відмінностей між жіночим та чоловічим організмами, що виражаються різною участю чоловіка та жінки у репродуктивному процесі, відмінними геніталіями, набором хромосом. Якщо біологічна стать дається людині від народження, то гендер конструюється соціально та зумовлюється культурою суспільства в конкретний історичний період.

Гендер – це соціальна стать, що формує поведінкові, культурні, психологічні, візуальні та інші соціально-культурно зумовлені відмінності між чоловіками та жінками. Тобто, простіше кажучи, гендер - це система цінностей, яка постулює, що є два типи особистості, які визначаються репродуктивними органами, з якими людина народжується.

Наше суспільство патріархальне та ієрархічне. Дискримінація за ознакою статі носить класовий характер: чоловіки - домінують, жінки - підкоряються. Гендер є наслідком цього, він допомагає підтримувати цю систему і служить для її зміцнення.

Для зручності і підтримки системи чоловіків і жінок протиставляють один одному, наділяючи протилежними якостями, говорячи, що чоловіки сильні, розумні, агресивні, ініціативні, сексуально розкуті і т.д. В той час як жінки: слабкі, дурні, безініціативні (слідують за чоловіком), покірні, ніжні, скромні.

Гендер - це дискримінаційна бінарна чорно-біла система, в якій жінка *повинна* бути фемінною, а чоловік *повинен* бути маскулінным.

Бінарна гендерна система найчастіше стає основою того, як ви будете виховані та освічені, яку роботу зможете робити, як повинні будете себе вести, що з одягу носити, кого любити і т.д.

Так як люди народжуються чоловічої або жіночої статі, вони вчать відповідні норми і поведінку, в тому числі як вони повинні взаємодіяти з іншими людьми однієї і тієї ж, або протилежної статі в домашньому господарстві, громадах і на робочих місцях. Коли ж окремі особи або групи

не вписуються у встановлені гендерні норми, вони часто стикаються зі стигмою, дискримінацією або соціальною ізоляцією.

При цьому існування гендерної теорії несе в собі такі наслідки, як поява нових дискримінаційних інструментів, таких як:

- Гендерна нерівність - соціальний процес, при якому до людей відносяться по-різному і не вигідним для них способом, в залежності від їх статі.

- Гендерні стереотипи - узагальнені уявлення або забобони про якості або характеристики, якими володіють, або ролі, які повинні виконувати жінки і чоловіки.

- Гендерний поділ праці - розподіл продуктивної та домашньої роботи між чоловіками й жінками, де основне навантаження лягає на жінку, як на «домогосподарку» та «берегиню домашнього вогнища».

- Гендерний соціальний контроль - формальне чи неформальне прийняття й заохочення конформістської поведінки й стигматизація, соціальна ізоляція, покарання, медичне лікування нонконформістської поведінки.

Підсумовуючи все написане вище, можна сказати, що гендер – це такі уявні рамки блакитного і рожевого кольору, в які поміщають дітей при народженні в залежності від форми їх статевих органів і наділяють їх певними якостями: маскулітними – чоловіків і фемінітними – жінок, до того ж просуваючи ідею, що стать людини визначає її прагнення, характер та професійний шлях.

При цьому, якщо ми зупинимося на хвилину і трохи замислимось, виявиться, що думка «всі люди однієї статі повинні обов'язково вести себе за схожою моделлю і цікавитися певними речами» абсурдна. Кожна людина індивідуальна і може бути будь-якою і це не залежить від статі.

*Корнило І.В.,
Національний технічний університет
«Харківський політехнічний інститут»,
Науковий керівник: доц. Дишкант Т.М.*

ПОРЯДОК ДЕННИЙ СУЧАСНОГО ФЕМІНІЗМУ

Термін «фемінізм» походить від латинського слова «femina», тобто «жінка». Виділяють чотири «хвилі» його розвитку – у світі та на території сучасної України він розпочався наприкінці 19 століття. Найвідомішим у цьому контексті є рух суфражисток у Англії, коли жінки об'єдналися заради отримання права голосу на виборах. Водночас у Галичині та Наддніпрянщині українські жінки й чоловіки боролися за базові політичні й економічні права.

Важливо розуміти причинно-наслідкові зв'язки: фемінізм – це завжди тільки реакція на вже існуючі проблеми, і помилково думати, що всіх благ суфражистки і феміністки зуміли домогтися в минулому столітті. А які ж

гендерні важливі проблеми існують зараз, у ХХІ столітті? За що борються жінки?

Домашнє насильство. В Україні та Росії декриміналізовані побої в сім'ї. Це означає, що домашній агресор може відбутися кількома штрафами перш ніж понесе реальне покарання. Також відсутній закон про домашнє насильство і охоронний ордер – документ, який дозволить агресору наблизитися до потерпілої за рішенням суду. За даними Мінсоцполітики, у числі усіх звернень про домашнє насильство – найбільше від жінок: 86%, чоловіки – 12% і 2% – діти.

Феномен «скляної стелі»: невидимі обмеження як в комерційних компаніях, так і в органах влади, які заважають досягти управлінських посад. Жінки мало представлені в апаратах влади і багатьох інших привілейованих сферах праці. Згідно з дослідженнями, жінки куди рідше займають керівні пости не через «природні» відмінності від чоловіків, а через соціальні установки: прийнято вважати, що жінка може справитися з керівництвом гірше чоловіка, що жінка обов'язково піде в декрет, що для жінки сім'я важливіше роботи, що політика – це не жіноча справа і так далі.

Звідси випливають **дві глобальні проблеми:**

- Розрив заробітної плати між чоловіками і жінками: в Росії зарплата чоловіків вище зарплати жінок на 30 відсотків.

- Жіноча бідність: одинокі матері - одні з найбідніших жінок в країні.

Гендерні стереотипи, побутовий сексизм: всі ці нескінченні «ти же дівчинка» впливають на становлення жінки з дитинства, на вибір сфери праці (коли на курси з комп'ютерної анімації для школярів пускають тільки хлопчиків) і в кінцевому підсумку на все життя. Наслідки гендерних стереотипів неможливо недооцінити: багато жінок при найменшому відхиленні від «норми», що диктує суспільство, перестають відчувати себе «справжніми жінками» і починають відчувати неприязнь до себе і, наприклад, свого тіла, формують в собі одні якості, а не інші, виконують якесь «жіноче призначення» замість того, щоб вибрати його, опираючись на свої таланти і схильності.

Репродуктивне насильство: спроба заборони абортів, нав'язування ролі матері. Держава бере на себе контроль над народжуваністю, але робить це невміло: замість тривалої підтримки самого материнства і вирішення питань трудової дискримінації жінок, веде заборонну політику з питань абортів.

Стандарти краси і бодішеймінг: уявлення про те, що жінка повинна бути «гарною» завжди і всюди, нафарбованою, ходити на підборах, тендітною, квітучою та викликати позитивні емоції у чоловіків. Стандарти краси і стрункості для жінок чинять негативний вплив на ставлення підлітків до свого тіла.

Феміністки розвіюють міфи про обов'язкову кореляцію між повнотою і «хворобою», звертаючи увагу на лицемірство норм б'юті-індустрії, яка не

встановлює зв'язок між стрункністю і ментальним і фізичним здоров'ям, ціною яких ця стрункість могла досягатися.

*Крикунова А. В.,
Харківський національний медичний університет,
Науковий керівник: Москвін Я.М.*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ЖІНОК В ХРИСТИЯНСТВІ

З кожним роком у світі стає більш актуальною проблема гендерної нерівності. Це виражається численними протестами, кількість яких з кожним роком продовжує непинно зростати. Питання гендерної нерівності залишається відкритим майже в усіх сферах життя людини. Особливих обертів це питання набирає в релігійній сфері, адже в усіх формах церковного життя досі зберігається патріархальний устрій. У зв'язку з цим постає питання: Яку роль відведено жінкам у християнському житті і які особливості вона має? Мета нашої роботи дослідити гендерні особливості сприйняття жінок в християнстві.

Особливостями богослужіння для жінок є декілька важливих правил. Жінка повинна мати покриту голову. В неї повинен бути закритий одяг, по можливості, відсутній макіяж. Жінка повинна молитись в лівій частині церкви, чоловіки – у правій. В церкві також існує традиція, при якій для причащення або для прикладання до хреста першими підходять чоловіки, потім уже жінки. За давнім звичаєм жінка-християнка повинна носити хустку не лише у церкві, а і у повсякденному житті, адже в такий спосіб вона ніби показує свою покірність чоловіку.

Позиція православної церкви по відношенню до жінки стійка і має певне теологічне обґрунтування. По перше, вважається, що жінка є комплементарною чоловіку, тобто вони один одного доповнюють. Саме тому і жінка і чоловік мають певні обов'язки, певну природу. Згідно з християнськими уявленнями основою жіночої природи є дітонародження. Звідси походить таке негативне відношення до абортів та навмисного відказу мати дітей. І те і інше вважається тяжким гріхом. Жінка повинна використовувати все, що їй дано Богом.

Таким чином, відзначається, що у кожного в житті є своє місце і своя певна роль. Звідси, здавалось би, впливає і роль жінки: вона має народжувати дітей, виховувати їх, доглядати за домівкою та сімейним вогнищем. Жінка також повинна коритися своєму чоловіку. Це підтверджують слова з Послання Святого Апостола Павла к Ефесянам «Жены, повинуйтесь своим мужьям, как Господу, потому что муж есть глава жены, как и Христос глава Церкви» [1].

Зважаючи на всі сказані вище слова, потрібно відмітити, що роль жінки значно більша чим здається на перший погляд. Жінка завжди асоціюється з Дівою Марією, яка представляє собою образ вищої святості, чистоти та

довершеності. В сутності жінки церква вбачає можливість спасіння і відродження всього людства, це робить її роль незамінною і надзвичайно важливою.

Тож, у висновку можна сказати, що в кожній релігії багато гендерної асиметричності. Християнство не є виключенням.

Проте, не для кого не секрет, що перед Богом всі рівні. В Біблії є багато проявів рівноправ'я: «Нет уже Иудея, ни язычника; нет раба, ни свободного; нет мужеского пола, ни женского: ибо все вы одно во Христе Иисусе», «...ни муж без жены, ни жена без мужа, в Господе. Ибо как жена от мужа, так и муж чрез жену; все же – от Бога» [2].

Гендерна асиметричність в християнстві доволі відносна. З кожним роком змінюються погляди на життя, змінюються трактовки та пояснення святого писма при звичаючись до сучасного стилю. В останні роки становиться тенденцією ординація жінок в священний сан, особливо це проявляється в протестантських напрямках церкви. Це підтверджує, що гендерне питання не стоїть на місці і дедалі швидше поширюється рівноправ'я.

Список використаних джерел

1. Ковальська К. Русская православная церковь и гендер: дифференциализм или равенство полов. URL: <https://religious.life/2016/04/kovalskaya-russkaya-pravoslavnaya-tserkov-i-gender-differentsializm-ili-ravenstvo-polov/> (дата перегляду: 28.03.2021)

2. Барчунова Т. Человек верующий: гендерная наука и религия. URL: http://gender-route.org/articles/sex_gender_practice/chelovek_veruyuwij_gendernaya_nauka_i_religiya/ (дата перегляду: 28.03.2021).

*Кузьміна С.О.,
Харківський національний медичний університет,
Науковий керівник: доц. Гончаренко Л.О.*

ГЕНДЕРНЕ СПРИЙНЯТТЯ ЖІНКИ В БУДДИЗМІ

Однією з важливих актуальних соціальних проблем усіх країн світу протягом багатьох років є положення жінки в суспільстві, яке регулюється певними факторами, одним з яких є релігія. У зв'язку з цим особливу зацікавленість представляє питання соціального статусу жінки в буддизмі, що є однією з найдавніших світових релігій.

Родини Давньої Індії були патріархальними: всі справи сім'ї контролював її глава, тобто батько. Він мав більш високий соціальний статус, аніж інші члени родини. Посилаючись на Закони Ману, жінка мала неоднозначне положення в суспільстві. З одного боку, вона зовсім не мала свободи, бо протягом свого життя жінка повинна була знаходитись спочатку під владою батька, потім – під владою чоловіка, а після його смерті – під владою сина. З іншого боку, жінка як матір мала високий соціальний статус:

не можна було її ображати, сваритися з нею та категорично заборонено залишати матір одну, якщо вона в безпорадному стані [1]. Неможливо сказати, що народження дівчинки в родині було радісною подією. Отже, жінка в давньоіндійському суспільстві – небажана дочка, що виховувалася в строгості, шаноблива дружина та дбайлива матір. Також слід зазначити, що соціальний статус жінок залежав від приналежності до однієї з чотирьох кастів, бо жінка високої касті мала більше привілеїв, аніж жінка низької касті. Спільною проблемою для жінок усіх кастів була заборона на вивчення Законів Веди [2, с.9].

Ситуацію змінив Сиддхартха Гаутама, засновник буддизму. Він зазначив, що не існує практичної відмінності між статями на шляху набуття нирвани. Тому через деякий час за його ініціативи була заснована жіноча буддійська чернеча громада. Вступ жінки до чернечої громади регулювався особливими умовами, що мають назву «Восьми правил». У цих правилах можна помітити підлегле становище черниці ченцеві [3]. Ситуація з залежним положенням дублюється в своді чернечих правил, до складу якого входять 227 правил для ченців та більше 300 правил для черниць. Деякі з цих правил були присвячені зовнішньому вигляду жінок, їх посвяті в сангху, вибору майбутньої наставниці та поведінці черниць в суспільстві. Якщо більш детально говорити про зовнішній вигляд жінок та чоловіків, то у ченців було 3 елементи одягу, а у черниць – 5, тобто два додаткових. До них належить жилет, головною функцією якого було згладити форму жіночих грудей. Також є відмінність у посвяті ченців та черниць: для чоловіків існує 2 види посвати, для жінок – 3 види [4]. Слід зазначити, що рівність жінок та чоловіків у духовному розвитку була офіційно зафіксована в сутрах Праджняпараміта.

Разом з тим, Будда встановив ряд обов'язків дружини та чоловіка. Посилаючись на Сигаловаду Сутте, чоловік зобов'язаний бути ввічливим з дружиною, ні в якому випадку не зневажати її, бути вірним та дарувати прикраси. До обов'язків жінки відноситься: добре виконання господарських обов'язків, вміння зберігати те, що приносить чоловік, гарна атмосфера в сім'ї, вірність чоловіку, вміння бути майстерною та працювитою [5].

Підсумовуючи все вищесказане, можна сказати, що буддизм встановив за норму зовсім нове положення жінки в духовно-релігійному плані. Створення жіночої чернечої громади та офіційна згадка про рівність жінок та чоловіків, безумовно покращили соціальних статус жінок країн Азії, що, у свою чергу, сприяло прогресивному розвитку суспільства.

Список використаних джерел

1. Сімейне право за Законами Ману в Стародавній Індії [Електронний ресурс]. URL: <https://studopedia.org/8-64036.html>
2. Бальжитова О.М. Положение женщины в буддизме Индии, Монголии и Бурятии [Електронний ресурс]. URL: <https://www.dissercat.com/content/polozhenie-zhenshchiny-v-buddizme-indii-mongolii-i-buryatii/read>

3. Жінки в ранньому буддизмі (за матеріалами палійського канону) [Електронний ресурс]. URL: <http://horting.org.ua/node/986>

4. Ерухова О. Жінщина в буддистской традиції [Електронний ресурс]. URL: <https://proza.ru/2007/11/14/27>

5. Сигаловада сутта. Беседа с Сигалой. Кодекс дисциплины для мирянина [Електронний ресурс]. URL: <https://docplayer.ru/36011051-Sigalovada-sutta-beseda-s-sigaloy-kodeks-discipliny-dlya-miryanina.html>

*Левіт С.В.,
Харківський національний медичний університет,
Науковий керівник: доц. Дишкант Т.М.*

ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ ЯК ФІЛОСОФСЬКА ПРОБЛЕМА

Останнім часом в усіх сферах життєдіяльності людини зростає актуальність питань, пов'язаних з гендерною рівністю. Світовий процес формування конституційного законодавства характеризується декларуванням в ньому принципу рівних прав та можливостей. Конституційне закріплення рівності статей характерно нарівні з такими особливостями, як національна і расова незалежність, відсутність дискримінації за ознаками мови, віросповідання, соціального походження, політичних переконань та інше.

