



ГЕНДЕР. ЕКОЛОГІЯ. ЗДОРОВ'Я

Матеріали
VI Міжнародної науково-практичної конференції
(Харків, 18–19 квітня 2019 року)



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ
ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ НАУКИ І ОСВІТИ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ
ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ГЕНДЕР. ЕКОЛОГІЯ. ЗДОРОВ'Я

Матеріали

**VI Міжнародної науково-практичної конференції
(Харків, 18–19 квітня 2019 року)**

Харків
ХНМУ
2019

Друкується за рішенням вченої ради
Харківського національного
медичного університету.
Протокол № 4 від 18 квітня 2019 р.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Лісовий Володимир Миколайович – ректор Харківського національного медичного університету, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, доктор медичних наук, професор, лауреат Державної премії України;

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

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

Марковський Володимир Дмитрович – проректор з науково-педагогічної роботи, доктор медичних наук, професор;

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

Гречаніна Олена Яківна – професор кафедри медичної генетики, генеральний директор ХМСМГЦ-ЦР(О)З, чл. кор. НАМНУ, доктор медичних наук, професор;

Васильєва Ірина Василівна – завідувач кафедри філософії, біоетики та історії медицини Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, доктор філософських наук, професор;

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

Кожина Ганна Михайлівна – завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології, куратор ради Студентського наукового товариства, доктор медичних наук, професор;

Краснікова Світлана Олександрівна – декан V медичного факультету з підготовки іноземних студентів, кандидат філологічних наук, доцент.

Оспанова Тетяна Сунгашівна – завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини №2 та медсестринства, доктор медичних наук, професор

Рецензенти:

Чумаченко Т.О. – завідувач кафедри епідеміології, доктор медичних наук, професор

Бойко А.І. – завідувач кафедри філософських і політичних наук ЧДТУ, доктор філософських наук, професор

Гендер. Екологія. Здоров'я: матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції (Харків, 18-19 квітня 2019 р.). – Харків: ХНМУ, 2019. –

Представлено матеріали більше 300 фахівців та молодих науковців з багатьох навчальних закладів Харкова, 16-ти міст України, фахівців із Німеччини, Великобританії, Франції, Італії, Болгарії, Білорусії, Сербії, Індії, Польщі, Хорватії. Доповіді присвячено гендерним аспектам медицини та екології, а також дослідженню перспектив гендерної медицини.

УДК 314.334.43
ББК 60.542.21

ШАНОВНІ УЧАСНИЦІ ТА УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ!

Міжнародна науково-практична конференція «Гендер. Екологія. Здоров'я» цього року вже вшосте проводиться у гостинних стінах Харківського національного медичного університету. Слова, що винесені у її назву, за ці роки стали своєрідним брендом – за ними у тому числі впізнають наш університет, і не тільки в наукових колах.

У вересні 2015 року на Саміті Організації Об'єднаних Націй було офіційно прийнято 17 Цілей Сталого розвитку – наших спільних Глобальних цілей на наступні півтора десятки років. Вважається, що їх досягнення сприятиме подоланню головних викликів, що наразі стоять перед людством, призведе до цивілізаційного успіху, вирішить «вічні» соціальні проблеми, на кшталт воєнних конфліктів, бідності й голоду.

Перелік Цілей вражає, адже він дійсно відтворює ключові наукові та громадські дискурси про спасіння планети, еволюцію людини і розвиток суспільства. Але найвизначніше, на мій погляд, що його характеризує, це взаємопов'язаність Цілей. На світовому рівні визнано: успіх у вирішенні одних мегапитань є ключем до вирішення інших, навіть якщо на перший погляд зв'язок між ними не завжди очевидний.

Слова, винесені в назву конференції, насправді охоплюють добру половину Цілей сталого розвитку: Міцне здоров'я і благополуччя, Гендерна рівність, Чиста вода та належні санітарні умови, Відновлювальна енергія... А ще у тому довгому списку – відповідальне споживання, боротьба з кліматичними змінами, збереження екосистем моря та суші...

Хай не вводять в оману крапки в назві, що стоять після кожного з трьох «стовпів» – «Гендер. Екологія. Здоров'я»: ще 12 років тому, на зорі свого виникнення, як магістральний напрям конференції було обрано саме синкретичний, міждисциплінарний підхід. Питання гендерної рівності, здоров'я людини та екологічної безпеки ми вважаємо не просто взаємопов'язаними (чи навіть пов'язаними міцно – те, що називають *strongly connected*). Наше глибоке переконання полягає у тому, що «зашифровані» у назві конференції концепти є єдиним широким спектром фактично тих самих проблем – як глобальних, так і локальних. Слова «гендер», «екологія», «здоров'я» виступають тут як своєрідні «теги» – учасниці та учасники конференції, як правило, використовують їх рідше для тематичного «маркування», ніж для «сегрегації» власного наукового пошуку. Останній, і це вже добра традиція конференції, здійснюється з позицій різних наукових методологій філософського, медичного, соціологічного, історичного, психологічного спрямування, і цей перелік не є вичерпним. А поєднання в одній збірці робіт як тих, хто вже є знаним науковцем, так і тих, хто

лише починає свій шлях у науці, додає конференції демократичності і такої за-
требуваної сьогодні контроверсійності.

Своє бажання взяти участь у конференції висловили вчені, студенти та мо-
лоді науковці багатьох закладів вищої освіти Харкова, 16-ти міст України, фа-
хівці із Німеччини, Великобританії, Франції, Італії, Болгарії, Білорусії, Сербії,
Індії, Польщі, Хорватії.

Я бажаю усім учасникам та учасницям конференції наснаги та продуктив-
ного само- та взаємозбагачення! Вважаю, є всі підстави сподіватися, що набу-
тий в рамках програми конференції та неформального спілкування досвід при-
множить наукові здобутки кожної та кожного, втілиться у новітні педагогічні
практики!

З повагою –

*Ректор Харківського національного медичного університету,
член-кореспондент Національної академії медичних наук України,
лауреат Державної премії України, д.мед.н., професор, В.М. Лісовий*

*Анатолій Бабічев, заступник голови
Харківської обласної державної адміністрації*

Юлія Сєдая, радниця голови ХОДА

з питань гендерної рівності та антидискримінації

ЕКОНОМІКА ТА ПОЛІТИКА ЯК ОСНОВНІ СКЛАДОВІ РЕАЛІЗАЦІЇ ГЕНДЕРНОЇ ПОЛІТИКИ

(за результатами дослідження Всесвітнього економічного форуму 2018 р.)

Наша держава, як і всі цивілізовані держави, активно проводить гендерну політику, в основі якої лежать загальновизнані міжнародні норми, які зафіксовані в:

- Загальній декларації прав людини,
- Конвенції про політичні права жінок,
- Конвенції про ліквідацію усіх форм дискримінації щодо жінок.

Україна поділяє принципи ООН і розуміння гендерної рівності як необхідної умови досягнення сталого розвитку країни, створення умов для всебічного розвитку людського потенціалу.

За останні роки досягнуто значного прогресу в реалізації політики гендерної рівності. Європейський вектор розвитку передбачає утвердження гендерної рівності як у суспільстві загалом, так і у різних його інституціях. Це, насамперед, недопущення гендерної дискримінації, забезпечення рівної участі жінок і чоловіків у прийнятті суспільно важливих рішень, забезпечення рівних можливостей для жінок і чоловіків щодо поєднання професійних і сімейних обов'язків, унеможливлення проявів гендерного насильства тощо.

У державному управлінні та місцевому самоврядуванні гендерна політика має спрямовуватися на забезпечення збалансованої участі жінок і чоловіків у прийнятті рішень. Лише такий підхід сприяє розвитку гендерної демократії, формуванню нового світогляду щодо ролі жінки у сфері управління, а отже, утвердженню в системі державної служби та служби в органах місцевого самоврядування гендерної паритетності.

Згідно результатам дослідження, які проведені Всесвітнім економічним форумом у 2018 році, Україна посіла **65-е** місце у світовому рейтингу дотримання гендерної рівності. Для довідки: усього у рейтингу беруть участь 149 країн. (У 2017 році Україна посідала 61 сходинку цього рейтингу, у 2016 – 69-ту.)

Опираючись на аналітичні матеріали української дослідниці Любові Жарової, слід зазначити, що найгірша ситуація в Україні (як і в більшості країн світу) склалася з рівною участю жінок у політиці. Цікаво, що за 12 років найбільшого прогресу Україна досягнула в подоланні розриву в економічній (5,6 %) та політичній (5,7 %) сферах (хоча, щоб досягнути паритетної участі жінок і чоловіків у політиці, нам залишається ще 89,3 %), а в охороні здоров'я навіть відбувся регрес на 0,2 % [1].

Розглянемо найкритичніші для країни сфери – економіку й політику.

Складові оцінки **економічного** життя такі:

– Участь на ринку праці, відсоткова частка населення, яке активно бере участь на ринку праці, працюючи або шукаючи роботу. У 2018 році вона склала 0,829, це значить, що на кожні 100 чоловіків, активних учасників ринку праці, припадає лише 83 жінки.

– Рівність доходу (в паритеті купівельної спроможності, у дол.) оцінюється як сума доходу, отриманого жінками й чоловіками, з урахуванням частки зайнятих чоловіків і жінок, їхньої відносної заробітної плати та ВВП країни і становить 0,631, тобто на кожні 100 доларів доходу чоловіків жінки заробляють лише 63,1 долара.

Залученість до **політичного** життя оцінюється за такими параметрами:

– Наявність жінок у парламенті – як представництво жінок у парламенті, що в Україні становить 0,14, тобто поруч із сотнею чоловіків працює лише 14 парламентарок.

– Міністерки – відсоток жінок, які обіймають міністерські посади, іноді такі посади можуть збігатися з головуванням в уряді (дані за цим показником оновлюються кожні два роки). Показник становить 0,15, тобто зі 100 міністрів 87 осіб – чоловіки, 13 осіб – жінки.

Роки, коли жінки очолювали країну (за останні 50 років, враховуються посади голови держави або уряду), – для України це 2,8 роки за період обрахування. Загалом ситуацію можна оцінити як дуже повільний прогрес, який відбувається переважно коштом більшого залучення жінок в економічній і політичній сферах. Отже, саме ці аспекти суспільного життя потребують найбільшої уваги при розробці програм і політик, а також при оцінці кандидатів на президентських і парламентських виборах.

Гендерний розподіл за секторами та рівнем відповідальності є чітко окресленим. Більшість жінок сконцентрована в декількох, переважно низькооплачуваних галузях, таких як охорона здоров'я, торгівля, громадське харчування, освіта та сільське господарство, а також у неформальному секторі. Чоловіки становлять більшість зайнятих у транспортній, будівельній, фінансовій, інформаційно-технологічній, виробничій, науковій та науково-технічній галузях.

Заборгованості по заробітній платі найбільш характерні для галузей із відносною зайнятістю жінок, у тому числі охорони здоров'я та освіти. Кар'єрні просунення та «скляна стеля» також добре задокументовані. Навіть у тих секторах, де жінки становлять більшість, серед керівництва їх набагато менше, ніж чоловіків. Це є особливо гострим у державних установах. Жінки становлять понад 73% загальної кількості держслужбовців, однак їх украй мало на керівних посадах. У п'яти вищих керівних категоріях жінки становлять 37%, а в трьох найвищих категоріях жінки займають усього 21% керівних посад.

Гендерна рівність – це не лише справа рівності прав, але і «дуже ефективний шлях зміни світу».

Використані джерела:

1. Електронний ресурс // Любов Жарова. Індекс глобального гендерного розриву: підсумки 2018 року і провал України. Доступно на сайті: <https://genderindetail.org.ua/seasontopic/polityka/index-globalnogo-gendernogo-rozrivu-pidsumki-2018-roku-i-proval-ukraini-134904.html>

2. Електронний ресурс // Впровадження тренінгових програм щодо політики забезпечення рівних прав та можливостей жінок та чоловіків на базі ЦППК. Доступно на сайті: <https://genderindetail.org.ua/season-topic/polityka/index-globalnogo-gendernogo-rozrivu-pidsumki-2018-roku-i-proval-ukraini-134904.html>

*Горбунова-Рубан С.О.,
заступник міського голови з питань охорони здоров'я
та соціального захисту населення, м. Харків*

*Краснолобова І.М.,
Харківський регіональний інститут державного управління
Національної академії державного управління при Президентіві України,
КЗ «Центр надання допомоги постраждалим від насильства». м. Харків*

ВИПЕРЕДЖАЛЬНИЙ ДОСВІД м. ХАРКОВА ЩОДО ПРОТИДІЇ ДОМАШНЬОМУ НАСИЛЬСТВУ

Сучасна суспільно-політична ситуація в Україні загострила і без того актуальну проблему домашнього насильства, насильства за ознакою статі. Реагуючи на потреби суспільства на державному рівні було прийнято низку законотворчих документів: закон «Про запобігання та протидію домашньому насильству» (07.12.2017 р.), Національний план дій з виконання резолюції Ради Безпеки ООН 1325 “Жінки, мир, безпека” на період до 2020 року, низку постанов щодо діяльності спеціалізованих служб для захисту постраждалих від насильства осіб.

Згідно із Законом України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» однією зі спеціалізованих служб підтримки постраждалих осіб є, зокрема, притулки для постраждалих осіб [2, ст. 6]. Вони репрезентують осередки безпеки для постраждалих осіб, що відповідає міжнародно-правовій базі та ґрунтується, зокрема, на стандартах Конвенції Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу із цими явищами [1].

У м. Харкові притулок для осіб, які постраждали від насильства, відкрито у грудні 2016 року в рамках проектної діяльності Молодіжного благодійного фонду «Ініціатива» за сприяння Харківської міської ради та фінансової підтримки Фонду ООН у галузі народонаселення, їх імплементаційного партнера – Міжнародної благодійної організації «Українська фундація громадського здоров'я».

Враховуючи важливість питання захисту осіб, які постраждали від насильства, та задля сталого функціонування притулку, рішенням Харківської міської ради (08.11.2017 р.) на базі існуючого притулку створено комунальний заклад «Центр надання допомоги постраждалим від насильства в сім'ї».

Призначення координатором з питань здійснення заходів у сфері запобігання та протидії домашньому насильству і насильству за ознакою статі заступника міського голови з питань охорони здоров'я та соціального захисту населення С.О. Горбунової-Рубан спонукало до осмислення нових завдань, вирішення яких має стати важливим кроком імплементації Закону України «Про запобігання та протидію домашньому насильству», «Порядку взаємодії суб'єктів, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії домашньому насильству і насильству за ознакою статі» (22.08.2018 р.) [3].

Отже, діяльність Харківської міської ради не тільки імплементує чинні законодавчі норми, а й має випереджальний досвід щодо протидії домашньому насильству, насильству за ознакою статі.

Література:

1. Конвенція Ради Європи про попередження та боротьбу з насильством щодо жінок та домашнім насильством та пояснювальна доповідь. Стамбул (Туреччина), 2011. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680093d9e>
2. Про запобігання та протидію домашньому насильству [Електронний ресурс] : Закон України від 07.12.2017 р. № 2229-VIII. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19>.
3. Про призначення координатора з питань здійснення заходів у сфері запобігання та протидії домашньому насильству і насильству за ознакою статі у місті Харкові [Електронний ресурс] : Розпорядження Харківського міського голови від 29.11.2018 № 138. – Режим доступу : <http://kharkiv.rocks/reestr/674173>

М`ясоєдов В. В.

Харківський національний медичний університет

ЕКОЛОГІЯ Й ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ

Нові умови життя в нашій країні і за її межами викликали потребу зміни поведінки людей, розробки нових концепцій державного управління, підприємницької діяльності, зміни методології оцінки ролі і значення екосистем у житті людини і суспільства в цілому.

У контексті запропонованої теми привертає до себе увагу проблема гендерного паритету щодо прийняття рішень у природоохоронній діяльності. Тут все ще відсутня спрямованість на аналіз еколого-економічних систем з урахуванням більш широкого залучення до цього процесу жінок. Такий підхід більшою мірою відповідав би вимогам до виконання законів взаємодії природних факторів економічного зростання, виснаження і вичерпання ресурсів.

На диспропорцію щодо участі чоловіків та жінок у прийнятті рішень природоохоронної спрямованості вказують, зокрема, і статистичні дані різних країн світу. Разом з тим, сучасні репрезентації жінок в соціумі кидають виклик застарілим владним системам, які, між іншим, заважають вирішенню екологічних питань. Коли звернемося до світової економіки, то побачимо очевидність такого висновку. Те, як ми звикли оцінювати вплив чоловіків і жінок на оточуюче природне середовище, зазвичай, не є тим, що ми маємо в реальності.

Протягом попередніх століть економічні відносини підживлювали світ, в якому жінки стають невидимими і обтяженими подвійною працею в сім'ї та за місцем професійної зайнятості. А сьогодні, коли вони активно заявили про себе у соціально-політичній сфері, то мова йде вже навіть про їх потрійне навантаження. Жінки відповідають за дві третини всього робочого часу, виробляють від 50% до 90% світових продуктів харчування і народжують 100% дітей у світі. Проте, за все це вони отримують лише 10 відсотків світових доходів і володіють менше, ніж одним відсотком світової власності. В результаті серед бідних верств населення, за світовими показниками, у середньому жінки становлять 70 відсотків [1].

Зазначені статистичні факти щодо надмірного недооціненого навантаження, що припадає на жінок, сучасними дослідниками (особливо у екофеміністському дискурсі) асоціюється з перенавантаженням природи у глобалізованому світі. Са-

ме тому мова має йти про вивільнення потенціалу жінок й природи від утисків патріархального домінування, яке шкодить і жінкам, і чоловікам, і природі.

Публічне обговорення екологічних проблем у гендерному вимірі забезпечує вільний обмін думками між чоловіками і жінками, а точніше, між поборниками гендерного і патріархального підходів до екологічної комунікації. Внаслідок цього не лише поширюється інформація про сучасні екологічні проблеми і недостатню самореалізацію жінок у їх вирішенні, а й змінюються соціальні установки й пріоритети обох сторін цього доленосного діалогу. Гендерночутливі інновації зможуть забезпечити більш раціональні паритетні рішення, що не є результатом політичного, економічного чи будь-якого іншого тиску з боку патріархальної влади. Екологічний інтерес у всіх людей один – це життя в безпечному, здоровому середовищі. А тому необхідно знайти такі форми впливу на суб'єктів суспільних відносин, які б об'єднували їх інтереси.

Наразі важливо сформулювати і систему показників, що відображають екологічний ефект від використання природних ресурсів у системному контексті, який має включати гендерну складову. За цих умов критерії оцінки еколого-економічного розвитку, застосовані для єдиної системи «природа-суспільство», будуть менш суперечливими й односторонніми. Оцінка потенціалу екосистем на глобальному, регіональному, національному та місцевому рівнях повинна бути цілісною і інтегральною. Без цього неможливим є екологічне оздоровлення природи і суспільства й забезпечення екологічної безпеки всього живого.

Сучасне покоління стає свідком і безпосереднім учасником перегляду всієї системи цінностей нашого буття і формування нового екологічного світогляду, нової оцінки гендерних відносин. На цій основі відкривається перспектива переорієнтації людської свідомості на екологічні установки і створення економічних і політичних умов для забезпечення екологічно стабільного розвитку, у якому буде також втілена гендерна рівність екологічних інтересів. При відсутності гендерного підходу і пріоритету екологічних імперативів ніякі технічні досягнення не приведуть до зменшення екологічної напруженості.

Екологічні проблеми можна розв'язати, якщо в різних формах природокористування проявляється гармонія особистості, суспільства і природи. У відносинах з навколишнім середовищем мета повинна бути орієнтована на стратегію сталого розвитку, а пріоритетом має бути здоров'я, гендерна рівність і безпека, в тому числі і екологічна.

Література

1. Chris Williams. Ecology and Justice / Williams Chris [Електроунний документ] / Режим доступу: <https://socialistworker.org/2014/01/07/ecology-and-gender-justice>

Andrusha A.B., Holnik Y.V.

Kharkiv National Medical University

THE INFLUENCE OF LIFESTYLE ON THE ONSET AND MANIFESTATION OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN YOUNG MEN

Relevance of the topic. According to the results of numerous studies, gastroesophageal reflux disease (GERD) is one of the most common diseases of the digestive system. For example, it was found that GERD symptoms occur in 10–40% of the European population. The urgency of the problem of GERD is caused not only by its

high prevalence, but also by its atypical clinical manifestations that complicate diagnosis or lead to overdiagnosis, complications that worsen the quality of life of patients, and significant economic costs of treatment. The modern quick life rhythm of working people has radically changed the rational diet, work and rest. As a result of the use of fast foods in order to save time, and the formation of bad habits and food addictions, GERD has become an urgent problem among young patients.

The goal of the study is to study the lifestyle features, risk factors and clinical manifestations of gastroesophageal reflux disease in young men.

Materials and methods. 14 men aged 25–44 years with symptoms of GERD were examined. The comparison group consisted of patients 15 patients with the same pathology of the female gender. The diagnosis of this pathology was established according to the requirements of the Montreal Consensus (2006). To assess the symptoms of GERB, we used the GerdQ questionnaire. To identify risk factors and lifestyle analysis, we collected information about bad habits (smoking status, alcohol use), food addiction (eating sweet, fatty, fried foods, chocolate, coffee and other), lifestyle (presence of stress, the level of physical activity was assessed), body mass index (BMI) was calculated.

Research results. The average age of men was 34 ± 6 years, women – 31 ± 7 years. According to GerdQ questionnaire, the average score was 14 ± 3 for men and 9 ± 4 for women. Non-erosive form of GERD prevailed in both sexes. At the same time, we found that the frequency of heartburn with erosive form of GERD is the same in both sexes, while in non-erosive it is noted 1.5 times more often in men. We found that erosive esophagitis, esophageal ulcers and Barret esophagus are more common in men than in women.

Estimating the frequency of identifying bad habits, we found that 42.9% of men are smokers, while women with similar smoking status had 26.7%. 78.6% of men and 20% of women confirmed alcohol consumption. The level of physical activity corresponding to hypodynamia was observed in 73.3% of men, while in women only 57.1%, moreover 33.3% of women were fond of various sports as amateurs (visits to the gym, swimming pool, morning jogging, etc.). We found that the average BMI was significantly higher in men than in women.

Analyzing the eating habits of patients in both groups, we found that most men prefer "eating on the go" and fast food supporters. Furthermore, 40% of women were supporters of a variety of diets, which we regarded as an indicator of a more healthy lifestyle. 85.7% of men indicated the presence of stressful situations at work as a feature of professional activity, while the same indicator was only 26.7% among women.

Conclusions. In general, male patients with GERD lead a less healthy lifestyle. The leading risk factors for GERD in the lifestyle of men are stress, smoking, alcohol consumption, eating fast food, physical inactivity. The frequency of heartburn at the non-erosive form of GERD is higher in men. Probably, the severity of clinical manifestations of GERD is caused by stress. Therefore, it can be assumed that the predominant mechanism for the development of heartburn and loaded pain in men is the increased sensitivity of the body to the irritant effects of hydrochloric acid due to stress. It can also be assumed that nicotine promotes relaxation of the sphincter circular muscle, which facilitates the throwing of gastric contents into the esophagus.

A higher value of BMI in men is observed, which suggests another possible dominant mechanism of GERD – a high standing of the diaphragm due to visceral

obesity, which contributes to throwing the contents of the stomach into the esophagus. In men, a more severe course of GERD is observed, due to the development of complications such as erosive-ulcerative damage to the esophageal mucosa and Barrett esophagus.

*Astrid Mignon Kirchhof
Humboldt University, Berlin (Germany)*

PETRA KELLY AND HELEN CALDICOTT – TWO PROMINENT ACTIVISTS IN THE INTERNATIONAL ANTI-NUCLEAR MOVEMENT

The Australian pediatrician and antinuclear activist Helen Caldicott spearheaded an antinuclear movement in the 1970s in her native Australia, which forced an end to French nuclear testing in the South Pacific and managed to stop Australian uranium exports from 1975 to 1982. When the partial meltdown occurred in Pennsylvania's Three Mile Island nuclear reactor in the US in March 1979, Caldicott also became a leader in the antinuclear movement of the United States where she lived at that time: she headed the organization Physicians for Social Responsibility and with Caldicott at its front, its membership, budget, and size of paid staff continued to grow impressively. In the same year Caldicott travelled to Germany to attend the first women's anti-nuclear congress that took place in September 1979 in Cologne where she held a speech about the danger of radioactive materials and informed the participants about the nuclear weapons already stationed in Germany. One of the women at the congress was Petra Kelly.

Petra Kelly, who had also lived and been active in the US, had started her struggle against the civil and military use of nuclear power and for mutual disarmament because she held radiation responsible for the death of her sister at a very early age. Kelly's fighting against nuclear power and thinking beyond national borders was influenced by her years in America and led her around the world, also to Australia. At the invitation of the local anti-uranium movement, she experienced something that became a key moment in the unfolding of the global environmental cause: Sydney's Green Bans movement that happened to take place at the same time as the anti-uranium protests and which was a fight to save an area of natural bushland in Sydney from destruction. This bushland was the last remaining open space in that area: the plan had been to build luxury housing on the site. Indeed, some argue that Kelly took back the idea of Green Bans, or at least the green terminology, with her to Germany. In today's paper, I intend to demonstrate not only that Helen Caldicott and Petra Kelly established an international network via their anti-nuclear activism but also that the success of their networking and activism arose from ecofeminism and difference feminism theory that espoused the assumption of woman's closer affinity with nature and hence a fundamental distinction between men and women which entitled and predestined the latter to fight against a male-dominated technocratic world.

Many women in the ecological and peace movements believed the world would be a better place eschewing any form of oppression if it possessed more of the assumed female characteristics of motherliness and peacefulness. On the one hand, this implied differential feminism led to a clash of opinions while, on the other hand, it promoted solidarity between women in different countries, created vast potential for the feminist ecological and peace movement and was interpreted as an emancipatory force by many women, among them Caldicott and Kelly. The criticism that both women incurred from their contemporary colleagues, and their ensuing marginaliza-

tion, had a gender specific component and was exacerbated by their own difference feminism approach which publicly emphasized qualities and aptitudes consistent with traditional views of women. If one accepts this line of argument, Caldicott and Kelly would have achieved the very opposite of what they set out to do.

Boršić, Luka

Institute of Philosophy (Zagreb, Croatia)

Ivana Skuhala Karasman

Institute of Philosophy (Zagreb, Croatia)

HELENE DRUSKOWITZ – THE FIRST ECOFEMINIST?

Ecofeminism, in very broad terms, can be described as a form of feminism that examines the connections between women and nature. Ecofeminism sees this relationship not in a descriptive, but rather in a normative perspective. Patriarchy and capitalism are understood as responsible for the subjugation of women and degradation of the environment and, in consequence, ecofeminism is meant to be not just a theoretical observation but also an appeal for political activism that seeks to improve women's position in society but not in a way that would perpetuate harming the nature and *vice versa*. The problem of explaining the connection between women and nature is marked, as in most feminist theories, by the dichotomy: essentialism vs. social construct. Essentialism entails "the attribution of a fixed essence to women. Women's essence is assumed to be given and universal and is usually, though not necessarily, identified with women's biology and 'natural' characteristics," (Grosz, 1994, 47). So, for an essentialist, women's inclinations towards selflessness and care would be a part of their biological constitution. From this perspective "[...] early ecofeminists elevated the 'feminine' principles of care and cooperation, not only to parity with the 'masculine,' but above it, on the basis that all human and nonhuman life would better thrive, guided by these principles" (Buckingham, 2015, 846). On the other hand, social constructivists argue that, historically, women and their labor have been in more direct contact with nature: "Whoever deals immediately with the social reproductive acts of provisioning cooking, watering, clothing, cleaning and so on comes into daily contact with nature" (Buckingham, *ibid.*).

The term ecofeminism is attributed to the French feminist Françoise d'Eaubonne who coined it in 1974. In her book *Le Féminisme ou la Mort* d'Eaubonne argued that a parallel can be drawn between the oppression of women and the abuse of nature. Hence, she draw the conclusion that by understanding the nature of the connection can lead to a better understanding of both the oppression of women and of abuse nature. It leads to the conviction that feminism(s), both in theory and in practice, must consider the environmental aspect. It also implies that solving environmental problems must necessarily take into account the requirements posed by feminisms (d'Eaubonne, 1974).

However, there is an Austrian woman philosopher of Croatian origin, Helene (von) Druskowitz (1856 – 1918), who expressed some ideas which can be understood as proto-ecofeminist positions some sixty year before d'Eaubonne. After having graduated from the Musical Conservatory in Vienna (the piano) in 1874, she moved with her mother to Zurich, where she studied Philosophy, Archaeology, German linguistics, and Oriental Studies. In 1878, being only 22 years old, she received her PhD

with a thesis *Don Juan in Lord Byron* which made her the first German-speaking woman to receive a PhD title in a regular procedure (Stefania Wolicka received her PhD in 1875 but she was promoted *in absentia*). Druskowitz gave lectures at numerous institutions of higher education in Germany, France, Spain and Italy. In 1881 she met the Austrian writer Marie von Ebner-Eschenbach (1830 – 1916) and became a member of her literary circle. In 1884 she met Friedrich Nietzsche in Zurich, and this meeting made a considerable impact on her philosophical production – her initial admiration for Nietzsche’s philosophy was soon replaced by bitter disappointment and in most of her works she very harshly criticized Nietzsche’s ideas, especially his *Zarathustra*. Her areas of philosophical interests included Kant, Schopenhauer and H. Spencer. She also had a considerable literary production, writing dramas. However, her close friends, especially C. F. Meyer and L. von François thought those dramas are not qualitatively on the level of her philosophical writings. After her mother’s death in 1888, she started consuming ever more alcoholic drinks and drugs, and after a dramatic breakup with her year-long partner, the soprano Theresa Malten (1855 – 1930), she experienced an existential crisis and a breakdown accompanied by hallucinations, dementia, self-destructive behavior and self-aggrandizement. In 1891 she was sent to several sanatoria in Germany and Austria in which she spent the rest of her life. She died in the psychiatric clinic in Mauer-Öhling in Austria (Boršić, Skuhala Karaman, 2018).

Helene Druskowitz – the first ecofeminist?

Although argumentative and philosophical criticizing men for being aggressive, belligerent and destructive is at least traceable to Christine de Pizan and Isotta Nogarola –in Helene Druskowitz we can find one of the earliest, if not the first, expressions of something which can anachronistically be called an ecofeminist position.

In her last philosophical work entitled *Pessimistic Cardinal Propositions* (*Pessimistische Kardinalsätze* 1905), written in almost Nietzschean aphoristic style, we can find several passages in which she mentions men’s destructive attitude toward nature. So she wrote: “Man is the most *avaricious* of all creatures. He has ransacked mother Earth in every possible way worse than a wild beast, and extracted from her all her treasures.” (Druskowitz [1905], 4.14). Moreover, men’s attitude towards animals is senselessly cruel, he kills or catches animals „partly out of his blind drive for annihilation, partly out his blind lust for possession, and partly making them victims of his gluttonous hunger“ (*Ibid.*, 4.12). It is evident that Druskowitz sees men as the worst destroyers of nature and thus considers them to be the lowest of all natural beings. On the other hand, women are “not only worthier and lovelier beings, but are of a more perfect and noble ancestry which is reconfirmed by numerous relationships of women with the sea the mythologies [...]” (*Ibid.*, 4.9). Women appreciate and love nature, they behave with respect towards living creatures. Man, on the other hand, is “an evil and foolish devil, who continually disturbs the peace in nature, and turned life, which is laid out for joy, ease, and brevity, into an endless satanical hell. With his sexual lust he turned the human race, which as the noblest of all should have been limited to few valleys, into a swarming and dissolute mob, sick in innermost soul.” (*Ibid.*, 4.3) The peak of humanity, which she calls *Endesende* – is for her total separation of men and women until the consequence extinction of humanity except for the chosen few who would live in distant valleys, in a harmony with nature.

Bibliography:

- Boršić, L., Skuhala Karasman, I. (2018). *Pesimistične kardinalne postavke*. Zagreb: Naklada Jurčić, Institut za filozofiju, p. 11–29.
- Buckingham, S. (2015). “Ecofeminism”. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2nd Ed., J. D. Wright (ed.), 845–850.
- D’Eaubonne, F., 1974. *Le feminism ou la mort*. Paris.
- Druskowitz, H., 1905. *Pessimistische Kardinalsätze*. Wittenberg: Herrosé & Zimsen.
- Grosz, E. A. (1995). *Space, time, and perversion*. New York, London: Routledge.

*Petrov Branislava
University of Novi Sad, Serbia*

IDEOLOGY AND SOCIAL STRUCTURES BEHIND THE PROBLEM OF DOMESTIC ABUSE

In this work I will focus on the problem of domestic abuse, one of the globally most present social problems with one of the most consistent histories, but one that, being normally treated as: a) psychological problem, in which case the abuse is seen as a matter of mental health of an individual who commits the abuse, which divorces the abuser from the social conditions that produced his behavior; or b) as a legal problem, in which case the problem is again divorced from its conditions by being treated as a given phenomena, with focus being moved to the palliative measures – failed to generate enough theoretical efforts in order to put a larger structure of social conditions (precisely: socio-economic conditions) that make domestic abuse a systemic problem, under one, logically valid roof. I will discuss such possibility.

The first obstacle in such effort is the term itself. I will argue that the term „domestic abuse“ blurs the very substance of the problem, as it hides the culprit – element that is not irrelevant, as the treated problem is not violence itself but social structures that produce it. We need to acknowledge that the culprit is – man. I will also try to show why pointing out that there is certain number of cases where the culprit is a woman is irrelevant and how it changes nothing to the theory. Once we locate the problem, we may as well change the name to it, and in further text I will refer to the problem as „male abuse“.

In further text I will try to show why I believe the key to understanding social conditions that cause men to harm women in their family lies in socialist-feminist theory. I will briefly go through the two main streams of it, and I will argue that both show violence is not inherent to men but is socially produced. This social reality that makes men violent is the very same social reality that will not allow us to see male violence as a systemic problem, but will trick us each time it occurs into seeing it as a matter of monstrosity of a mentally disturbed individual whose illness has nothing to do with social structures, which will lead us to only look for legal measures in order to remove ill individual from the society without questioning the society itself. This reality is – capitalism. I will argue that there is a logically deducible reasoning in such blindness to the systemic abuse and I will try to show how exposing the culprits for what they are and for what they do would represent a threat to the whole capitalist

system, which is the main reason societies all over the world seek for alternative, always painfully palliative solutions to the problem of male abuse.

The link between capitalism and male abuse will be discussed in detail in the further text, here I will remind of the well-known slogan popularised during the expansion of „second wave“ feminism: „*Private is political*“. On one hand, it is a substantial part of capitalist mode of production and the ideology that follows it to introduce the institution of private (as sacred!) (as its economy is based on the right to private property and we only can exercise such right acting as private persons), organising our whole lives in regard to sharp distinction between private and public, where private is a sphere of „no ones business“ as long as what we do as private persons is legal, which makes the field of private being seen as a field of already-there, already-achieved personal freedom, while on the other hand such freedom in the very same capitalism can only be achieved by enslavement of many. This leads us to the paradoxical idea of freedom conditioned by slavery, and further, to the philosophical question: Can freedom be privatized? Because my answer is „no“, I will try to show how this contradiction inevitably leads to contradictions inside the private sphere itself, and how the more it refuses to acknowledge its dependence on the public, the more contradictions it suffers. One of manifestations of such contradictions is *domesticabuse*. In the further text the specific condition that places men in the role of perpetrators of the abuse will be explained. Following the orthodox marxist tradition I will show in the text how legal system always represents a superstructure to the main ideology, with main ideology being dependent on economical basis, meaning legal.

In the conclusion, I will expose what I believe is the biggest weakness of feminism today and how it affects struggles against the abuse. In order to do so, I will employ Hegelian speculative dialectics. Namely, I will argue that feminism fails to recognize genders as, not only historically constructed, but also substantially determined by their own histories, which makes any call for equality a logical nonsense, as two subjects can not be equal with different, parallel histories, as history of a subject is a constitutive element of the subject. With such insight, the question of feminist methods opens a new chapter.

Cheshko V.T.¹, Kosova Yu.V.²

¹*V.Karazin Kharkiv National University*

²*S. Kuznets Kharkiv National University of Economics*

GENDER, SEX, BIOMEDICAL TECHNOLOGIES IN THE BIOPOLITICAL CONTEXT OF TECHNOLOGICAL CIVILIZATION: HUMANISTIC AND EVOLUTIONAL PERSPECTIVES OF HOMO SAPIENS

The subsequent techno-cultural innovations were layered on the initial impulse of the gene-cultural and techno-cultural co-evolution, initiated, in turn, by the neolithic revolution, which was a systematic cultural-technological innovation. One of the adaptive divergence lines of socio-cultural and rational adaptations led to the emergence of technological civilization. This systemic adaptation within the evolutionary-psychological paradigm is characterized by several basic value priorities (Henrich, 2010): *Western* (analytical-holistic) type of mentality; High social status of theoretical and vocational *Education*; *Industrialism*; High level of individual *Riches* in population; *Democratic* political system. The civilization in which dominate all listed socio-psychological intentions (WEIRD) is a negligible fraction of the original

pool of cultural types, and indeed is “weird”, rare. However, with the growth of its influence, it becomes the owner of a sufficiently high contagious part of the socio-cultural inheritance. In other words, this cultural type can spread to other cultures as a result of “contagion when in contact with other types of societies. In the high “infectiousness of technological civilization, there is also economic, political and military coercion, since it by the fact of its supremacy compels competing socio-cultural types “to accept the rules of the game, which are inherent to WEIRD-sociocultural (civilizational) type. The importance of the active-system-forming function of culture as a factor of coordination and “lapping” of the biological and techno-rationalistic components of the human adaptive strategy entered the mentality of a technological civilization for a long time. However, it happened only indirectly. An abolition of gene dictatorships, liberation of socio-cultural organizations from the power of human biological constitution is considered as a measure of social progress (Cheshko et al., 2017). There is the paradox of using of the technologies of controlled evolution for the improvement of the psycho-emotional and mental-moral spheres. It consists of trans-module character of these technologies. The technological fixation or strengthening transfers the attributes of humanity from socio-cultural to biological module SESH. There is a transfer of the attributes of humanity to the attributes of human nature in terms of social psychology (Persson, 2010). This paradox will not be resolved logically, since its logical core represents an ideological antinomy HUMAN NATURE *versus* HUMANITY. Humanitarian and gene sectors of High Hume technologies are interconnected cycle with positive feedback. As a result, the advanced development of humanitarian technologies in the presence of economic stimulus will cause a secondary wave, in which biotech schemes are perceived as being more appropriate to the cultural and ethical point of view. In turn, genetic engineering “improvement” opens more opportunities and improves the efficiency of “humanitarian” technological sector. *A priori* overlay of socio-cultural and techno-rational cycles (bio- *versus* humanities technology of human design) creates a self-oscillating, minded auto resonant circuit. As a result, of its functioning the probability of transition potential evolutionary risk in actual form that is equivalent to SESH destruction and the loss of the basis for the identity of mankind in time. The thing that is even more striking, the early example that is found is antinomy “SEX *versus* GENDER. The first term is corresponding to biological component, and the second one matches socio-cultural counterpart of antinomy. Thus the two principles should be under consideration. Firstly it is the difference between the individual norm of the sexually reproductive sphere of human births and its population-group and socio-cultural analogues. Secondly, technological support of the freedom to choose correction of the somatic organization or behavioral stereotypes of the sexually reproductive sphere in the case of a conflict between them at the individual level. The observance of both principles follows from their basic postulates of the individualistic and humanistic paradigm of technological civilization in its WEIRD version.

Diadko Ievgeniia, PhD

President of Interdisciplinary Research Foundation (Warsaw, Poland)

CHANGES IN MOTIVATION

OF WOMEN ENTREPRENEURSHIP IN POLAND

According to the “Global Entrepreneurship Monitor (GEM) Polska” report from 2017-2018, women show slightly weaker entrepreneurial attitudes comparing to men.

They rarely see business opportunities, they are more critical, and more often feel fear of failure in running their own business. On the other hand, women are better in self-assessment of their entrepreneurial abilities comparing to men.



Pic.1. *Entrepreneurial attitudes among women and men in Poland in 2017 in%*
Source: Global Entrepreneurship Monitor Poland 2017-2018

The main motivators for women to start own businesses are:

- women mainly point to family considerations and the willingness to reconcile home and work duties, as well as greater flexibility of working time;
- starting a woman's own business more often than men is a necessity because they do not notice more attractive opportunities to enter the labor market. In Poland, almost 64% of women running a company for less than 3.5 years have found it because they see the chance of running their own business, and 32% because of the lack of an alternative in the form of wage labor;
- the issue of the type of education is of greater importance for women than its level when selecting self-employment, while women with business education considerably more seriously start this career path;
- an important motivator, which is one of the few being described as having a greater impact on women than on men, is participation in entrepreneurship training. Women perceive them as a way to increase their self-confidence as an entrepreneur, to motivate themselves to start a business and then quickly achieve results;
- more and more women are not willing to get wages lower comparing to men offered (despite the growing gender gap in favor of women), as a result of which they decide to pursue a professional career as a business owner.

Both the data provided and wider observations show that Polish women do not lack all kinds of motivations for self-employment. However, they are also accompanied by numerous barriers, which very often are completely independent and effectively stand in the way of business success. Changes must be made from the very image of the entrepreneur, to the extent that he also includes women and that women's business activity is perceived as naturally as in the case of men.

Resources:

- 1) <https://www.parp.gov.pl>
- 2) <http://przedsiebiorcza.com>
- 3) https://www.obserwatorium.malopolska.pl/wp-content/uploads/2016/10/Article2_final-PL.pdf

**THE INFLUENCE OF GENDER THERAPY ON ENSURING
PARITY OF FAMILY FUNCTIONING**

Psychological science and practice accumulated a vast experience in providing psychological, advisory and psychotherapeutic care for a family in different crisis situations. The choice of psychotherapeutic techniques is determined by the content of request and personal consultant's preferences, his/her work experience in known psychotherapeutic schools, skills of orientation in current crisis situations, which are characteristic for the family functioning. The modern family, in addition to traditional situations, which are typical for each stage of its development, should react to new challenges of the time, such as: unemployment, polar stratification of the middle class on rich and poor caused by the economic crisis, increasing of a number of incomplete or concubinage families, interethnic and interracial marriages, etc.

Despite to enough high indexes of divorces, which unfortunately don't have the positive dynamics in statistical reports about duration of family life in the countries of United Europe, North and South America or the Post-Soviet countries, scientists don't approve the conclusion about gradual dying of the family institution. Contrary to, in numerous scientific publications they follow the idea that it is tend to strengthen this institution on a new basis functioning – weakening of the role of external factors, which kept the wholeness of the family for a long time in history, limiting its members, especially women, in right to divorce by church blame, civil law, ethno cultural customs, etc. Instead, the role of internal factors is increasing, which stabilize a family life (common meanings, values of marriage, deepening of democratic principles of communication between adults and children with keeping of their authoritative and subordinate position in the process of socialization, expanding of the range of domestic and reproductive men' and women' roles account of their interchangeability, increasing of level of gender culture and so on).

Gender approach as a scientific methodology for analysing of psychological aspects of intra-and interpersonal and intergroup relations offers a new way of understanding a reality. The contrasting and "obvious" disparity of male and female traits, manner of thinking, peculiarities of behaviour strengthen the connection between biological sex and achievements in social life. The subject of studying of gender characteristics includes: man' and woman' identity and its components: conceptions, stereotypes, attitudes related with sexual differentiation, stratification and hierarchy.

Gender therapy as a separate direction of assistance of psychological care for married couples is caused by time challenges as to family functioning on a parity basis and inappropriate spreading of inequality of sexes, which causes conflict situations and fixing of abnormal behavioural models. Traditional family therapy directs its attempts to overcome the external manifestations of conflict situations without its basic, gender stipulated principles, such as: social and economic imbalance of husband's and wife's status, psychological separation of powers, overload of family roles or its deficiency. Infraction of gender balance is observed in the realisation of economic and domestic areas of family functioning, at different stages of its development – from the "expansion" (birth of children) to the "empty nest". Domestic and foreign experience of implementation of gender psychotherapy proved its effectiveness. The main condition is purposeful modification of gender orientations by psycho

education, introduction of empathy acceptance of family and social roles of the other sex, conscious acquirement of androgyny as a condition of liberation from the pressure from sexual stereotypes and universalization of behaviour.

The changes of pathological gender ecosystem of family are achieved through the using of different psychotherapeutic approaches, except of psychoanalytical. Most gender-oriented therapists practice eclectic approach of influence on the family system of gender roles, where cognitive-behavioural school is a priority. The introduction of the concept of gender to the dynamic of family roles enables to align the social and economic statuses of husband and wife through partner repartition of power. Psychotherapists realise influence of gender stereotypes on the emergence of family conflicts. They approve an ideology of equality of rights, obligations and opportunities.

*Hryhorova M.V., Sokol A.A., Malyk N.V.
Kharkiv National Medical University*

ANOREXIA AS THE GENDER MODERNITY PROBLEM

Nowadays anorexia problem cause anxiety not only for doctors but also for public. According to the statistic about 2,5 % women especially of young age, in country with high quality of life become victims of anorexia. Unfortunately, this percent is increasing. Anorexia mortality, without effective treatment – 20 %!

Anorexia is considered to be a female disease. At 80 % ratio anorexia is diagnosed among girls aged from 12–24 years. Only 20 % of cases are mature women and men. However men's anorexia becomes more widescale problem, than is shown by the official data. The cause of it is negation of anorexia and as a result –reluctance beg for doctor's help.

The main differences in men's anorexia and women's anorexia are:

- 1) This disease in men don't have independent character and frequently it is consequence of another disease (for women anorexia has only independent character).
- 2) It's hard to say about a man if he is sick (women's anorexia is more obvious and visible).
- 3) Treatment of men is more difficult than women's treatment.

So what is anorexia? This disease associated with nutrition disorder. Anorexia is not «mania» or «bad» behavior – it is psychological disease. Pathological desire of weight loss, accompanied by obesity, is observed before anorexia. Distorted perception of their form, namely anxiety about imaginary weight gain observe at the patients.

The main causes of anorexia are: biological (biological and genetic predisposition); psychological (family influence and internal conflicts); social (environmental influence: expectations, imitation framework).

It is proved that loss of appetite leads to exhaustion and can point at serious problems in the work of internal organs and systems: metabolic disease, endocrine diseases, digestive diseases and genitourinary diseases. Tumor processes, chronic pain of any origin and character, take wrong uncontrollable medicine from weight loss leads to exhaustion too.

Anorexia treatment is prerogative of psychiatrists and psychologists. You should identify and eliminate anorexia reasons for each patient individually to develop a methodology how to treat anorexia.

Nowadays magazines have a lot of photos with slim models. A large number of young girls start to harass themselves with diets, this diets can lead to bad results (even to death). In 2005 famous Israeli fashion photographer A. Barkan said that he didn't want to propagandize unhealthy attitude to human body and he will never take photos of anorexian models. After that he attracted a bit of public interest to the anorexia problem and forced to think about anorexia social effects.

*Karpenko K.,
Magapu Veera Venkata Akhil
Kharkiv National Medical University*

VANDANA SHIVA AS A REPRESENTATIVE OF THE THEORETICAL AND PRACTICAL ECOFEMINISM

Creating and civic activism of the Indian philosopher and public figure, Vandana Shiva, is essential for understanding of the contemporary ecofeminism, which today, after ten years of stagnation, is pivoting. She is an Indian scientist, feminist, author, ecologist and activist. She is known for her active struggle for peace, stability and social justice all over the world. Vandana Shiva wrote over twenty books. Her meetings with the public for a long time were remembered by active fighters for the preservation of nature and peace. Such communication and meetings not only inspired its participants to take active action, but also clarified the goals and objectives. Vandana Shiva established a research base for science, technology and ecology. For many years she has been advisor to the government in India and abroad. Non-governmental organizations are currently relying on methodological developments on the unity of the struggle for nature and the anti-discrimination struggle of women, for the unity among women in a situation of growing globalization. Across the world, her contribution to intellectual property rights, biodiversity, biotechnology, bioethics and genetic engineering is highly appreciated. Vandana Shiva is one of the leaders and members of the board of the international forum on globalization, as well as a member of an international organization for a common society. She was awarded the "Right to Life" award (1993), the Sydney Prize (2010), the Fukuoka Academy Auctions Award (2012) and the Mirodi Award (2016).

Vandana Shiva also participated in the non-violent movement in the 1970s and fought for changes in practices and paradigms in agriculture and food. In 1982, Vandana Shiva established a research base for science, engineering and ecology, which led to the creation of Navadanya, a network of seed keepers and organic producers, which are very popular in India.

Vandana Shiva openly points her as an ecofeminist. She understands ecofeminism as a socio-political movement, recognizing the connection between the dominant over woman and destruction of nature. Vandana Shiva devoted her life to the theoretical justification of the correlation of essential and constructivist moments in ecofeminism. But in her creativity the essentials motives are preferable. The theoretical interpretations of ecofeminism, proposed by Vandana Shiva, prevent the exaggeration of the significance of the constructivist tendencies in the contemporary ecofeminist theory.

THE CREATION OF A GENDER-EQUITABLE ENVIRONMENT FOR CHILDREN AND YOUTH AS A REQUIREMENT OF A TIME

In the context of the implementation of the Global Goals for Sustainable Development (2016–2030), the Council of Europe Gender Equality Strategy 2018–2023; and legitimate normative documents of Ukraine (the Constitution of Ukraine, the Laws of Ukraine (“On Education”, and other documents (“On ensuring Equal Rights and Opportunities of Women and Men”, “On the principles of prevention and combating discrimination in Ukraine”); the State Social Programme on Equal Rights and Opportunities of Women and Men for the period up to 2021, the National Human Rights Strategy of Ukraine, the Concept of the New Ukrainian School, the Strategy for the Implementation of Gender Equality in Education “Education: Gender Dimension – 2021”), the creation of a gender-equitable environment for children and youth is a challenge of the time and a priority task of the state social and humanitarian policy of Ukraine.

Gender as an interdisciplinary, social and cultural phenomenon is an important area of different sciences, for example, historical and political (T. Melnyk, O. Kis, O. Yarosh), philosophical (T. Zlobina, I. Hrabovska, K. Karpenko, L. Kobelianska, V. Moskalenko, Yu. Strebkova), sociological (T. Bureichak, O. Marushchenko, T. Martseniuk, O. Strelnyk, S. Sturkhetskyi), psychological (O. Bondarchuk, V. Vasiutynskyi, T. Hovorun, N. Horodnova, V. Tatenko, T. Tytarenko) and pedagogical (I. Bekh, V. Haidenko, T. Holovanova, T. Doronina, I. Ivanova, O. Lutsenko, O. Petrenko, O. Sukhomlynska, O. Tsocur, L. Yatsenko).

The creation of gender-equitable environment on the basis of “partnership pedagogy” and gender “matrix” of humanistic pedagogical heritage, integration of competent, personal oriented and gender approaches will help into formation of gender culture and the egalitarian outlook of children and youth (gender competence, sensitivity and tolerance) as important factors of personal and professional self-realization of both sexes, democratic world-view, girls’ and boys’ life-realization.

We interpret gender-equitable environment as a non-discriminatory, creative and developing and health preservation, which is based on the principles of social equity, gender equality, child-centrism, egalitarianism and parity of both sexes; in which the full development of the personality is ensured, regardless of sex, age, disability, race, culture, religion, ethnicity, etc.

The analysis of foreign and domestic scientific papers, which concerning the research problem has shown its urgency. It is confirmed by the attention of the world’s humanities in the sphere of observance of children’s rights and freedoms and the experience as to creating a non-discriminatory environment at the school («gender equitable learning environment», «gender-balanced education», «gender equality in education», «gender-equitable education» i «gender-fair education», «non-sexist education».

According to the position of the ecological and psychological approach, gender-equitable environment includes the following components: *a) subjects of the educational process* (administration of a school, teachers and students); *b) space-objective component* (the location of the education institution, the architectural organization of the space: design an interior and exterior; recreation areas;

background, on the basis of which the cooperation of all participants in the educational process; *c) socialcomponent* (communication sphere) – the style of interaction between teachers, parents and students in the educational process, organizational conditions: the peculiarities of management culture, the creative associations and initiative groups of teachers, etc., it is the original “behaviour map” of the school; *d) psychodidactic* – content sphere: education concepts, curriculum, textbooks and manuals, teaching methods of the education, determined by the objectives of the educational process.

Consequently, the result of creating a gender-equitable environment as non-discriminatory, creative and developing and health preservation causes development and introduction of innovative pedagogical technologies, in particular, gender-education, which aimed at formatting a gender culture of children and youth without any stereotypes and prejudice.

Kon Kateryna

Science Photo Library, London, UK

GENDER AND AGE DIFFERENCES IN OBESITY PREVALENCE: WORLDWIDE TENDENCIES

A rising prevalence of overweight and obese people is a major challenge to the prevention of chronic disease and maintaining good health across the life course worldwide. According to recent statistics, nowadays, obesity affects over a third of the world’s population. More than one in two adults and nearly one in six children are either overweight or obese [1]; and, furthermore, obesity rates are expected to rise further in the nearest decades.

The purpose of the present work was to analyze obesity prevalence across the globe depending on demographic, socio-economic and environmental factors using data provided by the World Health Organization, The Organization for Economic Cooperation and Development and recent scientific publications in the US National Library of Medicine.

Results. Obesity rates among adults nowadays are the highest in the United States, Mexico, New Zealand, and Hungary, while they are lowest in Japan and Korea. At the same time, in Korea and Switzerland obesity rates are projected to increase at a faster pace by 2030. The fastest increase in obesity rates among the adult population is seen in England, Mexico, and the United States. Prevalence of obesity among adult women is higher than in men in the majority of countries; however, male obesity has been growing more rapidly than female. Interestingly, the studies have shown a correlation between the level of women education and the prevalence of obesity. Women with a low level of education are two to three times more likely to be overweight than high-educated women. For men, these differences were less obvious, although they are also growing [1].

In the children group, the global analysis of recent trends shows a more than ten-fold increase in the number of obese and overweight children and adolescents during the past four decades, from 11 million in 1975 to 124 in 2016 [2]. The highest level of childhood obesity is stably observed in high-income countries (being maximal in the United States) with the greatest risk of obesity in lower socioeconomic groups [3]. However, in absolute numbers, more overweight and obese children live in low- and middle-income countries with the simultaneous fast increase of obesity preva-

lence during the last decades. Increased prevalence of obesity in developing countries coincides with unaddressed undernutrition problems, having inadequate nutrition in prenatal, infant and young child age with subsequent consumption of ultra-processed, nutrient-poor and energy-dense foods, which are cheap and readily available [2]. Gender differences in childhood obesity vary significantly between countries [4], for example, Israel has the highest proportion of obese boys at 13.9% while Luxembourg has the highest proportion of obese girls at 13.5% with the overall tendency in increasing of obesity rates in both sexes [5].

Conclusion. Obesity is a largely preventable condition. Preventing child and adolescent obesity both in girls and boys relies on regular physical activity and helping people to eat healthy foods. A number of new policy initiatives to cope with obesity have emerged over the last few years and have shown the first positive results. This includes food labeling in stores, which helps people make healthier food choices and different mass media campaigns aimed to increase awareness of healthier food consumption. Another measure proposed to decrease obesity rates is tightening regulation of food advertising through different media, such as bans on advertising of unhealthy foods and beverages in public transport and other public places, and on TV and radio during hours when the main audience is children.

References:

1. Obesity Update 2017. – <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf> p.2.
2. World Health Statistics 2018. – P.18-19. – <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>.
3. Report of the commission on ending childhood obesity. – https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf?sequence=1 p.2.
4. Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults 1980-2013: A systematic analysis. Ng M et al. *Lancet*. 2014;384(9945):766-81. – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624264/>, appendix, p. 145.
5. Child obesity international comparisons data factsheet. – <https://khub.net/documents/31798783/32038776/Child+obesity+international+comparisons+data+factsheet/1aa529dc-8411-401c-a4f0-f216b28257b9?version=1.1> p.3.

Kornieieva Tetiana

International Business and Diplomacy Institute, Paris, France

GENDER EQUALITY AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT: THE CASE OF FRANCE

The objective of achieving gender equity is important and critical to accelerating sustainable development. In all societies women's and men's roles are socially constructed, but all too frequently gender-based disparities exist. Despite decades of effort, overall progress in improving women's lives has been inconsistent. Moreover, environmental benefits and burdens affecting human capabilities are inequitably distributed. Women are still underrepresented in all levels of government and other decision-making arenas. Such lack of power is linked to higher levels of female poverty, especially in rural areas of developing countries where women are responsible for

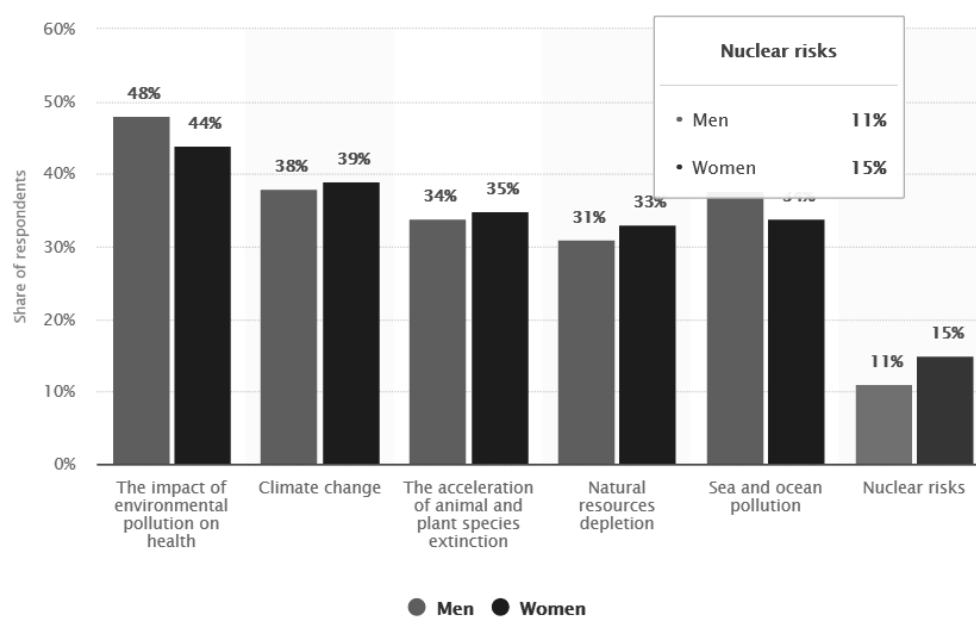
60–80 % of food production as well as fuel and water provision yet have little access or control over natural assets such as land, water and ecological conditions that create opportunities for a better life. A sustainable development pathway must be established which has an explicit commitment to gender equality and seeks to enhance women’s capabilities, respect and protect their rights and reduce and redistribute their unpaid care work.

Gender inequalities remain around the world and are getting worse in certain cases. Confronted with this, France is reinforcing the coherence and effectiveness of “gender” actions in its development assistance policies and its outreach initiatives. The 3rd International Strategy for Gender Equality (2018–2022) is a steering tool designed to coordinate the work over the next five years and improve the situation of women around the world. The Strategy is the concrete international embodiment of the President’s commitment to make gender equality the great cause of his term.

The five areas of intervention of France’s International Strategy aim to put the issue of gender equality at the heart of all the work carried out and supported by the Ministry for Europe and Foreign Affairs including development cooperation and economic, soft, cultural and academic diplomacy.

To step up political advocacy for gender equality, it is necessary to include gender issues in all fields regardless of whether they are development-related or not and in all international fora. This is particularly the case for education, vocational training and job-market integration, humanitarian strategy, and issues relating to the climate, the economy, demographics, sexual and reproductive health and rights.

To ensure the resources are available to act concretely, the proportion of official development assistance for equality is going to be increased. In particular, 50% of the financing provided by the Agence Française de Développement will be dedicated to projects which include an objective to reduce gender inequality. Using various sharing platforms between development stakeholders, the Strategy aims to develop discussions and feedback between NGOs, the private sector under Corporate Social Responsibility, research and public authorities.



Main concerns expressed by the population in terms of ecology and sustainable development in France in 2018, by gender

Source: <https://www.statista.com/statistics/939624/concerns-ecology-and-sustainable-development-by-gender-france/>

This statistic picture presents the main concerns expressed by the French surveyed on ecology and sustainable development in France in 2018, distributed by gender. It reveals that the majority of both women and men declared that the impact of environmental pollution on health was a topic of concern on ecology and sustainable development. On the other hand, 11 % of male respondents and 15 % of women mentioned nuclear risks as an issue in terms of ecology.

References:

1. France's International Strategy on Gender Equality (2018-2022). – https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/meae_strategie_-_en_cle076525.pdf.
2. <https://www.statista.com/statistics/939624/concerns-ecology-and-sustainable-development-by-gender-france/>
3. <https://www.bridge.ids.ac.uk/updates/gender-and-sustainable-development>.
4. <https://www.weforum.org/agenda/2015/03/why-gender-equality-is-integral-to-sustainable-development/>

*Martynenko Nataliya
Kharkiv National Medical University*

KHARKIV WOMEN MEDICAL INSTITUTE: PROBLEMS OF FOUNDATION AND FORMATION

The beginning of the 20th century was a specific one in the history of our country. Revolutionary events encouraged the social activity of many groups of population, and exactly, women wanted their dream of getting the high education came true. There was an initiator N.I. Neviandt, who in 1906 year organized private high medical courses in Kharkiv. At that time there were three high educational institutions in our city: University, Technological and Veterinary institutes. Unfortunately, the level of teaching was not very high and being criticized by listeners and medical professionals. Kharkiv Medical Society understood that it was necessary to control the process of organization of high women medical courses. Members of Medical Society insisted on the collective management and autonomy in the case of self-repayment, and promised just in extraordinary situations to donate money for the functioning of these courses. Courses did not have any own clinics, so there was the task to find the hospitals the staff of which agreed to accept students of these courses for realization of clinical teaching. The Statute of Women High Medical Courses had to be worked out. Moreover, the Society assigned 1,000 rubles for the foundation of female courses.

Doctors, who discussed the foundation of such kind of courses, told many positive things about the wish of young girls and ladies to get high medical education. Physicians were amazing that the progressive part of female population left their families and started to study. “Male opposition” capitulated and started to help in the organization.

July, 21, 1910 a Honoured Member of Kharkiv Medical Society Professor Vasyl' Yakovych Danilevsky got 54 balls during the elections of the Headmaster of Women Medical Institute. In August, 4, 1910 the Statute of this institute was adopted.

The duration of educational course was 5 years. There were such kinds of subjects: normal anatomy, physiology, medical chemistry, morbid anatomy and histology, bacteriology, pharmacology, pathology and therapy of internal diseases, neurological and psychic diseases (with clinics), dermatology (with clinics), obstetrics and gynecology (with clinics), surgical pathology and therapy, ophthalmology (with clinics), hygiene with medical statistics, forensic medicine. More than that experimental physics, chemistry, botany, zoology and mineralogy with basics of geology also were taught. Listeners got the certificate. Payment of each semester (100 rubles) was realized before the beginning of classes.

The grand opening of Women Medical Institute held in October, 31, 1910.

*Morozova M.M., Fedotov V.V., Ogneva L.G.
Kharkiv National Medical University*

GENDER PROBLEMS IN MEDICINE AND THE GENDER INFLUENCE ON REACTIVITY

A woman. Man. We belong to the same biological species – homo sapiens. We have a lot in common. There are heart, vessels, nerves, hands and legs. There are, of course, differences, called “sexual, gender characteristics”. Anyhow... We are much more different than we seem at first sight. And it is not just the psychology, (remember, men are from Mars, women are from Venus), but also in medical aspects. Gender-specific features are differences in disease progression of men and women, which, for example, is associated with reactivity – the ability of organism to respond to the effects of internal and environmental factors by changes in vital activity. Men are less resistant to a number of adverse effects than women.

The reactivity of the female body is determined by the genotype (XX), which forms the anatomophysiological features, the state of the hormonal status. The second X chromosome has protection properties: even in intrauterine growth the mortality of male fetuses is higher. At the present time, the discrepancy of the lifetime between men and women ranges from six to eight years in most economically developed countries. Women live longer, but worse than men. Because women are more likely to suffer from chronic diseases and functional disorders. So, medically speaking, the quality of female life is lower than of the male one.

Characteristics of the nervous regulation in women determine the best integration between the cerebral hemispheres (the number of neurons, which are responsible for the integration of the activities of both hemispheres is 23% higher than in men): women rarely lose the ability to speak having the apoplectic attack. Women are more emotional (the brain area that is responsible for emotions is in 8 times larger than in men), so depression develops more often. Women are superior to men in terms of perception speed, in the counting ability, hand speed, they have the best elocution. Pregnancy, lactation, a monthly cyclical change in the secretion of all hormones leads to the intensity of the endocrine system activity and to different endocrine diseases (the thyrotoxicosis is found in women in 10 times more often than in men). Tension in the endocrine system activity, high training level of the hypothalamus-hypophysis-adrenal system provides a high adaptation of a woman's organism to hypoxia and to diseases generally. Women are more resistant to cold, hunger, and blood loss. Due to constant blood loss in women, the siderotic anemia develops fairly often.

The reactivity of the male body is determined by the genotype (XY), on the basis of which anatomophysiological features are formed. Men are better oriented in space, superior in speed, coordination, have a mathematical mindset. Men are less resistant to the stressors action: atherosclerosis, coronary heart disease, hypertensive disease, gastric ulcer develop earlier than in women. Men are more resistant to the effects of abused drugs.

However, differences in the health of the sexes are not exhausted only from this. Frequently, progress of the same disease in men can be distinctly different from the disease progress in women. For instance, male heart attack begins with acute pains in the chest extending to the neck, arm and lower jaw. Women heart attack can proceed in a whole new way – pain in the back, lower abdomen, feeling of weakness, nausea. Another woman will have scruples about consulting a doctor with such symptoms!

There are differences in the action of drugs depending on gender. In general, we can assume that women are a little more sensitive to drugs than men. Women's health is a problem of equal rights, as important as equal remuneration of labor. And Gender medicine is at the very beginning, but it is developing rapidly. Experts are convinced that within a few years, whole areas of medicine will treat men and women is a problem of the quality and integrity of science and medicine.

Orel O.V., Yaremenko A.V.

Kharkiv National Medical University

EFFECTS OF THE ENVIRONMENTAL FACTORS ON REPRODUCTIVE HEALTH

Reproductive health as a component of public health is an important factor in ensuring of favorable demographic perspective of a country, a background for the formation of the demographic and socio-economic potential (Steshenko VS, 2001; WHO, 2003).

The reproductive function is distributed between male and female organisms. Female and male reproductive systems are dynamic integrated systems that ensure the reproduction of offspring, that is, the implementation of reproductive function depends on the state of reproductive health of both female and male population.

Reproductive function is known to be particularly sensitive to the effects of harmful environmental factors of any (even low) intensity. Reactions of the reproductive system to the presence of various chemical and physical intermediaries are nonspecific. This indicates a violation of the mechanisms of central regulation of reproductive function under the influence of adverse environmental factors, regardless of their origin. In most cases, the influence of various factors of the natural and man-made environment on the health of the men and the women is almost the same: the violation of reproductive function is unidirectional, dominated by nonspecific or general pathological processes. It is revealed that the duration, nature and severity of ecologically dependent pathology are influenced by the duration, intensity of pathogenic factors, and also the efficiency of the processes of the human reproductive system adaptation.

Environmental factors have a significant impact on the health of the men and the women. These include contaminated air, water, food, soil; radiation level, electromagnetic fields. It is more difficult to protect environment rather from air than water pollution.

Influence of drinking water with increased rigidity, high content of sulfates, chlorides, nitrates on the occurrence of a number of diseases, including the male and female reproductive system violation.

The objective disadvantage of modern nutrition is the reduction of the proportion of natural products, the increase in synthesized, processed, containing plenty of chemicals, dyes, antioxidants, which provide products of a certain type, color, form, serve for preserving, sometimes perform an advertising role, but it is often alien and dangerous substances for the human body.

Radiation, or ionizing radiation, is a natural factor in the environment. Radioactive substances and sources of radiation can be outside the human body and irradiate it from the outside or enter the human body with air, food, water and cause internal radiation. It can cause infertility, during pregnancy - various mutations, miscarriages, congenital malformations, stillbirths, inability to deliver and give birth to a healthy child. Thus, the environmental factors play an important role in the formation of reproductive health of the men and the women.

References:

1. Stolyarov GS, Voronenko Yu.V., Golubchikov MV Health Statistics: Tutorial. - K.: KNEU, 2002. - 230 p.

2. About the approval of the State Program "Reproductive Health of the Nation" for the period up to 2015: Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated December 27, 2006 No. 1849 [Electronic Document]. - Mode of access: <http://www.rada.gov.ua>. - Title from the screen

Pustovit N.V.

National Pharmaceutical University, Kharkiv

THE PROBLEM OF TRANSGENDER INEQUALITY IN MODERN PHILOSOPHICAL DISCOURSE

We live in a fast-paced and technologically determined world where notions and phenomena get altered and reinterpreted. This is true for a gender issue as well which extends to dimension called transgender. Historically, the matter of gender inequality refers to females and males interactions and traditionally we refer gender to either of mentioned sexes. However, today at the background of identity crisis the matter draws more attention to such social actors as transgender people who get marginalized within their own communities. In its turn this marginalization can obtain radical forms resulting in abuse, harassment, human rights violation, etc.

Interestingly, the new word "transgender" is not new at all. The notion traces back to ancient world. In one of his works Plato mentioned so-called third sex. India is famous for hijras, transgendered people who performed ancient rituals. However, complete accomplishment of gender transition was possible in 1930 in Germany where the Danish painter, who later became Lili Elbe, had undergone a series of sex-reassignment surgeries and hormonal therapy and was the first transgender in the history who indeed changed his sex [2].

In case with gender inequality we deal with identities of women and men whose sex remain unchanged during their entire life but from the perspective of transgender studies we involve more complex phenomenon of transgender identity starting as an inner struggle between the "wrong" (given by nature) and the "right" body.

To elaborate on this matter two approaches to gender come into view, namely biological and social. According to biological approach, we receive our "female" or

“male” status at birth. It is already predetermined. However, there is another approach that opposes itself to biological premise. American philosopher and gender theorist Judith Butler says that our gender is a performative social construction which means that an individual constitutes her/his gender through acting, behaving, and speaking. Gender needs to be acted out [1, p. 520-528]. It is worthy adding that exactly through social performance of gender an individual becomes aware of her femininity or his masculinity.

Interestingly, how wide the notion of transgender is. On the website of Human Rights Campaign we found an article dedicated to transgender communities [4]. From this article it can be inferred that transgender people are individuals who may identify themselves with female or male after transition or may declare their agender status. The notion of transgender appears to be fluid because in the end it may not result in final gender identification. The word transgender seems to describe mental and bodily transformation. We may assume that to explain transgender state we can apply the idea of gender performativity when an individual constructs his or her gender through acting it out. The final stage of her or his transition can be approval of gender through body alteration. Judith Lorber mentions that choosing a new gender not always entails surgical or hormonal bodily transformations [3].

Transgender inequality can be defined as a form of social inequality. Recent surveys point out that transgender people face discrimination in education, workplace, within their native communities. Discrimination has either implicit or explicit character. The above-mentioned website gives examples of discrimination such as lack of legal protection, high unemployment rates, increasing harassment and stigma, health care barriers, problems with identity documents [4].

When gender inequality occurs within binary gender matrix which is considered to be a norm accepted by society, transgender inequality occurs when transgender individual enters “official” gendered social order. Because the binary gender matrix does not recognize socially performed gender an individual gets alienated within the system and consequently excluded from the traditional binary gender community. Transgender inequality is a result of collision between cultural beliefs, norms and morality, on the one hand, and socially constructed or performed gender, on the other hand. The source of transgender inequality lies in initial exclusion of transgender people and defining them as outsiders. There is a factor that makes the situation even more complicated. Today when we speak about transgender social subjects there is a tendency towards finalizing gender transition through surgery and subsequent hormonal therapy. The medical component here is often considered by the vast majority as immoral and perverted as a person does not have the right to change what was given at birth. Moreover, in this context surgery may be regarded by the others as violence against human body. Eventually, we may end up going round in circles. If socially performed gender is not recognized and further not incorporated into social system it may be problematic to eliminate discrimination toward transgender people who are in minority. Rethinking the status and image of transgender people can serve the ground for solving transgender inequality issues. It is important to approach reconceptualization of transgender identity as something that will help to build inclusive society and develop rules and regulations aimed at protection of transgender people.

The complexity of the phenomenon of transgender identity within philosophical discourse is caused by several reasons. Firstly, the notion of transgender people is multifaceted and fluid leaving much space for its alteration. Lack of accuracy in some cases misguides philosophical investigations. Secondly, society seems to be reluctant to understand and accept transgender people. Thirdly, there is an apparent conflict between biologically determined and socially constructed gender identity.

Literature

1. Butler J. Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory / J. Butler // Theatre Journal. 1988. – Vol. 40, No. 4. – 519-531 p.
2. Krause-Jackson F. Transgender Rights [digital resource] / F. Krause-Jackson. – Available at https://www.washingtonpost.com/business/transgender-rights/2019/01/22/71bb96e2-1e64-11e9-a759-2b8541bbbe20_story.html?noredirect=on&utm_term=.d1cdf182e6b4
3. Lorber J. Gender Inequality: Feminist Theories and Politics / J. Lorber. – Oxford University Press, 2012. – 342 p.
4. Understanding the Transgender Community [digital resource]. – Available at <https://www.hrc.org/resources/understanding-the-transgender-community>

Pytetska Natalia

Kharkiv National Medical University

CHRONIC VENOUS DEFICIENCY IN WOMEN. PROPHYLACTIC AND TREATMENT METHODS

Chronic venous insufficiency (CVI) is one of the most ancient and common pathologies of the human vascular system. The main cause of which is the disruption of the normal functioning of the venous valves. The prevalence of Lower-limb varicose veins (VVs) ranges from 10 to 30% worldwide. At the same time, the prevalence of the disease among women ranges from 1 to 73% and in 85% of cases it occurs during pregnancy. Among men, VVs are registered 4 times less frequently. However, the results of recent epidemiological studies show that this figure is underestimated. This may be due to the fact that men attach less importance to the external manifestations of the disease, therefore they less likely to seek medical help than women. The number of people with venous diseases is increasing annually by 2.5%. Only blacks practically do not have VVs that confirms the genetic nature of this pathology.

In the pathogenesis of CVI a significant role belongs to risk factors, among which are those that contribute to the development of the disease (belonging to the female sex, increasing age, family history of venous diseases, weakness of the venous wall, congenital underdevelopment of valves, pregnancy, constipation) and those that implement it (lifestyle, use of contraceptives, pressure clothing, tight shoes, high heel). The interaction between these factors helps to reduce the tone of the venous wall, which leads to venous stasis, which initiates a cascade of pathological changes at the molecular, cellular and tissue levels. As a result conditions that increase thrombus formation are formed.

All patients need correction of modified risk factors for the disease regardless of the presence and severity of CVI. Conservative treatment methods depend on the degree of CVI and include elastic compression (prophylactic or therapeutic knitwear), pharmacotherapy, which includes phlebotropic drugs with a wide range of pharma-

cological effects, as well as physical therapy and sanatorium-resort treatment. If conservative therapy is ineffective, sclerotherapy or surgical treatment is used.

References

1. Beebe-Dimmer, J.L., Pfeifer J.R., Engle, J.S., Schottenfeld D. (2005). The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. // *Annals of Epidemiology*, 15(3), 175–184.
2. Мурашко А.В. Заболевание вен и беременность / А.В. Мурашко // *Гинекология*. – 2005. – Т.7, №5-6. – С 316–318.
3. Pytetska N.I. Quality of life of patients with chronic venous diseases and methods of its improvement / N.I. Pytetska // *Intercollegas*. – 2018. – V.5, №2. – P. 64-68.

*Pytetska Natalia, Mehta Karan
Kharkiv National Medical University*

GENDER DIFFERENCES IN MEDICINE

Social and biological differences between men and women in health are recognized by the World Health Organization. Differentiation of the gonads in the prenatal period depends on the presence or absence of the Y chromosome, which contains the gene determining sex. Or more deeply the phenotypic sexual differentiation is determined by the SRY gene (SRY gene on chromosome Yp11.3 encodes for a sex-determining region Y protein) and may result in individuals with a female phenotype, an intersex phenotype or a male phenotype. Structural abnormalities of the Y chromosome lead to a spectrum of abnormalities from primary infertility (male or female) to various forms of ambiguous genitalia. In addition, during prenatal period the differential effect of gonad hormones leads to gender differences in some areas of the brain which explains psychological sexual development. Thus, the prenatal developmental differences attributes to development of genetically related disorders

Sex chromosomes are found in all cells of the body and affect health and disease. There were many studies of gender differences in the prevalence of morbidity. It was found that these differences vary depending on the type of disease and the analyzed period of the life cycle.

In addition, there are some differences in susceptibility of diseases for women and men. Women are more susceptible to airflow obstruction (COPD/emphysema) because they have smaller airways on average than men. Women are twice likely to get HIV from intercourse than men. They metabolize alcohol slower than men leading to more cognitive impairment, motor vehicle accidents and liver diseases. Women are more susceptible to migraine headaches than men, which predisposes them to neurovascular diseases. They are more likely to attempt suicide, but men are more likely to commit them.

Women can more likely have atypical symptoms of heart attacks and strokes than men. They are more susceptible to fatal abnormal heart rhythms when taking medication whereas men are more susceptible to fatal abnormal heart rhythms when exercising. Women are more likely to have a diagnostic procedure that includes radiation during undergoing evaluation in the emergency department and more susceptible to the dangers of radiation (breast cancer) than men. Autoimmune disorders are almost 80% more often in women than men.

References

1. WHO. Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO. 2008. Available from: http://www.who.int/gender/GM_strategy_jun08.pdf [Accessed: 2016-01-25]
2. <https://ghr.nlm.nih.gov/gene/SRY>

SkinderN.

Харківський торговельно-економічний коледж

Київського національного торговельно-економічного університету

THEROLEOFADVERTISEMINTINCHANGINGSTEREOTYPES

Today we are living in a world, where lots of gender stereotypes still, unfortunately, exist. In an attempt to achieve gender equality, much has been done to get rid of stereotypes. But a lot of people think that achieving gender equality is only about women, not men.

Media and advertising permeate all spheres of society and actively influence social institutions. They have a significant impact on the construction of social behavior and stereotypical thinking. Advertising is one of the sources of information for a modern person, a means of representing interpersonal relationships between men and women.

But everything changing and man's and women's positions, characteristics which we were marking as traditionally "female" or "male" for many centuries, today cease to work. All these processes are reflected in the behavior of society.

In 2019 the brand *Gillette* has released a new commercial advertisement "The Best Men Can Be". This commercial is designed to show changing masculinities and urged to change it together. Advertising shows the so-called "male behavior" – harassment, violence and bullying.

The advertising was perceived ambiguously. Many people refused to purchase products of this company just because of this advertisement. They thought advertising creators thus force consumers to live differently and choose a different way of life. In addition, lots of people are simply not able to accept the new values that the brand is trying to translate. They are just not ready yet.

Analyzing the comments and feedbacks from the advertising, we can see that those people who criticized are mainly accusing the feminists and their views. For example, these people start talking about the fact that the commercial was made by a woman. This was the simplest solution.

The commercial has collected a lot of dislikes (1,4 million) that says not at all about bad quality, but rather that society still cannot completely get rid of stereotypes and start thinking in a new way.

It should be noted that "The Best Men Can Be" is not the only one ad. Few people remembered, and probably knew about AXE advertising "Is it ok for guys to be themselves". Which have shown sides of the same coin, from different perspectives. These two ads targeted at different markets, one notably more grown up with a bigger onus of setting an example that helps answer these questions, many of which exist because of the same ideologies that the *Gillette* ad tackles. *Gillette* has made notes, and calls for their study.

Advertising is not only a certain system of representation of objects, which programs the consumer to purchase a particular product, behavior, relationship, but also

a kind of ideological construct, a code that displays and corrects the processes of transforming a woman's and also a man's gender identity.

The fact that many have taken active offense at the *Gillette* ad is exemplifying the whole reason it exists. Nowadays our world is not the same as it was even ten years ago and as soon as we begin to understand this, we would be able to change something for the better for us.

*Scorbach T.V., Nesterenko A.K.
Kharkiv National Medical University*

BULLYING AS A PROBLEM OF MODERN SOCIETY

The problem of bullying diagnosis, overcoming, and prevention in higher educational institutions hasn't been observed and highlighted at a full range yet. Bullying identification among students is being of the highest importance all over the world including Ukraine and particularly KhNMU. Large attention is paid to this problem solving in European and Western educational systems.

Bullying investigation initiated by UNISEF started in Ukraine in 2016 when the first research of different types of bullying was hold. Accordingly 'bullying' is a new term for Ukrainians.

A famous therapist I. Berdyshev defines bullying as perceived long-term violation (physical or psychological) which doesn't have self-defence features and is performed by one or more people. According to modern research bullying is any aggressive behaviour of a person or a group of people who are not victim's relatives. This behaviour is repeated or has obvious background to be repeated. 'Bullying' has other definitions according to which it is clear that the main aim of bullying is abeyance. Such phenomena take place in both teenage and adult social groups. Bullying identification is being of the highest importance for teachers and psychologists. First of all they must understand that bullying can have different types e.g. physical, verbal, and hidden or cyber ones.

Physical type of bullying is realised by hits and spoiling of personal things. This type is more common for boys and also includes sexual bullying.

Verbal or psychological type consists in using words or phrases that humiliate or threaten a victim. This type of bullying is mostly used by girls.

E. Vorontzova explains that bullying is caused by confrontation in order to get power.

The survey among KhNMU students has shown that only minority experienced bullying. However, most of them consider bullying as a form of pressure in order to show dominance or superiority. Moreover, sometimes a bullyer can suffer from parents' home bullying and thus they try to get control over people of the same age. The students pointed out the fact that people have always put pressure on those who have been different, e.g. had their own opinions or followed moral rules. It is also not clear for some of the students why racism, sexism, homophobia, etc still exist in the XXI century society.

The survey has also revealed that modern teenagers have become more aggressive and violent. For instance, one of the students who suffers from diabetes is called an addict because of his everyday injections necessity.

There are a lot of reasons of bullying. People want to achieve superiority in their society and one of the ways to do it is to humiliate others. It can take place among

different-aged people. We consider that it is our behaviour that causes bullying or not. According to sociologists, a lot of criminals come from non-prosperous families or are pressured by their classmates.

Thus, our society has to do its best to overcome such negative phenomenon as bullying to provide happy life to each of its members.

Shcherbina M.M.

Kharkiv Natinal Mtdical University

BETWEEN I AND WE-THINKING:

PHENOMENOLOGY, MYTHOLOGY, GENDER STEREOTYPING

Gender inequality is not only contrary to the idea of fundamental human rights, but also extremely disadvantageous to society. In order to achieve the sustainable development goals[1], namely the achievement of equal rights and opportunities for women and men, it is necessary to understand what underlies the processes of discrimination. One of the powerful forces supporting inequality are gender stereotypes in everyday life. It is one of the reasons for the hidden curriculum, the inhibition of women's academic careers, the «glass ceiling», the «sticky floor» and other forms of discrimination. Researchers write about the inseparability of gender stereotypes from education, and, consequently, their greater rooting in the minds of people [2]. Moreover, it is legitimate to speak not only about discrimination against women as those who fall into the area of stereotyping, but also about the stereotype threat in the minds of women themselves. The term «threat of stereotype» [3] describes the feeling of a negative stereotype, when a person thinks that: 1) she can be judged by the stereotype and 2) her behavior and mistakes form society's perception of a certain social group [4]. So that negative stereotypes affect the daily activities of the individual, her career expectations, self-confidence and manifestations of leadership qualities. In fact, it is about self-restraint and self-determination not through "I = I can", but through "I cannot" [5]. So we see the woman's perception of herself as the Other (compare with S. Firestone's «being different from man, who sets himself up as the Same, it is naturally to the category of the Other that woman is consigned; the Other includes woman [6].

Therefore, it seems important to us to look at the mechanism and origins of the formation of gender stereotypes through the opposing image of the I in Edith Stein's phenomenology and archaic we-thinking (the source of stereotyping) as the loss of I.

Myth is a worldview that manifests itself as a living emotional reality. It is expressed by a symbolic archetypal language, based on the ever-repeated sacred history of the first creation and generating paradigmatic patterns of perception and behavior. This does not mean, however, that the «mechanisms» of archaic thinking are not capable of generalizations, classifications and logical analysis. The myth itself possesses a kind of non-rational «logic» of creative ordering of the world-view. Mythologic is the identity rule, the rule of opposition and the rule of causality.

Mythological elements in everyday life are: stereotypes including norms that generate everyday rituals – as manifestations of typing mythology (everyday rationalization) in everyday thinking; embodied symbols, or symbolic meanings, embodied in everyday objects; cultural forms of transformation-to-everyday-life. In Edith Stein's concept of "I" we see: I-ness, self-same, reflexivity, acting, interiority [11]. This is opposed by the manifestations of the archaic myth-thinking in everyday life: we-

thinking (the inability to realize ourselves differently than as part of a «tribe»), identity of generality, the impossibility of realizing the contradictions between «what is» and «what should be», total integration into the world.

From this point of view, the stereotype can be considered as the **loss of the I**. A stereotype is a simplified, pre-accepted representation that arises from an indirect perception of an object or subject (in case of gender stereotypes – women and men). Everyday human behavior is variable, but typed. Stereotyping of actions do the system from the chaos of human interactions. Reality became understandable and predictable, and the more important for a society is this or that sphere of human activity, the more rigidly it is typed. Stereotypes help to operate in the surrounding reality successfully and narrow the field of understanding: something that corresponds to the stereotype falls into the field of human attention, and the rest does not. This creates a common communicative field for communicating people (with common stereotypes). It makes communication and understanding possible. However, it is precisely stereotypes that divide groups with different attitudes and give rise to discrimination.

The clash of stereotype with experience occurs according to the following algorithm. If experience confirms the stereotype, the perception of reality does not change. If experience mismatch stereotype, the contradiction can be solved in two ways. 1. Resistance of stereotype stereotype resistance does not allow the picture of the world to change, «so much the worse for reality». 2. If there are a lot of contradictions with stereotypes, society appeals to experts, who transform the unusual into ritual and then into everyday life. Accordingly, we can suggest two ways: not to eliminate stereotypes, but to create new, positive ones that can be ostensibly taught. And also involve various experts (teachers, politicians, clergymen of different religions) to change the social perceptions of reality.

In an archaic type of culture based on collective «we-thinking», played a very important role: by means of traditions dissolved in rituals, all social connections and relations were created / reproduced and were supported the whole worldview.

In fact, the stereotype pushes us to return to we-thinking. So we can conclude that the concept of «I» is significantly transformed to: unconscious refusal of reflection, will is only within the stereotype, self-evaluation is based on preconceived notions, self-knowledge is replaced by labels, self-value and value of the Other is the conformity assessment.

References:

1. Цілі сталого розвитку тисячоліття [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku>.

2. Карпенко К.І. Гендерна не/рівність у системі вищої освіти та науковому товаристві / К.І. Карпенко, М.О. Сіверчук // Гендерна парадигма освітнього простору. – 2015. – № 2 – С. 28-31.

3. Steele, C. M., Aronson, J. Stereotype threat and intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 797–811.

4. Freeman L. EMBODIED HARM: A PHENOMENOLOGICAL ENGAGEMENT WITH STEREOTYPE THREAT [Електронний ресурс] / Lauren Freeman – Режим доступу до ресурсу:

5. Young, I. M. (2005). 'On Female Body Experience: 'Throwing Like A Girl' and Other Essays. Oxford: Oxford University Press.
6. Firestone, Shulamith. The Dialectic of Sex. London: Women Press, 1989. – 278p.

Rud A. S.

Zaporizhzhya National University

GENDER PARADIGM IN EDUCATION MANAGEMENT

The rapid pace and the latest development strategies of modern society impose new requirements on the educational industry and determine the implementation of a number of changes and significant transformations aimed at improving its quality.

The request for education consists in preparing a person for life in a contradictory, unstable, and difficultly predictable, as it seems now, world. It is the approach of education to life that is determined by the basic position on which the New Ukrainian School (NUS) Concept (*Litvinyuk, 2016*) should be based.

The Government Committee of Ukraine approved the "Strategy" for the implementation of gender equality in the field of education "**Education: Gender Dimension – 2021**". The Strategy identifies the basic principles, goals, tasks, target groups, and the implementation of public policy, which is carried out in national education at this level for the first time. The goal of the "**Strategy**" is the comprehensive implementation of a gender approach in regulatory acts, improvement of their content, as well as in the organization of educational activities taking into account the principle of gender parity, training of specialists in gender equality, and the formation of a professional community. The modern strategy is in line with the Law On Education, which stated that all participants in the process of gender competence should get the ability to understand equal rights and opportunities (*Rud, 2018*).

Thus, the socioeconomic changes occurring both in Ukrainian society and in the world as a whole are accompanied by the transformation of the gender identity of the individual. The restructuring of the individual's gender identity is carried out by changing the value orientations of the person and the scientist, revising the usual ideas and truths, the conditions for the formation of cognitive-emotional and behavioral models.

A new gender model of relationships built by modern men and women, including in the management of educational institutions, necessitated a study of the gender characteristics of the individual and an analysis of the main approaches to their study (*Rud, 2019*). So, quite recently, one of the youngest areas in management, analyzing differences in the status of men and women and their causes, as well as the role of women in management – gender management – has emerged. One of the important aspects in gender management can be considered to be a gender approach. The gender approach is the methodological basis of research in the social sciences, focused on the realization of the idea of people's equality regardless of their gender (*Tkalich, 2016*). Gender management is understood as the relationship of men and women as managers and subordinates in the management system. The emerging innovation trend in management takes into account several areas: gender leadership, male and female leadership styles, consideration of gender stereotypes, etc. (*Rud, 2019*), there-

fore, currently gender characteristics and indicators are considered to be one of the controversial **social stereotypes**.

The positive content of **gender stereotypes** lies in the fact that, “*being a standard canon of behavior, thought, and perception of reality, they help to navigate in real circumstances without significant efforts in the search for solutions and the like*”(T. Melnik, L. Kobelyanskaya, 2016). The negative context is the reproduction of prejudices and allowing the society to selectively perceive and interpret information coming from the outside world.

Furthermore, the transitional stage of development of Ukrainian society provides an ambivalent attitude to the system of gender roles, the conflict between the old, bipolar, their distribution and the new, egalitarian, challenges to them. Gender characteristics as a generalized concept of male and female are shown, primarily, in the form of role stereotypes. They relate to a variety of roles and types of human activity that can manifest themselves as **gender stereotypes** and traits, that is, they are constructed in individual psychological and behavioral characteristics that are unique to men and women, as a result of which the concept of psychological and behavioral differences that are gender inherent is the basis for the formation and reproduction of gender and role stereotypes (Rud, 2018).

Modern gender theory is a system of scientific views on the relationships and the status of women and men, their social life and life experience acquired, as well as their realization of social role characteristics and peculiarities (Rud, 2019).

However, it is necessary to understand that, although the public’s subjective attitude towards gender transformations is very doubtful, it objectively is a real alternative to an effective transformation of the political process in modern Ukraine.

References:

1. Рудь О. Зміст і сутність гендерної компетентності в освіті. Актуальні питання в контексті розвитку сучасних наук. Дрезден. 2., 2019. – 61–66.
2. Рудь О. Гендерные стереотипы в управлении и анализ основных подходов к их изучению. Личность и общество: эл.научный журнал. Новосибирск. 1 (1)., 2019. – 13–21. URL : <https://pedjournal.ru/archive/1>
3. Рудь О. Інтеграція гендерного підходу до формування професійної гендерної компетентності у майбутніх менеджерів та управлінців сучасної освіти. Гендерні студії: освіта, гендерна рівність, демократія, мир : II міжнар. наук.-практ. конф. / за ред. О. В. Авраменко, Т. В. Лісова. Кропивницький: КОД, 2018. – 242–244.
4. Рудь О. Гендерні компоненти в підготовці менеджера освіти. Науковий журнал ЛОГОΣ. The art of scientific mind : наук.журн. Вінниця : ГО «Європейська наукова платформа». 1. Т.2., 2018. – 104–109.
5. Рудь О. «Gender component in training of the educational manager». Педагогіка вищої школи: досвід і тенденції розвитку. Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (11 травня 2018 р.). – Запоріжжя : Запорізький національний університет, 2018. – 129–131.
6. Рудь О. Гендерні аспекти в менеджменті та управлінні освітою. Наука та технології в епоху інформаційного суспільства. Бордо. 5., 2019. – 47–54.

7. РудьО. Formation of Gender competence of master's degrees of the management sciences. Наука та технології в епоху інформаційного суспільства. Бордо. 5., 2019. – 47– 54.

8. Литвинюк Л. Біографізація української освіти: концептуалізація дослідження. Гілея: науковий вісник. 2016. Вип. 112. – 251–255.

9. Мельник Т., Кобелянська Л. 50/50: Сучасне гендерне мислення: словник. Київ: К.І.С., 2005. 280 с.

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.

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.

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.

Yaremenko A.V, Orel O.V.

Kharkiv National Medical University

THE PHENOMENON OF GENDER IN EVERYDAY LIFE

The concept of gender has emerged very recently and has become very interesting for many scholars. But it is necessary to understand that the concepts of "gender" and "gender" are different concepts.

Gender is the physiological differences between a man and a woman, such as sexual characteristics, hormones, chromosomes.

The concept of "gender" includes a much more extensive definition. People are born male or female (biological sex), and throughout their lives they learn to behave according to their gender, called gender norms, and of course how they should interact with each other, called gender relations. It is a concept such as gender roles, which means a certain set of behavior patterns.

All of the above is one whole gender system that consists of the norms that are the framework for men and women.

By itself, gender is a product of society. And it plays a very important role in the mental and cultural development of mankind. From this all follows the concept of gender stereotypes.

One of the important factors in the formation of gender stereotypes is the media, just as important personal experience and information was received from the outside world. We learn about the gender and its norms in the family, through education, in educational institutions from peers and teachers. All our lives are so-called gender socialization, and everything goes by itself, no matter what the person wants or not.

And most importantly, in the modern world we are governed by the gender standards that are the foundation of civilization. It is important that a woman does not shut up in the world of "women's affairs and responsibilities," and her husband could use the skills that are characteristic of women and do not live in stereotypes "man-to-the-head". And the main thing is that every person, man or woman, could deal with the matter to which the heart extends, without fear of condemnation of society. But while adhering to the model of behavior according to their gender

List of sources used:

1. Gender roles [Electronic resource] // Glossary of gender terms, ed. AA Denisova M., 2002. URL:
<http://www.owl.ru/gender/041.htm>
2. Shishlova E.E. Gender as an Innovation Scientific and Philosophical Discourse // Journal of MGIMO-Universiteta 2013. No. 1. P. 148.
3. Terebilina MV The problem of gender in French journals: M., 2014. P. 15.
4. Il'in E.P. Gender and gender. St. Petersburg, 2010. P. 106.
5. Zhrebkin S.V. Introduction to gender studies: textbook. Kharkiv; St. Petersburg, 2001. P. 10.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РУКОПАШНОГО БОЮ

Спортивні та бойові единоборства в нашій країні за останній час набули значної популярності як серед чоловічого, так і жіночого населення. Зайняття рукопашним боєм (РБ) є дієвим способом самозахисту, боротьби з гіпокінезією, формування рухової культури та оздоровлення. Окрім того, РБ впливає на функціональний стан систем організму людини та його фізичні якості. Тренування з РБ включають специфічні моторні програми з елементами танцювальної гімнастичної техніки, складнокоординовані рухи, які не супроводжуються значною м'язовою напругою, а також багатоплощинні обертання в умовах відсутності візуального зворотного зв'язку, що потребує значного напруження механізмів уникання дестабілізації пози. Регулярні зайняття РБ можуть бути потужним чинником в покращенні стану зорової, вестибулярної та пропріорецептивної систем організму.

Жінки зазвичай займаються РБ з частковим контактом з супротивником (семі-контакт). Для виявлення гендерних особливостей зміни психофізіологічних показників спортсменів, що займаються РБ з семіконтактом, під впливом тренувального навантаження було сформовано дві досліджувані групи. Першу групу склали 11 жінок у віці ($20,5 \pm 2,8$) роки, серед яких було 1-ин майстер міжнародного класу, 5-ть майстрів спорту, 4-ри кандидати у майстри спорту та 1-на першорозрядниця. У групу чоловіків увійшло 16 спортсмени у віці ($21,0 \pm 3,2$) роки, серед яких був 1-ин майстер спорту міжнародного класу, 1-ин майстер спорту, 13-ть кандидатів у майстри спорту та 1-ин першорозрядник. Таким чином, у дослідженні прийняли участь спортсмени високих спортивних розрядів.

До та після тренування, яке продовжувалося 1,5 години, у всіх спортсменів визначалися наступні психофізіологічні показники: час простої зорово-моторної реакції (ЧПЗМР), час складної зорово-моторної реакції (ЧСЗМР), функціональну рухливість нервових процесів (ФРНП), силу нервових процесів (СНП) та динамічність нервових процесів (ДНП). Усі досліджувані показники характеризують індивідуально-типологічні та психодинамічні особливості функціонування центральної нервової системи, та їх зміни під впливом тренувального навантаження (табл.).

Таблиця

Середні значення індивідуально-типологічних та психодинамічних показників спортсменів чоловічої та жіночої статі

| Умови реєстрації | Показники | I група (n=16) | II група (n=11) |
|------------------|------------|--------------------|---------------------|
| До тренування | ЧПЗМР (мс) | $267,8 \pm 39,2$ | $278,0 \pm 20,8$ |
| | ЧСЗМР (мс) | $378,2 \pm 30,6$ | $396,2 \pm 41,9$ |
| | ФРНП (мс) | $230,8 \pm 53,4$ | $242,6 \pm 43,4$ |
| | СНП (мс) | $360,1 \pm 55,6$ | $389,2 \pm 52,4$ |
| | ДНП (у.е.) | $0,002 \pm 0,001$ | $0,002 \pm 0,001$ |
| Після тренування | ЧПЗМР (мс) | $253,8 \pm 30,9$ | $278,0 \pm 26,6$ |
| | ЧСЗМР (мс) | $344,2 \pm 40,8^1$ | $374,7 \pm 61,0$ |
| | ФРНП (мс) | $195,1 \pm 19,8^1$ | $231,8 \pm 32,8^2$ |
| | СНП (мс) | $320,0 \pm 37,7^1$ | $370,6 \pm 37,1^2$ |
| | ДНП (у.е.) | $0,0013 \pm 0,001$ | $0,003 \pm 0,001^2$ |

Примітки: ¹ – відмінності у середніх значеннях показника до та після тренування достовірні за критерієм Вілкоксона ($p < 0,05$);

² – відмінності у середніх значеннях показників чоловіків та жінок достовірні за критерієм Манна-Уїтні ($p < 0,05$).

За даними табл. можна відмітити, що до тренування показники чоловіків та жінок достовірно не відрізняються, що вказує на однакові властивості ЦНС. Після навантаження частка показників чоловіків достовірно знизилася, що свідчить про виникнення у них стану мобілізації. У жінок в результаті навантаження таких змін не відбулося. Після навантаження у порівнянні з чоловіками у жінок виявлено достовірно гірші індивідуально-типологічні показники.

Виявлені гендерні відмінності у індивідуально-типологічних показниках можуть бути використані для розроблення індивідуалізованої структури тренувань та контролю поточного функціонального стану спортсменів.

*Анголенко В. В., Пахомова Л. В., Рассказова О. І.
КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія»
Харківської обласної Ради*

ГЕНДЕРНИЙ ВІДКРИТИЙ УНІВЕРСИТЕТ – ІННОВАЦІЙНА ФОРМА ОСВІТИ ПРОФЕСІЙНОЇ МОЛОДІ

Проблема необхідності впровадження інноваційних підходів в освітню роботу молоддю загострюється в умовах зміни концепції та пошуку нових форм професійної взаємодії у системі професійної діяльності. Крім того, вирішення чисельних проблем, що постають перед молоддю у сфері професійної діяльності та у житті, вимагає підвищення рівня гендерної грамотності та культури особистості. Сьогодні Україна приєдналася до міжнародної спільноти, взявши на себе зобов'язання щодо забезпечення рівності прав усіх верств населення. Необхідність забезпечення у суспільстві гендерної рівності означена як п'ята ціль серед Цілей Сталого Розвитку, які є основою для подальших перетворень в Україні, запровадження нових молодіжних програм і проектів, які на практиці забезпечать активізацію нового покоління на розбудову країни.

Виходячи з цього, гендерночутливий підхід стає невід'ємною частиною концепції неперервної освіти особистості, що має оновлюватися на основі узагальнення набутого досвіду та створення і апробації принципово нової системи гендерної просвіти молодих людей в Україні.

«Гендерний відкритий університет» – інноваційний пілотний партнерський проект, реалізація якого розпочалася у квітні – травні 2017 р. у рамках проекту «Єдина соціальна мережа» за підтримки Харківської міської ради. Мета проекту полягала у спільному створенні сторонами партнерами та апробації на базі КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» ХОР пілотної інноваційної структури – «Гендерний відкритий університет» (ГВУ), спрямованої на підвищення рівня гендерної грамотності та культури у професійному середовищі, забезпечення процесу гендерної просвіти фахівців з соціального і соціально-правового захисту й надання соціальних послуг, зокрема: персоналу уповноваженого органу з питань пробації, волонтерів пробації; працівників територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг), державних та не державних соціальних служб; працівників соціально-психологічної

служби закладів середньої та вищої освіти, викладачів вищої школи, які опікуються підготовкою майбутніх соціальних працівників. До викладання залучені висококваліфіковані фахівці: експерти з гендерних питань, тренерки Центру гендерної культури, досвідчені викладачі кафедри соціальної роботи та соціальної педагогіки Харківської гуманітарно-педагогічної академії, доктори та кандидати наук.

До складу слухачів пілотного курсу увійшли представники адміністрації та співробітники центру «Компас» Харківського благодійного фонду «Благо», районних відділів соціальної допомоги м. Харкова, відновлювано-реабілітаційних центрів для алко- і наркозалежних, благодійного фонду «Матері проти наркотиків» та ін.

У квітні 2019 р. Центрі гендерної культури стартує шоста сесія регіонального проекту «Гендерний відкритий університет: гендерна грамотність і культура студентської молоді». Навчання орієнтоване на активну студентську молодь, зацікавлену в здобутті знань про новий розподіл гендерних ролей в сучасному житті, можливості та виклики, що постають перед жінками та чоловіками в суспільстві рівних можливостей. Отримані під час навчання практичні вміння дозволять кваліфіковано впливати на систему гендерних відносин в особистому житті та в професійній діяльності (незалежно від її напрямку). Заняття в неформальній атмосфері проводитимуть експерти та експертки з питань гендерної рівності та недискримінації, соціального виховання, безпеки життєдіяльності, сексуальної просвіти молоді.

Проект забезпечить налагодження системної роботи в сфері неформальної гендерної освіти, в основі якої лежить ідея Lifelong Learning – освіта протягом усього життя, що є особливо актуальним для сучасної молоді.

Алексєнко А.П.

Харківський національний медичний університет

ДУХОВНА ЖІНОЧА КРАСА В ПОЕЗІЇ ЛІНИ КОСТЕНКО

*«Я не люблю феміністок. Жінки, налаштовані
супроти чоловічої статі, це неприродно»*

Ліна Костенко «Записки українського самашедшого»

В сьогоденному науковому дискурсі багато уваги приділяється проблемі фемінізму, гендеру, гендерної рівності тощо. Теоретичні роздуми можна сприймати в такому вигляді як вони пропонуються: або відкидати і висловлювати свою думку, або шукати і знаходити якийсь компроміс в пошуках відповідей на подібні питання. Про це пишуть не тільки теоретики, а й поети. В цьому дискурсі особливе місце займає поезія Ліни Костенко, яка в своїх поетичних роздумах велике значення надає Жінці, розкриваючи її велич, святість і духовну красу, ті традиції, які постійно відтворювались в історії українського народу. Гідність жінки найбільш виразно висвічувалася в її здатності бути берегинею домашнього вогнища. Втілювалася ця здатність у таких духовних якостях, як обов'язок, відповідальність, прагнення до морального зростання, безкорислива любов, самовіддане служіння своїй родині, чоловікові, дітям. В ім'я цього жінки йшли на загибель із чоловіками, вирушали на заслання, виконуючи свій людський і моральний обов'язок. На це постійно звертала свою увагу Ліна Костенко, висвітлюючи духовні екзистенціали жінки.

«...Ліна Костенко не лише не є феміністкою, а навпаки: вона, жінка, що її обставини змушують бути сильною... Вона мріє про лицарське покоління, про п'єдестал, на якому мусить стояти жінка...» [1, с. 182].

*В моїх садах мелодії Провансу,
І жінка, жінка, жінка всіх віків! –
За неї лицар гинув без авансу,
вона чекала цокоту підків.
В монастирях, фортецях і столицях,
З глухих палаців, схожих на тюрму,
Якщо він лицар, –
О, якщо він лицар! –
Вона троянду кидала йому.*

Поетеса прагне відтворити у своїх віршах природню жіночу красу, яку не можна порушувати, адже вона має божественне походження, втілює в собі життєве сяйво, надихає світ особливими чарами і втаємничністю. Кожного разу вона відкривається по-іншому, що залежить від стану її душі, від переживань, які тривожать душу і серце:

*А жінка буває на осінь так схожа:
То тиха й привітна, а то й непогожа.
То скропить сльозою, то сонцем засвітить.
То прагне зими, то вертається в літо.
А жінка, як осінь, плодами багата
На ніжність, добро, материнство і святість.
Як вересень тихий, зігріє душею,
Не страшно морозу чекати із нею.*

Не варто чекати від неї застиглого стану. Вона постійно переймається своїми проблемами: переживаннями за дітей і чоловіка, майбутніми сподіваннями, тугою за тими мріями, які не здійснилися. Але навіть це не дає їй можливості опускати руки, махнути рукою на своє життя, бідкатись тільки сьогоднішніми проблемами, шукати відповіді на запитання життя і не знаходити їх. Вона здатна все подолати і відчувати себе щасливою, не зважаючи на всілякі негаразди. В цьому її велич, мужність і краса:

*А осінь в природі – це завжди, як диво,
Так само і жінка: буває вродлива.
Буває примхлива, буває зрадлива...
Нехай тільки кожна з них буде щаслива.*

Ліна Костенко не відділяє жінку від кохання, бо це споріднені душі: вони разом народжуються, разом живуть і разом вмирають. Жінка завжди прагне кохати і бути коханою, навіть якщо кохання призводить до страждань, а, іноді, буває без відповіді. Але саме кохання надає жінці особливої краси, божественного сяйва, сили, яку вона здатна пронести через все життя:

*Я дуже тяжко Вами відболіла.
Це все було, як марення, як сон.
Любов підкралась тихо, як Даліла,
А розум спав, довірливий Самсон...
Ця казка днів, – вона була недовгою.
Цей світлий сон, – пішов без вороття.*

*Це тихе саяво над моєю долею! –
Воно лишилось на усе життя.*

Саме жінка може подолати односторонню любов, переболіти нею, не порушувати встановлений спокій, не кидати обвинувачень у бік того, хто не зрозумів її і не відповів на кохання. Такі почуття може винести тільки сильна натура, прощаючи винуватця своїх страждань:

*Спини мене отямся і отям
така любов буває раз в ніколи
вона ж промчить над зламаним життям
за нею ж будуть бігти видноколи
вона ж порве нам спокій до струни
вона ж слова поспалює вустами
спини мене спини і скамени
ще поки можу думати востаннє
ще поки можу але вже не можу
настала черга й на мою зорю
чи біля тебе душу відморожу
чи біля тебе полум'ям згорю.*

В поезії Ліни Костенко жінка представлена як сильна натура, але, водночас, їй притаманні людські слабкості, без яких вона втрачає свою неповторну красу і індивідуальність. Жінка у Ліни Костенко змальована мудрою, врівноваженою, лірично прекрасною, здатною захистити своє кохання, своїх дітей, свою батьківщину, все те, що для неї дороге і цінне. «І розумієш мужній смуток інтимної по-жіночому м'якої лірики, і проймешся терзанням сьогоденного дня, і бачиш жорстоку боротьбу справжнього і потворного аж ген-ген у далеких часах, що так виразно проектується на сучасність» [1, с. 213].

Українська жінка шляхом самопожертви вистраждала такий ідеал і шлях вирішення проблем, де турбота про себе відсувається і на перше місце виступає жертвування власним «Я» заради іншого. Толерантність, шанобливе ставлення до інших людей і вміння дослухатися до їхніх думок і почуттів – оці риси головно позначилися на характеристиках «жіночої» проблеми усього історичного розвитку нації. Про це свідчать історичні хроніки, художні твори, наукові розвідки (Г. Маланюк, І. Мірчук, І. Цимбалістий, М. Шлемкевич).

Ідеальна українська жінка, чий образ упродовж століть оспівували література й народнопісенна творчість, мав чітко визначений, освячений традицією набір моральних якостей і фізичних даних. Час майже не змінив цей ідеал, він досі зберігається у пам'яті народу. Особлива духовність української жінки жива й сьогодні в історичних глибинах нашої ментальності. Саме вона приваблює поетів, серед яких особливе місце займає поезія Ліни Костенко, в якій центральне місце займає тема Жінки, її величі і святості.

*Я – жінка. Я, дійсно, слабка половина.
Нехай переможцям – лаврові вінки!
Історію творять, звичайно, мужчини,
Але лише так, як захочуть жінки.*

Використана література:

1. Павличко С. Фемінізм / С. Павличко. – К.: Вид-во Соломії Павличко «Основи», 2002. – 322 с.

ОСОБЕННОСТИ ФЕМИННОГО И МАСКУЛИННОГО ДИСКУРСОВ В РОЛИ КОММУНИКАТИВНЫХ БАРЬЕРОВ

Речеповеденческие особенности по гендерному типу давно являются объектом исследования лингвистов. Как правило, среди особенностей феминного дискурса в противопоставление дискурсу маскулинному выделяют эмоциональную выразительность, тяготение к эфемистически оформленным выражениям, частотное использование уменьшительно-ласкательных суффиксов и деминов, наличие усилительных частиц и междометий, экспликация субъективности утверждения («по моему мнению»), готовность идти на компромисс и т.д. В свою очередь, маскулинный дискурс характеризуется более выраженной эмоциональной агрессивностью, стремлением к доминирующей роли в акте коммуникации, активным выражением мысли в форме иронии или сарказма.

Рассмотрим подробнее некоторые маркеры обоих видов дискурсов. Так, феминная особенность оформлять суждения с помощью языковых клише «помоему», «мне кажется», «я думаю» воспринимается гендерным оппонентом как экспликация неуверенности говорящего. В некоторых случаях такая ложная неуверенность оценивается в качестве некомпетентности говорящего в теме дискуссии. В результате можно наблюдать как собственно неудачно реализованную коммуникативную стратегию, так и ее следствие – ошибочное занижение интеллектуальных, профессиональных способностей данного представителя феминного дискурса, что может негативно сказаться и на его имидже.

Еще одна особенность феминного дискурса – регулярное использование фатических коммуникативных актов, целью которых является не передача информации, а собственно общение. Такое речевое поведение, сформированное под влиянием психофизиологических, социальных, культурных, этнических и других особенностей, зачастую характеризуется представителями маскулинного дискурса как признак обычной болтливости и пустословия.

В противоположном случае, когда представитель женского пола использует в дискуссии коммуникативные стратегии, базирующиеся на доминировании, агрессивности, сарказме, данное действие воспринимается коммуникантом-мужчиной как нарушение границ гендерного речевого поведения и вторжение на маскулинную территорию. Зачастую мужчины характеризуют такое речевое поведение женщин как признак грубости или чрезмерного проявления феминизма.

Что касается маскулинного речевого поведения, то, например, нетипичное для него обильное использование уменьшительно-ласкательных суффиксов оценивается коммуникантами / наблюдателями как снижение у говорящего «степени мужественности». Исключением является общение представителя мужского пола с детьми или намеренное употребление данной грамматической формы в юмористическом высказывании.

Подводя итоги, следует отметить, что в данной работе мы выборочно рассмотрели лишь несколько особенностей феминного и маскулинного дискурсов. Тем не менее, и этого материала достаточно для следующих выводов: стереотипность мышления и речеповедения по гендерному типу является причиной образования барьеров для корректной реализации коммуникативных стратегий участников диалога обоих полов. Это приводит к несостоятельности речевых актов, а также к образованию коммуникативных ошибок.

ГЕНДЕРНА КОМУНІКАЦІЯ ЯК ПОШУК ГАРМОНІЇ

Сьогодні проблемами комунікації займаються представники різних наук – філософи, соціологи, культурологи, психологи, лінгвісти. Вони досліджують дану проблему із позицій своєї науки, виділяючи специфічні особливості та формулюють відповідні визначення. Комунікація (від лат. *communicatio*) – спілкування, обмін думками, зв'язок. Зазначимо, що це специфічна форма взаємодії людей в процесі їх пізнавальної діяльності. У сучасній філософській літературі терміни комунікація та спілкування вживаються як синоніми. Наприкінці ХХ століття в науковій літературі робляться спроби уточнення змісту цих понять та розкриття їх неспівпадіння (теорія комунікації – теорія зв'язку – теорія передачі інформації). Досліджуючи спілкування як самостійний процес взаємодії та взаємозв'язку, виділяють такі функції – інформаційну, регулятивну, афективну (емоційну). Ці функції допомагають пізнати іншу людину у процесі спілкування. Такий механізм пізнання розкривається через: *ідентифікацію* – самоототожнення індивіду з іншою людиною, соціальною групою; *емпатію* – здатність відчувати емоційний стан іншої людини через співпереживання; *рефлексію* – самоспостереження, саморозуміння, усвідомлення суб'єктом того, як він сприймається іншими людьми.

Особливу увагу дослідники надають гендерному просвітництву суспільства. Важливість та значимість цієї проблематики дозволяє розкрити нові підходи, глибину та сутність тих змін, які відбуваються у сучасному суспільстві. Впровадження та розкриття жіночих практик, які відображують символи жіночого досвіду, дають можливість нового бачення та спілкування, нових методологічних підходів та переосмислення відношення чоловік – жінка.

Гендерні дослідження зробили суттєвий внесок у зміну поглядів на суспільство. Науково-дослідницька діяльність, а також практичний феміністський рух дали можливість сформулювати відповідний дискурс – спосіб говорити про жіночі проблеми. Дискурс – це не просто спосіб правильно говорити, а й засіб формування мислення особи. Гендерний дискурс формує, визначає та закріплює у суспільній свідомості та у свідомості особи соціальні ролі жінки і чоловіка, їхню значимість.

У наш час позиція жінки в суспільстві набула особливого резонансу. Відбуваються дискусії, які зосереджуються на відношенні «жінка – чоловік». Різні культури мають різні виявлення гендерних відносин. Відмітимо, що гендер – це поняття про систему ролей та відносин між жінками та чоловіками. Воно визначається не біологічним походженням, а соціальними, політичними та економічними відносинами. Стать дається від природи, а гендер – поняття, що конструюється. Гендерна індивідуальність розвивається протягом всього життя. Створення гендерних ролей та стосунків є постійним процесом. Такий процес – це не просто створення двох окремих рівних гендерних ролей для жінок та чоловіків, а й також їхнє гармонійне поєднання.

КАРІЄС ЗУБІВ ЯК ЕКОЗАЛЕЖНА ПАТОЛОГІЯ У ГЕНДЕРНО ВІДМІННИХ ГРУПАХ ДОСЛІДЖЕННЯ

Підвищення якості стоматологічного здоров'я є актуальною задачею сучасної науки та практики. Вирішення конкретних завдань щодо її реалізації потребує визначення базової ситуації та аналізу шляхів подальшого впливу та корекції.

Одним із напрямків оптимізації стоматологічного здоров'я є вивчення його одонтологічних аспектів, тому як боротьба з карієсом зубів та його ускладненнями постає як важлива медична та соціальна задача. Вивчаються причини росту захворюваності на карієс зубів у зв'язку з еволюцією жувального апарату, віком, професією, екологічною та економічною ситуацією, особливостями харчування та супутніми захворюваннями, професією, віком, статтю. Ця інформація дозволяє розкрити діалектичні зв'язки між локальним та загальним у цілісному організмі, між організмом та чинниками зовнішнього середовища. Особливе значення набуває визначення факторів, які сприяють формуванню екозалежної патології та зумовлюють гендерні відмінності у перебігу захворювання.

Нами виконане епідеміологічне дослідження згідно рекомендаціям експертів ВООЗ та досліджено взаємозв'язок між розповсюдженістю карієсу зубів, структурою індексу КПУ та вмістом фтору у питній воді в залежності від статі, віку та місця проживання.

Результати дослідження показали, що у сільській місцевості у вікових групах 6-15 років при вмісті фтору у питній воді у межах 0,65-0,70 мг/л розповсюдженість карієсу складає $78,7 \pm 1,6\%$, при вмісті фтору 0,90 – 1,0 мг/л розповсюдженість дорівнює $71,5 \pm 1,5\%$, при 1,1 – 1,2 мг/л – $67,7 \pm 1,4\%$, тобто вміст фтору істотно ($p < 0,05$) обернено пропорційно впливає на показники розповсюдженості карієсу.

У той же час нами не визначені суттєві відмінності у розповсюдженості карієсу серед сільських мешканців за гендерною ознакою. Так, серед сільських хлопчиків розповсюдженість карієсу дорівнювала $73,1 \pm 1,6\%$, серед дівчаток $73,5 \pm 1,6\%$, а індекс інтенсивності становив $3,49 \pm 0,1$ та $3,45 \pm 0,2$ серед хлопчиків та дівчаток відповідно, відмінності невірогідні ($p > 0,05$). Структура індексу КПУ не відрізнялась серед хлопчиків та дівчаток та була наступною: компонент К склав $57,34 \pm 2,05\%$, компонент П дорівнював $39,82 \pm 1,91\%$, а компонент В становив $2,84 \pm 0,05\%$. Отримані дані доводять, що питома вага елементу К має перевагу над елементом П та свідчить про необхідність оптимізації надання стоматологічної допомоги дітям сільського регіону, як хлопчикам, так і дівчаткам.

Таким чином, урахування геоекологічних особливостей регіону, можливість існування гендерних відмінностей у прояві одонтологічних захворювань досліджуваного контингенту, а також активізація адаптаційних можливостей організму, активна позиція лікаря сприяє поліпшенню стоматологічного здоров'я населення.

Черкаський національний університет ім. Богдана Хмельницького
**СУТНІСТЬ ТА ЗНАЧЕННЯ ГЕНДЕРНОГО ПІДХОДУ
У СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ**

Гендерний підхід є новою стратегією, орієнтованою на формування й утвердження політики рівних можливостей для самореалізації людини в різних сферах соціальної практики. Він спрямований на формування навичок рівноправного співробітництва.

Фактично це означає створення умов для розвитку та реалізації внутрішнього потенціалу особистості з урахуванням багатоаспектного фактору статі. Однак, у більш повному сенсі, гендерний підхід передбачає урахування й оцінку всіх проектів, програм, запланованих і проведених заходів, стратегій і перспектив щодо їх впливу на жінок і чоловіків та включає використання гендерного аналізу для дослідження специфіки гендерних відносин, виявлення фактів гендерної нерівності, дискримінації та конфліктності [1, с. 163].

Необхідність гендерного підходу в соціальній роботі обумовлена тим, що дана професія є однією з найбільш гендерночутливих сфер діяльності. Проблеми, з якими люди звертаються по допомогу, зумовлені низкою обставин, серед яких і стать, а отже – й сприйняття клієнта оточенням як носія гендерних особливостей нерідко є однією з причин їх формування. Разом з тим, соціальні працівники здійснюють професійну діяльність в умовах часткової або повної невідзначеності сутності гендерного підходу як у соціальній політиці на державному рівні, так і в щоденній практичній діяльності на рівні громади.

У соціальній роботі гендерний підхід – це врахування гендерних / статевих відмінностей особистості та гендерної індивідуальності у процесі сприяння соціалізації, орієнтація на рівні можливості у самореалізації, оволодіння позитивними соціальними ролями, забезпечення паритету у гендерних взаємовідносинах, нівелювання гендерних стереотипів, попередження і подолання труднощів та негативних соціальних явищ (гендерної асиметрії, дискримінації, насильства) у гендерних взаємовідносинах.

Гендерні аспекти соціальної політики акцентують увагу на відмінності в соціальному становищі жінок і чоловіків при плануванні та прийнятті політичних рішень щодо соціальних питань. Соціальні програми та чинне законодавство по-різному впливають на соціальне життя жінок і чоловіків. Тому гендерний підхід передбачає розгляд чоловічої та жіночої групи не ізольовано одна від однієї, а в динаміці взаємодії, із урахуванням сформованого в суспільстві соціального середовища, з його загальноприйнятими нормами поведінки, культурними традиціями, економічними й політичними особливостями [2].

Соціальний працівник повинен орієнтувати свою роботу на подолання асиметрії у відносинах між жінками і чоловіками, сприяти утвердженню цінностей партнерства, запобігати конфліктним ситуаціям у сфері гендерних взаємин, визнавати унікальність кожної особистості, неупереджено ставитись до людини незалежно від її статевої належності. Гендерний підхід надає можливість із нових позицій розглянути соціальні проблеми та комплексно інтерпретувати причини їх виникнення, що створює умови для ефективної організації соціальної допомоги з метою більш повного розкриття особистісного потенціалу. Основу діяльності спеціалістів соціальної сфери повинні становити гендер-

ночутливі соціальні послуги, що передбачають здатність визнати наявні гендерні відмінності та нерівності і враховувати їх у професійній діяльності, сприяючи встановленню рівних прав, рівних можливостей та рівного результату для жінок та чоловіків.

Список використаних джерел

1. Кобелянська Л. Мельник Т. 50/50: сучасне гендерне мислення: словник. Київ: К.І.С., 2005. – 280 с.
2. Пірог Л. А. Гендерні особливості соціального захисту населення // Актуальні проблеми філософії та соціології. 2015. – № 6. – С.124-127.

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

ЕКОФЕМІНІСТСЬКИЙ ДИСКУРС СУЧАСНОГО УРБАНІЗМУ

У сучасній урбаністиці усе частіше актуалізуються проблеми взаємозв'язку людини та природи. У морфогенезі міських ландшафтів домінували тенденції до створення ландшафту, протилежного природі [1]. Міста ХІХ–ХХ століть, що розбудувалися за механістичною моделлю, втрачали свою природну основу, Індустріальні об'єкти розміщувалися на кращих локаціях міста, на яких до того була житлова забудова [2]. Завдяки науково-технічному прогресу, розвивається багатопверхова архітектура, у новій топографії міст з'являються хмарочоси.

Такий розвиток міст, що мав створювати більш якісне життєве середовище, насправді часто призводить до протилежних наслідків. У містах спостерігається зменшення площі зелених локацій до критичного рівня, що спричиняє зміни ландшафтно-екологічного контуру та погіршує умови життя. У забудованих ландшафтах містяни втрачають можливість безпосереднього контакту з природою. Зазначається, що у великих містах людина часто позбавлена сенсорних вражень «бачити горизонт»; забудовані ландшафти «зв'язують» місто у формі насильницької сенсорної депривації. Повсякденне життя містян відбувається в штучно освітлених і штучно вентильованих будівлях, і така форма сенсорної депривації може призводити до погіршення психічного здоров'я (надзвичайного неспокою, галюцинацій, депресії і асоціальної поведінки).

У такій урбаністичній ситуації здійснюються пошуки нових форм ревіталізації міських ландшафтів, що ґрунтуються на інвайроментальних цінностях, забезпеченні базових потреб людини у відтворенні життєвих сил, організації середовища для життєдіяльності. Екофеміністична критика висвітлює питання експлуататорського ставлення до природних ресурсів як компоненти патріархальної культури, принципу сили, яким «живиться» патріархально-ієрархічне суспільство [3]. Як наслідок, одна частина суспільства домінує над іншою, а суспільство підноситься над природою. Екофеміністичні аналогії між експлуатацією жінок та експлуатацією землі презентуються крізь призму домінування маскулінічних функціоналістських практик містопланування. Наразі міста мають шукати способи зберегти природу у місті, адже створення зелених локацій дозволяє поліпшувати життєве середовище та здоров'я (фізичне та психічне) містян, знизити рівень злочинності тощо.

Екофілософська опція урбанізму окреслює необхідні характеристики облаштування публічних просторів, й одночасно продукує новий тип екодизайну міста. Зокрема, «зелені вулиці» як особливий компонент вуличного ландшафту, пропонується організувати на прибудинковій території, що межує з публічним ландшафтом; вони урівноважують забудову та природний ландшафт міста.

Література

1. Фесенко Г. Г. Міський ландшафт у контексті екофілософії. *Актуальні проблеми філософії та соціології: наук.-практ. журн.* 2017. №16. С.138–141.
2. Fesenko T., Fesenko G., Bibik N. The safe city: developing of GIS tools for gender-oriented monitoring (on the example of Kharkiv city, Ukraine). *Eastern-European Journal of Enterprise Technologies.* 2017. Vol.3. Iss. 2(87). P. 25–33.
3. Карпенко К. І. Природа і жінка: Перспективи екофемінізму в Україні: монографія. Харків: «Крук», 2005. 319 с.

Бойко А.І.

Черкаський державний технологічний університет

ФІЛОСОФІЯ МИРУ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ

Проблемне поле конфлікту перманентно притаманно сучасному соціуму, тому розглядається філософами, соціологами, психологами. Сенс філософського підходу до конфлікту полягає в тому, що є рушієм змін. Філософський підхід полягає в пошуку технологій і методів діагностики, прогнозування, аналізу конфліктних процесів, їх локалізації та управління ними. Це стосується як соціального конфлікту, так і міжособистісного. Конфліктність не є основною підвалиною суспільства і суспільного розвитку, адже міфологічне мислення синкретичне й інтерпретує людину як важливу складову світу, не відокремлюючи від природи. Конфліктність як принцип, що знаходиться в основі філософської системи передбачає, що сама система повинна вибудуватися, використовуючи якісно інший метод, що передбачає розвиток.

Аналіз літератури свідчить, що мир як явище розуміють по-різному. Поширення ставлення до миру як до ідеалу і вищої цінності людства свідчить про зростаючу цілісність людського співтовариства, плюралізм, бо тлумачення миру є, крім всього іншого, проявом розмаїтості, суперечливості сучасної цивілізації. Одним із тлумачень миру є розуміння його як відсутності війни. Звичайно, поняття миру невіддільно від поняття війни як його протилежності. Відсутність війни ще не означає, що встановлено міцний, справедливий мир.

Тенденція до глобалізації охоплює суспільні відносини, політичні, національно-державні зв'язки. Країни, народи, нації стають ближче, контакти між ними постійнішими і різноманітнішими, взаємопроникнення і взаємовплив сильнішими. Глобалізація суспільних відносин виявляється у тому, що різного роду суперечності, конфлікти, як колись існуючі, так і ті, що виникають знову, також здобувають тенденцію до глобалізації. Одним з найбільш виразних проявів глобалізації суспільних конфліктів у ХХ ст. виявилися світові війни. Глобалізація суспільних відносин, тенденція переростання конфліктів у світові зіткнення з величезними руйнівними наслідками створюють нову ситуацію з положенням людини в сучасному світі. Важливо при цьому підкреслити, що світові суспільні відносини несуть небезпеку можливого втягування його як індивіда в конфлікт, зіткнення, суперечності, протистояння тощо.

Тема «жінка на війні» доволі дискусійна. Досі побутують стереотипи про те, що жінкам не місце на війні; що захищати країну та охороняти слабших – це завдання чоловіків. Відповідно до наказу міністра оборони України №46 «Про введення в дію Переліку посад офіцерського складу, на які можуть призначатися жінки, прийняті на військову службу за контрактом у добровільному порядку», жінки можуть бути призначені на такі посади: офіцер/психолог, офіцер/народознавець, офіцер з правового виховання, офіцер/психологія, перекладач, старший начальник (помічник начальника) фінансової служби, старший (молодший) науковий співробітник, начальник аптеки, начальник лазарету (медпункту), начальник відділення поліклініки (санаторію, будинку відпочинку), старший ординатор тощо. Жінка може проходити службу за контрактом на будь-якій посаді, але, згідно з документами, на визначених спеціальностях, як правило, це телеграфіст, радіотелеграфіст, бухгалтер, діловоди. Причина такого явища радше в менталітеті військового керівництва та гендерних стереотипах.

Дискримінація за гендером в армії здійснюється всупереч дослідженням учених, яким вдалося довести, що жінки можуть бути потрібні на військовій службі завдяки низці своїх відмінностей від чоловіків. Високорозвинена інтуїція, безперечно, є однією зі сильних сторін жінок, про що свідчать дані практично всіх психологічних досліджень. У силу інтересу до дрібниць жінка значно спостережливіша від чоловіка. Жінки мають інші якості зору тощо.

І лише від держави, яка контролюватиме реформування ЗСУ, де на посади призначатимуть не за принципом гендерних стереотипів, а за принципом професіоналізму, залежить у ролі кого виступатимуть жінки під час збройних конфліктів: чи будуть вони пасивними спостерігачами, чи стануть жертвами насилля, чи достойно захищатимуть країну, не менш професійно, ніж це роблять чоловіки.

Бокатуєва В.В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

(м. Харків)

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕЗУЛЬТАТУ КАРДІОЕМБОЛІЧНОГО ІНСУЛЬТУ НА ТЛІ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Актуальність. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є провідною причиною інвалідизації і смертності в усьому світі. За даними ВООЗ, ця проблема в однаковому ступені зачіпає країни з різним рівнем доходу населення. Очікується, що до 2030 р. понад 23 млн. осіб помре від ССЗ, і вони утримають першість серед причин смерті населення планети. Рівень смертності через ССЗ в Україні один із найвищих у Європі, а в структурі загальної смертності він складає більше ніж 60%. У той час, коли в Європі цей показник сягає 40%.

Значну питому вагу в структурі ССЗ займають гострі порушення мозкового кровообігу, зокрема ішемічні інсульти (ІІ). Відповідно до сучасних класифікацій, зокрема, TOAST Stroke Subtype Classification System (1993), розрізняють три основних етіопатогенетичних варіанти (підтипи) ІІ: кардіоеMBOLІчний інсульт (КЕІ), атеротромботический інсульт (церебральна макроангіопатія) і лакунарний інсульт (церебральна мікроангіопатія). Трапляються більш рідкі підтипи ішемічного інсульту, але їх сумарна частота невисока – менше 5%.

Фібриляція передсердь (ФП) є основним значущим ризик-фактором виникнення КЕІ. Щорічна захворюваність на ФП становить від 5 випадків на 1000 осіб у віці 50–59 років до 45 на 1000 осіб у віці 85–94 роки у чоловіків. У тих же вікових категоріях жінок захворюваність на ФП становить від 2,5 до 30 на 1000 осіб відповідно. Відмінності в кількості появ нових випадків ФП з урахуванням статі нівелюється зі збільшенням віку.

Мета роботи: вивчення гендерних особливостей перебігу КЕІ на тлі ФП.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 134 пацієнта у гострому періоді КЕІ. У досліджуваній групі було 69 пацієнтів чоловічої статі та 65 – жіночої. Результат захворювання був сприятливим у 86 пацієнтів (46 чоловіків, 40 жінок). У 48 пацієнтів (23 – чоловіки, 25 – жінок) результат захворювання був фатальним. Середній вік пацієнтів з фатальним результатом КЕІ становив $(73,5 \pm 8,9)$ років, зі сприятливим – $(72,7 \pm 9,2)$. Всі хворі поступили в стаціонар в гострому періоді ІІ в перші три доби від моменту початку захворювання.

Всі хворі були обстежені відповідно локальному протоколу. В них визначалися показники за шкалами ком Глазго та ризику виникнення інсульту при ФП (Шкала CHADS₂-VASc). Важкість неврологічної симптоматики оцінювалася за NIHSS, розлади мікроциркуляторного гемостазу визначалися за кількістю тромбоцитів, значенням протромбінового комплексу, концентрацією фібриногену, вмісту розчинного фібрину. Для верифікації вогнища ураження головного мозку виконувалася спіральна комп'ютерна томографія. З використанням метода ультразвукового ангіосканування визначався ступень стенозу сонних артерій, ехокардіографічним методом визначали фракцію викиду, оцінювання якої дозволяє виявити наявність та визначити варіант хронічної серцевої недостатності.

Отримані результати: Проведене порівняння досліджуваних показників чоловіків та жінок показало, що наявні достовірні відмінності за більшістю з них у відповідних гендерних групах з різним результатом КЕІ (сприятливий, фатальний). З іншого боку, не виявлено достовірних відмінностей у перебігу захворювання між чоловіками та жінками с однаковим результатом КЕІ. Аналіз розподілу хворих за статтю та віком при різному результаті КЕІ не виявив достовірних гендерних відмінностей за частотою трапляння чоловіків і жінок в виділених вікових групах.

Таким чином, за більшістю ознак перебіг КЕІ у чоловіків та жінок при однаковому результаті захворювання достовірно не відрізняється. Наявні достовірні відмінності за більшістю показників у відповідних гендерних групах з різним результатом КЕІ.

*Вандишева-Ребро Н.В.
НТУ«ХПІ», Харків*

МІРКУВАННЯ ЩОДО РОЛІ ПРАЦЮЮЧОЇ ЖІНКИ У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ ЩАСЛИВОГО СУСПІЛЬСТВА

Останнім часом спостерігається зацікавленість дослідників відносно сучасного стану та подальшого розвитку найбільш розвинутих, стабільних суспільств-держав. Головна проблема таких благополучних держав полягає в тому, як зберегти й покращити те, що було досягнуто протягом останніх століть: високий рівень життя, соціальну політику, стабільність та відчуття щастя у людей. Прикладом такого дослідження може бути робота «Німеччина сама себе руйнує», автором якої є Тіло Сарацин.

Німецький науковець з'ясовує передумови формування благополучної Німеччини, а також наслідки, з якими німці вже дуже скоро будуть мати справу. Одним з аспектів його дослідження стала праця як суспільне явище та її вплив на процес формування особистості. На перший погляд, держава є доброзичливою до людини і створює систему соціальної допомоги, але виявляється, що можливість працювати сьогодні вже має не кожна людина в такій державі. Поступово через відсутність можливості працювати, втрачається й здатність до праці, натомість – з'являється цілий перелік нових викликів, проблем та питань.

Формування індивіду чи особистості, мабуть, залежить більшою мірою не від матеріальних чинників, а від здатності людини справлятися з труднощами, викликами. У іншому випадку, спостерігаємо, що непрацюючі люди відокремлюються від суспільства, особливо в країнах, де існує соціальна політика з підтримки непрацюючих. Наслідком стає духовна деградація особистості, а матеріальний бік цієї деградації – це бідність. ІнґеКлепферу в своєму дослідженні «Бунт нижньої верстви» акцент робить ще на один аспект цієї проблеми: кількість малоосвічених людей, які живуть у стані бідності зростає, тому що вони переймають спосіб життя своїх батьків, які не працювали й не навчалися. В першу чергу, це впливає на рівень інтелекту. За останніми дослідженнями інтелект є важливою ознакою сучасної людини та існує багато різних версій стосовно того, як і коли і кому він може передаватися. Приблизно 60% інтелекту передається у спадок від предків, а 40% відсотків можна пояснити впливом довкілля та оточення.

То ж виходить, що наявність праці впливає на матеріальний, моральний, інтелектуальний бік розвитку людини та допомагає отримати відповіді, навіть, на певні екзистенційні питання. Потужну роль у цьому процесі відіграє жінка-мати, бо саме вона є взірцем для кожного з нас. Останні дослідження доводять про те, що дитина, у якої мати працює, має вищий рівень інтелекту й більше можливостей. Доречним буде звернути увагу на певний гендерний аспект цього питання. У багатьох культурах можна побачити, що саме збереженням та передачею фундаментальних знань про культуру й буття здавна займалася жінка, бо частіше лише вона була здатною керувати, наприклад, родовими відносинами. Українська культура не є виключенням.

Таким чином, розуміючи, що в українській культурі жінка завжди займала дуже активну позицію й на рівні побуту й на рівні суспільному та навіть державницькому – українцям не загрожує деградація. Українські жінки вже давно навчилися поєднувати працю з сімейними справами й не тільки. В сучасних умовах доречним буде згадати, що праця є природною потребою кожного. Зі слів Г.С. Сковороди, протягом життя людина займається пошуком свого призначення, а коли знайде його – буде щасливою!

Васильєва І.В., Нечушкіна О., Кірієнко С.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ДИСЦИПЛІНИ ПРИЙОМУ ПРЕПАРАТІВ

Актуальність дослідження проблеми дисципліни прийому препаратів обумовлюється тим, що частина пацієнтів самовільне припиняє лікування, призначене лікарем. Припускаючи, що повсякденність жінок є більшою мірою медикалізованою, виявляється доречним дослідити рівень довіри пацієнток до лікаря та інших агентів впливу на формування уявлень в сфері здоров'я.

Методи та матеріали: Об'єктом дослідження пілотного проекту виступали жінки (від 18 до 81 року), що самовільно припинили прийом препарату, раніше терміну, який призначив лікар.

Відповідно до мети та завдань дослідження був застосований спрямований відбір респондентів. Вибірка не випадкова цільова (N=145). Відбір та опитування респондентів здійснювали волонтери: студенти медичних та фармацевтичного факультетів, респонденти мали можливість відмовитися від участі у дослідженні.

Метод збору інформації – стандартизоване інтерв'ю. Обробка інформації здійснювалася за допомогою пакету обробки статистичних даних IBMSPSSStatisticalistics.

Дисципліна прийому препаратів є елементом життєвих практик, пов'язаних із хворобою. Концепція соціальної ролі хворого (Т. Парсонс) передбачає свободу від виконання звичних соціальних ролей, намагання одужати та кооперацію з лікарем[1]. Відповідно ми припускаємо, що довіра до лікаря, який безпосередньо здійснює лікування, виступає важливим індикатором прийняття соціальної ролі хворого, також поведінку хворого частково визначає і рівень довіри іншим агентам впливу.

Табл.1.

Рівень довіри жінок, що припинили прийом фармацевтичних препаратів раніше призначеного терміну, у питаннях, які стосуються здоров'я (N=145)

| «Яким є рівень Вашої довіри у питаннях, які стосуються здоров'я?» | % до тих, хто відповів | | |
|--|--|--|--|
| | Недовіра («Зовсім не довіряю» «Швидше не довіряю») | Невизначеність «Важко сказати, довіряю чи ні» | Довіра («Швидше довіряю» «Повністю довіряю») |
| Лікарю, що безпосередньо здійснює лікування | 4,2 | 15,3 | 80,6 |
| Спеціалісту-медику з науковими ступенем та званням | 8,3 | 22,8 | 69,0 |
| Лікарю, представнику нетрадиційної медицини(фітотерапія, гомеопатія тощо) | 62,1 | 27,6 | 10,3 |
| Представнику духовенства | 62,7 | 25,4 | 12,0 |
| Фармацевтам у аптеці | 35,7 | 30,8 | 33,6 |
| Родині та родичам | 19,3 | 27,6 | 53,1 |
| Знайомим, колегам | 53,1 | 33,8 | 13,1 |
| Рекламі фармацевтичних компаній, популярним статтям, засобам масової інформації (включно Інтернет) | 81,4 | 13,8 | 4,8 |

Жінки, які самовільно припинили прийом препаратів, демонструють достатньо високий рівень довіри лікарю, що безпосередньо здійснює лікування та спеціалісту-медику з науковим ступенем та званням. Необхідно відзначити, що родина та родичі також користуються значною довірою у питаннях, пов'язаних із здоров'ям.

Література

1. William C. Cockerham Medical sociology. – New Jersey, 1998. – 395 p.

Волкова О.С., Рябоконт Е.Н., Токарь А.А., Канунник Т.С.

Харьковский национальный медицинский университет

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРИЕСОМ ЗУБОВ И ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ПОДРОСТКОВ-СТАРШЕКЛАССНИКОВ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К ВЫПУСКНЫМ И ВСТУПИТЕЛЬНЫМ ЭКЗАМЕНАМ (ЗНО)

В подростковом возрасте кариес занимает первое место среди хронических заболеваний. Из года в год увеличивается число абитуриентов со стоматологическими заболеваниями. На организм подростков-старшеклассников, в связи с окончанием школы, оказывают влияние возрастающие учебные нагрузки (выпускные и вступительные экзамены), что в сочетании с отсутствием навыков планирования своей деятельности приводит к сокращению времени для рационального питания, гигиенического ухода за полостью рта, нарушению режима сна и отдыха.

Цель работы: Провести анализ результатов изучения заболеваемости кариесом зубов и определение гигиенического состояния полости рта у подростков-старшеклассников в период подготовки к выпускным и вступительным экзаменам (ЗНО).

Материалы и методы исследования: Было проведено клиническое обследование 150 подростков-старшеклассников в возрасте 14–16 лет, учеников 9 – 11 классов г. Харькова. Подростки были распределены на 3 группы: 1 группа – подростки возрастом 14 лет (49 подростков), 2 группа – подростки возрастом 15 лет (53 подростка), 3 группа – подростки возрастом 16 лет (48 подростков). Для оценки распространённости и интенсивности кариеса использовали критерии ВОЗ. Уровень гигиены полости рта определяли с использованием индекса Грина-Вермильона.

Результаты: Установлено после проведенного стоматологического обследования, что распространённость кариеса зубов у подростков 1-ой группы составила в среднем 85,7 % (42 ребенка), 2-я группа – 86,7 % (46 подростков), 3-я группа – 93,7% (45 подростков).

Анализ гигиены полости рта по индексу Грина-Вермильона, выявил преобладание средних значений индекса в 1-ой и во 2-ой группах, и высоких в 3-ей группе, что определяется как «удовлетворительный» уровень гигиены полости рта.

Выводы: Таким образом, полученные результаты распространённости кариеса зубов у подростков 14 лет (85,7%), 15 лет (86,7%) и 16 лет (93,7%) свидетельствуют о массовой заболеваемости по оценке ВОЗ. Во всех возрастных группах выявляется удовлетворительное гигиеническое состояние полости рта. Но в 3-ей группе показатель наблюдалось снижение уровня гигиены полости

рта. Аналіз даних виявив, що 3-я група підлітків знаходиться в стані підвищеного емоціонального напруження, має порушення режиму харчування, нерегулярний догляд за порожниною ротою, в зв'язі з підготовкою до ЗНО та вступними іспитами, можна зробити висновок, що ці фактори мають вплив на карієсогенну ситуацію.

Отримані дані будуть використані для обґрунтування вибору засобів та методів профілактики стоматологічних захворювань у цієї групи підлітків.

Волощенко В.В., Волощенко М.В.

Національний фармацевтичний університет України

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕКОЛОГІЧНОГО СВІТОГЛЯДУ І СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Історія людської цивілізації супроводжується змінами суспільного здоров'я, значною мірою зумовленими екологічними, економічними і соціальними чинниками. Показники популяційного й індивідуального здоров'я змінювалися в різні історичні періоди суспільного розвитку. Індустріалізація сформувала сучасний тип здоров'я, якому притаманні ріст середньої тривалості життя, зниження дитячої смертності, рівня загальної захворюваності населення тощо. Водночас зростає смертність від так званих «хвороб цивілізації», обумовлених неправильним способом життя, гіподинамією, поширенням шкідливих звичок та впливом інших негативних чинників.

За даними ВООЗ, здоров'я людини залежить, головним чином, від способу життя, часто зумовленого соціально-економічними чинниками, а також станом здоров'я, спадковості і рівня медичного забезпечення. Структура захворюваності населення України свідчить про те, що переважаючими є хронічні неінфекційні хвороби, зумовлені способом життя (хвороби серцево-судинної системи, цукровий діабет, онкопатології, алкоголізм, наркоманія) та станом здоров'я (хвороби органів дихання, алергії, онкопатології тощо). Гендерні особливості характеризують поведінкові реакції українців щодо оцінки ризику розвитку цих хронічних патологій [1].

В Україні, за статистичними даними, жінок приблизно на 3 млн більше, ніж чоловіків. У свідомості чоловіків і жінок існує різне розуміння важливості екологічних проблем, ставлення до власного здоров'я. Опубліковано дані опитувань населення провідними соціологічними службами, в яких за окремими показниками демонструється ставлення населення до рухової активності, харчування, вживання алкоголю і здорового способу життя, наявності шкідливих звичок і надмірної маси тіла. Більшість з означених показників не мали гендерних переваг, однак за показниками куріння і вживання алкоголю мали чітко означені відмінності. Так, встановлено, що 75 % опитаного населення має досвід вживання алкоголю і лише 25 % ніколи не вживали і не вживають спиртних напоїв. Серед чоловіків відсоток тих, хто вживає, складає 68 %, серед жінок – 48 %. Встановлено, що 40 % чоловіків і 22 % жінок працездатного віку помирають від зловживання алкогольними напоями [2].

В Україні на кінець 2017 р. близько 600 тис. осіб перебували на диспансерному обліку через розлади психіки та поведінки. Загальна кількість курців у державі складає близько 6,3 млн осіб, серед них 7 % жінок у віці 18-58 років.

Серед чоловіків кількість курців віком 18–59 років складає 43 %, осіб непрацездатного віку – 23 %. На диспансерному обліку знаходиться понад 100 тис. осіб, що вживають наркотики, причому 70 % наркоманів – молодь віком до 25 років [2].

58 % жителів України мають надмірну вагу, яка зумовлена надмірним вживанням вуглеводів і низькою руховою активністю, що має тенденцію до зниження. Для порівняння, у найбільш розвинених країнах Євросоюзу, здоровий спосіб життя, зокрема, висока рухова активність, фізична культура, спорт і раціональне харчування, підтримання оптимальної маси тіла є своєрідними показниками загальної культури населення. У той же час, у ряді європейських країн відмічається тенденція до збільшення кількості курців, причому переважно серед підлітків, жінок, незважаючи на велику вартість тютюнових виробів, зменшення кількості спеціально відведених місць для курців, високі штрафи за куріння та ін. [2].

В цілому, якщо оцінювати ставлення до проблем забруднення довкілля, власного здоров'я і здоров'я нащадків, жінки виявляють більш відповідальний підхід, ніж чоловіки, яких турбують більш глобальні аспекти екологічних проблем, і лише в невеликій мірі – усвідомлення важливості збереження здоров'я.

Література:

1. World Health Statistics (2015). – WHO, 2015 [Electronic resource]. – Access mode: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/

2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, МВЦ «Медінформ», 2018. – 458 с.

*Вязовская К.Г.
Минск, Беларусь*

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРИНСТВУЮЩИМ ФИГУРАМ

Основное поле моей работы за последние 38 месяцев – оказание психологической поддержки и помощи людям, которые выполняют материнствующую роль. Я считаю, что в современных реалиях необходимо ввести такое понятие как отражение меняющихся норм воспитания и того, что некоторые коллеги называют «крахом института брака и семьи». Различные исследования фиксируют изменение стандартных гендерных ролей, появление принципиально новых семейных отношений в однополых семьях. Однако смена ролей и расширение возможностей воспитания, с нашей точки зрения, никак нельзя назвать крахом. Например, при работе с материнствующими фигурами в Израиле можно услышать от женщин, что самый сексуальный мужчина находится на детской площадке со своими двумя детьми и в разводе. Зная особенности открыто детоцентрированной культуры Израиля это уже не кажется необычным, хотя среди репатрианток нередка ситуация крайнего удивления и недоверия к материнствующей фигуре мужчины.

Дополнительно следует иметь в виду и активные исследования в области послеродовых изменений не только у родившей женщины (мы не имеем данных об особенностях помощи семьям с усыновленными детьми или детьми, на-

ходящимися под опекой, так же, как и опыт патронатных семей). Довольно стремительно накапливаются данные о послеродовых депрессиях, смене отношений внутри пары после рождения ребенка, а также особенностей протекания послеродового периода в некоторых заболеваниях из области психиатрии, психосоматических заболеваний, связанных с расстройствами настроения. В то же время нормативной функциональной семьей до сих пор считается некий идеальный сплоченный коллектив с общими целями, в который входят бабушки и дедушки, оба родителя.