Поняття «людина» є рівноцінним до понять «особистість», «індивідуальність», що характеризує перш за все щось особливе, специфічне, що відрізняє конкретну людину як індивіда і особистості від усіх, включаючи як природні, тілесні, так і психічні і соціальні властивості; як успадковані, так і придбані, вироблені в процесі людського розвитку.^[1]

Терміни «стать» і «гендер» є суміжними поняттями, проте не тотожними. Майкл С. Кімел вирішує дану проблему наступним чином: «Пол стосується біологічного апарату, чоловічої і жіночої особин, тобто нашої хромосомної, хімічної і анатомічної будови. Гендер пов'язаний зі змістом, яке ми вкладаємо в відповідні відмінності в рамках культури ...»^[2]

Гендер - це змодельована суспільством і підтримувана соціальними інститутами система цінностей, норм і характеристик чоловічої і жіночої поведінки, стилю життя і способу мислення, ролей і відносин жінок і чоловіків, придбаних ними як особистостями в процесі соціалізації, перш за все визначається соціальними, політичними, економічними та культурними контекстами буття й фіксує уявлення про жінку та чоловіка залежно від їх статі.

У сучасних дослідженнях гендер не має єдиного визначення, як вкрай складний феномен, гендер являє собою сукупність і переплетення взаємин і процесів у соціальному житті.

Отже, як філософська категорія, це складний соціокультурний конструкт, який відображає відмінності в ролях, поведінці, ментальних і емоційних характеристиках чоловіки і жінки і є системою міжособистісного

взаємодії, створює, підтримує і відтворює уявлення про чоловічу і жіночу як категорії громадського порядку. Це впорядкована модель соціокультурних відносин, яка передбачає рівність можливостей, що не залежать від статі.

Сьогодні гендерна рівність є фундаментальною цінністю третього тисячоліття на рівні зі свободою, справедливістю, толерантністю.

Список використаних джерел

1. Кон И.С. Пол и гендер. Заметки о терминах. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.sexology.narod.ru/>.

2. Киммел Майкл С. Гендерное общество: пер. с англ. / Майкл С. Киммел. - М: Сфера, 2003. - 490 с.

*Левіт С. В.,
Харківський національний медичний університет,
Науковий керівник: доц. Толстов І.М.*

СУЧАСНІ КОНЦЕПЦІЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Світова історія зародження сімейної медицини бере свій початок ще з V-X ст. нашої ери, саме в той період, коли виникла медицина. До 60-х років в Північній Америці і в Європі завжди йшли гострі дискусійні розмови про те, якою ж має бути сімейна медицина. У той час, найпопулярнішими моделями зародження сімейної медицини в світі були дві: система Бісмарка (страхова, змішана, яка використовується в Франції, Німеччині, Австрії, Швейцарії, Нідерландах, Бельгії) і Бевериджа (повне державне фінансування, яка властива Великобританії, Швеції, Фінляндії, Іспанії, Канаді, Австралії, Греції). Починаючи з 60-70 років XX століття практично всі країни перейшли до системи охорони здоров'я, заснованої на принципах загальної практики - сімейної медицини.

В Україні взяли за зразок схему американської сімейної медицини, в якій 29 найпоширеніших захворювань (які і формують 70-80% всіх звернень) складають основну компетенцію сімейного лікаря [1]. Функцією сімейної медицини є забезпечення населення такими медичними послугами, як консультації, діагностика, лікування і профілактика, які не потребують спеціальних знань і навичок від лікаря, і спрямовані на задоволення потреб пацієнтів при первинному зверненні. Сьогодні сімейна медицина передбачає надання широкого кола медичних послуг людям будь-якого віку. Сімейний лікар не розглядає пацієнта як загальний перелік органів і систем, він розглядає хворого як особистість в середовищі сім'ї, оскільки саме сім'я формує звички, культуру харчування, ставлення один до одного, людей і суспільства, які також важливі для розуміння стану пацієнта.

Функціонування сімейної медицини базується на таких пріоритетах: визнання первинної медичної допомоги пріоритетним напрямком діяльності суспільства і держави в сфері охорони здоров'я; орієнтованості на пацієнта, його сім'ю і суспільство в цілому; рівних можливостях пацієнтів в отриманні

первинної медичної допомоги; гарантованому обсязі безоплатної первинної медичної допомоги; вільний вибір суб'єкта первинної медичної допомоги, усвідомленому виборі методів профілактики, діагностики та лікування захворювань; дотриманні галузевих стандартів в області охорони здоров'я.

Реалізація зазначених пріоритетів забезпечується прийняттям і введенням в дію відповідних нормативно-правових актів, зокрема державних цільових програм по профілактики, діагностики та лікування захворювань. Прогнозування потенційних ризиків виникнення неінфекційних захворювань і їх попередження є однією з найважливіших складових роботи медичних сестер загальної практики – сімейної медицини література [2, с. 160].

Сучасна концепція сімейної медицини включає рішення таких задач: організація надання пацієнту своєчасної, якісної та ефективної первинної медичної допомоги; здійснення комплексу заходів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я пацієнтів, формування здорового способу життя і поліпшення стану громадського здоров'я та активного довголіття населення; зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення; направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для отримання інших видів медичної допомоги; управління та організація ефективного функціонування суб'єктів первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини; моніторинг стану здоров'я кожного пацієнта протягом життя.

Література

1. Грицько Р. Ю. Державне управління системою освіти фахівців сімейної медицини [Текст]. М. Просвіт, 2014. С. 11.
2. Сімейна медицина: Загальні питання сімейної медицини / під ред .: А. Н. Гирина, Л. Н. Пасієшвілі, Г. С. Попик. М .: ВСВ Медицина, 2013. 672 с.

*Мирошниченко А., Спічак А.,
Харківський торговельно-економічний коледж КНТЕУ,
Науковий керівник: Скіндер Н.В.*

РОЛЬ ЖІНКИ У СУЧАСНОМУ СВІТІ НА ПРИКЛАДІ РОМАНУ ЛУЇЗИ МЕЙ ОЛКОТТ «МАЛЕНЬКІ ЖІНКИ»

Роль та місце жінки у світі – одне з вічних питань. З давніх-давен жінку вважали годувальницею, берегинею домашнього вогнища, матір'ю та коханкою. Вона присвячувала все своє життя чоловікові й дітям. Але час йде, змінюючи все навкруги, в тому числі й людей та їх мислення.

Протягом багатьох століть жінки виборювали своє місце у світі. Вимагали рівності та поваги від чоловіків. І лише в ХІХ ст. жінкам вдалося значно розширити свої можливості, але рівноправності так і не було досягнуто. Жінки вважалися лише «власністю» чоловіка, вони не мали голосу, а їх світ обмежувався рамками сім'ї, вихованням дітей, піклуванням про родину. Більшість жінок підкорювалися та жили за правилами, які їм

диктувало суспільство, але були й ті, хто намагалися протистояти системі. Вони сміливо висловлювали свою думку, боролися та відстоювали свої права, прагнули рівності та поваги.

Луїза Мей Олкотт одна з таких жінок, а її роман «Маленькі жінки» (1868) – феномен, який вплинув не тільки на американську культуру, але й на становлення фемінізму і самосприйняття багатьох людей по всьому світу. У романі описано життя та дорослішання чотирьох сестер родини Марч: миловидної Мег, незграбної любительки витівок Джо, манірної юної леді Емі та сором'язливої Бет. Вони чекають на повернення батька з громадянської війни, і намагаються навчитися приймати рішення у дорослому світі. Головні героїні мріють стати художницями, акторками та письменницями, тим часом весь світ намагається пояснити їм, що головне – це вдало вийти заміж і повністю поринути у родинні клопоти. Але ж, у жінок також є свої мрії та амбіції й саме це, головна ідея твору.

Сестри Марч, з одного боку, це сміливі, автономні жінки, які поділяють вірування в суспільстві, в якому переважають чоловіки, а з іншого – це цікаві дами, які намагаються відстояти себе в суспільстві. Але лише одна з сестер повністю відповідає образу сучасної жінки – Джо Марч. Вона вибухова, амбітна, незалежна, порушує традиції, нетерпляча, віддана своїй справі і пишається своєю здатністю самостійно заробляти. Саме Джо Марч стала зразком і натхненням для багатьох поколінь дівчаток і жінок у всьому світі.

Роман «Маленькі жінки» став сміливим заклик до дії для жінок того часу і перепусткою для жінок нового світу. Завдяки роману Олкотт суспільство побачило, що маленька жінка спроможна на великі справи. Вона смілива, відчайдушна, ризикова але, водночас, лагідна, тендітна та мрійлива. Вона незалежна, господарка своєї долі, яка впевнено крокує тільки вперед, не зважаючи на труднощі, які чатують попереду.

Олкотт вдалося показати багатогранність та непередбачуваність жінки. Авторка заявила, кидаючи сміливий виклик суспільству, що жінка теж має право на відчайдушні мрії та амбіції, а головне – на втілення їх у життя. Олкотт доводить, що жінка – це особистість, яка повинна бути щасливою і, якщо в її планах немає такого пункту, як: «створення сім'ї та присвячення подальшого життя тільки чоловіку та дітям», то це її вибір і його потрібно поважати, рахуватися з ним. Тому, що у кожної людини своє розуміння, бачення щастя і це нормально, так повинно бути, бо всі ми різні і бажання, мрії у нас різні. Для однієї жінки щастя – це створення сім'ї, як для Мег, а для іншої – це успішна кар'єра та свобода, як для Джо.

Але світ змінюється, розширюючи свої межі. Чоловіки, яким раніше була відведена головна роль сильної статі, так само переживають певні трансформації та навіть кризи своєї маскулінності. Сучасний світ – це світ мужніх жінок та жіночних чоловіків.

Таким чином, роман «Маленькі жінки» показав світу нову жінку і став поштовхом до грандіозних змін у суспільстві того часу. поштовхом до грандіозних змін у суспільстві того часу.

Михайлова Б.А., Абдуллаєва Н.А.,
Харківський національний медичний університет,
Науковий керівник: проф. Лазуренко В.В.

ПРОЯВ ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

Актуальність теми. Церебро-васкулярні патології (ЦВП) – це одне з найпоширеніших неінфекційних захворювань нервової системи. До них належать: інсульт(артеріальний, венозний та внутрішньочерепний крововилив), тромбоз церебральний вен, транзиторна ішемічна атака, гостре порушення мозкового кровообігу та інфаркт міокарду.

Мета дослідження. Проаналізувати частоту захворюваності вагітних жінок на ЦВП.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 90 жінок у віковому діапазоні від 17 до 40 років, в яких була церебро-васкулярна патологія.

Результати дослідження. Епідеміологічні данні про поширенність церебро-васкулярних захворювань неоднозначні. На даний час ця патологія серед вагітних має тенденцію до росту.

Показники ішемічного інсульту та церебрального крововиливу у вагітних коливаються від 10 до 40 на 100 000 пологів по всьому світу.

В Україні поширенність інсульту – 1,5%, інфаркту міокарда – 1,3%.

Церебро-васкулярною патологією страждають в більшості, молоді жінки.

Також, важливе значення відводиться зовнішнім чинникам. Серед безпосередніх причин гострих порушень мозкового кровообігу основне місце займають спазм, тромбоз і тромбоемболія церебральних і прецеребральних (сонних і хребетних) артерій, а також функціональне перенапруження міокарда в умовах атеросклеротичної оклюзії цих артерій.

Величезне значення має психоемоційне перенапруження, що веде до ангіоневротичних порушень, які складають 13,5%.

Окрім психоемоційних напружень, велике значення мають такі чинники, як тютюнопаління – 40,5%, вживання алкоголю – 15,7%, нездорове харчування – 3,5%, малорухливий спосіб життя – 11,3%. Наприклад, у Польщі, останній показник складає менше 10%, а у Чехії – 3,5%.

Висновки. Церебро-васкулярна патологія у вагітних на даний час зустрічається все частіше. Отже, підбиваючи підсумки, важливо наголосити на своєчасній діагностиці, лікуванні та профілактиці ЦВЗ, особливо у вагітних, тому що саме церебро-васкулярна патологія призводить до інвалідизації.

АМБІВАЛЕНТНА РОЛЬ ЖІНКИ В СУСПІЛЬСТВІ: РОДИННІ ТА СОЦІАЛЬНІ ФУНКЦІЇ

Перші ідеї, близькі до феміністичних, були порушені ще в Античні часи. Так, Платон в книзі «Держава» казав, що правителів обирають, за їхній розум та талант в незалежності від статі, отже жінка, наділена достатніми рисами, теж може претендувати на владу. Проте, протягом багатьох років жінки вважались «слабкою ланкою», не мали майже ніяких прав, але виконували дуже важливу функцію - зберігання домашнього вогнища та виховування дітей.

Найпершою феміністкою вважають Мері Уолсторафт, яка ставила питання щодо жіночої долі, різниці між чоловіками та жінками, вивчала, як материнство та побут впливають на жінок, а також створила свій лозунг, який проголошує, що жінки можуть самостійно розпоряджатися своєю долею. Феміністичний рух має цікаву довгу історію та за багато років зазнав чимало змін. Зараз феміністи - це люди, які борються за права жінок, мають багатогранну ідеологію, яка спрямована на підтримку поважного ставлення до жінок в суспільстві. Розрізняють багато видів фемінізму: антирасистський, ліберальний, постмодерністський, інтерсекціональний.

Україна також не знаходиться осторонь від розв'язання гендерних проблем. Наприклад, нещодавно в Україні з'явився новий незареєстрований рух - «Femen». Він був заснований в 2008 році, а його лідером є Ганна Гуцол. Група активісток також борються за права жінок, за їх захист, а також проти проституції, сексуальних домагань та за свободу слова. Молоді дівчини беруть участь в епатажних акціях та задля привернення уваги часто оголюються, тож їх девіз - «Прийшла. Роздяглась. Перемогла!». Ганна підкреслює, що у феміністок в центрі уваги - чоловік, якому вони хочуть наслідувати, одягатися, як він, і, врешті-решт, перенести на себе всі його функції, ставши сильним і самостійним жінко-чоловіком. Натомість усі їх дії тільки підкреслюють, що жінка - це сексуальний об'єкт. На жаль, таке протиріччя між метою і засобами не є одиничне.

Як вже і було сказано раніше, жінки виконують найцінніші та найважливіші справи вдома. І не тільки прибирають, миють посуд, підлоги, та інше, хоча це теж вагомо, а ще народжують та виховують наступні покоління, підтримують своїх чоловіків - і таким чином надають сімейному життю аспект любові та турботи. Отже жінка є ключовою ланкою будь-яких родинних зв'язків, формуючи фактично таким чином шлях розвитку майбутнього. Саме тому суспільство повинно створити такі умови, щоб сімейні жінки могли поєднувати і працю задля розвитку та достатку, і родинне життя. Так, сьогодні жінки вимушені бути «сильними», щоб

поєднувати все, працювати до пізнього часу, а потім йти додому та піклуватися про своїх рідних - і це неймовірно виснажливо.

І, на превеликий жаль, ні «Фемен», ні феміністичний рух, не звертають увагу на реальні проблеми жінок, бо імпліцитно мають інші політичні цілі, ніж полегшення повсякденності жіночого буття.

Тож, можна зробити висновок про необхідність створення відповідних організацій та об'єднань, реформування навчальних програм, організацію заходів, які б висвітлювали жінку та її функції в суспільстві амбівалентно, враховуючи і всі її права, як людини й громадянина, та її діяльність і відповідний вплив як матері та берегині домівки.

*Молоток В. В.,
Харківський національний медичний університет,
Науковий керівник: доц. Кутирьова В.І.*

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У МАНІФЕСТАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Чоловіки та жінки мають різну статуру. Однак відмінності обмежуються не тільки анатомічними особливостями, що охоплюють зовнішній вигляд та репродуктивні органи представників кожної статі, адже існують й інші менш помітні гендерні розбіжності, що охоплюють розвиток та ускладнення захворювань, серед яких особливе місце займають хвороби серцево-судинної системи. Попри те, що існують чіткі відмінності між фізіологією чоловіків і жінок, медицина нашого часу подекуди продовжує сприймати людей різної статі як біологічно ідентичні організми. У зв'язку із цим *актуальною проблемою* є визначення відмінностей у розвитку захворювань представників різних статей. *Мета* нашої роботи – дослідити розбіжності у проявах та прогресуванні хвороб кровоносної системи.

Протягом тривалого часу тільки чоловіче тіло було об'єктом вивчення медичних досліджень. Головним поясненням цього є те, що перші та подальші експерименти у сфері медицини проводилися саме на чоловіках. Однак у 2010 році Американське Агентство з досліджень та якості охорони здоров'я (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ, США) представило дослідження, в ході якого було підтверджено існування суттєвих відмінностей у маніфестації та розвитку серцево-судинних захворювань у чоловіків та жінок. Згідно зі статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я (World Health Organization), жінки більш схильні до захворювань серцево-судинної системи. Причини цих відмінностей до кінця ще не з'ясовані, однак найбільш вірогідними поряд з малорухливим способом життя, неправильним харчуванням та хронічним стресом, які також властиві й чоловікам, є наявність у житті жінок клімактеричного періоду. Поєднання цих факторів з усуненням гормональної протекції сприяє швидкому прогресуванню патологічних процесів в серцево-судинній системі. Доведено, що розвиток захворювань серцево-судинної системи у жінок розвивається

орієнтовно на десять років пізніше у порівнянні з чоловіками. Проте частота прояву хронічних захворювань у жіночої статі вища.

В дослідницькому центрі Університету Вейк-Форест у Північній Кароліні в ході спостережень фахівці дійшли висновку, що не тільки частота захворювань, але навіть симптоматика захворювань відрізняється залежно від статі. Наприклад, характерними проявами серцевого нападу у чоловіків є холодний піт, біль у грудях та больовий синдром. У жінок основними симптомами є біль у животі, задишка та кашель. У цьому випадку біль може з'являтися в зовсім різних ділянках тіла.

Отже, вищезгадані дані вказують на необхідність диференційованого підходу до прогнозування хвороб та лікування жінок і чоловіків, оскільки симптоматика захворювань може суттєво різнитися у представників обох статей. Перспективи подальших розвідок у цій галузі полягають у застосуванні міждисциплінарного підходу до вивчення гендерної специфіки протікання захворювань серцево-судинної системи з обов'язковим врахуванням соціальних, культурних контекстів життєдіяльності хворих.

Список використаних джерел:

1. Іванов, Д. Д. Гендерные особенности в доказательной медицине / Д.Д. Иванов [і ін.] // Медичні аспекти здоров'я жінки. – 2011. - №3 (42). – с. 21-23.

2. World Health Organization: Number of deaths attributed to non-communicable diseases, by type of disease and sex. Dataset, updated February 9, 2021. URL:<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-deaths-attributed-to-non-communicable-diseases-by-type-of-disease-and-sex>.

3. Світові новини щодо здоров'я та якості життя жінок / Здоров'я жінок. - 2020.- №8(154). – С. 8-11.

4. Старенька, І.О. На прийомі жінка: про що повинен задуматися кардіолог? / І. О. Старенька // Кардіологія, Ревматологія, Кардіохірургія. - №12/1. – 2007.

*Ннані А. М.,
Харківський національний медичний університет,
Науковий керівник: доц. Калініченко О.В.*

COVID-19: НІГЕРІЯ ТА УКРАЇНА

Світ веде боротьбу з епідемією коронавірусу вже певний час. Минув рік з того часу, як країни вперше запровадили карантинні обмеження та оголосили тотальну ізоляцію. Якщо в березні-квітні 2020-го року захворіти Covid-19 було для населення «нічним жахіттям», то із плином часу ми все частіше зустрічаємо байдужих до вірусу людей, що навіть не вважають за необхідність дотримуватися масочного режиму в громадських місцях. Таке скептичне ставлення до епідемії зумовлено тим фактом, що наразі вже кожен так чи інакше зустрівся з вірусом. Covid-19 набув такого розповсюдження, що майже будь-хто може сказати, що перехворів, або має хоча б одного

знайомого, що переніс цю недугу в легкій формі. Варто людині лише почути, що вірус не такий небезпечний, як нас завіряють ЗМІ, і вона починає несерйозно ставитися до хвороби, що продовжує забирати життя людей кожен день. Люди демотивують одне одного виходити із зони комфорту й утримуватися всіх карантинних обмежень задля свого здоров'я та здоров'я близьких. Звісно, це відбувається не в одній певній країні, а по всьому світі.

Метою дослідження є з'ясувати справжнє ставлення населення України до коронавірусу, і порівняти його зі ставленням до хвороби жителів найнаселенішої країни Африки – Нігерії, де дотримання таких елементарних карантинних обмежень як уникання людних місць, суттєво ускладнює умови життя.

Актуальність теми зумовлена прямою залежністю ефективності прийнятих карантинних обмежень від міри їх виконання населенням України і країн світу.

Ми провели опитування в обох країнах паралельно. На поставлені нами запитання відповіли 33 українців та 20 нігерійців. Наразі маємо такі результати. В той час як 100% опитаних нігерійців вірять в існування коронавірусу, приблизно 9,1% українців припускають, що вірус усе ж таки ілюзія. Приблизно однакова відсоткова кількість населення обох країн, а саме 80% уже мали справу з Covid-19 (хворіли або мають знайомого, що мав недугу). Стало відомо, що 95% опитаних нігерійців упевнені, що вірус є загрозою для життя, тоді коли в Україні лише 63,6% бачать у коронавірусі небезпеку. Велика частка від обох груп респондентів ще невпевнена щодо необхідності вакцинації: у групі нігерійців ця частка складає 40%, а в групі українців – 55%. По-справжньому оцінити різницю ставленням до вірусу в обох країнах, можна порівнявши кількість людей, що вважають вакцину абсолютно непотрібною, адже в Нігерії в цьому впевнені лише 5% людей, тоді коли в Україні вже суттєво більше – 36,4%.

Також, під час опитування, ми попросили обидві групи респондентів оцінити рівень своєї стурбованості щодо епідеміологічної ситуації у своїх країнах на час початку пандемії, і на час проведення опитування. Респонденти мали дати оцінку за п'ятибальною системою (1-зовсім не стурбований, 5- дуже стурбований). Отримані результати дозволяють чітко побачити загальну тенденцію зменшення тривожності населення країн щодо епідемії вже через рік після її початку: з березня 2020-го року до сьогодні середній показник знизився з 4,5 до 4,05 серед нігерійців, та з 3,4 до 2,45 серед українців.

Отже, ми порівняли ставлення до коронавірусу мешканців України зі ставленням до вірусу мешканців Нігерії. Безумовно, населення обох країн вже не так стурбовані небезпечністю Covid-19 та поширенням пандемії, як на момент початку карантину. Ми дізналися, що українці знайомі з вірусом так само, що і нігерійці. Зокрема, порівнявши відповіді респондентів один із одним, помітно, що населення Нігерії ставиться до пандемії серйозніше ніж – населення України.

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У МАНІФЕСТАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Гендерна медицина – це відносно новий розділ медицини, де розглядаються відмінності у прояві захворювань між особами жіночої та чоловічої статі, внаслідок їх біологічних та психологічних особливостей.

У розвитку інфекційних захворювань стать зумовлює фізіологічні відмінності, які впливають на передачу та розвиток збудника хвороби, натомість гендер впливає на доступність та обсяг медичної допомоги.

За статистикою ВООЗ на 2019 рік є такі дані: жінки частіше страждають на інфекційні захворювання сечовидільного каналу, лептоспірози, та ППСШ, чоловіки - на інфекційні захворювання крові, ШКТ, дихальних шляхів.

Передача деяких інфекційних хвороб через статеві шляхи у жінок буде більш ефективною, ніж у чоловіків, що обумовлено анатомічно; товщина епітелію слизових оболонок, кількість клітин Лангерганса та наявність лактобактерій контролюються статевими стероїдними гормонами, що пояснює їх різний рівень у обох статей [1].

Також між статями є відмінності у імунних реакціях у відповідь на збудник.

Клінічні дослідження показали, що жінки мають вищий рівень: антитіл, CD3, CD4, Т-клітин (та їх цитотоксичну активність) та співвідношення CD4 до CD8.

У патогенезі інфекційних захворювань важливе значення має кліренс патогенів: у деяких випадках тяжкість перебігу захворювань у жінок може бути вищою через підвищені кліренс, запальні та клітинні імунні відповіді, а у інших - вище у чоловіків - через знижений рівень кліренсу та нездатність клітин у достатній мірі контролювати активність патогену [2].

Статеві стероїди зустрічаються в різних концентраціях між статями: у репродуктивному віці жінки мають більший рівень естрогену та прогестерону, а чоловіки - тестостерону, але під час перинатального розвитку та старіння їх рівень відрізняється не так сильно. Статеві гормони впливають на функціонування імунних клітин через зв'язування зі специфічними рецепторами - в результаті змінюється рівень цитокінів та хемокінів [3]. Також існують патогени, які впливають на статеві стероїди: як приклад, гриби роду кандіда мають білок, котрий підвищує вірулентність збудника внаслідок переходу з однієї в форму в іншу, викликаною зв'язуванням білка з естрогеном, який ще й має високу спорідненість до естрадіолу.

Статеві відмінності ще можуть бути спричинені вродженим дисбалансом у експресії генів, кодованих у Х та Y хромосомах. У Х-хромосомах велика кількість генів регулюють імунну функцію та впливають

на модуляцію статевих відмінностей у розвитку інфекційних захворювань. Наприклад, рецептор розпізнання патерну, а саме Toll-подібний, розташований на Х-хромосомі, здатний розпізнавати РНК-віруси та мають вищий рівень експресії в клітинах жінок, на відміну від чоловіків [4]. За сприйнятливості до аутоімунних захворювань відповідають гени, розташовані у Y-хромосомі.

Отже, стаття має значний вплив у патогенезі інфекційних захворювань шляхом забезпечення генетичного фону, анатомічних та фізіологічних особливостей, тому це слід враховувати при діагностиці хвороб та лікуванні пацієнтів різних статей.

Література:

1. Editorial: Sexual Dimorphism of the Immune Inflammatory Response in Infectious and Non-infectious Diseases [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6371857/>.
2. Sex differences in immune responses: Hormonal effects, antagonistic selection, and evolutionary consequences [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27956226/>.
3. Sex Hormones in Acquired Immunity and Autoimmune Disease [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30337927/>.
4. Female predisposition to TLR7-driven autoimmunity: gene dosage and the escape from X chromosome inactivation [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30276444/>.

*Романенко В.І.,
Український Державний університет
залізничного транспорту м.Харків,
Науковий керівник: доц. Толстов І.В.*

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Одним з найважливіших питань сучасності є питання, що стосується гендерної рівності. Гендерна рівність традиційно трактується як рівний правовий статус жінок і чоловіків, де важливу роль має реалізація цього рівного правового статусу для можливості брати участь в усіх сферах життєдіяльності суспільства.

На жаль, гендерна нерівність, незважаючи на усі методи боротьби із нею, міцно вкоренилася у сучасному світі на всіх рівнях. Однією з причин можна назвати гендерні стереотипи. Сформовані культурою переконання стосовно поведінки людей різних статей не тільки підтримують, а ще й виправдовують гендерну нерівність та сексизм. Зміст гендерних стереотипів відрізняється залежно від історичного періоду часу, ці переконання, зазвичай, є стандартизованими відповідно до загальних суспільних норм. Також на формування певних стереотипів впливає біологічна стаття:

притаманні фізіологічні особливості відрізняються більш яскраво. Традиційно жінок «нагороджують» такими рисами, як слабкість, неконфліктність, делікатність, інтуїтивність, чутливість.

Жінка у стереотипах – це хранителька сімейного щастя. Чоловіків, у свою чергу, наділяють такими рисами як хоробрість, рішучість, сила, жага до змагання та влади, агресивність. Чоловік у стереотипах – це той, хто забезпечує родину. Варто зазначити, що не існує характеристик, поведінки чи схильностей, які були б властиві усім без винятку жінкам або чоловікам. І хоча деякі з цих характеристик можуть викликати приємні почуття, це все ще гендерні стереотипи. Наприклад, досить розповсюдженою є думка про те, що жінки, на відміну від чоловіків, більш схильні до порядку.

Зазвичай, невідповідність стереотипам сприймається суспільством досить неоднозначно: дуже часто це розглядається не як існуюча дійсність (справжній характер людини), а мов би крізь призму «я не така/такий як усі, і підкреслюю це».

Але чи не породжує невідповідність загальноприйнятим стереотипам нові їх різновиди? Свого часу це питання дійсно здалося цікавим. Наприклад, існує абстрактна сучасна дівчина, яка, на відміну від своїх одноліток, не цікавиться загальноприйнятими дівочими темами (мода, створення родини та інше), а бачить себе впевненою діловою жінкою «з характером». Така абстрактна сучасна дівчина, скоріше за все, отримає титул «залізної леді», і буде також сприйматися оточенням через стереотипи.

Така ж сама ситуація і з чоловіками. Як мені здається, поки що відмовитися від гендерних стереотипів неможливо: людина, заради спрощення сприйняття навколишнього середовища, типологізує інформацію. Світ постійно змінюється, він розвивається, і суспільство розвивається разом із ним як єдиний механізм. Розвиваючись, ми як би доповнюємо свою «бібліотеку стереотипів» різними новими характеристиками.

У кожному з нас є і чоловіча, і жіноча частина. Одну з них ми проявляємо більше, а іншу часом «придушуємо». Але на ділі виходить, що чим більше людина *андрогін* в психологічному плані (тобто володіє і фемінними, і маскулініними рисами), тим більше вона адаптована.

Йдеться про те, що в залежності від вимог ситуації можна проявити себе з різних сторін. Наприклад, при спілкуванні з дітьми брутальному чоловікові добре б проявити м'якість та емпатію. А скромній дівчині, якщо порушують її особисті права краще буде показати жорсткість.

Гендерні стереотипи завдають людям біль, тому що суспільство засуджує тих, хто цим стереотипам не відповідає. Чому ж? Тому що є і умовний «плюс»: наявність стереотипів робить життя більш передбачуваним та зрозумілим. «Я дівчина? Значить, я не повинна робити перший крок. Ти чоловік? Значить, я чекаю ініціативу від тебе». Плюс сумнівний, але для багатьох людей ця «передбачуваність» робить життя зрозумілішим.

ВПЛИВ СТАТІ НА ЧАСТОТУ РОЗВИТКУ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Актуальність теми: Цукровий діабет (ЦД) - це група ендокринних розладів, обумовлених порушенням секреції або функцій інсуліну, що призводить до розвитку гіперглікемії, глюкозурії і подальшої дисфункції життєво важливих органів. Цереброваскулярні ускладнення є одними з найбільш частих причин інвалідизації серед пацієнтів з цукровим діабетом як 1-го, так і 2-го типу, однак спостерігається певна відмінність в частоті розвитку цих ускладнень та захворюваності на ЦД загалом, пов'язана зі статтю.

Мета дослідження. Проаналізувати частоту захворюваності вагітних жінок з цукровим діабетом і гестаційним діабетом в залежності від статі.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 90 вагітних жінок з цукровим діабетом і гестаційним діабетом, в яких була цереброваскулярна патологія.

Результати дослідження. В структурі захворюваності на ЦД 55-60% хворих становлять жінки. Імовірно це пов'язано з меншою м'язовою масою і більшою масою жирової тканини у жінок, а також з вищою концентрацією циркулюючих вільних жирних кислот в крові, більшим інтраміоцелюлярним вмістом жирів у скелетних м'язах жінок, порівняно з чоловіками того ж віку. Також у жінок менший рівень глюкози натще, більш високі показники одразу після орального глюкозотолерантного тесту (ОГТТ) і вищий рівень глюкози через 2 години після ОГТТ.