Несмотря на все изменения, все еще нет ни одного поколения, которое можно было бы рассматривать как гендерно-нейтральное. В связи с этим проблемы отцов и матерей разнятся. Так, отцы говорят о проблеме выражения чувств и понимании эмоциональной составляющей отношения с ребенком, чувствуя себя не способными откликнуться на нужды ребенка, а матери сообщают о т. н. «двойной нагрузке». При этом культурные особенности воспитания разнятся между, например, Беларусью и Россией. Так, нормативным в Беларуси считается традиция «прымаков» и присутствия мужа на родах, а в большинстве российских регионов такое поведение считается «не мужским». Отдельно интересен целый блок традиций, связанных с поминанием «скидышей» и отсутствия в них мужчин. Крайне важен и телесный опыт. Существует также традиция называть детей любого пола принадлежностью к женскому: «Ты чей? – Степановны!» при сохранении системы отчеств. Сейчас система в некотором смысле «ломается», чем выше качество жизни, тем больше возможностей представляется людям любого пола заниматься тем, чем хочется, в том числе выполнять роль, ранее связанную с полом. Т.о. мужчинам необходимо буквально социальное научение материнствованию, а женщинам – помощь в расставлении приоритетов и распределению нагрузок. Так же следует учитывать, что так называемые границы, благодаря классическому гендерному воспитанию, у мужчин выстроены лучше, как и отсутствие табуирования на агрессивное поведение.

Литература

1. Гнусина А. В. Особенности ролевых ожиданий и притязаний будущих супругов (по результатам исследования) // International Scientific Review № 1(11) / International Scientific Review of the Problems and Prospects of Modern Science and Education: IX International Science Conference (United Kingdom, London, 13-14 January, 2016)

1. Белогай К. Н. Психологические задачи брака и факторы стабильности супружеских отношений // Вестник КемГУ. 2010. №3.

Гармаш О.В.

Харківський національний медичний університет

ВИЯВЛЕННЯ ВПЛИВУ МАТЕРИНСЬОГО ЧИ БАТЬКОВОГО ФАКТОРА НА ВИНИКНЕННЯ ХВОРОБ ТКАНИН ПАРОДОНТА ТА ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ З ДІАГНОЗОМ МАКРОСОМІЯ

(клінічна апробація опитувальника)

Розроблений «інструмент» оцінювання ризиків виникнення стоматологічних порушень [1] включає 9 шкал та, зокрема, шкалу, яка призначена для оцінки стану органів ротової порожнини за даними анамнезу та скарг дитини, та оці-

нюється в межах від 0 до 10 балів. Також присутні дві шкали для виявлення ступеню ризику виникнення патології тканин пародонта та твердих тканин зубів, який пов'язаний зі статевим фактором. Діапазон кількісного оцінювання результатів тестування за кожною з цих двох шкал знаходиться в межах від 0 до 11 балів.

Мета дослідження. За допомогою анкетно-опитувального методу оцінити стан органів ротової порожнини за даними анамнезу та скарг, а також вплив статевого фактору на формування стоматологічних порушень у дітей і підлітків із макросомією та нормосомією при народженні.

Об'єкти та методи досліджень. Діти віком від 4 до 17 років, які народилися з макросомією (78 осіб) склали групу 1. Діти відповідного віку із нормальними масо-ростовими параметрами при народженні (39 осіб) склали групу 2. Батьки учасників дослідження письмово підтвердили згоду на участь у дослідженні.

Результати. Виявлено, що діти чи підлітки, народжені макросомами (група 1), у середньому мали достовірно більше скарг на стоматологічне здоров'я, ніж діти чи підлітки відповідного віку, чий масо-ростові параметри при народженні були у межах норми (група 2), а саме: $2,81 \pm 0,36$ балів проти $1,95 \pm 0,43$ балів відповідно.

У учасників групи 1 вплив материнського фактору був оцінений у $3,53 \pm 0,44$ бали, вплив батькового фактору – у $2,84 \pm 0,37$ бали. У учасників групи 2 вплив материнського фактору був оцінений у $3,18 \pm 0,51$ бали, а батькового – у $2,79 \pm 0,55$ бали. Отже, в обох групах є недостовірне переважання материнського фактору. Розподіл ступеню впливу між материнським та батьковим факторами становить 55.6% проти 44.4% та 53.3% проти 46.7% для першої та другої груп відповідно.

Висновки. На формування стоматологічного здоров'я, з точки зору передумов впливу, в більшій мірі, хоч і не достовірно, домінує материнський вплив для макросомів, так і для нормосомів. Оскільки у дітей (макросомів-при-народженні) достовірно більше стоматологічних проблем, а вплив як материнського так і батькового фактору є практично однаковим у учасників обох груп, то цей вплив на формування стоматологічних порушень у дітей та підлітків (макросомів-при-народженні) не є вирішальним.

Література.

1. Гармаш О.В., Рябокони Є.М., Коробчанський В.О. Спосіб оцінювання ризику розвитку патології тканин пародонта й твердих тканин зубів у дітей та підлітків, які народилися з діагнозом макросомія (додаток до історії розвитку дитини або медичної карти стаціонарного хворого). Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 73141 від 25.07.2017.

Гаряєва Г.М.

*Національний технічний університет
«Харківський політехнічний інститут»*

ГЕНДЕРНИЙ ВИМІР У КРИМІНАЛЬНОМУ КОДЕКСІ УКРАЇНИ

Гендерна нерівність – характеристика соціального устрою, згідно з яким різні соціальні групи – чоловіки і жінки – мають стійкі відмінності, що впливають на нерівність можливостей у суспільстві.

Незважаючи на очевидний прогрес ХХІ століття, гендерна дискримінація як і раніше охоплює багато сфер суспільства.

Досягнення гендерної рівності стає центральним показником розвитку кожної країни.

Жіночими правами нехтують в силу їх гендерної приналежності. Жінки, в силу свого гендеру, стикаються з такими проблемами: 1) стають жертвами сексуального насильства, у своїх будинках і на вулиці вони – жертви згвалтувань та інших форм сексуальних зловживань; 2) сімейного насильства, яка проявляється в циклі фізичного, сексуального, словесного, психологічного та економічного ображення і тиску з метою отримання влади і контролю.

У структурі юридичних засобів захисту прав жінок особлива роль належить групі кримінально-правових засобів. Цей факт можна пояснити тим, що закон про кримінальну відповідальність покликаний охороняти від посягань найбільш важливі суспільні відносини, що цементують сталий режим національного правопорядку та законності, конституційний лад держави. До них беззаперечно відносяться, зокрема, відносини, що складаються у процесі реалізації рівних прав жінки та чоловіка (статті 21, 24 Конституції України), з урахуванням соціобіологічних особливостей, котрі мають статеву природу.

У цілому діючий Кримінальний кодекс України не вміщує диференційованого підходу до жінок та чоловіків як суб'єктів конкретних злочинів або ж, навпаки, – потерпілих від них. Єдиною властивістю гендерного характеру, котра отримала кримінально-правову оцінку, є біологічна здатність до народження дітей, а в більш широкому юридичному розумінні – материнство. До Кримінального кодексу уведено новели, що засвідчують прагнення законодавця до повнішого досягнення формальної рівності людей поза залежністю від їхньої статі. Особливий кримінально-правовий захист жінок можливо виявити при аналізі таких положеннях кримінального закону:

– вчинення злочину жінкою в стані вагітності віднесено до обставин, які пом'якшують покарання, тоді як вчинення злочину щодо жінки, яка завідомо для винного перебувала у такому стані, до обтяжуючих обставин або безпосередньо кваліфікуючих ознак певного злочину (п. 4 ч. 1 ст. 66, п. 7 ч. 1 ст. 67, п. 2 ч. 2 ст. 115 КК України);

– для вагітних жінок та жінок з дітьми, вік яких не перевищує визначені межі, встановлено особливі підстави та порядок звільнення від відбування покарання (ст. 79,83 КК України);

– до вагітних жінок, а у низці випадків – і до жінок з дітьми до досягнення останніми певного віку не можуть застосовуватися такі види покарань, як громадські роботи, виправні роботи, арешт, обмеження волі, довічне позбавлення волі (ст. 56, 57, 60, 61, 64 КК України);

– за суспільною небезпечністю та кримінально-правовими санкціями умисне вбивство матер'ю своєї новонародженої дитини прирівнюється до умисного вбивства, вчиненого у стані сильного душевного хвилювання, та визнається менш суспільно небезпечним за вбивство через необережність (ст. 116, 117, 119 КК України).

У злочинах, котрі входять до розділу IV «Злочин проти статевої свободи та статевої недоторканості особи» Особливої частини чинного Кримінального кодексу України, як суб'єктом, так і потерпілим може бути будь-яка особа неза-

лежно від її статті. А в аналогічних статтях Кодексу 1961 року згвалтування та мужолозтво були диференційовані, примушування були невинуватими як з точки зору практики, так і принципу гендерної рівності, фіксованого на рівні Конституції.

Сучасна наука кримінального права потребує більш детальних досліджень категорій потерпілого та суб'єкта злочину. Активізація теоретичних пошуків за пропонуваним вектором сприятиме вдосконаленню реалізації основних прав і свобод людини у слідчій та судовій практиці, у тому числі невід'ємного права жінки і чоловіка на формальну (юридичну) рівність.

*Герасименко О.І., Колесник М.Р.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РИЗИКУ ПРОЯВИ ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Загальновизнано, що нині Інтернет став невід'ємною частиною сучасного соціального, наукового та освітнього життя, яка забезпечує швидкий і легкий шлях до комунікації, освіти, соціальної взаємодії і навіть вирішення побутових проблем, а для навчання у виші вміння використовувати інтернет зараз стало практично необхідною умовою. Студенти-медики мають можливість користуватися інтернетом для придбання інформації, удосконалювати практичні навички. Більшість сучасних студентів активно спілкуються у соціальних мережах, захоплюються он-лайн іграми або інтернет-шопінгом.

Безумовно, використання Інтернету значно полегшує життя, але має й суттєві негативні наслідки у разі його безконтрольного використання. Доказано ризик розвитку інтернет-залежності, яка характеризується появою таких симптомів, як занепокоєння, виснаженість, розлади сну, пам'яті та уваги, компульсивна поведінка, депресія, проблеми соціальної адаптації. За даними досліджень, приблизно 7–10 % населення великих міст мають "інтернет-залежність", та навколо 40 % схильні до цього сучасного виду згубної звички.

Студенти вишів – соціальна група, особливо уразлива до інтернет-залежності. Вони проводять суттєву частку їх часу в доступі до інтернету як з освітніми, так і позаучбовими цілями. Існуюча ситуація ускладнюється такими чинниками як проблеми пристосування до університетського життя, реальне або уявне полегшення підготовки до іспитів, відірваність від батьківського контролю, низький рівень самодисципліни та самоконтролю та ін.

Нами було проведено порівняльне вивчення гендерних особливостей цього виду залежності серед студентів Харківського національного медичного університету. В анкетуванні з використанням опитувальнику Кімберлі Янг прийняли участь 96 студентів-медиків (71 дівчина і 25 хлопців). Аналіз результатів тестування дозволив встановити, що 47,5 % медичних студентів не мають вираженого ризику розвитку згубної звички до інтернету, за гендерним розподілом це 61,9 % дівчат та лише 28 % хлопців. Наявність так званої «м'якої» пристрасті до інтернету (з наявністю певного контролю за використанням) виявлено у 64 % хлопців та 29,6 % дівчат. Значну різницю можна пояснити тим, що чоловіки частіше захоплюються онлайн-іграми та іншими інтернет-розвагами. Наявність серйозних проблем, пов'язаних із надмірним захопленням інтернетом, визнають 8,0 % хлопців та 8,5 % дівчат.

За окремими позиціями опитувальника було знайдено, що 21,7 % хлопців та 28,2 % дівчат часто залишаються онлайн довше, ніж мали намір; 47,8 % хлопців та 42,3 % дівчат – інколи; 8,7 % хлопців та 10,2 % дівчат – завжди, тобто більшість опитуваних признає нестачу сили волі для того, щоб планувати свій час розумніше, при цьому суттєвих відмін за статевими групами не виявлено. 47,8 % хлопців та 44,7 % дівчат підтверджують, що вони інколи нехтують домашніми справами, щоб витратити більше часу онлайн; в той же час часто роблять це 4,3 % хлопців та 15,5 % дівчат. 43,5 % юнаків та 66,2 % дівчат відмічають, що продуктивність їх роботи страждає через кількість часу, який вони проводять в інтернеті. 60,9 % хлопців та 67,6 % дівчат нехтують сном, тому що засиджуються онлайн запівніч.

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про те, що студенти медичного університету мають певний ризик розвитку інтернет-залежності. При цьому студенти-юнаки достовірно більше схильні до надмірного проведення часу у «Всесвітньому павутинні». Тому було б доцільно планувати профілактичну роботу по попередженню розвитку інтернет-залежності у майбутніх лікарів. Система превентивних заходів, орієнтованих на збереження та зміцнення психічного здоров'я, має включати до себе, перш за все, пропаганду здорового способу життя, навчання студентів безпечним практикам використання інтернету, навичкам самовладання і саморегуляції. Крім того, необхідно забезпечити проведення регулярного моніторингу з метою виявлення осіб, що належать до груп ризику, та організувати для них консультативний супровід університетського психолога.

Герасимчук У.С.

Харківський національний медичний університет

ФЕНОМЕН ГЕНДЕРУ В СУЧАСНОСТІ

Існує багато очевидних понять, які дозволяють одній людині описати свої індивідуальні відмінності від іншої. Але є два параметри, на які ми завжди звертаємо увагу – це стать та раса. Поділ людей на чоловіків і жінок є глобальним та інваріантним по відношенню до історичного етапу, національній специфіці, культурним особливостям.

Багатомірне, по-різному тлумачення численними дослідниками поняття «гендер» стало в останній третині ХХ століття центральною категорією міждисциплінарної наукової галузі знання під назвою «гендерні дослідження» («гендерні студії»). Різниця між двома термінами «sex» (біологічна стать) і «gender» (соціокультурна стать) ввели психолог Роберт Столер і ендокринолог Джон Моні. В якості первинного, найбільш абстрактного визначення гендеру можна навести визначення, що належить Енн Оуклі: «Стать» (sex) є словом, що пов'язане з біологічними відмінностями між чоловіком і жінкою: видима різниця в геніталіях, відповідна різниця в відтворювальній функції. «Гендер» (gender) між тим є предметом культури: він співвіднесений з соціальною класифікацією на «маскулінне» і «фемінінне» ... сталість статі має бути визнано, але також має бути (визнано) різноманітність гендеру».

Стосовно гендерних традицій, то їх взаємовідносини з глобальним фактором завжди носили двоїстий характер. З одного боку, гендер має якщо не універсальні, то, хоча б, інтернаціональні аспекти (наприклад, чоловік – захисник,

жінка – мати і т.п.). З іншого боку, саме гендерні локальні традиції виявлялися найбільш стійкими і життєздатними в умовах експансії глобальних доктрин.

Гендерний ракурс розгляду виявляється зручним для вияву співвідношень універсального і особливого в умовах глобалізації. Нарешті, гендерний аспект дуже добре проявляє зв'язок індивідуального і соціального, приватного і публічного, тобто той самий людський фактор, який надає значимість факторам глобальним – не тільки для кожного суспільства, але і для кожного індивіда. Роль людського фактору, а також значення його гендерного аспекту в умовах міжкультурного контакту легко виявляється при аналізі глобальних процесів, що відбувалися в минулі історичні епохи.

Таким чином, гендерні відносини охоплюють соціальну сферу в цілому, що включає всі статеві і соціальні категорії, відносини всередині кожної категорії і взаємини між усіма групами. Гендерна проблема актуальна не тільки для суспільства, зацікавленого в соціальній стабільності і відтворенні своєї своєрідності в поколіннях: гендерна проблема виникає в житті кожного індивіда в процесі його соціалізації, і саме цей, особистісний її аспект є тим спільним знаменником глобальних процесів, з яким можна пов'язати «виклик глобалізації». Дійсно серйозні побоювання викликає розмитість соціального визначення дорослого індивіда, незалежно від статі, яка утрудняє і дезорієнтує процес дорослішання, і яка веде до деякої інфантильності дорослих, які не дуже чітко усвідомлюють себе такими.

Годзь Н.Б.

*Національний технічний університет
«Харківський політехнічний інститут»*

ДО ПИТАННЯ РОЗВИТКУ РОЗУМІННЯ ЗДОРОВ'Я, ГЕНДЕРУ ТА КУЛЬТУРНИХ СТЕРЕОТИПІВ У МАЙБУТНЬОМУ

Досить часто, коли торкаються питання майбутнього, у першу чергу починають задаватися роздумами стосовно змін у культурних ролях та відповідно – у нормах гендерних культурних стереотипів, які з'являться у майбутньому та частково перейдуть максимально незмінними з нашого часу в майбутнє. Поряд з цими механізмами, на нашу думку, не менш важливим є розгляд низки питань, пов'язаних як з можливими формами захворювань у прийдешньому, що, на наш погляд, можуть стимулюватися певними негативними впливами середовища у майбутньому (наразі й соціального), так й низкою факторів, які безперечно прив'язані до гендеру, особливо з позиції сприйняття свої соціальної ролі та з позиції відповідності очікуванням суспільства [2].

Питання структури та дії культурних стереотипів підіймалося нами неодноразово [1, с. 15–165]. Воно є важливим, оскільки низка факторів переходить з нами від покоління до покоління досить незмінною саме у формі гендерних стереотипів. Позитивом, як це не дивно, на нашу думку, є загальне домінування у науковій думці концепції реального розуміння людини та її місця, більш обґрунтоване ставлення до розуміння ролі природного, екологічного оточення людини. Важливо враховувати розгалуження екології на окремі напрями, що мають власну специфіку [3, с. 174–180]. Розуміння здорової людини, на нашу думку, функціонуватиме також й за допомогою механізму «постдороблюючого мислення», яке прив'язано до «віртуальної пам'яті неіснуючого простору», бо в

історичних проєкціях природних екологічних ніш воно може активно функціонувати. Розуміння здорової людини, таким чином, відновлюється і у духовній сфері життя, і у сфері матеріальних об'єктів, які на разі або вже зникли чи трансформувалися, або існують з втратами, чи ще не створені або не матеріалізовані в об'єктах, механізмах тощо. З цього приводу слід підкреслити, що стандарт здорової людини та стандарти розуміння наповненості поняття гендеру стереотиповими нормами також буде нести й новітні «вкраплення». А от чи будуть вони позитивними або негативними – на це потрібно буде весь час звертати увагу науковців та медиків, вчителів та соціальних працівників, аби проводити кореляцію й порівняння відповідно до розуміння їх справжньої очікуваної відповідності. Думається, все це можливо відтворювати за рахунок артикуляції подій та сенсів, а також за рахунок реального моделювання ланки віртуальної дійсності, яка орієнтована на розуміння та певні трансформації поняття гендеру на теренах розгортання основних тенденцій сучасного суспільства.

Література:

1. Годзь Н.Б. Культурні стереотипи в українській народній казці: текст. дис. канд. філос. наук : 09.00.04 філософська антропологія, філософія культури / Н.Б. Годзь. – Харків : Харківський Національний університет ім. В.Н. Каразіна. – 2003. – 199 с.

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

3. Карпенко К.І. Природа і жінка: перспективи екофемінізму в Україні. Монографія / К.І. Карпенко. – Харків : Крук, 2005. – 320 с.

Голубович¹ І.В., Тихомірова² Ф.А.

Одеський національний медичний університет¹

Одеський національний університет імені І.І.Мечникова²

ІНТЕГРАЦІЯ ГЕНДЕРНОЧУТЛИВОГО ТА ІНКЛЮЗИВНОГО ПІДХОДІВ – ШЛЯХ ДО СПРАВЕДЛИВОГО МІСЬКОГО ПРОСТОРУ

Маркерами справедливого простору міста є рівні можливості в сфері праці, освіти та відпочинку. Планування і проєктування міського середовища для людей з особливими потребами стають актуальною проблемою в багатьох країнах Європи. Зауважимо, що у багатьох регіонах світу, будинки і житлові послуги були традиційно організовані водночас з певною гендерною та інклюзивною «сліпотою». В багатьох країнах світу жінки складають більшість серед людей похилого віку, людей з обмеженими можливостями, вони більше залежать від суспільного транспорту. Саме такі жінки більше страждають від недосконалого функціонування транспорту, небезпеки суспільних просторів, планування неякісного житла. Безпека є очевидною проблемою, і деякі проєктні рішення (забезпечення належного освітлення вулиць, майданчиків) можуть зробити ці місця більш зручними для жінок. Всі ці міські проблеми наражають жінок на більшу небезпеку, ніж чоловіків.

Відома ідея «місце жінки – вдома» була одним з найважливіших принципів архітектурного проєктування і містобудування в багатьох країнах протягом останнього століття, саме так і люди з особливими потребами були фактично замкнені у житловому просторі, або в спеціальних закладах.

Ситуацію погіршує традиційно маскулінна думка про те, що всі сегменти суспільства хочуть, щоб докілька функціонально забезпечувало їх однаково. Ці міркування лежать в основі так званого «ейблізму» (дискримінації на користь здорових людей). Ейблізм містить також «приховані» та «відкриті» елементи гендерної дискримінації тих літніх жінок, чий фізичні можливості обмежені, і хто не може отримати доступ до багатьох споруд і міських просторів, міст відпочинку. Зараз більшість лікарень, аптек, банків, магазинів, театрів, кафе, переходів, парків, історичних місць і цілих вулиць для цієї групи людей є важкодоступними.

Гендер також є одним з ключових факторів в індивідуальному переживанні та використанні зелених насаджень та громадських парків. Зокрема, в Одесі для цих соціальних груп існують обмеження доступу на пляжі через розширення «зон платних послуг» зменшуються площі зон відпочинку біля моря без платних послуг і розростання настилів і інших капітальних споруд на піску.

При проектуванні парків та інших видів відкритого простору, важливо розуміти, що ці місця можуть бути по-різному пережиті і сприйняті чоловіками і жінками. За відсутності ретельного планування і будівництва, пішохідні та велосипедні доріжки можуть перетворюватися в погано освітлені місця, небезпечні для жінок і осіб з обмеженими можливостями.

Отже, міські споруди і проекти є далеко не просто нейтральними, декоративними або функціональними, а й такими, що наповнені соціальними сенсами й інтерпретаціями людської взаємодії, які можуть бути проаналізовані крізь призму гендерного підходу в даній галузі. Прийняття до уваги гендерної проблематики повинно стати однією з соціально-політичних цілей розвитку міських громад України. Взаємодія між правами людини, гендерними питаннями та питаннями міського планування, сприятиме створенню більш привабливих, відкритих і доступних міст.

Література:

1. Гендерний підхід: історія, культура, суспільство / ред. Л. Гентош. – Львів: ВНТЛ-Класика. – 2003. – С.30.

2. Від інклюзивного міста – до інклюзивного суспільства // Голубович І.В., Тихомірова Ф.А. // Людина як цілісність: філософсько-методологічні, соматичні та суспільно-психологічні аспекти здоров'я: Збірник матеріалів наукової інтернет-конференції, м. Одеса, 21 червня 2018 року /Одеськ. нац. мед. ун-т, каф. філософії та біоетики ; Міжнародна академія психосінергетики та альфології. – Одеса, 2018. – С. 101-105

*Гончаренко В.І., Матюшина В.О., Берегова О.О.
ДУ «Донецький ОЛЦ МОЗ України»*

ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я ЯКШЛЯХ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЛЮДСЬКОГО ПОТЕНЦІАЛУ: ВТІЛЕННЯ ТЕОРІЇ В ПРАКТИКУ

Сталий розвиток є одним з ключових питань сучасного розвитку всіх країн світу. Він є актуальним і для нашої держави з огляду на її економічні, соціальні та екологічні проблеми.

Концепція сталого розвитку спочатку розглядалась як сукупність та взаємодія двох складових: екологічної та економічної. Згодом ця концепція доповнилась соціальним чинником. Він формується з поліпшення умов життєдіяльності й відтворення населення, стану генофонду, рівня матеріального забезпечен-

ня і якості життя. Людина з її знаннями, навичками та вміннями стає ключовим ресурсом сталого розвитку.

В стратегічний план «Здоров'я – 2020», розроблений Європейською спільнотою, закладено політику, спрямовану на підтримку здоров'я та благополуччя людського суспільства, при цьому визначна роль відводиться системі громадського здоров'я.

Реформування української медичної галузі потребує обґрунтування та створення нормативно-правової бази для розвитку вітчизняної системи громадського здоров'я. Важливим кроком на цьому шляху стало затвердження Концепції з розвитку системи громадського здоров'я. На сьогодні МОЗ України вже розроблено орієнтовне положення про національний та регіональні центри громадського здоров'я, оприлюднено проект Закону України «Про систему громадського здоров'я».

Одним з напрямків роботи з формування здорового способу життя є використання сучасних комунікаційних методів щодо мотивації населення до такого способу. Зараз ця робота активно проводиться лабораторними центрами МОЗ України, в тому числі ДУ «Донецький ОЛЦ МОЗ України», переміщеному у 2015 році в м.Краматорськ.

На сьогодні діяльність ДУ «Донецький ОЛЦ МОЗ України» та Краматорської міської філії здійснюється в тісній співпраці. Останнього часу чимало зусиль докладено для суттєвого підвищення якості лабораторних досліджень та удосконаленню роботи з промоції здоров'я серед населення.

Фахівцями ДУ «Донецький ОЛЦ МОЗ України» в 2018 році з питань профілактики інфекційних і неінфекційних захворювань прочитано 1469 лекцій, проведено 34 круглих столи, 16 прес-конференцій, здійснено 171 виступ по телебаченню і радіо; підготовлено 480 санітарних бюлетенів, опубліковано 363 статті. Минулого року проведено гігієнічне навчання 14947 осіб, в тому числі працівників дитячих закладів – 8281 та 5460 робітників, чия діяльність пов'язана з виготовленням та реалізацією харчових продуктів.

ДУ «Донецький ОЛЦ МОЗ України» та Краматорська міська філії, виконуючи щоденну профілактичну діяльність має чималий досвід професійного піклування про власне здоров'я. Слід зауважити, що 90 % відсотків спеціалістів цих установ складають жінки. Вже протягом 12 років ними активно використовується свій спортивний зал з тренажерами та фізкультурним обладнанням, що розташований в будівлі закладу. Створення власного сучасного об'єкту для занять фізичною культурою дало змогу працівницям укріплювати своє здоров'я, плануючи власні заняття у ранкові та вечірні часи, оптимально обирати періодичність занять, коригувати фізичне навантаження залежно від віку та стану організму. Доброзичлива атмосфера та доступність спортивного залу для занять дозволила працівникам колективу стати серед медичної спільноти міста Краматорськ та області прикладом реальної та систематичної турботи про особисте здоров'я.

Для літнього відпочинку спеціалістів закладу та їх родин використовується база відпочинку в Лиманському районі. Живописне місце Донеччини, комфортні умови проживання та фінансова доступність зробили цей вид літнього оздоровлення для медпрацівників установи привабливим та популярним. Піклування про громадське здоров'я починається з турботи та відповідального ставлення до власного здоров'я.

КРАСА Й ЗДОРОВ'Я ТІЛА: СУПЕРЕЧНОСТІ СТЕРЕОТИПІВ

*Не від голоду, не від любові, не від страху, не від злості
усі наші мучення, а від нашого тіла все зло на світі.*

Від нього й голод, і любов, і страх, і злість.

Л.М. Толстой

Протягом усієї історії людства залишалось актуальним питання: «Що означає життя людини?» Одна грань – це існування тіла, не підкріплене духовною субстанцією. Інша грань – це душа, що втілила свою ідею у форму. У житті кожної людини закладено два початки: ідеальний (духовний) і матеріальний (тілесний), взаємозалежні й взаємовиключні один одного. Не можна абсолютизувати матеріальну сторону, стверджуючи, що людина складається тільки з тіла, так само як неможливо ідеалізувати його психічну сторону, і затверджувати, що людина полягає тільки з душі. Тілесність має рух, який, з одного боку, виражає зовнішній прояв функції тіла, а з іншого, – втілює внутрішню енергію душі.

В історії філософії людська тілесність досліджувалася з позицій протилежностей: тілесне життя й тілесна смерть, тіло людини й інші, тіло й душа. Сучасні підходи розглядають тілесність через співвідношення родового й індивідуального буття. Новизна цих підходів визначається акцентами на особливому феномені, що займає простір між душею й тілом у її фізичному вираженні. Мова, безумовно, іде про тіло. Уявлення про красу тіла мінялося протягом того, які критерії знаходило людство у визначенні краси: співвідношення природи й гармонії, візуальне сприйняття предмета й симетрія, корисність і шкідливість.

Суперечливість сприйняття тілесної краси обумовлювалася пануючим у кожному конкретну історичну епоху впливом певних уявлень про сенс життя, про роль людини й жінки у світі й суспільстві, умов життєдіяльності, релігійної свідомості й соціальних архетипів. Ці міркування важливі з позицій необхідності розуміння того, де цей ідеал не суперечив догмату про здорове й гарне тіло.

В епоху Античності культивувалося спортивне тіло з розвинутою мускулатурою. Еталонами гарного тіла у греків стали скульптури Аполлона й Афродіти. У Середньовіччя релігійні норми дорівняли до гріха будь-які пишні форми й щоб уникнути покарання й анафєми, жінки стягали свої тіла твердими корсетами й постійно постилися, доводячи себе до виснаження й деформації фігури. В епоху Відродження гарним вважалося велике тіло зі шляхетними формами. У жінок повинні були бути широкі плечі, на тілі не повинна була бути видна жодна кістка. Надмірно росле тіло, так само як маленьке й худе, порушували канони краси. Художники обожнювали тіло, намагалися привести його до ідеальних форм, обґрунтовували його математичні пропорції. Стиль Рококо ідеалізував жіноче тіло з осиною талією, стягнуте корсетами. В XVIII–XIX століттях жінки знову стають стрункими, з більш вираженими формами. XX століття відзначається частими змінами уявлень про красу чоловічого й жіночого тіла: на початку століття культивувався здоровий спосіб життя й спорт; після другої світової війни ідеалом стає жінка невисока на зріст із округлими жіночними формами. Наприкінці століття спостерігалось посилення спротиву загальнозначущим культурним нормам: справжню революцію проводять жінки із занадто великим зростом, чоловічою фігурою та низькою вагою; поширюється бодібілдинг, а також всілякі дієти. Деякі культурні

практики можна інтерпретувати як такі, що зламують соціальну норму: нарощування м'яз під час бодібілдингу – це бажання вийти за межі традиційних поглядів на сприйняття тіла як традиційної норми.

Отже, сучасні уявлення про красу суперечать догмату про здорове тіло, що може привести до виродження суспільства, зниженню естетичного почуття, духовному зубожінню. Протилежні думки про красу тіла спричиняють серйозні демографічні наслідки: жінка не може народити нормальне здорове потомство, а чоловіки стають жінкоподібними. Залучення тіла в різні сексуальні, спортивні, модельні та інші проєкції детерміновані саме зникненням тіла й надлишком засобів його стимуляції. Існує загроза, що якщо тіло віддадуть у цілковите володіння медикам, біореставраторам, програмістам, спортсменам, то воно «вийде із вживання», перестане бути джерелом природної краси й здоров'я, натхнення й гармонії, втілення життя й інтимних переживань.

М.Фуко демонструє конструювання нових форм тілесної ідентичності як взаємозв'язок соціальних і тілесних практик. Тілесність з'являється як об'єкт і продукт соціальних впливів, як матеріал, на якому «рисуються» норми й закони. Тілесний канон завжди вказував на співвідношення внутрішнього переживаного образу власного тіла з ідеальним тілом «іншого», тілом-каноном. Дисциплінарне тіло – це вже не гарне тіло, а продукт: тіло індивіда – це знання, яке можна одержати про нього.

Людство серйозно затурбувалося наслідками впливу біотехнологій на тілесну ідентичність і причини її трансформації. Клонування розглядається як остання стадія історії моделювання тіла, демонструється, що моделювання тіла на рівні генетичного коду як кібернетичного протеза дозволить продовжити тіло нескінченно за рахунок його самого, оскільки саме тіло являє собою лише нескінченну серію протезів.

Висновки. У пошуках ідентичності сучасна людина виявилася в ситуації онтологічної й аксіологічної невизначеності. Нав'язування тілу заданих твердих рамок суперечить природі людини, провокує втрату ідентичності тіла. Основними критеріями краси й здоров'я тіла повинні залишатися: дотримання принципу «не нашкодь»; підтримка природної, натуральної краси; здоровий спосіб життя; гармонія й відповідність внутрішньої й зовнішньої краси.

Гражданов Б. Р.,

Харківський національний медичний університет

ПРОБЛЕМА ПИТНОЇ ВОДИ В УКРАЇНІ

На цей час усе актуальніше постає питання забезпечення питною водою населення земної кулі. Погіршення якості та зменшення кількості згубно відображається стані здоров'я населення. Вода, як природний ресурс, використовується в багатьох сферах виробничої та продовольчої діяльності, що надає їй статус невід'ємної частини сучасного людства. Задля збереження запасів питної води необхідна розробка загальних правил користування й раціонального використання водних ресурсів Землі [2].

Метою нашого дослідження є аналіз та узагальнення сучасних екологічних проблем у галузі питного водопостачання в Україні.

Відповідно до ДСанПіН 2.2.4-171-10 «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною», питна вода, призначена для споживан-

ня людиною – це вода, склад якої за органолептичними, мікробіологічними, фізико-хімічними, радіаційними та паразитологічними показниками відповідає вимогам санітарного законодавства та державних стандартів необхідна для забезпечення фізіологічних, санітарно-гігієнічних, побутових та господарських потреб населення, а також для виробництва продукції, що потребує використання питної води [3]. За запасами питної води, Україна належить до малозабезпечених країн. Держава, водні ресурси якої не більше за 1,5 тис. м³ на одного громадянина, вважається водонезабезпеченою. У роки нестачі води цей показник для України складає 1,2 тис. м³, це передостаннє місце за запасами питної води на душу населення [6]. Не звертаючи уваги на нестачу водних ресурсів в Україні майже не виконуються міри запобігання втрати запасів питної води.

Водопостачання в Україні в усіх регіонах здійснюється з поверхневих джерел, при чому більшість з них незахищена від забруднення. Поверхневі водні об'єкти України займають 24,1 тис. км², що складає 4 % від загальної території. Найбільшими з них є Дніпро, Дунай, Тиса та інші [6]. Актуальною проблемою для всіх водних басейнів України є забруднення. Залежно від ступеня непридатності для вживання, водойми класифікуються як «забруднені» і «брудні», але в деяких притоках Дністра і Західного Бугу якість води є «дуже брудною» [4].

Кризовий стан водних ресурсів посилюється наявністю на території країни виробництв, які потребують у середньому в 4 рази більше води, ніж це є в країнах Європи і Америки. Питоме споживання населенням України питної води на добу теж перевищує європейські стандарти в 1,2 рази [1].

Найважливішою проблемою при забезпеченні питною водою населення України є поганий технічний стан водопровідної системи. Після лабораторних досліджень було встановлено, що більше, ніж 92% основних джерел водопостачання не рекомендується для подальшої експлуатації без ремонтних робіт [6]. Найгірша ситуація спостерігається у Східній, Центральній Україні [7].

Очистка води – штучне поліпшення якості природної або стічної води для наближення її властивостей та складу до гігієнічних нормативів й господарсько-технічних вимог [5]. Сьогодні в Україні відбувається очищення води за допомогою грубого та тонкого очищення води з метою знезараження, зокрема воно включає процеси первинного хлорування, фільтрації та дезінфекції [7]. Через вміст у воді великої кількості органічних сполук, на даний момент традиційне очищення не завжди дозволяє досягти зниження вмісту ряду шкідливих для здоров'я поллютантів. Потрібно зазначити, що застарілі технології у свою чергу є доволі енергоємними [1].

Отже, водопостачання потребує комплексний підхід. Система повинна базуватися на сучасних технологіях, відновленні мережі розподілу питної води, а також ефективних методах очищення природних вод. Альтернативними шляхом є застосування систем місцевого доочищення водопровідної води, що є не менш ефективним методом боротьби з забрудненням.

Список літературних джерел:

1. Аналіз актуальних чинників погіршення якості питного водопостачання в контексті національної безпеки України. Аналітична записка [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/articles/1037>

2. Водний кодекс України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/Z950213.html Вода: проблеми та шляхи вирішення ~ 59 ~ 6–8 липня 2016 р.

3. ДСанПіН 2.2.4-171-10 «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0452-10>

4. Екологічна ситуація та стан питної води в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.eco-live.com.ua/content/blogs/ekologichna-situatsiya-ta-stanpitnikh-vod-ukraini>

5. Запольський А.К. Водопостачання, водовідведення та якість води: Підручник. – К.: Вища школа, 2005. – 671 с.

6. Національна доповідь про якість питної води та стан питного водопостачання в Україні у 2012 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://old.minregion.gov.ua/attachments/content-attachments/1782/..2012.pdf>

7. Першегуба Я. Стан питної води в Україні. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.labprice.ua/naukovo-populyarni_statti/stan_pitnoi_vodi_v_ukraini

8. Питна вода [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ukrcsm.kiev.ua/media/umtst_doc/pres_conf/water.pdf

Гранкина С.С., Рисованая Л.М.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ВЛИЯНИЯ РЕПРЕЗЕНТАТИВНЫХ СИСТЕМ СТУДЕНТОВ ХНМУ

Современное медицинское образование вступило в стадию глобальных изменений. На протяжении полного цикла обучения будущим врачам приходится в полном объеме осваивать современные информационные системы и новейшие технологии в сфере образования и медицины, однако психофизиологические возможности восприятия полученной информации, как ведущие показатели успешной учебной и научной деятельности, у всех разные [1].

Студент получает информацию через свои органы чувств, и, в связи с этим, психофизиологи выделяют четыре системы восприятия информации, а именно: визуальную, аудиальную, кинестетическую и дигитальную, и преподаватель не имеет права пренебречь этим фактом. Отметим, что раньше приоритетным был аудиальный поток информации, т.е. в большинстве случаев студент получал информацию во время лекции. Однако, на сегодняшний день набирают все больше оборотов и два других метода, а именно визуальный (таблицы, мультимедийные лекции) и кинестетический (обучение на фантомах)[1].

Обычно студент ориентирован на какой-либо один из представленных методов восприятия информации, однако это не означает, что он не воспринимает информацию другими каналами. Деление по типам весьма условно, и большая часть людей используют не один канал получения знаний.

Статистические исследования показали, что в современном обществе около 25 % людей получают информацию кинестетически, 52 % – визуально, 15 % – аудиально и 8 % – дигитально. Мы считаем, что умение распознавать ведущую воспринимающую систему – одна из основных задач современного педагога, который сможет использовать полученные данные при планировании и проведении любых форм занятий (в том числе и комбинированных).

При работе над данной проблемой, были опрошены студенты ХНМУ I и II курсов. Выявлено, что у юношей и девушек различаются ведущие системы

восприятия. Так у 57 % юношей и у 47 % девушек ведущей воспринимающей системой является визуальная; 8 % юношей и 22 % девушек считают себя аудиалами; 23 % юношей и 26 % девушек признали себя кинестетами; 5% юношей и 8 % девушек – дигитаты. Однако, вопреки теоретическим ожиданиям, явной взаимосвязи между уровнем успеваемости и типом репрезентативной системы выявить не удалось.

Также, после опроса, было выявлено, что изучение медицинской и биологической физики, а также медицинской информатики для будущих врачей является достаточно большой проблемой, что может вызывать сложности в их практической деятельности. Трудности с изучением данных дисциплин, согласно ведущих воспринимающих информацию систем, испытывают дигиталы (43 %), визуалы (39 %) и аудиалы (58 %). Легче всего данные дисциплины даются кинестетам (68 %).

Отметим, что проблема успешности высшего образования частично может быть решена использованием инновационных и интерактивных форм обучения, которые будут направлены на различные типы воспринимающих систем. Такими спасительными формами обучения могут стать мультимедийные лекции, сопровождающиеся аудиальной информацией; кейс-технологии; симуляционные навыки наряду с аудиальной и визуальной информацией и др. [2]. Все это способствует не только развитию всех репрезентативных систем, но и выбору более подходящего источника информации самим будущим врачом.

Таким образом, проведенное исследование позволяет говорить о наличии гендерных различий в ведущих воспринимающих системах студентов ХНМУ и необходимости учёта данных особенностей большинством преподавателей.

Литература:

1. Зенкина В.Г., Сахоненко В.А., Артюшенко Б.Г., Солодкова О.А. Репрезентативные системы студентов-медиков и успешность обучения в ВУЗе // Современные наукоемкие технологии. – 2016. – № 1. – С.111-114.
2. Dror I., Schmidt P., O'connor L. A cognitive perspective on technology enhanced learning in medical training: great opportunities, pitfalls and challenges // Med. Teach. – 2011. – Vol. 33 (4). – P. 291-296.

Григорьева С. В.

Психотерапевт, Одесса (PhD в области медицинской психологии)

АСИММЕТРИЯ МОЗГОВЫХ СТРУКТУР МАМЫ И РЕБЕНКА. БАЛАНС СОЦИАЛЬНОЙ И МАТЕРИНСКОЙ УСПЕШНОСТИ ЖЕНЩИНЫ

Мы заинтересовались, существует ли связь между параметрами асимметрии мозговых структур в диаде мать–ребенок и распределяются ли эти параметры (латеральность) в паре ребенок-мать. В исследовании представлены латеральные показатели позной асимметрии мозга 312 человек – подростков и их матерей (сопоставлялись переплетение пальцев рук, скрещение рук на груди, прицеливание и аплодирование). Результаты пробы определения ведущего глаза у пары мама-ребенок, внесенные в двухвходовые таблицы ($\chi^2= 3.88$, $\phi= -0.17$, $Q= -0.34$, $C=-0.17$), показали значимую обратную зависимость в корреляции. Следовательно, в «зрительных буграх» или таламусе у этой пары формируется анатомическая обратная зависимость в доминировании полушарий. Например, часто встречающиеся характеристики: Мама. Умеет планиро-

вать новые дела, действовать логически, редко мечтает наяву, пунктуальна. Подросток. В противоположность ей, имея доминантное правое полушарие, склонен взаимодействовать с миром спонтанно. Он может мечтать наяву и видеть яркие сны, быть не пунктуальным. Будут ли отношения у мамы и подростка в виде баланса или конфликта зависит от способности мамы принять противоположную стратегию мышления ее ребенка.

Известно, что в коре под влиянием импульсов, исходящих из неспецифических ядер зрительного бугра генерируются таламические водители α -ритма. Связь мамы-ребенка в таламусе предполагает, что возможно, младенец (до трех месяцев не имеющий α -ритма) бессознательно подстраивает свой таламический водитель под материнский α -ритм, компенсаторно ориентируясь на поддержание сенсорных импульсов матери. У детей с патологией зрения контакт с матерью происходит через сомато-сенсорные пути, которые также замыкаются в таламусе.

Нарушения ритмической последовательности α - ритма у мамы в первые несколько месяцев после рождения ребенка могут нарушить формирование таламического синхронизирующего механизма α -ритма у младенца. Очень важно для мамы в названный нами «четвертый триместр беременности» научиться общаться с младенцем спокойно, расслабленно. Послеродовая перестройка женщины, описываемая как депрессия, возможно является природным отключением мамы от внешней отвлекающей афферентации и настроенностью ее на ощущение своего и ребенка внутреннего мира, которое является продуктивным для развития мозга ребенка.

Молодой маме после родов, часто хочется быстро вернуться в привычную социальную жизнь, а это требует от нее активного включения β -ритма, ритма нейрофункциональной активности. Построить же взаимодействие с ребенком в привычном ей, левополушарном стиле, с выполнением аналитических задач и работой по определенным алгоритмам, опасно для развития мозга ребенка. Иногда приоритет социальной успешности женщины строится в противовес материнской функции. Но природа настойчиво сохраняет свои законы развития, в которых заложено правополушарное взаимодействие мамы и младенца. И в зачатии и в беременности α -ритм очень важен.

Исходя из описанных исследований, основной функцией системы мама-ребенок является создание эффективного баланса в межполушарном взаимодействии. Как будут проявляться взаимоотношения в паре, в виде баланса или конфликта, будет зависеть от того, насколько зрелой личностью является мама (насколько она способна воспринимать кардинально другой способ взаимодействия с миром, который осуществляет ее ребенок). Баланс заложен на глубинном уровне и это одно из условий обеспечения эволюционного развития человека.

Гулько Н. В.

ДУ "Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України"

АКТУАЛЬНЕ УЯВЛЕННЯ ЩОДО КІЛЬКОСТІ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

За умов депопуляції в країні уряд має дбати про людський потенціал та сприяти поліпшенню його репродуктивного здоров'я. Стан репродуктивного

здоров'я багато в чому визначається способом життя людини, відповідальним ставленням до власного здоров'я, а також рівнем її інформованості з питань репродуктивного здоров'я, можливостей його збереження та реалізації репродуктивних прав. При розробці державних програм соціальної, демографічної та сімейної політики важливо бути обізнаним щодо кількісних та якісних параметрів населення.

Метою дослідження обрано аналіз сучасних кількісних та якісних параметрів жінок репродуктивного віку.

Використано дані Державної служби статистики України про розподіл жінок репродуктивного віку (15–49 років) станом на 01.01.2018 р. (сайт: www.vn.ukrstat.gov.ua). Методи дослідження: загальнонаукові, демографічні та математико-статистичні.

Показано, що станом на початок 2018 р. в Україні проживало майже 22,66 млн. жінок і 10,0 млн. (44,1 %) із них були у віці 15-49 років. 7,1 млн. жінок або 71,0 % від чисельності жінок репродуктивного віку проживали у містах. Як у містах, так і у селах майже 50,0 % із них перебувало у віці понад 35 років і мали можливість реалізувати свої репродуктивні настанови (0,001 середнє число народжень у майбутньому житті при досягненні віку 48-49 років, 0,164 – 35 років). У міських поселеннях максимум жінок припадає на вік 34 (283,1 тис. осіб), 33 (278,9 тис. осіб) та 31 (266,0 тис. осіб) років, сільських поселеннях – 30 (100,3 тис. осіб), 31 (98,9 тис. осіб) та 29 (98,2 тис. осіб) років.

У країні народжено живими в 2017 р. майже 364,0 тис. малюків, що на 33,1 тис. менше ніж у попередньому році. Загальний коефіцієнт народжуваності дорівнював 9,4 ‰ (місто – 9,2 ‰, село – 9,9 ‰), а спеціальний – 39,6 дитини на 1000 жінок фертильного віку.

Найбільша інтенсивність народження була у віці 25-29 (84,8 дитини на 1 000 жінок відповідного віку) та 20-24 (79,5 – дитини на 1 000 жінок відповідного віку) років, найменша – 40-44 років (5,9) та 45-49 років (0,7). Середній вік матері при народженні дитини в країні – 27,64 роки.

За порядком народження у матері 46,7 % малюків це первістки та 36,2 % – другі діти. Сумарний коефіцієнт народжуваності на одну жінку в Україні дорівнює 1,374 (місто – 1,283, село – 1,522) і не забезпечує простої заміни поколінь.

Співвідношення чоловіків та жінок фертильного віку сприятливе для укладання шлюбів та виховування дітей, але кожен п'ятий малюків народжений матерями, які не перебувають в зареєстрованому шлюбі.

Результати аналізу дають підстави вважати, що найближчим часом сподіватися на збільшення кількості новонароджених не варто, так як у фертильний вік вступило малочисельне покоління, народжених у кінці 90-х років (кількість жінок у віці 15–19 років у 1,4 (село) – 1,8 (місто) рази менша ніж у віці 45–49 років). До того ж, як показують дослідження науковців стан репродуктивного здоров'я жінок є низьким (за даними Пирогової В. та Ференц М. 15 % жінок фертильного віку репродуктивна функція не може бути здійснена, а 63 % випадків її реалізації є вкрай утрудненими), а рівень зубожіння населення – високим (Курило І.О. та співав., 2018).

Репродуктивні права є частиною основних прав людини і народження дитини є нормальним явищем, котре свідчить про здатність населення держави до самовідтворення. Але з іншої точки зору, дитина є соціальним ризиком для сім'ї (втра-

та жінкою роботи на час догляду за дитиною, народження дитини-інваліда, ускладнення під час вагітності чи пологів і інші), який впливає на реалізацію репродуктивних настанов. Таким чином, державі необхідно терміново вдосконалювати соціальну та медичну складову гарантій жінці та сім'ї при народженні дитини, яка буде сприяти підвищенню якості життя та реалізації репродуктивних настанови щодо народження других та наступних дітей.

Дейнека В.В.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕР В ПЛОЩИНІ МОРАЛІ ТА ВОЛІ

Сучасний гендерний дискурс усе частіше проявляє себе у специфічних формах присутності в політично-правовій сфері. Суспільна ситуація демонструє наявність конфлікту між прихильниками гендерної рівності та захисниками традиційних сімейних цінностей. Діяльність соціально активних організацій, що переймаються проблемами гендерночутливих груп, здебільшого спрямована на зміну формальних статусів, правових норм та регулятивних механізмів. Поборники традиційних сімейних цінностей апелюють до моральних систем, в основі яких лежать релігійні канони, які за своєю суттю є формалізованими системами. Також у якості альтернативи релігії використовують прагматичний підхід, який передбачає пошук раціональних аргументів у площині фізіологічних особливостей чоловіків та жінок. Дослідники гендерної самоідентифікації вбачають проблеми у існуючій системі стереотипів, патернів та механізмах їх відтворення й тиражування. Такий підхід орієнтований на зовнішні щодо особистості чинники. Через зміну правових ландшафтів та смислових фонів прихильники гендерної емансипації прагнуть перенаправити волю своїх опонентів.

Саме добра воля, як складній феномен духовного буття людини, є важливим елементом у протистоянні прихильників протилежних гендерних візій. Кант І. у своїй концепції «метафізики моралі» надає функціональну модель, яка може бути використана для розгляду гендерної проблематики у площині моралі. Згідно з кантівською моделлю, воля людини найтіснішим чином пов'язана із почуттям обов'язку, а через нього – із совістю. На думку Канта, добра воля ніяк не залежить від фізіології, а направляє розумом через механізми формування максим волі та імперативів. Оскільки обов'язок передбачає необхідність дії незалежно від впливу несприятливих факторів, він являє собою служіння певній меті, як ідеальному об'єкту.

Важливим аспектом ідеальних об'єктів виступає їх естетичне навантаження. Елементи ідеального, оскільки вони формуються в результаті абстрагування, завжди позбавлені остаточного визначення чи формалізації. У різні періоди соціально-історичні чинники створюють умови для формування ситуативних комплексів ознак, що приписуються у колективній свідомості ідеальним об'єктам. Через такі комплекси ознак здійснюється зв'язок ідеального з матеріальним. До останнього належать класи об'єктів, що слугують основою для абстрагування.

До одних з найважливіших об'єктів реальності, що оточують більшу частину людей у повсякденному житті, можна віднести найближчих родичів та членів сім'ї. У першу чергу, це батьки (мати і батько) й діти (сини та доньки). Таким чином, допоки залишається потужний зв'язок між батьками й дітьми, бу-

дуть існувати абстрактні образи сім'ї, матері, батька, сина, доньки та похідні від них. Ідеальні образи набувають певної конкретики для визначення ознак, що характеризують їх у естетичній площині як прекрасне, та у моральній – як досконале. Оскільки свідомо цілеспрямована діяльність може бути оцінена з позиції моралі та естетики, важливим регулятивним фактором поведінки людей виступає обов'язок, як направлення власної волі у відповідності до ідеального зразка. Тож, поки фізіологічні відмінності між статями унеможливають можливості жінки бути батьком, а чоловіка – матір'ю, елементи ідеального сприйняття матері-жінки та батька-чоловіка будуть залишатись у колективній свідомості, що буде основою для формування різних стратегій обов'язку.

Список літератури:

1. Бем С.Л. Линзы гендера: Трансформация взглядов на проблему неравенства полов / Пер. с англ. — М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2004. - 336 с.
2. Ильин Е.П. Пол и гендер. — СПб.: Питер, 2010. — 688 с.
3. Основы теории гендеру: Навчальний посібник. – К.: “К.І.С.”, 2004. – 536 с.
4. Кант И. Основы метафизики нравственности (цифрова бібліотека)

*Денисова Е.Г. Стоян Е.Ю., Соколова И.И.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ ВЫБОРА СПЕЦИАЛЬНОСТИ В РАМКАХ СТОМАТОЛОГИИ

В своем становлении врач проходит несколько стадий образования: высшее учебное заведение, интернатура, где получает квалификационную категорию «врач–стоматолог». Но для непосредственной лечебной деятельности ему нужно выбрать специализацию в рамках специальности «Стоматология». Стоматология имеет четыре основных направления, это терапия, хирургия, ортопедия и детская стоматология. Развитие научных знаний и технологий увеличило и количество узких направлений: эндодонтия, пародонтология, имплантология и др. Поэтому выбор дальнейшей узкопрофильной деятельности ставит перед выпускником серьёзную задачу, которую он должен решить в течение обучения в интернатуре.

Целью работы явилось исследование гендерных особенностей выбора специальности у врачей-интернов стоматологов 1 и 2 года обучения в системе последипломного образования.

Методы исследования. В исследовании участвовали 96 врачей-интернов, из них 45 мужского пола и 51 женского пола, которые проводились на первом году обучения и в конце второго года интернатуры, т.е. через 20 месяцев. Согласно учебной программы, в течение 2 лет обучения у интернов предусмотрено 2 очных цикла и 1 заочный, которые предполагают формирование выбора дальнейшей специализации. Для выявления потенциальной склонности к той или иной специальности было проведено анонимное анкетирование интернов.

Результаты исследования. Первое анкетирование выявило гендерные различия в предпочтении специализации у врачей интернов 1 года обучения: терапевтам хотели быть 40 женского пола и только 5 мужского пола, при этом по-прежнему «мужскими» специальностями оставались хирургия и ортопедия.

Первой хотели заниматься 13 мужчин, второй – 26, тогда как у женщин эти показатели были 2 и 5 соответственно. Сложнее было с детской стоматологией (ДС): как мужчины, так и женщины видели себя ортодонтами, при этом ни хирургический, ни терапевтический аспект ДС не рассматривался вообще. Анкетирование через 20 месяцев отобразило значительные изменения в приоритетах. Количество мужчин и женщин готовых заниматься терапией уменьшилось до 2 и 31 человека соответственно, но увеличилось количество женщин, готовых стать хирургами (до 4) и ортопедами (до 8). При этом снизилось количество мужчин-хирургов до 10, но увеличилось их в группе ортопедов - до 28. Как у мужчин, так и у женщин увеличилось количество анкетировуемых в группе ДС, но опять-таки, в аспекте ортодонтии (табл. 1).

Таблица 1

Выбор специальности у врачей-интернов стоматологов

| Исследуемые группы | Специальности | | | |
|---------------------------------|---------------|----------|-----------|----------------------|
| | Терапия | Хирургия | Ортопедия | Детская стоматология |
| Мужской пол (1 год обучения) | 5 | 13 | 26 | 1 |
| Мужской пол (2 год обучения) | 2 | 10 | 28 | 5 |
| Женский пол (1 год обучения) | 40 | 2 | 5 | 4 |
| Женский пол (2 год обучения) | 31 | 4 | 8 | 8 |

Таким образом, традиционные ролевые модели являются одним из факторов, влияющих на карьерные решения интернов, особенно те, которые они видят во время клинической практики – это модель женщина – терапевт, мужчина – хирург или ортопед. Это потенциально объясняет, как с течением времени воспроизводятся текущие гендерные модели. Парадигматические траектории в женских и мужских специальностях ограничивают выбор интерна, сдерживают его творческий потенциал, и соответственно их профессиональную реализацию. Выходом из данной ситуации, на наш взгляд, является сочетание двух специальностей в рамках профессии: терапия и/или хирургия, ортопедия, широкий диапазон в рамках ДС (терапия, хирургия, ортодонтия).

Вывод. Различные теоретические позиции гендерного выбора профессии определяют разные степени свободы действий – способность к самоопределению людям, ищущим себя в мире избранной профессии.

Добридень О.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ОСНОВНІ ЗАСАДИ

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

Здоров'язбереження – це постійна багатогранна стратегічна діяльність. В ідеальному розумінні стратегію здоров'язбереження має пропонувати і втілювати держава, тим самим зверху мобілізуючи потенціал своїх громадян у прагненні бути здоровими. На жаль, оцінки з боку фахівців того, що відбувається і з

яких причин не працюють законодавчі конструкти в Україні, не додають нам популярності у світі. Тому годі обманюватися: жодне рятівне фінансування з боку партнерів України не допоможе, якщо воно потрапляє на поле, здобрене некомпетентністю й кризою моральності. При цьому слід пам'ятати, що кожен з нас уміщує в собі власну державу із законодавством у вигляді рівня та якості освіченості й моральних принципів і виконавчою системою у вигляді сили волі й активної життєвої позиції. Перевірка на витривалість законодавчої та виконавчої системи соціального суб'єкта відбувається у доволі несприятливих умовах. Бо окрім адаптації до зовнішніх об'єктивних чинників, пересічний українець мусить при звичаюватися до їх трансформованого змісту в Україні.

Іншими словами, нині ми маємо чотири взаємозумовлені обставини незадовільного стану системи охорони здоров'я в Україні.. По-перше: відсутність соціально-економічної й геополітичної стабільності в Україні. По-друге: незадовільні статистичні показники захворюваності населення в Україні і, як наслідок, скептичне ставлення громадян до існуючої системи охорони здоров'я в Україні. По-третє: розширення ракурсів впливу глобалізаційних процесів. По-четверте: низький рівень особистих здоров'язбережувальних знань і, в цілому, здоров'язбережувального просвітництва в країні.

Всі чотири обставини явно вказують на дефіцит уваги до здоров'я громадян з боку держави. Звісно, можна виправдати такий дефіцит геополітичними проблемами. Проте, факт залишається фактом: щоб бути здоровим українець на разі повинен вправно орієнтуватися не лише серед безлічі медико-профілактичних і оздоровчих товарів і послуг, але також додержуватися головних принципів здорового споживання в харчуванні, побуті, відносинах. Під здоровим споживанням пропонуємо розуміти осмислену стратегічну модель поведінки, спрямовану на здоров'язбереження під час купівлі, застосування й утилізації товарів і послуг у всіх сферах повсякденного життя. Здорове споживання потребує формування і дотримання власної ідеології здоров'язбереження. Параметри ідеології здоров'язбереження в кожному окремому випадку визначаються багатьма факторами: способом життя, рівнем освіти, об'єктивними умовами середовища тощо. Утім, фундаментальними у здоров'язбережувальній ідеології мають бути здоровий глузд, кваліфікованість і раціональність. В цьому сенсі самоосвіта стає дуже важливою ланкою між людиною та глобалізованим світом.

На відміну від традиційної освіти, що обов'язково передбачає наявність закладів освіти, організований педагогічний процес і дотримання офіційних освітніх програм, неформальна освіта та самоосвіта в контексті здоров'язбереження неодмінно визначаються існуючою активною позицією соціального суб'єкта у зверненнях до альтернативних джерел інформації та його прагненням до критичного аналізу фундаментальних засад здоров'язбереження за умов соціально-економічних, культурних і технологічних змін. Невипадково, що згідно з проведенням автором опитуванням людина, приміром, з хронічними захворюваннями, характеризується більшою вмотивованістю до здоров'язбережувальних дій. Її активна позиція визначається бажанням повернутися до нормального життя або, бодай, прагненням не погіршувати вже наявний стан. У разі, коли йдеться про ту частину населення, яка вважає свій стан здоров'я більш-менш відповідним нормі, звернення до самоосвітньої діяльності

виглядає несистемним, хаотичним і в більшості випадків скеровується модою, рекламою та іншими агентами впливу в суспільстві споживання.

Таким чином, систематичність самоосвітньої діяльності та регулярність упровадження здобутих знань у повсякденному житті прямо пропорційно співвідноситься з рівнем мотивації та ступенем усвідомлення важливості здоров'язбереження.

Дроздова Т.О.

Черкаський державний технологічний університет

ЕКОФЕМІНІЗМ У ФРАНЦІЇ: ВИТОКИ І СЬОГОДЕННЯ

Екофемінізм – це рух, що розвивається переважно в англomовних країнах і має на меті, розкривши зв'язки між пригніченням жінки та природи, боротися і з тим, і з іншим. Але сам термін *екофемінізм* (1974) та ідея поєднання екологічної та феміністської думки (1972) виникли у Франції і належать французькій письменниці, журналістці, феміністці Франсуаз до бонн.

Екологічна проблематика 70-х була ускладнена французькою феміністкою виміром, що враховував суспільну диспозицію Ця ієрархічна структура для Франсуаз до бонн є вираженням відношення до природи. Зокрема, гендерні відносини мусять перебувати в основі даного аналізу, оскільки чоловік завжди підкоряв і пригноблював жінку та водночас підпорядковував природу, надмірно експлуатуючи її заради власних потреб. Тож, екологічний апокаліпсис, що, на думку до бонн, насувається невідворотно, є лише логічним завершенням 5000-річних владних режимів та західного способу життя в цілому, базованому на раціоналізмі, консюмеризмі, нерівному розподілі товарів – пригніченні та капіталістичній експлуатації на користь чоловіків. Екофеміністська практика, відтак, полягає у критиці концепцій, ідеологій 20 ст. (структур, що містяться в його основі та впливають на свідомість та буття людини), покликана змінити сучасне суспільство не лише економічно або політично, а на глибинному колективному та індивідуальному рівнях, в результаті чого вся структура суспільства і відносини між людьми будуть змінені, а світ матиме шанс на виживання.

Здавалося б, ця проблематика мусила наснажувати й підживлювати потужний феміністичний рух у Франції. Натомість місце екофемінізму у сучасному інтелектуальному та громадсько-активістському ландшафті Франції є парадоксальним, оскільки не можна не побачити, попри поодинокі згадки та розвідки, його майже повну відсутність.

Як пояснити цей провал? Можливо, однією з причин є суперечлива особистість і маргінальний статус до бонн у суспільному рухові, викликаний її радикальними поглядами щодо революційного спротиву насильству. Якщо хоча б невеликий чинник ігнорування екофемінізму полягає в цьому, то нинішня протестна активність «жовтих жилетів» може надати шанс екофемінізму вийти із забуття. Можливо, причина полягає у певній ізоляції французького фемінізму від транснаціональних рухів, у відсутності зв'язків між екологами та феміністками або у відсутності у феміністок інтересу до екології. Але чому тоді, коли мало хто в світі може залишатися нейтральним на межі екологічної катастрофи, французький фемінізм залишається осторонь? Навіть більше, в середовищі жіночого руху побутує контр-екологічна ідея небезпеки повернення до природи. Річ у тім, що сам концепт природи для французького фемінізму

виглядає як такий, що суперечить первинній настанові звільнення жінки, і це відбувається внаслідок непересічного впливу та потужності думки Сімони де Бовуар, де натуралізація виступає дієвим інструментом відчуження та пригнічення жінки. Варто згадати хоча б тези про те, що жінкою не народжуються, або, що біологія – це не доля. Таким чином, поняття природи містить у собі тенденцію до редукції або елімінації свободи в ім'я природних законів. Крім того, державні закони, що приймалися заради захисту довкілля, або дискусії довкола них, часто мали консервативний і навіть реакційний характер, варто згадати хоча б аргументи проти контрацепції, абортів, гомосексуалізму, одностатевих батьків, феноменів, що традиційно мали наліпку неприродного. Тож, все, що обстоюють феміністки, має вигляд неприродного, а проти чого виступають – навпаки.

Та світ природи, суспільна структура, людина в ній змінюються, не залишаються сталими і концепти для осмислення цих феноменів. Криза відносин людства з природою поглиблюється і, безсумнівно, є головною темою 21 ст. Тому, аби не залишитися на маргінесах соціального дискурсу і практики, фемінізм, зокрема французький, мусить піддати рефлексії власні первинні настанови і звільнитися від власних стереотипів так само, як він протягом багатьох років звільняв від них традиційне суспільство.

Дроздова А. Г.

Харьковский национальный медицинский университет

ЕЩЕ РАЗ О ГЕНДЕРНОМ РАВЕНСТВЕ В ХИРУРГИИ

Говоря о гендерном равноправии, следует вспомнить, что под данным изречением подразумевается концепция, повествующая о достижении равенства в правах между мужчинами и женщинами в семейных и других правовых отношениях. По мнению некоторых исследователей, равенство полов является следующей ступенью социо-половых отношений после патриархальной системы. Равенство полов, как принцип, состоит в том, чтобы изучить и устранить все социальные барьеры, мешающие человеку проявиться как личности, а также создать равные социальные возможности для реализации личности мужчин и женщин во всех сферах жизнедеятельности в зависимости от предпочтений автономной личности.

Как и у любой другой концепции, у данной концепции есть свои «поклонники» и свои «критики». «Поклонники» утверждают, что понятие равенства есть предоставление каждому равных возможностей. «Критики» же считают это фактически невозможным, поскольку мужчина и женщина устроены отлично друг от друга не только физиологически, но и ментально.

Как аспирант кафедры хирургии и представитель данного направления медицины, будучи «особью женского пола», не могу не затронуть тему гендерного равенства в своей профессии. Не секрет, что хирургия в Украине и других странах постсоветского пространства преимущественно представлена мужчинами. В западных странах все-таки процент женщин-хирургов выше. Здесь, как мне кажется, не последнюю роль играет наш менталитет. Все-таки есть в нашем обществе какие-то невидимые барьеры, которые тяжело преодолеть. И дело тут не в физических возможностях и умственных способностях. Рассказы о том, что женщина не в состоянии много часов работать в операционной или отрабо-

тать пять рабочих дней, включая часы ненормированного труда и два ночных дежурства в неделю – полная ерунда. Женщина может все, если, конечно, захочет. Другой вопрос, что подобный труд действительно нужно любить и тогда он не будет в тягость, а многие дамы на это не просто способны в силу увлечения другими сферами жизни. То есть, я хочу сказать, что в данном вопросе больше предрассудков, чем конкретных фактов. И эти предрассудки общества, конечно, зачастую мешают женщине в достижении ее профессиональных целей. По себе могу сказать, что когда трудоустроилась в интернатуру хирургом имела ряд проблем и получила несколько ничем не аргументированных отказов. Та же проблема меня настигла и во время трудоустройства в поликлинику (в качестве совместителя). Далее, и в интернатуре по хирургии, если будет выбор между парнем и девушкой, всегда предпочтение отдадут интерну-хирургу мужского пола. Мне кажется, что это не совсем верно, ведь у женщины, даже, учитывая физиологические особенности, масса положительных качеств, которые могут сослужить ей добрую службу при становлении хирургом. Например, усидчивость и обстоятельность. Никогда мужчина-хирург, каким бы «специалистом экстракласса» он ни был, не будет столь тщательно подходить к ведению тяжелых пациентов, как женщина. К тому же, женщины намного реже имеют вредные привычки, что сказывается на производительности труда. Таких примеров можно привести массу. Конечно, труд хирурга тяжел, не только физически, но и ментально, ведь хирургия занимает много жизненного пространства. Но, когда женщина принимает для себя решение «стать хирургом», она должна быть к этому готова и отдавать себе отчет в том, что, выбирая хирургию, она выбирает не профессию, а образ жизни. Я просто считаю, что данную профессию могут представлять как мужчины, так и женщины, она ничем не отличается от других, как и любая другая специальность имеет свои преимущества и свои недостатки. Но сейчас все еще, к сожалению, в данной отрасли мужчине стоит приложить намного меньше усилий, чем женщине, для того чтобы доказать, что ты чего-то стоишь как врач. Хотя если задаться целью, возможно все. Главное – любить то, чем ты занимаешься, только тогда можно развиваться в профессии вне зависимости от пола.

Возвращаясь к вопросу гендерного равенства, хочу сказать, что для меня равенство полов есть возможность развития женщины как женщины, а мужчины как мужчины, имея при этом возможность выбирать профессию, образ жизни, стиль в одежде и т.п. А вообще, в заключение хочу привести слова своей любимой мамочки «Женщина должна оставаться женщиной в любой ситуации, вне зависимости от времени года и суток, образа жизни, профессии, религиозных предпочтений и всего остального». Другими словами, следует формировать новый стереотип, который вводит в норму принцип: «быть профессионалом и оставаться женщиной», а не «бать профессионалом или оставаться женщиной».

Дышкант Т.Н.

Харківський технічний університет «Харківський політехнічний інститут»

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ И ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

Одним из значений понятия «экономика» является ее понимание как хозяйственной деятельности. Главная функция экономики – создание благ, удов-

летворяющих материальные потребности, к которым относятся потребности в пище, одежде, жилище и т.д. В связи с этим, С.Н. Булгаков рассматривал все человеческое хозяйство как частный случай биологической борьбы за существование. Без трудовой деятельности, преобразующей природу невозможно существование человека. Но угрожающим является и нарушение экологического равновесия, возникающее вследствие этой деятельности, которое в наши дни достигло уровня экологического кризиса.

Современная история человечества связана с процессами глобализации. Возникает проблема перспектив процесса формирования единого человечества и пока на данный момент большого оптимизма они не внушают. Чаще всего речь идет об экономической глобализации, сопровождаемой культурой потребления, а не о создании целостного духовно и материально богатого человеческого сообщества. Современные реалии таковы, что наблюдаем уже переходящий в пропасть разрыв между богатыми и бедными странами. Данный разрыв сопровождается рисками для экологических катастроф для так называемых стран третьего мира. Отсутствие юридических механизмов, регулирующих локальное воздействие производственной сферы на окружающую среду, делает страны со слаборазвитой экономикой уязвимыми для экспансии ТНК. Непрерывная и интенсивная производственная деятельность приводит к расширению локального экологического кризиса до масштабов регионального кризиса. Так многолетняя разработка нефтяных месторождений транснациональной компанией Shell привело к масштабному загрязнению территории нигерийской области Огони. Последствия истощения ресурсов стран третьего мира в совокупности с загрязнением почвы, воды, атмосферы грозят уже кризисами планетарного масштаба.

Таким образом, экспоненциально расширяющаяся модель потребления приближает экологическую катастрофу, ведь стандарты массового потребления связаны с постоянно возрастающим количеством товаров, производимых на основе эксплуатации природы.

На современном этапе экономическая деятельность из борьбы за существование перерождается в орудие самоубийства человечества. Глобализация вносит изменения не только в социальную организацию, но и в осознание мира. Наблюдаем в современном мире парадоксальную ситуацию – мир фактически оказывается все более разделённым, а информационное поле создает в представлении образ целостности. Современное экономическое мышление по сути своей является сегрегационным. Если действовать с позиций капитализма, то не выгодно тратить средства на развитие отсталых стран и даже целых континентов, проще отгородиться от них, попутно превратив их в сырьевой придаток или разместив там опасные для окружающей среды производства. Одним из ярчайших примеров того, какие риски для экологии, здоровья и жизни людей несут такие объекты, стала трагедия в индийском городе Бхопал в 1984 году, где произошла трагедия на химическом заводе, принадлежащем американской химическо-промышленной корпорации Union Carbide. В результате аварии в атмосферу было выброшено около 42 тонн ядовитых паров.

На основе вышесказанного можно констатировать, что надежды на глобализм как на ощущение единства человечества, мирный симбиоз его и природы несбыточны, пока он существует в современном виде именно из-за его экономического перекоса. Тенденция к разъединению – это варварство. Создается

опасная коллизия, человек представляет ситуацию искаженным образом, а, следовательно, исправить ее для него затруднительно. Переход к экологическому мышлению, которое, по сути, является мышлением планетарным, мог бы стать выходом из кризиса. Это мышление, преодолевающее расколотость и фрагментарность, порождаемые культурой постмодернизма и нацеленное на долгосрочные перспективы, в отличие от современного экономического мышления, ограниченного коммерческой сиюминутностью.

Дятлова І.В.

*Харківський національний університет Повітряних Сил
ім. Івана Кожедуба*

ГЕНДЕРНА ПОЛІТИКА В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ: СТАН ТА ПРОБЛЕМИ

Проблема забезпечення гендерної рівності є суттєвою проблемою для розвитку українського війська. Ця проблема набула актуальності саме в умовах сьогодення, коли Україна активно впроваджує стандарти НАТО в усі сфери життєдіяльності Збройних Сил України. За даними МО України загальна чисельність жінок у Збройних Силах нараховує 55 тисяч (це 22,4% від усього війська), а серед них понад 25 тисяч жінок-військовослужбовців.

На сьогодні у Збройних Силах України проходять військову службу на офіцерських посадах 3,4 тисячі жінок, з них понад 70 – у військовому званні «полковник».

З метою реалізації гендерної політики в Збройних Силах України 06.09.2018 року був прийнятий Закон № 2523-VIII «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків під час проходження військової служби у ЗСУ та інших військових формуваннях». Документ вніс зміни до Статуту внутрішньої служби Збройних Сил та до Закону «Про військовий обов'язок і військову службу».

Законом визначається, що жінки виконують військовий обов'язок на рівних засадах із чоловіками (за винятком випадків, передбачених законодавством з питань охорони материнства та дитинства, а також заборони дискримінації за ознакою статі). Це поширюється на: *прийняття на військову службу за контрактом* (жінки-військовослужбовці офіцерського складу можуть укласти контракт на проходження військової служби до досягнення граничного віку перебування на військовій службі), *призов на військову службу, призначення на посади* (для жінок стали доступні всі посади рядового, сержантського, старшинського складу), *отримання військових звань, призначення до складу добового наряду з додержанням законодавства з питань охорони материнства та дитинства, направлення у відрадження, притягнення до відповідальності за порушення військової дисципліни, проходження військової служби у військовому резерві, виконання військового обов'язку в запасі* (військовозобов'язані, зараховані до запасу другої категорії, у разі здобуття військово-облікової спеціальності переводяться до запасу першої категорії. Окрім того, встановлено, що від проходження зборів звільняються тільки вагітні військовозобов'язані жінки) тощо.

Таким чином, жінки-військовослужбовці отримали рівний доступ до військової кар'єри – водночас з однаковим із чоловіками обсягом відповідальності під час виконання обов'язків військової служби.