Особливо важливу роль у підвищеній частоті цереброваскулярних ускладнень ЦД у жінок відіграє саме гестаційний діабет в анамнезі. У майже 70% жінок, що перенесли гестаційний діабет, спостерігається розвиток ЦД 2-го типу через 22 - 28 років після вагітності. Згідно з даними досліджень, у жінок, хворих на ЦД, швидше і частіше, ніж у чоловіків розвиваються макроангіопатії, що є причиною збільшення імовірності ранніх цереброваскулярних ускладнень, особливо інсультів. Вважається, що причиною таких відмінностей є різний вплив чоловічих і жіночих статевих гормонів на метаболізм глюкози та перебіг захворювання. Гестаційний діабет (ГД) в анамнезі значно підвищує частоту прояву порушень кровопостачання головного мозку за рахунок порушення метаболізму ліпідів у пацієнток з ЦД, що в свою чергу збільшує ризик розвитку атеросклерозу. Також при обстеженні жінок, що перенесли ГД, у 77,5% обстежуваних було виявлено збільшену експресію ряду мікроРНК, пов'язаних з високим цереброваскулярним і кардіоваскулярним ризиком. Це свідчить про значний вплив гестаційного діабету на епігенетичну регуляцію метаболізму глюкози. Скринінг певних мікроРНК може допомогти стратифікувати групу матерів з

високим ризиком, пов'язаним з ГД в анамнезі, які можуть отримати користь від впровадження стратегій ранньої первинної профілактики.

Висновки. На жаль, в Україні немає достатньої кількості відповідних досліджень, згідно з якими можна було б відслідкувати частоту розвитку цереброваскулярних ускладнень у жінок з цукровим діабетом та роль гестаційного діабету у поширеності цих ускладнень. Саме тому необхідні подальші дослідження цього питання, які дозволять виявити актуальні для України тенденції, розробити та впровадити необхідні методи скринінгу, ранньої профілактики та лікування цих порушень.

*Сухоруков І.Ю.,
Харківський національний медичний університет,
Науковий керівник: доц. Дишкант Т.М.*

ГЕНДЕРНІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

*«...Добути і зберегти своє здоров'я
може тільки сама людина.»
(М. Амосов)*

Формування та зміцнення здоров'я у світі, де відбувається інтенсивний спосіб життя і ні на що не вистачає часу, є надважливим завданням. Для того, щоб розв'язати цю проблему, необхідно створити та впровадити ефективну систему профілактики захворювань та пропаганди здорового способу життя. Але для того, щоб ця система була ефективною, необхідно застосувати її згідно з гендерними особливостями людей. Таким чином, гендерні особливості ставлення до здоров'я, на сьогодні, є важливою та актуальною темою. Гендерний підхід є однією з проблем формування ціннісного ставлення до здоров'я, який будується на основі відповідних стереотипів поведінки, соціальних ролей і біологічних особливостей, що належать особам різної статі. Рівень здоров'я – це важливе доповнення до традиційних гендерних показників, рівня розвиненості економіки й культури, благополуччя суспільства.

Жінки й чоловіки щодо ставлення до здоров'я мають різні погляди, бо мають зовсім різну психологію і різне ставлення до тих чи інших аспектів життя. Гендерні особливості проявляються, переважно, в якісній особливості змісту їх ставлення до здоров'я за окремими параметрами. Ступень відповідальності ставлення до свого здоров'я у жінок на порядок вищий, ніж у чоловіків, бо для них це є більшою цінністю. Чоловіки вважають себе більш здоровими, ніж насправді; тобто, переоцінюють стан свого здоров'я, і менш турбуються про нього. Жінки, навпаки, недооцінюють стан свого здоров'я і схильні посилювати нездужання. Відповідно, вони докладають більш зусиль для того, щоб підтримати свій організм і не захворіти. Чоловіки набагато частіше демонструють своє прагнення ні в чому не обмежувати своє життя й відсутність сили волі стосовно турботи про своє здоров'я.

Гендерні відмінності щодо тривалості життя пояснюються біофізичними відмінностями між чоловіками й жінками. Я вважаю, що це пов'язано з дітородною функцією жінки, з її відповідальністю за народження здорової дитини.

Гендерні відмінності можна помітити в стереотипах поведінки. Серед чоловіків більш розповсюджене паління, наявність незбалансованої дієти. Що стосується жінок – вони менш активні фізично. Жінки частіше уникають шкідливих звичок, значно частіше відвідують лікаря з метою профілактики захворювань. Пандемія коронавірусу стала загрозою не лише для фізичного, але й для психічного стану людей. Стрес може сприйматись чоловіками та жінками по-різному і, відповідно, призводить до різних наслідків для їх здоров'я. Не кожна людина готова звернутися до спеціаліста – більшість чоловіків не відвідують лікарів, намагаються розв'язувати проблему самостійно. Жінки втрачають здоров'я здебільше з інших причин, внаслідок того, що завдяки підвищенню стресу специфічно реагують на зміни умов повсякденного життя.

Висновок: вивчення гендерних особливостей ставлення до здоров'я дасть змогу створити ефективні методи залучення жінок та чоловіків до здорового способу життя, підвищити цінність здоров'я, а також – сформувати здорове суспільство з актуальними моральними нормами. Гендерні особливості впливають на те, що ставлення до здоров'я має відмінності, які необхідно враховувати. Підвищення цінності здоров'я в суспільстві буде сприяти підвищенню відповідальності за себе і за здоров'я нового покоління.

*Таненя В.П.,
Харківський національний медичний університет,
Науковий керівник: доц. Гончаренко Л.О.*

ВПЛИВ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ НА РІВЕНЬ ЧОЛОВІЧОЇ СМЕРТНОСТІ

Вступ. За даними державної статистичної служби середня тривалість життя в Україні складає: 74,8 років – у жінок, 62,8 років – у чоловіків [3]. Парадокс виживання полягає у тому, що чоловіки фізично сильніше та мають менший відсоток інвалідності аніж жінки, але мають високу смертність у всіх вікових групах. Однією з причин є те, що чоловіки рідше звертаються за медичною допомогою через гендерні стереотипи.

Результати. Найбільш розповсюджені стереотипи: «ти повинен бути сильним», «не плач та не показуй емоцій», «ти повинен більше заробляти», «повинен робити перший крок». У результаті це призводить до того, що чоловіки не можуть звернутися за допомогою, оскільки вважають це проявом слабкості. Амстердамське подовжене дослідження показало, що пацієнти чоловічої статі частіше приховують симптоми та надають неточну інформацію [1]. Небажання звернутися до превентивної медицини

призводить до хронізації захворювань та загострення важких станів. Серцево-судинні захворювання починають розвиватися на 10 років раніше, а у середньому віці зустрічаються у 2 рази частіше у порівнянні з жінками [2]. Жорсткі гендерні норми уявлення мужності схиляють хлопчиків до зловживання алкоголем, тютюном, ризиковими сексуальними контактами та підвищеною травматизацією. Гендерна установка «чоловік – мисливець та добувач» призводить до фізичного та інтелектуального перенавантаження, яке переходить у хронічну втому. Постійний робочий стрес та емоційна відстороненість стимулює прояв депресивних розладів та суїциду.

Згідно з даними ВОЗ 2016 року, жінки у 1,5 рази частіше страждають від депресивних розладів, але статистика смертності серед чоловіків вища [4]. Ключовим фактором є небажання ділитися власними проблемами, оскільки стереотип «чому ти плачеш, ти ж чоловік» ніби то пригнічує важливість прояву емоцій. Стороннім людям важко запримітити розповсюджені симптоми депресії: смуток, розпач, апатія. Замість цього проявляються неспецифічні для більшості симптоми: злість, агресія, роздратованість. Станом на 2019 рік усього померло 6190 осіб серед яких 5112 чоловіків [3]. В Україні є особлива причина самогубств серед населення передпенсійного віку. Вони не мають змоги працювати до пенсії через захворювання або звільнення з основного місця роботи, та перестають мати кошти на проживання.

Висновки. Соціально-культурні особливості впливають на здоров'я та життя абсолютно кожного члена суспільства. Гендерні стереотипи сприяють знеціненню проблем психічного та фізичного стану чоловіків. Всупереч стороннього тиску, необхідно заохочувати та проводити просвітницьку роботу серед чоловіків абсолютно усіх вікових груп.

Література

1. Інформаційний бюлетень Всесвітньої організації охорони здоров'я. Серпень 2017. – Сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Freisinger E, Sehner S, Malyar NM, et al. Nationwide routine-data analysis of sex differences in outcome of acute myocardial infarction. *Clin Cardiol.* 2018;41:1013–1021.
3. Сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
4. Сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.who.int/topics/suicide/ru/>

ЕКОЗАЛЕЖНА ПАТОЛОГІЯ, ЇЇ ЧИННИКИ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ. ЕНДЕМІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Науково-технічні досягнення і діяльність людини несе не тільки прогресивний характер, а й руйнівний, і веде до порушення екологічної рівноваги. У минулому сторіччі зі зростанням промислових виробництв підвищилась забрудненість і виснаження землі. Результатом цього є низка екозалежних патологій.

Основною властивістю живого є обмін речовин з навколишнім середовищем. У процесі еволюційного розвитку організм виробив здатність до виборчого поглинання певних хімічних елементів і їх виборчої концентрації в певних тканинах. Якщо серед засвоюваних речовин траплялися шкідливі, то вони, зазвичай, надходили через шлунково-кишковий тракт і нейтралізувалися печінкою. Але все частіше порогові концентрації перевищують допустимі межі та відбувається зрив регуляторних функцій організму. Токсичних речовин у повітрі не існувало, тому захисного механізму ліквідації у дихальному апараті не передбачено.

Сьогодні виникло багато нових хімічних сполук антропологічного походження (нітрати, нітроти, пестициди й інші добрива). Вони стійкі та акумулюються в організмі й мають тенденцію перетворюються на більш стійкі. Це призводить до ураження генетичного апарату і позначається на здоров'ї нащадків.

Викид в атмосферу, воду і ґрунт продуктів виробництва, створення штучних джерел радіоактивності, руйнування озонового шару, спалювання органічного палива призводить до дисфункції усіх систем органів, викликають алергійні та онкологічні захворювання, а також призводять до патологій вагітності й природжених вад розвитку.

Виділяють також місцевості нестачі або надлишку окремих хімічних елементів у середовищі, таких як йод, селен, фтор, цинк, залізо й інші, та інфекції, збудники яких перебувають на певній території, мають назву - ендемічні.

Наслідки зміни клімату і навколишнього середовища на здоров'я не є гендерно-нейтральними. Жінки й дівчата більш уразливі перед екологічними факторами ризику, такими як забруднена вода і забруднення повітря всередині приміщень. Це ускладнюється тим, що медичне обслуговування для жінок, у багатьох країнах світу досі не доступно.

Отже, людина не повинна природу змінювати «під себе», бо здоров'я людини - це система, яка обов'язково повинна містити у собі оцінку екологічних умов, в яких живе людина, та комплекс заходів для запобігання розвитку.

Література

1. Коцур Н.І. Валеологія: підручник / Н.І. Коцур, Л.С. Гармаш, І.О. Калиниченко, Л.П. Товкун. – Корсунь-Шевченківський, 2011 с.117, с. 419.

*Тарасов Б.О.,
Національний технічний університет
«Харківський політехнічний інститут»,
Науковий керівник: доц. Дишкант Т.М.*

ПРОБЛЕМА РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ, ПОЯВА СУПЕРБАКТЕРІЙ ТА НЕБЕЗПЕКА, ЯКУ ВОНИ НЕСУТЬ

Інформованість суспільства у питаннях правильного споживання антибіотиків дуже важлива – від цього може залежати здоров'я навіть не окремої людини, а цілих регіонів, країн.

З появою антибіотиків людству стало здаватися, що хвороби відступили назавжди. Але незабаром виявилось, що бактерії швидко виробляють стійкість до них (резистентність). Вчені розробляли все нові антибіотики, але і до них мікроби дуже швидко пристосовувалися. Хто ж переможе в цій «гонці озброєнь»? На сьогодні ми маємо близько 15 найнебезпечніших штамів «супермікробів», тобто мікробів, стійких відразу до декількох антибіотиків. Смертність від них жахає, але ще більш жахають прогнози на майбутнє – до 2050 року смертність може досягнути 10 мільйонів у рік! Це більше, ніж зараз смертей від онкологічних захворювань і цукрового діабету разом узятих.

Отже, необхідно знайти шляхи подолання резистентності, а для цього слід розібратися як виникає стійкість до антибіотиків. Розрізняють вроджену і придбану стійкість. Вроджена виникає через особливості будови мікроба, а придбана – в разі його контакту з малими дозами антибіотика, або через горизонтальний шлях переносу генів – від інших мікроорганізмів. Саме придбана стійкість виникає у разі неправильного споживання антибіотиків, переривання курсу лікування. Також сприяє появі стійкості необґрунтоване призначення їх лікарями, самолікування та інші фактори.

Крім цього, людство виробляє величезну кількість антибіотиків, але тільки половина з них безпосередньо ними вживається. Інша половина йде в сільське господарство, де антибіотики використовують як посилюючі фактори росту тварин. Це господарча діяльність також сприяє розвитку резистентності.

Яким же вбачається вихід із ситуації? Перш за все, потрібно відмовитися від використання антибіотиків в сільському господарстві. Також потрібно правильно застосовувати препарати при лікуванні, у якості превентивного заходу слід проводити просвітні заходи серед населення на тему резистентності, дотримуватися гігієни, швидко діагностувати появу нових загроз, створити фонд і комітети з контролю ситуації. Тільки у такому разі людство зможе подолати цю небезпечну для здоров'я проблему.

ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ'Я У ГЕНДЕРНОМУ АСПЕКТІ

Сто років тому гендерна розбіжність відносно тривалості була незначною. Різниця тривалості життя між чоловіками і жінками не перевищував 3-4 років. Зараз середня тривалість життя чоловіків – 58 років, а жінок – 72 роки. Чоловіча смертність у працездатному віці майже у 5 разів вище, ніж у жінок. Щодо некерованих факторів (таких як старіння, спадковість та стать), адаптивні можливості чоловічого організму значно нижчі. Великий вплив на тривалість життя мають і контрольовані – спосіб життя, медичне обслуговування, душевний стан. Тобто, щоб зберегти чоловіка як суб'єкт гендерного процесу, замало покращувати якість медицини. Треба ще переконати і самого чоловіка змінити свій спосіб життя. Адже від вбивств вони гинуть у 4 рази частіше, ніж жінки; від самогубств – у 8 разів; від травм, трагічних випадків, а також від отруєння алкоголізмом – у 5 разів.

Представники сильної статі намагаються бути суперменами. Вони незалежні, безтурботні, не відчують болю, йдуть навпростець. Якщо жінка йде до лікарні, коли захворіє, то чоловік – тільки тоді, коли «припекло». Жінка виконує усі інструкції лікаря, чоловік припиняє приймати усі пігулки, як тільки йому стало легше. На жаль, турбота про себе, відповідальна соціальна поведінка (відмова від алкоголізму, паління, уникнення ситуації особистого ризику) сприймається парадоксально. Сьогодні суспільство розглядає таких чоловіків з презирством, вважаючи, що в них відсутня мужність. І це негативно впливає на емоційний стан чоловіків, а отже і на їх здоров'я.

Чоловіки, як сильна стать, вразливі і психологічно. Наприклад стрес, що асоціюється із бідністю, впливає на чоловічу гормональну та імунну систему у значній мірі.