Незважаючи на підвищену увагу суспільства до гендерного питання, слід відзначити існування певних проблем щодо дотримання гендерної рівності у Збройних Силах України.

Однією з проблем є кількість жінок-військовослужбовців, які навчаються у закладах вищої освіти Міністерства оборони України. Так, якщо кількість жінок-військовослужбовців становить 25%, то чисельність жінок, які навчаються у закладах вищої освіти складає 8%.

Другою проблемою є наявність певних суперечностей між встановленою рівністю жінок і чоловіків у виконанні військового обов'язку і встановленими Кодексом законів про працю України певними обмеженнями та заборонами щодо праці жінок:

– не допускається залучення до робіт у нічний час, до надурочних робіт і робіт у вихідні дні і направлення у відрядження вагітних жінок і жінок, що мають дітей віком до трьох років (стаття 176);

– жінки, що мають дітей віком від трьох до чотирнадцяти років або дітей з інвалідністю не можуть залучатися до надурочних робіт або направлятися у відрядження без їх згоди (стаття 177).

Суттєвою проблемою для виконання жінками військового обов'язку на рівних засадах із чоловіками є нерозвинута військова інфраструктура, насамперед пов'язана зі створенням умов для виконання материнських обов'язків (цілодобові та тижневі дитячі садки-ясла, наявність у військових частинах дитячих лікарів, умов для забезпечення відвідування дітьми закладів середньої освіти).

Сремєєва К. А.

Український державний університет залізничного транспорту, м. Харків
**ОБРАЗИ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ В РАДЯНСЬКОМУ МЕДІА-ПРОСТОРИ:
ВІД БЕЗСУМНІВНОЇ МАСКУЛІННОСТІ ДО ЖЕРТВИ**

В цьому дослідженні відбувається спроба відповісти на питання, чому образи ветеранів війни в радянському медіа-просторі значно трансформувались протягом радянського періоду: від домінантної маскулінності до жертв, які страждають від несправедливості радянського режиму.

Радянська преса стала основним джерелом для дослідження. До кінця 1980-х років преса залишалась одним з найпопулярніших засобів масової інформації, відігравала важливу роль в індоктринації населення. В тому числі, преса залишалась дієвим транслятором гендерних стереотипів. Але поступово преса почала виходити з-під партійного контролю. Це призвело до суттєвих змін в радянському дискурсі, в тому числі в образах ветеранів війни. Передусім мова йде про найрозповсюдженіший образ ветеранів – це ветерани війни 1941-1945 років.

Основна увага в дослідженні приділена саме вираженню маскулінності в радянській пресі, адже, на думку дослідниць цього феномену Р. Вагнер та Т. Дейвіс, для встановлення соціальної справедливості необхідно передусім звертати увагу на домінантні або привілейовані ідентичності. Під маскулінністю ми розумітимемо комплекс фізичних, психічних та поведінкових особливостей, які сприймаються як чоловічі.

Починаючи з кінця 1940-х років до кінця 1980-х років ветерани війни зображались в пресі як взірць безумовної маскулінності, яку характеризував геро-

їзм, сила духу та самопожертва. Ці якості склали опозицію нацистам, або більш актуальним ворогам радянського режиму (капіталістам або імперіалістам).

Але починаючи з кінця 1980-х років образи ветеранів війни змінились. Вони залишились безумовно позитивними персонажами в радянській пресі, адже міф про Велику Вітчизняну війну як другий день народження Радянського Союзу все ще був актуальним й поки що не підлягав ревізії. Але маскулітність ветеранів війни доповнювала така нова риса як позиція жертви влади. В радянській пресі негегемонна маскулітність мала підкреслити дихотомію «покинуті колишні захисники Вітчизни» та «егоїстична радянська номенклатура». Практично завжди як приклади ветеранів-жертв несправедливості радянського режиму виступали чоловіки, які страждають від голоду та нестачі необхідних предметів побуту. Таким чином, стосунки між ветеранами війни та владою зображувались як внутрішня гегемонія. Для того, щоб підкреслити віктимність ветеранів, як приклади обирали саме ветеранів-інвалідів.

Таким чином, образи ветеранів війни почали виходити за сакральний для радянського суспільства міф про Велику Вітчизняну війну та отримували нові риси негегемонної маскулітності в уявному соціальному діалозі. Це дослідження може допомогти виявити механізми впливу на суспільну свідомість за допомогою сучасних мас-медіа, в яких так само конструюються образи ветеранів чи учасників війни, інвалідів з рисами негегемонної маскулітності для підкреслення суспільних вад.

Завгородня Н.І., к.мед.н. (ХНМУ)

Горецька А.М., к.псих.н. (ХНМУ)

ІНІЦІАЦІЯ: ГЕНДЕРНИЙ ТА ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТИ

На сьогоднішній день, сучасне європейське суспільство не має жодного аналога так званого обряду ініціації, як у відношенні чоловіків, так і у відношенні жінок. До певної міри вважається, що моментом соціального переходу із дитячої позиції у дорослу є момент отримання посвідчення особи, або момент отримання перших власних коштів, або купівля житла / авта. Тілесні обряди замінені на створені штучно ситуації «складних або небезпечних умов перебування», таких як: туристичний похід, перебування у підлітковому угрупованні, далека подорож, армія. Осмислюючи подібні досвіди та збираючи їх до купи, зрозуміло, що мова йде про відокремлення умовно тілесного від умовно духовного / соціального. У результаті, постіндустріальне суспільство може стикатися з проблемою функціонування у ньому громадян, які частково зберігають свою інфантильність у певній частині своєї особистості. З іншого боку, існує суттєва відмінність у тому, які фактори є базовими для здійснення акту ініціації у чоловіків та жінок. Зокрема, чоловікам більш притаманне перебування у групах, осмислення та прийняття себе через взаємодію із іншими чоловіками, тобто надважливим з цього приводу є явище чоловічої конкуренції. Дещо спрощуючи, можна стверджувати, що образ чоловічої поведінки більшою мірою залежить від того, з ким взаємодіє та особливо взаємодівав чоловік / хлопчик у дитинстві та від інтериоризованого образу чоловіка у родині. Загалом, починаючи із примітивних народів, обряд ініціації у жінок значно простіший: початок менструального циклу, що долучався до низки доволі простих дій по факту оповіщав про появу жінки на місці учорашньої дівчини. Крім того, жінки значно ме-

нше приділяють увагу колективним видам взаємодії та фокус своєї уваги тримають на так званих «діадних стосунках». І у дитинстві компанії дівчат менші від таких у хлопчаків; посвята у жіноцтво відбувається через одну жіночу фігуру (мама, бабуся, старша подруга); дружні стосунки у жінок також більш вірогідно носитимуть парний характер.

З іншого боку, конкуренція чоловіків безпосередньо пов'язана із можливістю вступити в контакт з жінкою з метою забезпечити реалізацію батьківської функції (це примітивно та однозначно демонструє тваринний світ, де самці вступають у виснажливу боротьбу за право запліднити самку). Розвиток репродуктивних технологій, що дає також і можливість жінці відокремлено від чоловіка реалізувати народження дитини (так зване батьківство соло), ще одна суттєва перепона для чоловіка у проходженні / завершенні своєї ініціації.

Розглядаючи ініціацію маскуліності / фемініності з аналітичної позиції, ситуація для хлопчиків також вимальовується як більш несприятлива. Первинний об'єкт, з яким відбувається ідентифікація новонародженої дитини у незалежності від біологічної статі – мати. Хлопчик лише згодом отримує (або не отримує) можливість контакту із батьківською фігурою, тобто потенційне та очевидно можливе у світі тварин наприклад долучення до світу, приналежному чоловічій статі може не відбутися природнім шляхом.

Перекладаючи це на мову практичного втілення окреслених тенденцій в сучасному європейському, а отже і українському суспільстві, видається вірогідним поступова подальша актуалізація питань (психологічних станів, розладів поведінки тощо), пов'язаних із своєчасною та відповідною можливістю здійснити повноцінне дорослішання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Комарек Станіслав «Чоловік як еволюційна інновація? Есеї про чоловічу природу, сексуальність, життєві стратегії та метаморфози маскуліності» / Переклад з чеської Олени Крушинської, Тетяни Окопної. – Львів : Априорі, 2018. -432с.

Зелена І.І., Железнякова Н.М.

Харківський національний медичний університет

СЕКСИЗМ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Прояв сексизму в професійній сфері може виражатися в горизонтальній і вертикальній сегрегації, а також в більш низькій оплаті праці жінок в порівнянні з чоловіками.

Горизонтальна сегрегація проявляється в обмеженні у виборі професії, яку відчувають в рівній мірі обидві статі, але по відношенню до чоловіків, це найчастіше обмежується лише соціальними стереотипами, а по відношенню до жінок виражається в реальній трудовій дискримінації на правовому рівні. Держава позиціонує це, як турботу про репродуктивне здоров'я жінки, але по факту дана обставина обмежує доступ жінок до великої кількості високооплачуваних професій. Жінкам, щоб отримати заробітну плату, відповідну окладу на роботі з важкою фізичною працею, доводиться працювати в дві ставки або підробляти на двох, трьох низькооплачуваних роботах, що вимотує і впливає на фізичне здоров'я не менше, а на психологічний навіть більше.

Вертикальна сегрегація, якщо говорити про кар'єру жінки, проявляється в так званій «скляній стелі» – неформальному бар'єрі, що обмежує просування

жінок службовими сходами з причин, не пов'язаних з їх професійними якостями, особливо, якщо вони працюють в «чоловічій сфері». Також має місце бути «гендерна піраміда» – на нижніх щаблях кар'єрної драбини в багатьох галузях жінок більше, ніж чоловіків, але в міру підвищення посади ця пропорція змінюється на зворотну.

Незважаючи на те, що недопущення дискримінації - це один з основних принципів і одне з основних зобов'язань щодо забезпечення прав людини, дискримінація в медичних установах залишається широко поширеною і має різні форми прояву.

Відповідно до міжнародних норм і стандартів у сфері прав людини країни беруть на себе юридичне зобов'язання усунути прояв дискримінації в системі охорони здоров'я і на робочому місці. Нульова дискримінація також лежить в основі концепції Сталого Розвитку ООН і є одним із завдань в рамках підходу, спрямованого на усунення дискримінації в медичних та освітніх установах, а також на робочому місці.

Які ж основні напрямки Програми щодо боротьби з дискримінацією в галузі охорони здоров'я? План дій, що лежить в основі Програми, по-перше, передбачає усунення нормативно-правових перешкод, які сприяють прояву дискримінації в галузі охорони здоров'я та встановлення стандартів в області вільного від дискримінації медичного обслуговування. По-друге, він націлений на формування та обмін доказовою базою і передовими методами роботи з викорінення дискримінації в медичних установах, розширення прав і можливостей клієнтів та збільшення фінансової підтримки вільних від дискримінації медичних кадрів. По-третє, план дій щодо боротьби з дискримінацією в галузі охорони здоров'я підкреслює провідну роль професійних об'єднань медичних працівників у формуванні вільних від дискримінації медичних кадрів, посилення механізмів моніторингу та підзвітності, спрямованих на викорінення дискримінації у сфері охорони здоров'я.

Через один рік після запуску Програми щодо боротьби з дискримінацією в галузі охорони здоров'я здійснюється активна підтримка згуртованих дій і спостерігається розуміння перспектив забезпечення вільної від дискримінації охорони здоров'я для кожної людини.

Зінов'єв І.Е., Малик Н.В.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ ПРОБЛЕМИ СПІЛКУВАННЯ ЛІКАРЯ І ПАЦІЄНТА

Гендерні проблеми спілкування лікаря і пацієнта в переглянутій науковій літературі практично не висвітлені. Ймовірно, дана тематика в сучасній науці вивчена недостатньо.

Представлені в літературі дані дозволяють лише побічно судити про гендерні проблеми спілкування лікаря і пацієнта. Зрозуміло, що таке спілкування здійснюється переважно на міжгруповому рівні, при цьому лікар і пацієнт виступають одночасно і як представники соціальних груп лікарів і пацієнтів, і як представники гендерних груп, тобто кожен з них виконує (як мінімум) дві ролі в один і той же час. При цьому, якщо пацієнт знаходиться на прийомі у лікаря, а лікар веде прийом пацієнта, то ролі лікаря і пацієнта є провідними, актуальними в даній ситуації і більш значущими, ніж гендерні ролі. Проте в процесі

спілкування лікаря і пацієнта між гендерними ролями і ролями лікаря або пацієнта може виникнути міжрольовий конфлікт.

Найбільш гострим при цьому представляється міжрольовий конфлікт, що виникає при одночасному виконанні ролі чоловіка і ролі пацієнта. Виконуючи роль чоловіка, людина орієнтується на такі вимоги до даної гендерної ролі, як мужність, стійкість, заборона на вираження скарг і т.д., причому вимоги до гендерної ролі чоловіка є жорсткими. Отже, чоловік-пацієнт може надавати лікарю інформацію лише про ті скарги, які завдають йому найбільше занепокоєння, не кажучи про менш виражені симптоми, применшувати інтенсивність симптомів, тобто надавати інформацію про симптоми захворювання в спотвореному вигляді.

Нерідко в процесі спілкування з пацієнтами лікарі піддаються впливу гендерних стереотипів, не усвідомлюючи цього. Так, наприклад, «Safran» показав, що пацієнтам-жінкам в 3 рази частіше призначалися рекомендації щодо обмеження активності, ніж чоловікам, навіть коли тяжкість клінічної картини у чоловіків і жінок не відрізнялися, «жінки в два рази частіше отримують рекомендації від фахівця приймати якісь ліки».

Якщо лікар і пацієнт виконують різні гендерні ролі (тобто якщо лікар – жінка, а пацієнт – чоловік, або, навпаки, лікар – чоловік, а пацієнт – жінка), між ними може виникнути нерозуміння внаслідок гендерних відмінностей в сфері спілкування. Тому спілкування лікаря з пацієнтом іншої статі має здійснюватися в більш розгорнутій формі, інформація, що надається лікарем, повинна бути викладена більш детально, а інформацію, що надається пацієнтом, слід уточнювати за допомогою відповідних запитань.

Таким чином, гендерні стереотипи впливають на ставлення до здоров'я, перш за все, чоловіків. У практиці професійної діяльності лікаря необхідно враховувати, що конфлікт між ролями чоловіка і пацієнта призводить до того, що інформація про симптоми захворювання, що надається чоловіками, може бути неповною або перекрученою, що чоловіки можуть не виконувати призначені рекомендації. Тому спілкування лікаря з пацієнтом іншої статі має здійснюватися в більш розгорнутій формі, інформація, що надається лікарем, має викладатися більш детально, а інформація від пацієнта має уточнюватися.

Зінченко Н.О.

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

ГУМАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В СУСПІЛЬСТВІ СПОЖИВАННЯ

У сучасному суспільстві загострюються суперечності між морально-етичними і економічними чинниками, практично все має свою споживчу вартість, гонитва за прибутками стає чи не найпопулярнішим видом діяльності, продається все, починаючи від продукції промислового та агротехнічного сектору і закінчуючи здоров'ям людини. Проте, одночасно з цим, в світі спостерігається тенденція гуманізації суспільних відносин, наслідком чого має стати гуманізація професійної підготовки майбутніх лікарів.

Сучасний лікар потрапляє в ситуацію морально-етичного вибору – надавати допомогу хворому він зобов'язаний клятвою Гіпократата, проте, якщо лікар працює у приватній, платній клініці, то не може надати допомогу, якщо пацієнт не проплатив його послуги або не має медичної страховки.

Медичні навчальні заклади переорієнтовуються з традиційної моделі медичної освіти, коли предметом вивчення були різноманітні патології організму людини, окремих органів чи систем на здоров'яцентристську, орієнтовану на формування комплексних системних підходів до людини, урахування біологічних, духовних, соціальних факторів її здоров'я, посилення вимог до людських особистісних якостей лікаря. Має стати нормою, коли «професійне Я» є частиною «індивідуально-особистісного Я». При такому підході пацієнт сприймається лікарем у єдності соматичних, психічних і духовних якостей, з обов'язковим урахуванням способу життя та оточуючого соціального середовища.

Гуманізація професійної освіти наголошує на становленні особистості фахівця та розвитку його духовності. Ці якості є невід'ємною складовою професійної культури кожної особистості. Професійна компетентність лікаря визначається сьогодні рівнем освіти, досвідом роботи в обраній галузі, індивідуальними здібностями та можливостями, постійним прагненням до самоосвіти та самовдосконалення, творчим ставленням до своєї справи, готовністю та спроможністю до виконання професійної діяльності. Велике значення мають психологічні якості особистості лікаря: рівень емпатії, динамізм особистості, емоційна стійкість тощо, а також специфічні професійні компетентності.

В умовах тотального споживання та комерціалізації існує небезпека перетворення лікаря на бізнесмена, який заради отримання більшого прибутку керується суто утилітарним підходом до своєї праці і може призначати значно більшу кількість ліків, ніж потрібно або призначати обстеження чи аналізи, які не мають великого значення для пацієнта, проте коштують дорого. Перешкодою такій ситуації може бути саме здатність до емпатії. Все вищезазначене актуалізує значення аксіологічного компоненту особистості лікаря, змістом якого можна вважати ціннісні орієнтації на життя, здоров'я пацієнта, повагу та співчуття до страждань хворої людини, відповідальність за призначене лікування, відповідальне ставлення до професійних цінностей.

Відношення лікаря до хворого може чинити на останнього як позитивний, так і негативний вплив. Здатність лікаря до встановлення з пацієнтом відносин довіри, вміння перетворити його на свого союзника дозволяє об'єднати зусилля у боротьбі з хворобою, внаслідок чого значно збільшуються шанси на одужання, на розвиток позитивної динаміки у перебігу хвороби.

Величезна кількість приватних клінік та медичних центрів не можуть функціонувати без професіонала-менеджера, який має медичну освіту і здатний забезпечити розумне ефективне керівництво, завдяки чому такі медичні заклади зможуть приносити стабільний прибуток та будуть користуватися попитом у населення. При цьому важливо, щоб приватна медицина, використовуючи новітні технології, не орієнтувалася лише на отримання високих прибутків, а й забезпечувала професійну добросовісність, порядність, єдність професійних і моральних принципів, любов до іншої людини, визнання життя та здоров'я людини найвищими цінностями тощо.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОТИДІЇ ГЕНДЕРНО ЗУМОВЛЕНОМУ НАСИЛЬСТВУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Гендерне насильство – важлива проблема сучасного світу, яка визнана Світовою спільнотою. Є вона і в Україні. Особливої актуальності набуває в умовах збройного конфлікту, бо в такі періоди підвищується загальна толерантність до насильства. Тому, важливо досліджувати цю тему та застосовувати певні результати для протидії насильству в умовах сучасності.

Теоретичні аспекти заявленої теми вивчали М. Вебер, Е.Тоффлер, К. Сен-Сімон, Е. Дюркгейм, Т. Парсонс, А.Гусейнов, С. де Бовуар, Г. Рабін, А. Річ, Л. Ірігаре, З. Фрейд, Г. Юнг, К. Хорні та ін.

Під *гендерним насильством* – розуміють насильство, яке чиниться над особою тому, що вона належить до тієї чи іншої статі. Переважна частина гендерного насильства чиниться чоловіками над жінками. Метою гендерного насильства, як і будь – якого іншого насильства, є прагнення до домінування і контролю поведінки. Гендерне насильство має форми фізичного, сексуального економічного, а також психологічного приниження, яке здійснюється шляхом експлуатації, дискримінації, погроз і репресій.

Важливим аспектом протидії насильству є психологічна готовність, яка включає такі компоненти: поведінковий, емоційно-вольовий, особистісний, мотиваційний. Нами було проведене дослідження, яке довело можливість впливати на данні компоненти шляхом застосування методів – психоедукації, психотренінгів з розвитку емоційно-вольової сфери, відпрацювання поведінкових навичок конструктивної поведінки, формування асертивності та особистісної зрілості, та сприяти формуванню установок на ненасильство, здатність протидіяти насильству.

Література:

1. Дьяченко М. И. Готовность к деятельности в напряженных ситуациях. Психологический аспект / М.И. Виноградова, М.И. Дьяченко, Л.А. Кандыбович, В.А. Пономаренко. – Минск : БГУ, 1998. – 148 с.
2. Лефтеров В. О. Підготовка працівників правоохоронних органів до дій в екстремальних умовах засобами психотренінгу / В. О. Лефтеров // Актуальні проблеми психології. – Т. V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія / за ред. Максименка С. Д. – К. : ІВЦ Держкомстату України, 2007. – Вип. 6. – С. 217–221.
3. Основы социально-психологической теории / Б.Д. Парыгин. – М.: Мысль, 1971. – 352 с.
4. Социальная психология территориального самоуправления / Б.Д.Парыгин. – СПб: Унигум, 1993. – 170 с.
5. Гуревич К. М. Профессиональная пригодность основных свойств нервной системы. – М.: Издательство «Наука», 1970.
6. Чепелева Н.В., Пов'якель Н.І. Теоретичне обґрунтування моделі особистості практичного психолога / Н.В. Чепелева, Н.І. Пов'якель// Психологія. Збірник наукових праць.-К.: НПУ ім. М.П.Драгоманова, Випуск III, 1998.-С.35-41.
7. *Ігнатович О.М.* Психологічні основи розвитку фахової інноваційної

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ В УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ

З часу проголошення незалежності України у свідомості українського жіноцтва відбулися значні зміни. Нові цінності, моральні норми, форми поведінки визначають нові моделі конструювання жіночої гендерної ідентифікації

Багато психологів та філософів визначали певним чином недостатню повноцінність жінки – А. Шопенгауер, Ф. Ніцше, О. Конт, в психологічному – З. Фрейд, Е. Кречмер, Н. Метьюз в інтелектуальному – Р. Мейер, П. Хейманс, Н. Ліпман. Сучасними психологами встановлено, що рівень задатків та здібностей в інтелектуальній діяльності не поступається з чоловіками, але обдарованих чоловіків суспільство більше заохочує, ніж обдарованих жінок.

Психологи виділяють кілька причин, що заважають жінці активно брати участь в житті суспільства: культурні очікування, традиції; особливості соціалізації, стереотипи дітям навіюються різних статевих ролей. Діти отримують різні іграшки і у них формується різний образ – Я – чоловічий або жіночий. Ці стереотипи підтримуються уявленнями про те, що природно для кожної статі, а що ні. Цікаво, що дівчатками батьки більше опікуються, аніж хлопчиками.

В кожному суспільстві формуються стереотипи жіночої та чоловічої ідентичності, на основі багатьох факторів культурного та суспільно-економічного розвитку. Ідеологічним і політично заангажованим в Україні є образ Жінки Березині. За словами Оксани Кісь даний образ був сконструйований письменниками цілком штучно на самому початку незалежності, як втілення жіночої ідентичності українки, господині дому, березині домашнього вогнища. Дана модель продукує образ жінки-домогосподарки, українки-матері, яка виховує дітей. Образ «Матері-Березині» не забезпечує їй рівноцінний соціальний статус у суспільстві, а зводить до меншвартісного культурно-етнографічного символу, що ігнорує жінку-фахівця та керівника. Зрештою «Жінка-Березиня» витісняє чоловіка із сім'ї як годувальника та батька і призводить до того, що дітей виховують тільки матері, а чоловіки істотно не впливають на розвиток та формування особистості дитини, що своєю чергою відображається насамперед негативно на вихованні хлопчиків, майбутніх батьків.

Образ «Жінки-Березині» в Україні не сходить зі шпальт майже всіх ЗМІ і пропагується в українському суспільстві. Небезпечним є плекання ілюзії про особливе становище української жінки в суспільстві. Продукується навіть міфотворення про образ жінки-рятівниці, що змінить наше соціально-економічне та політичне становище в майбутньому. Що також є небезпечним, оскільки в суспільстві поступово формується думка про меншвартість чоловіка та унікальність жінки. Американський соціолог Джессе Бернанд підкреслював, що надмірне підкреслювання «гендерних відмінностей» стане «зброєю» проти самих жінок. В певній мірі при владі ми вже маємо інколи слабких емоційно, невірноважених чоловіків з комплексами меншвартості, витіснених жінкою з сім'ї.

З розвитком пластичної хірургії, в Україні дуже багато жінок зробили пластичні операції і тим самим стали жертвою іншого поширеного стереотипу «Жінки-ляльки», яка із-за відсутності самореалізації штучно її формує, що своєю чергою породжує багато суспільних стереотипів щодо краси та розуму.

Для того, щоб вистояти між двома вогнями – красою та розумом і визначитися в статусі ділової привабливої жінки, сучасній українській жінці треба побороти дані стереотипи, оскільки утверджувати насправді треба не рівноправність з чоловіками, а їхнє право бути повноцінним і самодостатнім у сім'ї.

Чи готове наше суспільство надати можливість жінці в певній мірі реалізувати класичну гендерну рівність, оскільки в будь-якій сфері професійної діяльності ніхто – ні з чоловічої сторони («вона ж жінка!»), ні з жіночої («я ж жінка!»), не намагається уникнути ситуації створення переваги, домінанти з точки зору власних амбіцій, а не за професійними якостями.

Ділова жінка – це тип жінки, яка досягла успіхів в бізнесі та кар'єрі, в українському суспільстві жінка ще дуже цінує сімейні цінності, тому без гармонії чоловічого і жіночого не може відбутися прогрес цивілізації в тому числі і українського суспільства. Для чоловіків життя – це боротьба, в якому він відстоює свою незалежність, для жінки – співпраця, в кому вона зберігає гармонію. В межах європейської культури чоловічий образ – це компетенція, розум, активність, ефективність мислення, жіночий – емоційність, емпатія, теплота почуттів, емоційна підтримка.

Ільїн В.Г., Сич Д.О.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНИХ КАДРІВ В ПІСЛЯВОЄННОМУ СРСР

Становище жінки залишається актуальною проблемою. За даними Міжнародної організації праці, у 2018 р. частки працюючих жінок і чоловіків в світі відповідно склали 48 і 75 %[1, р. 1, 9]. Водночас, зарплатня жінок на 24 % менше, ніж у чоловіків. Звіт МОП констатує, що існування «жіночих» професій є результатом дискримінації в сфері оплати праці [ibid., р. 67].

Стан експлуатації породжує стереотипи, згідно яких низькооплачувана робота чи роль домогосподарки сприймаються як щось властиве природі жінок. Тим не менш, саме стереотипним мисленням, а не соціальними умовами, наразі популярно пояснювати гендерну дискримінацію. Томуважливо з'ясувати об'єктивні причини, що формують сталі гендерні ролі. Сприятливим полемтакої розвідки є стратифікація за гендерною ознакою в медичній сфері.

Медицина перетворюється на «жіночу» професію після Другої світової війни. 1945 року питома вага жінок сягнула 52 % в загальній кількості працюючих в УРСР і 85,5 % – в охороні здоров'я [2, с. 34]. Ці показники збереглися до 1990 р. [там само, с. 36]. Тоді серед жінок лікарями були 67 % [там само, с. 38]. Зростання частки жінок в медицині пояснив хірург-ортопед В.Ю. Голяховський: «После революции 1917 года число женщин-врачей росло в Советском Союзе параллельно с уменьшением врачебного заработка... Мужчины стали вынужденно выбирать себе более оплачиваемые специальности... А женщины занимали образующийся вакуум работ. Политика эмансипации женщин тоже способствовала их притоку в освободившиеся места... В годы войны с Германией

(1941–1945) почти все врачи-мужчины и многие женщины ушли на фронт. Медицинские институты тогда выпускали до 90 процентов женщин-врачей. Война и сталинские репрессии уничтожили около двадцати миллионов молодых мужчин. В 1950-е годы женщины составляли около 70 процентов всех врачей» [3].

Водночас, В.Ю. Голяховський не пояснює причину збільшення кількості лікарів – створення загальнодоступної й безкоштовної охорони здоров'я. І сьогодні жінки складають більше 60 % співробітників кафедр ХНМУ, а частка яких різко скорочується по мірі руху вгору службовими сходами. Якщо серед лаборантів університету жінки становлять 85 %, то серед завідувачів кафедр їх – тільки 39 % [4, с. 137]. «Чоловічою» традиційно залишається престижна хірургія (72–100 %). Жінки активно задіяні в спеціальностях, що традиційно вважаються «жіночими»: педіатрія (80 %), акушерство та гінекологія (79 %), дитячі інфекційні хвороби (89 %).

Спостереження медиків доповнюють розуміння причин розподілу спеціальностей: «Хирургия – это мужская специальность. Особенно ортопедическая хирургия – операции на костях и суставах. Они требуют такой физической силы и такой энергии, на которую способны редкие женщины... А в Советском Союзе, при тяжелом повседневном быте, женщины были страшно перегружены семейными и домашними заботами. Рожать, воспитывать детей, стоять в очередях, готовить, стирать, убирать и к тому же быть хорошим хирургом – задача непосильная. В медицине даже есть такая поговорка: «Женщина-врач – это не женщина и не врач» [3].

Втім, масова підготовка лікарів після війни сприяла розширенню можливостей для жінок, серед яких з'явилося чимало керівників. У Харкові це: очільниця лабораторії клінічної генетики О.Я. Гречаніна, директорка Інституту терапії Л.Т. Мала, заступниця директора ХМІ В.Ф. Матвеева, головна лікарка офтальмологічної лікарні Т.І. Коваленко, директорка НДІ охорони здоров'я дітей та підлітків О.І. Корнілова, завідувачка кафедри психіатрії ХМІ Н.П. Татаренко, головна лікарка інфекційної лікарні Т.І. Шапошникова. Перетворення лікаря на «жіночу» професію в СРСР зумовлювалося: політикою емансипації жінки; демографічними змінами та масовою підготовкою лікарів під час Другої світової війни; цілями радянської охорони здоров'я, можливості для реалізації яких виникли після війни; падінням життєвого рівня пересічної більшості радянських лікарів.

Список літератури

1. World Employment and Social Outlook: Trends 2019. International Labour Office – Geneva: ILO, 2019. – 121 p.
2. Галаган В. Я. Советская женщина: портрет в ретроспективе / В. Я. Галаган. – К. : О-во «Знание» УССР, 1990. – 48 с.
3. Голяховский В. Ю. Путь хирурга. Полвека в СССР / В. Ю. Голяховский [Электронный ресурс]. – Режим доступа: goo.gl/MhEAQz.
4. Марущенко О. А. Гендерная стратификация кафедральных коллективов в высшей медицинской школе / О. А. Марущенко, М. А. Сиверчук // Гендер. Екологія. Здоров'я: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції. – Х.: ХНМУ, 2015. – С. 136–137.

ЩОДО ЧИННИКІВ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ ЖІНОК У СУЧАСНОМУ СВІТІ

Сучасна інноваційна медицина не знає кордонів. Вона є відображенням процесів лібералізації міжнародних економічних відносин, що відбуваються у світовій економіці. Офіційної статистики про світовий обсяг медичних послуг, що надаються нерезидентам, на глобальному рівні поки ще не існує. Але, за даними дослідників, він щорічно збільшується на чверть. Туризм та охорона здоров'я, за даними СОТ, стають найпривабливішими напрямками світової торгівлі послугами [1]. Які чинники і чому сприяють посиленню цієї тенденції?

Перш за все, це – глобалізація економіки. Вона підсилює міжнародну конкуренцію та прагнення клінік і лікарів до збільшення конкурентних переваг у боротьбі за пацієнтів. З іншого боку, громадяни різних країн бажають доступності лікування, коли за менші гроші вони отримують унікальні послуги і якісний сервіс, зокрема розміщення супроводжуваних осіб. Так, люди все частіше обирають сучасні високотехнологічні клініки в країнах, що розвиваються (Індії, Таїланді, Сінгапурі, Малайзії тощо). З іншого боку, недоступність деяких медичних послуг або велика черга у країні проживання теж є чинниками, які спонукають до пошуку якісного лікування.

Розвиток ІТ-технологій сприяє мінімізації асиметрії інформації про якість лікування, яка притаманна ринку медичних послуг взагалі. Зараз пацієнти більше озброєні знаннями та інформацією. Якщо у 1990 р. не було жодної згадки про можливе лікування за кордоном, то у 2018 р. пошук в Інтернеті дає результати понад 10 млн. До цього слід додати етичну складову медичної практики. Привабливим для пацієнта є такі нюанси, як докладні клінічні аналізи, підвищена увага лікарів, персональна відповідальність, нетрадиційна медицина, яка використовує особливості клімату і місцевості.

Наступним чинником розвитку медичного туризму є старіння населення у розвинених країнах, особливо жінок. Якщо очікувана тривалість життя населення земної кулі, за даними ООН, збільшилася у 1990-2016 рр. на 7 років, то жінок – на 11 [2]. Найбільше зростання спостерігається у розвинених країнах. Жінки віддають перевагу оздоровчим послугам, якщо знаходять місце лікування хронічної хвороби без листів очікування і дешевше, ніж у власних країнах. Якість життя та бажання довше залишатися молодими стимулюють їхній попит на косметологічні процедури, пластичну хірургію, стоматологічні та офтальмологічні послуги. До того ж, публічні жінки віддають перевагу лікуванню за кордоном, щоб уникнути витоку конфіденційної інформації. Дуже затребуваними для жінок є програми зниження ваги, коригування обличчя і фігури. Зовнішній вид жінки стає статтею витрат, яка подібна до витрат на відпочинок або дорогоцінності. Зростає попит на лікування безпліддя, затребувані також послуги з пологів.

Які конкурентні переваги має медицина України у транскордонному розміщенні пацієнток-нерезидентів? Безумовно, перш за все – це ціновий чинник, але не тільки. Загалом іноземних жінок приваблює якісне лікування за нижчими цінами. Міжнародний попит є на легітимне екстракорпоральне запліднення, стоматологію, зокрема косметологічну та імплантаційну, а також авторську стоматологію, всі види стоматологічної реабілітації, лікування у поєднанні з

медикаментозним сном. За інформацією президента клубу в'їзного медичного туризму в Україні, щорічно до нас приїжджають близько 2 тис. іноземних пар, які мріють про власних дітей [3]. Популярними є також пластична хірургія, клітинна терапія, кардіохірургія, офтальмологія, санаторно-курортне лікування, реабілітація. Доступнішим у нас є сурогатне материнство, причому українське законодавство захищає права іноземців: сурогатна мати не може після народження претендувати на дитину.

Стрімко розвивається інфраструктура медичного туризму. З'являються провайдерські компанії або сервісні відділи, орієнтовані на іноземного пацієнта. Лікувальні установи теж починають удосконалювати сервіс і розробляють прозору, легальну маркетингову модель залучення іноземних пацієнтів, зокрема жінок. Децентралізація та автономізація медичних закладів, перетворення їх на некомерційні підприємства є сприятливою умовою для їх стратегії. З кожним роком прибутковість в'їзного медичного туризму в Україні зростає, тобто приватні інвестиції в охорону здоров'я збільшуються і компенсують недостатній обсяг державного фінансування галузі.

Чинниками, що протидіють стрімкому розвитку медичного туризму в Україні, є недосконалість законодавства, зокрема у питанні імплементації міжнародних стандартів лікування та захисту прав пацієнтів, відсталість дорожньої інфраструктури, неефективні реклама та інформаційні заходи, застарілий менеджмент і сервіс, політична нестабільність і військові дії на Сході країни, проблемами з відкриттям віз у пацієнтів з багатьох країн.

Список використаних джерел

1. Highlights of world trade in 2017. World Trade Statistical Review 2018. URL:

https://www.wto.org/english/res_e/statis_e/wts2018_e/wts2018chapter02_e.pdf (дата звернення: 03.03.2019).

2. Human Development Indices and Indicators 2018. Statistical Update. URL: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf (дата звернення: 09.03.2019).

3. Україна стає центром медичного туризму: ТОП-3 найпопулярніших послуг. *Сьогодні*. 2018. 7 листопада. URL: <https://ukr.segodnya.ua/ukraine/ukrainastanovitsya-centrom-medicinskogo-turizma-top-3-samyh-populyarnyh-uslug-1186596.html> (дата звернення: 08.02.2019).

Карпенко К.І.

Харківський національний медичний університет

КОНЦЕПЦІЇ ПРИРОДИ ТА КОНСТРУЮВАННЯ ГЕНДЕРНИХ РОЗХОДЖЕНЬ

Подолання сучасних екологічних та гендерних протиріч не є можливим поза вивченням протиріч наукових і технологічних концепцій, що протягом більш ніж трьохсот років забезпечували в європейській культурі здійснення емансипаційних процесів. Іншими словами, доцільно з'ясувати, як зростає свобода самореалізації чоловіків та жінок в умовах зовнішньої природної і соціальної необхідності. Досліджуючи глибинні причини нинішньої екологічної кризи і її зв'язку з наукою, технологією й економікою, варто зрозуміти соціальні причини, що санкціонували домінування як над природою, так і над жінкою.

Центральною ідеєю органістичної концепції світу, що склалася у давні часи, була ідентифікація природи з матір'ю. Однак метафора матері, що годує, поступово зникла як домінуючий образ у міру того, як наукова революція просувалася шляхом механізації й раціоналізації світогляду. Інший образ, образ природи як безладдя, породив важливу модерністську ідею, що стосується посилення влади над природою. Поява механістичного світогляду створювала основу для впевненості в тому, що людина може контролювати природу і панувати над нею.

Починаючи з ХУІІ ст., образ жінки став *засобом* адаптації наукових знань і методів до нових форм влади людини над таємницями природи. Образ жінки використовувався для здійснення редукції складного до простого, невідомого до відомого, незвичайного до звичайного. Відносини чоловіка й дружини розглядалися як найпростіша й зрозуміла форма соціальних зв'язків, які можливо використовувати як зразок у процесі скорення природи.

У Просвітництві міф перетворюється на просвітництво, *априрода* – у лише у чисту об'єктивність. У ХУІІІ ст. розгортається теоретична суперечка про положення жінки в суспільстві, з'являються філософські праці, що спростовували традиційні погляди на жінку і обґрунтовували її право вважатися такою ж повноцінною людиною, якою є чоловік. Критичні голоси французьких просвітителів сприяли викриттю міфу про жінку як істоту «другого сорту». Серед сонма цих голосів звучали й жіночі. Сьогодні в різних країнах світу дослідники й дослідниці намагаються пролити світло на істинну ситуацію щодо місця жіночого дискурсу в філософії та науці Нового часу. Наукові форуми високого рівня присвячено, наприклад, творчості французької дослідниці ХУІІІ ст. Емілі дю Шатле, авторки праці «Елементи філософії Ньютона». Вона мала глибокі пізнання не лише в філософії, а й в царині фізики, математики та інших природничих наук. Відомо, що німецький філософ Імануїл Кант визнавав вплив Емілі д. Шатле на формування його власного філософського підходу. Філософія Нового часу та Просвітництва, таким чином, дала певний шанс для визнання ролі жінки та природи у суспільному розвитку. А найголовніше – соціального визнання поступово набувала думка про природу і світ, що була висловлена жінками-філософами.

Пізніше певний вплив на європейську культуру мала також марксистська концепція праці. Вона надала можливість зрозуміти, що взаємна відчуженість чоловіка і жінки, а також відчуження людей від природи вплетені в складну структуру соціального життя. Німецький філософ-екзистенціаліст Ханна Арендт підкреслила, що праця зумовлює різні соціальні статуси чоловіка та жінки. Анахронічно застосовуючи сучасну термінологію до дискурсу минулого століття, можна сказати, що, у методології Х. Арендт прочитується ідея конструювання гендерних розходжень, які є більшою мірою наслідком соціальних преференцій та упередженостей, ніж результатом біологічного впливу. Розмірковуючи вслід за Х. Арендт, можна дійти висновку, що гендер, у свою чергу, є суттєвим чинником, що репродукує поділ праці між статями, тобто гендерно-рольова диференціація у суспільстві є наскрізним механізмом соціальної комунікації різного рівня.

За Луманом, комунікація – це механізм настроювання, злагодженості, що з'єднує й створює систему. Відділені від зовнішнього світу структури постійно циклічно спілкуються, реферують самі із собою, всі операції і зміни, роблячи

озираючись на усіх своїх «сусідів». Вони утворюють один для одного середовище й взаємно реагують на виклики один одного. У даному контексті нами був зроблений висновок, що «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» [1, с.189]. У теоретичному плані вони являють собою когерентні структури, що примушують одна одну до активності, спрямованої на самозбереження. Причому учасники цих видів комунікацій є одними й тими ж; розрізняються, насамперед, виконувані ними операції.

На жаль, на сьогодні теоретична рефлексія екологічної комунікації як соціального феномену не виокремлює її гендерний вимір, а тому породжує низку інтерпретаційних проблематизацій.

Сучасна комунікативна філософська методологія обґрунтовує потребу звернути увагу на розходження фактичної і контрфактичної (ідеальної) екологічної комунікації. Поширені останнім часом смислові і тематичні розбіжності породжують необхідність вивчення внутрішніх протиріч гендерного виміру реальної екологічної комунікації з метою її наближення до ідеальної. Зорієнтована таким чином соціальна комунікація збагачує адекватне розуміння сучасної екологічної комунікації, тобто ставлення людей до природи, яке забезпечить виживання їх виживання в умовах екологічної кризи.

По-друге, гендерний вимір екологічної комунікації проблематизується у зв'язку з відсутністю необхідних ідентифікаційних практик, які забезпечують визначення її суб'єктів та об'єктів. Останнім часом філософський дискурс усе частіше звертається до лонового розуміння матеріальності, виникає поняття нео-матеріалізм. У контексті цього підходу природа теж має розглядатися як суб'єктивність, «інтереси» якої людство має враховувати в своїй промисловій діяльності.

Існує також проблема між мисленевими конструктами і соціокультурними репрезентаціями гендерних відносин у суспільстві. Філософські конструкти вибудовуються переважно в межах імперативно-нормативної модальності, яка сягає своїм корінням у модерну і навіть премодерну культуру. Водночас соціокультурна реальність набула постмодерних якостей. Вона втратила абсолютне обґрунтування своїх вихідних засад, традиційні підвалини і механізми формування, стала плюралістичною і надзвичайно динамічною. Звідси постає вимога контекстуального дослідження нових механізмів формування, функціонування і розвитку гендерних ідентичностей, а їх концептуалізація у якості виміру екологічної комунікації надає для цього переконливі аргументи.

Отже, досліджуючи зміни в концептуалізації природи, ми можемо зрозуміти певні тенденції у змінах культурних цінностей. Ми отримуємо можливість оцінити нійрізнозноматніші інновації, що відбуваються. Саме цьому для з'ясування гендерного виміру екологічної комунікації важливо вивчати зміни в ставленні до природи у різні історичні епохи. Таке дослідження, з одного боку, може прояснити причини нинішньої кризової ситуації, а, з іншого боку, висвітлити перспективи її подолання.

Література

2. Карпенко К.І. Природа і жінка: Перспективи екофемінізму в Україні / К.І. Карпенко. – Харків: «Крук», 2005. – 320 с.

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ

В популяційних та клінічних дослідженнях було встановлено гендерні особливості становлення, маніфестації та прогресування багатьох захворювань, тому цілком логічно що виник термін «гендерна медицина». В перекладі з англійського гендер – це стать (від лат. genus – «рід»), біологічна належність, а в соціальних науках – це соціокультурна характеристика людей різної статі. В медицині до гендер-специфічних рис належать розбіжності в захворюваності чоловіків та жінок. Варіантом гендерної медицини є гендерна кардіологія.

За даними ВООЗ, провідною причиною захворюваності та смертності населення у всьому світі є серцево-судинна патологія. В комплексну програму гендерної кардіології інтегровані наступні компоненти: фактори серцево-судинного ризику, етіологічні чинники, механізми розвитку, клінічний перебіг, ефективність діагностичних, лікувальних процедур у чоловіків та жінок, які мають захворювання серця та судин.

Не зважаючи на те, що існують загальні класичні каріометаболічні фактори ризику, значимість їх у чоловіків та жінок відрізняється. Встановлено гендерні відмінності ліпідних параметрів та показників артеріального тиску в різні вікові періоди людини. При проведенні регресійного аналізу факторів ризику з урахуванням статі було виявлено, що належність до чоловічої статі представляє детермінанту розвитку гострого коронарного синдрому, навіть після виключення таких факторів ризику, як куріння, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет. Розвиток інфаркту міокарда у жінок на 9 років пізніше, що пояснюється більш значним кардіоваскулярним ризиком у молодих чоловіків в порівнянні з жінками.

Безумовно актуальним є продовження наукових та клінічних досліджень з метою встановлення причин гендерних відмінностей в кардіології. З метою ідентифікації етіології необхідно зосередити увагу на поведінкових та соціальних факторах. Пошук маркерів, що вносять вагомий вклад в різноманітну маніфестацію ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби у чоловіків та жінок, доцільно проводити в подальшому вивчення біологічних детермінант.

¹Ковтун М.І., ²Лапкіна І.І.

¹КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня №14 ім. проф. Л.Л. Гіримана»

²Харківська медична академія післядипломної освіти

**РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ
КАТАРАКТИ**

Оцінка вікових і гендерних особливостей катаракти була проведена на основі аналізу історій хвороби 2746 пацієнтів, вік яких знаходився в інтервалі від 21 до 95 років. У групі хворих було 1619 (59±0,9)% жінок і 1127 (41±0,9)% чоловіків. Для проведення оцінки усі хворі були розділені на групи за статтю та віком. Всього було виділено 7 вікових груп (до 40 років; 41-50; 51-60; 61-70; 71-80; більше 81 року). Порівняння частоти трапляння хворих у вікових групах показало, що достовірно найбільша кількість чоловіків та жінок знаходилася у віковій групі (71-80) років, причому жінок у цьому віці було достовірно більше ($\chi^2 = 10,5; p < 0,05$).

Крім того, було проаналізовано частоту трапляння осіб працездатного віку та пенсіонерів в досліджуваній групі. Осіб працездатного віку (до 60 років включно) було 347 (13%), а пенсійного – 2399 (87%). Відмінності в чисельності цих груп статистично достовірні ($\chi^2=3066,8$; $p<0,05$).

Успішність хірургічного лікування катаракти та можливі ускладнення певною мірою залежать від стадії катаракти. Нами був проведений аналіз розподілу чоловіків і жінок у вікових групах залежно від стадії катаракти.

Аналіз даних показав, що достовірна більшість хворих при зверненні за хірургічним лікуванням катаракти мали незрілу (46%) або зрілу (47%) катаракту. Початкова катаракта спостерігалася у 7% усіх хворих (8,3% загальної кількості чоловіків і 6% - жінок). У групі чоловіків було достовірно ($p<0,05$) більше пацієнтів з незрілою катарактою, а в групі жінок – зі зрілою. Високий відсоток пацієнтів зі зрілою катарактою вказує на недостатню інформованість хворих про характер та перебіг захворювання, а також можливі ускладнення при пізньому зверненні.

У осіб працездатного віку незріла катаракта достовірно ($p<0,05$, $\chi^2=8,3$) частіше траплялася у чоловіків - (8,3 \pm 0,8) % від об'єму групи чоловіків, ніж у жінок – (5,6 \pm 0,6) % від об'єму групи жінок. Аналогічно, зріла катаракта у осіб працездатного віку достовірно ($p<0,05$, $\chi^2=11,6$) частіше траплялася у чоловіків, ніж у жінок, у (6,4 \pm 0,7) % та (3,4 \pm 0,5) % осіб відповідно.

У осіб пенсійного віку незріла катаракта достовірно ($p<0,05$, $\chi^2=9,5$) частіше траплялася в групі чоловіків, а зріла катаракта - в групі жінок ($p<0,05$, $\chi^2=48,7$). Частота трапляння незрілої катаракти у чоловіків склала (42,8 \pm 1,5) %, зрілою - (34 \pm 1,4) %, у жінок - (37 \pm 1,2) % та (69 \pm 1,1) % відповідно. Проведений аналіз показав, що розподіли по стадіях катаракти в групах працездатного і пенсійного віку чоловіків і жінок достовірно розрізняються.

Для встановлення строків, що пройшли з моменту встановлення діагнозу до звернення за хірургічним лікуванням катаракти нами було проведено опитування 540 хворих. У першій групі (до 50 років), що становить (4,5 \pm 0,9)% від усіх опитаних хворих, тільки 37,5% пацієнтів звернулися за хірургічним лікуванням в термін до одного року після встановлення діагнозу, причому більшу активність проявили жінки, проте в терміни 1-3 і 3-5 років більшість пацієнтів - чоловіки. Друга вікова група (51-60 років) становить (8,0 \pm 1,2)% від усіх опитаних пацієнтів. У цій групі (58 \pm 7,5)% пацієнтів звернулися по хірургічну допомогу впродовж першого року з моменту встановлення діагнозу, причому більш 87% з них було жінок. Проте в другий період (від 1-го до 3-х років) лідирували чоловіки. Можна відмітити, що зі збільшенням віку кількість жінок в групах значно перевищує кількість чоловіків. Причому, якщо в групі 61-70 років жінок близько 60% від загальної кількості пацієнтів, то в наступних вікових групах їх вже 70%. У групі 61-70 років частота звернення чоловіків і жінок за лікуванням в терміни до одного року і від одного року до трьох років розрізняється незначно, в пізніші терміни (понад три роки) звернулася приблизно однакова кількість пацієнтів чоловічої та жіночої статі.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ В ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

Здоровье любого человека является важнейшим фактором работоспособности. В настоящее время понятие здоровья рассматривается не только как отсутствие заболеваний, но и как состояние полного социального, физического, психологического благополучия. Оно является достоянием не только каждого человека, но и всего общества. Жизнь не может быть полноценной и счастливой при отсутствии хорошего состояния здоровья.

Вместе с тем, главная проблема, которая существует в обществе, – это равнодушное отношение к своему здоровью взрослого населения нашей страны. К тому же практически утрачена его ценность как средства жить долго и полноценно. В нашей стране многие, к большому сожалению, не соблюдают самых простейших элементарных норм здорового образа жизни. В большинстве случаев недостаточная физическая активность приводит к гиподинамии, преждевременному старению. Другая категория лиц любит хорошо и вкусно поесть, что может способствовать развитию ожирения, склероза сосудов, сахарного диабета, а иные не умеют отдыхать. Некоторые, злоупотребляя курением, алкоголем, наркотиками путем внутривенного введения, значительно укорачивают себе жизнь.

Таким образом, на здоровье населения влияют самые различные социальные и экономические проблемы.

Повышение уровня инфекционной заболеваемости, в том числе ВИЧ/СПИДа, в развивающихся странах очевидно связано с вышеуказанными факторами. В настоящее время и в Украине продолжается рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Если в предыдущие годы по данным литературы, в основном болели молодые люди в возрасте от 20 до 30 лет, то ныне отмечается повышение заболеваемости у лиц в возрасте от 30 до 59 лет.

Нами было проанализировано 45 историй болезни пациентов с ВИЧ-инфекцией, находившихся на лечении в Областной инфекционной клинической больнице города Харькова в 2018 году. Распределение по гендерному признаку показало, что среди них было мужчин 31 (68 %), женщин – 14 (32 %). В зависимости от возраста больные распределялись следующим образом: от 18 до 44 лет – 33 больных (мужчин – 69,7 %, женщины – 30,3 %); от 45 до 59 лет – 12 больных (мужчин – 66,7 %, женщин – 33,3 %). При изучении эпиданамнеза было отмечено, что 20 больных (44,4 %) являлись инъекционными наркоманами. Из них мужчин было 15 (33,3 %), женщин – 5 (11,1 %). IV клиническая стадия заболевания диагностирована у 24 (53,4 %) мужчин, у 12 (26,6 %) женщин.

Таким образом можно сделать вывод, что ВИЧ/СПИД чаще встречается у мужчин, независимо от их возраста и стадии болезни. Это подтверждает их безразличное отношение к своему здоровью. Так по частоте употребления наркотиков мужчины явно лидировали по сравнению с представительницами женского пола. Очевидно, женщины более добросовестно относятся к своему здоровью, что возможно связано с их материнским инстинктом.

Женщины, инфицированные ВИЧ-инфекцией, в основном, сожалели о том, что вели беспорядочный образ жизни, не ценили вовремя свое здоровье, а студентам всегда говорили: «Если бы можно было начать жизнь сначала, то никогда бы не пошли по тропе жизненных ошибок».

Література:

1. Гендерная психология / Под ред. И.С. Клециной. – Н.: 2017 – 496 с.
2. Инфекционные болезни / Под. ред. О.А. Голубовской – Н.: 2014 –783 с.

Козько В.М., Могиленець О.І., Єкімова Н.О.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНО-ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ КОРУ У ДОРОСЛИХ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2018 р.

Кір належить до групи так званих керованих інфекцій. Тривалий час захворювання вважалося дитячою інфекцією, однак останній спалах, який охопив майже всі країни світу, характеризується значним збільшенням частки дорослого населення в структурі захворілих. Так, за офіційною статистикою, у 2018 р. в Україні, яка є лідером серед Європейських країн за кількістю хворих на кір, серед понад 54000 випадків, які було зареєстровано, понад 20000 – становило доросле населення.

Мета роботи: дослідити гендерно-вікові особливості кору у дорослого населення Харківської області у 2018 р.

Матеріали та методи. Було проведено аналіз історій хвороб 99 пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні в КНП ХОР «Харківська обласна клінічна інфекційна лікарня» у 2018 р. з діагнозом «кір». Діагноз був встановлений на підставі клініко-анамнестичних даних і підтверджений методом імуноферментного аналізу.

Статистичну обробку даних, які було отримано, проводили на IBM PC із використанням таблиць Excel з використанням методів варіаційної статистики.

Результати. Серед госпіталізованих пацієнтів було 49 жінок (49,49%) та 50 чоловіків (50,51%). Отже, захворювання реєструвалося майже з однаковою частотою серед осіб різної статі ($p > 0,05$).

Вік пацієнтів варіював від 18 до 64 років і в середньому склав $32,76 \pm 0,99$ роки. 55,56% захворілих належали до вікової групи 25–40 років.

Висновки. 1. В Україні змінився віковий склад захворілих на кір. 2. У 2018р. в Харківській області захворювання переважно реєструвалося серед працездатного населення. 3. Гендерної відмінності серед захворілих на кір не було виявлено.

Кожем'якіна О. М.

Черкаський державний технологічний університет

КОМУНІКАТИВНІ ЗАСАДИ ГЕНДЕРНОГО ДИСКУРСУ

Сучасна гендерно-орієнтована проблематика як міждисциплінарна парадигма комплексного дослідження психо-соціо-культурних особливостей жіночого і чоловічого демонструє суттєві зміни в осмисленні гендерного підходу як дихотомічного мислення, що припускає, згідно вислову Джоан Келлі, розгляд подій очима як жінки, так і чоловіка, виявляючи в різних ракурсах бачення схоже і різне, унікальне й універсальне. Жіночий дискурс так і не став конститутивним в історії філософії, актуалізуючи, втому числі, питання оклюзії жінок у філософії, необхідності розширення ментальних кордонів гендерного дискурсу, а також безпосередньо філософської легітимності гендерної проблематики.

Філософська роль жінки була переважно в нечастих тематизаціях супутниці, музи, співрозмовниці, іноді навіть учениці, але завжди десь на другому плані. І філософські персоналії, і ключові концептуальні персонажі представляли чоловічий погляд на світ і місце в ньому людини. Відповідаючи на питання, чи відзначений статевою ознакою філософ, Франсуаза Колен говорить про одностатеву представленість філософії – чоловічу. Ізольовані побутом і сім'єю, жінки були усунуті і від політичного, і від філософського слова, відчуючи і в сучасних умовах специфічне захисне протистояння філософського простору появи жінок. В цілому дослідниця зазначає, що, незважаючи на активну позицію жінок у різних сферах суспільства, їх дискурс так і не став конститутивним зразком для сфери громадянського і реально дієвого мислення. Гендерні відмінності все ще описуються як відмінність жінок від чоловіків, точніше, в традиційних відмінностях *особливого* (жіночого) і *універсального* (чоловічого), стверджуючи як і раніше логоцентричні позиції чоловічого домінування.

Водночас, своєрідне концептуальне переформатування гендерного дискурсу в філософській рефлексії універсального виявляється в аналізі комунікативних підстав моральної дії, відображаючи емансипаційні інтенції пізнавального інтересу в трансформаціях суб'єктивного змісту і специфіки орієнтації на Іншого (суб'єкта). Зокрема, архетипом цілераціональної дії, з притаманними йому суб'єкт – об'єктними відносинами, в якості мотиву оволодіння об'єктом є концепт *полювання*, що цілком визначає його стратегічний характер і реалізацію принципів типу підпорядкування – покора, наказ – послух. Це сприяє визначенню архетипу полювання (як реалізації стратегічного дії) типом чоловічої раціональності, в той час як парадигма суб'єкт – суб'єктного відношення, представлена в комунікативній дії, є типом жіночої раціональності, що базується не на оволодінні об'єктом, а на ставленні до Іншого як до суб'єкта, який потребує *турботи* про нього, що є передумовою появи відносин взаємності.

Виявляючи детермінанти чоловічих і жіночих мотивів в еволюції моральних теорій, Аннет Байер визначає як маскулітні моральні мотиви етос зобов'язання, як фемінні мотиви – етос любові і турботи. В якості альтернативи їх органічного взаємодоповнення пропонується етос довіри, який долає розриви між зобов'язаннями і турботою, між розумом і почуттями, надаючи довірі додаткові ціннісні переваги шляхом гармонізації справедливості і турботи. Турбота передбачає також певний гендерний контекст темпоральної свідомості: відбувається протистояння переважного в суспільстві *монохромного* часу (відповідно чоловічому началу) з реалізацією повноти турботи і уваги до відносин *поліхромним* часом (відповідним жіночому началу). Така установка сприяє трактуванню фемінних мотивів комунікативної дії як основи генералізованого етичного ставлення до людей взагалі. Саме тому в потенційно конфліктних умовах передумовою нормального розвитку суспільства, в тому числі, в контексті технічної раціональності, повинна стати саме фемінна комунікативна раціоналізація, яка сприятиме утвердженню етосу довіри, турботи і взаєморозуміння як універсальних загальнолюдських цінностей.

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У ФОРМУВАННІ АДАПТАЦІЇ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Актуальність: сучасні несприятливі соціально-економічні та політичні умови в Україні значно загострили проблему адаптації лікаря до професійної діяльності, підвищили вимоги до якості та ефективності медичного обслуговування. Роль лікаря є вирішальною і провідною на всіх етапах лікувально-діагностичного та реабілітаційного процесів. Професія лікаря має важливе соціальне значення, оскільки на медичних працівників покладається відповідальність не лише за фізичне здоров'я пацієнта, який довірив лікарю своє життя, але й за його психічне здоров'я та соціально-психологічну реабілітацію.

Мета: вивчити гендерні відмінності у формуванні адаптації до професійної діяльності у лікарів-інтернів в сучасних умовах.

Матеріали та методи: нами було проведено комплексне клініко-анамнестичне та психодіагностичне обстеження 213 лікарів-інтернів Харківського національного медичного університету, 116 жінок та 97 чоловіків (середній вік 23 ± 2 роки). У роботі були використані наступні методи обстеження: анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психологічний та психодіагностичний, який включав досліджування рівнів тривоги та депресії з використанням клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелєєва, 1988) (HDRS); прояви станів дезадаптації вивчались за допомогою шкали оцінки професійної дезадаптації О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої (2003); шкали професійного стресу (Д. Фонтана, 1995).

Результати: успішну адаптацію лікарів-інтернів до професійної діяльності необхідно розглядати як динамічний, багатосторонній і комплексний процес формування професійних навичок. Як показали результати дослідження 44,3 % обстежених чоловіків та 31,4 % жінок адаптовані до професійної діяльності.

Нами виділено три основних рівня адаптації лікаря-інтерна до професійної діяльності: 1. Високий (14,1 % обстежених лікарів-інтернів: 24,2 % чоловіків та 12,3 % жінок), для якого притаманні високий рівень працездатності, психологічного комфорту, наявність резервів для подолання критичних ситуацій, об'єктивних труднощів, зв'язаних з недоліками в сучасній організації лікувального процесу, відсутність ознак професійної дезадаптації (10 ± 3 балів) та професійного стресу (5 ± 2 балів) за відповідними шкалам.

2. Середній (20,2 % обстежених лікарів-інтернів: 20,1 % чоловіків та 19,1 % жінок) – зниження рівня працездатності і психологічного комфорту в кризових ситуаціях і при наявності недоліків в організації лікувального процесу, зі швидким відновленням при їхньому вирішенні і збереженням психологічного комфорту поза робочим процесом, помірний рівень професійної дезадаптації (41 ± 4 бали) та професійного стресу (17 ± 4 балів).

3. Низький (65,7 % лікарів-інтернів; 55,7 % чоловіків та 68,6 % жінок) – розвиток станів дезадаптації, прояви психологічного дискомфорту в повсякденному житті. Постійне почуття незадоволеності собою і своєю професійною діяльністю, виражений або високий показники професійної дезадаптації (95 ± 2 балів), високий або надвисокий рівень професійного стресу (45 ± 4 ба-

лів). При цьому низький рівень адаптації, тобто стан дезадаптації, також має три ступені: високу, яка вимагає вживання невідкладних медико-психологічних заходів (9,2 % чоловіків і 12,5 % жінок); виражену, що потребує обов'язкового втручання психологів, проведення програми по реадаптації (10,3 % чоловіків, 14,0 % жінок) та помірну ступінь дезадаптації, при якій корисно проведення консультативної роботи фахівців (36,2 % чоловіків та 42,1 % жінок).

Висновки: програма психотерапевтичної підтримки лікарів-інтернів у період адаптації до професійної діяльності повинна бути спрямована на запобігання виникнення станів дезадаптації, підвищення їх соціально-психологічної компетентності, оптимізацію міжособистісної взаємодії, психологічний супровід під час навчання в інтернатурі та враховувати гендерні відмінності, які були виявлені на етапі адаптації до професійної діяльності.

*Кожина Г.М., Зеленська К.О., Духовський О.Е.
ХНМУ*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ БАТЬКІВ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Актуальність: черепно-мозкова травма дитини – це потужна стресова ситуація, яка створює передумови для розвитку порушення психоемоційного стану батьків, що в свою чергу негативно впливає як на стан батьків, так і на стан дитини та потребує заходів медико-психологічної підтримки, збільшення психологічного адаптаційного ресурсу батьків.

Мета: вивчити гендерні особливості психоемоційного стану батьків новонароджених з черепно-мозковою травмою.

Матеріали та методи: було проведено комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психологічне та психодіагностичне дослідження 137 родин (мати та батько) дітей першого року життя, які отримали черепно-мозкову травму та знаходились на обстеженні та лікуванні у дитячому нейрохірургічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні швидкої й невідкладної медичної допомоги ім. проф. А. І. Мещанінова.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-анамнестичний; клініко-психологічний; психодіагностичний з використанням клінічних шкал тривоги (HARS) і депресії (HDRS) Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелєєва, 1988); опитувальника нерво-психічної напруги (Т. А. Немчин, 1984), шкали ситуативної й особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера (в адаптації Ю. Л. Ханіна, 1981); методики «Визначення способів врегулювання конфліктів» К. Томаса в адаптації Н. В. Гришиної (за Д. Я. Райгородським, 2002).

Результати: черепно-мозкова травма немовляти є важким стресом для батьків, у 81,1 % обстежених жінок та 75,1 % чоловіків виявлено порушення психоемоційної сфери. Спектр стресового досвіду у жінок і чоловіків різнився. У періоді діагностики та під час перебування у лікувальному закладі поряд з хворою дитиною перебували саме матері, в обов'язки яких лягала необхідність догляду за дитиною, тоді як батьки були вимушені займатися фінансовими та соціальними аспектами.

У 53,6 % обстежених виявлено легкий (16,4±1,3 балів), у 32,3 % помірний (24,6±1,7 балів) депресивний епізод за шкалою депресії Гамільтона. У 55,4 %

обстежених батьків виявлено легкий (16,6±1,3 балів), у 40,2 % помірний (24,9±1,8 балів) тривожний епізод за шкалою тривоги Гамільтона. У жінок рівень тривожно-депресивних проявів був більш виражений, ніж у чоловіків

Проведене психодіагностичне дослідження показало високі рівні ситуативної й особистісної тривоги за методикою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Ханіна в обстежених батьків (58,89 та 59,19 балів відповідно) з більш високими показниками серед матерів, високий рівень виразності нервово-психічної напруги по шкалі Т. А. Немчина (69,41 балів)

Жінки, у порівнянні з чоловіками, важче переносять хворобу дитини, психотравмуюче зростання їх функціональної ролі матері, дистанціювання та неучасть чоловіка у догляді за дитиною і справах сім'ї, відчуття цілковитої поглиненості хворобою дитини і її лікуванням всупереч власним потребам, залежністю від обставин, що викликало внутрішньособистісний конфлікт, зростання внутрішньої напруженості та порушення міжособистісної, в тому числі, сімейної взаємодії. В цілому раніше наявні проблеми у стосунках між батьками на тлі стресової ситуації лише поглиблювалися. Чоловіки відзначали емоційне дистанціювання дружин (35,1 %) або, навпаки, зростання їх психологічної залежності (29,3%), що приводило до дисбалансу у подружніх стосунках. 68 % батьків вважали догляд за дитиною суто жіночою справою, що провокувало вкрай негативну реакцію дружин, що відбивалося на сімейних стосунках у подружжі і спричиняло конфлікти.

Висновки: для покращення якості надання дитячої нейрохірургічної допомоги необхідним є використання комплексної системи медико-психологічного супроводу сім'ї дитини першого року життя з важкою черепно-мозковою травмою з урахуванням гендерних особливостей психоемоційного стану батьків.

*Кожина Г.М., Зеленська К.О., Литвиненко В.В.
ХНМУ*

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ЧОЛОВІКІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Актуальність: проблема лікування алкогольної залежності в Україні залишається на цей час достатньо гострою, оскільки результати досліджень свідчать про значне збільшення кількості споживачів алкоголю серед населення. Заданими офіційної статистики, кількість пацієнтів, які перебувають на медичному обслуговуванні в наркологічних диспансерах України, до теперішнього часу досягає 1 млн осіб, а в структурі невідкладної допомоги розлади, зумовлені алкогольною залежністю, займають одне з перших місць.

Мета: вивчити механізми формування алкогольної залежності у чоловіків в сучасних умовах.

Матеріали та методи: було проведено комплексне обстеження 150 чоловіків, в яких згідно діагностичних критеріїв МКХ-10 встановлено синдром залежності від алкоголю (F 10.2x: у наступний час утримання F10.20 – 31,9± 2,3 % осіб, активна залежність F10.24 – 22,6± 2,4 %, постійне вживання F10.25 – 29,2± 0,9 %, епізодичне вживання F10.26 -16,3± 0,8 %). 94 хворих у середньому віці 41,5±5,4 знаходились на лікуванні уКЗОЗ Харківської обласної клінічної наркологічної лікарні № 9, 56 хворих у середньому віці 40,5±5,5 років - у клініці психіатрії та наркології Військово-медичного клінічного центру

Північного регіону. У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний.

Результати: як показали результати дослідження клінічна картина алкогольної залежності характеризувалася втратою ситуаційного контролю (85,3±3,8 % обстежених), палімпсестами (25,2±2,4%), дисфоріями (38,1 ±1,8 %), афективними реакціями (27,3 ±1,6%), тривожно-депресивними розладами (34,6 ±1,8 %) та астеничними проявами (29,1±1,6 %). У 35,2 ± 1,5 % цивільних хворих та у 40,2 ± 1,9% військових відмічалася сп'яніння з домінуванням дисфорично-експлозивного компонента (вибуховість, експлозивністю, схильність до невмотивованої агресії, асоціальних вчинків, сполучення афективного сплюснення й байдужності до навколишнього), у 43,5 ± 2,1 % та 35,1 ± 1,6 % алкозалежних відповідно - тривожно-депресивного компонента (тривога та депресія, непевність в собі, емоційна лабільність, недовірливість) у 21,6 ± 1,1 % цивільних і 24,7 ± 1,4 % військових агресивного (невластива агресія в сполученні з руховою активністю) компонента сп'яніння.

Психологічний портрет хворих з залежністю від алкоголю характеризувався нетерплячістю, дратівливістю, нестриманістю афекту, недбалістю, невірою в себе, конфліктністю, утрудненням у прийнятті рішення, недостатнім рівнем вербальної культури. Для цивільних хворих основним мотивом зловживання алкоголем були: «за компанію», «підтримати друга», бажання одержання фізичного й психологічного задоволення від дії алкоголю. Для військових основним мотивом було «зняти бойовий стрес», «заглушити біль», «позбавитись від важких військових спогадів», бажання нівелювати за допомогою алкоголю негативні емоційні переживання (напругу, тривогу, страх, тугу).

Як показав аналіз вираженості травматичного стресу повний прояв стресового розладу мають 5,9 ± 0,7 % цивільних і 31,4 ± 1,7% військових хворих з залежністю від алкоголю, явний прояв – 11,4 ± 1,2 % та 39,5 ± 1,4 % відповідно, частковий прояв мають 33,6 ± 1,6 % цивільних та 29,1 ± 1,3 % військових хворих, незначний прояв та відсутність травматичного стресу мають лише цивільні хворі (33,2 ± 3,5 % та 15,9 ± 2,1 % відповідно). Вивчення стилів стрес-долаючої поведінки надало змогу констатувати переважання у обстежених неконструктивних форм поведінки: у 53,2 ± 3,4 % обстежених хворих з алкогольною залежністю відмічалися копінг-стратегії орієнтовані на уникнення, у 31,3 ± 2,4 % на відволікання, у 11,3 ± 1,6 % на емоції, у 4,4 ± 0,6 % на вирішення завдань.

Висновки: таким чином базуючись на отриманих у ході роботи даних нами систематизовані сучасні предиктори формування алкогольної залежності у чоловіків в сучасних умовах, які розглядаються як мішені психокорекційного та психоосвітнього впливу при побудові системи реабілітації хворих.

*Кожина Г.М., Зеленська К.О., Ісаєнко С.В.
ХНМУ*

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОНКОЛОГІЧНО ХВОРИХ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ

Актуальність: питання онкологічних захворювань у світі визнане на останніх сесіях ВОЗ пріоритетним у медицині. Приведений прогноз на 2020 рік прокує ріст кількості онкологічних хворих до 20 млн. щорічних випадків. Захо-

рюваність на злоякісні пухлини в Україні з кожним роком зростає. Дані багатьох досліджень дозволяють розглядати депресивні розлади як один з важливих факторів погіршення прогнозу онкологічного захворювання і підвищення смертності хворих на рак на 25 %. Крім того, деякі дослідження переконливо показують, що тривалість життя пацієнтів із злоякісними новоутвореннями різко скорочується при наявності симптомів депресії. Депресія, особливо тяжка, є важливим фактором, що сприяє бажанню пацієнта прискорити смерть, включаючи і відмову від протипухлинної терапії.

Мета: вивчити механізми формування суїцидальної поведінки у онкологічно хворих з депресивними розладами залежно від статі.

Матеріали та методи: було проведено комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 154 хворих обох статей (78 жінок та 76 чоловіків), у віці 25-55 років (середній вік $43,0 \pm 2,0$ роки) з онкологічною патологією I та II стадії поза мозкової локалізації у яких було діагностовано депресивні розлади: розлади адаптації, у вигляді депресивної реакції (F43.21, F43.22). У роботі були використані наступні методи обстеження: анамнестичний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний.

Результати: усі обстежені хворі (100 %) відзначали психотравматичність факту діагностування у них злоякісного новоутворення, вони відчували почуття небезпеки (69,3 % жінок та 52,8% чоловіків); тривогу (78,2 % і 65,2 % відповідно) аж до паніки (45,8 % і 32,4 %); депресію (72,9 % і 78,4 %); страх смерті (66,8 % і 59,8 %); безнадію (39,2 % і 47,8 %) та апатію (38,2 % і 43,7 %); відчай (35,6 % і 32,5 %); втрату сенсу життя (35,2 % і 46 %), відчуття гідності (29,8 % і 31,5 %) та контролю над ситуацією (48,6 % і 40,5 %); вони становилися замкнутими (44,6 % і 56,4 %).

Дані клініко-психопатологічного дослідження дозволили виділити такі особливості психічних розладів у обстежених хворих: пригніченість настрою й афект туги (нудьга, зневіра, смуток, сум), астеничний симптомокомплекс, внутрішня напруга із неможливістю розслабитися, невмотивоване занепокоєння, тривога, схильність до бурхливих афективних реакцій зі сльозами, що часто переходять у ридання, різного роду страхи і нав'язливі спогади стресової ситуації, втрата інтересу до колишніх занять, ідеї самозвинувачення і самознищення, транзиторне зниження пам'яті (малюнок 2). У ряді випадків відзначалася повна дисоціативна амнезія психотравмуючої ситуації, у 76,5% обстежених виявлено різні розлади сну, у 79,5% відзначалася вегетативна лабільність.

На основі даних клініко-психопатологічного дослідження в залежності від кількості присутніх у клінічній картині психопатологічних симптомів і ступеня їхньої виразності, з урахуванням додаткового аналізу ступеня ваги депресивної і тривожної симптоматики по шкалах Гамільтона, Монтгомері-Айсберга і лікарняній шкалі тривоги і депресії було виділено наступні варіанти психопатологічної симптоматики: тривожний у 44,2% випадків, астено-тривожний (38,9%), астеничний (9,7%), і тривожно-тужливий у 7,3% випадків.

При аналізі клінічної симптоматики виявлені деякі гендерні відмінності: у жінок в порівнянні з чоловіками депресивні епізоди характеризувалися більшою виразністю туги та іпохондричних проявів, частіше, ніж у чоловіків, відзначалися тенденції до вегетативних кризів, тахікардії, аритмії. У чоловіків в клінічній структурі домінували тривожні прояви та дратівливість.

Висновки: на підставі отриманих у ході роботи даних було розроблено та апробовано програму диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у онкологічно хворих з депресивними розладами з урахуванням відмінностей психоемоційного стану залежно від статі.