Сорок років тому демограф Б. Урланіс навіть не міг передбачити, що одним із чинників ризику стане матеріальна та соціальна нерівність у суспільстві. Він пропонував створити щось на подібну «чоловічих консультацій», які б займалися профілактикою та лікуванням специфічних чоловічих хвороб, слідкували за відповідністю їх здоров'я професійному стану, здійснювали допомогу у питаннях сексуальної патології та статтевого життя. Сьогодні до цього переліку слід додати і психологічну допомогу тим, хто перебуває у стані бідності, а у ньому в Україні знаходиться понад 80 % населення. Тому в умовах сьогодення «чоловічі консультації» не врятують чоловіче фізичне здоров'я. Потрібні більш дійові заходи, які відповідали б комплексному підходу до здоров'я чоловіків (і нації вцілому) і не тільки з боку медиків, а й психологів, економістів, громадськості тощо.

ДІТОВБИВСТВО В ІСТОРИКО-ПРАВОВОМУ КОНТЕКСТІ

Дітовбивство є одним з найдавніших злочинів у суспільстві. Як правило, дітовбивством вважається умисне позбавлення життя новонародженої дитини. Перші виявлені докази існування цього явища належать до часів кам'яного віку, а згадки про нього червоною ниткою проходять через всю історію людства. Серед основних причин дітовбивства у минулому були ритуальні дії (Близький Схід), стримання демографічного росту (Китай, Японія, Давній Рим, середньовічна Європа), збереження генетично-здорової популяції (Давня Греція, Рим, давні європейські племена).

На той час дітовбивство злочином не вважали і жодного покарання не призначали, а ситуація докорінно змінилась лише з початком епохи Відродження. Щодо народів, які проживали на території сучасної України, то до часу введення християнства на Русі дітовбивство ніяк не каралось, а після введення християнства вважалось гріхом і призводило лише до церковного покарання. У випадках наявності потворних вад розвитку у дитини та відмови священика її хрестити дітовбивство вважалось дозволеним.

Метою даної роботи було висвітлення дітовбивства як феномена в історико-правовому контексті. З цією метою нами були проаналізовані літературні джерела та досліджено історичне ставлення законодавства до цієї проблеми.

Переломним моментом в історії дітовбивства стало видання у Німеччині в 1532 році «Кароліни» – кримінального законодавства, де вперше вказано, що за дітовбивство жінка підлягає смертній карі (ст. 131). Згідно цієї статті, жінку живцем заховували у землю з метою всебічного залякування, а місце поховання пробивали колом. У 1580 р. у м. Нюрберзі були прийняті місцеві кримінально-судові документи, які замінили поховання жінки живцем на її обезголовлення. У Франції XVI сторіччя закон засуджував до смерті тих жінок, чиї діти вмирали немовлятами після таємних пологів незалежно від того, було це дітовбивство чи природна смерть. Схожі закони були видані у 1624 році в Англії та у 1690 році в Шотландії, але це не змінювало загальної ситуації в Європі.

У XVII-XVIII ст. кількість дітовбивств збільшилась, а жертвами ставали діти, народжені поза шлюбом, оскільки жінки, боячись осуду суспільства та прилюдного покарання, продовжували приховувати вагітність, народжувати таємно та вбивати незаконно народжених дітей, від тіл яких позбувались. За таких обставин вирахувати злочинницю було майже неможливо, а тому за наявності злочину винуватих знаходили і карали рідко. У XVIII-XIX сторіччі почала розвиватись система превентивних заходів. Почали з'являться умови для того, щоб жінка могла невпізнаною залишити

дитину в церкві чи монастирі, будинку для позашлюбних дітей, що у підсумку призвело до поступового зниження рівня дітовбивства в Європі.

З початку XIX сторіччя смертна кара за дітовбивство застосовувалась вкрай рідко, а замінило її тюремне ув'язнення. Баварським кримінальним кодексом з 1813 року дітовбивство могло каратись стратою лише у випадках повторних злочинів, а до 1888 року більшість європейських країн розмежували поняття вбивства та дітовбивства, при чому за останнє покарання було більш м'яким через визнання психічного розладу у матері. У 1922 році в Англії був виданий Акт про дітовбивство, який передбачав зменшення покарання жінки через особливий психічний стан після пологів. У США дітовбивство кваліфікували як умисне вбивство. У XX ст. дітовбивство стало більш рідкою практикою, але в Африці, Азії продовжувало бути поширеним і залишається таким зараз, незважаючи на заборони.

За часів Петра I рівень дітовбивства стримувався завдяки створенню будинків для позашлюбних дітей, куди матері могли віддати своїх дітей анонімно. В XVIII ст. страта за дітовбивство передбачалась не лише для матері, а й для батька дитини незалежно від того, чи був він присутній при скоєнні злочину та чи був одружений з жінкою-дітовбивцею.

Так само каралось і навмисне залишення дитини в небезпеці, якщо воно потягло за собою смерть. Це все призвело до одного з найменших рівнів дітовбивства в Росії. За часів Радянської України (до 1927 р.) стаття за дітовбивство була відсутня, а вирок виносився як за звичайне вбивство. Після 1927 р. й дотепер в Україні дітовбивство виділено в окремий вид злочину (ст. 117 КК України).

*Чаговець А.Ю., Абдуллаєва Н.А.,
Харківський національний медичний університет,
Науковий керівник: проф. Лазуренко В.В.*

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

Актуальність теми. На цей час цереброваскулярні захворювання лідирують серед усіх видів смертності. За останні роки ризик виникнення інсультів у людей молодого віку значно виріс, не виключенням є і жінки репродуктивного віку, в тому числі вагітні.

Мета дослідження: оцінити частоту виникнення гострих порушень мозкового кровообігу під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді.

Матеріали дослідження: вагітні жінки, жінки у післяпологовому періоді.

Результати дослідження. Під час вагітності ризик виникнення тромбозів, що призводять до гострих порушень мозкового кровообігу, збільшується у 5 разів, через зниження фібринолізу та активності антикоагулянтної системи. Також великий вплив на виникнення інсультів обумовлений зростанням кількості вагітних пізнього репродуктивного віку, з

артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом, використання допоміжних репродуктивних технологій, багатоплідна вагітність. Треба виділити специфічні провокуючі фактори, ряд ускладнень вагітності: важкі форми прееклампсії та еклампсії, акушерські кровотечі та емболія навколоплідними водами.

Серед статистичних даних розвитку інсультів, треба відзначити, що ризик їх виникнення у вагітних з артеріальною гіпертензією в 10 разів вище, ніж у невагітних жінок однієї вікової категорії. Виявлено зв'язок між жінками, які перенесли інсульт під час і після вагітності, та розвитком у пацієнток прееклампсії і еклампсії, їх частка складає близько 45%. Кесарів розтин підвищує ризик розвитку гострого порушення мозкового кровообігу в 5-10 разів.

Ризик розвитку цереброваскулярних захворювань залишається досить високим впродовж 12 місяців після пологів, через порушення в коагуляційній та антикоагуляційній системах крові організму породіллі. У період перших трьох днів після пологів ризик складає 12 %, по шостий тиждень – 10 %, до дванадцяти місяців – 6%.

Висновки. Таким чином, найбільш часто гострі порушення мозкового кровообігу виникають на фоні прееклампсії і еклампсії, та супроводжується артеріальною гіпертензією. Тому ведення вагітних жінок є вкрай важливим завданням, не лише під час вагітності, а і у післяпологовий період. Так як протягом цього часу підвищується ризик виникнення цереброваскулярних ускладнень.

*Чирашина С. А.,
Харківський національний медичний університет,
Науковий керівник: доц. Толстов І.В.*

МАСКУЛІННІСТЬ: КОРИСТЬ ЧИ ВАДА. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД

Гендерні стереотипи — це спрощена уява про жінок та чоловіків. Стереотипи, які базуються на відмінностях між чоловіками та жінками, тісно пов'язані з існуванням гендерних ролей у суспільстві та з зовнішнім проявом фемінності та маскулінності. На погляд, А. Фейн-Гольд, гендерні стереотипи спонукають індивіда розглядати свої характеристики, як більш-менш суспільно бажані та прагнути відобразити свою особистість певним чином [1].

Актуальність даної теми зумовлена значимістю вивчення гендерного феномену як для життя окремих індивідів, так і для суспільства в цілому.

Мета даного дослідження полягає в аналізі та вивченні гендерних стереотипів, а саме маскулінності, у сучасному суспільстві та їх вплив на особистість в умовах сьогодення.

Результати.

Останнім часом просліджується чіткий зв'язок між існуючими гендерними стереотипами та поширенням епідемії Covid-19. Статистика

свідчить, що чоловіки хворіють та помирають від Covid-19 набагато частіше, ніж жінки.

Можливо причиною цього є певні стереотипи, які закріпились у свідомості людей, про те, що чоловіки повинні мати «маскулінні якості», притаманні лише «справжнім чоловікам». Відповідно до з досліджень Британського Мідлсекського Університету [2], велика кількість чоловіків набагато рідше носять захисні маски та не зберігають дистанцію, тому що з їх точки зору це може бути розцінено суспільством, як ознака слабкості. Згідно з тим ж опитуванням, великий відсоток чоловіків вважає, що їм нічого боятися, вони не захворіють на ковід [2]. Такі хибні уяви про маскулінність ставлять під загрозу здоров'я чоловіків та їх близьких. «Сильну біль потрібно виносити с посмішкою», «чоловіки не скаржаться». Більшість чоловіків віддають перевагу не звертатися до лікаря, вважаючи, що це може бути розцінено як слабкість.

Нами було проведено опитування на тему «Захворювання Covid-19». Серед опитаних 133 чоловіків, лише 21, маючи симптоми, схожі на ковід, зверталися до лікаря. Фейкові поняття про маскулінність та існуючі стереотипи заважають чоловікам часто звертатись по допомогу, позбавляючи їх права на підтримку.

Модель поведінки, яка нав'язана патріархатом, де чоловіки не повинні скаржитись, висловлювати свої почуття, емоції, міцно засіла у головах багатьох людей. Так, чоловікам не притаманно плакати, але й живуть вони у середньому на 10 років менше за жінок. Зняти напругу їм допомагають алкоголь та інші шкідливі звички, скорочуючи тим самим їх вік. Більшість чоловіків не ідуть до психотерапевта, бо не прийнято скаржитися та розповідати про свої негаразди.

В деяких суспільствах нав'язування певних стереотипів починається ще з дитинства. Це вибір кольору одягу, іграшки, захоплення. Формування чоловічої субкультури, відмінної від жіночої, передбачає наявність «справжніх» чоловічих інтересів — це рибалка, мисливство та інше. Але це заздалегідь позбавляє чоловіка права вибору, заважає самореалізації особистості та може привести до внутрішньо-особистого конфлікту. Успішність чоловіків, згідно стереотипному сприйняттю, оцінюється з його професійних досягнень [3].

У сучасній Україні суспільство наділяє чоловіка роллю лідера, очікує від нього прийняття рішень.

Суспільство не лише проявляє свої очікування, а й заохочує індивідів, які відповідають цим установкам. Це порушує права чоловіків та не залишає свободу вибору сценарію їхнього життя та формуванню особистості. Дослідження показали, що більшість чоловіків програмують свою поведінку у відповідності до стереотипів маскулінності (домінування, успішність, висока конкурента здатність). Але у випадку невдачі, чоловіки відчують більший стрес та, на відміну від жінок, у них сильніше знижується самооцінка [4].

Висновки.

Поряд з негативним впливом маскулінності на чоловіків, позитивною рисою гендерних стереотипів є те, що ідеали мужності та жіночності змінюються з часом.

У молоді, завдяки глобалізації та Інтернету, з'являється безліч життєвих сценаріїв, але позбутися негативного впливу не зовсім легко, бо саме складові гендерних стереотипів дозволяють особистості пристосуватись до соціальної дійсності, що оточує її, з найменшими енергетичними та психологічними затратами.

Література:

1. Feingold A. Gender differences in personality: a meta-analysis / A. Feingold // Psychological bulletin. 1994. – P. 429-456.
2. PsyArXiv Preprints. The effect of messaging and gender on intentions to wear a face covering to slow down COVID-19 transmission
https://psyarxiv.com/tg7vz?mod=article_inline
3. Гендерные стереотипы в меняющемся обществе: опыт комплексного социологического исследования / под ред. Н.М.Римашевской. М.: ИЭП РАН, 2009. – С. 83-186.
4. Schneider D.J. The psychology of stereotyping. New York: Guilford press, 2004. – 704 P.

Чумак М.В.,

*Харківський національний медичний університет,
Науковий керівник: доц. Калініченко О.В.*

ГЕНДЕРНА НЕРІВНІСТЬ У ТВОРАХ ЛЕСІ УКРАЇНКИ

Тривалість традиції жіночого письменства в Україні мають досить глибокі корені, але особливо помітними стали лише в добу модернізму. Література XIX століття... Тут зазвичай використовували вже готові моделі жіночого характеру. Жінок сприймали не як самостійних суб'єктів, з думками, а як дзеркало чоловіків у проекції їхніх бажань. Вважали слабкими, пасивними, статистичними особами, що живуть здебільшого емоціями. Якщо їм і довіряли певний аспект роботи, то тільки такий, що в суспільстві не вважався важливим.

Однак, не всі з цими думками погоджувались. У другій половині XIX – на початку XX століття були цікавими репрезентації жінок жіночою прозою, бо жінки-письменниці зображували жінок не так, як чоловіки-письменники, оскільки весь час зверталися до свого вже набутого досвіду, до чогось особистого. Завдяки цьому їхні героїні набували рис жіночої суб'єктивності, їх гендерна ідентичність проблематизувалась.

25 лютого 2021 року українська спільнота вшановувала пам'ять славетної письменниці Лесі Українки. Вона – унікальне явище в літературі не

тільки українській, а й у європейській, світовій, тому що такої глибини переживань і самокритичних катувань українська література не знала.

У творах Лесі Українки здійснювалося докорінне руйнування патріархального устрою. Можна вважати, що вона була інтелектуальною феміністкою: добре ознайомлена як з літературними, так і з філософськими теоріями своєї доби, часто ставила перед своїми дійовими особами глибокі філософські проблеми. Репрезентація жінки в її творчості була яскравим вираженням модерністської орієнтації на суб'єктивність.

Жіночі образи у творчості письменниці перевертали класичну гендерну ієрархію, а жіноча тема стала центральною лінією її творчості та інтелектуальних пошуків. Характерною рисою Лесі Українки є використання узвичаєних гендерних ролей та вираження жіночого образу всередині драматичного конфлікту. Замість того, щоб описувати становище «пересічної» жінки з її проблемами, поетеса, дбаючи про багатомірне зображення жіночої ментальності, створювала образи неординарних жінок великої сили волі й інтелекту, поставлених перед проблемою самореалізації через власний вибір («Бояриня», «Блакитна троянда», «Лісова пісня», «Камінний господар», «Прощання» та ін.)

Зокрема, у своїй першій п'єсі – «Блакитна троянда» – вона зображує головну героїню в досить трагічній ситуації. Любов роздвоєна поміж патріархальним світом та світом власних бажань і емоцій. Твір суворо засуджує систему, що вимагає від жінок поведінки, яка заперечує волю самовираження.

Тільки шляхом власного божевілля героїня здобуває контроль над своєю долею. Не дивлячись на те, що Леся Українка цікавилася переважно філософськими питаннями, вона включає ще й щоденні проблеми, які стоять перед жінками. Так, у творах «Бояриня» і «Камінний господар» акцентується увага на пригадуванні образ, завданих жінкам в ім'я звичаю та традиції.

У драмі «Кассандра» присутній широкий спектр жіночих образів, що засвідчує модерне бачення жіночого початку в усьому його розмаїтті. Це напівбожество-напівблудниця Гелена, непорочна діва Поліксена, дружина-мати Андромаха, жінка-смерть Клітемнестра. Кожен з цих образів – це дзеркало, за допомогою якого можна спробувати побачити справжнє обличчя втаємниченої пророчиці Кассандри, котра незмінно перебуває в центрі всіх подій твору.

Література

1. Драй-Хмара М. Леся Українка: Життя і творчість// Драй-Хмара М. З літературно-наукової спадщини. – Нью-Йорк: Наукове товариство ім.Т.Шевченка, 1979;

2. Українка Леся. Драматичні твори / Леся Українка // Збір. Творів : у 12т. – К. : Наукова думка, 1976. – Т.4. – 397 с. 3. Українка Леся. Листи (1903 – 1913) / Леся Українка // Збір. Творів : у 12т. – К. : Наукова думка, 1979. – Т.12. – 694 с.

3. Павличко С. Дискурс модернізму в українській літературі. – К., 1999;

ВПЛИВ ПРОМИСЛОВОГО ЗАБРУДНЕННЯ НА ЧАСТОТУ ІНСУЛЬТІВ У ВАГІТНИХ

Актуальність: Цереброваскулярні захворювання під час вагітності створюють проблеми для клініцистів через тяжкість діагностики основної етіології, а також з причини потенційної токсичності діагностичного тестування і лікування для плода. Необхідно активно шукати причину та фактори, які сприяють виникненню інсульту у вагітної, тому що вони мають істотне значення для призначення терапії. Шкідливі наслідки забруднення повітря для здоров'я визнані давно, однак недооцінюється цей вплив на захворюваність та смертність опосередковано через серцево-судинну систему (включаючи інсульт).

Особливе занепокоєння викликають висновки про те, що сила цього взаємовпливу сильніша в країнах з низьким та середнім рівнем доходу, де, за прогнозами, зростає забруднення повітря в результаті швидкої індустріалізації. На підставі багатьох рандомізованих клінічних досліджень було встановлено, що вагітність збільшує ймовірність інсульту в середньому у 13 разів, що може бути значно вище при додатковому впливі середовищних факторів.

Мета дослідження: Простежити вплив забруднення повітря, пов'язаного з промисловістю, на розвиток інсультів у вагітних у порівнянні з вагітними, які не піддавалися впливу цього фактору ризику, та виявити можливу різницю механізмів розвитку інсульту у цих двох групах.

Матеріали і методи дослідження : Під наглядом знаходилося 36 вагітних жінок віком від 18 до 40 років на різних термінах вагітності з інсультом. Також був врахований їх сімейний анамнез, супутні захворювання.

Результати дослідження: З усіх жінок 72,2 % інсультів сталося після пологів. З 36 вагітних 50% були під дією фактору ризику. Найпоширенішою причиною цереброваскулярних подій серед жінок, що мешкають поблизу заводів, був синдром оборотної церебральної вазоконстрикції ($n = 7$), прееклампсія ($n = 3$). Жінки, на яких впливали промислові чинники, рідше мали в анамнезі такі судинні фактори ризику як гіперліпідемія та тромбоемболія, але частіше мали мозкові венозні тромбози (23,07 % проти 7,6%). Жінки, на яких не впливав досліджуваний фактор ризику рідше мали синдром оборотної церебральної вазоконстрикції як механізм інсульту (23,07% проти 53,8 %).

Висновки: Отже, не можна не дооцінювати вплив середовища на розвиток інсульту у вагітних. Наразі пріоритетом майбутніх досліджень буде: з'ясування можливого механізму впливу забруднення повітря на розвиток церебральної вазоконстрикції (наприклад такі як окислювальний стрес,

системне запалення, ендотеліальна дисфункція судин, підвищення активності симпатичної нервової системи); вплив тривалості дії промислового забруднення на розвиток інсультів у вагітних. А однією з задач жіночих консультацій зараз є попередження жінок про такий фактор ризику не тільки для інсультів, а й для інших захворювань та можливих негативних впливів на плід. На загальнодержавному рівні профілактика буде включати заходи, спрямовані на зниження забруднення повітря до допустимих рівнів в містах.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ
AUTHORS' DATA

Автор Author	Відомості про автора Authors' data
Капустник Валерій Андрійович	Ректор Харківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор, заслужений працівник освіти України
Лісовий Володимир Миколайович	Голова Вченої ради Харківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, лауреат Державної премії України, заслужений лікар України
Крутова Анжеліка Сергіївна	Директор Департаменту науки і освіти Харківської обласної державної адміністрації, доктор економічних наук, професор
Yuliia Siedaia	Deputy Director of the Northern Trans-Regional Department f the National Health Service of Ukraine, PhD in sociology
Lodi Elisa	Dr. Prof. (UNIMORE) Università degli Studi di Modena Reggio Emilia Policlinico di Modena (Modena, Italy)
Reggianini Letizia	Dr. Prof. (UNIMORE) Università degli Studi di Modena Reggio Emilia Policlinico di Modena (Modena, Italy)
Maria Grazia Modena	Dr. Prof. (UNIMORE) Università degli Studi di Modena Reggio Emilia Policlinico di Modena (Modena, Italy)
Luka Boršić	Director of the Institute of Philosophy, (Zagreb, Croatia), Dr. Prof., Senior Research Associate
Ivana Skuhala Karasman	Senior Research Associate, Institute of Philosophy, (Zagreb, Croatia)
Nilüfer Narli	Director at The Center for Health, Society and Prevention Studies (CHSPS) at Bahçeşehir University, Head of the Department of Sociology, Bahcesehir University (Istunbul, Turkey)
Hovorun Tamara	Jindal Institute of Behavioral Sciences, O. P. Jindal Global University, India (Sonapat, India), Ph.D., Associate-Professor

Kulpreet Kaur	Jindal Institute of Behavioral Sciences, O. P. Jindal Global University, India (Sonapat, India), Ph.D., Associate-Professor
Chumachenko T.O.	Dr Prof. Head of the Department of epidemiology, Kharkiv National University (KhNMU)
Makhota L.S.	Acting general director of the State Institution “Kharkiv Regional Laboratory Center of the Ministry of Health of Ukraine”
Galazzo Eugenia	Board Member, London Centre for Interdisciplinary Research. Board Member, Interdisciplinary Research Foundation (Krakow, Poland)
Katerina Yurko	Department of infection diseases. Dr. Prof. Head of the Department of Infectious Diseases, KhNMU
Dmytro Katsapov	Associated Professor. Department of infection diseases, KhNMU
Andriy Bondarenko	Dr Prof. Professor. Department of infection diseases, KhNMU
Karolina Kublickiene	Associate Professor in Obstetrics and Gynecology at Karolinska Institutet, Senior scientist at the Department of Clinical Science Intervention and Technology, Unit for Renal Medicine, Karolinska University Hospital, Director for the Doctoral program in Development and Regeneration, Founder of Gendered Innovation Alliance at KI (Stockholm, Sweden)
Karpenko Kateryna	Dr., Prof. Head of the Philosophy department, Director of the Center of Gender education, KhNMU
Korablyova Valeria	Dr. hab. (D. of Sc.) in Philosophy, Docent Charles University, Faculty of Arts (Prague, Czechia)
Petrov Branislava	PhD student, University of Novi Sad, (Novi Sad, Serbia)
Deineka V.V.	Senior Lecturer. Philosophy department, KhNMU
Gariaieva G. M.	Associate Professor. Department of Law, National Technical University «Kharkiv Polytechnic Institute»
Serbin K. A.	National Technical University «Kharkiv Polytechnic Institute»
Kutsenko S.O.	Student, KNURE (coauthor –As.-Prof. G. M. Gariaieva)
Akshra Kumar	Student, KhNMU (coauthor –Prof. K.Karpenko)
Korovina Liliia	PhD in Medical Sciences, Assistant. Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, KhNMU

Sevaratnam Elisha	Student, KhNMU (coauthor – Korovina L.)
Badram Mageed	Student, KhNMU (coauthor – Korovina L.)
Krasnikova S.O.	Dean of the V Faculty on Training Foreign Students at the Training and Research Institute for Foreigners, Ph.D. in Philology, Associate Professor. Professor. Department of Language Training for Foreigners. KhNMU
Kozka I.K.	Associate Professor. Professor. Department of Language Training for Foreigners. KhNMU KhNMU
Kuye A. J.	Student, KhNMU (coauthor – prof. Myroshnychenko M. S., Kapustnyk N. V.)
Myroshnychenko M. S.	Dr., Professor of the Pathological Anatomy Department, KhNMU
Kapustnyk N. V.	Ph.D. in Medicine, Associate Professor, Head of the Gynaecological Department No. 2. Public Nonprofit Organization of the Kharkiv District Council «Regional Clinical Perinatal Center»
Martynenko N.M.	Associate Professor. Department of Public Health and Healthcare Management, KhNU
Merkulova N.F.	Ph.D. in Medicine, Associate Professor, Lecturer. Department of Infectious Diseases, KhNMU
Solomennik A.O.	Ph.D., associate professor Department of Infectious Diseases, KhNMU
Kharchenko E.O.	Student, KhNMU (coauthor – As.-prof. Merkulova N.F.)
Pytetska N.	Dr., Professor. Department of Propedeutics of Internal Medicine No. 1, Fundamentals of Bioethics and Biosafety, KhNMU
Letik I.	Vice-Rector for Research and Education, Professor, Ph.D. in Medicine, KhNMU
Saini E.	Student, KhNMU (coauthor –Prof. Pytetska N.)
Kurinna M.V.	Military Medical Clinical Center of the Northern Region, Kharkiv, Ukraine (coauthor –Prof. Pytetska N.)
Shcherbina M.M.	Associate Professor. Philosophy Departament, KhNMU, PhD in Philosophy
Kamchatna V.A.	Student, KhNMU (coauthor – As.-prof. Shcherbina M.M.)
Shenheliia T.Y.	Student, KhNMU (coauthor – As.-prof. Shcherbina M.M.)
Sitnikova M. G.	Senior Lecturer, Department of RFL, Gomel State Medical University (Gomel, Belarus)
Skinder N.	Lecturer. Department of Tourism and Social Sciences. KhTEK KNTEU

Voitiuk Anna	Ph.D. student. Department of Neurology and Child Neurology, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education
Litovchenko Tetyana	Medical Centre 'Neuron', Kharkiv, Ukraine
Алексєєнко Р.В.	Кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри фізіології. ХНМУ
Рисована Л.М.	К.техн.н., доцент кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики. ХНМУ
Гранкіна С.С.	Ст. викл. кафедри медичної та біологічної фізики і медичної інформатики. ХНМУ
Абдуллаєва Н.А.	Асистент. Кафедра акушерства та гінекології № 2. ХНМУ
Альчук М.П.	Доктор філософських наук, професор, професор кафедри теорії та історії культури філософського факультету Львівського національного університету імені Івана Франка
Астапова-Вязьміна О.І.	Кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри філософії та релігієзнавства. Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького. (Черкаси, Україна)
Батир Ю.Г.	К.екон.н, доцент. Національний університет цивільного захисту України (Харків, Україна)
Лопатченко І.М.	к. держ упр. Національний університет цивільного захисту України (Харків, Україна)
Бєлоліпцева О.В.	К.п.н. Доцент кафедри соціальної роботи комунальний заклад «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради (Харків, Україна)
Чумаченко Т. О.	Завідувачка кафедри епідеміології, доктор медичних наук, професор. ХНМУ
Бережна А. В.	Аспірантка кафедри епідеміології, ХНМУ
Бойко А.І.	Завідувачка кафедри філософських і політичних наук Черкаського державного технологічного університету, професор(Черкаси, Україна)
Бойченко М. І.	Професор кафедри теоретичної і практичної філософії. Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Головний науковий співробітник відділу історії та філософії освіти. Інститут педагогіки Національної академії педагогічних наук України (Київ, Україна)
Бондаренко В.В.	К.мед.н., доцент, доцент кафедри судової медицини, медичного правознавства імені заслуженого професора М.С. Бокаріуса. ХНМУ

Кириченко О.О.	Лікар-судово-медичний експерт відділу судово-медичної експертизи трупів. Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи (Харків, Україна)
Лагутіна О.О.	Лікар-судово-медичний експерт відділу судово-медичної експертизи трупів. Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи (Харків, Україна)
Верешхазі Кальман	Вільний дослідник (Харків, Україна)
Вязовская К.Г.	Асоціація феміністської терапії (Мінськ, Беларусь)
Гайчук Л.М.	Доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології. ХНМУ
Каплоух О.М.	Аспірантка кафедри психіатрії, наркології та медичної психології. ХНМУ
Годзь Н.Б.	Доктор філософських наук,Ю доцент. Професор кафедри філософії. НТУ «ХПІ» (Харків, Україна)
Голубович І.В.	Д. філос. наук, професор кафедри філософії ОНУ імені І.І.Мечникова, (Одеса, Україна)
Тихомірова Ф.А.	К. філос. наук, доцент кафедри філософії ОНУ імені І.І.Мечникова, (Одеса, Україна)
Гончаренко Л.О.	К.філос.н., доцент, доцент кафедри філософії. ХНМУ
Тесля Д.С.	Студент (співавтор – доц. Гончаренко Л.О.)
Цимбал М. М.	Студент (співавтор – доц. Гончаренко Л.О.)
Гулько Н.В.	К. геогр. н., Старший науковий співробітник. Завідувачка лабораторії медичної демографії. Державна установа "Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України" (Київ, Україна)
Короткова Н.В.	Молодший науковий співробітник лабораторії медичної демографії, Інститут радіаційної гігієни та епідеміології ННЦРМ (Київ, Україна)
Гужва А. А.	Завідувачка відділу ЦНБ Каразінського університету ХНУ ім. В.Н. Каразіна (Харків, Україна)
Гучинова Эльза-Баир (Guchinova Elza-Bair)	Kalmyk Scientific Center of the RAS (8, Ilishkin St., Elista 358000, Russian Federation) Dr. Sc. (History), Leading Research Associate ORCID: 0000-0002-9901-0131. E-mail: bairjan@mail.ru
Держко І.З.	Доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри філософії та економіки Львівського національного медичного університету (Львів, Україна)

Швед О.П.	Кандидат історичних наук, викладач кафедри філософії та економіки Львівського національного медичного університету (Львів, Україна)
Добридень О.В.	Кандидат філософських наук, доцент, завідувачка кафедри гуманітарних наук. Дніпровський державний медичний університет (Дніпро, Україна)
Дроздова Т.О.	Кандидат філософських наук, доцент. Доцент кафедри філософських і політичних наук. ЧДТУ (Черкаси, Україна)
Дятлова І. В.	кандидат філософських наук, старший викладач кафедри філософії. Харківський національний університет Повітряних Сил ім. Івана Кожедуба (Харків, Україна)
Дишкант Т.М.	кандидат філософських наук, доцент кафедри філософії. НТУ "ХПІ" (Харків, Україна)
Злобін О. О.	Аспірант ХНУ імені В.Н. Каразіна (Харків, Україна)
Камардаш Н. В.	аспірантка ХНУ імені В.Н.Каразіна (Харків, Україна)
Карпенко І.І.	К. мед.н., доцент, доцент кафедри внутрішньої медицини № 1, ХНМУ
Кікінежді О. М.	Завідувачка кафедри психології, директор Науково-дослідного центру з проблем гендерної освіти і виховання учнівської та студентської молоді НАПН України ТНПУ ім. В. Гнатюка, доктор психологічних наук, професор (Тернопіль, Україна)
Жирська Г. Я.	Кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри загальної біології та методики навчання природничих дисциплін. Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка (Тернопіль, Україна)
Ковальова О.М.	Д. мед. н., професор, професор кафедри загальної практики-сімейної медицини та внутрішніх хвороб ХНМУ
Кожем'якіна О. М.	Доктор філософських наук доцент, професор кафедри філософських і політичних наук. ЧДТУ (Черкаси, Україна)
Кожина Г.М.	Завідувачка кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ. Доктор медичних наук, професор. Академік, віцепрезидент Національної академії наук Вищої