Котелюх М. Ю.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ У РОЗУМІННІ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ

У будь-якій культурі активізуються питання міжособистісних відносин чоловік та жінки. Усвідомлення й поглиблення знань про це є можливим завдяки категорії «гендер», що відбиває не лише біологічну характеристику чоловіків і жінок, але й положення їх у суспільстві, місце і роль у соціумі, а також ставлення до протилежного статі. У межах гендерного підходу в освіті заслуговують уваги питання забезпечення рівних прав та можливостей чоловіків і жінок у професійній діяльності та в усіх сферах життєдіяльності; рівноправне авторитетне ставлення до жінок-професіоналів, визнання їх прав на працю й належну заробітну платню; виявлення стереотипів і подолання їх.

Нами було проведено опитування іноземних студентів 5 курсу VI та VII факультету з питань гендерної рівності в суспільстві, їхнього ставлення до стереотипів, розуміння гендерної соціалізації в суспільстві. У анкетуванні брали участь іноземні студенти Харківського національного медичного університету: 5 курсу VI та VII факультетів – усього 50 осіб.

Під час співбесіди з іноземними студентами було з'ясовано, що вони не розуміють значимості і суті гендерної рівності, притримуються певних своєрідних традицій сім'ї, особливо в мусульманських родин. Вони допускають те, що сучасна жінка може працювати, однак більш схильні до того, щоб вона «обслуговувала спільний будинок і займалася порядком у ньому». Про кар'єрне зростання жінок йдеться у тих випадках, коли планується спільна родинна справа.

Наведемо приклад аналізу відповідей. Серед опитаних студентів більшість чоловіків (47%) і жінок (45%) вважають, що існують «жіночі» й «чоловічі» професії. Тому чоловіки схиляються до того, що «кращі хірурги – це чоловіки» (підтримали цей стереотип 47% опитаних). Таким чином, у процесі підготовки майбутніх лікарів необхідно реалізовувати гендерний підхід.

Котенко Н.А.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ

На побутовому рівні існують досить стійкі уявлення про розділення професійної спрямованості за ознакою статі. Традиційно чоловіки повинні бути годувальниками у сім'ї, тому, вибираючи фах, вони керуються такими чинниками як подальша перспектива, можливість кар'єрного зростання, високий зарібок, а головною мотивацією для них є прагнення до влади і незалежності. Жінка завжди сприймається суспільством як берегиня дому, вихователька дітей. Для жінок у виборі професії характерна більша емоційність, ситуаційність, а головна мотивація для них – отримати цікавий досвід, бути соціально значущою, взаємовідносини з людьми.

Але з вибором професії лікаря ці схеми не завжди спрацьовують. З давніх давен на Русі одночасно практикували і лечці-лікарі, найчастіше чоловіки, які отримали певну освіту, та різні ворожки, чаклуни та баби-повитухи, найчастіше жінки, які користувалися в своїй діяльності знаннями народної мудрості. Тільки у ХІХ ст. жінки отримали право здобувати професійну медичну освіту. Але і зараз зберігається певна диференціація у виборі спеціалізації медичної професії.

Так, за даними опитування студентів шостого курсу Дніпропетровської медичної академії прагнення випускників розділилися таким чином. В опитуванні брали участь 270 студентів, з них 87 чоловіків та 183 жінки. Більш «чоловічим» за вибором студентів виявилися спеціальності хірурга, ним мріяли стати 17 чоловіків і 8 жінок; травматолога – 10 чоловіків і 1 жінка; психіатра – 7 чоловіків, 3 жінки; уролога – 6 чоловіків, 3 жінки. Тільки по 1 студенту мріяли стати нейрохірургом і пульмонологом. Найбільш «жіночою» за мріями студентів стали такі професії: терапевт, сімейний лікар – 64 жінки, 6 чоловіків; акушер-гінеколог – 24 жінки, 6 чоловіків; невропатолог – 14 жінок, 3 чоловіки; офтальмолог – 14 жінок, 3 чоловіки; дерматовенеролог – 10 жінок, 1 чоловік; онколог – 4 жінки, 1 чоловік; тільки жінки прагнули бути педіатрами (6), фтизіатром (1), кардіологом (1), лікарем швидкої допомоги (1) і викладачем (1). Анестезіологами частіше бачили себе жінки (15), ніж чоловіки (10). Не можна визначити статевої диференціації у професіях рентгенолог - по 4 студента, ЛОР – по 3 студента, судмедексперт по 1 студенту. Інфекціоністами та радіологами мріяли стати по 3 жінки та по 2 чоловіки, патологоанатомом хоче бути 2 жінки та 1 чоловік.

Таким чином, престижна, високооплачувана, але важка і відповідальна спеціальність, наприклад хірург, травматолог, нейрохірург, відпугує дівчат і частіше вибирається хлопцями. Такі якості жінки як терплячість, акуратність, дипломатичність, консервативність дають їм змогу вибирати спеціальність терапевта чи сімейного лікаря. Сфера піклування за жінкою, дитиною і красою традиційно також дісталася дівчатам. В цілому професійна сегрегація традиційного поділу на «чоловічі» та «жіночі» професії у нашому суспільстві зберігається.

Кравченко В.И.

Харківський національний медичний університет

МЕДИЦИНСКАЯ РЕФОРМА В УКРАИНЕ И ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Законом № 2629 о Государственном бюджете на 2019 г. выделено на здравоохранение 92,3 млрд. грн. из 1 трил. 112 млрд. – это 3,2% от ВВП или 8,3% от расходной части бюджета. Из общей суммы бюджета здравоохранения Национальной службе здоровья выделено 19,26 млрд. из них непосредственно на обслуживание «первички», т.е. на реформу первичного звена – 15,23 млрд. или 16,5% от общей суммы финансирования. Кроме того, в бюджете здравоохранения предусмотрено на реализацию программы «Доступные лекарства» 1 млрд. грн., 5,9 млрд. грн. – на бесплатные лекарства в больницах и вакцину, на бесплатную диагностику по направлению семейного врача с апреля 2019 г. – 2 млрд. грн. (рентген, УЗИ, ЭХО сердца, маммографию, всего 54 вида) и на реформу экстренной медицинской помощи – 1 млрд. грн.

Граждане, которые не заключили договор, бесплатную диагностику и анализы получить не смогут, кроме того, с 1 июля 2019г., они не смогут получить бесплатно и услуги первичной медицинской помощи за исключением неотложного состояния. На протяжении первого полугодия 2019 г. такие пациенты еще будут получать плату из НСЗУ за оказание им услуг из расчета 120 грн. на одного (в 2018 г. это было 240 грн.). Таким образом государство принуждает население либо подписать договор с врачом, либо навсегда забыть о бесплатной медицине.

В значительной мере задержки с подписанием договора обусловлены дефицитом компетентных специалистов, пользующихся доверием населения. Особо остро эта проблема стоит в сельской местности, где нехватка врачей, заставила Минздрав просто увеличить установленный ранее лимит пациентов для каждого медика в 1,5 раза: для семейных врачей на 900 граждан, терапевтам – на 1000 и педиатрам на 450 человек. На обслуживание этих «сверхлимитных» граждан врач получит меньше денег из бюджета т.к. не будут учитываться возрастные коэффициенты и к базовой ставке будут применены понижающие коэффициенты. Если же врач будет обслуживать еще большее количество граждан, то платить из бюджета за них не будут.

По расчётам Комитета ВР по здравоохранению (О.Богомолец; [pharma/net.ua](http://pharma.net.ua)) на проведение реформы «первички» необходимо 50 млрд. грн.; на скорую помощь при потребности 11 млрд. грн. выделено лишь 4 млрд – «этого не хватит даже на выплату в полном объеме надбавок и доплат работникам экстренной медицинской помощи».

Еще более резкое заявление Комитета по лекарственному обеспечению больных, которое покрывается лишь на 37%, остальные 63% – либо будут самостоятельно искать деньги, либо обречены на смерть.

Согласно рекомендациям ВОЗ, финансирование здравоохранения необходимо поддерживать на уровне 7% от ВВП. В Украине, по расчетам комитета по здравоохранению – хотя бы 5% ВВП, т.е. 144,2 млрд. грн., что при заданном темпе роста ВВП в 3%, достижимо только через 18 лет. *Может ли народ Украины, медики ждать еще 18 лет? Очевидно, что нет.*

И вывод здесь только один: спасти реформу может только дополнительное к бюджетному финансированию обязательное медицинское страхование или выделение в существующей системе налогообложения экономически обоснованного целевого налога на **здравоохранение**. Учитывая социальную, политическую и экономическую важность здравоохранения, разработка и принятие соответствующих законов, механизма их реализации является безотлагательным государственным делом независимо от того, какие политические силы будут у власти.

Пропагандируя реформу, У.Супрун утверждала, что принятие Закона Украины №6327 (19.10.2017 г.) «О государственных финансовых гарантиях...» означает начало введения в стране страховой медицины начиная с 2018 г., а в течении трех лет будет запущена семейная страховая медицина европейского образца. Пока что (2019 г.) проведено только заключение договоров с врачами «первички». Никаких документов, или хотя бы проектов законов, об обязательном медицинском страховании нет, как нет и информации о том, что они разрабатываются. То, что происходит сейчас ничего общего со страховой медициной не имеет.

Обязательное медицинское страхование предусматривает формирование страховых фондов из трех основных источников: госбюджет, целевые налоги с работодателей и работников. Базовыми принципами этого страхования является солидарность, основанная на таких чертах: *здоровые платят за больных, молодые за престарелых, одинокие – за семейных, граждане с более высокими доходами – за низкооплачиваемых*. При этом размер страхового взноса зависит от уровня дохода страхователя, а объем помощи – по медицинским показателям. Что же касается добровольного медицинского страхования, то здесь выбор классов болезней для страхования зависит от страхователя, а стоимость страхового полиса – от уровня сервиса, объема помощи, квалификации медперсонала, степени риска и пр. Поэтому здесь главный принцип страхования – эквивалентность стоимости полиса рискам, которые берет на себя страховая компания.

Существенным фактором риска для ДМС является гендер, что обуславливает различие в стоимости полиса для мужчин и женщин. При идентичных обстоятельствах женщина вызывает более высокие издержки в связи с беременностью и родами. С другой стороны, у них больше продолжительность жизни чем у мужчин (в Германии, соответственно 83,1 и 78,2 года). Эти факторы не являются значимыми при ОМС, но оказывают влияние при ДМС.

В Украине главным страховщиком по ОМС должно быть государство. Может это и НСЗУ, может специализированные медицинские страховые компании, работающие на основе законов от ОМС и под контролем государства. Бесспорным является одно: возглавить всю работу по переходу к ОМС должно государство и безотлагательно. Тех скудных средств, которые выделяются в бюджете мало даже для «первички».

Использованные источники информации

1. Закон Украины №2629-VIII «О бюджете Украины на 2019 г.»
2. Интернет ресурс:
[https://www.google.ru/searchnewwindow=18lg=бюджет +](https://www.google.ru/searchnewwindow=18lg=бюджет+).
3. Медреформа - 2019: чего ждать украинцам. «События недели: итоги и факты: №52 (395). 25 декабря 2018г.»

Куряча О.П., Огнєва Л.Г., Шутова Н.А.

Харківський національний медичний університет

ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОЇ ТА СІМЕЙНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ЖІНОК

Сучасна жінка, займаючись улюбленою справою, отримує повагу оточуючих і внутрішнє задоволення. Але для неї однаково важлива відповідальність не тільки за роботу, але і за сім'ю, а особливо за виховання дітей.

Якщо розуміти рівність як суб'єктивне почуття екзистенційного комфорту, то в особистій історії кожної людини, незалежно від статі, воно пов'язане з матір'ю як з жінкою, що дає життя, і процесом сепарації від матері, формуванням зрілості і вибором себе як носія гендерних ролей. У більшості суспільств жінкам ставлять в обов'язок догляд і виховання дітей в зв'язку з їх біологічними здібностями; чоловіки ж концентруються на «зароблянні грошей», позасімейній економічній і політичній діяльності.

Жінка в останні десятиліття набуває чільну роль в сім'ї та не прагне грати «роль прихованого лідера», а чинить прямий психологічний вплив на чоловіка, який навіть у підсвідомості закріпив тисячолітній досвід предків про себе як

«голови сім'ї». Жінка мріє про гармонію між особистим та громадським життям, між професійною кар'єрою і «домашнім вогнищем». Це означає, що вона не хоче і не повинна грати за чоловічими правилами, а законно вважає, що ці правила повинні бути створені нею самою. Правила ж для спільного поля гри повинні бути створені партнерами – чоловіком і жінкою.

Виховання, сім'я батьків, власна сім'я. Сім'я батьків надавала двоякий вплив: з одного боку, це міг бути позитивний вплив, з іншого – виховання в сім'ї сприяло запереченню способу життя і цінностей батьків. Дітям потрібно розвивати в собі якості, властиві їхній статі, і в зв'язку з цим їм потрібно бачити в своїх батьках чіткий образ чоловіка і жінки. Якщо мати задоволена роллю «берегині домашнього вогнища», вона демонструє дітям позитивну картину жіночності. Коли батько виконує чоловічу роль сильного лідера і захисника, коли діти можуть бачити його в дії, коли він з готовністю бере на себе чоловічі обов'язки, він втілює взірцевий чоловічий образ.

Таким чином, необхідно приділити увагу ще одній «особливості сучасного суспільства», в якому материнство займає незначне місце в ієрархії цінностей жінки. Помітне зростання прагнення до високого професійного статусу і кар'єри перешкоджає батьківству. У наявності нова модель особистості, не забезпечена відповідною моделлю материнства. Материнство і батьківство протягом багатьох десятиліть продовжує знецінюватися, хоча плодами батьківської праці за патерналістським принципом продовжують користуватися всі державні і соціальні інститути.

Сам факт залучення жінок в суспільне виробництво породжує серйозні зрушення в їх самосвідомості, пов'язані зі зміною соціального статусу. На цьому тлі сьогодні ставлення до жіночої самореалізації виглядає двояко. І багато в чому цьому сприяє сучасна громадська установка. Жінка повинна реалізувати себе як мати, при цьому ще реалізуватися як професіонал. Громадська думка більш позитивно сприймає професійну реалізацію жінки фертильного віку, ніж материнську реалізацію. Дана установка на професійну реалізацію в малодітних сім'ях призводить до того, що «діти стоять на заваді в боротьбі за життєвий успіх, досягнення і самореалізацію», тому молодь розглядає материнство і багатодітність як кабалу. Несправедливий розподіл домашньої неоплачуваної праці (подвійне навантаження для працюючих матерів), відсутність особистих свобод (права в шлюбі, розлучення, вільне материнство), насильство по відношенню до жінок і торгівля ними. Безумовно, роль матері – це важка праця, це самовіддача, але в ролі повноцінної сім'ї і лежить та межа позитиву, в якій сім'я виховує майбутніх громадян

Куцепал С.В.

*Полтавський юридичний інститут Національного юридичного
університету імені Ярослава Мудрого*

РЕКЛАМА ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ

XXI ст. характеризується і як століття інформаційне, і як століття споживання, де поширення різноманітних засобів масової інформації набуло глобального масштабу і породжує найрізноманітніші соціальні трансформації, багато в чому визначає вектор розвитку економіки, політики та культури, впливає на процеси соціалізації та формування соціальних і споживчих практик. Одним з

найбільш дієвих механізмів впливу на суспільну та індивідуальну свідомість сьогодні стала реклама, яка формує стандарти поведінки, детермінує певні вчинки та рішення членів соціуму, впливає на політичні та економічні уподобання, диктує певні вимоги до зовнішнього вигляду, створює простір гіперреальності буття, де втрачається сенс та значення реальних речей та відношень, заміною (ерзацем) яких стають копії та симулякри.

Пересічна людина сьогодні існує в символічному топосі реклами, активно споживає нав'язані рекламою нові смислові зв'язки та щиро вважає себе дієвим агентом споживання, не помічаючи того, що всі її дії вже завчасно запрограмовані знаково-символічним впливом реклами, вдалим використанням маркетингових технологій, що визначає нові поведінкові патерни, зваблює певними цінностями, формує специфічні норми споживання товарів та послуг. Зазначена тенденція проявляється і у функціонуванні фармацевтичного ринку, де послуги та товари, пропоновані відповідними рекламними дискурсами, не лише сприймаються індивідом, але й підлаштовуються, модифікуються ним відповідно до власних потреб та уподобань. У дискурсі фармацевтичної реклами вдало використовується та модифікується слоган «турботи про себе та рідних (батьків, дітей)», акцентується увага споживача на ролі та цінності інновацій у сфері охорони здоров'я та стилів закордонного способу життя, що у свою чергу сприяє розвитку фармацевтичного та медичного туризму.

Споживач рекламної продукції зваблюється не лише зразками поведінки, але й певними стандартами тілесності, формами проведення дозвілля, споживанням продуктів та продукції, активно «розпіарених» у множині рекламних дискурсів. Усе це створює габітус поля реклами, що проявляється як система зразків поведінки та певна споживацька мода.

Фармацевтична реклама розрахована як на фахівців-професіоналів, обізнаних у медичній та фармацевтичній сферах, так і на пересічного споживача, якому пропонується інформація виключно пізнавального характеру, підкріплена авторитетом відомих представників світу шоу-бізнесу, моди, медійних особистостей тощо. Наслідком цього стає нова соціальна міфологема, згідно з якою лікарські засоби репрезентуються як споживчі товари, а фармацевтична сфера надмірно комерціалізується.

Ще одним атрибутом сучасного суспільства є його віртуалізація, проявом якої є віртуалізація споживчого простору, і, як наслідок – фармацевтичного бізнесу та фармацевтичного ринку. Інтернет стає активним агентом комерціалізації фармацевтичного ринку, адже в мережі можна знайти безліч рекомендацій стосовно лікування тієї чи іншої хвороби, пройти онлайн-консультацію у фахівців (при цьому перевірити рівень фахової підготовки консультанта не має змоги), придбати практично будь-які ліки за допомогою Інтернет-аптек та різноманітних комерційних сайтів. Це небезпечно тим, що, купуючи фармацевтичну продукцію за допомогою Інтернет-сайтів та аптек, можна натрапити на підроблену продукцію та ще й придбати її за необґрунтовану ціну.

Отже, соціальна роль фармацевтичної сфери сьогодні багато в чому визначається рекламою, яка заповонила собою засоби мас-медіа, проникла у сферу повсякденної комунікації між індивідами, поміщає людину у своєрідну «інформаційну капсулу», де моделі поведінки та споживчі уподобання індивіда вже чітко визначені та прораховані змістом повідомлень, поданих у певному інформаційному дискурсі реклами фармацевтичної продукції.

ПРОБЛЕМАТИКА ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ У РОБОТІ ЛІКАРЯ

Гендер – це визначення чоловіків та жінок на основі їх соціальної ролі. Він являє собою відмінності від статі, оскільки розглядає сукупність завдань та функцій, що були призначені жінкам суспільством, а також чоловікам у їх суспільному та особистому житті.

Гендерний підхід характеризується тим, що він спрямований на жінок і чоловіків разом, а не на жінок окремо. Перш за все, він розглядає проблеми відмінностей між інтересами жінок та чоловіків, які виникають у межах одного господарства; відмінності, які виникають внаслідок різниці у віці, зросту тощо; традицій та історичних уявлень, завдяки яким чоловіча стать домінує над жіночою.

Вивчаючи цю тему, перш за все необхідно розглянути питання про користь чи шкоду гендерних стереотипів. Ці стереотипи можуть бути корисними лише в тому випадку, якщо буде запроваджено так звану гендерну політику, тобто сукупність певних рішень і дій, які будуть спрямовані на утвердження юридичної та соціальної рівноправності жінок і чоловіків у всіх сферах життя. Прикладом гендерної нерівності, яка впливає на жіночу стать є домашнє насильство з боку чоловіка. Чоловіча стать також зазнає цієї нерівності. Прикладом цього може слугувати те, що після розлучення чоловіки найчастіше дискримінуються в батьківських правах.

Гендерна нерівність відіграє велику роль у розвитку й перебігу хвороб. Певні хвороби частіше притаманні жінкам, деякі чоловікам. Близько 47 млн. осіб страждають на деменцію, причому кількість її кожні 20 років зростає. Результати досліджень, які були проведено в США, Азії та Європі показали, що 2/3 від кількості всіх пацієнтів складають жінки, та цей показник не залежить від більшої тривалості їх життя. Деякі вчені припускають, що можливими поясненнями може виступати велика кількість причин, таких, як, наприклад, відмінності вихідного когнітивного резерву, особливості впливу генетичних факторів і функціональних змін головного мозку в міру прогресування змін від нормального вікового зниження до так званого, м'якого когнітивного зниження і, врешті-решт, до хвороби Альцгеймера.

Однак, не дивлячись на те, що більш часто в природі хворіють жінки, прогноз хвороби в них зазвичай кращий, аніж у чоловіків.

Якщо вивчати гендерні відмінності в роботі лікаря, то можна сказати, що в цій професії жінка більш звертає увагу на поточний стан людини, аніж на подальший прогноз. Чоловіки ж навпаки. І навіть у тому випадку, коли обидві статі виконують однакову професійну діяльність, вони ставляться до неї по-різному.

Значна дискримінація в роботі лікаря відбувається в такій професії, як хірургія. Багато людей вважають, що жінка не повинна обирати цей фах. Така думка існує з трьох причин. Першою причиною є те, що робота хірурга потребує високої концентрації уваги та швидкості реакцій. Проте немає залежності між приналежністю до статі та цими ознаками. Другою причиною є те, що робота хірурга є надзвичайно важкою. Але існує безліч професій, які потребують не меншого фізичного навантаження з боку жінки, аніж ця. Третім твердженням є те, що чоловіки оперують краще, ніж жінки. Однак це не зовсім так. Ця гіпотеза існує тому, що в медицині, як і в інших галузях існує гендерна нерів-

ність. Єдиною ознакою, яка може протистояти цій думці є високий професійний рівень.

Отже, гендерна нерівність відіграє значну роль у нашому повсякденні, оскільки кожного дня ми стикаємося з нею. Гендер має велике значення у розвитку хвороб, оскільки та чи інша хвороба може проявлятися по-різному в чоловіків та жінок. Запровадження гендерної політики значно полегшило б життя як чоловіків, так і жінок, оскільки вони мали б рівні права на особистий та суспільний розвиток.

*Лантух А.П.¹, Меркулова Н.Ф.², Гасанова А.К.²,
¹Національний фармацевтичний університет,
²Харківський національний медичний університет*

ЧИ МАЄ ХВОРОБА СТАТЬ?

Проблема взаємовідношення між статями в останні роки придбала «хворобливий» характер. Дискусії розгортаються саме з проблем гендерної нерівності, а, вірніше, стереотипів по відношенню до соціальних ролей. Якщо подивитися на людину, то практично усі її органи, за виключенням репродуктивних, у «слабкої» і «сильної» статі однакові. Слід зазначити, що і хворобами вони хворіють теж однаковими. Проте причини їх виникнення, течія і наслідки зовсім різні. А отже, і ліки для них універсальними теж не можуть бути. Існує думка, що жіночий організм більш стійкий. І справді, організм, що призначений природою для продовження роду, дійсно генетично більш стійкий. Проте невідомо, чи передбачала природа, що жінка буде не тільки народжувати, виховувати дітей і зберігати «домашнє вогнище», але ще буде його матеріально утримувати. І хоча чоловіки вмирають частіше, рівень здоров'я у жінок, як не парадоксально, нижчий.

За даними ВООЗ у першому десятиріччі ХХІ ст. частка хронічно хворих серед жінок становила у 1,3 рази більше, ніж серед чоловіків. Ішемічною хворобою серця страждають 3,5 % чоловіків і 4,5 % жінок; відповідно гіпертонією – 5,5 % та 12 %; остеохондрозом – 2,2 % та 6,2 %; гастритом, колітом та дисбактеріозом – 7,4 % та 9,4 %; захворювання нирок – 2 % та 4,2 % [1]. Чоловіки частіше піддаються хворобам серцево-судинної системи, проте, при виникненні ускладнень, виживання жінок є меншою.

Причини криються в тому, що еталоном об'єкта медичного втручання завжди виступав чоловік. Під його організм розроблялися хірургічні інструменти, дози ліків, методи лікування. Лікарі впевнені що ризик у представниць «слабкої статі» менше, тому часто елементарно ігнорують симптоми. Практика свідчить, що в останні роки у віковій групі 35 років жіноча смертність від інфаркту міокарду перевищила чоловічу вдвічі. Проблема, звичайно, не тільки в прорахунках медицини, але й у соціально-економічних умовах. Жінки менш матеріально забезпечені, тому коштовні лікарські препарати, якісні медичні послуги їм в більшості недосяжні. Що стосується самої системи охорони здоров'я, то вона перетворюється в інститут гендерної дискримінації. Реформа, що почалася в галузі медицини, різко скоротила термін госпіталізації і показників до неї, зменшила обсяг лікувальних послуг для психічно хворих та людей похилого віку. Звичайно, усі проблеми за доглядом хворих ляжуть на «жіночі плечі», які формуються як більш схильні до милосердя та самопожертви, ніж чоловіки. Як ця надексплуатація відіб'ється на здоров'ї жінки, ніхто не може прогнозувати. І,

нажаль, само суспільство продукує стереотип мужності. Це жінка йде до медичного закладу, коли захворіє, а чоловік йде до поліклініки тільки тоді, коли вже зовсім «припекло». Жінка виконує усі інструкції лікаря, а чоловік припиняє пити пігулки, як тільки йому трохи полегшає. Турботу про себе, відповідальну соціальну поведінку – відмова від алкоголю, паління, запобігання ситуацій особистого ризику – сприймається сучасним суспільством як відсутність мужності.

Сто років потому гендерний розрив між тривалістю життя чоловіків і жінок не перевищував 3–4 роки. Зараз середній вік життя чоловіків становить 58 років, а жінок – 72 роки. Чоловіча смертність у працездатному віці майже у 5 разів вища, ніж у жінок. Поза некерованими факторами, такими, як старіння, спадковість та стать, великий вплив на вікове подовження життя мають і керувані фактори – спосіб життя, медичне обслуговування, стан духу. Тобто, щоб зберегти чоловіка як суб'єкта гендерного процесу, треба не тільки покращити медичне обслуговування, але й переконати чоловіка змінити свій спосіб життя, бо від вбивств вони гинуть у 4 рази частіше, ніж жінки; від самогубства – у 8 разів; від травм, алкоголю – у 5 разів. Чоловіки, як не дивно, більше страждають і від психологічних травм. Стрес, що асоціюється з бідністю, наприклад, впливає на чоловічу гормональну та імунну системи руйнівним чином.

Як бачимо, здоров'я і хвороба мають свій гендерний вимір, і звертати на це увагу повинні не тільки лікарі, а й усі, хто несе відповідальність за благополуччя країни.

Список використаних джерел

1. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении/ Под. общ. ред. Н.М. Римашевской. – М.: «Социальный проект», 2007. – 240 с.

Летік І.В.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ ВОЛОНТЕРСТВА У ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

Девізом студентів-медиків, які поєднують навчання з громадською діяльністю давно стали слова великого хірурга Миколи Пирогова: «Бути щасливим щастям інших – ось справжнє щастя і земний ідеал життя кожного, хто обирає лікарську професію». Студенти-волонтери Харківського національного медичного університету вчать бути щасливими за таким визначенням. Незважаючи на щільний навчальний графік, вони знаходять час на таку важливу і відповідальну соціальну справу, як волонтерський рух, який має давню історію. «Групи милосердя», створені з числа студентів університету, надавали певну допомогу в роботі відповідних їх спеціальності кафедр, в підшефній загальноосвітній школі-інтернаті, літнім людям, ветеранам війни, інвалідам тощо. Діяльність волонтерів університету є активною і дуже різноманітною. Серед основних напрямків волонтерської діяльності, по-перше, паліативна та хоспісна допомога. Відділення молодіжної університетської волонтерської служби паліативної та хоспісної допомоги «Ера милосердя» відкрито у жовтні 2014 р. Починався рух щирої допомоги з 50 студентів, а зараз їх уже понад 2500. Студенти пройшли курс теоретичної та практичної підготовки, вони доглядають за тяжкохворими, надають психологічну допомогу та емоційну підтримку пацієнтам у Харківському обласному центрі паліативної медицини «Хоспіс» та у відділенні хоспіс-

ної допомоги на базі Харківської міської клінічної багатопрофільної лікарні № 17. Також розвивається такий напрямок діяльності волонтерів, як проведення занять з надання само- та взаємодопомоги, домедичної допомоги для службовців Національної поліції України, патрульної поліції, ДСНС України в Харківській області та волонтерів ХНМУ на базі Навчально-тренувального центру волонтерів під керівництвом Навчально-наукового інституту післядипломної освіти ХНМУ. Це дозволяє проводити систематичні семінари з основ надання першої домедичної допомоги для студентів ЗВО та школярів м. Харкова. Перевіркою рівня сформованих знань, вмінь волонтерів став організований з листопада 2015 року проект – навчання волонтерських військово-патріотичних змагань з удосконалення практичних навиків у студентів в умовах, наближених до реальних. Цей проект відбувається за підтримки кафедр суспільних наук, фізичної реабілітації та спортивної медицини з курсом фізичного виховання та здоров'я, медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії, екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології й має своє втілення у заході «Козацькі розваги».

Студентами-волонтерами університету щорічно організуються широко-масштабні акції щодо реалізації державної політики у сфері боротьби з туберкульозом, зі СНІДом, з наркоманією та тютюнопалінням. Також проводяться благодійні акції: організація матеріальної допомоги для солдатів зони ООС (необхідні предмети, речі, кошти), Дні донора, громадсько-політичні заходи – флешмоби: «Молодь за єдність України», «Підтримай солдата», заходи на честь святкування Дня Державного прапора України, участь у Всесвітній акції «16 днів активізму проти гендерно зумовленого насильства», «Від серця – до серця», «Почуй світ!» та збір коштів для дітей з психічними й фізичними вадами.

Активно студенти-волонтери відвідують підшефну загальноосвітню школу-інтернат для розумово відсталих дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування у м. Куп'янську Харківської області, а також волонтерами започаткований благодійний проект «Світ у дитячих долоньках», мета якого – надання допомоги в організації дозвілля дітей – пацієнтів онковідділень 1-ї та 16-ї дитячих лікарень, педіатричного відділення ХМКБЛ №17, КЗОЗ ОДКЛ №1, дитячого будинку № 3 м. Харкова. ГО «Студентське самоврядування ХНМУ» першим серед ЗВО України заснувало акцію з опікування могилами учених Харківської вищої медичної школи. На цей час організований систематичний догляд за місцями поховання 70 видатних науковців. Важливо підкреслити, що волонтерські справи за своїм змістом найчастіше є гендерно паритетними, тобто в них однаково активно себе реалізують як хлопці, так й дівчата. З іншого боку, будь-які волонтерські акції спонукають до толерантності та рівності у різних соціальних сферах, тобто працюють на злам гендерних стереотипів та упереджень.

Молодіжна політика, розвиток вищої освіти й соціальна активність студентства характеризуються тісним взаємозв'язком. Це досить позитивний тренд, оскільки саме частота і регулярність, що зумовлюють ступінь включення добровольчої діяльності в образ життя волонтерів, багато в чому визначають не тільки зміст їх праці, а й результативність, соціальний і економічний ефект волонтерства для них самих, суспільства і держави. З іншого боку, зацікавленість вишів у розвитку певних видів волонтерства призводить до того, що в сфері медицини починається йо-

го професіоналізація, вибудовується мережева взаємодія. Майбутні медичні працівники починають втягуватися в волонтерський рух на більш системній основі, що позитивно впливає на регулярність їх добровільної участі.

Літвінова К.О., Рижова Д.В., Хіміч Т.Ю.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБИ БРУТОНА

Хвороба Брутона – це спадкове захворювання, гіпоглобулінемія, що зчеплено зі статтю (ген, що який тірозинкіназу, знаходиться в X-хромосомі), хворіють тільки хлопчики. Первинна гіпоглобулінемія є досить молодим (вперше описана К.О.Брутоном у чотирьохлітнього хлопчика, який часто хворів рецидивуючими бронхо-легеневими інфекціями в 1952 році) та досить рідкісним захворюванням (поширеність – 1:200000 чоловік), саме тому багатьом лікарям-інтерністам досить складно діагностувати його та призначити адекватну терапію. Хвороба має багато клінічних проявів – з раннього дитинства (до року) у хворого маніфестують інфекційні захворювання, що в подальшому рецидивують все життя та можуть в будь який час привести до смерті. До них відносяться: гемофільні інфекції, шкірні інфекції (імпетіго, абсцеси, фурункули тощо), ентеровірусні інфекції, сепсиси, менінгіт, отити та рецидивуючі пневмонії. Не дивлячись на всю серйозність клінічних проявів, єдиний, проте дуже ефективний вид лікування – замісна терапія людським імуноглобуліном. Лікування є досить простим, але дуже коштовним. Діти, до 18 років, отримують замісну терапію безкоштовно – їх забезпечує необхідним препаратом держава. Основні проблеми починаються після досягнення пацієнтами повноліття. На жаль, ми можемо помітити, що дорослі чоловіки є верствою населення, на яку менше всього звертають увагу благодійні фонди та програми. Отже, після того, як пацієнтам виповнюється 18 років, вони лишаються зі своєю проблемою один на один – не маючи фінансування від держави або благодійної допомоги, та не маючи змоги стабільно заробляти через рецидивуючі важкі інфекції, які неодмінно виникають після припинення терапії, вони фактично приречені на смерть.

Гіпоглобулінемія Брутона зустрічається достатньо рідко, але не дивлячись на це, вона є важливою проблемою сьогодення. Єдиний вид лікування – позитивна замісна терапія, що є безкоштовною тільки до повноліття пацієнта, надалі ж його життя залежить виключно від матеріального становища його родини. Сімейним лікарям слід пам'ятати, що носіями патологічного гену є жінки, а прояви цього тяжкого захворювання будуть лише у хлопчиків. Тому при плануванні сім'ї слід звертати на даний факт велику увагу майбутніх батьків.

Літвінова К.О., Рижова Д.В., Хіміч Т.Ю.

Харківський національний медичний університет

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ПРАЦІВНИКАМ ТА ПАЦІЄНТАМ ХОСПІСІВ

Хоспіси та центри паліативної допомоги існують в Україні досить недовго – з 90-х років минулого століття. На даний час, такі центри є навіть не у всіх містах та областях нашої держави. За статистикою, країні потрібно у сім разів більше подібних закладів, ніж їх фактично існує на даний момент. Організація хоспісної та паліативної допомоги в Україні має певні недоліки за рахунок того, що наш досвід у цій сфері наразі не є достатнім, на відміну від західних країн.

Близько півмільйона українців щорічно потребують паліативної допомоги, в основній масі – це хворі на онкологію, люди з різними травмами, нервовими та психічними розладами тощо. На даний час паліативна допомога в нашій державі зводиться до фармакотерапії, а саме до симптоматичного лікування (знеболення, перев'язування та обробка пролежнів). У той же час не береться до уваги психологічний стан як пацієнтів так і працівників даних медичних закладів. Згідно з даними проведених досліджень, частота депресій у пацієнтів хоспісів складає 69.39%. Працівниками хоспісів є переважно жінки, які як відомо за своєю природою є більш емоційними та чутливими. Вони скаржаться на постійний поганий настрій, емоційне напруження та так зване «емоційне вигорання». В інтерв'ю вони відмічають, що умови роботи колосально відрізняються від звичайних лікарень, бо працівники «не бачать результатів своєї діяльності, у зв'язку з тим, що всі пацієнти хоспісів – це важкі хворі, які не мають шансів одужати і залишають лікарню лише в разі смерті». У той же час, в даних закладах кількість працівників недостатня для того, щоб окрім медичних маніпуляцій приділяти увагу психологічному стану кожного хворого. Роль психотерапевта або медичного психолога нерідко беруть на себе представники церкви, і хворі відмічають, що розмови зі священниками дійсно полегшують їх стан.

Таким чином, кожний центр паліативної допомоги потребує в наявності психотерапевтів і медичних психологів, які працюватимуть як з пацієнтами, так і з персоналом. Це значно підвищить якість життя хворих, рівень паліативної допомоги в цілому, а також забезпечить психологічне зрівноваження співробітників хоспісів.

Літовченко О.Л., Завгородній І.В.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ У ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІНИ «ОХОРОНА ПРАЦІ В ГАЛУЗІ»

Нині проблема профілактики професійних захворювань працівників – досить актуальна тема в усьому світі. Увага до умов праці людини, у тому числі до питань захисту її здоров'я, наголошується на різних рівнях управління. Безпечна та гідна праця – це основне завдання як Міжнародної організації праці, так і органів державного нагляду з питань охорони праці. Найважливішою соціальною проблемою всіх держав є створення окремої системи охорони праці саме для жінок, а також організація охорони праці без шкоди для здоров'я та материнства. Вищевикладене вимагає більш детального розгляду питань гендерних особливостей при вивченні курсу «Охорона праці в галузі». Політика охорони жіночої праці пов'язана, у першу чергу, з біологічними особливостями жінок, які за своєю природою фізично слабші, на них покладена основна репродуктивна функція, тому вони не можуть працювати на одному рівні з чоловіками незважаючи навіть на гендерну рівність.

Особливе місце в цій структурній схемі належить впливу шкідливих або небезпечних виробничих факторів, які, у свою чергу, здатні чинити негативний вплив на здоров'я працівників та провокують виникнення професійних захворювань.

У медичній галузі переважають саме жінки (понад 85 %), при цьому на рівні управління у даній сфері їх не більше 5%. Це означає, що жінки безпосере-

дньо надають допомогу населенню і стикаються з усіма характерними для цієї галузі шкідливими чинниками, що негативно діють на їх здоров'я. Також слід враховувати, що жінки більш схильні до розвитку патологій, наприклад, хронічні захворювання відзначаються у кожного десятого чоловіка, а у жінок – у кожної п'ятої. У структурі захворюваності медичного персоналу жіночої статі найбільш питому вагу складають гінекологічні захворювання, ускладнення при вагітності та в післяпологовий період. За дії хімічних речовин (анестетиків, протипухлинних препаратів) у жінок-лікарів, фармацевтів, медичних сестер спостерігається триада патологій: безпліддя, мимовільні аборти, аномалії новонароджених. У ряді закордонних досліджень висвітлено, що відсоток народження дітей з уродженими аномаліями на 25-50% вище у жінок, які зазнали впливу анестезуючих газів. Крім того, відзначається збільшення онкологічних захворювань. Більша частина жінок-медиків страждають на хвороби хребта. Це пояснюється видом діяльності (догляд за тяжко хворими, вимушене положення тіла), а також варикозним розширенням вен. Причиною цього захворювання є вроджена слабкість сполучної тканини у жіночої статі. Втім, слід зазначити, що чоловіки удвічі частіше страждають на хвороби системи кровообігу. Умови праці медичних працівників є шкідливими саме за психоемоційним напруженням. У жінок і чоловіків фізично й психологічно різна реакція на стрес та його подолання, що вказує на необхідність враховувати гендерні відмінності. Постійне нервово-емоційне напруження у жінок пов'язане з подвійною роботою або «подвійною зайнятістю», тобто після закінчення роботи на жінку покладаються побутові обов'язки ще вдома, що веде до психічних розладів і зниження інтелекту.

Відповідно до вищесказаного, жінкам на законодавчому рівні надаються певні пільги у вигляді відпусток у зв'язку з вагітністю та пологами, по догляду за дитиною тощо. У свою чергу, забороняється застосування праці жінок на важких та шкідливих для їх здоров'я роботах.

Таким чином, для реалізації загальнодержавної політики з питань охорони праці, яка спрямована на створення безпечних умов праці, запобігання нещасним випадкам та профілактиці професійних захворювань, повинна містити в собі інформування та навчання учнів, студентів, курсантів та слухачів, звертаючи увагу на гендерні особливості, а саме: визначення професійних захворювань, характерних як для чоловіків, так і для жінок, а також мають бути висвітлені окремі питання щодо законодавчого регулювання охорони праці жінок на державному та міжнародному рівнях.

Лобкіна Е.В., Огнева Л.Г.

Харківський національний медичний університет

ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ АНЕМІЇ СЕРЕД ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ

Актуальність. В останній час особливу увагу привертають проблеми геронтології і геріатрії через демографічне старіння населення. Відповідно до даних щодо анемії (1993-2005pp), наведених у всесвітній базі даних ВООЗ, яка охоплює майже половину популяції світу, поширеність анемії серед людей літнього віку (обидві статі > 60 років) становить 23.9% - помірна проблема суспільної охорони здоров'я. Причини збільшення випадків анемії з віком: поліморбідність, атрофія червоного кісткового мозку, гіподинамія, фінансова неспроможність, небажання пацієнта проводити повноцінне обстеження та лікування. Ці-

каво визначити, що вагітні та жінки репродуктивного віку належать до групи найбільшого ризику (анемією уражені 42% вагітних жінок, а також 30% жінок 15-49 років), тоді як серед чоловіків працездатного віку глобальна поширеність анемії 12.7%, проте до літнього віку чоловіки наздоганяють жінок за частотою виникнення синдрому і навіть випереджають.

Мета. Порівняти частоту виникнення анемії серед чоловіків і жінок похилого віку (чоловіки 61-74 років, жінки 56–74 років) за допомогою оцінки загально-го аналізу крові (ЗАК) при першому визначенні еритроцитарних показників.

Матеріали та методи. На базі медичного центру "Здоров'я" за допомогою гематологічного аналізатора PentraXL80 визначені показники еритроцитарного ряду (загальна кількість еритроцитів - RBC(Т/л), концентрація гемоглобіну - HGB(г/л), гематокрит - HCT (л/л), середній об'єм еритроцита - MCV(фл), середній вміст гемоглобіну в еритроциті - MCH(пг)) 185 людей літнього віку (77-ми – чоловік, 108-ми жінок) при направленні від лікарів поліклінік(40%), стаціонарів(25%) і при безпосередньому самозверненні протягом тижня за різними причинами.

Результати. З 185 обстежених у 43 діагностована анемія (23.2%). З 77 чоловік у 26 виявлена анемія (33.8%): 6 із 26 з помірним ступенем анемії (HGB 70-89), 5 – з тяжким (HGB до 70г/л), решта з легким ступенем (HGB 90-125). Найбільш поширеною серед виявлених анемії була нормоцитарна нормохромна анемія – 11 чоловік (42.2%), (MCV 80-100, MCH 27-32). Друге місце по частоті виявлення зайняла - мікроцитарна гіпохромна – 9 чоловік (34.7%), (MCV<80, MCH<27). Найбільш рідко спостерігалася макроцитарна гіперхромна анемія – 6 чоловік (23.1%), (MCV>100, MCH>32). З 108 жінок у 17 виявлена анемія (15.7%): 3 із 17 з помірним ступенем анемії (HGB 70-89), 1 – з тяжким (HGB до 70г/л), решта з легким ступенем (HGB 90-115). Найбільш поширеною серед виявлених анемії була нормоцитарна нормохромна анемія – 12 жінок (70.6%), (MCV 80-100, MCH 27-32). Друге місце по частоті виявлення зайняла - макроцитарна гіперхромна – 3 жінок (17.6%), (MCV<80, MCH<27). Найбільш рідко спостерігалася мікроцитарна гіпохромна анемія – 2 жінки (11.8%), (MCV>100, MCH>32).

Висновок. Чоловіки літнього віку значно випереджають жінок за розповсюдженістю анемії: 33.8% обстежених чоловік віком 61-74 мають анемію та 15.7% жінок віком 56-74 роки. У обох статей на першому місці за частотою виявлення - нормоцитарна нормохромна анемія, але у чоловіків на відміну від жінок на другому місці - мікроцитарна гіпохромна, а на третьому – макроцитарна гіперхромна. Анемія погіршує якість життя. Її розвиток посилює симптоматику найбільш розповсюджених в пізньому віці захворювань (стенокардія, серцева недостатність). Необхідний щорічний скринінг еритроцитарних показників для своєчасного виявлення та запобігання ускладнень.

Лукьянова Е.М.¹, Лукьянова В.А.², Павлова Е.А.¹

¹Харьковский национальный медицинский университет

²Харьковский национальный университет радиоэлектроники

РОЛЬ РОДИТЕЛЕЙ В РАЗВИТИИ ДОЧЕРЕЙ С АНАЛИТИЧЕСКИМ СКЛАДОМ УМА

С раннего детства человек впитывает общепринятые стереотипы: девочки – это будущие мамы, хорошие хозяйки, заботливые смиренные жены, которым необязательно профессионально совершенствоваться. Ведь главное – это «не

кто ты есть, а кто есть твой муж». Мальчики – это умные «охотники», опора семьи и сильное надежное плечо. Однако, каждое следующее поколение в современном обществе стирает эти стереотипы. Так, согласно опроса 1200 респондентов, проведенного в 2012 году Т.Б. Легениной, большая часть мужского населения придерживается основных стандартных стереотипов в отношении женщин. Девушки же считают, что женское начало никто не отменял, но... развитие приоритетно мужских навыков, качеств и особенностей (например, желание девочек строить машины, управлять самолетами), которые, возможно, «заглушаются» во время воспитания девочек, крайне необходимо. Ведь развитие чего-то «неординарного», не вписывающегося в «женские стандарты», может принести пользу как самому человеку, так и обществу.

Жизнь нам преподнесла и преподносит множество примеров, как важна поддержка родителей в развитии «особенных» девочек с «мужским» аналитическим складом ума и в выборе их дальнейшей профессии. Ведь постоянное давление со стороны взрослых, что «ты должна выйти замуж, родить нам внуков, а не много работать, учиться, иначе останешься старой девой», может оказаться пограничной ситуацией для девочки. Очень часто люди подавляют в себе то, что связано с их настоящим предназначением, и внутренне от этого страдают. А ведь человек, который нашел свое место в этом мире, никогда не будет одиноким: у него всегда будет вдохновение и творческий потенциал, что вызовет соответствующий интерес и у других людей, в том числе у «второй половинки».

Например, известно, что Мария Склодовская-Кюри была из многодетной учительской семьи, с детства увлекалась наукой. Родители с раннего возраста поддерживали ее тягу к научному миру. Несмотря на то, что Мария жила в бедности, да еще тогда, когда девушкам нельзя было поступать в польские университеты, из-за чего ей в течение 5 лет пришлось работать гувернанткой, молодой перспективной ученой со временем удалось открыть два радиоактивных вещества, применить свои открытия в медицине, первой из женщин получить за это Нобелевские премии, найти близкого ей по духу человека и выйти за него замуж, вместе работать, родить двоих любимых дочерей.

Другой пример уже из нашего времени: Мария Гафурова, инженер в сфере аэрокосмического производства и робототехники, родилась в семье инженеров. Мечтала стать аэрокосмическим инженером – и стала им, несмотря на то, что мама придерживалась мнения: «Это больше для мальчиков». Профессия не мешала Марии выйти замуж за своего коллегу, родить двоих детей, успешно совмещая любимую работу в университете и семейную жизнь. Вот как она сама говорит об этом: «Я довольна своей карьерой, и у меня двое детей и семья. Все возможно в любой сфере деятельности. Но, конечно, производство — это «мужской мир», и женщина должна быть с сильным характером, чтобы быть наравне с ними» [1].

Следовательно, мы видим, что каждый человек, вне зависимости от того, какого он пола, может и должен заниматься своим делом и развиваться в своем направлении.

Литература:

1. Мария Гафурова. О женщинах-инженерах, роботизации промышленности в России и совмещении карьеры и семьи – https://hightech.fm/2019/03/06/gafurova-wonderwoman?is_ajax=1.

БІОЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ НЕВРОЗОПОДІБНОГО ЕНУРЕЗУ У ДІТЕЙ У МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

Сьогодні питання запровадження нового світового біоетичного підходу у медико-соціальні дослідження різних напрямів є центральним для професійної діяльності та проведення медичних і біологічних розвідок. В Україні реалізація міжнародних принципів проведення біомедичних та медико-соціальних досліджень ґрунтується на базових положеннях Закону України «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань» і Типового положення про комісії з питань етики», Наказу МОЗ України «Порядок проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення» тощо.

Відзначимо, що чи не найпотрібнішим є врахування біоетичних принципів при проведенні досліджень щодо гендерних відмінностей протікання різноманітних захворювань і тактики їх лікування, бо такі дослідження не повинні йти у розріз з ідеями встановлення гендерної рівності та недискримінації у суспільстві. Відмінність між «гендером» і «статтю», окрім медико-біологічної, містить ще й соціально-психологічну та соціально-педагогічну складові дослідницької діяльності. Посилення цих складових у медичних дослідженнях відбувається шляхом зосередження особливої дослідницької уваги на визначенні етичних засад медико-соціальної взаємодії лікаря з пацієнтами, що іноді ускладнюється самим характером захворювання, яке може бути обтяженим соціальною стигмою, ґрунтованою на негативних стереотипних уявленнях, що панують у суспільстві щодо певних захворювань, таких, як, наприклад, неврозоподібний енурез.

Проблема енурезу на сьогоднішній день ґрунтовно вивчена медичною наукою (В. Абрамєйцев, А. Гольбін, С. Данкел, А. Вейн, В. Комісарів, С. Сазонов, Е.Третьякова, Ю. Фесенко та ін.). Проте розвідки щодо пояснення природи цього розладу здоров'я та пошуки оптимальних стратегій його лікування не втрачають своєї актуальності.

У своєму дослідженні ми зосередили увагу на виявленні гендерних відмінностей протікання захворювання у 90 дітей (віком від 7 до 15 років) з діагнозом «неврозоподібний енурез» в контексті оцінки впливу соціальної складової на протікання захворювання та вибору тактики лікування. Пацієнти (66 осіб) і пацієнтки (24 особи) перебували під медичним спостереженням в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної Академії медичних наук України» 3 роки. Проводячи дослідження враховували, що первинним інструментарієм медичного дослідження, який визначає його етичний характер, є наявність інформованої згоди пацієнта, тож її змістовий та контекстний дизайн є важливим засобом оптимізації на етичних засадах не лише процесу діагностики, а й терапії, а також дієвим інструментом соціально-психологічної і соціально-педагогічної реабілітації дитини та її батьків. Крім того, для більш ефективної взаємодії з пацієнтами /-ками у процесі опитування їх та їхніх батьків та / або рідних, було розроблено і запатентовано спеціальну анкету «Карта комплексного

медичного обстеження дитини з енурезом», де узагальнювались дані клініко-анамнестичного, клініко-неврологічного та соціально-психологічного обстежень пацієнтів /-ок та їхніх родин.

Розробляючи зазначені інструменти дослідження, ми спиралися на підходи біоетики, враховуючи, що основою лікарської взаємодії з пацієнтами має бути повага і захист людської гідності, захист прав і свобод особистості. Тож готуючи зазначений інструментарій, застосовували фемінітиви та недискримінаційну мову, намагалися говорити з пацієнтами та їхніми рідними зрозумілою мовою, уникаючи зарозумілих словосполучень; прагнули зробити тексти якнайбільш доступними для розуміння пацієнтами, орієнтувати їх на розвиток власних можливостей, реалізацію прав і відповідальності у процесі лікування.

Луцька С.В., Волкова Ю.В., Михневич К.Г.

Харківський національний медичний університет

ВРАХУВАННЯ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ У РОБОТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Гендерна медицина є новим напрямком, що спеціалізується на біологічних та фізіологічних відмінностях, які існують між чоловіками та жінками та виявляються у різних захворюваннях і реакції систем організму на різні види лікування.

Мета: визначити медичні аспекти, враховуючи гендерні відмінності між жінками та чоловіками, а саме: особливості перебігу серцево-судинної системи, ліпідно-жирового обміну, судинної системи та психологічного стану.

Матеріали та методи: аналіз літературних джерел щодо визначення особливостей перебігу лікарських засобів на організм чоловіків та жінок.

Основні завдання. Лікар повинен брати до уваги не тільки дозу лікарського засобу, але і враховувати те, що у чоловіків переважає м'язова маса, в той час, як у жінок – жирова маса. Відповідно, у жінок, порівняно з чоловіками, індекс маси тіла є вищим, при цьому меншим є розмір серця і коронарних судин, що має своїм наслідком більший обсяг розподілу і витрат фармакологічних засобів у чоловіків.

Симптоми перебігу серцево-судинних захворювань помітно відрізняються у чоловіків та жінок. В той час, як біль, що іррадіює у ліву руку, є стандартним проявом серцевого приступу у чоловіків, то нудота та біль внизу живота – симптоми у жінок. При цьому серцеві приступи є більш важкими за перебігом саме через вияв специфічних симптомів. Саме тому жінки часто несвоєчасно звертаються до лікаря за медичною допомогою.

Згідно Фремінгемському дослідженню, у жінок першим проявом звичайно є стенокардія напруження (47 % випадків), а у чоловіків – інфаркт міокарду (46 % випадків).

У жінок менш специфічна навантажувальна ЕКГ-проба. Це пояснює, чому жінки рідше хворіють ІХС – це благотворний вплив естрогенів на серцево-судинну систему, у тому числі поліпшення ліпідного профілю та розширення судин.

З іншого боку, жінки частіше страждають артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом та ожирінням, мають більш високий рівень загального холестерину та фібріногену. У жіночого організму вище репаративні здібності, тому легше переносяться больові відчуття.

Психологічний аспект у чоловіків та жінок відіграє важливу роль у перебігу захворювання та одужання. Жінки простіше сприймають серйозні хвороби, такі, як, наприклад, онкологія.

Таким чином, гендерні відмінності мають дуже важливу роль у лікуванні та прогнозі захворювань.

*Мазняк З.О.,
ХДУХТ
Сєдая Ю.С.
ХНМУ,*

Національний Демократичний Інститут Міжнародних відносин
**ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ ТА ВІДКРИТЕ УРЯДУВАННЯ ЗАДЛЯ
ПІДСИЛЕННЯ МІСЦЕВОЇ ДЕМОКРАТІЇ**

(за результатами дослідження з впровадження гендерної політики в рамках спільної ініціативи Конгресу місцевих та регіональних влад Ради Європи та Асоціацією міст України)

За сприяння офісу Ради Європи в Україні та секретаріату Конгресу Ради Європи, Страсбург (Франція) у березні 2019 року було проведено опитування представників та представниць Асоціації міст України (АМУ) з метою виявлення проблем щодо реалізації гендерної політики у міських, районних та селищних радах України.

Етап збору кількісних показників відбувався шляхом опитування за напівстандартизованою формою (у респондентів/-ок була можливість пропонувати і власні відповіді на запитання, і обирати із запропонованих альтернатив відповідей). Опитування здійснювалося онлайн.

Інструментарій дослідження складався з двох частин (перша, була присвячена вивченню думок щодо сутності та розумінню гендерної політики в цілому, друга - реалізації Європейської хартії рівності жінок і чоловіків на місцях).

Вибіркову сукупність склали представники та представниці Асоціації міст України. Загальна кількість отриманих відповідей – 280.

Актуальність проведеного дослідження зумовлена тим, що органи місцевого самоврядування можуть відігравати ключову роль у реалізації Стратегії гендерної рівності Ради Європи на 2018-2013 роки та у виконанні взятих Україною зобов'язань щодо реалізації четвертого Плану дій із впровадження Ініціативи «Партнерство «відкритий Уряд» та цілей Сталого розвитку ООН, зокрема цілі 5 – Гендерна рівність та цілі 16 – Мир, справедливість та сильні інститути, особливо в контексті забезпечення рівних можливостей для представництва жінок та чоловіків на всіх рівнях прийняття рішень у політичному та суспільному житті.

Відкрите урядування може сприяти гендерній рівності та спонукати до змін шляхом впровадження гендерночутливих політик через покращення прозорості, залучення громадян, підзвітності та відповідальності органів влади.

Перше питання опитування було присвячене розумінню респондентами гендерної політики у реалізації місцевої та регіональної політики. Отримані результати є доволі оптимістичними: 92,3 % респондентів правильно визначили сутність гендерної політики, як рівність можливостей для жінок та чоловіків щодо реалізації своїх прав. 4,6 % відповідей орієнтовані на розуміння гендерної політики через просування Європейських цінностей і лише 1, 8 % розуміють її як захист прав жінок (див. рис.1)

284 responses



Рис. 1. Думка членів АМУ щодо сутності гендерної політики

На питання чи потрібно впроваджувати та регулювати гендерну політику на національному рівні в Україні, в сукупності 94 % відповіли «так», серед них – 55,1 безперечно так; 38,9 % – погодились з цією думкою, 4,9 % – вагалися з відповіддю (див. рис. 2).

283 responses

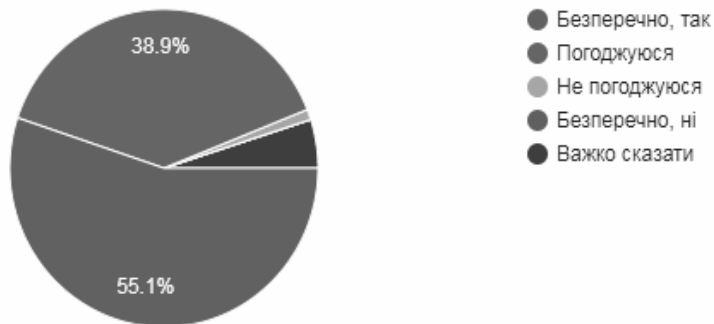


Рис. 2. Думка членів АМУ щодо впровадження та регулювання гендерної політики на національному рівні в Україні

Наступне питання було направлене на виявлення впровадження гендерної політики на місцевому рівні. зведені дані представлені на рис. 3.

282 responses

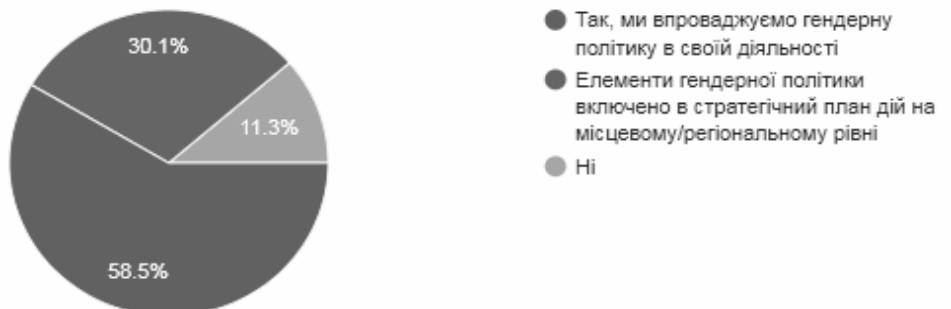


Рис. 3. Рівень впровадження гендерної політики на місцях

З рисунку видно, що більша половина відповідей на це питання (58,5 %) говорить про те, що міські, селищні та сільські ради впроваджують гендерну політику в своїй діяльності. Майже кожна третя відповідь (30, 1%) говорить про те, що елементи гендерної політики включено в стратегічний план дій на місцевому або регіональному рівнях, при цьому 11, 3 % респондентів дали негативну відповідь на це питання.

Вивчаючи думку респондентів щодо зв'язку між аспектами повсякденного життя та впровадженням гендерної політики ми отримали такі результати (див. табл. 1).

Таблиця 1.

Думка членів аму щодо зв'язку між аспектами повсякденного життя та впровадженням гендерної політики (У %)

| <i>Аспекти повсякденного життя</i> | <i>Так</i> | <i>Ні</i> | <i>Важко сказати</i> |
|---|-------------|-----------|----------------------|
| 1. безпека | 67.1 | 11.2 | 21.7 |
| 2. житло та благоустрій | 59.7 | 20.9 | 19.4 |
| 3. громадський транспорт (мобільність) | 59.2 | 20.2 | 20.6 |
| 4. сфера праці та робоче місце | 88.8 | 4.0 | 7.2 |
| 5. освіта | 78.8 | 12.4 | 8.8 |
| 6. сфера культури та спорту | 75.5 | 13.9 | 10.6 |
| 7. надання соціальних/муніципальних послуг | 73 | 15.3 | 11.7 |
| 9. довкілля | 45.7 | 25.7 | 28.6 |
| 10. підприємництво та економічний розвиток на місцевому рівні | 72.4 | 13.0 | 14.6 |
| 12. політичне життя в громаді | 81.8 | 8.4 | 9.8 |

Як бачимо, серед топових аспектів повсякденного життя та впровадження гендерної політики було відмічено: сфера праці та робоче місце – 88,8 %, політичне життя в громаді – 81,8 %, освіта – 78,8 %, сфера культури та спорту – 75,5 %. Найнижчий показник у альтернативи «довкілля» – 45,7%.

Аналіз даних показує, що високий відсоток представників та представниць АМУ вбачають реалізацію гендерної політики виключно через її зв'язок з соціальними проблемами, та виключають інші проблеми (наприклад, екологічні), що значно звужує розуміння та реалізацію гендерної політики на місцях. На сьогодні опираючись на дані опитування, 10 % членів АМУ сказали що існують деякі труднощі та супротив в обговоренні Хартії рівності; 12.5 % говорять про те що Хартія перебуває на стадії розробки підготовчих документів; 14.6 % опитаних стверджують, що Хартія перебуває на стадії обговорення з метою найскорішого прийняття; **15 %** відповіли, що Хартія рівності в їх громаді вже прийнята, а 47.9 % респондентів заявили, що документ перебуває на стадії обговорення та доцільності її прийняття. (див. рис.4)

На питання чи існують труднощі та перешкоди в процесі прийняття Хартії рівності жінок та чоловіків в житті місцевих громад, 81.7 % членів АМУ відповіли «ні», проте 18.3 % респондентів заявили що такі труднощі та перешкоди існують.

Серед найбільш згадуваних викликів та труднощів, що заважають процесу прийняття Хартії було названі такі:

➤ У співробітників місцевої адміністрації бракує інформації та розуміння сутності гендерних питань - 41.7 %

➤ Деякі громадські об'єднання, групи, активісти висловлюються проти прийняття Хартії, мотивуючи це загрозою традиційним сімейним цінностям – 30 %

На відсутність політичної волі у цьому питанні вказали 13.3 % опитаних, а на протидію в міській раді вказали 6.7 % членів АМУ. (зведені дані див. на рис. 5).

Рисунок 4. Стадії прийняття та розробки Хартії рівності у громадах. Думка членів АМУ.

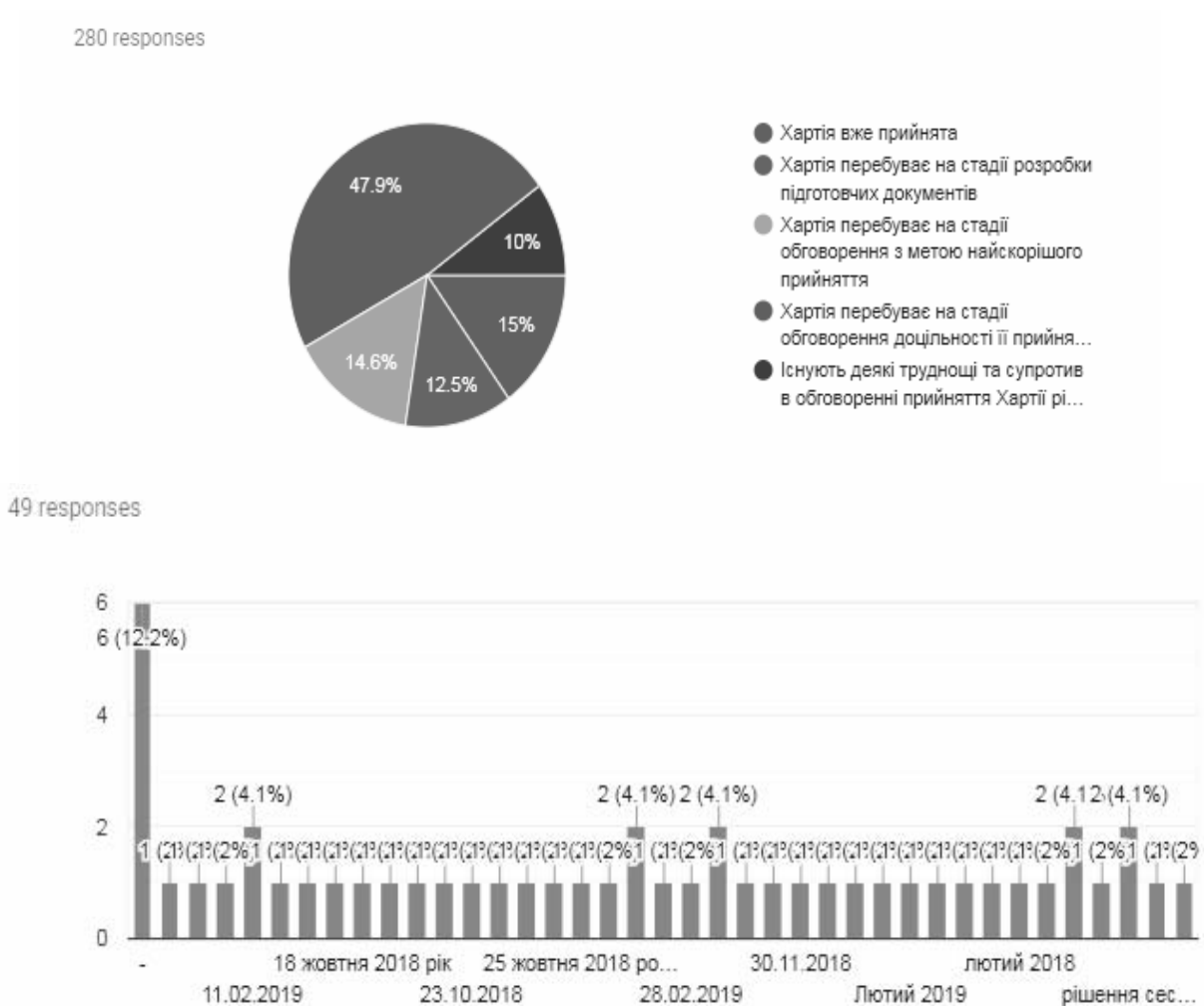
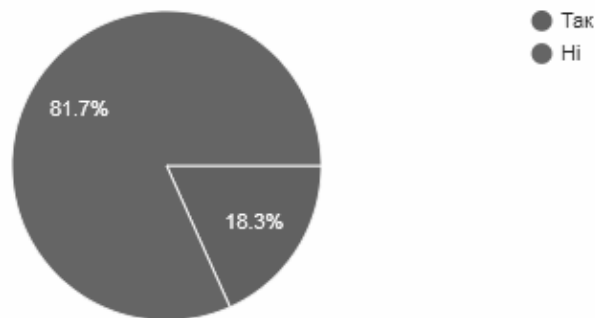
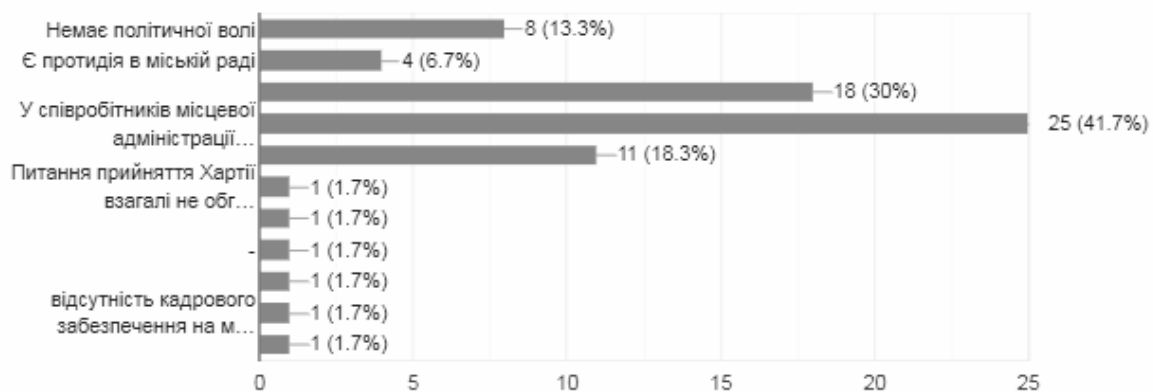


Рисунок 5. Основні перешкоди прийняття Хартії у громадах. Думка членів АМУ.

279 responses



60 responses



На сьогодні питання щодо розробки плану дій реалізації Європейської хартії рівності жінок та чоловіків у громадах є найбільш актуальним. Так, тільки 6.5 % респондентів заявили про те що план був прийнятий, 93.5 % відмітили, що такого плану не існує.

Мазур О.М.

Національний університет «Києво-Могилянська академія», м. Київ

ДО ПИТАННЯ ПРОБЛЕМНИХ АСПЕКТІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНИХ МЕХАНІЗМІВ СІМЕЙНОЇ ПОЛІТИКИ В КОНТЕКСТІ СТИМУ ЛЮВАННЯ НАРОДЖУВАНОСТІ

Нині в Україні актуальним залишається визначення принципів удосконалення державних механізмів сімейної політики в Україні у контексті стимулювання народжуваності. Особливо гостро вказана проблема стає в умовах сучасної демографічної кризи в нашій державі.

З метою запобігання зниженню рівня народжуваності необхідним вважається запровадження комплексу механізмів державної підтримки сім'ї. До таких механізмів віднесено організаційно-правовий, соціально-економічний, інформаційно-мотиваційний і медико-соціальний.

Удосконалення лише одного з механізмів державної підтримки сім'ї не є достатнім для вирішення демографічних проблем, оскільки, по-перше, вони є тісно пов'язаними один з одним, по-друге, вдосконалення одного механізму приводить лише до нетривалого ефекту, що свідчить про недостатній рівень результативності.

Вдосконалення організаційно-правового механізму підтримки сім'ї вимагає, по-перше, внесення змін до змісту державної демографічної політики, перенесення акценту на сім'ю для упередження поглиблення депопуляційних процесів і запобігання загрози національній безпеці. Зміна прагнень та настанов сімей у бік народження більшої кількості дітей може стати передумовою для перелому в кризовій демографічній ситуації. Для цього конче потрібно не лише покращити умови життя сім'ї – соціально-економічного середовища, у якому приймаються доленосні рішення щодо створення сім'ї й народження дітей, а й підвищити результативність самої державної демографічної політики.[1, с. 156].

Перелік заходів, що проводяться урядом, має бути доповнено систематичним проведенням експертизи. Її завданням повинен стати моніторинг відповідності положень законодавчих актів, що регламентують діяльність органів влади у сфері зайнятості, охорони здоров'я, доходів, соціального захисту, охорони батьківства і дитинства, освіти, підтримки сім'ї в контексті демографічної політики, зазначеним у законодавстві принципам [2].

Важливим моментом є чітке визначення галузевих повноважень зазначених органів виконавчої влади. Тому, поряд із здійсненням повноважень щодо реалізації загальних завдань демографічної політики, до компетенції цих органів мають входити: здійснення заходів зі сприяння діяльності закладів та організацій, що опікуються проблемами сімей певних категорій, а також деякими проблемами розвитку і функціонування цього соціального інституту; створення умов для спрощення процесу догляду за малими дітьми за рахунок розвитку доступного дошкільного виховання через збільшення кількості дитячих дошкільних закладів, мережі позашкільних закладів; робота з благодійними та волонтерськими організаціями, іншими інститутами громадянського суспільства, які здійснюють діяльність, пов'язану з наданням підтримки різним категоріям сімей, розвитку інституту сім'ї [3, с. 33–34].

Отже, удосконаливши усі механізми державної підтримки сім'ї, вирішаться демографічні проблеми. Результатом має стати збільшення рівня народжуваності за рахунок покращання добробуту й підвищення авторитету сім'ї, іміджу сімейного способу життя в суспільній свідомості.

ЛІТЕРАТУРА:

1.Афанасьєва Ю. В. Державна підтримка сім'ї як чинник стимулювання народжуваності в Україні: дис. на здобуття наук. ступеня канд. з держ. управління: спец. 25.00.02 / Ю. В. Афанасьєва; Національна академія державного управління при Президентові України. – Х., 2016. – 257 с.

2. Левчук Н. М.,Палій О. М., Рингач Н. О. Пріоритетні напрями політики щодо поліпшення стану здоров'я населення й подовження тривалості життя в Україні / Н. М. Левчук, О. М. Палій, Н. О. Рингач [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://core.ac.uk/download/pdf/78513441.pdf>.

ГЕНДЕРНИЙ СТЕРЕОТИПІЗМ В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Актуальність: у сучасному суспільстві досі зберігається велика кількість стереотипів, направлених в тому числі і на приниження професійних якостей представників тієї чи іншої статі. Наявність таких стереотипів у медичній практиці може заважати пацієнтам та працевлаштованим об'єктивно ставитись до вибору лікаря.

Мета: визначити вплив деяких стереотипів на вибір лікуючого лікаря пацієнтами та лікаря під час працевлаштування на вакантну посаду.

Матеріали та методи: була розроблена анкета для опитування учасників. У дослідженні взяли участь 100 респондентів у віці від 18 до 35 років, серед яких було 60 жінок та 40 чоловіків. Математичну обробку результатів проводили за допомогою пакету програм «Statistica 8.0» (StatSoft Inc, США).

Результати та обговорення: було визначено, що учасники жіночої статі менше надають значення як статі свого лікуючого лікаря, так і статі лікаря, якого б вони брали на роботу в якості працевлаштованого, причому чоловіків в якості сімейних лікарів та педіатрів жінки майже не відмічають. Виключенням є відповіді щодо лікарів хірургічних спеціальностей, де в обох випадках думки респондентів розподілились порівну між позицією «Це має бути чоловік» та позицією «Не важливо». Аналізуючи відповіді чоловіків, виявлено, що чоловіки віддають перевагу жінкам в аспекті педіатричних та терапевтичних спеціальностей, причому, на відміну від думки респондентів жіночої статі, невелика частина з них готова бачити на цих посадах чоловіків. Проте для більшої кількості опитаних чоловіків важливо, щоб лікар хірургічної спеціальності був чоловічої статі.

Враховуючи проведенне анкетування, зроблено такі висновки: більша частина молоді, яка вихована в роки панування рівноправних гендерних відносин, все ще не готова до відмови від стереотипних поглядів на «історично жіночі» та «історично чоловічі» професії в медицині, що може стати підставою для обмеження жінок в їх працевлаштуванні на посади хірургічного направлення та чоловіків на посади педіатричного та, меншою мірою, терапевтичного направлення.

СУЧАСНИЙ ОГЛЯД НАЯВНИХ ПРОБЛЕМ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ В УРГЕНТНІЙ ХІРУРГІЇ

За даними ВООЗ, понад 1,3 млрд. людей мають надмірну вагу, а 600 млн. людей – ожиріння. За останні 10 років відсоток людей з ожирінням збільшився вдвічі. Ця тенденція є досить стійкою і має ознаки значного подальшого поширення завдяки розвитку досягнень науково-технічного прогресу, які призводять до змін характеру і складу харчування, малорухливому способу життя, зменшенню повсякденного фізичного навантаження [1]. У свою чергу, це призводить до значного збільшення кількості пацієнтів, що звертаються за медичною, зокрема ургентною хірургічною, допомогою, маючи при цьому ожиріння як супутній метаболічний розлад.