	освіти України, головний психотерапевт Департаменту охорони здоров'я Харківської міської Ради.
Зеленська К.О.	Доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ.
Красковська Т.Ю.	Аспірантка кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ.
Костецький І.В.	Донецький національний медичний університет ДУ «Донецький ОЛЦ МОЗ України»
Матюшина В.О.	Донецький національний медичний університет ДУ «Донецький ОЛЦ МОЗ України»
Кочина М.Л.	Доктор біологічних наук, професор. Чорноморський національний університет ім. Петра Могили. (Миколаїв, Україна)
Біла А.А.	Аспірант. Чорноморський національний університет ім. Петра Могили (Миколаїв, Україна)
Доріна В.Г.	Викладач. Чорноморський національний університет ім. Петра Могили. (Миколаїв, Україна)
Кочін О.В.	Кандидат медичних наук, доцент б.в.з. кафедри медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації Чорноморський національний університет ім. Петра Могили (Миколаїв, Україна)
Кутирьова В.І.	Кандидат соціологічних наук, доцент кафедри філософії. ХНУ ім.. В.Н. Каразіна (Харків, Україна)
Литвиненко В.В	Асистент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ
Могилка О.П.	Керівник центру денного перебування «Компас» БО ХБФ «Благо» (Харків, Україна)
Перепьолкіна К.М.	Викладач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ
Марущенко О.А.	Кандидат соціологічних наук, доцент кафедри філософії. ХНМУ
Невзорова С. І.	Аспірантка, Харківське національний медичний університет
Огородова Т.М.	Голова правління Запорізького благодійного фонду «Єдність» (Запоріжжя, Україна)
Дроздовська О.Є	Запорізький благодійний фонд «Єдність» (Запоріжжя, Україна)
Омельченко В.Ю.	Кандидат філософських наук, асистент. Член-кореспондент Академії політичних наук України Київський національний університет імені Тараса Шевченка, (Київ, Україна)

Онипченко О. І.	Доктор педагогічних наук, доцент. Доцент кафедри соціальної роботи. Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради (Харків, Україна)
Панков Г. Д.	доктор філософських наук, професор Харківська державна академія культури (Харків, Україна)
Петренко Д.В.	доктор філософських наук, професор, завідувач кафедри теорії культури і філософії науки ХНУ ім. В.Н. Каразіна (Харків, Україна)
Петренко Т. О.	Лікар-офтальмолог КНП «БЛІЛ м. Бахмут» (Бахмут, Україна)
Петрушкевич М. С.	Завідувачка кафедри культурології та філософії Національного університету «Острозька академія», докторка філософських наук, (Рівне, Україна)
Продан Т. П.	Кандидат філософських наук. Львівський національний університет імені Івана Франка, Палац Гната Хоткевича, Український культурний фонд (Львів, Україна)
Рингач Н.О.	Д-р наук держ. упр, с.н.с., головний науковий співробітник І-ту демографії та соціальних досліджень імені М.В.Птухи НАНУ (Київ, Україна)
Рогова А.В.	Асистент кафедри філософії. ХНМУ
Романюк Анна	Аспірантка. Львівський національний університет імені Івана Франка
Сипливий В.О.	доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної хірургії №2. ХНМУ
Євтушенко О.В.	аспірант кафедри хірургії №2. ХНМУ
Некрасова Ю.В.	лікар-інтерн. ХНМУ
Сичова В.В.	професор кафедри соціології управління та соціальної роботи ХНУ імені В.Н.Каразіна, доктор наук з державного управління, професор (Харків, Україна)
Слинько Ю.О.	К.мед.н. Доцент кафедри ортопедичної стоматології. ХНМУ
Стоян О.Ю.	Доцент кафедри стоматології. ХНМУ
Денисова О.Г.	Доцент кафедри стоматології. ХНМУ
Кателевська Н.М.	Доцент кафедри гігієни та екології №1 ХНМУ, кандидат медичних наук
Стоян А.О.	Студент, ХНМУ (соавтор – доц. Кателевська Н.М.)
Стрельнікова І.М.	Доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ

Кришталь В.Є.	Асистент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ
Толстов І.В.	В.о. завідувача кафедри філософії та соціології Українського державного університету залізничного транспорту, кандидат філософських наук, доцент (Харків, Україна)
Утюж І. Г.	Доктор філософських наук, професор, завідувачка кафедри суспільних дисциплін Запорізького державного медичного університету (Запоріжжя, Україна)
Фельдман Д.А.	Аспірантка кафедри внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та алергології імені академіка Л.Т. Малої. ХНМУ
Фесенко Г. Г.	Доктор філософських наук, професор. ХНУМГ ім. О.М. Бекетова
Фесенко Т. Г.	доктор філософських наук, професор ХНТУСГ імені Петра Василенка
Філянніна Н.М.	доктор філософських наук, кандидат філологічних наук, професор кафедри фундаментальної та мовної підготовки. НФаУ (Харків, Україна)
Фролова Т.В.	Завідувачка кафедри пропедевтики педіатрії № 1 ХНМУ, доктор медичних наук, професорка.
Стенкова Н.Ф.	Доцент кафедри пропедевтики педіатрії № 1 ХНМУ
Осман Н.С.	Аспірантка кафедри пропедевтики педіатрії № 1 ХНМУ
Черпіта В.О.	Аспірантка кафедра внутрішньої медицини №3 та ендокринології, ХНМУ
Чопорова О.І.	Доцент кафедри фтизіатрії та пульмонології. ХНМУ
Шароватова О.П.	доцент кафедри охорони праці та техногенно-екологічної безпеки. Національний університет цивільного захисту України (Харків, Україна)
Шевченко З. В.	Кандидатка філософських наук. Доцентка кафедри філософії та релігієзнавства. ЧНУ імені Богдана Хмельницького (Черкаси, Україна)
Шейко А. О.	К.п.н., викладач кафедри української мови, основ психології та педагогіки. ХНМУ
Шкодїна А.В.	лікар-судово-медичний експерт відділу потерпілих, обвинувачуваних та інших осіб Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи (Харків, Україна)
Bindushree Byralingaiah	Student. KhNMU

Dhruv Malhotra	Student. Kharkiv Institute of Medicine and Biomedical Sciences.Kyiv Medical University
Divyansh Kumar	Student. KhNMU
Khushi Bhatia	Student. KhNMU
Vanshika Singh	Student. KhNMU
Hazar Abbas	Student. KhNMU
Ihtasham Ul Haq	Student. KhNMU
Satveer	Student. Kharkiv International Medical University
Shafranetska Violetta	Student. KhNMU
Безшляга І. С.	Студент. ХНМУ
Бутко В. В.	Студент. ХНМУ
Ворошило А.О.	Студент. ХНМУ
Галіч Євгенія	Студент. Черкаський державний технологічний університет
Думіндяк І. Б.	Студент. Харківський міжнародний медичний університет
Дащук А.А.	Студент. Харківськей національний медичний університет
Деркач Ю.В.	Студент. ХНМУ
Добровольська С.В.	Студент. ХНМУ
Єрмоленко А.С.	Студент. ХНМУ
Лісова Є.М.	Студент. ХНМУ
Шарун С.Н.	Студент. ХНМУ
Зубко О.	Студент. Черкаський державний технологічний університет
Кікош К.Ю	Студент. ХНМУ
Якушев Є.Д.	Студент. ХНМУ
Клиса А. М.	Студент. ХНМУ
Ковальницька К.О.	Студент. Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут»
Корнило І.В.	Студент. Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут»
Крикунова А. В.	Студент. ХНМУ
Кузьміна С.О.	Студент. ХНМУ
Левіт С.В.	Студент. ХНМУ
Мирошніченко А.	Студент. Харківський торговельно-економічний коледж КНТЕУ
Спічак А.	Студент. Харківський торговельно-економічний коледж КНТЕУ
Абдуллаєва Н.А.	Асистент. Кафедра акушерства та гінекології №2. ХНМУ
Михайлова Б.А.	Студент (співавтор – Абдуллаєва Н.А., наук. кер. – проф. Лазуренко В.В.). ХНМУ

Ммоквелу М.Ч.	Студент Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут»
Молоток В. В.	Студент. ХНМУ
Ннані А. М.	Студентка. ХНМУ
Побєдімова Д.С.	Студент. ХНМУ
Романенко В.І.	Студентка. Український Державний університет залізничного транспорту м. Харків
Сенюк Н. І.	Студент (співавтор – Абдуллаєва Н.А., наук. кер. – проф. Лазуренко В.В.). ХНМУ
Сухоруков І.Ю.	Студент. ХНМУ
Таненя В.П.	Студент. ХНМУ
Таранська Г.О.	Студент. ХНМУ
Тарасов Б.О.	Студент. Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут»
Толста В.Ю.	Студент. Харківський інститут медицини та біомедичних наук ПВНЗ «Київський медичний університет»
Фадєєва А.В.	Студент. ХНМУ
Чаговець А.Ю.	Студент співавтор – Абдуллаєва Н.А., наук. кер. – проф. Лазуренко В.В.). ХНМУ
Чирашна С. А.	Студент. ХНМУ
Чумак М. В.	Студент. ХНМУ
Шуляк К.Ю.	Студент (співавтор – Абдуллаєва Н.А., наук. кер. – проф. Лазуренко В.В.). ХНМУ

ЗМІСТ

Вступне слово ректора ХНМУ <i>В.А. Капустника</i> та голови Вченої ради ХНМУ <i>В.М. Лісового</i>	3
Вітальне слово директора Департаменту науки і освіти Харківської обласної державної адміністрації <i>А.С. Крутової</i>	5
<i>Yuliia Siedaia</i> HUMAN RIGHTS IN THE LATEST CONDITIONS OF THE MEDICAL GUARANTEE PROGRAM	7
<i>Lodi Elisa, Reggianini Letizia, Grazia Maria Modena</i> COVID-19: A GENDERED DISEASE? THE ITALIAN PERSPECTIVE	9
<i>Luka Boršić, Ivana Skuhala Karasman</i> KLARA DAJČEVA-ŽUPIĆ – AN ANTHROPOLOGICAL MEDICAL DOCTOR	11
<i>Nilüfer Narli</i> MEDIA REPRESENTATION OF THE SYRIAN WOMEN REFUGEES WITH GENDER-BASED PROBLEMS, MENTAL HEALTH, SOCIAL INTEGRATION AND SOLIDARITY NETWORKS IN THE CONTEXT OF COVID	11
<i>Hovorun Tamara, Kulpreet Kaur</i> WHY MENTAL DISORDERS ARE BEING ORIENTED ON GENDER FEEDBACK?	12
<i>Chumachenko T.O., Makhota L.S.</i> FEATURES OF COVID-19 VACCINATION IN UKRAINE	14
<i>Galazzo Eugenia</i> WOMEN'S REPRODUCTIVE RIGHTS PROTECTION IN PANDEMIC TIMES: POLISH CASE	15
<i>Katerina Yurko, Dmytro Katsapov, Andriy Bondarenko</i> GENDER IMPACT AND PECULIARITIES OF COVID-19	17
<i>Karolina Kublickiene, Kateryna Karpenko</i> UPDATING THE GENDER DIMENSION OF HEALTH IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC	18
<i>Korablyova Valeria</i> PARADOXES OF THE PANDEMIC: INEQUALITY, NECROPOLITICS, INTERDEPENDENCY	20
<i>Petrov Branislava</i> CAN WE ABOLISH PROSTITUTION? REVISITING LEOPOLDINA FORTUNATI'S THE ARCANES OF REPRODUCTION IN THE LIGHT OF THE NEW ABOLITIONIST TENDENCIES	22
<i>Deineka V.V.</i> EMOTIONAL INTELLIGENCE IN THE CONTEXT OF POSTSTRUCTURALISM	23
<i>Gariaieva G. M., Serbin K. A., Kutsenko S.O.</i> IMPLEMENTATION OF EUROPEAN EXPERIENCE IN OVERCOMING GENDER STEREOTYPES IN UKRAINE	26
<i>Karpenko Kateryna, Akshra Kumar</i> VANDANA SHIVA'S PRINCIPLE OF ENVIRONMENTAL PROTECTION	27

<i>Korovina Liliia, Sevaratnam Elisha, Badram Mageed</i> GENDER PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION TO QUARANTINE IN FOREIGN MEDICAL STUDENTS	29
<i>Krasnikova S.O., Kozka I.K.</i> THE GENDER APPROACH ISSUES IN DESIGNING A COURSE BOOK OF THE ENGLISH LANGUAGE FOR MEDICAL STUDENTS	30
<i>Kuye A. J., Myroshnychenko M. S., Kapustnyk N. V.</i> GENDER PORTRAIT OF THE COVID-19 INFECTION: ANALYSIS OF THE PROBLEM	32
<i>Martynenko N.M.</i> HISTORICAL FACTS OF GENDER STEREOTYPES IN THE ANCIENT AND MEDIEVAL MEDICINE	33
<i>Merkulova N.F., Solomennik A.O., Kharchenko E.O.</i> COVID-19 CURRENT IN THE BACKGROUND OF HIV INFECTION WITH GENDER CHARACTERISTICS	34
<i>Pytetska N., Letik I., Saini E.</i> GENDER AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	35
<i>Pytetska N.I., Kurinna M.V.</i> GENDER FEATURES OF SEXUAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH HYPERTENSION	36
<i>Shcherbina M.M., Kamchatna V.A., Shenheliia T.Y.</i> STEREOTYPING AND STEM GENDER GAP	38
<i>Shcherbina M. M., Sitnikova M. G.</i> WIDOWHOOD IN THE LINGUISTIC WORLDVIEW OF UKRAINIAN, HINDI AND RUSSIAN LANGUAGES (BASED ON PAREMIAS)	39
<i>Skinder N.</i> THE IMPORTANCE OF VISIBILITY FOR MEMBERS OF LGBTQ COMMUNITY IN MEDIA	43
<i>Voitiuk Anna, Litovchenko Tetyana</i> GENDER PECULIARITIES OF EPILEPSY COURSE	45
<i>Алексєєнко Р.В., Рисована Л.М., Гранкіна С.С.</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ ВИНИКНЕННЯ КРИЗИ В РОДИНІ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	46
<i>Альчук М.П.</i> РОЛЬ ЖІНОК У ТВОРЕННІ УКРАЇНСЬКОЇ ДУХОВНОЇ КУЛЬТУРИ	47
<i>Астапова-Вязьміна О.І.</i> СЕМІОТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ТРАНСЛЯЦІЇ СОЦІАЛЬНОГО КОНСТРУКТУ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ	49
<i>Батир Ю.Г., Лопатченко І.М.</i> ГЕНДЕРНА ПОЛІТИКА УКРАЇНИ: НОРМАТИВНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ	50
<i>Белолітцева О.В.</i> СФЕРИ ДОПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ РОБОТИ ЦЕНТРУ ГЕНДЕРНОЇ ОСВІТИ	52

<i>Бережна А. В., Чумаченко Т. О.</i> ІНФЕКЦІЇ, ПОВ'ЯЗАНІ З СУДИННИМИ КАТЕТЕРАМИ: ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ	53
<i>Бойко А.І.</i> ГЕНДЕРНІ ВИКЛИКИ COVID-19	54
<i>Бойченко М. І.</i> СТАМБУЛ БЕЗ ТУРЕЧЧИНИ: КОЛІЗІЇ БОРОТЬБИ З ГЕНДЕРНИМИ СТЕРЕОТИПАМИ ЗА ДОПОМОГОЮ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ	56
<i>Бондаренко В.В.Кириченко О.О., Лагутіна О.О.</i> ВИЗНАЧЕННЯ ПЕРІОДУ НОВОНАРОДЖЕНОСТІ В СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ	59
<i>Верешихазі Кальман</i> СПРИЙНЯТТЯ ТРАНСГЕНДЕРНОСТІ В СУЧАСНОМУ РЕФОРМІСТСЬКОМУ ІУДАЇЗМІ	60
<i>Вязовская К. Г.</i> БЕЛАРУСЬ-2020. ОПЫТ ЖЕНСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ	61
<i>Гайчук Л.М., Каплюх О.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ	63
<i>Годзь Н.Б.</i> ОБРАЗ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ ЯК ФУТУРОЛОГІЧНИЙ ПРОЕКТ	64
<i>Голубович І.В., Тихомірова Ф.А.</i> ГЕНДЕРНИЙ МЕЙНСТРИМІНГ У ДОСЛІДЖЕННІ МІСТА.	66
<i>Гончаренко Л.О., Тесля Д.С.</i> БОРОТЬБА ЗА ГЕНДЕРНУ РІВНІСТЬ У СПОРТІ	67
<i>Гончаренко Л. О., Цимбал М. М.</i> АНОРЕКСІЯ ТА ОЖИРІННЯ – ДВА КРАЇ ОДНІЄЇ ПРИРВИ	68
<i>Гулько Н.В., Короткова Н.В.</i> ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕНДЕРНОГО БАЛАНСУ НАСЕЛЕННЯ КРАЇНИ	70
<i>Гужва А. А.</i> ЖІНОЧА РЕПРОДУКТИВНА ФУНКЦІЯ ЯК ПРЕДМЕТ ПОЛІТИЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ	71
<i>Гучинова Эльза-Баир (Guchinova Elza-Bair)</i> ДЕПОРТИРОВАННЫЕ КАЛМЫКИ: ВРАЧИ И БОЛЬНЫЕ	73
<i>Держко І.З., Швед О.П.</i> БІОСФЕРА. ПАНДЕМІЇ. ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	74
<i>Дишкант Т.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПІДХОДІВ ДО ЗДОРОВ'Я В ІСТОРИЧНІЙ ПЕРСПЕКТИВІ	77
<i>Добридень О.В.</i> ОСНОВНІ ПЕРЕДУМОВИ ЗДОРОВОГО СПОЖИВАННЯ	78
<i>Дроздова Т.О.</i> КИТАЙСЬКИЙ АНАРХО-ФЕМІНІЗМ ХІ ЧЖЕН	79
<i>Дятлова І. В.</i> ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ У ПОЛІТИЦІ: СВІТОВИЙ ДОСВІД І ВІТЧИЗНЯНА ПРАКТИКА	81