Такі хворі мають багато особливостей, що пов'язані, передусім, зі специфічними змінами фізіологічних функцій серцево-судинної системи та системи дихання. У більшості випадків має місце високий серцевий викид на тлі збільшеного артеріального тиску. Формується він, головним чином, завдяки збільшенню ударного об'єму, тому в більшості випадків у таких хворих відзначається кардіомігалія та ожиріння серця. Наявність великої кількості жирової тканини в організмі збільшує загальну довжину капілярної мережі. Отже загальний периферійний опір завжди високий, у зв'язку з чим навантаження на серце завжди зростає, і достатньо досить невеликого додаткового навантаження, яким безумовно є операція, особливо в умовах загального знеболювання та проведення ШВЛ, щоб остаточно перевантажити систему кровообігу [2]. На ряду з цим, у пацієнтів з ожирінням значно знижується функціональна залишкова ємність легень на тлі збільшення мертвого простору. Це суттєво збільшує альвеоло-артеріальний градієнт кисню, що призводить до гіпоксичної гіпоксії та гіперкапнії. У стані лежачі на операційному столі вплив цих несприятливих чинників значно посилюється. Змінюється легеневий комплаєнс, постійна гіповентиляція призводить до затримки вуглецю. У багатьох пацієнтів з ожирінням має місце значна поліцитемія та пов'язана з цим висока в'язкість крові, це значно збільшує небезпеку післяопераційних тромбозів та тромбоемболії [3].

Оскільки у хворих з ожирінням загальна кількість води на масу тіла менша, ніж у хворих без ожиріння, то вони доволі погано витримують будь-яку дегідратацію [4]. Стан хворих з ожирінням також часто ускладнюють притаманні їм супутні хвороби, серед яких найбільш поширеними є цукровий діабет, остеоартрит, грижа стравохідного отвору діафрагми, коротка шия, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, каменеутворення у жовчному міхурі та на нирках [5]. Хворі з ожирінням дуже погано переносять деякі специфічні положення на операційному столі, які пов'язані з переміщенням внутрішніх органів та перерозподілом крові. У цих положеннях спонтанне дихання досить часто взагалі неможливе. У зв'язку з цим, операції, що виконують у спеціальних положеннях у хворих з ожирінням потребують обов'язкового проведення ШВЛ [6], об'єм якої доцільно збільшувати на 25–30 %.

Таким чином, анестезіологічний ризик, ризик операції у хворих з ожирінням надзвичайно підвищений. Він зростає пропорційно збільшенню надлишкової жирової тканини. Значний зріст кількості наукових публікацій на тему анестезіологічного забезпечення хворих з ожирінням свідчить про невщухаючий інтерес і зацікавленість до цього питання, що, у свою чергу, підтверджує необхідність пошуку нових підходів до вирішення цієї проблеми.

Література:

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 192 million participants // *Lancet*. –2016. –Vol. 387. – P. 1377-96.
2. Williams E.P. Overweight and Obesity: Prevalence, Consequences, and Causes of a Growing Public Health Problem / E.P. Williams, M. Mesidor, K. Winters, P.M. Dubbert, S.B. Wyatt // *Current Obesity Reports*. –2015. –Vol. 4. –P. 363-370.

3. Ortiz V.E. Obesity: physiologic changes and implications for preoperative management / V.E. Ortiz, J. Kwo // BMC Anesthesiology. –2015. –Vol. 15. –P. 97.
4. Ward D.T. Complications of morbid obesity in total joint arthroplasty: risk stratification based on BMI / D.T. Ward, L.N. Metz, P.K. Horst, H.T. Kim, A.C. Kuo // J. Arthroplasty. –2015. –Vol. 30. –P. 42-46.
5. Merkow RP. Effect of body mass index on short-term outcomes after colectomy for cancer / R.P. Merkow, K.Y. Bilimoria, M.D. McCarter, D.J. Bentrem // Journal of the American College of Surgeons. –2009. –Vol. 208, № 1. –P. 53-61.
6. Melis M. Body mass index and perioperative complications after oesophagectomy for adenocarcinoma: a systematic database review / M. Melis, J. Weber, R. Shridhar, S. Hoffe, K. Almhanna, R.C. Karl [et al.] // BMJ Open. –2013. –Vol. 3. –P. e001336. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001336.

Маліков В. В.

*Національний технічний університет
"Харківський політехнічний інститут"*

ПУБЛІЧНИЙ ПРОСТІР В ІСТОРІЇ ЛГБТ+ ЛЮДЕЙ ХАРКОВА 1991–2013 РОКІВ (ДО ПОСТАНОВКИ ПИТАННЯ)

Публічний простір міста визначається як відкритий і загальнодоступний, такий, в якому відбуваються зібрання і політична репрезентація всіх громадян. Він є безпосереднім матеріальним виразом концептуального простору, в якому громадяни вільно обговорюють суспільно важливі питання.

Метою доповіді є визначити проблематику, умови і меж дослідження можливостей і способів саморепрезентації ЛГБТ+ спільноти в історичному часі і публічному просторі Харкова.

Історія ЛГБТ руху та спільноти в Україні вже встигла стати об'єктом дослідження, ініційоване переважно самими вітчизняними активістами та активістками (напр., М. Касянчук, С. Науменко, Л. Гейдар). Одна з перших публікацій, яка включає огляд ЛГБТ+ історії, є «Блакитна книга» (Луганськ, 2000). Локації публічних місць спілкування та відпочинку геїв і бісексуалів в Харкові 2000-х років можна знайти на сторінках «Енея», першого і чи не єдиного видання гей-гиду по Україні (Київ, 2005). Унікальне видання «Быть лесбиянкой в Украине: обретая силу» (Київ, 2007) ІОЦ «Жіноча мережа» на основі дослідження лесбійської спільноти, проведеного в середині 2000-х років, містить цінну інформацію про основні її характеристики, соціальні та особисті взаємини лесбійок і бісексуальних жінок, та особливості розвитку спільноти в різних регіонах України, в тому числі і місцеві ініціативи та досвід у Харкові.

Більш докладний історичний екскурс та періодизацію історії ЛГБТ+ людей в Україні мають видання «Украинское ЛГБТ движение, 25» (Київ, 2015) та «Райдужна книга» (Київ, 2018), які висвітлюють різні сторони життя спільноти в сучасності і минулому, в тому числі значимі для неї місця в публічному просторі, проте переважно у столиці. Важливо й те, що історія спільноти та повсякденне життя геїв, лесбійок, бісексуальних і трансгендерних людей Києва подається персоналізовано, крізь інтерв'ю, розповіді і роздуми ключових персон українського ЛГБТ+ руху й спільноти, які були активними учасниками й учасницями подій. У виданнях лише побіжно згадуються харківські реалії, однак вони становлять велику цінність з історіографічного і методологічного боків і визначення джерельної бази

історичного дослідження. Адже видання містять узагальнену інформацію про становлення і розвиток спільноти, виокремлюють його періоди, а також містять список наявної літератури і джерел з історії ЛГБТ+ людей та руху в Україні.

Нижньою хронологічною межею дослідження стає 1991 рік, коли було проголошено незалежність України та декриміналізовано чоловічу гомосексуальність. Верхня хронологічна межа пов'язана з локальними та загальноукраїнськими змінами у житті ЛГБТ+ спільноти як частини вітчизняного суспільства: посиленням гомофобних законодавчих ініціатив у Верховній Раді (так і нереалізованих), посиленням організаційної спроможності спільноти та зростанням видимості у політичному полі, змінами інфраструктури для харківської спільноти, зрештою, розгортанням революційних подій наприкінці 2013 року і військових дій на початку року наступного.

Враховуючи місцеві особливості життя спільноти та світовий досвід усноісторичних ЛГБТ досліджень, укладено питальник для проведення інтерв'ю з ЛГБТ мешканцями міста. Виявлено більше п'ятнадцяти знакових для спільноти місць в публічному просторі Харкова 1990-х – 2010-х років. Серед них – клуби, ресторани та кав'ярні, парки і спортивні майданчики, пляжі, квартирники, місця для зустрічей, спілкування, круїзingu.

Наявні видання також засвідчують великий інтерес та дбайливе ставлення ЛГБТ+ спільноти до власної історії. На основі наявних публікацій, інтерв'ю та консультацій можна також зробити висновок про високий рівень самоусвідомлення ЛГБТ+ людьми власної історії, здатність узагальнювати й аналізувати особливості свого становища у вітчизняному суспільстві та ті зміни у ставленні й доступі до публічного простору, які відбувалися впродовж чверті століття. Лесбійки та геї Харкова зберігають пам'ять про минуле у вигляді історій про себе та інших людей зі спільноти, особистих фото- і відеоархівів, а також речей, з якими асоціюються важливі події їхніх життів.

*Марія П. Петрова
Варненский свободный университет им. Черноризца Храбра
Юридический факультет*

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА ПРИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ БОЛГАРИИ

Актуальность

В последние годы тема правовых проблем, возникающих при применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в Республике Болгарии, становится все более актуальной. Репродуктивные проблемы так же, как и гендерное равенство вызывают научные дискуссии и предполагают новый взгляд на их правовое уложение.

Степень научной разработанности проблемы

В болгарской правовой литературе нет систематизированных научных работ в области рассматриваемой проблематики. Существуют отдельные публикации, которые затрагивают проблемы гендерного равенства и ВРТ.

Ключевые слова: ассистированная репродукция, гендерное равенство, гендерное неравенство, вспомогательные репродуктивные технологии, правовые проблемы.

Цель. Цель данного исследования выявить проблемы, которые возникают при применении законодательства с точки зрения избежания гендерного неравенства при применении ВРТ.

Источниковая (эмпирическая) база исследования

Эмпирической базой исследования было действующее болгарское законодательство к первому апреля 2019 г.

Методы исследования. Основным методом исследования был метод формально-юридического анализа.

Тезисы

Гендерное равенство следует рассматривать как равные возможности полов (равное положение), а не как абсолютное равенство между полами.

Биологические особенности полов при ВРТ предполагают неравные возможности для женщин и мужчин. Исходя из этих особенностей, возникают разные юридические права и обязанности, а также разные юридические последствия.

Женщина может участвовать в ассистированной репродукции и как донор, и как реципиент. Мужчина может быть только донором.

Заключение

Преодолеть проблемы гендерного неравенства при применении ВРТ возможно, если в законодательстве Республики Болгарии введутся новые правовые нормы, урегулирующие суррогатное материнство и нормы, предусматривающие приравнивание урожденных женщин, превратившихся в мужчин после смены пола (в случаях сохранения их женских репродуктивных органов от рождения).

Однако, на данном этапе ни болгарское общество, ни законодательство не готовы ввести такие изменения в юридическом уложении.

Список литературы

1. Бандеров А. Алгоритми и технологии – бъдещето на неравенството при достъпа до медицински услуги. Предизвикай правото. ISSN 1314-7854. Sun, 28 February, 2016. <https://www.challengingthelaw.com/medicinsko-pravo/algorithmi-i-tehnologii/>

2. Богомякова Е.С. Вспомогательные репродуктивные технологии: гендерный аспект // Исследования науки и технологий: классические основания и актуальные тенденции. Сборник научных статей по итогам V Социологической Школы СПбГУ. 21–24 октября 2015 года. Скифия принт. Санкт-Петербург. 2016. С. 172–179.

Марущенко О.А.

Харківський національний медичний університет

РЕЛІГІЯ ЯК ОПЛОТ ГЕНДЕРНОЇ НЕРІВНОСТІ

Релігія на сьогодні залишається потужним оплотом гендерної нерівності, джерелом обґрунтування усталеного гендерного режиму суспільства. Релігії притаманна гендерна сегрегація та поляризація: вона акцентовано розділяє і протиставляє дві статі шляхом виокремлення жіночого і чоловічого призначення, життєвих траєкторій, соціальних статусів й ролей. При цьому релігія зводить, принижують роль та місце жіночого, возвеличуючи, натомість, усе чоловіче.

Принаймні три впливові монотеїстичні релігії світу – іудаїзм, християнство, іслам, а також політеїстичні – буддизм і (в основному) індуїзм сміливо можна вважати «чоловічими». І справа не тільки в тому, що канони цих релігій

створювалися в умовах жорсткого патріархату, причому саме чоловіками. Чоловіча стать зображується тут як привілейована, вища, владна група. Цей релігійний андроцентризм добре укорінювався завдяки пануючій культурі, відтворюючи та закріплюючи її саму.

В доктринах чималої кількості релігій навіть образи Неба і Землі мають гендерну окрасу. Небо (чоловіча іпостась) – верх, що є чистим і священним; Земля (жіноча іпостась) – низ – брудний, грішний. Звісно, Бог (в тих релігіях, де він є) теж має суто чоловіче начало. Жіноче Творче начало, фактично, виключене з «управлінської структури» світу (навіть Діва Марія, що вважається матір'ю Бога, не є рівною Богу-Отцю, адже є суто земною, хай і святою істотою). Тобто в більшості релігій віруючим-жінкам від початку відмовлено в сакралізації високого жіночого образу, який би був рівним чоловічому.

На вторинність жінки вказує і факт її творіння з чоловічого ребра. Як вдало, аналізуючи біблійні канони, колись зазначила американська дослідниця Е. Стентон, жінка була створена після чоловіка, із чоловіка і для чоловіка. Жінка має бути вправною та слухняною (настільки, що після смерті чоловіка може спалити себе, аби духовно очиститися – саме цього вимагає від вдів індуїстський ритуал «саті»), а її основним призначенням проголошується сім'я та народження і виховання дітей (у тому ж ісламі найпочеснішою для жінки є якраз роль матері).

В іудаїзмі, де представницям жіночої статі взагалі забороняється займатися суспільною працею, їхня відмова від шлюбу вважається злочином і гріхом. Аби жінка не відволікалася від виконання сімейних ролей, в багатьох релігіях довгий час їй навіть було заборонено вчити інших, самій вивчати священні тексти і – звичайно – вести церковні служби.

Вторинність жіночого начала у багатьох впливових релігій світу також вибудовується на визнанні жіночої гріховності. Так, наприклад, історію про гріхопадіння Адама і Єви та вигнання їх з раю розділяють усі три згадані монотеїстичні релігії. І відповідальність за так званий первородний гріх покладається саме на Єву. Згідно Біблії, як покарання за цей вчинок, Єва стала підлеглою чоловікові (хоча така приналежність фактично була визначена ще в момент її творіння з ребра). За канонами, подальша доля усіх жінок полягає у спокутуванні первородного гріха. Саме тому найбільш шанованими є ті жіночі персонажі священних книг, які відреклися «від себе» (зокрема, власної сексуальності) заради служіння чоловіку та виконання «сімейних обов'язків».

Якщо сексуальність чоловіка завжди вважається непорочною, взагалі релігією не розглядається і не проблематизується, то на жіноче тіло вказують як на «сосуд гріха»: наприклад, в Біблії є навіть типовий персонаж – блудниця; натомість в індуїзмі можна віднайти певні «подвійні стандарти» – засудження публічної проституції не заважає сакральній – шануванню храмових жриць-танцівниць. Статеві органи жінки також вважаються «нечистими», на відміну від чоловічих, що є символом животворного початку. Досить показовим є «ефект менструальної винуватості»: жінок, у яких розпочались «критичні дні», сприймають як таких, що втратили «чистоту». Мусульмани розглядають їх як небезпечних, з якими краще не контактувати, а християни таких взагалі воліють не пускати до церкви.

Отже, релігійне сприйняття жінки передбачає її початкову вторинність та відповідальність за людське (фактично – чоловіче) гріхопадіння, а тому неодмінну відданість своєму чоловіку, слухняне виконання «сімейних обов'язків» (якщо в сім'ї щось не так – винувата жінка), зречення власної індивідуальності заради служіння (але не у структурі релігійних організацій), фактичну відмову від своєї сексуальності (за спокусливість з боку чоловіків винуватою знову-таки є жінка). Чоловік, у свою чергу, виступає як більш високе, первинне, непорочне творіння, що стало жертвою «жіночої підступності», але є відповідальним за подальшу долю жінки (та її дітей) перед Богом. Він бере на себе контроль за духовним (зокрема, релігійним) життям та суспільним розвитком.

Як бачимо, релігія прямо сприяє відтворенню полярної структури суспільного устрою, де одна гендерна група (чоловіки) є більш шанованою, виступає носієм влади і найширшого кола відповідальних соціальних ролей, тоді як інша група (жінки) перебуває у стані залежності й підкорення, має звужений рольовий набір та обмаль можливостей для самореалізації за межами сім'ї. Існуючому порядку надається статус сакрального, такого, що «йде від Бога».

Масалітін І.М.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) відноситься до найбільш поширеного виду ушкоджень і становить від 30 до 50 % від усіх видів травм. У різних регіонах України частота ЧМТ становить від 2,3 до 6 випадків (в середньому 4-4,2) на 1000 населення. ЧМТ є однією з основних причин летальності та інвалідизації осіб працездатного віку у світі.

Нами було проведено аналіз особливостей ЧМТ у 298 хворих, з яких у 219 (181 чоловік та 38 жінок) був сприятливий результат захворювання, та у 80 (69 чоловіків та 11 жінок) – фатальний. Порівняння хворих за структурою ушкоджень мозку показало наявність достовірних відмінностей у частоті трапляння контузійних вогнищ між чоловіками та жінками групи зі сприятливим результатом ЧМТ, а також лінійних переломів кісток черепа та субарахноїдальних крововиливів. Усі ці ушкодження головного мозку (ГМ) частіше траплялися у чоловіків. У групі хворих з фатальним результатом захворювання достовірні відмінності між чоловіками та жінками виявлені тільки за наявністю лінійних переломів кісток, які частіше траплялися у жінок. За частотою трапляння інших ушкоджень достовірних відмінностей між гендерними групами виявлено не було. У чоловіків з фатальним результатом захворювання достовірно частіше спостерігалися субдуральні гематоми та зміщення серединних структур мозку, а у жінок – внутрішньомозкові гематоми, лінійні переломи кісток черепа та зміщення серединних структур мозку.

При порівнянні гендерних груп в залежності від типу та об'єму патологічного субстрату було встановлено, що у групі чоловіків зі сприятливим результатом захворювання достовірно частіше ніж у чоловіків з фатальним результатом траплялися епідуральні та внутрішньомозкові гематоми, а також вогнища контузії об'ємом до 50 см³, субдуральні гематоми об'ємом 51-100см³. У групі чоловіків з фатальним результатом ЧМТ частіше траплялися епідуральні, субдуральні та внутрішньомозкові гематоми великого об'єму (понад 100 см³).

Відмінностей в розподілі чоловіків та жінок за типом та об'ємом ушкодження ГМ у досліджуваних групах не виявлено. Також не виявлено відмінностей у частоті трапляння різних типів та об'ємів ушкодження між жінками з різним результатом ЧМТ.

Встановлено, що наявність у чоловіків епідуральної гематоми об'ємом понад 151 см^3 достовірно підвищує ризик фатального результату ЧМТ у 24 рази ($F=0,0019; \chi^2 = 11,8$), субдуральної гематоми такого ж розміру – у 4,6 рази ($F=0,003; \chi^2=9,8$), вогнищ контузії – у 7 разів ($F=0,0172; \chi^2 =8,2$), внутрішньомозкової гематоми – у 18 разів ($F = 0,0198; \chi^2 = 6,5$), вогнищ контузії об'ємом $101-150 \text{ см}^3$ – у 5 разів ($F = 0,0218; \chi^2 = 6,7$).

Кількість вогнищ ушкодження ГМ суттєво впливає на результат ЧМТ. Порівняльний аналіз частоти трапляння відповідної кількості вогнищ ушкодження у чоловіків та жінок не виявив достовірних відмінностей при сприятливому та фатальному результаті ЧМТ. При порівнянні груп жінок з різним результатом захворювання встановлено, що при сприятливому результаті частіше трапляється одне вогнище, а при фатальному – чотири, що підвищує ризик смерті хворої у 30,8 ($F = 0,001288; \chi^2 =14,56$)рази.

У групах хворих зі сприятливим та фатальним результатом не виявлені гендерні відмінності за частотою трапляння відповідної локалізації вогнищ ушкоджень ГМ. Різні локалізації у гендерних групах з однаковим результатом ЧМТ спостерігаються у східному відсотку випадків. Встановлено, що лобова локалізація вогнища ушкодження ГМ підвищує ризик фатального результату у чоловіків у 6,9 ($F = 0,000000; \chi^2 =40,9$)рази, а у жінок – у 22,7 ($F = 0,000137; \chi^2 =17,9$) рази; скронева – у 5,1 ($F = 0,000000; \chi^2 =26,2$) рази та 12,4 ($F = 0,0134; \chi^2 =7,4$) рази відповідно; потилична – майже у 6 ($F = 0,000001; \chi^2 =25,96$) разів у чоловіків та у 15 ($F = 0,0009; \chi^2 =13,8$)разів у жінок.

*Матвеева С.Л., Ващенко Н.В., Калініченко Д.О.
Харківський національний медичний університет*

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЗАЛЕГЕНЕВОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Туберкульоз (ТБ) є головною загрозою для охорони здоров'я в усьому світі і в даний час є другою провідною причиною смерті від інфекційних захворювань після ВІЛ / СНІД.М. tuberculosis зазвичай потрапляє в організм людини через дихальні шляхи, і близько 80 % хворих на туберкульоз мають діагноз легеневого туберкульозу. Однак у деяких пацієнтів з легенеvim туберкульозом (ЛТБ) присутній паралельний позалегеновий туберкульоз (ПЛТБ) з більш важким станом пацієнта. Аналіз епідеміологічних характеристик хворих на туберкульоз з різною тяжкістю захворювання може сприяти нашому розумінню причин виникнення ПЛТБ. Протягом останнього десятиліття деякі когортні дослідження повідомляли про збільшення відсотка ПЛТБ у пацієнтів з туберкульозом. Кілька когортних досліджень дослідили вплив статі на виникнення ПЛТБ і виявили, що жінки частіше представляють свій активний туберкульоз як ПЛТБ. Є деякі докази того, що статеві гормони та генетичні фактори грають свою роль у цій невідповідності.

Мета дослідження – гендерний аналіз позалегенового туберкульозу.

Матеріали і методи. У цьому дослідженні використано база даних Харківського протитуберкульозного диспансеру. Проаналізовані дані 547 пацієнтів.

Всі аналізи проводилися з використанням програмного забезпечення SPSS версії 14.0 Для порівняння безперервних змінних використовувався t-тест незалежних двох проб. Асоціації ПЛТБ з іншими категоріальними змінними були протестовані точним тестом Фішера. Всі тести були двосторонніми, і р-значення менше 0,05 вважалися статистично значущими.

Результати та обґрунтування. Протягом періоду дослідження у 547 пацієнтів був діагностований ЛТБ. Середній вік пацієнтів становив $39,8 \pm 18,4$ років. 380 (69,5 %) були чоловіками, а 167 пацієнтами (30,5 %) – жінками. Серед 547 підтверджених культуральними даними випадків туберкульозу 86 пацієнтів (0,9 %) були інфіковані мультирезистентного *M. tuberculosis*. Асоціація між статтю та наявністю ЛТБ з ПЛТБ: 16 жінок (9,3 %) мали ЛТБ з ПЛТБ; 28 чоловіки (7,3 %) мали ЛТБ з ПЛТБ (жіночий-чоловічий індекс: 1,06–1,60; $p = 0,013$). Серед пацієнтів молодше 45 років ми не виявили істотної асоціації між статтю та наявністю ЛТБ з ПЛТБ. На відміну від пацієнтів, яким було 45 років і старше, значно більше жінок, ніж чоловіків, мали ЛТБ з одночасним ПЛТБ (15 з 167 випадків (9,0 %) проти 26 з 380 випадків (6,8 %), $p = 0,016$). Далі ми розподілили пацієнтів у п'яти вікових групах, щоб спостерігати зв'язок між статтю та РТВ + ЕРТВ. У пацієнтів у віці ≤ 24 та 25–44 років ми не виявили значущого зв'язку між статтю та наявністю ЛТБ + ПЛТБ. Проте жінки частіше, ніж чоловіки, мають одночасний позалегеневий туберкульоз серед пацієнтів у віці від 45 до 64 років. Серед 547 пацієнтів з ЛТБ 437 пацієнтів (79,9 %) мали ізольований ЛТБ, а 110 пацієнтів (20,1 %) – ЛТБ і одночасно ПЛТБ. Найбільш поширеним ПЛТБ був плеврит (54 пацієнта), за яким слідували міліарний туберкульоз та кістково-суглобова локалізація (по 10 пацієнтів кожна когорта). Діагноз ПЛТБ був підтверджений культурально у 49 хворих і гістологічно у 61 пацієнта. Аналіз демографічних чинників та клінічних проявів цих хворих показав, що у жінок більш висока ймовірність наявності ЛТБ з ПЛТБ. Проте зміни, які традиційно вважалися корельованими з важким тягарем бацил легеневого *M. tuberculosis* (тобто позитивні мазки мокротиння і порожнинні пошкодження на рентгенограмах грудної клітки), достовірно не відрізнялися у пацієнтів з ізольованим ЛТБ та пацієнтами з ЛТБ і одночасно ПЛТБ.

Висновки: серед пацієнтів з ЛТБ жінки частіше мали одночасний ПЛТБ, ніж чоловіки, і ця гендерна обумовленість спостерігалася, в основному, у пацієнтів у віці 45 років порівняно з <45 років. Отримані дані свідчать про те, що пацієнти жіночої статі ЛТБ у пост-репродуктивному віці більш сприйнятливі до одночасного ПЛТБ, ніж пацієнти чоловічої статі тієї ж вікової групи. Роль ендокринних факторів у патогенезі туберкульозу вимагає подальшого дослідження. Результати вказують на те, що літні жінки з ЛТБ повинні бути більш ретельно обстежені на предмет наявності одночасних ПЛТБ, і що для цих пацієнтів слід розглянути тривале або більш інтенсивне лікування.

Медянова Е. В.

Одесский национальный медицинский университет

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ СТУДЕНТОВ

Вопросы, связанные с феноменом гендера, в последнее время входят в число наиболее активно обсуждаемых, так как роль мужчины и женщины в общественной среде сегодня претерпевает значительные изменения, поэтому жизненные ценности, которыми они руководствуются, становятся предметом внимательного изучения психологов, социологов, педагогов и политиков.

М. С. Каган, анализируя ценностное сознание личности, выделял его двухстороннюю направленность: на мир, окружающий личность — мировоззрение, и на саму личность — самосознание; и рассматривал, как и ряд других авторов (Ю. А. Панченко, М. С. Боровцова), «гендер как ключевую детерминанту конституирования ценностно-смысловой сферы личности» [1, с.99]. Ю. А. Панченко объединяет все множество гендерных детерминант аксиогенеза в три основные группы: гендерную культуру, систему гендерных отношений и гендерный концепт (гендерная идентичность личности). По М. С. Боровцовой, аксиогенетический потенциал гендера заложен в саму его сущность и функционирует на трех уровнях: глубинном, когнитивном и поведенческом, «где первый составляют интенции, а второй — способы для реализации третьего» [1, с.100].

Исходя из вышеизложенного, мы рассмотрели ценностные ориентации студенческой молодежи в гендерном аспекте. Нами были исследованы ценностные ориентации (Методика диагностирования реальной структуры ценностный ориентаций личности С. С. Бубновой) студентов Одесского национального медицинского университета в 2009 и 2018 г.г. И выявлено, что статистически значимое отличие ($p \leq 0,05$) групп парней и девушек в обеих выборках совпадает только по рангу ценности Б3 «Поиск и наслаждение прекрасным»: 2009 г. t-критерий Стьюдента $t=-2,390$ $df=52$; 2018 г. $t=-2,025$ $df=47$. Но в 2018 г. возникает ряд дополнительных статистически значимых отличий этих групп; ценности Б1 «Приятное времяпрепровождение, отдых» $t=-2,417$ ($p \leq 0,05$); Б4 «Помощь и милосердие к другим людям» $t=-1,824$ ($p \leq 0,01$) и Б9 «Социальная активность для достижения позитивных изменений в обществе» $t=2,236$ ($p \leq 0,05$). Исследование выявило незначительное гендерное расхождение в ценностях молодежи в 2009 г., которое обусловлено гендерной культурой; а в 2018 г. рост нестабильности и политизации украинского социума способствовал повышению политической активности и снижению гуманности студентов (обусловленное особенностями мускулиных отношений и гендерной самоидентификации мужчин — более ориентированных на социальную активность), а у студенток наблюдаются признаки истощения нервной системы в ситуации политической нестабильности, что более связано с физиологическими особенностями женского организма. Таким образом, в стабильном социуме наблюдается ситуация дегендеризации, что, по мнению М. Киммела, обусловлено не тем, что женщины и мужчины становятся более *одинаковыми*, а потому, что они становятся «более *равными*. Ибо те качества и модели поведения, которые прежде считались мужскими или женскими, — компетентность и сострадание, честолюбие и привязанность — суть исконно человеческие качества, доступные и женщинам, и мужчинам, которые достаточно повзрослели, чтобы об этом открыто заявить» [2, с.408].

Направление решения гендерного вопроса мы, вслед за М. Киммелом и Г. Д. Лифтеном видим в формировании гендерного протейства — изменчивости и адаптивности «к своему окружению с использованием всего многообразия переживаний и способностей... Чтобы стать такой личностью, не нужно, чтобы мужчины и женщины стали больше походить друг на друга, а нужно, чтобы каждый еще полнее и глубже стал собой» [2, с.412].

Литература

1. Боровцова М. С. Гендер и порождение ценности / М. С. Боровцова, Ю. А. Панченко // Формирование человеческого и социального капитала: про-

блемы педагогики, психологии и философии. – Йошкар-Ола: Коллоквиум, 2012. – С. 99–100.

2. Киммел М. Гендерное общество/ М. Киммел – [Пер. сангл.] – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2006. – 464 с.

Мирошниченко М.С., Иванова А.А., Капустник Н.В.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНЫЙ ПОДХОД В ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Анатомо-физиологические особенности мужского и женского организма формируют различия в возникновении и течении различных заболеваний, в том числе и заболеваний органов мочевыделительной системы. Мужчины с хроническими болезнями почек чаще, чем женщины, сталкиваются с прогрессированием этого недуга, приводящего к смерти. Смертность на диализе у мужчин и женщин одинакова, однако частота развития некоторых осложнений диализа выше у женщин. В детской популяции заболевания органов мочевыделительной системы чаще возникают у девочек по сравнению с мальчиками, что позволило нам выделить женский пол как фактор риска развития нефроурологической патологии у детей.

Важная роль в современной нефроурологии в изучении этиопатогенетических особенностей, разработке новых и улучшении старых методов лечения и профилактики заболеваний органов мочевыделительной системы отводится экспериментам с использованием лабораторных животных (мышей, крыс, кроликов и т.д.). Данные литературы свидетельствуют о том, что три четверти экспериментов проводятся на самцах, характеризующихся стабильным гормональным фоном, в связи с опасениями, что женские гормональные циклы смогут повлиять на ход и результаты эксперимента. Учитывая половые особенности в течение заболеваний, эффектов от проводимой терапии не совсем правильно полученные в ходе экспериментов на самцах данные в дальнейшем экстраполировать на мужчин и женщин. Ученые отмечают, что препараты, оптимизированные для мужчин, могут быть не только менее эффективными, но и причинять вред женщинам. Данные статистики свидетельствуют, что 8 из 10 препаратов, которые появились на рынке в США за период с 1997 по 2001 года, несли риск для здоровья женщин.

Таким образом, гендерная составляющая должна быть основой в клинической и экспериментальной медицине.

Михалко Н. А.

Львівський національний університет імені І. Франка, м. Львів, Україна

НЕМАТЕРИНСЬКІ ЧАСИ: ДО ПИТАННЯ ПРЕДСТАВЛЕННЯ ЕТИКО-ФІЛОСОФСЬКИХ ПРОБЛЕМ ВИСОКОТЕХНОЛОГІЧНОЇ ПРОКРЕАЦІЇ У ФЕМІНІСТИЧНОМУ ДИСКУРСІ СЬОГОДЕННЯ

З новими репродуктивними технологіями ми вступили на шлях, що приведе до нових часів, нової епохи: Нематеринських часів, – як стверджує філософиня-феміністка Дана Белу. Традиційне материнство змінюється, перетворюється на лабораторний процес. Невпинна технологічна експансія у репродуктивну сферу вимагає постійного перегляду етико-філософських засад останньої.

Трансформоване материнство – один з наріжних каменів у репертуарі феміністичної критики різного спрямування. От тільки та трансформація може точитися різним чином, і мислиться вона по-різному. З одного боку – відкидання технологічних інновацій, своєрідна регресія у минуле. За приклад може послужитися ідея «природного» материнства, природних пологів, як реакція на нові, репродуктивні технології, екстенсивну та інтенсивну медикалізацію генеративності, колижінки стають додатком технологічної репродуктивної системи (Марія Міес, Вандана Шива, Марія Круль-Щепковска). До того ж, нову репродуктивну оптимізацію слід відрізнити від більш традиційних процесів об'єктивації та інструменталізації. Те, що скеровує цей дискурс, – утопічний образ первинної, незатьмареної (навіть дикої) жіночності, що керується інстинктами та фізіологічними потребами. Його визначає візерунок такого ідеального материнства, котрому вдалося «не забруднитися агресивною культурою». Для прихильниць зазначеної позиції, приміром, вагітність – «метафізичний досвід», «зв'язок з первинною природою», почування незвичної могутності etc. (Зрештою, все це має віддалене відношення до реального стану справ, адже «природне» материнство маргіналізується, на противагу високотехнологічному. Хірургічне народження кесарським розтином значно популярніше, аніж пологи з мінімальним втручанням.)

З іншого боку – підтримка високотехнологічної репродукції, котра має, за задумом, слугувати звільненню жінок. (Жіноче існування значно інтенсивніше зумовлюється технічним поступом, аніж чоловіче – один із знаних постулатів феміністичної думки. Отже, практики звільнення можуть розгортатися цими шляхами.) Ліберально орієнтовані авторки-феміністки витлумачують допоміжні репродуктивні технології як інструмент керування своєю фертильністю. Можливість обрати час на материнство підвищує рівень репродуктивної автономії. Сучасні ж радикальні феміністичні течії йдуть на декілька широких історичних кроків далі. Приміром, для ксенофемінізму (XF), котрий представляє група *LabogiaCuboniks* (LC), нові та експериментальні репродуктивні технології стануть тими визначальними точками впливу, котрі будуть спрямовані на трансформацію пригнічувальних соціально-біологічних станів. Вони можуть послужитися більш амбітному, широкомасштабному, конструктивному проекту визволення, аніж спостерігалось до того. Високотехнологічна прокреація – керманіч і симптом історичного розгортання, з часом та дасть змогу відмовитися від знаних природних меж, котрі до того обрамляли та обмежували практики визволення. Людська репродукція пов'язана з нерівномірним розподілом репродуктивних ризиків і переваг. У цьому криється велика поразка жіночої статі. Зрештою, біологія – не доля, адже може бути технологічним шляхом змінена, і повинна бути змінена на користь репродуктивній справедливості (Хелен Хестер). Водночас, залишається при силі усвідомлення, що репродуктивні технології, включно з контролем за народжуваністю, – меч двосічний в руках нинішніх сил. Аргументація XF резонує з «Діалектикою статі» Суламіф Фаєрстоун, котра відзначалася своєю оптимістичною позицією по відношенню до допоміжних репродуктивних технологій. Самі ж учасниці LC мають себе за неслухняних доньок Дони Гейрвей, і таки небезпідставно, як дізнаємося з нещодавнього «Маніфесту ксенофемінізму».

Одним із завдань феміністичної критики стала підтримка ектогенезису (Еві Кендал, Розмарі Тонг та ін.). Ця експериментальна репродуктивна технологія майбутнього може виявитися альтернативою для такої складної, у правовому, етичному та емоційному плані, практики як сурогатне материнство. Або ж в якості іншого вирішення проблеми штучного переривання вагітності. Ектогенезис можуть застосовувати і без медичних показів ті жінки, котрі не хотіла б наражати себе на всі ті фізіологічні та соціальні ризики, які супроводжують вагітність. Простий доступ до плоду та можливість спостереження за ним можуть змінити акушерські та педіатричні практики. Окрім того, такі зміни спроможні назавжди перевернути наші уявлення про людське становище у світі.

Мушегян М.М.

ХМАПО

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

Сегодня эпилепсия является одним из наиболее актуальных проблем в неврологии и психиатрии. Риск развития эпилепсии повышается с увеличением возраста. Среди этиологических факторов в развитии эпилепсии у взрослых принадлежит сосудистой патологии. Преобладание больных эпилепсией женского пола в возрасте старше 60 лет связано не только с абсолютным доминированием в популяции этого возраста женщин, но и с проявлением и прогрессированием сосудистой патологии головного мозга.

Цель: Выявить гендерные особенности и тип эпилептических припадков.

Результаты: Обследовано 38 пациентов с симптоматической эпилепсией сосудистого генеза (17 мужчин и 21 женщина), средний возраст у мужчин составляет 55,5 лет, у женщин 59 лет. Для оценки эпилептических припадков проводился активный опрос пациентов и их родственников как очевидцев припадков. Для установления типа эпилептических припадков мы руководствовались классификацией эпилептических приступов, принятой в 1981 году. Международной лигой по борьбе с эпилепсией. Для установления формы эпилепсии у обследованных пациентов мы использовали Международную классификацию эпилепсий и эпилептических синдромов, принятую в 1989 году. При анализе типов эпилептических припадков, сложные парциальные и генерализованные припадки достоверно чаще наблюдались у мужчин (8 (47%) и 2 (9,5%) женщины; $\chi^2 = 5,65$; $p < 0,05$); абсансы, зарегистрированы у 1-го (5,9%) мужчины и 5-ти (23,8%) женщин; тонико-клонические припадки достоверно чаще наблюдались у мужчин (17 (100%) мужчин и 12 (57%) женщин; $\chi^2 = 9,55$; $p < 0,05$), что указывает на наличие достоверных гендерных различий.

Проведен анализ распределения больных по классификации электроэнцефалограмм (ЭЭГ) Е.А. Жирмунской (1996) и Л.Р. Зенкова (2002), показал, что частота встречаемости всех ее типов достоверно не отличается, за исключением пятого типа – дезорганизованный ритм (с преобладанием тета- и дельта-активности). Колебания биопотенциалов альфа-, бета-, тета- и дельта-диапазонов регистрируются без какой-либо четкой последовательности. Структуру пятого типа характеризует слабая представленность альфа-активности. Колебания биопотенциалов альфа-, бета-, тета- и дельта-диапазонов регистрируются без какой-либо четкой последовательности. Такой бездоминантный тип

кривой может иметь как средний, так и высокий амплитудный уровень, который достоверно чаще встречался у больных эпилепсией. Установлено, что очаговые изменения головного мозга достоверно ($p < 0,05$) повышают риск возникновения эпилепсии в 4,3 раза, наличие пароксизмальной активности – в 26,9 раз, дисфункции срединных структур – в 6,4 раза.

Выводы: На основании данного исследования рассмотрена проблема гендерных различий пациентов с симптоматической эпилепсией сосудистого генеза. Установлен ряд клинических особенностей, преобладание сложных парциальных припадков у мужчин: характерные изменения на ЭЭГ, дезорганизация ритма при эпилепсии.

*Невзорова С.І., Мозгова Т.П.
ХНМУ*

ЗМІНА СТАТІ. ЦЕ НОРМАЛЬНО? ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ДЛЯ БАЖАЮЧИХ ЗМІНИТИ СТАТЬ

Люди, які бажають змінити стать, задаються питанням, як це можна втілити в життя. Раніше необхідно було стояти на обліку у сексопатолога не менше двох років, проходити корекцію ендокринного фону, психіатричну експертизу та хірургічну корекцію статі.

Зараз діє Наказ МОЗ України № 1041 від 05.10.2016, який регламентує медико-біологічні та соціально-психологічні показання для зміни статі.

Людина, що бажає змінити стать, повинна звернутися до свого сімейного лікаря, отримати направлення на консультацію до психіатра, ендокринолога та хірурга.

Медико-біологічними показаннями для зміни чи корекції статевої належності є психічний і поведінковий розлад "транссексуалізм" за Міжнародною класифікацією хвороб десятого перегляду [Наказ МОЗ України № 1041 від 05.10.2016].

Зазначимо, що у 2018 році вийшла МКХ 11, у якій рубрика F64 «Розлади статевої ідентифікації» замінена на «Гендерну дисфорію» («Gender incongruence»). А гендерна дисфорія (трансгендерність) перенесена з «Психічних розладів і розладів поведінки» в «Сексологію» («Conditions related to sexual health»).

Відповідно до МКХ 10 для розладу "транссексуалізм" характерним є бажання жити та бути прийнятим в якості особи протилежної статі, що супроводжується відчуттям, що їх анатомічна стать є неадекватною або почуттям дискомфорту, а також прагненням корекції та гормональної терапії з метою зробити своє тіло максимально відповідним бажаній статі. Транссексуальна ідентифікація повинна стійко зберігатися впродовж більше двох років. Даний розлад не повинен бути симптомом іншого психічного розладу, такого як шизофренія, і не повинен поєднуватися з генетичною та хромосомною аномалією.

Соціально-психологічними показаннями для зміни чи корекції статевої належності є 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) [Наказ МОЗ України № 1041 від 05.10.2016].

Людина відчуває глибокий дискомфорт і протиріччя, бо її фізіологічна стать не відповідає психологічним відчуттям.

Для того, щоб поставити діагноз, лікар робить клініко-психопатологічне обстеження, використовує психодіагностичні методики.

Об'єктивний анамнез збирають в процесі обстеження зі слів пацієнта та його родичів. Він містить дані про особливості психічного стану і поведінки пацієнта в різні періоди психосексуального розвитку (на етапі формування полові самосвідомості, становлення полові поведінки, формування психосексуальних орієнтацій). У висновку психіатр вказує феноменологію та поведінкові ознаки діагностованих супутніх психічних розладів, результати соматичного та неврологічного обстеження, синдромологічну та нозологічну кваліфікацію супутнього психічного розладу, вказує стадію (етап) цього розладу (компенсація/декомпенсація, загострення/ремісія), рекомендації по психофармакологічному лікуванню, обґрунтування консультації психотерапевта, допоміжні методи дослідження.

Дозвіл на зміну документів видає сімейний лікар після отримання психіатричного висновку, ендокринологічної та хірургічної корекції.

Кінцевим результатом лікування повинні бути не лише анатомічні зміни, а й суттєве покращення психологічного стану людини. Але деякі пацієнти після корекції статі зустрічаються з іще більшими проблемами, ніж до неї.

Тому психіатрична експертиза повинна включати психотерапевтичне втручання та психоосвітні програми і тренінги, які сприяють більш осмисленому розумінню наслідків прийнятого рішення по зміні статі.

Новікова Д.П., Матвєєва С.Л., Кучеренко І.О.

Харківський національний медичний університет

ТИРЕОЇДНИЙ ГОМЕОСТАЗ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ

Щитоподібна залоза відіграє важливу роль у формуванні протитуберкульозного імунітету, а зміни функції щитовидної залози можуть впливати на клінічні прояви туберкульозу та ефективність лікування. Тому тиреоїдний гомеостаз залози у хворих на туберкульоз є актуальним. Як об'єкт дослідження обрані жінки, так як саме у жінок патологія щитовидної залози зустрічається достовірно частіше, ніж у чоловіків.

Мета дослідження – оцінка стану щитовидної залози у жінок хворих на туберкульоз легень.

Матеріали та методи. Обстежено 180 жінок, хворих на активний туберкульоз легень у віці від 18 до 65 років (середній вік $36,5 \pm 5,4$ роки), які перебували на стаціонарному лікуванні в Харківському обласному протитуберкульозному диспансері № 1. Клінічні форми туберкульозу були представлені переважно інфільтративним туберкульозом легень у 149 (90,2 %) пацієнтів. Усім пацієнтам при надходженні до стаціонару і до початку антибактеріальної терапії проводили клінічне та ультразвукове дослідження за допомогою SSF-240A виробництва Toshiba Medical Systems (УЗД) щитоподібної залози, визначення рівня тиреотропного гормону (ТТГ) в сироватці крові і консультацію ендокринолога. Рівень ТТГ визначали методом твердофазного імуноферментного аналізу з використанням набору реагентів «Алкор Біо» за допомогою спектрофотомет-

ру «Тесан» (Австрія). Концентрацію ТТГ в сироватці крові визначали шляхом побудови калібрувальної кривої за результатами титрування рекомбінантного ТТГ в якості стандарту і виразили в мкМО / мл. В якості групи контролю обстежено 30 здорових жінок. Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою комп'ютерних програм Microsoft Excel і «Statistica». Використовували методики описової статистики (середнє арифметичне (M), помилка середньої арифметичної (m), інтервал коливань, медіана, мода). Порівняння двох незалежних груп, що діють у нормальному розподілі, здійснювали за допомогою t-критерію Стьюдента, а тих, що не підкоряються нормальному розподілу – тесту Вілкоксона. В якості критичного рівня достовірності був прийнятий критерій 0,05.

Результати та обговорення. У ході проведених досліджень структурна патологія щитовидної залози була виявлена у 111 жінок (61,8 %), хворих на туберкульоз легень. Серед них аутоімунний тиреоїдит з явищами субклінічного гіпотиреозу був діагностований у 67 осіб (60,3 %), субклінічний гіпотиреоз – у 12 осіб (10,8 %), дифузний еутиреоїдний зоб – у 16 осіб (14 %), вузловий еутиреоїдний зоб – у 7 осіб (6,3 %), змішаний еутиреоїдний зоб – у 8 осіб (7,2 %) осіб, дифузний токсичний зоб (вісцерапатична форма) – у 1 особи (2,5 %). Рівень ТТГ в сироватці крові у пацієток з виявленою патологією щитовидної залози був достовірно вище $3,7 \pm 0,67$ мкМО/ мл у порівнянні з групою контролю $2,04 \pm 0,27$ мкМО / мл, $p = 0,012$. Субклінічний гіпотиреоз встановлювали при рівні ТТГ вище ніж 4,2 мкМО / мл згідно стандарту діагностики субклінічного (біохімічного) гіпотиреозу.

Висновки:

1. У хворих на активний туберкульоз жінок досить часто (61,8 %) зустрічається структурна та функціональна патологія щитовидної залози.
2. Серед пацієток з виявленою патологією щитовидної залози в більшості випадків (60,3 %) діагностується аутоімунний тиреоїдит з явищами субклінічного гіпотиреозу.
3. Вважається доцільним скринінг патології щитоподібної залози у жінок, хворих на туберкульоз, оскільки коморбідні захворювання ускладнюють лікування туберкульозу та знижують ефективність протитуберкульозної хіміотерапії.

Новікова К.А.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ МОРФОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СТРУКТУР ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Наявність гендерних відмінностей у будові центральної нервової системи – це проблема, яке турбує дослідників, адже до кінця не зрозуміло, показники яких структур залежать від статі, та як саме ці відмінності впливають на функціональний стан цих структур. Крім того, відомо, що поширеність та прояви багатьох захворювань нервової системи мають свої відмінності, які залежать від статі.

Метою цієї роботи було проаналізувати наявні літературні джерела та виявити гендерні особливості морфометричних показників структур центральної нервової системи.

В ході аналізу було виявлено, що найбільш виражені гендерні відмінності спостерігалися у деяких ділянках гіпокампа, корі острівцевої частки та мигдалеподібному тілі (Ruigrok et al.). Крім того, за даними Bogolepova et al. при аналізі морфометричних показників префронтальної кори великих півкуль головного мозку була виявлена лівостороння асиметрія ряду показників у жінок, на відміну від правосторонньої асиметрії у чоловіків. Також у жінок був виявлений більший гліальний індекс та більша щільність нейроглії у порівнянні з чоловіками. За даними Salkov et al. морфометричні дослідження структур чорної речовини головного мозку, зміни у якій відповідальні за розвиток хвороби Паркінсона, показують наявність гендерних відмінностей при фізіологічному старінні. Так у сегментах вентральної області компактної частини чорної речовини спостерігається більша щільність дофамінових нейронів у жінок, ніж у чоловіків, що може свідчити про більш повільний перебіг вікової інволюції в цій області головного мозку. А от у дослідженні Escoria et al., в якому визначалася кортикальна товщина півкуль головного мозку, не було знайдено суттєвих відмінностей цього морфометричного показника між чоловіками та жінками.

Таким чином, ряд наукових робіт показують наявність статевих відмінностей у морфометричних показниках деяких частин центральної нервової системи, що має враховуватися для подальших досліджень в цій області.

Огнева Л.Г., Куряча О.П.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНА ЧУТЛИВІСТЬ В ПИТАННЯХ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЖІНОК

Біологічно чоловіки та жінки сконструйовані не однаково. Наприклад, у жінок більш високий больовий поріг, а чоловіки можуть підняти більше ваги. Але ми рівні, бо права людини є однаковими для всіх, а гендерна рівність – базове право кожної людини. Стать і гендер не мають визначати доступність освіти або працевлаштування.

Аналіз гендерного аспекту в галузі охорони праці сприяє розробці профілактичних заходів, спрямованих на підвищення безпеки на робочих місцях.

Поділ праці є одним з ключових факторів, що впливають на гендерні відмінності в плані схильності до професійних ризиків і захворювань. Професійні ризики, їх оцінка та профілактика для чоловіків краще відомі з моменту, коли стали фокусуватися на проблемах небезпечності робочих місць в секторах, де переважали працівники-чоловіки. Однак сьогодні жінки становлять понад 40% робочої сили у всьому світі, і це зростаюче співвідношення призвело до появи безлічі питань, пов'язаних з гендерними ризиками в охороні та гігієні праці чоловіків і жінок. Існують добре відомі статеві відмінності відносно вимог до фізичної підготовки у важкій фізичній праці, ергономічного дизайну та планування робочого місця і тривалості робочого дня; останні дослідження виявляють негативну дію небезпечних речовин і біологічних агентів на репродуктивне здоров'я як жінок, так і чоловіків.

Чоловіки і жінки чітко розділені по різним робочим секторам і займають різне положення у трудовій ієрархії. Наприклад, чоловіки превалюють в інженерно-будівельному секторі, в той час, як жінки – в системі охорони здоров'я. Жінки частіше за чоловіків виконують менш оплачувану роботу і набагато рід-

ше займають керівні посади. Крім того, жінки все також виконують більшу частину неоплачуваної роботи в побуті, так що сумарно жінки трудяться довше за чоловіків, однак оплачується тільки половина їх навантаження.

Як результат, жінки частіше страждають від стресу, пов'язаного з роботою, проблем з опорно-руховим апаратом, дерматитів, в той час як чоловіки страждають від нещасних випадків або фізичних факторів, наприклад, шуму і вібрації. Однак професійні ризики чоловіків виглядають більш вагомими в зв'язку з історично сформованою тенденцією фокусування на важких умовах праці чоловіків. Виділяють два види гендерного поділу праці: вертикальний і горизонтальний. Суть горизонтальної сегрегації полягає в тому, що певне поле діяльності зайнято однією статтю. Вертикальна сегрегація звужує можливості кар'єрного росту – особливо це стосується жінок.

Національна політика з охорони праці повинна включати специфічний захист безпеки і здоров'я жінок. Вона повинна стати керівництвом для роботодавців, профспілкових організацій для виявлення проблем, пов'язаних з умовами праці, і забезпечення врахування потреб жінок під час реорганізації підприємств.

Україна досягла значного законодавчого прогресу в просуванні гендерної рівності, ратифікувавши ряд міжнародних угод, прийнявши Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» (2005р.). Проте, жінки в Україні як і раніше, страждають від численних форм дискримінації, що обмежує доступ жінок до робочих місць з кращими умовами праці, що в свою чергу посилює існуючу нерівність.

Загальні заходи щодо підвищення гендерної чутливості з гігієни праці повинні включати аналіз політики безпеки праці, заборону на участь в роботі, що загрожує життю та здоров'ю особливо чутливих груп ризику, проведення санітарно-просвітницької роботи з питань охорони праці з урахуванням гендерної ідентичності та гендерного самовираження.

*Огородова Т. М.,
Голова правління Запорізького благодійного фонду
«Єдність» за майбутнє»*

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ – ГЕНДЕРНИЙ АНАЛІЗ ПРОГРАМ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

У проекті з інтеграції гендерно-орієнтованого бюджетування в бюджетний процес в Запорізькій області сферою дослідження є галузь охорони здоров'я населення. Для проведення аналізу обрані дві програми. Гендерний бюджетний аналіз першої програми «Надання амбулаторної медичної допомоги хворим на психічні розлади» показав проблеми, які були розглянуті робочою групою та запропоновані заходи щодо підвищення якості та рівності між чоловіками та жінками. Метою програми є підвищення якості та фінансування амбулаторного безоплатного пільгового лікування хворих на шизофренію та інвалідів I і II групи по іншим психічним розладам мешканцям міст Запоріжжя, Бердянська, Мелітополя Запорізької області, які знаходяться на обласному бюджеті.

Основними завданнями програми є: 1. Забезпечення планування бюджетного фінансування пільгового амбулаторного лікування відповідних категорій

психічно хворих. 2. Забезпечення підвищення якості амбулаторного лікування пільгових категорій психічно хворих, що дозволить зменшити відсоток повторних надходжень хворих у психіатричні стаціонари протягом року. 3. Зменшення кількості первинних виходів на інвалідність внаслідок психічних розладів. 4. Покращення профілактики суспільно небезпечних дій психічно хворих.

Як показує гендерний аналіз, програми серед хворих на психічні розлади жінки більш хворіють на шизофренію та шизофренічні розлади. Серед хворих на інші психічні розлади, а саме серед інвалідів 1 та 2 групи більшість складають чоловіки. Щодо осіб з інвалідністю 3 групи немає гендерної статистики, хоча вони є найчисельнішою групою – 65,6% від загальної кількості осіб з інвалідності. Згідно протоколів лікування обсяг витрат на лікування шизофренії значно вищий ніж обсяг витрат на лікування інших психічних розладів. Аналіз витрат показує що на придбання медикаментів в 2016 році витрачалось більше ніж у 2015 році. Зростання витрат на пільгове амбулаторне лікування дало позитивні наслідки: знизилась поширеність захворювань на психічні розлади; зменшилась кількість госпіталізованих у психіатричні стаціонари міст Запорізької області; знизилась кількість повторної госпіталізації психічно хворих у звітному році; знизилась кількість суспільно небезпечних дій психічно хворих.

Робочою групою напрацьовані рекомендації стосовно підвищення якості програми та посилення рівності між жінками та чоловіками, в яких запропоновано внесення змін до медичної статистичної звітності, в якій запровадити облік осіб за ознакою статі. При плануванні витрат на безоплатне амбулаторне лікування хворих на шизофренію та інвалідів 1 та 2 групи по іншим психічним захворюванням необхідно збільшити витрати на лікування жінок і чоловіків з урахуванням гендерної статистики.

Гендерний бюджетний аналіз другої програми «Надання стаціонарної медичної допомоги хворим на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин» показав наступні результати. У групі хворих з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин, які перебувають на диспансерному обліку серед хворих на хронічний алкоголізм та наркоманію, частка чоловіків у 6 разів перевищує частку жінок. Серед наркохворих, госпіталізованих до наркологічного стаціонару, розподіл між чоловіками та жінками зберігається на такому ж рівні. Частка хворих з алкогольною та наркотичною залежністю, які були на лікуванні, відносно загальної кількості хворих, що перебувають на диспансерному обліку, складає третину. Проте, існуючою статистичною звітністю не передбачений розподіл пролікованих хворих за статевою ознакою.

Кількість хворих, які достроково перервали стаціонарне лікування серед чоловіків значно перевищує цей показник серед жінок. Бюджет програми щодо стаціонарного лікування хворих з хімічними залежностями на сьогодні є гендерно-нейтральним, витрати на лікування одного хворого не враховують стать пацієнта. Поряд з цим, різниця у річних витратах на пролікованих чоловіків у порівнянні з жінками становить 74,0 %, що пов'язано з більшою кількістю чоловіків, які отримали стаціонарне лікування протягом року.

При аналізі гендерного складу медичних працівників стаціонарних підрозділів закладу звертає на себе увагу, що серед керівників, середнього та молодшого медперсоналу превалюють жінки, тоді, як серед лікарського персоналу вище питома вага чоловіків [1, с. 4–5].

Робочою групою напрацьовані рекомендації стосовно підвищення якості програми та посилення рівності між жінками та чоловіками, в яких запропоновано внесення змін до медичної статистичної звітності, в якій запровадити облік осіб за ознакою статі. У майбутніх програмах слід враховувати гендерні особливості функціонування та фінансування системи протидії захворюванню на психічні розлади внаслідок уживання психоактивних речовин. При плануванні витрат на лікування наркозворих доцільно враховувати гендерні особливості перебігу наркозахворювань та потреби в витратах на медикаменти в залежності від статі.

На основі отриманих результатів робота продовжується в напрямку забезпечення практичного втілення розроблених пропозицій та рекомендацій з метою підвищення ефективності складання та виконання програм, що фінансуються з місцевого бюджету.

ЛІТЕРАТУРА

1. ЗВІТ за результатами гендерного бюджетного аналізу в галузі охорони здоров'я населення у Запорізькій області Запоріжжя – 2017. – 76 с.

*Ольховский В.А., Нарижная А.В., Пешенко А.Н.
Харьковский национальный медицинский университет
«MEMENTOMORI!»*

«Помни о смерти!» – так гласит одно из латинских выражений, отражающее философскую суть человеческого бытия: «Вечной жизни на Земле нет». Люди болеют и умирают. «Из всех дисгармоний человеческой природы самая главная есть несоответствие краткости жизни с потребностью жить гораздо дольше», писал Нобелевский лауреат И.И. Мечников. И, будто бы продолжая его, другой Нобелевский лауреат И.П. Павлов говорит: «Человек может жить до ста лет. Мы сами своей воздержанностью, своей беспорядочностью, своим безобразным обращением с собственным организмом сводим этот нормальный срок до гораздо меньшей цифры». И с этим трудно поспорить. С другой, судебно-медицинской точки зрения, возникает вопрос: «В чем еще причина фатального исхода?». Достижения генетики, да и просто внимательный взгляд практического врача убеждают: болезни, в том числе, «запрограммированы» в наследственном аппарате человека. Программы могут быть разной степени жесткости и далеко не всегда приводят к заболеванию. Чаще они обеспечивают наследственную «готовность» к той или иной болезни, не болей того. Если в жизни человека все благополучно, программа может «сработать» только в очень глубокой старости. В противном случае, под прессом химической и биологической агрессии, под гнетом перманентных социальных, в том числе психологических, проблем записанная в геноме болезнь «посещает» человека значительно раньше отведенного срока. Организм «готов» к смерти с самого рождения. Механизм самоуничтожения человека заложен в геноме новорожденного. Болезнь – это важнейший «технологический» прием своевременной «уборки» биологической системы и «расчистки места» для следующих вослед поколений. Невольно вспоминается ящик Пандоры из древнегреческой мифологии, хранящий болезни человека. Что это? Гениальная догадка предков о тайне жизни и смерти, о наследственном аппарате, заключенном в маленькую живую клетку ДНК?...

СЕКСИЗМ В РЕКЛАМІ: СТАТЕВОРОЛЬОВІ ТА ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ

Реклама як один з потужних засобів інформаційного впливу сприяє як формуванню так й відображенням цінностей та світогляду сучасного суспільства, формуванню певних стандартів мислення щодо статеворольової та гендерної поведінки чоловіків і жінок, зокрема дітей та підлітків, які ще не вміють аналізувати належним чином інформацію, що на них спрямовується і діє часто на підсвідомому рівні.

На превеликий жаль, сексизм глибоко вкорінений у свідомості нашого суспільства, а тому часто залишається непоміченим й сприймається як «нормальне» і невід'ємне явище сьогодення, ставши елементом, що активно використовується в рекламі з метою зробити її більш привабливою для споживача. Зразки сучасної вітчизняної реклами нав'язують стереотипи жіночої та чоловічої поведінки, згідно яким жінки сприймаються як деталь інтер'єру кухні чи дитячої, або у вигляді сексуального об'єкту, тобто на підсвідомому рівні закладається модель жіночої поведінки – догляд за дітьми, приготування їжі, вміння подобатися чоловікові та бути сексуальною. Для чоловіків у рекламі також пропонуються певні моделі поведінки, нав'язуються стереотипи щодо образу «справжнього» чоловіка, який обов'язково має бути в ролі переможця, до того ж багатого, красивого, успішного і, що найголовніше, – сексуально активного мисливця. Зазначені стереотипи, впливаючи на підсвідомому рівні, часто викликають у жінок та чоловіків, які порівнюють себе з образами в рекламі, занижену самооцінку, невпевненість у собі, стають причинами стресів, хвороб тощо [2, с. 3-4].

Тенденції патріархальних суспільств, зокрема й українського, нав'язують статеворольові та гендерні стереотипи поведінки в основному для жіночої статі, що проявляється в нав'язуванні так званих «жіночих» видів зайнятості (секретарка, вчителька, вихователька тощо); в обмеженні можливостей особистісного росту та професійної кар'єри; у підвищених, часто неадекватних, що завдають непоправної шкоди здоров'ю естетичних вимогах до жіночої зовнішності (в результаті жінки погоджуються на хірургічні втручання, що можуть завдати непоправної шкоди здоров'ю); у контролюванні жіночого тіла і сексуальності; у гіперболізації жіночих репродуктивних функцій; в покладанні на жінок виняткової відповідальності за догляд і виховання дітей; у закріпленні за жінкам низки сімейно-побутових обов'язків тощо [1, с. 3].

На Заході процес створення рекламного образу вже давно контролюється й регламентується, щодо нього існують відповідні закони, резолюції і програми. Майже в кожній країні існують національні кодекси стандартів реклами, які застосовують негативну роль статеворольових та гендерних стереотипів, що є ознакою дискримінації чи приниження тієї або іншої статі. В тому числі, звертається увага на нав'язуванні традиційних чоловічих та жіночих ролей (статеворольові та гендерні стереотипи поведінки), що свідомо перешкоджає можливостям реалізації людей. З огляду на зазначене, необхідно поширювати підхід, за яким реклама має робити акцент на тому, що людина будь-якої статі має безліч шляхів самореалізації, враховуючи багатий спектр захоплень та інтересів, не обмежуючись традиційними ролями й моделями поведінки [2, с. 9].

Отже, основні тенденції розвитку статево-рольових та гендерних стереотипів поведінки в рекламі – це рівноправність статі як необхідна умова цивілізованого демократичного суспільства.

1. Кісь О. Гендерні аспекти реклами: сексизм як негативний чинник формування гендерних відносин в Україні. Практичні аспекти впровадження принципу рівних прав та можливостей жінок і чоловіків в діяльності Верховної Ради України – Київ: Москаленко О. М. ФОП, 2010. С. 50-70

2. Сексизм в рекламі: його подолання через саморегулювання з боку організацій рекламної індустрії / авт. Н. Точилєнкова, Т. Михальнюк, Г. Куніцин; Фонд ім. Фрідріха Еберта, Представництво в Україні. Київ. 2011. 12 с. [електронний ресурс] : <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/ukraine/07672.pdf>

Оспанова Т.С., Химич Т.Ю., Манченко Е.А.

Харківський національний медичний університет

ОСОБЕННОСТИ АСПЕКТА ХОЗЛ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) распространено в мире. По данным ВОЗ около 600 млн. людей страдают данным заболеванием. Сегодня ХОЗЛ, несмотря на достижения в изучении этиологии болезни, приводит к ранней инвалидизации и смертности, что приводит к ухудшению социально – экономического состояния общества. Распространенность, заболеваемость и смертность от осложнений связанных с ХОЗЛ отличаются в разных странах, а также среди различных групп населения.

Ранее считалось, что ХОЗЛ также имеет гендерные отличия, потому что чаще данная патология выявлялась среди лиц мужского пола. Установленным фактом являлось то, что среди мужчин курильщиков больше чем женщин. Кроме курения важным фактором риска развития ХОЗЛ становятся производственные поллютанты: пыль, газ, дым, токсические аэрозоли, которые значительно увеличивают частоту и тяжесть заболевания.

Гендерный баланс среди профессий меняется. Профессии, которые считались «мужскими» все чаще осваиваются женщинами. На соревнованиях "ворлдскиллс хайтек" можно увидеть девочек, которые прекрасно выполняют задание и конкурируют наравне с ребятами в таких профессиях, как сварка, токарное дело, фрезерное дело, электроника. Также, увеличивается количество женщин с вредными привычками ранее ассоциируемых с мужской частью населения, например курение.

Последние исследования данной проблемы указывают на значительный прирост женщин, страдающих ХОЗЛ. Так, по данным исследования, проведенным в США, прирост женского населения, страдающим ХОЗЛ составил 5,6%, мужчины – 9,8%.

При анализе выборки пациентов с хроническим бронхитом, поступивших в пульмонологическое отделение ОКБ за последние 3 года, нами отмечен прирост количества женщин, которым все чаще выставляется диагноз ХОЗЛ. Следует отметить, что возраст поступивших колеблется от 30 до 45 лет ± 2 лет. При анализе, степень тяжести ХОЗЛ по клиническим и функциональным показателям более выражена у женщин.

Считается, что при курении женщина более восприимчива к развитию ХОЗЛ несмотря на меньшее количество выкуриваемых сигарет в день. Также

нельзя забывать об особенностях в строении женской легочной системы (их воздухоносные пути уже чем у мужчин). Легкие у женщин восприимчивы к различным раздражителям, в том числе и к табачному дыму.

Таким образом, повышение количество женщин осваивающих «мужские» вредные привычки и профессии увеличивает количество женщин, которым устанавливается диагноз ХОЗЛ.

Петренко Т. А., Дабижа И. И.

*Коммунальное некоммерческое предприятие
«Многопрофильная больница интенсивного лечения, г. Бахмут»*

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ И ГЕНДЕР

Актуальность. Развитие социальных сетей вынуждает нас эволюционировать. Чтобы рассказать о себе миру, мы выкладываем фото, видео, делимся нашими достижениями. При этом мы позиционируем себя в мире, в том числе, визуально оценивая себя. Мужской и женский взгляд... Конечно же они отличны. В чём отличия? Только ли в психологии? Играет ли роль половая принадлежность на зрительное восприятие?

Цель: проанализировать заболеваемость разными офтальмологическими диагнозами среди пациентов мужского и женского пола.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе журналов приёма офтальмологического кабинета №320 за 2018 год коммунального некоммерческого предприятия «Многопрофильная больница интенсивного лечения, г. Бахмут». Возраст пациентов от 18 до 65 лет. Анализировались такие диагнозы: 1) инородное тело глаза; 2) глаукома; 3) диабетическая ангиоретинопатия; 4) ангиопатия по гипертоническому типу; 5) артификация; 6) III группа инвалидности по зрению.

Результаты. Всего пациентов с инородным телом глаза 111 человек (100%), из них мужчин 105 (94,5%) и женщин 6 (5,5%). Пациентов с глаукомой 32 (100%), из них мужчин 10 (31.25%) и женщин 22 (68.75%). Пациентов с диабетической ангиоретинопатией 98 (100%), из них мужчин 39 (40%) и женщин 59 (60%). Пациенты с ангиопатией по гипертоническому типу 102 (100%), из них мужчин 49 (38%) и женщин 63 (62%). Пациенты с артификацией 33 (100%), из них мужчин 8 (24%) и женщин 25 (76%). Пациенты, имеющие III группу инвалидности по зрению 39 (100%), из них мужчин 25 (64%) и женщин 14 (36%).

Результаты исследования показали, что пациентов женского пола было больше с такими диагнозами, как глаукома, диабетическая ангиоретинопатия, ангиопатия по гипертоническому типу, артификация. Значительно отличается процентное соотношение мужчин и женщин с диагнозом попадание инородного тела в глаз. Здесь явно преобладали мужчины. Важно также отметить, что большинство пациентов мужского пола имели III группу инвалидности по зрению.

Получив такие результаты исследования, можно сделать вывод о гендерном аспекте в офтальмологии. Во время лечения офтальмологических заболеваний важно учитывать гормональные изменения в организме женщин и мужчин. Важно учитывать влияние беременности и менопаузы на зрение. Эти факторы следует учитывать, принимая во внимание преобладание среди женщин сахарного диабета и артериальной гипертензии. В этих ситуациях необходима

особая терапия, позволяющая снять или снизить нагрузку на зрение данных вполне естественных состояний организма.

У мужчин патология чаще связана с профессией. Причем, гендерная особенность здесь проявляется в игнорировании техникой безопасности по причине влияния гендерных стереотипов. Пытаясь соответствовать стереотипу особенно выраженной маскулинности, то есть быть «настоящим мужчиной», многие представители так называемого сильного пола игнорируют правила техники безопасности в домашних ремонтных работах с такими инструментами, как, например, «болгарка». Работа с камнем также сопряжена с угрозой попадания инородных тел в глаза и требует особой осторожности, которой мужчины просто пренебрегают. Замечена одна особенность. Несмотря на превалирование глазных заболеваний в основном среди женщин, инвалидизирующих офтальмологических заболеваний оказалось больше среди мужчин. Мужчины чаще игнорируют необходимость своевременно проходить у своего офтальмолога медицинские осмотры, пользоваться защитными очками при работе с опасными для зрения инструментами. Таким образом, чтобы иметь хорошее зрение, кроме всего прочего, необходимо также преодолевать гендерные стереотипы, как в повседневной жизни, так и в профессиональной деятельности.

Питецька Н.І., Голуб А.

Харківський національний медичний університет

ВПЛИВ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ НА ІМУНІТЕТ

Імунітет – це спосіб захисту організму від дії різних речовин і патологічних організмів з метою підтримки гомеостазу внутрішнього середовища. Він залежить від стану ендокринної системи і, як наслідок, має статеві відмінності. Так, рецептори естрогену, виявлені в багатьох типах імунних клітин, включаючи В- і Т-лімфоцити, дендритні і НК-клітини, впливають на вроджені імунні відповіді і стимулюють синтез молекул адгезії та хемокінів – речовин, що контролюють місцеву імунну реакцію. Статеві стероїди можуть бути як імуностимуляторами, так і імуносупресорами, в залежності від конкретного гормону, його концентрації на даний момент часу і кількості рецепторів до нього. Вважають, що андрогени (чоловічі стероїдні гормони) і прогестини (гормони вагітності) працюють як імуносупресори. Понад 1100 генів пов'язані з гендерними відмінностями в імунних реакціях.

Сильна стать традиційно вважається більш схильною до інфекційних захворювань через свою соціально-біологічну роль: чоловіки борються за територію, захищають сім'ї, відкривають нові землі. З одного боку, тестостерон допомагає чоловікам бути агресивними і успішними у боротьбі з іншими, з іншого – підвищує вірогідність смерті від інфекційного процесу від ушкоджень, отриманих під час цих дій. Чоловіки більш беззахисні перед бактеріальними, вірусними, грибковими та паразитарними інфекціями, ніж жінки. Імунна система чоловіків гірше реагує на вакцини проти грипу, кору та багатьох інших захворювань. Якщо врахувати, що тестостерон має протизапальний ефект, то саме він лишає чоловіків імунного захисту від інфекцій. Питання щодо впливу тестостерону на імунну систему було гострим і потребувало вивчення.

Дослідження науковців Медичної школи Стенфордського університету виявили, що у жінок у відповідь на вакцину вироблялося значно більше антитіл,

ніж у чоловіків, тоді як до вакцинації в жіночій крові було більше запальних білків. Поряд з цим було встановлено, що у чоловіків, на відміну від жінок, слабе утворення антитіл супроводжувалось активністю особливих груп генів – Module 52, яка, з одного боку, співвідносилася з рівнем тестостерону, а з іншого – з рівнем антитіл після щеплення. Збільшення тестостерону асоціювалося з високою активністю генів Module 52 і зменшенням кількості утворених антитіл.

Аналіз результатів подальших досліджень довів, що тестостерон пригнічував ефекти транскрипційного фактора, що сприяв зниженню активності генів Module 52. Активація цих генів супроводжувалася швидким дозріванням клітин, які пригнічували імунітет. Отже тестостерон впливає не на саму вакцину, а на більш глибокі рівні регуляції імунної системи, що ускладнює створення вакцини «для чоловіків». Таким чином, це питання залишається актуальним і потребує подальшого дослідження для визначення способу впливу на активність імунних генів.

Список використаних джерел

1. https://www.gazeta.ru/health/2013/12/24_a_5817089.shtml
2. <https://www.segodnya.ua/lifestyle/science/uchenye-vyyasnili-pochemu-muzhskoy-immunitet-huzhe-zhenskogo-485287.html>

Питецька Н.І., Шролик К.

Харківський національний медичний університет

ВІДНОШЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ

Структура поняття «відношення до здоров'я» включає: оцінювання стану здоров'я, відношення до здоров'я як до однієї з життєвих цінностей, діяльність щодо збереження здоров'я. За даними численних експериментальних досліджень, жінки мають вищу самооцінку здоров'я порівняно з чоловіками. Так, стан здоров'я як «поганий» характеризують 4% жінок і 10% чоловіків; як «добрий» – 48% і 30% відповідно. Термінальні цінності-цілі притаманні 50% чоловіків і 65% жінок. Ця різниця пояснюється тим, що домінуюча потреба в системі термінальних цінностей жінок – здоров'я, тоді як чоловіків – кар'єра, яка є засобом для досягнення матеріальних благ. Чоловіки більш схильні жертвувати своїм здоров'ям заради професійної кар'єри, тому здоров'я у них посідає 3–4 місце. Цей факт є відображенням соціокультурної норми.

На жаль, і чоловікам, і жінкам властива низька активність поведінки, що направлена на збереження та зміцнення свого здоров'я, незважаючи на те, що здоров'ю, як цінності, належить високе місце у системі індивідуальних цінностей, незалежно від статі. Однак жінки раніше починають турбуватися про стан свого здоров'я, частіше звертаються до лікарів з метою профілактики захворювань, приділяють більше уваги раціональному харчуванню, а у похилому віці значно зменшують кількість шкідливих звичок, тоді як чоловіки ведуть такий спосіб життя, що погіршує їх здоров'я.

Нікіфоров Г.С. у книзі «Психологія здоров'я» виділив два основних напрямки. Суть першого напрямку (альфа – упередження) в тому, що реальні й якісні відмінності між чоловіком і жінкою перебільшуються. Вони формуються на основі патріархального стереотипу, який містить такі положення: головне для жінки – сім'я, материнство, турбота про інших; зростання престижу ролі домогосподарки; стійкість та надійність сім'ї залежить від наявності в ній опо-

ри в обличчі чоловіка. Другий напрямок (бета – упередження) припускає, що принципів відмінностей між чоловіком і жінкою не існує. Це означає, що жінки мають однаковий із чоловіками доступ до матеріальних й інших ресурсів. Дані упередження представлені феміністським направленням.

До чоловічих стереотипів у відношенні до здоров'я належить наступне: повинні виконувати обов'язки годувальника в сім'ї, тому часу на здоров'я немає; легше «впадають» у депресію, коли залишаються без роботи; більше бояться втратити роботу і прибуток, тому частіше працюють під час хвороби; звертаються до спеціаліста з більш серйозними проблемами стосовно здоров'я, ніж жінки.

Жінок за відношенням до свого здоров'я можна поділити на 3 групи. Перша група складається в основному з домогосподарок, які частіше і швидше реагують на «нездоровий» стан та звертаються за порадою до спеціаліста, перебільшують кількість і серйозність проблем. У другу групу ввійшли жінки, що в силу подвійної зайнятості мають менше часу для відвідування лікаря та більш впевнені у своїх здібностях щодо самолікування. Третя група жінок заради «стандарту глянцевого журналу» готова на все. Вони розглядають здоров'я, головним чином, з позиції еталонів краси.

Слід зазначити, що гендерно-рольові нерівності призводить до зростання частоти нервово-психічних розладів, які у жінок визначаються у 2–2,5 рази частіше, ніж у чоловіків. Крім того, у жінок розвинутих країн частіше виникають депресивні та інволюційні розлади, тоді як у чоловіків – психопатичні порушення й алкогольні психози.

Отже, з огляду на наведені дані більшість жінок має вищий рівень адекватності у відношенні до здоров'я, порівняно з протилежною статтю.

Список використаних джерел

1. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья.— СПб., 2006.
2. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. – СПб.: Питер, 2003. — 544 с.: ил. — (Серия «Мастера психологии»).
3. Назарова И. Б. Здоровье занятого населения. М.: Макс Пресс, 2007. 526 с.
4. Питецкая Н.И. Взаимосвязь пола и основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний Медицина сегодня и завтра. – 2007. – №3. – С. 78–81
5. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006.– 607 л: ил. – (Серия «Учебник для вузов»)

Разметаева Ю. С.

Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого
ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ У ЦИФРОВУ ЕПОХУ

Схильність до стереотипних уявлень – одна з людських властивостей і механізм, призначений для розпізнавання за системою «свій–чужий», зменшення когнітивного навантаження та більш швидкого прийняття рішень. У той же час, стереотипи наносять шкоду як на індивідуальному, так і на загальносуспільному рівнях, консервують нерівність і несправедливість. Найбільш важкими для подолання й небезпечними для соціуму можуть бути гендерні стереотипи, які відображають стійкі, повторювані уявлення про ролі чоловіків і жінок, а також риси, характерні для них. Ці уявлення засновані на

упередженнях, узагальненнях, ірраціональних установках і міфах, однак уражають права окремої особи чи соціальної групи аж ніяк не в міфічній, а цілком в реальній спосіб.

Так, стереотипи характеризують жінок як ніжних, м'яких і неконфліктних, а чоловіків – як жорстких, рішучих і схильних до лідерства осіб. Тому жінка, яка хоче бути партнеркою у юридичній фірмі або зайняти посаду головного лікаря стикається з прихованими перешкодами так само, як чоловік, що хоче доглядати дітей, хвору матір або зайняти посаду медсестри (медбрата).

Проблема гендерних стереотипів у інформаційну епоху ускладнюється тим, що до гендерного розриву долучається цифровий розрив. Тому особи потерпають від множинної дискримінації, а суспільство недоотримує економічні, культурні та соціальні вигоди. Цифровий розрив охоплює усі вікові та географічні межі, при цьому проблема різності в установках щодо інформаційних технологій та їх використання напряду залежить від моделей гендерної соціалізації. Такий розрив посилює нерівність, оскільки технології стають незамінними для людей у суспільстві. Без цифрових інструментів усе складніше реалізувати такі права людини, які впливають на участь у прийнятті публічних рішень, управління державою, свободу вираження та асоціацій, отримання повної і достовірної інформації, освіти і здоров'я.

І саме гендер відіграє значну роль у тому, як люди отримують доступ до цифрових технологій, особливо Інтернету, і наскільки успішно використовують їх. Наприклад, жінки відстають в отриманні «цифрових дивідендів», як і в офлайн сферах економічного, громадянського та політичного впливу. До того ж, навіть коли жінки мають доступ і навички використання нових технологій, вони можуть стикатися з перешкодами через культурні норми, а також політику держави і практики, прийняті у бізнесі.

Рівна та змістовна участь усіх осіб у цифровому суспільстві розглядається як невід'ємна частина реалізації прав людини. Формула, прийнята на рівні ООН, передбачає однакове здійснення прав онлайн і офлайн.

І негативний вплив гендерних стереотипів має бути подоланий, передовсім у таких сферах які стосуються освіти, здоров'я, економічної незалежності та добробуту, участі у суспільному й політичному житті, культурно-ціннісної різноманітності, самовираження й самореалізації.

У будь-якому разі використання цифрових технологій додає ще один вимір гендерних відносин, який не слід недооцінювати. Це нова, досить складна для дослідження площина особистого та суспільного життя, яка перетинається з багатьма «традиційними» сферами. І хоча розвиток цифрових інструментів і їх вплив на соціум малопередбачувані, вони мають бути спрямованими на забезпечення гендерної рівності й соціальної справедливості

Рингач Н.О., Власик Л.Й.

*Інститут демографії та соціальних досліджень
ім. М.В. Птухи НАН України*

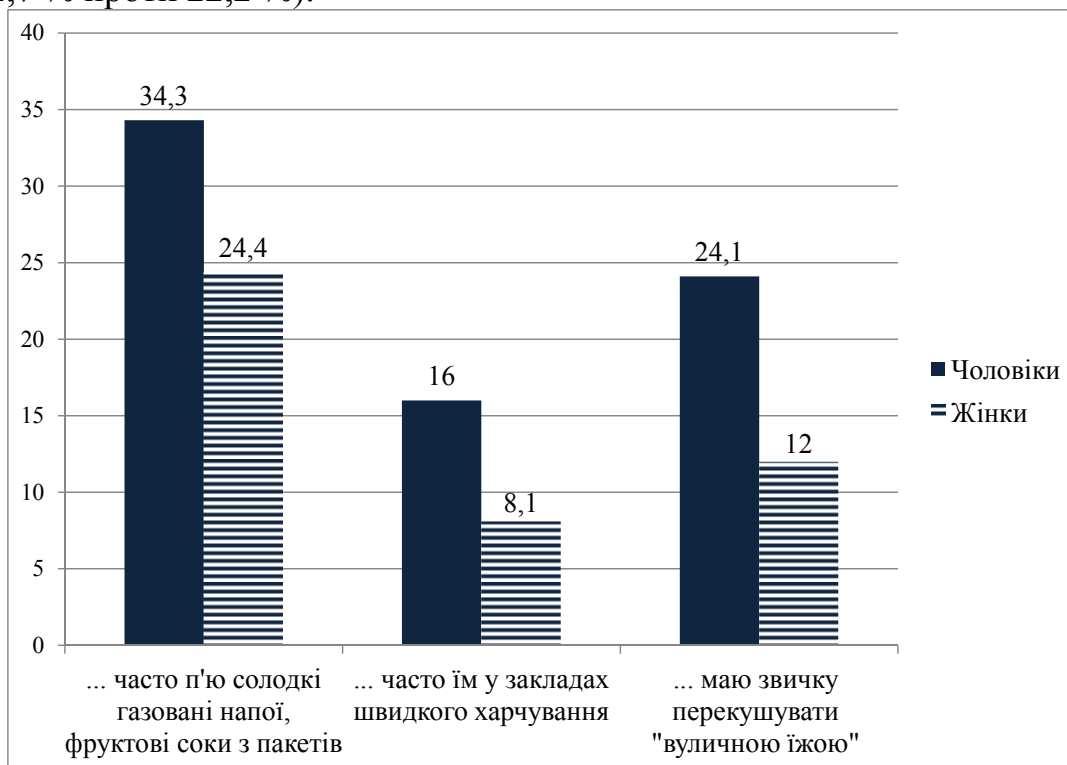
ДІСТАРНІ РИЗИКИ: ОБІЗНАНІСТЬ І АКТИВНІСТЬ З ЇХ МІНІМІЗАЦІЇ

Одне з завдань Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних Цілей Сталого Розвитку (2018) – підвищення рівня поінформованості та обізнаності населення з питань їх профілактики. Ме-

тою соціологічного дослідження на замовлення Дніпропетровської обласної державної адміністрації було охарактеризувати рівень обізнаності населення працездатного віку щодо здорового способу життя і факторів ризику (у т. ч. дієтарних). У опитуванні в рамках проекту «Поліпшення здоров'я на службі у людей» (2017) за фінансової підтримки Світового банку використано методи глибинних інтерв'ю та особистих формалізованих інтерв'ю (N2000).

71 % респондентів, незалежно від статі, у своєму розумінні здорового способу життя впевнені у обов'язковості правильного харчування, яке відповідало б потребам конкретної людини. Мешканці області поінформовані про чинники сприяння набору ваги (75 % усвідомлювали небезпеку надмірної калорійності раціону; 40,4 % знали, що швидке / нерегулярне споживання їжі, їжа поза домівкою, захоплення солодкими напоями істотно підвищує ризик погладшати). Їжа в ресторанах швидкого харчування та вулична їжа більш популярні серед чоловіків, особливо при ненормованому робочому дні. Жінки (особливо старші) частіше висловлювали недовіру якості і безпечності такого харчування. Підкреслимо, що частина жінок аргументувала вибір «*харчуватися вдома чи взятими з дому харчами*» як більш економну практику порівняно з відносно дорожчою для них вуличною їжею.

Опитані мало обізнані про прості способи оцінювання надлишку ваги. Попри те, що більшість (90 %) могли назвати свої вагу і зріст, лише 19 % знали про значення індексу маси тіла (ІМТ), що визначає ступінь надмірності ваги або ожиріння. Стосовно ж такого параметру, як окружність талії, що не потребує розрахунків, наочно ілюструє ризик серцево-судинних та інших захворювань, поінформовані 42,1 %. Виявилось, що жінки знали цей вимір частіше за чоловіків (52,7 % проти 22,2 %).



Джерело: дані опитування в рамках проекту «Поліпшення здоров'я на службі у людей».

Рис. 1. Поширеність нездорових практик харчування серед жителів Дніпропетровської області, чоловіки і жінки

Отримані дані щодо вищої розповсюдженості практик нездорового харчування серед чоловіків в Україні аналогічні отриманим у дослідженні поширеності факторів ризику у Білорусі (STEPS 2016). Так, наприклад, і білоруські чоловіки приймають їжу поза домівкою частіше за жінок.

Причини нехтування отриманими від медпрацівників рекомендаціями для значної частини респондентів – суб'єктивні. Третина не може відмовитися від звички добре поїсти; хтось не уявляти життя без таких продуктів, як копченості, солодощі, випічка, чіпси, газовані солодкі напої, енергетики тощо. За кожною позицією спостерігалися відмінності за ознакою статі. При формуванні правильної установки і змін поведінки ситуацію можливо істотно покращити, а шкідливу дію дієтарних чинників мінімізувати.

Таким чином, опитування дозволило охарактеризувати обізнаність населення працездатного віку у Дніпропетровській області щодо правильного харчування як досить вичерпну, але недостатньо повну. Зважаючи на виявлені гендерні відмінності, існує потреба у гендерному підході в інноваційних комунікаційних стратегіях (передусім на первинному рівні), просвітницькій роботі серед населення та пошуку дієвих механізмів мотивації здорового вибору з використанням конкретних дієвих стимулів для чоловіків та жінок.

Рисована Л.М., Алексеєнко Р.В.

Харківський національний медичний університет

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ З ВИКОРИСТАННЯМ ІНТЕРАКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

На сьогоднішній день суспільство сповнене безпрецедентних проблем і суперечностей, а їх вирішення залежить від інноваційного підходу, інноваційного мислення, зрештою, від успішного формування та розвитку інноваційної людини. Тому ці важливі завдання постають саме в галузі освіти, яка й покликана сформувати розвинену сучасну людину [1, 2].

Проведений аналіз існуючої системи вивчення теоретичних дисциплін виявив недостатній рівень застосування інтерактивних технологій у навчальному процесі під час проведення практичних занять, що негативно відбивається на рівні сформованості професійних вмінь майбутніх лікарів. У зв'язку з цим виникають суперечності між вимогами сучасного ринку праці та рівнем підготовки студентів-медиків [1].

Необхідно зазначити, що інтерактивна робота, насамперед, припускає організацію й розвиток діалогового спілкування між студентами та викладачем, що веде до взаєморозуміння і прийняття спільного рішення. Для цього потрібно на практичних заняттях організувати індивідуальну, парну й групову роботи, застосовувати дослідницькі проекти, рольові ігри, навчати роботі з різними джерелами інформації, використовувати творчі роботи.

Основні критерії інтерактивної моделі навчання полягають в наступному: можливість неформальної дискусії, вільного викладення матеріалу, збільшення кількості семінарів, ініціатива студента, наявність групових завдань, які потребують колективних зусиль, постійний контроль впродовж семестру, виконання письмових робіт [2].

Опитування студентів I-II року навчання в ХНМУ показало, що новітні інтерактивні форми навчання – такі, як діалогове спілкування, створення мульти-

медійних презентацій більше подобаються юнакам (67 %), а от дівчата, в переважній більшості (63 %), віддають перевагу усним доповідям та підготовці плакатів й різноманітних макетів.

Але зазначимо, що така робота зі студентами вимагає диференційованого й індивідуального підходу до оцінювання результатів підготовки студентів. У ході контролю за навчальною діяльністю викладач не лише оцінює результати роботи студентів-медиків, але й розвиває у них здатність до самоаналізу та самооцінки, які сприяють творчому становленню особистості, оптимальній організації процесу засвоєння необхідних знань та вмінь, зумовлює підвищення навчальної успішності.

Нові форми та методи інтерактивного навчання дозволяють застосувати нову педагогічну етику спілкування викладача та студента, використання діалогу як домінуючої форми співпраці, що формує вміння вільно обмінюватися думками, моделювати життєві ситуації, орієнтацію на розвиток творчої, активної особистості та ін.

Таким чином, одним з основних завдань сучасної медичної освіти є підготовка висококваліфікованих лікарів, які стають конкурентоспроможними на загальносвітовому просторі. Для поліпшення якості освіти можна використати вивчення й узагальнення педагогічного досвіду з метою вибору педагогічного інструментарію для формування професійних умінь у студентів-медиків. Інтерактивна форма навчання дозволяє студентам, у ході діалогового навчання, критично мислити, вирішувати складні проблеми на основі аналізу обставин і відповідної інформації, зважувати альтернативні думки, приймати продумані рішення, брати участь у дискусіях, покращити комунікаційні вміння.

Список використаних джерел:

1. Кошелева В.С. Індивідуалізація навчання як одна з особливостей модульних технологій // Проблеми розробки та впровадження модульної системи професійного навчання: III Міжнар. наук.-практ. конф. Харків, 18-21 квітня 2015 р. – Харків: УПА, 2015. – Ч.2. – С. 43.

2. Алексеєнко Р.В., Рисована Л.М. Методика формування професійних умінь у майбутніх лікарів засобами інтерактивних технологій // Інноваційні технології в системі професійної підготовки студентів в ХНМУ: XLVIII навч.-метод. конф. Харків, 10 грудня 2014 р. – Харків: ХНМУ, 2014. – С. 11-13.

Рогова А.В.

Харківський національний медичний університет

ВЕРБАЛЬНА ФУНКЦІЯ: ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ

Перш ніж виявити особливості і розглянути відмінності у вербальній функції чоловіка і жінки, звернемося до анатомічних аспектів, які, на думку деяких дослідників, зумовили ці відмінності. Відомо, що у мозку жінок більше нервових волокон, тому його клітини мають більше міжклітинних зв'язків, які впливають на комунікацію. Права і ліва півкулі мозку більше «спілкуються» одна з одною, завдяки чому обмін інформацією відбувається швидше. Можна припустити, що це впливає на мовну діяльність. До того ж у чоловіка за мовну функцію відповідає ліва півкуля, а у жінок збереглася і залишкова функція у правій півкулі. Сукупність усіх цих чинників нерідко обумовлює те, що словниковий запас жінок більш насичений і витончений, ніж у чоловіків.

Можна навести й такий приклад: втрата мови – афазія – діагностується у чоловіків в три рази частіше. Швидше за все, і така особливість пов'язана з тим, що у жінок, при дисфункції лівої півкулі головного мозку, зберігається компенсаторна робота правої півкулі.

Звернемося до досліджень Є.А. Земської і А.В. Кириліної, виділивши ознаки, характерні для чоловічого та жіночого мовлення [1]. На лексичному рівні для жіночого голосу властиво використання емоційно-оцінних слів; приблизних позначень; слів, що описують почуття і емоції; використання евфемізмів слів, нейтральних за змістом і емоційним навантаженням, а також використання інвективів – образливих виразів, що стосуються біофізіологічних характеристик. Для чоловічої мови більш характерним є використання газетно-публіцистичних кліше і вживання термінів.

На синтаксичному рівні для жіночого голосу характерним є часте вживання питальних й окличних речень; використання риторичних запитань; використання повторів; використання рядів однорідних членів речення; переважання складносурядних речень; використання синтаксичних конструкцій з подвійним запереченням. Для чоловічої мови властиво вживання вступних слів зі значенням констатації і переважне використання підрядного зв'язку.

Розглянемо особливості чоловічої і жіночої комунікативної поведінки. Чоловіки більш категоричні в формулюваннях, ніж жінки, формулюють свої твердження більш безапеляційним тоном. Вони люблять «сутність» і вимагають починати бесіду з головного, обходитися без численних деталей і подробиць.

Чоловіки більш послідовно контролюють тему розмови, їх дуже дратує відхилення від теми і перескакування з одного на інше. На думку дослідниць, чоловіки більш схильні до діалогізму в спілкуванні. Чоловіки краще розуміють письмовий текст, ніж усний; вони гірше за жінок розрізняють нюанси інтонацій. Поради на свою адресу чоловіки частіше сприймають як критику, сумнів у своїй компетентності.

Жінки більше, ніж чоловіки мають потребу в спілкуванні. Зазвичай вони краще за чоловіків уміють пояснювати. Жінки часто підвищують інтонацію в кінці фрази; це часто робить їх твердження схожим на питання чи претензію. Комунікативною метою жінки, передусім, є установка і підтримка відносин, тому вона частіше схильна до компромісів, шукає злагоди і примирення [1, с. 92-94], [3, с. 14-18].

Відрізняються також і стилі слухання представників двох статей. Чоловічий стиль характеризується проявом уваги до змісту розмови. Саме слухання триває 10-15 секунд. Як тільки стає ясно, про що йде мова, чоловіки зосереджуються на критичних зауваженнях або перебивають співрозмовника. Жіночий стиль відрізняється більшою увагою до самого процесу спілкування і до емоційної сторони повідомлення. Таким чином, виходячи з вищесказаного, чоловічий стиль спілкування можна описати як більш активний і предметний, але в той же час, більш змагальний і конфліктний, ніж жіночий [2, с. 78-83]. Можна погодитися з Є. А. Земською стосовно того, що відмінності жіночого та чоловічого світогляду досить яскраво впливають на комунікацію, яку не можна розглядати окремо від мови, так як через мову й інші знакові системи виражається світогляд, а отже, і гендерні особливості [1, с. 96-97].

Проаналізувавши вплив гендерного аспекту на комунікативну поведінку чоловіків і жінок, можна зробити певні висновки. Для усвідомлення і подолання комунікаційних бар'єрів між гендерними групами необхідно переглянути систему гендерного виховання, спрямувавши зусилля на послаблення гендерних стереотипів, необхідно дискутувати про відмінності між «чоловічою» і «жіночою» культурами для того, щоб представники гендерних груп мали інформацію про «різні мови» спілкування, що дозволило б суб'єктам спілкування усвідомлювати комунікаційні бар'єри. Дослідникам, які вивчають комунікаційні процеси – культурологам, психологам, соціологам, лінгвістам та іншим – необхідно сприяти усвідомленню змін стандартів «чоловічої» та «жіночої» культури, відмовляючись від жорстких рольових моделей поведінки і деструктивних гендерних стереотипів.

Література:

1. Земська Е.А., Китайгородська М.В., Розанова М.М. Особливості чоловічого та жіночого мовлення // Російська мова в його функціонуванні: комунікативно-прагматичний аспект. – М., 1993. – С. 90-135.
2. Крейдлін Г.Є. Чоловіки і жінки в діалозі - II. Невербальна агресія як тип поведінки. Агресія в мові та мовленні: збірник наукових статей / уклад. і відп. ред. І.А. Шаронов. – М.: РДГУ, 2004. – С. 12-152.
3. Кирилина А. В. Гендерные аспекты языка и коммуникации : автореф. дис. – М., 2000. – 20 с.
4. Горощко О.І. Особливості чоловічих і жіночих вербальних асоціацій (Досвід якісної інтерпретації) // Гендер: мова, культура, комунікація / Доповіді Другої міжнародної конференції. – М., 2002. – С. 77 - 86.

Рождественська А.О.

Харківський національний медичний університет

НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ: ГЕНДЕРНИЙ ФАКТОР

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) – це патологічний стан, не пов'язаний зі зловживанням алкогольних напоїв, який характеризується надмірним накопиченням тригліцеридів у гепатоцитах. Найбільш важка форма захворювання – неалкогольний стеатогепатит, оскільки він призводить до виникнення гепатоцелюлярної карциноми. Збільшення рівня захворюваності на НАЖХП майже вдвічі за останні десятиліття, а також часті випадки пізньої діагностики стали причинами підвищеної уваги до нозології. У клінічних дослідженнях часто виявляються дані щодо гендер-залежних особливостей перебігу захворювання. Вплив гендерних факторів на розвиток НАЖХП залишається невивченим, існують значні розбіжності теорій у визначенні більшої схильності до виникнення та важкого перебігу захворювання серед пацієнтів різної статі, а деякі автори не знаходять значного впливу статевих ознак на клінічні особливості НАЖХП.

Мета – визначити гендерні особливості виникнення, розвитку, клінічного перебігу, діагностики неалкогольної жирової хвороби печінки та оцінити вплив статі на важкість метаболічних змін у таких пацієнтів на підставі вивчення даних відповідних клінічних досліджень.

Дані досліджень минулих років свідчать, що серед пацієнтів з НАЖХП було більше чоловіків, однак у сьогоденні встановлено, що 60–75 % таких хворих складають жінки в періоді перименопаузи. Однак у чоловіків з НАЖХП на 7-10 років раніше фіксуються ознаки стеатогепатиту. Гендерні відмінності помітні вже на етапі виключення алкогольного стеатогепатозу: для жінок безпечною дозою вважається вживання менше 20 г алкоголю в перерахуванні на чистий етанол на добу, у той час як для чоловіків – 40 г. Виявлено, що у групах пацієнтів з НАЖХП ведуть малоактивний спосіб життя приблизно 60 % хворих жіночої статі та 40 % – чоловічої. Порушення харчової поведінки виявляються у 60 % обстежених хворих на НАЖХП, і вони також відрізняються – для жінок більш характерний емоціогенний тип, а для чоловіків – екстернальний. Гендер-залежними є критерії встановлення абдомінального ожиріння – для жінок за межу вважають об'єм талії (ОТ) 80 см, у чоловіків цей показник досягає 94 см. Ожиріння по ОТ виявляється в середньому у 95 % жінок та 70 % чоловіків з НАЖХП. Також у всіх дослідженнях серед груп пацієнтів з НАЖХП значення індексу маси тіла у жінок значно вищі. У цілому метаболічний синдром, печінковим проявом якого вважається НАЖХП, діагностується у 60 % жінок та 30 % чоловіків з неалкогольним стеатозом печінки. Особливості мають також нормативи лабораторних та інструментальних методів дослідження: з високим ризиком розвитку метаболічного синдрому пов'язаний рівень холестерину ліпопротеїнів високої щільності менше 1,29 ммоль/л у жінок та 1,03 ммоль/л у чоловіків. Також у чоловіків з НАЖХП виявлений більший вміст альбуміну в крові у середньому на 1,2–1,5 г/л, загального білка – на 1,5–2 г/л, креатиніну – на 13–20 %, а активність амінотрансфераз у них вище на 45–56 % у порівнянні з жінками. Також у чоловіків фіксується менший вміст загального холестеролу крові. Для чоловіків характерні більші розміри правої частки печінки – її вертикальний розмір на 5-8 мм перевищує відповідний жіночий показник.

Таким чином, жінки, особливо в період перименопаузи, більш схильні до розвитку НАЖХП через особливості метаболічних процесів та більш значущий вплив факторів ризику розвитку даного захворювання. Однак у чоловіків відзначається вища активність біомаркерів цитолітичного та інтоксикаційного синдромів, більш виражена гепатомегалія. Вірогідно, що ці особливості призводять до ранньої маніфестації НАЖХП, шкідкого розвитку стеатозу та стеатогепатиту, а також агресивного перебігу захворювання у пацієнтів чоловічої статі. Важливо враховувати гендерні розбіжності під час встановлення діагнозу НАЖХП, визначення лікувальної тактики, оцінки важкості та прогнозування перебігу патології.

Сичова В.В.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, м. Харків

ГЕНДЕРНА ПОЛІТИКА В УКРАЇНІ В КОНТЕКСТІ ЄВРОІНТЕГРАЦІЇ

Європейська інтеграція стала визначальним чинником впливу на впровадження в Україні гендерної політики, що актуалізує зазначену тему.

Перший етап гендерної політики в Україні (1995–2001 рр.) розпочався під впливом Угоди про партнерство та співробітництво між Україною та Європейським Союзом (далі – ЄС) (1994 р.). До повноважень створеного в 1995 р. Комітету у справах жінок, материнства і дитинства (консультативно-дорадчого органу при

Президентів України) було внесено пункт про «забезпечення жінкам рівних прав і можливостей» [2]. Утім у цілому етап характеризувався охоронною політикою щодо жінок.

Рамкова стратегія Європейської спільноти з гендерної рівності (2001–2005) обумовила впровадження саме гендерної політики в Україні. У 2001 р. у нормативно-правовій базі України було вперше використане поняття «гендерна рівність» [5] та розширилося предметне поле гендерної політики за рахунок питань про попередження насильства в сім'ї [6].

План дій Україна – ЄС на 2005–2007 роки сприяв якісно новому етапу впровадження гендерної політики в Україні (2005–2010 рр.). Ухвалений Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» (вересень 2005 р.) [3] поклав початок формуванню інституційного механізму гендерної політики в Україні та її синхронізації з відповідною політикою ЄС [8, р. 92–93].

Проте 2010–2013 роки характеризувалися призупиненням фінансування державної гендерної політики в Україні на національному рівні; реалізацією гендерної політики на регіональному та місцевому рівнях.

Угода про асоціацію між Україною та ЄС (2014 р.) стала поштовхом для активізації гендерної політики в Україні, посилення співробітництва з ЄС у забезпеченні гендерної рівності та недискримінації [7, розд.V]. 2014–2017 рр. ознаменовані відновленням державної гендерної політики через упровадження гендерного бюджетування (2014–2018 рр.), гендерної квоти в партійних списках на місцевих виборах (2015 р.).

З 2017 р. – до тепер відбувається формування національної моделі гендерної політики. На даному етапі запроваджено посаду Урядового уповноваженого з гендерної політики (07.06.2017 р.), ухвалено Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» (07.12.2017 р). Останній замість словосполучення «гендерне насильство» містить термін «насильство за ознакою статі» [4]. Внесені зміни до Кодексу законів про працю України (18.09.2018 р.) щодо заборони будь-якої дискримінації у сфері праці, зокрема, за ознаками гендерної ідентичності, сексуальної орієнтації [1, ст. 2¹].

Отже, гендерна політика в Україні в контексті євроінтеграції пройшла шість етапів. Українське законодавство охопило всі сфери упровадження гендерної рівності. Відбулася синхронізація гендерної політики України та ЄС.

Список використаних джерел

1. Кодекс законів про працю України [Текст] : зі змінами, внесеними згідно із Законами... № 2542-VIII від 18.09.2018 // ВВР. – 2018. – № 42. – Ст. 332
2. Положення про Комітет у справах жінок, материнства і дитинства [Електронний ресурс] : затверджене розпорядженням Президента України від 16.05. 1995 р. № 377/95. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/377/95>.
3. Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків [Текст] : Закон України від 08.09.2005 р. № 2866-IV // ВВР України. – 2005. – № 52. – Ст. 561.
4. Про запобігання та протидію домашньому насильству [Електронний ресурс] : Закон України № 2229-VIII від 07.12.2017 р. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19>

5. Про Національний план дій щодо поліпшення становища жінок та сприяння впровадженню гендерної рівності у суспільстві на 2001-2005 роки [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 6 травня 2001 р. N 479. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/479-2001-%D0%BF?lang=en>

6. Про попередження насильства в сім'ї [Текст] : Закон України від 05.11.2001 р. № 2789-III // ВВР України. – 2002. – N 10. – Ст. 70.

7. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011

8. Sychova V. The impact of European integration on gender policy / Viktoriia Sychova // Association Agreement: driving integrational changes : col. monograf. /Ed.by Richard Iserman, Dr.H.C. in International Relations, Maryna Dei, PhD, Associate Professor, Olga Rudenko, Dr.Sc in PA, Professor, Yaroslav Tsekhmister, Ed.D, Professor, Vitalii Lunov, PhD, Associate Professor. – Chicago : Assent Graphics Communications, 2019. –P. 88–100.

Сухарєва Л.П., Степаненко Г.Л.

Харківський національний медичний університет

ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Туберкульоз – поширене соціально залежне інфекційне захворювання, при якому можуть бути вражені будь-які органи і тканини людського тіла. Туберкульоз впливає на життя хворого, змінюючи ставлення до життєвих цінностей. Втрата роботи, зниження соціального статусу і становища в суспільстві, виникнення соціальної дезадаптації є базисом постійного стресу хворого [1].

Актуальність. Вивчення якості життя у хворих з принципово нових позицій розкриває багатопланову картину хвороби, дає уявлення про основні сфери життєдіяльності пацієнта – фізичну, психологічну, духовну, соціальну, фінансову. Якість життя, пов'язана зі здоров'ям, включає компоненти, що дозволяють провести диференційований аналіз впливу хвороби і лікування на стан хворого [2]. Ці дані можуть бути використані для оцінки якості роботи відділення або лікувального закладу в цілому. Органи охорони здоров'я можуть використовувати результати оцінки при розробці заходів щодо поліпшення системи охорони здоров'я.

Мета. Вивчити якості життя пацієнтів, які страждають на фіброзно-кавернозну і осередкову форми туберкульозу легенів; провести їх порівняльну оцінку на основі гендерного підходу для надання допомоги і попередження ускладнень.

Матеріали та методи. У обстеженні брали участь дві групи пацієнтів, які страждають на туберкульоз легенів фіброзно-кавернозної (1 група) і осередкової (2 група) форм зі сприятливим клінічним прогнозом і знаходяться на стаціонарному лікуванні в обласній туберкульозній лікарні №1 м. Харкова. У кожній групі було по 30 осіб. Обстежувані пацієнти – працездатні особи чоловічої та жіночої статі у віці від 45 до 52 років. Були використані опитувальники-анкети «SF-36», що дозволяють отримати як оцінку якості життя респондента в цілому, так і приватну оцінку за окремими сферами – фізична, психологічна, рівень не-

залежності, соціальні взаємини, навколишнє середовище, духовна сфера. Оцінка кожної сфери проводилась в балах від 1 до 10.

Результати дослідження. У пацієнтів з фіброзно-кавернозною формою туберкульозу легенів найбільш сприятливою виявилася психологічна сфера (8-10 балів), а найменш сприятливою – духовна (1–3 бали).

У групі пацієнтів з осередковою формою туберкульозу легенів найбільш сприятливою сферою виявився рівень незалежності (9–10 балів), найменш сприятливою – духовна (1–4 бали).

Біло виявлено, що оцінка якості життя з даними формами туберкульозу не залежить від статі пацієнтів. Також дане дослідження продемонструвало, що хвороба чинить негативний вплив не тільки на фізіологічні параметри, а й на найважливіші функції пацієнта – фізичне, психологічне, емоційне і соціальне функціонування. Ці зміни можуть бути виявлені й виміряні за допомогою оцінки показників якості життя хворого.

Висновки. Таким чином, за результатами обстеження пацієнтів з двома формами туберкульозу легенів можна зробити такі висновки: туберкульоз легенів, як хронічне інфекційне захворювання, знижує якість життя. Середні значення показників різних сфер якості життя у пацієнтів з фіброзно-кавернозною формою туберкульозу легенів нижче, ніж у пацієнтів з осередковою формою. Результати дослідження життя хворих на туберкульоз легенів можуть бути використані для їх цілеспрямованої психосоціальної реабілітації з урахуванням форми захворювання. Сучасні соціально-економічні умови, модернізація в охороні здоров'я та розвиток медичної науки зумовлюють необхідність удосконалювати протитуберкульозну допомогу і оцінку її результатів, використовуючи дослідження показників якості життя.

Список використаних джерел

1. Панкратова Л.Э., Вильянов В.Б., Балашова Н.И., Семенова Е.Е. Качество жизни больных туберкулезом//Сборник резюме. – С-Петербург, 2000. – 305 с.

2.Новик А.А. и соавт. Оценка качества жизни больного в медицине//Клин.мед. – 2000. – № 2. – С. 10-13.

Терешкіна О.І., Матвєєва С.Л.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФІЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Актуальність. Інфільтративний туберкульоз – специфічний різновид клінічного перебігу вогнищового туберкульозу легень, при якому переважають процеси інфільтрації, ексудативногозапалення, а також спостерігається деструкція легеневої тканини. Населення різних статевовікових груп має різний ступінь сприйнятливості до туберкульозної інфекції та ймовірність контакту з її джерелами, На сьогоднішній день ризик захворювання на туберкульоз для чоловіків у 3 рази вище, ніж для жінок.

Метою дослідження було вивчення гендерних особливостей інфільтративного туберкульозу як найчастішої форми туберкульозу органів дихання.

Матеріали і методи. Було проаналізовано історії хвороб чоловіків (n = 150) і жінок (n = 140), які лікувалися в протитуберкульозному диспансері № 1 з діагнозом інфільтративного туберкульозу. Вивчалися вік хворих, їх соціальний статус, освітній рівень, житлово-побутові умови, наявність контакту з хворими на

туберкульоз, наявність супутніх захворювань групи ризику і шкідливих звичок, шляху виявлення захворювання, його клінічна симптоматика рентгенолабораторні дані, частота бактеріовиділення, наявність лікарської стійкості збудника та її характер. Для визначення підпорядкування закону нормального розподілу кількісних даних використовувався критерій Шапіро-Уїлкі. При рівні значущості $p < 0,05$ гіпотеза про нормальність розподілу відкидалася. Кількісні дані, отримані в результаті дослідження, що не відповідали закону нормального розподілу, представлені у вигляді медіани (Me), 1-го і 3-го квартилей: $Me (Q1; Q3)$, де $Q1$ - 1-й квартиль, $Q3$ - 3-й квартиль. Для часткою розраховувалася помилка частки. Відмінності між номінальними ознаками оцінювалися за допомогою критерію χ^2 . Нульова гіпотеза про відсутність статистично значущих відмінностей відкидалася при $p < 0,05$.

Результати. Me віку пацієнтів була майже однакова: у чоловіків – 39 (29; 50) років, у жінок – 33 (25; 46) років; $p > 0,05$. Максимальна частка хворих чоловіків і жінок припадала на різні вікові групи: у чоловіків – 30–39 ($23,4 \pm 2,7\%$) і 40–49 ($23,4 \pm 2,7\%$) років, а у жінок – 20–29 ($33,3 \pm 3,9\%$) років. Тобто, жінки хворіють частіше в самий репродуктивний період, що пов'язано з гормональною перебудовою організму в цьому віці через вагітність, пологи. Аналіз соціального положення хворих показав, що не залежно від статі, існує висока частка неорганізованого населення: непрацюючі особи працездатного віку ($46,9 \pm 3,1\%$ і $40,1 \pm 4,0\%$ відповідно; $p > 0,05$), інваліди ($8,3 \pm 1,7\%$ і $7,4 \pm 2,2\%$ відповідно; $p > 0,05$), пенсіонери ($5,6 \pm 1,4\%$ і $2,2 \pm 2,7\%$ відповідно; $p < 0,05$). Серед чоловіків частіше зустрічалися особи робочих професій ($31,3 \pm 2,9\%$ і $17,0 \pm 3,1\%$; $p < 0,001$), а серед жінок – службовці ($15,0 \pm 2,8\%$ і $3,5 \pm 1,2\%$; $p < 0,001$), в т. ч. зайняті в сфері охорони здоров'я ($5,6 \pm 1,9\%$ і $1,2 \pm 0,7\%$; $p < 0,05$). Частка студентів серед чоловіків становила $4,0 \pm 1,2\%$, серед жінок – $8,2 \pm 2,3\%$ ($p > 0,05$). Вивчення освітнього рівня хворих не виявило достовірних відмінностей: середня освіта відзначено у $36,5 \pm 3,0\%$ чоловіків і у $33,3 \pm 3,9\%$ жінок ($p > 0,05$), середню спеціальну – у $32,2 \pm 2,9$ і $27,8 \pm 3,7\%$ відповідно ($p > 0,05$), вища і незакінчена вища – у $6,7 \pm 1,7$ і $11,6 \pm 2,6\%$ відповідно ($p > 0,05$). Житлово-побутові умови у чоловіків і жінок були однакові - в приватних будинках проживали $60,3 \pm 3,1\%$ чоловіків і $61,2 \pm 4,1\%$ жінок; в упорядкованих квартирах – $36,5 \pm 3,0\%$ і $34,7 \pm 3,9\%$; в гуртожитку – $3,2 \pm 1,1\%$ і $4,1 \pm 1,6\%$ відповідно. Сім'я достовірно частіше була у жінок ($68,0 \pm 3,8\%$ і $53,6 \pm 3,1$; $p < 0,01$). Слід зазначити, що більш висока частота контакту з хворими на туберкульоз у жінок: $49,7 \pm 4,1\%$ і $39,3 \pm 3,1\%$ у чоловіків ($p < 0,05$), що відповідає літературним даним. При цьому у жінок частіше мав місце сімейний контакт ($33,3 \pm 3,9\%$ і $17,5 \pm 2,3\%$ у чоловіків; $p < 0,001$), а у чоловіків - в місцях позбавлення волі ($7,9 \pm 1,7\%$ і $1,4 \pm 1,0\%$ у жінок; $p < 0,05$). Захворювання групи ризику були у $63,5 \pm 3,0\%$ чоловіків і $44,9 \pm 4,1\%$ жінок ($p < 0,001$): цукровий діабет зустрічався у $7,5 \pm 1,7\%$ чоловіків і $12,9 \pm 2,7\%$ жінок; вірус імунодефіциту людини відзначений у $0,8 \pm 0,6\%$ чоловіків і $0,7 \pm 0,7\%$ жінок ($p > 0,05$); $2,0 \pm 0,9\%$ хворих чоловіків страждали психічними захворюваннями; палили $83,3 \pm 2,3\%$ чоловіків і $51,0 \pm 4,1\%$ жінок ($p < 0,001$); зловживали алкоголем $12,3 \pm 2,1\%$ і $4,8 \pm 1,8\%$ відповідно ($p < 0,01$). Аналіз термінів попереднього флюорографічного обстеження показав, що $36,9 \pm 3,0\%$ чоловіків і $32,0 \pm 3,8\%$ жінок не проходили його > 2 років. Слід зазначити, що в термін до 1 міс. після виникнення симптомів за медичною до-

помогою звернулися лише $22,6 \pm 2,6\%$ чоловіків і $24,5 \pm 3,5\%$ жінок, при цьому кожен 10-й хворий, незалежно від статі, не звертався > 3 міс. Клінічні прояви інфільтративного туберкульозу у чоловіків і жінок не мали суттєвих відмінностей. Монорезистентність зустрічалася однаково часто у чоловіків і жінок ($9,9 \pm 2,2\%$ і $7,6 \pm 2,6\%$ відповідно; $p > 0,05$), полірезистентність переважала у чоловіків ($17,8 \pm 2,8\%$ і $8,6 \pm 2,7\%$ відповідно; $p < 0,05$), а мультирезистентність - у жінок ($35,3 \pm 4,7\%$ і $20,4 \pm 3,2\%$ відповідно; $p < 0,05$).

Висновки: жінки частіше хворіють в молодому, репродуктивному віці (20-29 років) і контактують з хворими на туберкульоз, тоді як у чоловіків частіше визначається наявність супутніх захворювань групи ризику і шкідливих звичок. Висока питома вага осіб з низьким освітнім рівнем як серед чоловіків, так і серед жінок, що припускає їх низьку санітарну грамотність, підтверджується порушенням термінів проходження флюорографічного обстеження у кожного 3-го хворого і зверненням за медичною допомогою у кожного 10-го лише через 3 міс. після появи симптомів захворювання. При відсутності залежності частоти бактеріовиділення від статі у чоловіків вона носила більш масивний характер, а у жінок в 1,5 рази частіше зустрічався МРТБ, що свідчить про більш високу епідеміологічну небезпеку серед жінок внаслідок їх більш тісного контакту з дітьми.

Усенко С.Г., Усенко С.А., Дяченко М.С.

Харківський національний медичний університет

Харківська медична академія післядипломної освіти

АНАЛІЗ СТАТЕВО-ВІКОВОЇ СТРУКТУРИ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Демографічна ситуація, що склалася в Україні, обґрунтовано викликає занепокоєння серед фахівців та населення. Спостерігається скорочення чисельності населення, зниження тривалості життя, зниження показника народжуваності, зростання міграції. Це стало характерними ознаками демографічних процесів за останні 20 років і дає підставу кваліфікувати їх як ознаки затяжної демографічної кризи.

На соціальний та економічний розвиток України суттєво впливає статевовіковий склад населення. Сучасна структура населення України є результатом її демографічного розвитку за останні 100 років. Основним результатом еволюційної зміни вікового складу населення країни є його постаріння, яке простежується за всіма показниками, що вимірюють цей процес. Процес демографічного старіння населення є результатом зниження народжуваності та збереження її впродовж тривалого періоду на рівні, що не забезпечує відтворення поколінь [1].

В економічно розвинутих країнах до цього додається вплив зростання очікуваної тривалості життя населення. Істотною протидією старінню населення цих країн є міграція, оскільки приїздить, в основному, молодь. А в Україні міграція посилює вплив низької народжуваності, а помітного зростання очікуваної тривалості життя населення, особливо старшого віку, не спостерігається. Демографічне старіння є одним із проявів трансформації вікової структури населення у процесі демографічного переходу [2].

Україна належить до країн із досить високим рівнем старіння населення. За величиною частки осіб віком 60 років і старше у загальній чисельності населення наша країна входить у число 30 найстаріших держав світу. Станом на по-

чаток 2017 року частка дітей у населенні України становила 16,1 %, осіб у працездатному віці – 61,8 %, старше працездатного – 22,1 % [1].

Статеві-вікова структура населення відбиває також співвідношення між віковими групами людей, зокрема чоловіків та жінок. Це зумовлено звуженим типом відтворення населення у останні десятиліття. Більшість населення нашої країни становлять жінки – 54,6 %. Співвідношення між чоловіками і жінками неоднакове у різних вікових групах. У дитячому і юнацькому віці приблизно однакова кількість дівчат і хлопців. Але вже в середньому віці співвідношення поступово змінюється на користь жінок, у старшому віці чоловіків майже у два рази менше, ніж жінок. Це пов'язано із тим, що у жінок більша тривалість життя, а пік смертності у чоловіків настає після 40 років, а у жінок після 50 років, також на це впливають спосіб життя та умови праці. Також відомо, що жіночий організм витриваліший, здатний витримувати більші стресові навантаження, ніж чоловічий [2].

Однією з найбільш виразних особливостей старіння в нашій країні є помітна гендерна асиметрія у складі літнього населення: майже дві третини осіб, що досягли першого порогу старості, представлені в Україні літніми жінками. Статеві диспропорції у складі літнього контингенту стрімко зростає з віком: серед осіб, що досягли порогу довголіття (80 років), чисельність жінок у 2,5 рази перевищує кількість чоловіків, а ближче до досягнення 100-річної вікової відмітки жінок-довгожителюк у нашій країні вже майже вчетверо більше, ніж чоловіків. Попри високий у цілому рівень старіння в Україні за такими його показниками, як частка осіб, старших від 65 (і ти більше 60) років, наша країна дотепер має порівняно невисоку частку довголітніх людей. Це пояснюється її відставанням від розвинених європейських країн за очікуваною тривалістю життя і невисоким рівнем дожиття до порогу довголіття – до 80 років [2].

Найвищий коефіцієнт довголіття (кількість осіб понад 80 років у середньому на 100 людей старше 60 років) у сільських жителів Чернігівській, Хмельницької, Волинської і Житомирської областей. Найнижчий – в Одеській, Херсонській, Закарпатській областях. Серед міських жителів найвищий рівень довголіття реєструється в східних та південних областях, найнижчий – в Закарпатській області. Загалом найвищий коефіцієнт довголіття нині спостерігається у Чернігівській, Тернопільській, Волинській і Хмельницькій областях.

Внаслідок нижчої очікуваної тривалості життя чоловіків порівняно з жінками, чоловіче населення характеризується нижчим у 1,7 разів рівнем старіння, ніж жіноче. Серед жінок близько 19 % у віці понад 65 років, серед чоловіків – понад 11 % [3].

За роки незалежності спостерігаються нові тенденції – дуже швидкі темпи старіння міського населення: частка міського населення у віці понад 65 років збільшилася в 1,5 рази, сільського – в 1,1 разу [1]. В Україні частка осіб віком понад 65 років у 2017 році становила 16 %, поряд з цим за шкалою ООН старим населенням вважається тоді, коли частка населення країни у зазначеному віці складає більш 7 %. Тому населення України оцінюється як дуже старе, про що свідчать також характеристики статево-вікової піраміди: наявна вузька основа та відносно велика частка населення пенсійного віку.

Таким чином, дослідження вчених нашої країни підтверджує, що в сучасних умовах неможливо докорінно поліпшити вікову структуру населення вна-

слідок збільшення показників народжуваності. Тому статеві-вікові піраміди населення все більше звужуватимуться при основі. Найголовнішим завданням, що стоїть у галузі поліпшення якійсної структури населення є створення можливостей для підвищення якості життя всіх людей, ефективного використання як працездатного населення, так і соціального, культурного і трудового потенціалу населення старшого віку [4].

Список використаних джерел

1. Демографічний щорічник «Населення України за 2017 рік.», Київ, Державна служба статистики України, 2018 р. – 155 с.
2. Державний щорічник «Розподіл постійного населення України за статтю та віком» на 1 січня 2017 року, Київ, Державна служба статистики України, 2017. – 350 с.
3. Режим електронного доступу: <https://kharkivoda.gov.ua/news/7509>.
4. Режим електронного доступу: <http://ukr-tur.narod.ru/geonas/naselukr/stat-vik/stat-vikova.htm>.

Фельдман Д.А.

Харківський національний медичний університет

СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ

Актуальність. На сьогоднішній день, серцево-судинні захворювання залишаються найбільш актуальною проблемою охорони здоров'я більшості країн світу, незважаючи на безперервне вдосконалення методів діагностики та лікування кардіологічних хворих.

Встановлено, що в Україні рівень смертності від серцево-судинних хвороб у жінок за останні 12 років збільшився на 14%, не дивлячись на досягнені успіхи з модифікації основних факторів ризику серцево-судинних захворювань.

Зберігає актуальність проблема особливостей перебігу, діагностики і терапії серцево-судинних захворювань у чоловіків та жінок. Традиційно ішемічна хвороба серця розглядається як хвороба чоловіків середнього віку, що часто призводить до недооцінки її ризику у жінок.

Мета дослідження: виявити гендерні особливості перебігу серцево-судинних захворювань у чоловіків та жінок різних вікових груп.

Методи дослідження: клініко-анамнестичні, інструментальні, лабораторні та статистичні.

Результати дослідження:

1. У більшості випадків розвиток серцево-судинних захворювань у чоловіків припадає на вікову групу 50–69 років, у жінок – на вікову групу 60–79 років. Тобто, у жінок пік розвитку захворювань припадає на 10 років пізніше, ніж у чоловіків, коли теоретично збільшується кількість супутньої патології.

2. За період 2013-2017 років аналіз статистичних даних по Харківській області засвідчив, що хвороби системи кровообігу, ішемічна хвороба серця частіше зустрічаються у жінок, гострий інфаркт міокарда – у чоловіків.

3. Клінічна картина гострого інфаркту міокарду у жінок має особливості, бо у 40 % випадків перебіг гострого інфаркту міокарда є атипичним. Ускладнений перебіг гострого інфаркту міокарда у жінок реєструють частіше, ніж у чоловіків.

Висновок. Таким чином, існують суттєві відмінності між клінічним перебігом, а також віковими групами, на які найчастіше припадають захворювання, поширеністю хвороб серцево-судинної системи серед чоловіків та жінок. Знання цих закономірностей сприятиме ранній діагностиці, лікуванню та профілактиці захворювань серцево-судинної системи у чоловіків та жінок.

Фесенко Т. Г., ОНМУ,

Фесенко Г. Г., ХНУМГ ім. О.М. Бекетова

ГЕНДЕРНІ ПАРАМЕТРИ «ЗДОРОВОГО МІСТА» У КОНТЕКСТІЦІЛЕЙ СТАЛОГО РОЗВИТКУ

Гендерний контекст «здорового міста» окреслено наступними Цілями сталого розвитку: забезпечення здорового життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці (SDG 3: Good health and well-being); забезпечення гендерної рівності, розширення прав і можливостей усіх жінок та дівчат (SDG 5: Gender equality); забезпечення наявності та використання водних ресурсів та санітарії (SDG 6: Clean water and sanitation); забезпечення відкритості, безпеки, життєстійкості й екологічної стійкості міст і населених пунктів (SDG 11: Sustainable cities and communities) – рис. 1. Це, зі свого боку, вимагає спеціальної уваги до питань інтеграції (мейнстрімінгу) гендерної проблематики у муніципальні програми розвитку усіх сфер життєдіяльності міста.

Варто зазначити, що в Україні неартикульованими залишаються питання моніторингу та оцінки запланованих заходів, результатів міських Програм з погляду того, як вони впливають на життєдіяльність жінок та чоловіків. У Програмах чітко не окреслено застосування принципів гендерного бюджетування та не зазначено, у який спосіб забезпечується баланс інтересів жінок і чоловіків при бюджетуванні програмних дій. Гендерний аналіз Програм дозволяє критично оцінювати й загальний рівень їхнього виконання не тільки кількісних показників, а й якісних («позитивних соціальних змін»)[1].

Водночас аналітичний огляд європейських практик імплементації гендерно-орієнтованого підходу у програми місцевого розвитку засвідчують необхідність «перезавантаження» інформаційно-комунікаційної структури управління у напрямку створення гендерно-відповідального офісу управління проектами та програмами. До того ж і сама сучасна парадигма проектного менеджменту вимагає від управлінських структур здатності враховувати гендерні особливості стейкхолдерів й досягнення гендерно-сенситивних (гендерно-цінних) результатів проектів і програм[2].

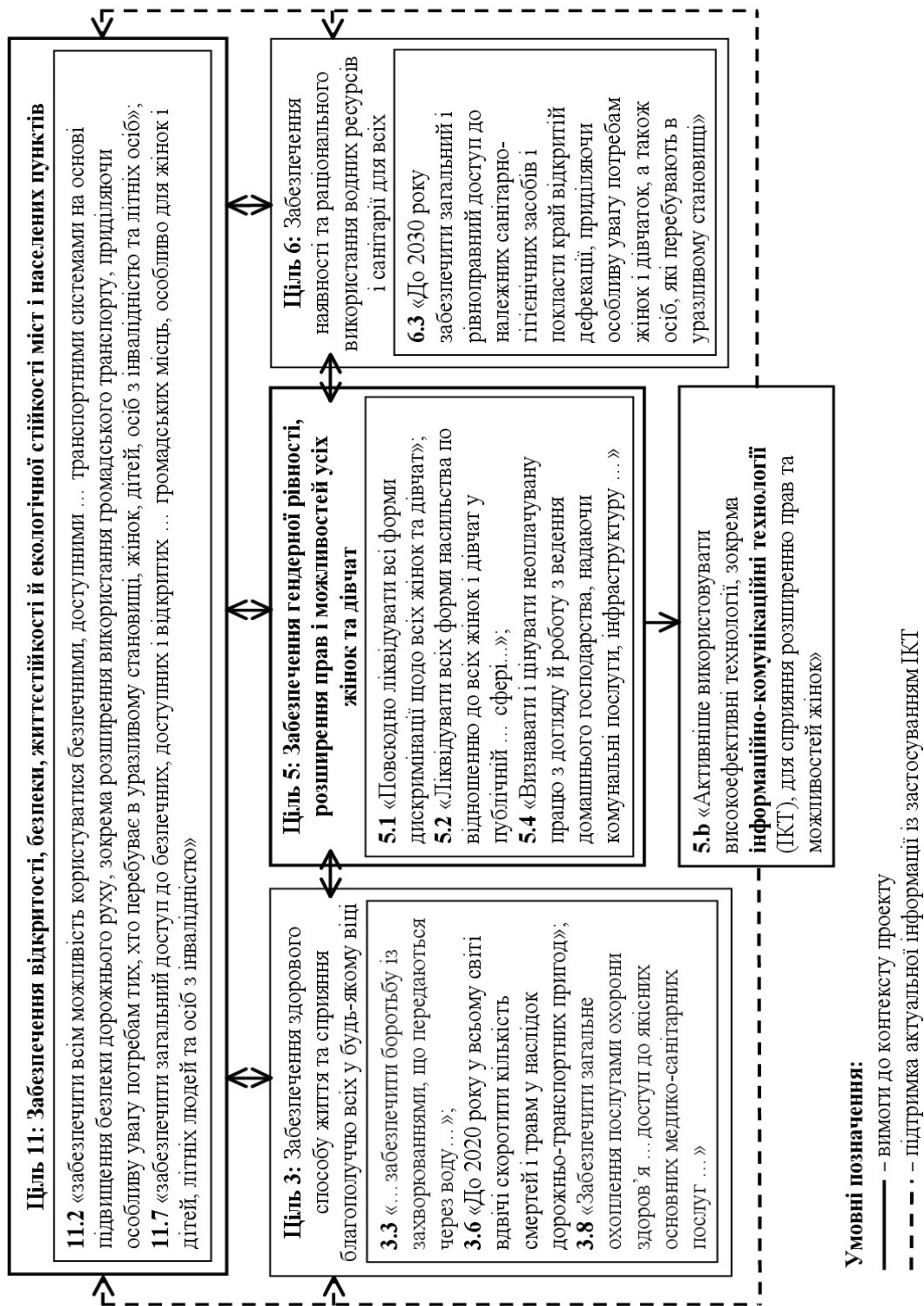


Рис. 1. Структурно-логічна декомпозиція гендерних параметрів «здорового міста» в контексті Цілей сталого розвитку

Література

1. Fesenko T. G. Gender mainstreaming as a knowledge component of urban project management. *Вісник Національного технічного університету «ХПІ»*.. 2017. № 3 (1225). С. 21–29. doi: 10.20998 / 2413-3000.2017.1225.4.
2. Fesenko T., Fesenko G. Developing gender maturity models to project and programme management. *Eastern-European Journal of Interiorize Technologies*. 2017. № 1/3(85). Р. 46–55. doi: 10.15587/1729-4061.2017.28031.

ГЕНДЕРНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПИТАННЯ ЕКОЛОГІЧНОГО ЛІТЕРАТУРНОГО КАНОНУ

Сухі гілки – це вже віноктерновий.

Останній клен світ за очі забіг.

Залишиться єдиний лист кленовий –

бетонний лист – розв'язкою доріг.

Ліси мої, гаї мої священні!

Пробудьте нам вовіки незнищенні!

Ліна Костенко

Жінки були і залишаються піонерами багатьох глобальних і регіональних екологічних ініціатив. Серед них велика кількість канонізаторів екологічної літератури: вчені з активною громадянською позицією (наукове громадянство), письменники, громадські діячі та політики, небайдужі до долі природи й долі людства.

Річард Прімак переконаний, що досягти мети збереження природи та біорізноманіття можна, зокрема, за умов активного залучення еліти до освітньої діяльності, спрямованої як на студентів, так і на широкий загал, ухвалення законів, спрямованих на збереження біорізноманіття, можливості перешкоджати ухваленню шкідливих для природи законів [2, с. 244].

До екологічного літературного канону належить «Мовчазна весна» Рейчел Карсон, яку називають основоположницею, матір'ю сучасного екологічного руху. Вихід у світ «Мовчазної весни», наклад якої становив близько 2 млн. примірників, став потужним поштовхом для мобілізації міжнародного екологічного руху під гаслами заборони використання ДДТ та інших гербіцидів, а згодом – із ширшими вимогами на захист довкілля та екологічної безпеки населення.

Саме тому «Мовчазна весна» Р. Карсон вважається екологічною класикою, або класикою екологічної літератури, та важливим матеріалом для екоосвіти. Наприклад, на основі «Мовчазної весни» розробляються освітні матеріали для екоосвіти різних вікових груп школярів, місцевих громад і за різними тематичними напрямками [4].

Екологічна тематика, чорнобильські мотиви проходять крізь усю творчість поетеси Ліни Костенко: «Річка Геракліта», «Мадонна перехресть», поезія «Ще назва є, а річки вже нема...», «Записки українського самашедшого», повість «Зона відчуження», написана до десятиріччя трагедії на Чорнобильській АЕС. Відомий літературознавець Григорій Клочек доходить висновку, аналізуючи екологічну проблематику в поезіях Л. Костенко, що «кожен твір, з якого постає дивосвіт природи, впливає на нашу екологічну свідомість. Бажання захистити природу приходять до тих, хто відчуває її красу» [1, 252].

До екологічного канону можна віднести низку творів Світлани Йовенко, - прозаїка, перекладачки, літературного критика, присвячену чорнобильській ситуації: публіцистичні статті у пресі, бібліографію всього, написаного про Чорнобиль, повість «Жінка в зоні», названа «ПіК» однією з найцікавіших літературних подій; альбом про Чорнобиль, виданий у 2000 році до закриття АЕС. «Я дуже шкодую, що цей напrawdę оформлений із великим знанням

справи альбом, – говорить в інтерв'ю авторка, – не став надбанням більшого числа читачів і глядачів. По сторінках поміж унікальних фотознімків бігають химерні звірі Марії Приймаченко. Сумні очі й лисий череп дитини, хворої на лейкемію, обличчя тих українців, які не кидають зони, доживають свого віку там, стисла, проте точна інформація про інші аварії на атомних станціях світу, про ставлення до чорнобильської катастрофи у нас і світі... Свого часу нам вдалося зробити цей альбом за три тижні, настільки я була в матеріалі. Це моя концепція, мій досвід, моє знання» [3].

Екологічна класика привертає дедалі більше уваги дослідників як матеріал для розширення теоретичної бази обґрунтування охорони природи, сталого (збалансованого) розвитку, екоосвіти та освіти для сталого розвитку, та для розв'язання практичних завдань в царинах охорони природи, ощадливого ставлення до природних ресурсів та екоосвіти. До цих досліджень долучені академічні та університетські дослідницькі колективи й групи, проводяться наукові конференції, регулярно виходять у світ статті та монографії, чисельність яких постійно зростає.

ЛІТЕРАТУРА

1. Клочек, Г. Д. Ліна Костенко: навчальний посібник / Г. Д. Клочек. – Кіровоград : Степова Еллада, 1999. – 320 с.
2. Primack R. B. Primer of Conservation Biology / R. B Primack. – Massachusetts : Sinauer Associated Ins., 1995. – 277 p.
3. Світлана Йовенко: Саме Київські письменники — найбільш маловідомі [Електронний ресурс]. – Адреса покликання: <https://www.umoloda.kiev.ua/number/969/164/35225/>
4. Rachel Carson and Her Book That Changed the World [Електронний ресурс]. – Адреса покликання: http://www.rif.org/documents/us/Rachel_Carson.pdf

Фірсик Т. М.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ ПРИ ВИБОРІ ЛІКАРЯ-ХІРУРГА

Актуальність. Питання вибору лікаря, а тим паче хірурга, це одне з перших рішень, яке приймає пацієнт при надходженні до хірургічного стаціонару. Як показує практика, найчастіше вибір робиться на користь хірурга-чоловіка, при наявності висококваліфікованих спеціалістів серед хірургів-жінок. Одним з найбільш розповсюджених стереотипів у медичній сфері є той, що жінка – не може бути хірургом. Проте це не зупиняє «прекрасну»т половину планети і кількість жінок, які обирають хірургічні спеціальності, щороку збільшується.

Мета дослідження: визначити причини формування стереотипного мислення щодо взаємозв'язку статі та спеціальностей хірургічного профілю.

Матеріали та методи. Було проведено опитування 124 пацієнтів, які знаходилися на лікуванні у хірургічному відділенні Обласної клінічної лікарні. Серед опитаних, 89 пацієнтів (71,7%) категорично вказали, що лікуючим лікарем (а здебільшого і оперуючим хірургом) повинен бути чоловік; 23 пацієнта (18,5%) відмітили, що їм байдуже стать хірурга, головне рівень кваліфікації та достатній досвід роботи; лише 12 пацієнтів (9,8%) зазначили, що обрали б хірурга-жінку.

Результати та їх обговорення. Отримані дані демонструють ситуацію, яка склалася не тільки в країні, але й у світі в цілому. У свідомості більшості пацієнтів, які надходять до лікарні, хірургом має бути чоловік середнього віку та міцної статури. У процесі опитування було визначено основні аспекти існуючого стереотипу. Більшість опитаних відмітили, що хірургія – це суто чоловіча спеціалізація, яка вимагає повної концентрації та значних фізичних зусиль. Деякі пацієнти уточнили, що таке світогляд у них склався під впливом кінематографу. Ряд пацієнтів зазначили, що взагалі не розглядають варіанта хірурга жіночої статі, так як їх родичів та знайомих оперував хірург-чоловік, а хірургів-жінок вони взагалі не зустрічали. Незначна кількість опитаних відмітили, що взагалі не сприймають жінок як кваліфікованих хірургів, та згодні змиритися лише з думкою, що вони можуть бути асистентами та помічниками. Серед 12 опитаних, які обрали хірурга жіночої статі, було визначено, що їх вибір базується на довірі, так як жінки здебільшого викликають більше довіри зі сторони пацієнтів та проявляють більше співчуття. Спеціалісти хірурги жіночої статі приділяють більше уваги та турботи пацієнтам. Деякі із опитаних пацієнтів зазначили, що вибір спеціаліста також залежить від виду хірургічного втручання.

Висновки. В умовах сучасного суспільства у кожного є можливість отримати вищу освіту та здобути будь-яку спеціалізацію. Враховуючи швидкий розвиток технологій, які облегшують роботу хірургам, кількість хірургів-жінок щороку збільшується. Незважаючи на стереотипи, які склалися у сучасному суспільстві, жінки все частіше прагнуть опанувати «чоловічі» спеціальності, у тому числі і хірургію. Слід наголосити, що наше прогресивне суспільство повинно відмовитися від стереотипів і оцінювати хірургів не за ознакою статі, а за рівнем кваліфікації.

Фролова Т.В., Стенкова Н.Ф., Осман Н.С.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПІКУ КІСТКОВОЇ МАСИ У ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ

Актуальність. Захворювання кістково-м'язової системи у дітей посідають третє місце за розповсюдженістю після захворювань дихальної системи та шлунково-кишкового тракту. Слід також зазначити, що саме гармонійний розвиток кістково-м'язової системи та забезпечення дитячого організму есенціальними мікро- та макроелементами у відповідності з віковими потребами є запорукою здоров'я кісткової тканини у дорослому віці, що значною мірою впливатиме на якість життя людини. Особливої уваги це набуває на тлі погіршення екологічних та соціально-економічних умов.

Метою дослідження було вивчення гендерних особливостей формування піку кісткової маси у дітей.

Матеріали та методи. Проведено обстеження 1126 дітей віком 9–16 років, які мешкають у м. Харків та районах області. Для оцінки формування піку кісткової маси використовувався метод ультразвукової денситометрії на п'яткової кістці за допомогою апарату «Sonos 2000». Для визначення структурно-функціонального стану кісткової тканини (еластичність, щільність, міцність кістки) оцінювали наступні параметри: швидкість поширення ультразвуку через кістку (ШПУ, м/с), широкосмугове ослаблення ультразвуку (ШОУ, дБ/МГц); ін-

декс міцності кістки (ІМ, %). Відповідно до мети дослідження, діти були розподілені на дві групи за віком (9–12 років та 13–16 років), а також за статтю.

Результати. При оцінці результатів дослідження виявлено, що максимальні показники ІМ кісткової тканини у хлопчиків спостерігалися в 10 та 12 років з подальшим поступовим збільшенням у пубертатному віці, в той час, як у дівчаток цей показник мав найбільші значення в 11 та 13 років, з подальшою стабілізацією після 14 років. При оцінці показників ШПУ та ШОУ було виявлено, що у хлопчиків спостерігалось домінування трабекулярної компоненти (ШОУ) міцності кістки, в той час як у дівчаток – оболонкової (ШПУ) компоненти, що може свідчити про різні механізми накопичення кісткової маси. Оцінка комплексного тривимірного індексу – соматометричного коефіцієнту міцності кісткової тканини – показала, що у дівчаток максимальне збільшення цього показника відмічалось у віці 9 років, а зменшення – у віці 11–12 років, що свідчить про відносну недостатність мінералізації кісткової тканини, а це, у свою чергу – призводить до збільшення кількості транзиторних остеопеній у дівчаток цієї вікової групи. У хлопчиків максимальне збільшення цього показника відмічалось у віці 9 та 16 років, а зменшення – у віці 10–11 років. Тобто, транзиторні остеопенії притаманні хлопчикам саме у віці 10–11 років.

Висновки. У дітей препубертатного та пубертатного віку мають місце гендерні особливості формування кісткової маси не тільки за віковим показником, а й за механізмом накопичення мінеральних речовин. Це свідчить про необхідність диференційованого підходу при проведенні профілактичних заходів щодо порушень структурно-функціонального стану кісткової тканини.

Харькова М.О., Орлова Н.В.

Харківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ СТАТІ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ КОРИ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ

Вроджена гіперплазія кори надниркових залоз (ВГКНЗ) – група спадкових захворювань, що виникають внаслідок дефекту ферментів, які беруть участь в утворенні гормонів надниркових залоз. Виділяють: сільутратну форму, гіпертонічну форму та просту вірильну форму, яка, у свою чергу, поділяється на вроджену, класичну та періоду пубертату (некласичну форму). Згідно даних літератури, частота ВГКНЗ варіює від 1 на 5000-10000 народжених. Повторюваність захворювання в сім'ях складає 20-25 %. ВГКНЗ успадковується по аутосомно-рецесивним типом успадкування. Складність у визначенні статі викликає саме вірильна форма. Проста вірильна форма протікає без синдрому втрати солі і дає про себе знати тільки ознаками андрогенізації. Підвищується рівень андрогенів. У дівчаток неправильно формуються зовнішні статеві органи: збільшується клітор, відбувається зрощення калиткового шва, відсутній вхід у піхву. Такі зміни оцінюються за шкалою Prader, яка включає 5 ступенів вірилізації (розвиток вторинних статевих ознак, властивих чоловікові). При 5-ій, останній, зовнішні статеві органи дівчинки виглядають як чоловічі, що зумовлює можливі помилки у визначенні статі дитини. Для хлопчиків характерне передчасне статеве дозрівання за ізосексуальним типом: макрогенітосомія при відсутності збільшення яєчок, пігментація зовнішніх статевих органів, сосків, поява волосся в андрогензалежних зонах.

Неонатальний скринінг – єдиний можливий метод доклінічної діагностики ВГКНЗ. В основі скринінгу лежить визначення рівня 17-оксипрогестерону у сухій плямі цільної крові. Впровадження скринінгу було обумовлено пізньою діагностикою захворювання у хлопчиків, так як у них не було порушення формування зовнішніх статевих органів, у результаті чого хлопчики з сільютратною формою вмирали від сільютратної кризи, вірільну форму діагностували, коли у них починалося передчасне статеве дозрівання. Деяких дівчат з вираженою вірілізацією зовнішніх статевих органів помилково реєстрували у чоловічому паспортному полі. Впровадження неонатального скринінгу сприяло діагностиці захворювання до розвитку сільютратної кризи і тим самим – зниженню летальності, особливо серед хлопчиків.

Для уникнення діагностичних помилок під час встановлення статі дитини, необхідним є каріотипування всіх без виключення дітей з незвичайною структурою геніталій при народженні.

Правильне встановлення статі дитини є основою попередження психологічних проблем у родині, сприяє зменшенню кількості та вартості терапевтичних втручань.

Отже, родини, що зіткнулися з проблемою ВГКНЗ, потребують консультації та спостереження мультидисциплінарної команди лікарів, до складу якої входять: педіатр, дитячий ендокринолог, генетик, гінеколог, дитячий хірург та психолог.

Шаповалова Я. О., Скорбач Т. В.

Харківський національний медичний університет

ФЕНОМЕН ГЕНДЕРУ В УКРАЇНСЬКІЙ КУЛЬТУРІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Гендер помилково вважають певною належністю людини за статевими ознаками, але мало хто усвідомлює, що це соціальний показник. Гендерної належності людина набуває під впливом соціальних та культурних чинників. Тому існують кардинальні відмінності між поняттями «стать» та «гендер».

На сьогодні в Україні є нагальною проблема гендерної рівності, а також застарілі стереотипи щодо цієї теми, незважаючи на існуючі закони щодо забезпечення рівних прав та обов'язків для жінок та чоловіків. По-перше, діє стереотип щодо посідання керівних посад особами чоловічої статі, але ця проблема не досить виражена, адже, за офіційною статистикою, 40% жінок в Україні посідають керівні посади вищого рівня. По-друге, не менш поширеним є стереотип про нерівну оплату праці, адже за середніми показниками зарплати в жінок на 26% нижчі, ніж у чоловіків. А за період історії незалежної України заробітна платня жінок не перевищувала 79% зарплати чоловіків. Також однією з глобальних проблем є стереотип про виконання домашньої роботи лише особами жіночої статі. На цей день у жодній із країн світу чоловіки не займаються, порівняно з жінками, неоплачуваною, домашньою роботою.

Як відомо, зазначена проблема – це невирішені питання, і кожна країна намагається зменшити їх кількість. Україна також прагне виключити проблему гендерної нерівності. На цей час можна прослідкувати декілька значних змін у процесі зменшення дискримінації осіб певної гендерної належності, зокрема прослідковується позитивна тенденція щодо збільшення частки жінок у Верхо-

вній Раді України, зараз це 12,5% (для порівняння, у 2015 – 9,7%, у 2007 – 7,6%). Відсоток жінок, що обіймають керівні посади, збільшується, Про це свідчить не одна офіційна статистика. Також є можливість надання декретної відпустки чоловікам. Це дозволяє реалізувати жіночі ресурси та досягти жінкою успішної кар'єри, а також виключити проблему подвійного навантаження, в основі якого покладено нерівномірний розподіл оплачуваної та неоплачуваної праці.

Таким чином, можна зробити висновки, що проблема гендерної нерівності в Україні існує, так само як і у всьому світі. Але на сьогодні ми прагнемо до великих змін та вдосконалень.

Шароватова О.П.

Національний університет цивільного захисту України, м. Харків

ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВ ЖІНОК НА ЗАХИСТ ВІД ДИСКРИМІНАЦІЇ ЗА ОЗНАКОЮ СТАТІ У ПРОЦЕСІ ТРУДОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Механізм утвердження рівних можливостей для самореалізації кожної особистості, що передбачає відсутність орієнтації на «особливе призначення» чоловіка чи жінки, заохочення видів діяльності, що відповідають інтересам особистості, подолання гендерних стереотипів, урахування індивідуальних відмінностей, як принципи гендерної рівності, набули особливої значущості у контексті європейського спрямування розвитку українського суспільства [1].

Україна ратифікувала основні міжнародні документи стосовно забезпечення рівних прав і можливостей для чоловіків і жінок: Конвенцію ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, Цілі розвитку тисячоліття ООН, визначивши для себе забезпечення гендерної рівності як важливу складову подальшого розвитку та як один з пріоритетів державної політики. На національному рівні гендерна рівність гарантована, передусім, Конституцією України, Кодексом законів про працю України, окремим Законом України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків», Державною програмою забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2021 року та іншими законодавчими актами [2].

Політика гендерного інтегрування в усіх сферах життя і за всіма напрямками суспільного розвитку (розширення економічних можливостей для жінок у сферах зайнятості, розвитку підприємницького потенціалу; усунення негативних гендерних стереотипів; урахування особливих потреб усіх категорій жінок і чоловіків незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, віку, інвалідності, етнічного та соціального походження, громадянства, сімейного та майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак), є основою забезпечення сталого розвитку суспільства.

На даний час чинне законодавство спрямоване, зокрема, на реалізацію конституційного права працюючих на охорону їхнього життя та здоров'я у процесі трудової діяльності. Особливо ж суворі вимоги до роботодавців законодавство висуває щодо охорони праці жінок. Для держави обидві соціальні функції жінки – робота у суспільному виробництві і материнство – є важливими. Тому, охорона праці жінок є інституцією, що диференціює цілий комплекс норм у регулюванні взаємовідносин працівниць-жінок з роботодавцем із додержанням специфіки їхньої праці та гарантуванням прав з метою фактичного забезпечення рівноправності [1].