<i>Злобін О. О.</i> ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У ПСИХОПАТОЛОГІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ	83
<i>Камардаш Н. В.</i> СУБ'ЄКТИВНІСТЬ: ДО ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ ДЕТЕРМІНАЦІЇ ГЕНДЕРУ	83
<i>Карпенко І.І., Летік І.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ-ЖІНОК ТА ЛІКАРІВ-ЧОЛОВІКІВ	85
<i>Кікінежді О. М., Жирська Г. Я.</i> ГЕНДЕРНА КУЛЬТУРА ЯК СКЛАДОВА ЕКОЛОГО-ВАЛЕОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНЬОГО ПЕДАГОГА	87
<i>Ковальова О.М.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ (COVID-19)	89
<i>Кожем'якіна О. М.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ	90
<i>Кожина Г.М., Зеленська К.О., Красковська Т.Ю.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПОСТСТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВІ ДІЇ.	91
<i>Костецький І.В., Матюшина В.О.</i> ПИТАННЯ ГЕНДЕРНОЇ ОСВІТИ В ПРОГРАМІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ	92
<i>Кочина М.Л., Біла А.А.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ СТУДЕНТІВ	94
<i>Кочина М.Л., Доріна В.Г., Кочін О.В.</i> ГЕНДЕРНІ І ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	96
<i>Кутир'ова В.І.</i> МАТЕРИНСЬКІ ІДЕНТИЧНОСТІ ТА ПРАКТИКИ МАТЕРИНСТВА КРІЗЬ ПРИЗМУ ДИСКУРСУ ВІДПОВІДАЛЬНОГО БАТЬКІВСТВА	97
<i>Литвиненко В.В., Могилко О.П., Переп'юлкіна К.М.</i> ВПЛИВ ПСИХООСВІТИ НА КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ У ПАЦІЄНТІВ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ	99
<i>Марущенко О.А.</i> ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ – ЗА ЧИ ПРОТИ: З ДОСВІДУ АНАЛІЗУ СТУДЕНТСЬКИХ НАРАТИВІВ	100
<i>Невзорова С. І.</i> ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ТИРЕОТОКСИКОЗ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ	101
<i>Огородова Т.М. Дроздовська О.Є</i> ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ОДИН З ВАЖЛИВИХ АСПЕКТІВ У РОБОТІ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ	103

<i>Омельченко В.Ю.</i> ДО ПИТАННЯ ПРО ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ. ТИРАНІЯ ЩОДО ІНАКШОСТІ, ЗА Е. ФРОММОМ	105
<i>Онипченко О. І.</i> КИСЛОТНІ АТАКИ ЩОДО ЖІНОК ЯК СОЦІАЛЬНЕ ЯВИЩЕ	108
<i>Панков Г. Д.</i> ЕПІДЕМІЯ У СМИСЛОВОМУ ПРОСТОРІ ХРИСТИЯНСЬКОЇ ДУМКИ	110
<i>Петренко Д.В.</i> НОВЕ ЕКОЛОГІЧНЕ МИСЛЕННЯ В ДОКУМЕНТАЛЬНОМУ КІНО	112
<i>Петренко Т. О.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИ СТОРОННІХ ТІЛАХ РОГОВОЇ ОБОЛОНКИ ОКА В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ КОРОНАВІРУСУ	112
<i>Петрушкевич М. С.</i> НАУКОВА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ТІЛЕСНИХ КАНОНІВ ТА ПАТРІАРХАЛЬНА КУЛЬТУРНА ТРАДИЦІЯ	114
<i>Продан Т. П.</i> ПОЛІТИКА ГІДНОСТІ ТА СВОБОДА ВИБОРУ: ХИБИ ЗАСТОСУВАННЯ	115
<i>Рингач Н.О.</i> НЕДОЖИТІ РОКИ. ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ВТРАТ ПОТЕНЦІЙНОГО ЖИТТЯ У МЕТРОПОЛІСАХ УКРАЇНИ	118
<i>Рогова А.В.</i> ЯК ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ ПОЗБАВЛЯЮТЬ ЛЮДЕЙ ПРАВА НА ДОПОМОГУ	120
<i>Романюк Анна</i> ЗНАЧИМІСТЬ УКРАЇНСЬКОЇ ЖІНКИ-МИСТКИНІ 60-Х РОКІВ ХХ ст.	122
<i>Сипливий В.О., Євтушенко О.В., Некрасова Ю.В.</i> ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У МАНІФЕСТАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ ІНТРААБДОМІНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ	123
<i>Сичова В.В.</i> ГЕНДЕРНИЙ ВИМІР ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 (НА ПРИКЛАДІ м. ХАРКОВА)	124
<i>Слинько Ю.О.</i> ГЕНДЕРНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗУБНИХ РЯДІВ ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ м.ХАРКОВА	126
<i>Стоян О.Ю., Денисова О.Г.</i> ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ В КОНТЕКСТІ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ-СТОМАТОЛОГІВ.	127
<i>Стоян А.О., Кателевська Н.М.</i> АНАЛІЗ ВПЛИВУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕКОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЗАБРУДНЕННЯ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА	128
<i>Стрельнікова І.М., Кришталь В.Є.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ	130

<i>Толстов І.В.</i> ГЕНДЕРНА АНТРОПОЛОГІЯ В. РОЗАНОВА	131
<i>Утюж І. Г.</i> АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУСПІЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТ	133
<i>Фельдман Д.А.</i> ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ: ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА З СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	135
<i>Фесенко Г. Г., Фесенко Т. Г.</i> ГЕНДЕРНІ ПРАКТИКИ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ (НА ПРИКЛАДІ ПРОЕКТІВ ГЕНДЕРНОГО БЮДЖЕТУВАННЯ)	136
<i>Філянніна Н.М.</i> ЖІНКИ В ЕКОЛОГІЧНИХ РУХАХ ПРАВА ЛЮДСТВА НА ЧИСТЕ ТА БЕЗПЕЧНЕ ДОВКІЛЛЯ	138
<i>Фролова Т.В., Стенкова Н.Ф., Осман Н.С</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІМОРФІЗМУ BSMLГЕНУ VDR У ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ	140
<i>Черніта В.О.</i> ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЯ ЯК ОБТЯЖЛИВИЙ ФАКТОР АКТИВНОСТІ ОСТЕОАРТРОЗУ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	141
<i>Чопорова О.І.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ ЛЕГЕНІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ЙОГО ЛОКАЛІЗАЦІЇ	142
<i>Шароватова О.П., Цимбал Б.М.</i> ЗАПРОВАДЖЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ СКЛАДОВОЇ ДО ЗМІСТУ ОСВІТНІХ ПРОГРАМ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ СЕКТОРУ БЕЗПЕКИ І ОБОРОНИ УКРАЇНИ	144
<i>Шевченко З. В.</i> ДО ПОНЯТТЯ ВНУТРІШНЬООСОБИСТІСНОГО ГЕНДЕРНОГО КОНФЛІКТУ	145
<i>Шейко А. О.</i> ЧИ ТАК СТРАШНІ ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ ЯК ЇХ МАЛЮЮТЬ	147
<i>Шкодінна А.В.</i> СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА СТАТЕВОЇ НАЛЕЖНОСТІ: ПРОБЛЕМИ ТРАНСГЕНДЕРНОГО ПЕРЕХОДУ	148
<i>Юрко К.В., Меркулова Н.Ф., Лєсна А.С.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ COVID-19	150

Student section
Студентська секція

<i>Adesegun Kuye Jacobs</i> INFLUENCE OF MOTHER'S HEALTH ON PRENATAL AND POSTNATAL GROWTH.	152
<i>Bindushree Byralingaiah</i> GENDER PROBLEMS IN INDIAN CULTURE	153
<i>Dhruv Malhotra</i> GENDER ASPECT OF HUMAN REPRODUCTIVE FUNCTION	155
<i>Divyansh Kumar, Khushi Bhatia, Vanshika Singh</i> GENDER PROBLEM IN MEDICINE	155
<i>Hazar Abbas</i> GENDER AND CHERNOBYL	156
<i>Ihtasham Ul Haq</i> GENDER INEQUALITY IN PAKISTAN	157
<i>Satveer</i> HEALTH IN THE GENDER DIMENSION	159
<i>Shafranetska Violetta</i> CAREER OR FAMILY: THE CHOICE OF WOMAN IN THE NOWADAYS CONDITIONS	160
<i>Безиляга І. С.</i> АРТ-ТЕРАПІЯ: ЛІКУВАННЯ МИСТЕЦТВОМ	161
<i>Бутко В. В.</i> КРИЗА МАСКУЛІННОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКІВ У СУЧАСНОМУ УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ	163
<i>Ворошило А.О.</i> ПРОБЛЕМА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЖІНОЧОЇ/ЧОЛОВІЧОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ У ГЕНДЕРНОМУ ПРОСТОРІ	165
<i>Галіч Євгенія</i> ДЖЕРЕЛА МІЗОГІНІЇ	166
<i>Думіндяк І. Б.</i> ЖІНОЧИЙ ТІЛЕСНИЙ РЕСУРС ЯК СТРАТЕГІЯ ВИЖИВАННЯ	168
<i>Дащук А.А., Деркач Ю.В.</i> СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я	169
<i>Добровольська С.В.</i> ВИТОКИ ГЕНДЕРНОЇ ТЕОРІЇ В АНТИЧНІЙ ФІЛОСОФІЇ	170
<i>Єрмоленко А.С., Лісова Є.М., Шарун С.Н.</i> СОЦІАЛІЗАЦІЯ ДІТЕЙ У РОДИНІ ЗА ГЕНДЕРНИМИ РОЛЯМИ	172
<i>Зубко Александра</i> ТОКСИЧНА (ГЕГЕМОННА) МАСКУЛІННІСТЬ	173
<i>Кікош К.Ю., Якушев Є.Д.</i> СОЦІАЛЬНІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСНОВИ ХВОРОБИ	175

<i>Клиса А. М.</i> ВПЛИВ РАДІОАКТИВНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК	176
<i>Ковальницька К.О.</i> ГЕНДЕР ЯК СОЦІАЛЬНИЙ ІНСТРУМЕНТ ПРИГНОБЛЕННЯ	178
<i>Корнило І.В.</i> ПОРЯДОК ДЕННИЙ СУЧАСНОГО ФЕМІНІЗМУ	179
<i>Крикунова А. В.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ЖІНОК В ХРИСТІЯНСТВІ	181
<i>Кузьміна С.О.</i> ГЕНДЕРНЕ СПРИЙНЯТТЯ ЖІНКИ В БУДДИЗМІ	182
<i>Левіт С.В.</i> ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ ЯК ФІЛОСОФСЬКА ПРОБЛЕМА	184
<i>Левіт С. В.</i> СУЧАСНІ КОНЦЕПЦІЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	185
<i>Мирошниченко А., Спічак А.</i> РОЛЬ ЖІНКИ У СУЧАСНОМУ СВІТІ НА ПРИКЛАДІ РОМАНУ ЛУЇЗИ МЕЙ ОЛКОТТ «МАЛЕНЬКІ ЖІНКИ»	186
<i>Михайлова Б.А., Абдуллаєва Н.А.</i> ПРОЯВ ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ВАГІТНИХ ЖІНОК	188
<i>Ммоквелу М. Ч.</i> АМБІВАЛЕНТНА РОЛЬ ЖІНКИ В СУСПІЛЬСТВІ: РОДИННІ ТА СОЦІАЛЬНІ ФУНКЦІЇ	189
<i>Молоток В. В.</i> ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У МАНІФЕСТАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ	190
<i>Ннані А. М.</i> COVID-19: НІГЕРІЯ ТА УКРАЇНА	191
<i>Побєдімова Д.С.</i> ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У МАНІФЕСТАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	193
<i>Романенко В.І.</i> ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ	194
<i>Сенюк Н. І., Абдуллаєва Н. А.</i> ВПЛИВ СТАТІ НА ЧАСТОТУ РОЗВИТКУ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	196
<i>Сухоруков І.Ю.</i> ГЕНДЕРНІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	197
<i>Таненя В.П.</i> ВПЛИВ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ НА РІВЕНЬ ЧОЛОВІЧОЇ СМЕРТНОСТІ	198
<i>Таранська Г.О.</i> ЕКОЗАЛЕЖНА ПАТОЛОГІЯ, ЇЇ ЧИННИКИ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ. ЕНДЕМІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ.	200

<i>Тарасов Б.О.</i> ПРОБЛЕМА РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ, ПОЯВА СУПЕРБАКТЕРІЙ ТА НЕБЕЗПЕКА, ЯКУ ВОНИ НЕСУТЬ	201
<i>Толста В.Ю.</i> ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ'Я У ГЕНДЕРНОМУ АСПЕКТІ	202
<i>Фадєєва А.В.</i> ДІТОВБИВСТВО В ІСТОРИКО-ПРАВОВОМУ КОНТЕКСТІ	203
<i>Чаговець А.Ю., Абдуллаєва Н.А.</i> ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ВАГІТНИХ ЖІНОК	204
<i>Чирашина С. А.</i> МАСКУЛІННІСТЬ: КОРИСТЬ ЧИ ВАДА. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД	205
<i>Чумак М. В.</i> ГЕНДЕРНА НЕРІВНІСТЬ У ТВОРАХ ЛЕСІ УКРАЇНКИ	207
<i>Шуляк К.Ю. Абдуллаєва Н.А.</i> ВПЛИВ ПРОМИСЛОВОГО ЗАБРУДНЕННЯ НА ЧАСТОТУ ІНСУЛЬТІВ У ВАГІТНИХ	209
ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ (AUTHORS' DATA)	211
ЗМІСТ	222

Для нотаток

Наукове видання

ГЕНДЕР. ЕКОЛОГІЯ. ЗДОРОВ'Я
Матеріали
VII Міжнародної науково-практичної конференції
(Харків, 22– 23 квітня 2021 року)

Опубліковано в авторській редакції

Відповідальний за випуск: Карпенко К. І.

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура Times ET.
Умов. друк. арк. 13,49. Наклад 250 прим. Замов. № 0611/3-21.

Редакційно-видавничий відділ ХНМУ,
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів
видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.
пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com

Надруковано з готових оригінал-макетів друкарні ФОП Петров В. В.
Єдиний державний реєстр юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.
Запис № 2400000000106167 від 08.01.2009 р.
61144, м. Харків, віл. Гв. Широїнів, 79в, к. 137, тел. (057)778-60-34
e-mail: bookfabrik@mail.ua