У сучасних умовах підвищенню якості роботи та захисту жінок у процесі трудової діяльності приділяється достатня увага. Основний критерій, яким повинна керуватися адміністрація при прийомі на роботу жінки, - це її ділові якості, її здатність виконувати ту чи іншу роботу. Необґрунтована відмова в прийомі на роботу забороняється, особливо з причин, пов'язаних із вагітністю або годуванням дитини.

Однак, при вступі на роботу для жінок поки ще існують обмеження в прийомі на певні види робіт. При цьому сучасна жінка готова погоджуватись на будь-яку роботу і, «відвойовуючи» емансипацію, не акцентує ні на своєму здоров'ї, ні на моральному обличчі, що здавна начебто відбивають на собі тягар буденності і відсувають чоловіка на другий план.

У подальшому необхідного рівня впровадження принципу гендерної рівності передбачається досягати шляхом застосування комплексного підходу та здійснення заходів, спрямованих на удосконалення нормативно-правової бази, механізмів реалізації права на захист від дискримінації за ознакою статі та впровадження статистичних показників у сфері забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків.

Використані джерела:

1. Впровадження гендерних підходів в діяльність державних органів влади, місцевого самоврядування та громадських організацій: Навчально-методичний посібник / Укладач: Л.М. Артеменко. Чернігів, 2008. 54 с.

Шарун А.В., Плотнікова М.М.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В МАНИФЕСТАЦИИ И РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

На сегодняшний день существует различие между мужчинами и женщинами в отношении развития различных заболеваний. По мнению специалистов, если обращать внимание на гендерные различия в лечении, это позволит успешнее бороться с болезнями. Показатели заболеваемости, согласно официальным статистическим данным, лишь частично отображают реальное соотношение в заболеваемости мужчин и женщин. Величина «латентной» заболеваемости, в очень сильной степени зависит от конкретного типа болезни. Например, по таким типам заболеваний как венерические болезни или алкоголизм и наркомания масштабы «латентной» части могут в несколько раз превосходить масштабы той части заболеваемости, которая фиксируется официальной статистикой. До сих пор мало известно о гендерных различиях в заболеваниях, когда дело касается симптомов. Это обстоятельство является одним из важных аргументов в пользу изучения здоровья мужчин и женщин на основе данных официальной статистики, дополняемой результатами обследований населения по проблемам здоровья.

По данным статистики в Украине по своей численности преобладают женщины – 53%, мужчин – 47%. Главная причина таких показателей – высокая смертность мужчин. Средняя продолжительность жизни женщин в Украине – 76 лет, а у мужчин – 67 лет. Мужчины значительно хуже следят за своим здоровьем, уровень их травматизма в 5 раз выше, чем у женщин, они больше страдают от онкологических заболеваний и туберкулеза.

Исследования показывают, что во всех возрастных группах женщины оценивают свое здоровье ниже, чем мужчины. Психологическое объяснение такого поведения связано с тем, что женщины более «трепетно» относятся к своему здоровью, чем мужчины, чаще обращаются за медицинской помощью и не запускают свои болезни до необратимого состояния. Факт большей тревожности лиц женского пола обнаружен в ряде исследований, однако, несмотря на большую тревожность, женщины в большей степени, чем мужчины, способны к ее подавлению. Объяснение этого факта лежит в том, что у женщин и у мужчин по-разному устроены внутримозговые соединения: у женщин лучше развиты межполушарные связи, тогда как у мужчин – внутриполушарные. С учетом более низкой продолжительности жизни мужчин и серьезных проблем с их здоровьем подобные результаты, на первый взгляд, не могут не вызвать удивления, тем более, что они подтверждаются целым рядом других аналогичных исследований. Исследователи объясняют этот парадокс психологическими и поведенческими факторами.

Рассмотрим гендерные различия в пяти сферах – сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических, заболеваний печени, остеопороза и фармакологии. Симптомы сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин и женщин проявляются по-разному. У мужчин сердечный приступ характеризуется тяжестью в грудной клетке и болью в левой руке, у женщин он проявляется в виде тошноты и болей внизу живота. Сердечный приступ у женщин приводит к более тяжелым последствиям, из-за специфических симптомов его сложнее диагностировать.

Рак толстой кишки является второй по распространению формой рака у людей обоих полов. Женщины переносят химиотерапию хуже мужчин. У них чаще возникают побочные эффекты в виде тошноты, рвоты и выпадения волос. Пол пациента также влияет на скорость реакции на химиотерапию при лечении рака легких и рака кожи. Таким образом, гендерный фактор влияет на течение заболевания и на шансы пациента на выживание в целом. Первичному билиарному циррозу печени, в первую очередь подвержены женщины. Основным фактором риска здесь становятся различные уровни гормонов у женщин. Такой же вывод медики делают и относительно остеопороза. С другой стороны, так как обычно от остеопороза страдают женщины, его часто упускают из вида у мужчин, что влечет за собой высокий уровень смертности среди них.

Что касается фармакологии, то здесь различия проявляются в эффективности влияния одного и того же вещества, входящего в состав лекарств, например ацетилсалициловая кислота, на разные заболевания у мужчин и женщин. Прием АСК показан мужчинам с целью профилактики ишемической болезни сердца, в то время как у женщин главной терапевтической мишенью является профилактика инсульта. В частности, базовая и остаточная реактивность тромбоцитов после лечения АСК является выше у женщин по сравнению с мужчинами. Поэтому при назначении препарата и дозы врачу следует принять во внимание пол пациента.

С учетом всего, выше сказанного, можно утверждать, что гендерные различия все же влияют на развитие болезней и их симптомы. Это можно объяснить нейрофизиологическими особенностями мозга мужчин и женщин, их поведенческими отличиями, а также реакцией организма на различные препараты. Дальнейшее изучение этих аспектов и их учет в терапевтической практике, без сомнения имеют важное медицинское значение.

ДО ПРОБЛЕМИ ГЕНДЕРНОГО ПИТАННЯ В УКРАЇНСЬКИХ ВНЗ

Впровадження гендерної рівності в усі сфери життя є ознакою сучасності. В Україні прийнято і ратифіковано низку міжнародних документів, спрямованих на забезпечення рівних прав жінок і чоловіків, зокрема рівного доступу до вищої освіти. Одним з механізмів і етапів впровадження політики рівних можливостей є гендерний аудит, який дозволяє оцінити стан імплементації положень гендерної політики. На сьогодні гендерний аудит розглядається дослідниками та експертними колами як ефективний засіб вдосконалення соціально орієнтованої політики як на рівні держави, так і на рівні окремої установи або організації.

В Україні відома методологія Міжнародної організації праці, що характеризує гендерний аудит як новий спосіб, моніторингове знаряддя в сфері просування політики гендерної рівності. За допомогою гендерного аудиту аналізують, якою мірою принципи гендерної рівності реалізовані в діяльності організації (компанії, університету), яким чином гендерний компонент інтегрований в стратегічні, програмні документи, звіти про діяльність і в функціонування організації.

У 2015 році з ініціативи Всеукраїнської мережі центрів гендерної освіти ЗВО було проведено в рамках проекту "Гендерний мейнстрімінг в вищих навчальних закладах України" гендерний аудит 15 українських університетів. В результаті цього аудиту 4 технічні ВНЗ України отримали гендерний паспорт.

Адже право на вищу освіту гарантується незалежно від віку, громадянства, місця проживання, статі, кольору шкіри, соціального і майнового стану, національності, мови, походження, стану здоров'я, ставлення до релігії, наявності судимості, а також від інших обставин. Ніхто не може бути обмежений у праві на отримання вищої освіти, крім випадків, встановлених Конституцією і законами України.

Український центр гендерної освіти був створений в 2001 році відповідно до Меморандуму Програми Розвитку ООН в Україні. Меморандум передбачає спільну роботу по імплементації гендерного компонента в освітні програми та систему вищої освіти.

Гендерне законодавство в Україні знаходиться в стані постійного вдосконалення, а його імплементація в вищу освіту має на меті надання науково-практичної допомоги викладачам, студенткам, співробітникам і співробітницям у впровадженні принципу рівних прав та можливостей жінок і чоловіків.

Шевченко О.С., Погорелова О.О.

Харківський національний медичний університет ХНМУ

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ СЕРЕД ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Туберкульоз – складна епідеміологічна проблема у всьому світі та в Україні зокрема. У цьому розрізі важливим питанням постає вивчення факторів ризику розвитку туберкульозу та його несприятливого перебігу.

Метою даної роботи було оцінити гендерні відмінності як фактори ризику розвитку туберкульозу та його несприятливого перебігу.

Матеріали і методи. Для виконання поставленої мети нами були проаналізовані форми звітності № 8 у Харківській області. Статистична обробка даних була проведена за допомогою Microsoft Excel 2010.

Результати і обговорення. Розподіл захворюваності на туберкульоз між чоловіками та жінками в Харківській області кардинально не відрізняється від загальноукраїнських та світових показників і складає 71 % чоловіків та 29 % жінок. Також у чоловіків значно переважають рецидиви туберкульозу – 75,8 % проти 24,2 % у жінок.

Оцінка тяжкості туберкульозного ураження за критеріями наявності деструкції легеневої тканини та бактеріовиділення виявив більш тяжкий перебіг у чоловіків, оскільки бактеріовиділення у них спостерігалось у 62,7 % випадків (проти 52,8 % у жінок) та деструкція – у 42,4 % випадків (проти 30,4 % у жінок). Втім, розповсюдженість міліарного туберкульозу – однієї з найважчих форм туберкульозного процесу – спостерігалось у жінок у 4,2 % випадків проти 2,2 % у чоловіків. Також у жінок дещо частіше спостерігалися позалегенові форми туберкульозу – у 7,4 % випадків проти 6,6 % у чоловіків.

Одним з найтяжчих поєднань захворювань є ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ. Така коморбідність також частіше спостерігається у чоловіків (75,8 %), ніж у жінок (24,2 %).

Серед можливих причин такого розподілу можна відзначити більшу поширеність у чоловічій когорті шкідливих звичок, а саме паління, зловживання алкоголем та наркотичними речовинами, що збільшує вірогідність захворювання на туберкульоз та його несприятливого перебігу. Також серед чоловіків зазвичай спостерігається менша прихильність до лікування та більша частота переривів лікування.

Висновки. Аналіз гендерних відмінностей у хворих на туберкульоз показав більшу частоту захворюваності серед чоловіків, а також більш тяжкий перебіг туберкульозу у них, що необхідно враховувати при лікуванні хворих та особливо при формуванні прихильності до лікування.

Шейко А. О., Наливайко Н. А.

Харківський національний медичний університет

ОСОБИСТІСНЕ ПРИВІТАННЯ З ВИКЛАДАЧЕМ ОЧИМА СТУДЕНТІВ

Дотримання норм поведінки є однією з умов формування всебічно розвинутої особистості. Одним з елементів етикету є привітання.

Привітання розуміється як жест, слово, вираз, письмове послання або інший ритуал або їх поєднання задля встановлення контакту між людьми чи групами людей. За допомогою привітання можна зрозуміти ставлення однієї людини до іншої та їхній соціальний статус.

Незалежно від форми, яку має привітання, воно завжди позначає поважне ставлення до людини, недарма є вислів привітання, що використовується в особливих випадках «Моя повага вельмишановний...» Проаналізувавши наукову літературу [1-3], ми дійшли висновку про те, що привітання вважається чіткою формою етикету та має певні правила. Привітання між викладачем та студентом досліджується тільки з точки зору ділового етикету.

Ми провели опитування серед вітчизняних та іноземних студентів щодо їх бачення привітання між викладачем та студентом взагалі та особистого зокрема. У

дослідженні брали участь здебільшого студенти з Індії та України загальною кількістю сто осіб. Кількість дівчат і хлопців приблизно однакова, що дає нам змогу свідчити про достовірність результатів дослідження. Студенти анонімно, указуючи тільки стать та країну походження, відповідали на два запитання. Перше з них стосувалося ставлення до особистого привітання між викладачем та студентом, а в другому, якщо ставлення було позитивне, ми просили вказати форму бажаного привітання. Вони могли обрати одну з трьох запропонованих відповідей: «Дай п'ять», «Танок», «Обійми» – або запропонувати власний варіант.

Так, за допомогою результатів нашого дослідження ми дізналися, що майже всі вітчизняні студенти, незалежно від статі, ставляться до особистого привітання з викладачем украй негативно та вважають його неправильним, мотивуючи це тим, що панібратство є проявом неповаги. Лише четверо вітчизняних студентів написали, що це було б добре. Один зі студентів зазначив, що було б непогано вітатися за допомогою жесту «Дай п'ять», а дівчата сказали, що вони були б не проти обіймів.

Зовсім іншу картину ми побачили, проаналізувавши відповіді студентів-іноземців. Усі дівчата поставилися б до особистого привітання позитивно. Хлопці, за невеликим винятком, теж поставилися до цього позитивно. Усі студенти зазначили, що особисте привітання мотивує студента до навчання, допомагає краще почуватися в країні, що не є Батьківщиною, сприяє адаптації до інших умов навчання.

Більшість дівчат обрала таку форму особистого привітання, як обійми, потім ідуть словесні привітання рідною мовою. Хлопці у своїй більшості обрали словесне вітання рідною мовою або «Дай п'ять» та його варіації.

Отже, з результатів дослідження ми спостерігаємо, що дівчата більш емоційні та відкриті в прояві емоцій, ніж хлопці, чим обумовлена така різниця у формі привітання.

Література

1. Болбас, В. С. Традиции и обычаи белорусского народа как фактор воспитания. Педагогика. 2010. № 7. С. 106-114.
2. Кубрак О. В. Етика ділового та повсякденного спілкування: Навч. посіб. для студ. іст. спец. вищих навч. закл. 2-е вид., доп. Суми, 2003. 219 с.
3. Шеломенцев В. М. Етикет і сучасна культура спілкування / В. К. Федорченко (заг. ред.). 2-е вид. Київ, 2003. 415 с.

Л. І. Шлеїна

Таврійський державний агротехнологічний університет, Мелітополь

ГЕНДЕР У ФІЛОСОФСЬКОМУ ДИСКУРСІ

Гендерна проблематика є інноваційним науковим і філософським дискурсом, відповідним процесам модернізації та постмодернізації глобалізованого світу. Виникнення гендерного дискурсу спричинене критикою класичних теорій статі, що заперечували традиції у взаєминах чоловіка і жінки та сприяли за твердженню нових підходів, відповідних епосу модерну та постмодерну.

Вперше в історії філософії Ніцше окреслює концептуальні основи для 1) репрезентації феномена жіночого в філософському дискурсі та 2) підриву тим самим класичної патріархатної мізогіністичної традиції в філософії. Пізнання, свідомість, втрачає у Ніцше пріоритет перед тілом і розглядається ні як самостійна істота, а як продукт діяльності тіла.

Подальший розвиток філософської концептуалізації жіночого на основі філософії Ніцше представлено в двох основних філософських критичних дискурсах сучасності, таких як 1) постструктуралізм і постмодернізм (Ж. Лакан, Ж. Дерріда, Ж. Дельоз, М. Фуко, Ж. Ф. Ліотар) та 2) філософія фемінізму (Дж. Батлер, Р. Брайдотті, Л Ірігаре, Ю Крістева). Концепція тіла як ефекту влади, що належить М. Фуко, стверджувала, що гендерні маркування суб'єктивності є соціально сконструйованими і виробляються певними типами владних стратегій. За Ж. Дельоз концепція бажання як виробництва полягає в тому, що бажання є матеріальною трансформацією життєвої стратегії, яке може скласти основу незалежної жіночої суб'єктивності в культурі. Філософія фемінізму вносить істотний внесок у відмову від практик бінарного філософського мислення, оскільки в ній не відтворюється традиційна патріархатна структура ідентичності.

Спираючись на практики Ж. Лакана [1] М. Фуко [2], Д. Остіна [3], відомий американський філософ Дж. Батлер вводить в сучасний науковий дискурс теорію перформативної гендерної ідентичності [4], що вказує на відсутність будь-яких справжніх сутностей («унікальних», «Автентичних», «даних») у практиках репрезентації. Відповідно до перформативної теорії, що виходить з первинності дії відносно структури, а не існує справжньої природи жінки або істинної природи чоловіка, що впливають з їх тілесних особливостей. У зв'язку з цим гендер розглядається як результат багаторазових перформативних дій індивіда (performative acts), здійснених у певному культурному контексті.

Гендер інтерпретується як технологія репрезентації себе за допомогою різних соціальних інститутів: сім'ї, системи освіти і виховання, засобів масової інформації, політики, права, мови, мистецтва, науки та на думку Т. де Лауретіс є наслідком самопрезентації в широких межах: від нормативних гендерних дисплеїв до повного розмивання кордонів статі [5]. Така репрезентація постає у певному сенсі «грую» між психікою і зовнішнім проявом, що регулюється дискурсом і нормами.

Отже, означені питання безперечно підлягають додатковому обговоренню, аргументації. Проте не підлягає сумніву той факт, що відмітною стороною гендеру є його динамічний характер, а його розуміння означає вивчення гендерних процесів, різних тенденцій і механізмів та їх трансформації. Сьогодні можна припустити, що співвідношення структурного та індивідуального рівнів механізму гендерної динаміки продовжуватиме мінятися. Вектор цієї зміни спрямований на користь зростаючої ролі кожного індивіда в конструюванні їм самим різноманітного соціального світу, відкритті нових перспектив для реалізації в ньому.

Список використаних джерел

1. Lacan J. The Function of Language in Psychoanalysis / J. Lacan // The Language of Self; Ed. By A. Wilden. - Johns Hopkins University Press, 1968.
2. Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. Работы разных лет / М. Фуко; Составление, пер. с франц., комментарий и послесловие С. Табачниковой.; общ. ред. А. Пузыря. М.: Касталь, 1996. 448 с.
3. Остин Дж. Л. Слово как действие / Дж. Л. Остин // Новое в зарубежной лингвистике. 1986. Вып. 17. С. 22-131.
4. Butler J. Gender trouble: Feminism and the Subversion of Identity / J. Butler. - London, New York: Routledge, 1990.
5. Лауретис Т. Риторика насилия. Рассмотрение репрезентации и гендера / Т. де Лауретис // Антология гендерной теории: Сб. пер. / сост. и комментарии Е. И. Гаповой и А. Р. Усмановой. Мн.: ПроPILEI, 2000. С. 347-372.

THE ISSUE OF FEMALE GENITAL MUTILATION

Female genital mutilation (FGM), also known as female genital cutting and female circumcision, is the ritual cutting or removal of some or all of the external female genitalia. Typically carried out by a traditional circumciser using a blade, FGM is conducted from days after birth to puberty and beyond. The practice roots for gender inequality. It attempts to define the women's sexuality parameter and the role of modesty, purity and piety. Now, it has become more of a cultural menace rather than a religious issue confined to certain areas affected by local traditional, cultural ideas and beliefs.

According to its operational parameters FGM can be classified into 4 categories: clitoridectomy, excision, and infibulations. It can be done with or without anesthesia which sometimes complicates the simple of the cases. The cutter is usually an old woman who has experience relative or the community's old barber.

Female sexual health: removal of, or damage to highly sensitive genital tissue, especially the clitoris, may affect sexual sensitivity and lead to sexual problems, such as decreased sexual desire and pleasure, pain during sex, difficulty during penetration, decreased lubrication during intercourse, reduced frequency of orgasms during sexual intercourse. An estimated 200 million girls are affected by it.

Immediate complications include severe pain, shock, hemorrhage, tetanus or infection, urine retention, ulceration of the genital region and injury to adjacent tissue, wound infection, urinary infection, fever, and septicemia. Hemorrhage and infection can be severe enough to cause death. Long-term consequences include complications during childbirth, anemia, the formation of cysts and abscesses, keloid scar formation, damage to the urethra resulting in urinary incontinence, dyspareunia (painful sexual intercourse), sexual dysfunction, hypersensitivity of the genital area and increased risk of HIV transmission, as well as psychological effects.

FGM is a cultural tradition predominately in sub-Saharan Africa and the Arab States, but FGM is also practiced in select countries in Asia, Eastern Europe and Latin America. It is also practiced among migrant populations throughout Europe, North America, Australia and New Zealand. It is witnessed in both Islamic as Christian communities in African peninsula as regional folklore and beliefs come into play. A key challenge is not only protecting girls who are currently at risk but also ensuring that those to be born in the future will be free from the dangers of the practice. People support for this societal menace support from fellow women, poor access to information and societal pressure, obligation and to a certain extent religion.

Most of African countries have legislations or decrees against FGM practice. However, such West African countries as Guinea, Sierra Leone, Gambia, Mauritania, Mali and Burkina Faso, as well as Sudan and Egypt continue to practice this tradition.

Obviously, no historical traditions can justify and cruel practices The United Nations and the European Union have recently started a global multiyear initiative focused on eliminating all forms of violence against women and girls. It draws attention to violence against women and girls with a view to achieving gender equality and women's empowerment and is consistent with the Sustainable Development Agenda

by 2030. It also emphasizes the importance of targeted investment for women and girls to achieve sustainable development.

Adesegun Kuye Jacobs
Kharkiv National Medical University

GENDER PATTERNS IN MEDICINE

Gender Medicine is a newly emergent approach of medicine targeted at recognizing and evaluating the differences arising from gender as an involvement in medicine which include the anatomical, physiological, biological, functional, and socially and also in the field of the response to pharmacological therapy. Cited from the definition prescribed by the World Health Organization (WHO) according to which gender refers to the socially constructed roles, behaviours, activities, and attributes that a given society considers appropriate for men and women. However, Gender medicine deals with a wider concept than just simply considering sex differences and differentiations, which are considerably the biological characteristics that define the masculine and feminine gender.

Several basic questions are poised as regard gender in medicine some of which are: Does gender differentiation causes some deviation of wellness and illness? There are some vital physiological distinctions, essentially in their sexuality that recognizes males from females. However, there are several anatomical structures present in both males and females.

Another is that, do illnesses express the equivalent neurotic highlights and comparability in both male and female? Are therapeutic medicines similarly of the same measure of prophylaxes? Do complication and contraindication from/to medications differ? Do chemical and electrical signalling's play any role in how diseases manifest in men versus women? Are some diseases (besides the sexual-oriented one) more common in one sex and if so why? The answer of these questions and many more gives us a philosophical view of gender of disparity betwixt men and women.

Biology of molecular genetics distinguishes physiological and natural contrasts among women and men at the level of subcellular, cellular, tissue, organ, framework and restorative effects on men and women. To put it plainly, it's clear that women live an average of 7 years longer than men. In developed countries, the normal life expectancy of men today is 74 years, but for women it is 81 years. Why is this difference? The average ratio of articles at death is 106 men per 100 women. However, this difference has declined in the last 20-30 years. It seems that there is a tendency to reduce the male part of the human population and increase its female part.

Besides, the typical development of people relies upon the similarity between sex chromosomes (hereditary sex), sex of the gonads, inward and outside genitalia arrangement, substantial body attributes, and mystic sex while validating the overview that shew that ladies experience a greater number of diseases than men, regardless of the way that they live by and large quite a while longer than men. This is because women react to disease contrastingly and make use of more health services than men. In the act of medicine, many sex-linked and parasitic ailments know to be progressively symptomatic in women than in men. This distinction may demonstrate that while ladies have more side effects, they perceive such effects all the more promptly. And so, in light of the fact that they are better educated about their medical issues; or women might be bound to recognize and report their issues, in so way less-

ening the mortality of such infection and sicknesses. Men would prefer to favour self-medicine consequently complications then death.

Analysts, including scholars, sociologists, and anthropologists, have tried to clear up a portion of the reasons why incongruities in disease happen. Their discoveries are very comparative. The female sexual orientation exhibits more maladies and disorders, extending from brain research and physiological sicknesses. Sexual orientation/gender conduct also poses an additional incredible sharp uniqueness in male and female Dietary framework, with an average woman consuming less protein and calcium cumulatively in her life time, which may add to ill-health and expanded osteoporosis risk in females.

Genetically, according to chromosomal-genetic medicine, women have the XX gene and X-Linked diseases are about 350 of them, which makes them (Female) more prone to transmitting inheritable disease to either as carriers to their male children or their female children being affected. Unlike the male 'Y' Linked diseases which are lesser and rare. The general genetically transmitted diseases, most of which are X-Linked are prone to the female gender than male. Affected mothers transmit to one half her sons and one half her daughters. Genetically Altered fathers transmit to all daughters and no sons. And mostly to daughters as carriers only.

In conclusion, gender problems have its great toll on the subject of medicine. A philosophical view and approach to this subject would give researchers and scientist more reliably solution to worlds health problem. Gender differences consequences viz-a-viz ill healthy are consistent and persistent, this is because Gender patterns causing mortality do not follow typical social justice analyses of health, in that men are at greater risk of the problem of gender medicine, their lifestyle and behavioural risks as well as masculine socialization merit consideration.

Bittar Raneem

Kharkiv National Medical University

INFLUENCE OF ENVIRONMENT ON REPRODUCTIVE HEALTH

The health status of an individual is determined by the interplay of two factors – the internal environment of the body and the surrounding external environment.

Clean air, potable water and a toxin-free diet goes a long way in ensuring good health. Unfortunately, the air we breathe, the water we drink and the food we eat are becoming increasingly polluted as more industries are built and more chemicals are used in agriculture to meet the growing needs of society. As we become increasingly dependent on technology, development demands its pound of flesh in health.

There is evidence that environmental estrogens today affect nature. There are also studies that show that they have the same negative effect on an individual. For example, a study of men showed that these factors have a bad effect on the development of sertoli cells in the testicles. These cells secrete hormones that regulate sperm production and the development of the urethra. In North America and Europe are studying a possible link to estrogen disruptors during key points in development of reproductive tissue, and to increase incidence in some countries of prostate and testicular cancer.

There are serious concerns that between 1970 and 1987, the number of ectopic pregnancies increased 4 times. Also in 4 times in the period from 1969 to 1986, the number of breast cancer cases increased. According to some studies, women with breast cancer have a higher blood level of DDE than women without cancer [1].

There are more than 70 000 chemicals and materials on commercial use in USA alone. In humans, some may cause cancer, reproductive and development disorders, neurological and immunological effects, or other injuries. Reproductive and developmental effects are important consequences for couple attempting and to certain substance during critical period of fetal, and even intergenerational effects.

To conclude it must be said that it is possible or likely occupational or environmental factors might play a role, though the significance may be difficult to establish. Many exposures may play an active or potential role in many conditions. On the other hand, it is also likely in many cases that occupational and environmental factors may be red herrings. Many supposed household exposures may fall into one of these categories. Many suspected links between women's health problems and environmental exposures exist. Some, like the VDT and spontaneous abortion issues, will not hold up under good scientific research — others may. These would include tobacco smoke, second-hand smoke, household exposures (i.e. radon, solvents and other chemicals), alcohol, and heavy metals. From the occupational and environmental medicine perspective, there are many priority research needs in the area of women's health and environment.

Reference:

1. F. Maleky, S. Sarafpur, Environmental Estrogens and their Wildlife and Human Health Effects: A Review. 2001; 21(1-2): 53-58. – <http://www.annsaudimed.net/index.php/vol21/vol21iss1-2/3671.html>.

Logina Salam

Kharkiv National Medical University

‘DO NO HARM’

THE GENDER DIFFERENCES IN THE PHYSICIAN’S GENERAL PRACTICE

‘Do no harm’ has always been a part of the medical oath for a very long time. As simple as it may sound, it is actually one of the ordeals facing doctors and health professionals on daily basis, all the way from diagnosis to treatment. If the scale between objectivism and subjectivism tips every once in a while, how can this impact the diagnosis and treatment of the patients? When can we truly say that being biased can cause harm?

A lot of questions arise in this area, whether or not gender is an indispensable factor to be taken into account while receiving therapeutic treatments and if, eventually, it can change the outcome of the therapy. We rarely admit that most of the time, due to social influence or norms, we perceive a person’s competence according to their gender. For example, patients expect female doctors to be less controlling and more tolerant, whereas male doctors are more likely to be sensitive about the gender of their patients. That being said, the gender of a doctor can be sometimes associated with their competency, although it is often overlooked while dealing with statistical data, it has been proven to be a factor that influence not only the doctor-patient relationship but also the treatment and thus the objectivity of any research for that matter. It has been said that gender in such an objective profession cannot be a cause of bias.

However, there are clients preferring to be treated by female doctors rather than their male colleagues, giving stereotyped preferences as the reason for their choice. After more and more females have entered the scientific field, psychotherapists

started to pay attention to the differences seen in therapy, some concluded that the differences in the results are insignificant in relation to gender, others, however, found that it can create barriers in terms of therapy. For example, Feldstein in 1979 analyzed that patients disclosed more details to a feminine-female or a feminine-male therapist than they did to a masculine-male and masculine-female one. This have led yet another study made by Farber & Geller in 1994 to conclude that there are differences in patient's compliance to a certain treatment among different genders, resulting in different treatment outcomes. In general female therapists were thought of as more cooperative and understanding than male ones, although the definite reasons as to why they were thought so were sort of vague.

These differences can also go the other way. Male therapists usually expect more of their male patients but are more judgmental with their female patients. Female therapists, however, showed to value motivation more. Social influences at the time of the studies conducted by Zimmerman & Murphy in 1997 showed that although conversations were a very important factor in the treatment process, female patients were more likely to be interrupted in conversations than male patients by their male therapists, which at that time was also commonly done in casual conversations.

On the other hand, Berstein & Lecomte said that their participants showed more interest in the therapists' experiences and their specializations rather than their sexes and thus the therapist's gender was considered irrelevant. Later, it was also proven that being self-aware of one's own bias and the responsibility they hold towards their patients can result in a positive doctor-patient relationship. Patients that evaluated their therapists as caring, in Ritter 2002 experiment, has been able to have a better mindset after their treatment and are better adapted to compact relapses. The differences shown in those studies are more than random and cannot be ignored. Therapists and doctors should be aware of external factors such as gender in their actions, voices and body languages to attain better therapeutic results. Patients, too, ought to show more cooperation and openness on their side in order to achieve better results in their treatments.

It has always been apparent that gender plays an important role in healthcare and it should not be an obstacle to overcome neither should it be overlooked especially when it causes harm and contradicts the oath that physicians have always tried their best to uphold.

References:

1. Essays, UK. (November 2018). The Influence of Gender on Therapy Outcomes. Retrieved from <https://www.ukessays.com/essays/psychology/gender-influence-on-the-therapeutic-relationship-and-psychotherapy-psychology-essay.php?vref=1>

John Jemimah Nayagava
KNMU

THE IMPORTANCE OF ROLE MODELS FOR GIRLS

The term «role model» was coined by sociologist Robert K. Merton, who used it to describe the ways that people model sets of behaviours they admire in others. A role model is usually a person that has achieved some level of success or height in a particular field, whose story affects people positively. They achieve this by direct

contact or indirectly through their stories or records about them. Role models play an important role in shaping the dreams and ambitions of people. The part that a role model plays cannot be over estimated.

Role models leave examples that influence people that look up to them in a positive way. For children, a role model shapes their thinking and behaviour towards who they want to be. In a number of cases, a role model informs children of who they truly are. Therefore it is very important for a child to grow up having a positive role model. Unfortunately, society (family, education and media) generates and produces gender stereotypes, and generates role models in accordance with these stereotypes. This gives rise to differences in behavior and abilities in accordance with gender differences [1]. Modern boys are invited to be strong, superheroes and smart. They are stereotyped about careers in politics, medicine, law, engineering and science. But for the girl is offered a different choice of life strategy, which does not imply career expectations. This may be a nurse, teacher, mother at home. UNESCO institute of statistics shows that women represent about a quarter percentage in scientific career. This inequality restricts girls from seizing opportunity, or even thinking that their dreams are achievable. Challenging these stereotypes takes a lot of courage but at the very same time, will give courage to the numerous girls and women who are limited by the stereotypes [2]. Having a role model convinces a person that his/her dream is possible. It encourages children to take risk because they see that their role models have achieved their dreams. However research shows that men take more risks than women in areas like finances and career [3]. This is due to the fact I believe that girls and women do not have examples of women who have gone before them and achieved it. Recently, a positive change was realized towards the increase in number of women in STEM [4]. With respect to the popular movie «Hidden Figures» the study showed that more girls especially girls of colour have been motivated to go into STEM related courses just by watching the movie («the Hidden Figure Effect»). Further research has shown that females respond more to same-gender role models than men do. Children increasingly paint scientists as women as a result of role models. As seen in fields like Medicine. United states institute of medicine shows that women with mentors perform better and have more publications than women without mentors. This illustrates that an increase in female role models in other fields will yield a wider increase [4].

Gender stereotypes in careers do not only affect the individuals in question. it affects the productivity and potentials of the society on a larger scale. Seeing that the role of role models is significantly important in influencing girls and women, I would suggest that the society should not only project female role models but also encourage girls and women to take on careers.

REFERENCES

1. Щербина М. М. Лук'янченко В. В. Протидія гендерній стереотипізації в процесі шкільної освіти // Теорія і практика сучасної науки .Матеріали 111 Міжнародної науково-практичної конференції (м.Київ, 29-30 червня 2018 року). – 2018. – С. 141–143.

2. Olsson M. Does Exposure to Counterstereotypical Role Models Influence Girls' and Women's Gender Stereotypes and Career Choices? A Review of Social

Psychological Research [Електронний ресурс] / Maria Olsson – Режим доступу до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6292925/>

3. Sundheim D. Do Women Take as Many Risks as Men? [Електронний ресурс] / Doug Sundheim – Режим доступу до ресурсу: <https://hbr.org/2013/02/do-women-take-as-many-risks-as>.

4. Lockwood P. Someone Like Me Can Be Successful: Do College Students Need Same-Gender Role Models? // Psychology of Women Quarterly 30(1): Lucia Nixon and Michael Robinson. 2006. – p. 36-46

Баришева Д.В., Чернобай Т. Є

Харківський Національний медичний університет.

ГЕНДЕРНІ СТЕРИОТИПИ В УЯВЛЕННІ СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО КУРСУ ХНМУ

Стереотипні уявлення щодо поведінки чоловіків та жінок в суспільстві століттями формувалися у людей та до цих пір поширюються на всіх представників обох статей, незалежно від їх індивідуальних особливостей. Умовно стереотипи можна поділити на статеві та гендерні. Статеві стереотипи фіксують відмінності поведінки, що походять від природи чоловіка та жінки. Гендерні стереотипи спираються на відмінності, що сформовані під впливом суспільства та моралі.

Саме гендерні стереотипи у ролі соціально обумовлених уявлень, що виражені у мовленні молоді, є важливим показником для створення загальної картини щодо цінностей у житті та їх застосуванні. На сьогодні молодь можна умовно поділити на два типи: ті, хто підтримує гендерні відносини, що формувалися багато століть, та на тих, хто повністю руйнує створену модель і втілює нові стереотипи у власне життя. Більшість людей вважає, що саме біологічна відмінність між чоловіком і жінкою зумовлює їхні погляди на життя та впливає на поведінку у певних ситуаціях.

Як же впливають гендерні стереотипи на суспільство? Чи має наявність цих стереотипів в соціумі переваги або недоліки? Яку роль вони відіграють у житті людей?

Люди щодня стикаються з гендерними стереотипами в сучасному суспільстві. Наприклад: явище професійної сегрегації, дисбаланс у співвідношенні чоловіків і жінок в структурах влади, подружні конфлікти, що призводять до збільшення числа розлучень, оскільки традиційні погляди на гендерні ролі в соціумі призводять до несприятливих наслідків і різних соціальних конфліктів. В основному, гендерні стереотипи мають негативний вплив на представників обох статей, але вони можуть об'єднувати людей, формуючи при цьому певні моделі поведінки, яких вони дотримуються протягом всього життя і які спрощують процеси порозуміння у суспільстві.

Щоб відповісти на всі ці питання, ми провели пілотажне анкетування, яке дозволило зробити певні попередні висновки. Щодо питання «Хто повинен сплатити рахунок у ресторані під час побачення?», то 73% вважають, що саме чоловіки повинні оплатити рахунок, інші 21% – жінки, а 5.3% взагалі вважають, що рахунок треба поділити навпіл. Таким чином, ми можемо зробити «висновок», що гендерні стереотипи в плані розрахунку в ресторані надають перевагу чоловікам.

Щодо питання: «Чи може дівчина володіти красою та розумом одночасно?», то майже всі 100% вважають, що вродливість та розум можуть бути одночасно присутніми в образі життя та поведінці жінки. Тому висновок такий: жінка несе в собі не лише красу, як думає багато чоловіків, а й розум.

Наступне питання звучало так: «Чи зобов'язаний чоловік прагнути завоювати жінку?». Тут погляди студентів розділилися, а саме: 63,5% вважають, що чоловіки повинні завойовувати увагу жінок, інші 26,3% навпаки – так не вважають, а 10,5% затрудняються дати відповідь на це питання. Таким чином, роль чоловіка як завойовника не лише певних вершин, а й жінки сприймається сучасному у суспільстві вже не так однозначно.

В останньому запитанні ми поцікавилися, як студенти можуть схарактеризувати образ сучасної людини протилежної статі. Для сучасних жінок, на думку чоловіків, усе частіше, ніж у попередні історичні періоди характерними рисами є сміливість, вимогливість, свобода, прагнення бути самодостатніми та успішними, краса, прагнення мати рівні права. Жінки помітили нові такі тенденції в зміні образу сучасних чоловіків, як м'якість, чутливість, самовпевненість, егоїстичність, не романтичність, неспроможність здійснювати гарні вчинки, надмірна доглянутість, безвідповідальність. Здається, що жінки та чоловіки помінялися місцями.

Отже, на сьогодні перед молоддю постає питання про те, чи мають гендерні стереотипи вплив на кожного з нас. Насправді, знайти відповідь на це питання дуже важко, адже, кожен з нас має власні думки та міркування з цього приводу. Кожен сам обирає чи приймати життя таким, яке воно є, чи почати діяти та руйнувати гендерні стереотипи.

Бойко С.О.

Харківський національний медичний університет

БАЙРОНИЗМ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА, ИЛИ СВОЕВОЛИЕ СИЛЬНОЙ ЖЕНЩИНЫ

Байронизм. Десятнадцатый век. Времена бушующие, звонящие и кричащие. Борьба за независимость человеческого духа. Война против собственного Эго развертывалась в сердцах миллионов. На поле битвы падали не только окровавленные тела, но и обезвоженные чувством гордости души. Чего стоит желание сбежать от реальности и окунуться в мир восточного сказочного романтизма? Джордж Гордон Байрон. Величайший романтик и теоретик человеческих душ. Он сотворил героя своего времени – байроновского героя. Был ли он смелым, храбрым, отвергающим идеалы? Ничего не сказать. Романтик шагнул по миру дорогой правды и справедливости, абсолютизма и отрешенности. Литература сразу же подхватила волну развертывающегося мирового настроения. Позже герой-романтик продавит страницы Лермонтова, Пушкина, Достоевского, Шевченко. Байроническая личность коснулась и нашего, двадцать первого, века.

Ранимое сердце или хладнокровный ум? Пушкин вскоре ответил на этот трудный вопрос не менее легкой историей любви. Татьяна Ларина желала оставаться гордой и беспрекословной. Однако, девушкам свойственно влюбляться. Чувство трепета вскружило голову главной героине. Она вовсе не заметила, как стала Женщиной: любовь окрыляет не только стан, но и сердце оживляет. Евгений Онегин нарушил цепь идеального исхода событий. Месть. Блюдо холод-

ное, но не застывшее. Слезы разогреты, сердце охлаждено. Онегин у ног девушки. Обмен ролями? Тонкий феминизм? Это всего лишь сильный характер женщины. Подвластный Онегин с удовольствием поддался пыткам Татьяны. Женщина в силах противостоять трудностям и неудачам.

Байрон – зачинатель отрешённости, приводящей к эгоизму личности, или, напротив, призывающий к душевности добра и великого сострадания? Соня из романа Достоевского. Такая милосердная и такая миролюбивая. Дитя света и добра. Родион Раскольников – вечная скитающаяся романтическая душа. Кто оказывается сильнее на жизненном поприще: беззащитная девушка с горячим сердцем или хладнокровный юноша с волей цинизма и гордости? Сила духа. Соня противостоит миру всеми фибрами чистого сердца. Однако, снова обмен ролями, вновь сила духа женщины оказывается устойчивее и вернее духовым и моральным устоям сердца.

Софья Ковалевская: победитель или побеждённая? Непризнанная широкими просторами своей Родины, она умело обходилась немецким и шведским языками. «Не в обычаях академии». Твердое решение ранило ее мягкое сердце. Оно было защищено вуалью розовой надежды и красного текучего желания быть, а не казаться, жить, а не выживать. Но даже это не спасло чувства Софьи. Они были раздеты догола, испепелены в мелкие горстки, вдребезги разбиты неуловимыми и неуклюжими принципами отдельных лиц. Это словно вращение твердого тела вокруг неподвижной точки... Великий математик не боролась за права женщин. Она спасала науку, спасала свое честное имя ученого. Ее душевное равновесие пошатнулось от боли. Она раскрыла философию вычислений, но так и не познала философию сердца. Хрупкая маленькая девочка в оковах сильного волевого характера. Ковалевская не могла иначе. Безмятежная душа имеет право быть мужественной и самоотверженной.

Женщина как символ вечной борьбы женственности и мужественности, любви и ненависти, миролюбия и отрешенности, романтизма и «классицизма». Хрусталь сверкает изнутри, но только единицы видят его осколки. Романтизм навеивает путь одиночества и самопознания. А что, если прекрасный пол разрушает тенденцию к мировой скорби? Быть может, женщина воссоздает собственный роман силы и слабости, ума и глупости, миролюбия и озлобленности. Истинный байроновский герой нашего времени: сильный и волевой характер воедино с абсолютным романтизмом души. Такая чарующая нота завершает симфонию женского характера.

Воробйова С.В.

Херсонський державний університет

ПРОБЛЕМА ІНФАНТИЦИДУ: ГЕНДЕРНИЙ ВИМІР

Оскільки жінка виконує репродуктивну функцію, у більшості культур вона асоціюється з природою, а чоловік – з культурою. Кожній зі статей приписують норми та оцінки, що регламентують гендерну поведінку. Відповідно до стереотипів, чоловіку відводиться роль керівника, лідера, жінці – роль продовжувачки роду, домогосподарки. Завдяки інститутам соціального контролю чоловіки як соціальна група набувають владу й отримують можливість конструювати соціальний порядок, заснований на гендерних відмінностях. Небезпека полягає у деформації соціальних відносин на користь одних груп за рахунок інших, що

має непередбачувані наслідки. Одним із них є поширення й відтворення інфантициду.

З 1993 по 2005 роки зафіксовано 370 вбивств матер'ю новонародженої дитини. У середньому щороку реєструвалось 28–29 випадків [1, с. 3]. Розгляд проблеми інфантициду у гендерному вимірі відкриває нові можливості для розуміння суперечливої дії соціокультурних чинників на деформацію соціальних відносин на користь панівних груп. У ХХ столітті одною зі стратегій боротьби з дітовбивствами стала медикалізація жіночого тіла, яка передбачала розміщення породілля у лікарні. На сучасному етапі значна увага приділяється питанням планування сім'ї, збереження репродуктивного здоров'я. Виникає питання: якщо погляди на позашлюбні стосунки у суспільстві змінилися, значна увага приділяється плануванню сім'ї, упроваджене державне піклування про «небажаних дітей», чому інфантицид як соціальне явище не зазнав змін? Кожне нововведення має непередбачувані ефекти. Завдяки наданню медичних послуг посилюється відповідальність жінок за народження дитини, а разом з цим і відповідальність за їхній догляд і виховання.

Розширення можливостей осмислення дії чинників інфантициду стає можливим завдяки зверненню до аналізу популярних ток-шоу. Об'єктом аналізу став потік масової інформації у популярних ток-шоу. Для аналізу відібрані: «Стосується кожного» («Інтер»), «Говорить Україна» («ТРК Україна»), «Один за всіх» («НТН»). Часові рамки: 2010-2019 роки. Предметом контент-аналізу стали способи репрезентації проблеми інфантициду в сучасному суспільстві. Мета аналізу: виявлення відкритих і прихованих оцінок поведінки матерів, представлених у текстових і символічних повідомленнях телепередач, присвячених проблемі інфантициду; оцінка моделі реальності, яку створюють ЗМІ, презентуючи проблему інфантициду широкому колу глядачів.

Інфантицид слід розглядати як соціокультурно зумовлене явище. В ситуації дітовбивства суттєвими є чинники: неадекватне сприйняття ситуації, наявність негативного досвіду сімейного життя, негативні почуття, що є наслідком хронічного впливу несприятливих соціальних відносин; наявність архетипу, зумовленого традиціями патріархального суспільства (бажання зберегти у таємниці від оточуючих вагітність та пологи). З одного боку, жінка знає (когнітивний аспект), що може залишити дитину в лікарні, але з іншого – не робить цього, щоб уникнути розголосу (емоційний аспект), – і це бажання є сильнішим ніж прагнення зберегти дитині життя.

Під час передачі формується викривлене уявлення про роль соціальних інститутів: підкреслюється пріоритет функції контролю служби у справах дітей (30 %); соціальними службами залякують (20 %). У студії пропонуються моделі альтернативної поведінки: необхідним вважається звернення до медичних установ (40 %), госпіталізація; постановка на облік під час вагітності; встановлення комунікативного зв'язку з фельдшером. Як і раніше замовчується відповідальність чоловіків і близьких родичів, байдужість сусідів, ігнорується низька ефективність діяльності соціальних інститутів.

Отже, посилення контролю за репродуктивними функціями жінок через медичні інститути суттєво не вплинуло на вирішення проблеми інфантициду. Висвітлення проблеми у ЗМІ скоріше відіграє негативну роль, репрезентуючи образ матері-дітовбивці.

Список використаних джерел

1. Старко О.Л. Умисне вбивство матерію своєї новонародженої дитини (кримінально-правове ат кримінологічне дослідження). Автореф. на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук зі спеціальності 12.00.08 – кримінальне право та кримінологія; кримінально-виконавче право. – К. Київський національний університет внутрішніх справ, 2007. – 22 с.

2. Михель Д.В. Общество перед проблемой инфантицида: история, теория, политика /Д.В. Михель // Журнал исследований социальной политики [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/obschestvo-pered-problemoy-infantitsida-istoriya-teoriya-politika>.

Габдрахманов І.І., Розум В.М.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ПСИХОГЕННИХ ДЕПРЕСІЙ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ

У розріненні клінічних проявів депресій гендерні відмінності мають велике значення. При цьому неврахування статі досліджуваних груп може призводити до помилкових результатів і висновків у роботах, що проводяться по одній методиці, в залежності від того, хто переважав в вибірці - чоловіки чи жінки. В роботах по розповсюдженню депресій переважають думки, що вказують на велику поширеність депресій серед жінок, які пов'язують не тільки з біологічними особливостями (перш за все гормональними), але і соціально-психологічними чи гендерними ролями, що визначають схильність до стресу у жінок, в результаті слабкості захисних психологічних структур. Проте, ряд авторів вказують на «приховану» від досліджень частину «чоловічих депресій»: дані N.Singleton і співавторів, в яких співвідношення депресивних випадків і розладів серед чоловіків і жінок встановлено як 0.8: 1.0. Більш висока поширеність депресій серед жінок може бути обумовлена меншими зверненнями чоловіків з депресивними симптомами за медичною допомогою, що пов'язано з певним гендерним стереотипом «панівної мужності», який нав'язують більшості хлопчиків з раннього дитинства, «справжні чоловіки ніколи не плачуть». Це підтверджується кількістю суїцидів, яких значно більше серед представників чоловічої статі. Біопсихосоціальна концепція психіатрії передбачає комплексне лікування депресивних хворих, що включає медикаментозну та психосоціальну терапію з урахуванням гендерних відмінностей.

Провідними чинниками стресу у чоловіків зазвичай є виробничі (звільнення у зв'язку зі скороченням штатів), в меншій мірі сімейно-побутові чинники. Хворі відчувають повторювані неприємні, нав'язливі думки, які з'явилися через психотравмуючі події з раптовим вторгненням у свідомість негативних спогадів, образних уявлень, нічних жахів. Ситуація втрати роботи з «драматичним» уявленням «краху життєвих досягнень», неможливістю матеріального забезпечення сім'ї призводить до вираженої тривоги з соматовегетативним симптомокомплексом і проявом хвороби «Псевдоінфарктними масками» з викликом «швидкої допомоги» і укладенням в кардіологічне відділення. Даний варіант розвитку психогенії у чоловіків на момент надходження був представлений тривожно-дисфоричною депресією з неврастенічними симптомами

На відміну від чоловіків у жінок провідними чинниками стресу є сімейно-побутові проблеми, пов'язані з тривалою нестабільністю сімейних відносин з частими проблемами з алкоголем у чоловіка або його зрадами, а також самотнє проживання з дітьми або своїми батьками, низька матеріальна облаштованість, що створює тривале емоційне напруження. Серед виробничих чинників переважає робота з низькою оплатою праці і високим психоемоційним навантаженням. Клінічним виразом стресових ситуацій стає формування тривожно динамічного або дистимічного варіантів психогенної депресії. При зверненні жінок частіше скаржаться на відчуття «хронічної втоми», безрадісності, низьку психосоціальну активність. В емоційному плані присутня песимістична оцінка минулого, сьогодення і майбутнього, причому в скаргах найбільш підкреслюється неспроможність у всіх сферах життєдіяльності. Суб'єктивно депресивний афект сприймається як «покарання за безцільно розтрачені роки заміжжя». Самозвиначення (перш за все щодо недостатнього виховання дітей), які мають нестійкий характер. Слід відзначити, що у більшості жінок встановлені ознаки емоціогенної харчової поведінки з перевагою солодкого в харчовому раціоні як «Символічного заїдання проблеми» і зміщення прийому їжі у вечірній час або перед сном. Ця поведінка призводить до надлишкової маси тіла, яка пов'язана з депресією. Так само, як і у чоловіків, в клінічній картині психогенної депресії жінок представлений соматовегетативним симптомокомплексом, який має відмінності. Він проявляється нестабільністю артеріального тиску з тенденцією до гіпотонії, відчуттями слабості в ногах і руках, запамороченнями при зміні положення тіла, вираженою пітливістю, гастроінтестинальними симптомами, відчуттями коми в горлі, відчуттям нестачі повітря на висоті тривоги. У жінок визначено тривожно-адинамічні і дистимічні варіанти психогенної депресії.

Отже, враховуючи вище сказане, можна зробити висновок, що у хворих на психогенну депресію є суттєві відмінності у клінічній картині. У чоловіків клініка психогенної депресії представлена тривожно-дисфорічною депресією з симптомами невроза, а у жінок – тривожно-адинамічними і дистимічними варіантами психогенної депресії. При проведенні комплексної терапії, що включає психофармакотерапію сучасними антидепресантами, соціотерапію та психотерапію в індивідуальній та груповій формі, потрібно враховувати гендерний фактор, який визначає особливості прояву хвороби.

Література

Singleton, N. & Lewis, G. (2003) Singleton, N. & Lewis, G. (2003) Better or Worse: A Longitudinal Study of the Mental Health of Adults Living in Longitudinal Study of the Mental Health of Adults Living in Private Households in Great Britain Private Households in Great Britain. London: Stationery . London: Stationery Office

Гаджієва П. І.

Харківський національний медичний університет

АКТУАЛЬНІСТЬ ГЕНДЕРУ. ЧИ Є ГЕНДЕР СПЕКТРОМ?

На шляху розвитку цивілізації соціально-рольова структура суспільства, що формувалася на основі бінарної опозиції за статевою ознакою, перестала відповідати рівню складності соціальних практик. Гендерні теорії формуються та розвиваються для розширення можливостей самоідентифікації особистості шляхом знання обмежень, обумовлених приналежністю до чоловічої чи жіночої статі.

Ідея бінарності людської природи є традиційною та найбільш прийнятою в суспільстві. Ця теорія описує систему, в якій люди розділені на дві протилежні соціальні групи, які мають не однаковий набір прав та обов'язків: чоловічу та жіночу. Людей «загортають» у кольорові обгортки, і на цій підставі формують для них певні соціальні ролі, що призводить до стигматизації людей. Окрім того, формується ієрархічна система гендерночутливих цінностей та практик, яка є основою для маргіналізації певних груп населення, що не вписуються за своєю самоідентичністю в рамки бінарної системи. Формується відповідна система соціальних механізмів для формування та тиражування гендерних патернів.

Противники бінарності прагнуть розглядати гендер як лінійний спектр. Такий підхід досить розповсюджений у західних країнах. Це простір між двома крайнощами: маскуліністю та фемінністю, і кожен знаходиться десь у межах цього простору. На даний момент існує орієнтовно 50 термінів для позначення гендеру людини, згідно з даними соціальної мережі Facebook. Окрім цього, в англійській мові використовується близько 10 різних займенників, на особистий вибір, як-то “ze”, “xe”, “jee”, “per”, “thon” тощо. Але, якщо крайнощі гендерного спектру являють собою «жіночість» та «чоловічість», то чи існує їх ідеальне втілення, справжня жінка або чоловік, у всій повноті цих значень? Очевидно, що людство не може бути втиснутим у систему гендерної бінарності. Теорія гендерного спектру – це значний крок назустріч перебудові застарілої моделі суспільства.

Не слід розглядати гендерний спектр як банальне множення гендерів, оскільки гендер не є фактором, який ми повинні прийняти як фіксований. Як і багато інших аспектів ідентичності, він може працювати в широкому діапазоні рівнів і за межами багатьох визначень; він може бути не таким статичним, як ми його звикли розглядати. Тож як нам досягти того моменту, коли гендерна ідентичність людини буде сприйматися так само, як її колір волосся або очей?

У першу чергу, потрібно змінити своє сприйняття цього феномену. Уявіть собі дзигу. У статичному стані вона являє собою певну кількість кольорів, але якщо її розкрутити, кольорів стане настільки багато, що утвориться просто фон. Аналогічно, для того, щоб створити «фон» – гендерну нейтральність, необхідно прийняти факт існування такої кількості гендерів, яка забезпечить рівність людей поза залежності від них та нівелює всі можливі стереотипи: 7,5 млрд. Можливо, тоді люди будуть просто дивитися на інших людей як на індивідуумів – без упереджень через їхню стать. Тоді молоду жінку з коротким волоссям і без бажання виховувати дітей ніхто не назве пацанкою. Хлопчика, який любить грати з ляльками, ніхто не назве дівчиськом. Чоловіка, який іноді носить макіяж, а в інший час просто хоче займатися спортом, ніхто не прокоментує щодо його статі.

Той факт, що людству вдалося в значній мірі подолати расову нерівність, дає підстави сподіватись і на подолання нерівності між чоловіками та жінками.

*Гриценко А.С.,
ХНМУ*

ЖІНКИ-ХІРУРГИ

З давніх часів вважалось, що жінці не місце в медицині, а тим паче – в хірургії. Пройшло багато часу, але й досі існує думка – жінка не може бути хірургом, бо це нібито суто чоловіча професія. У сучасному світі набирає

обертів гендерна рівність. Не є винятком і хірургія. Натхнення багатьох талановитих жінок поступово змінювало ситуацію у цій традиційно чоловічій професії. Наша мета – проаналізувати місце і роль жінок в хірургії на прикладі видатних представниць цієї професії.

Перша в світі жінка-хірург – Маргарет Енн Балклі. Вона весь свій медичний шлях пройшла як Джеймс Беррі. Жінка з заможної родини була вимушена заради своєї мрії все життя вдавати з себе лікаря-чоловіка, бо жінкам було непристойно мати освіту в XVIII столітті. До медицини взагалі не допускали жінок. Однак, це не завадило їй отримати офіційну медичну освіту, побудувати блискучу кар'єру хірурга, що активно володіє техніками проведення найскладніших хірургічних операцій. Вона 40 років працювала офіцером британської армії та отримала звання генерал-інспектора. Маргарет провела першу в світу успішну операцію – кесарів розтин, чим врятувала життя матері та дитині.

Ще однією жінкою-хірургом є Гедройць Віра Гнатівна – княжна, що фіктивно позбулася княжого титулу для навчання медицині, отримала звання доктора медичних наук, професора хірургії. Вона є однією з перших у світі жінок-професорів з хірургії та автором багатьох наукових праць у цій царині. Та Віра Гнатівна прославилася не лише як жінка-хірург. Її прозаїчні та напівавтобіографічні повісті під загальною назвою «Життя» дають зрозуміти, яким тернистим, але, разом з тим, захоплюючим і надзвичайно творчим був життєвий шлях цієї неординарної людини.

Людмила Гайдук – лікар-хірург, що з дитинства цікавилася хірургією. Найбільший вплив мав на неї випадок, коли батько у домашніх умовах прооперував їй гематому. Людмила одразу після школи працювала санітаркою та доглядала хворих, до медичного вишу вона вступила з третьої спроби. Остаточно вирішивши бути хірургом, вона пройшла конкурс та поїхала до Ніжинської міської лікарні в інтернатуру. Людмила Гайдук чула багато докорів, що жінці не місце в хірургії, але не втратила віру в себе та стала чудовим хірургом, залишаючись красивою жінкою з витонченою душею.

Сьогодні ситуація в хірургії поступово змінюється в бік подолання гендерних упереджень та стереотипів [1]. Спеціалісти усе частіше не поділяють лікарів-хірургів на жінок та чоловіків, та найкращим критерієм успіху у цій професії називають лише високий професіоналізм і людяність. В практичній медицині є достатньо жінок-хірургів, що не поступаються чоловікам в навичках та знаннях [2]. Більше того, нерідко пацієнти зазначають, що жінки-хірурги більш охайні в виконанні операцій, бо частіше замислюються про естетичні наслідки хірургічних втручань. Їм частіше присутні такі якості, як доброта, милосердя та співчуття, що і є дуже важливими для пацієнтів, особливо, хірургічного профілю. Та, на жаль, нерідко жінки-хірурги залишають професію після народження дітей, віддаючи перевагу родині.

Висновки. Приклади видатних жінок-хірургів засвідчують, що соціум має позбутися упередженого ставлення до можливості самореалізації жінки в такій професійній сфері, як хірургія.

Література

1. «Женщина-хирург – как морская свинка: не женщина и не хирург» Почему хирургия до сих пор считается мужским делом [Електронний ресурс] / Режим доступу:

<https://meduza.io/feature/2017/07/25/zhenschina-hirurg-kak-morskaya-svinka-ne-zhenschina-i-ne-hirurg>

2. Успішні жінки, що обрали «чоловічі професії» ом [Електронний ресурс] / Режим доступу: <https://povaha.org.ua/uspishni-zhinky-scho-obraly-cholovichi-profesiji/>

Доценко И.Р.

Харківський національний медичний університет

ПОЛОЖЕНИЕ ЖЕНЩИНЫ В УКРАИНСКОЙ СЕМЬЕ

Всё популярнее становится тема прав женщины в нашем обществе и, как я вижу, существуют следующие мнения и доказательства относительно этого вопроса.

Если вернуться в прошлое, то можно пронаблюдать особенности инстинктивного поведения женщин и мужчин. Мужчина – охотник, добытчик, глава семьи. В его основные функции входило найти и убить дичь, принести женщине и детям. Женщина – мать, хранительница очага. В её обязанности входило воспитание детей, приготовление еды, обеспечение уюта, поддержание огня. Если данные ролевые схемы перенести в наше время, то получается, что всё в некоторых случаях так и осталось. Существует мнение, что так и должно быть, так правильно, и действительно в наше время есть такие семьи и женщин в таких семьях называют «домохозяйками». Однако, всё-таки, мы не в каменном веке и ссылаться исключительно на инстинкты в наше время некорректно, так как наше общество более усовершенствовано в интеллектуальном, физическом, духовном и культурном плане. Нет ничего, что бы в наше время не смогла бы сделать женщина. Женщины трудятся и зарабатывают деньги, как дичь, которую когда-то добывал мужчина. Почувствовав свою силу, появились так называемые «сильные и независимые» женщины. Им не нужна помощь, они могут просто купить «мужчину на час» и заплатить ему деньги, которые ей принадлежат. По психологии и вселенскому равенству такие сильные девушки привлекают слабых парней, которые также появились в нашем обществе в результате эволюции. С возникновением самостоятельных дам, возникли мужчины, которые в сравнении с каменным веком, выполняют функции женщины: воспитывают детей, следят за домом. И в наше время такое тоже имеет место быть и в некоторых случаях, по-моему, это результат того, за что ведут борьбу феминистки. Феминистки – это женщины, которые ведут борьбу за равные права мужчин и женщин. И в украинских семьях, по-моему, мнению, есть логичный исток. Существуют семьи, в которых сочетаются качества «женщины-домохозяйки» с женщиной «сильной и независимой», и обязанности женщины кардинально меняются и становятся несовместимыми с нормальной жизнью. В них входит работа, дом, семья, готовка. То есть, женщина сочетает в себе все возможные обязанности и виды деятельности мужчины. В «типичных» украинских семьях считают это нормой и ничего, кроме работы, не делают. Как доказательство, в украинской культуре это стало источником шуток, юмористических передач, но реальность плачевна. Некоторые женщины считают это нормой и живут с этим до конца жизни, некоторые активно сражаются.

Также существуют семьи, которые, на мой взгляд, более благополучны по отношению мужчины к женщине, и наоборот. На мой взгляд, мужчины и жен-

щини ніколи не були і не будуть рівні – причиною тому не общество, а самі жінки. Жінки хочуть рівноправ'я, але мало тих, хто готов самостійно забити гвіздь, тасити важку сумку або оплатити себе сама в ресторані на свіданні. Мужчини біологічно сильніше, жінки слабше. Сім'ї, в яких працюють обидва, виховують дітей разом, як і уберають, як і готують, сім'ї, в яких люди підтримують один одного, в силу своїх біологічних і фізичних можливостей, я і називаю благополучними. Я вважаю, що це те, чого не вистачає українським сім'ям. В таких умовах українська жінка відчуває себе комфортно і не буде піднімати питання відсутності рівноправ'я, кожен буде на своєму місці, але буде допомагати своїй половинці. Це не тільки приклад здорової сучасної сім'ї, але і здорових відносин. Такі сім'ї існують, і в них живуть щасливі українські жінки!

Золотухіна В.М.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ МРТБ ЛЕГЕНЬ

Ефективна терапія туберкульозу (ТБ) є запорукою подолання епідемії ТБ через зменшення кількості джерел ТБ-інфекції у популяції. Відомо, що збільшення кількості осіб, що ефективно проліковані з приводу ТБ, зокрема мультирезистентного (МРТБ), сприяє зниженню захворюваності на МРТБ легень.

Мета: дослідження гендерних аспектів ефективності лікування МРТБ легень.

Матеріали та методи. Проаналізовано історії хвороби та амбулаторні карти 432 хворих на МРТБ легень, що лікувались у Харківському обласному протитуберкульозному диспансері у 2009–2017 роках та на момент дослідження завершили своє лікування.

Результати. Серед хворих на МРТБ легень, які взяли участь у дослідженні, жінок було 114 осіб (26,4 %), а чоловіків – 318 осіб (73,6 %). Ефективність лікування серед жінок була кращою. Так ефективно завершили своє лікування 202 чоловіка (63,5±2,7 %) та 84 жінки (73,7±4,1 %). Серед хворих, що мали незадовільний результат лікування, відповідно було більше чоловіків (36,5 %), ніж жінок (26,3 %). Варто відзначити, що серед варіантів неефективного лікування, у чоловіків було більше летальних випадків (51 хворий (16,04±2,1 %) порівняно із жінками (8 осіб (7,02±2,4 %)), та випадків перерваного лікування (29 чоловіків (9,1±1,6 %) та 6 жінок (5,31±2,1 %)). Проте, невдач лікування було дещо більше серед жінок (16 осіб (14,04±3,3 %)), ніж у чоловіків (36 осіб (11,3±1,8 %)).

У терапії хворих на вперше діагностований МРТБ легень використовували стандартні схеми лікування згідно діючих наказів МОЗ України. Частіше у жінок (14 осіб (12,3±3,1 %)), у порівнянні з чоловіками (26 осіб (8,2±1,5 %)), використовували наступну стандартну схему лікування – Z Cm Lfx Et Cs Pas, де Z – піразинамід, Cm – капріоміцин, Lfx – левофлоксацин, Et – етіонамід, Cs – циклосерін, Pas – парааміносаліцилова кислота. Проте, у чоловіків достовірно частіше використовували наступні стандартні схеми – Z Km Lfx Eto Cs Pas (у чоловіків – 35 осіб (11±1,8 %), у жінок – 10 осіб (8,8±2,6 %)) та Z Km Lfx Pto Cs Pas (у чоловіків – 29 осіб (9,1±1,6 %), у жінок – 8 осіб (7±2,4 %)). Примітно, що достовірно ($p < 0,05$) частіше у жінок (19 жінок (16,7±3,5 %) проти 19 чоловіків

(6±1,3 %) застосовували моксифлоксацин (Mfx), хоча частка тих, у кого моксифлоксацин не застосовували, була більша, та переважає як серед жінок, так і серед чоловіків.

Висновки. Як бачимо, кількість ефективно пролікованих хворих серед жінок більше на 10,2 %, аніж серед чоловіків. Померлих та тих, що перервали своє лікування до закінчення основного курсу терапії, було у майже двічі менше серед жінок. Однак і невдач лікування було більше на 2,7 % серед жінок. Отримані результати свідчать про більш доброякісний перебіг та кращу прихильність до лікування у жінок.

Кателевський Борис

Харківський національний медичний університет.

ЗВ'ЯЗОК ГЕНДЕРУ ТА ЗЛОЧИННОЇ ПОВЕДІНКИ

У наш час спостерігається "гендерний розрив" в системі злочинності. Протягом довгого часу спостерігаються такі показники чоловічої злочинності, які в рази перевищують жіночу. Також, слід зазначити, що жіноча злочинність все ж залишається маловивченою, тому залишається дуже мало даних, які детермінують це явище.

Аналіз досліджень щодо жіночої злочинності дозволив виділити наступну диференціацію жіночої злочинності в порівнянні з чоловічою: 1) жінки не так схильні до повторного скоєння злочину; 2) для жінок є нехарактерним вчинення злочинів з елементами насильницького характеру, які є типовими в чоловічих злочинах (грабіж, розбій). Також жінки менш схильні використовувати зброю або навмисне наносити тяжкі ушкодження; 3) жінки набагато рідше за чоловіків асоціюють себе зі злочинцями і всіляко намагаються уникнути стигми у вигляді "злочинця"; 4) жінки набагато частіше скоюють злочини поодиночі, в той час, як для чоловіків характерними є групові злочини; 5) жінки набагато рідше вибирають в якості своєї жертви незнайому людину; 6) в структурі жіночої злочинності більшу частину займають дрібні майнові злочини.

Деякі теорії пов'язують кількісний гендерний розрив в структурі злочинності з відмінностями в гендерних ролях. У гендерній ролі сфокусовані соціальні очікування, пов'язані з приналежністю до статі. З цього випливає, що традиційна жіноча роль несумісна зі злочинною поведінкою: чим сильніше жінка дотримується традиційних поглядів на жіночість, тим більш імовірно, що вона не буде залучена в злочинну діяльність. У структурі гендерних характеристик в якості факторів, що перешкоджають жіночій злочинності, розглядають рольові обов'язки, покладені на жінок (материнські, подружні) і уявлення про високу естетичну привабливість жінок (краса, сексуальність). Так, масова свідомість асоціює образ жінки з материнським чином. Це накладає значні обмеження для реалізації кримінальних проявів у жінок.

У гендерних установах жінок, які вчинили кримінальні делікти, виявляються різні соціально-психологічні механізми, в яких відбивається схильність до жорстких гендерних схем. У жінок-злочинниць можуть бути виділені такі особливості поведінки, що відображають вплив сформованих гендерних установок: 1) провокація жіночої злочинної діяльності обумовлена наявністю емоційного зв'язку або залежністю від чоловіка; 2) кримінальна поведінка жінок (насильницькі злочини) реалізована в стані, пов'язаному з різким зниженням

емоційної регуляції поведінки (це тягне за собою демонстративність, мстивість); 3) при домінуванні ідей непорочності, залежно від думки оточуючих, страху перед засудженням близьких виявляється гендерна установка «бездоганна жінка».

Тож можна стверджувати, що наявна гендерна нерівність та відповідна до неї інерційність суспільства становлять дієвий запобіжник для поширення жіночої злочинності.

Список використаних джерел:

1. Словарь гендерных терминов / Под ред. А.А. Денисовой. М., 2002. С.21.
2. Алексеева Л.В. Психологическая характеристика субъекта преступления: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 2006. С.9.
3. Agnew R. Foundation for a General Strain Theory of Crime and Delinquency // *Criminology*. 1992. Vol.30. P.47–87.
4. Steffensmeier D., Allan E., Streifel C. Development and Female Crime: A Cross-National Test of Alternative Expanation // *Social Forces*. 1989. Vol.68. P.262–283.
5. Бовин Б.Г. и др. Социология и психология осужденных в местах лишения свободы: Учеб. пособие. М., 2005.
6. Социология и психология осужденных в местах лишения свободы: Учеб. пособие / Под общ. ред. О.Г. Ковалева. М., 2005. С.51.
7. Messerschmich J. *Masculinites and Crime: Critique and Reconceptualization of Theory*. New Jersey, 1993.

Киценко Ю.А., Толоконнікова А.А.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ

Негоспітальна пневмонія (НП), не дивлячись на вдосконалення методів діагностики та розвиток фармацевтичної промисловості залишається одним з самих розповсюджених інфекційних захворювань. Пневмонія є однією з найчастіших причин захворюваності та смертності серед дорослого населення у розвинутих країнах світу. Вивчення лише зовнішніх чинників запального процесу в легенях не вирішує проблем збереження здоров'я та життя пацієнтів. Перебіг захворювання залежить від багатьох факторів – зовнішніх та внутрішніх. Стан макроорганізму, гендер, супутні захворювання можуть відігравати значну роль у визначенні результату хвороби.

Мета дослідження: проаналізувати летальні випадки негоспітальної пневмонії.

Матеріали та методи дослідження. Матеріалом для дослідження були 51 історія хвороби та протокол патологоанатомічного дослідження померлих від НП хворих, що проходили лікування у пульмоалергологічному відділенні КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» у 2017–2018 роках.

Результати. При аналізі історій хвороби у 2017 році смертність від НП склала 77,4%, у 2018 році – 65,9%. Серед померлих чоловіків було 66,7%, жінок – 33,3%. Середній вік чоловіків - 51,25 [21-87], жінок – 66,62 [58–77]. 43,75% чоловіків мали однобічну локалізацію патологічного процесу у легенях. У всіх жінок діагностовано двобічне ураження легенів. Причинами пневмонії у чоло-

віків були *Klebsiella pneumoniae* (60%), *Staphylococcus aureus* (17%), *Pseudomonas aeruginosa* (15%), *Escherichia coli* (6%), *Pneumocystis carinii* (2%). Пневмонія у жінок була викликана *Klebsiella pneumoniae* (25%), *Streptococcus viridans* (25%), *Pseudomonas aeruginosa* (12,5%), *Candida* (37,5).

Всім хворим проведено аналіз супутньої патології. Серед чоловіків тільки 6% хворих не мали хронічної патології внутрішніх органів. У решти було діагностовано: хронічне обструктивне захворювання легенів (25%), ішемічна хвороба серця (56,25%), гіпертонічна хвороба (68,75%), виразкова хвороба (12,5%), наркоманія (18,75%), сепсис (18,75%). Жінки всі мали супутню патологію: цукровий діабет (37,5%), хронічне обструктивне захворювання легенів (37,5%), ішемічна хвороба серця (100%), гіпертонічна хвороба (75%).

Висновки. В результаті аналізу виявлено, що летальність від позалікарняної пневмонії вище серед чоловіків. У групі ризику особи молодого віку з залежністю від наркотичних засобів та особи старшого віку з сукупністю серцево-судинних захворювань, бронхообструктивної патології легенів. Основним етіологічним чинником виявлена *Klebsiella pneumoniae*. Ризик летальності при НП для жінок пов'язаний з віком та тяжкою коморбідною патологією. Різні етіологічні фактори з приблизно однаковою частотою можуть стати причиною летального результату.

Козловська К. Р.,

Харківський національний медичний університет

ЖІНКА І ПОЛІТИКА: ІСТОРИЧНИЙ І СУЧАСНИЙ ДОСВІД

Прийнято вважати, що влада в цілому світі належить чоловікам. Але стереотипи, що чоловіки кращі лідери та керівники, – це всього лише стереотипи.

Насправді, найбагатшими країнами світу, які мають розвинуту економіку, правлять жінки. Скажете, випадковість? В історії не буває випадковостей, там є лише закономірність. Почнемо?

Англія. Єлизавета II, королева Великобританії, вже 60 років перебуває на троні. Вона також є Верховним Головнокомандувачем Збройних Сил країни. Але це ще не все. Англія відома ще однією жінкою, яка зробила чималий внесок в історію. Мова йде про Маргарет Тетчер, яку у 1979 р. було обрано першою жінкою прем'єр-міністром Великобританії. До речі, у британському парламенті було всього 19 жінок із 635 членів парламенту.

Данія. Королева Маргрете II вже понад 40 років править державою. В минулому королева була рекрутом жіночого відділення Повітряної ескадрильї, де вивчала різні аспекти військової справи. Уряд Данії також очолює жінка – Хелле Торнінг-Шмітт. Данія належить до високорозвинених країн світу й відіграє важливу роль у світовій економіці.

Швейцарія. Президент Швейцарії Евелін Відмер-Шлумпф (2012 рік) була також главою уряду. Цікаво, що президент у Швейцарії обирається строком на 1 рік і більше не має права обіймати цю посаду. До цього президентами були вже п'ятеро жінок.

Латинська Америка. У період з 2006 по 2018 роках чотири жінки були президентами в цьому регіоні. Це президентка Чілі – Мішель Бачелет, Аргентини – Крістіна Фернандес де Кіршнер, Бразилії – Ділма Русеф, а також Коста-Ріки – Лаура Чинчілья.

В історії є безліч беззаперечних фактів, окрім приведених, які доводять, що жінки – це не просто ті, хто сидить вдома і займається хатніми справами, а ті, хто вмюють і можуть змінити майбутнє як окремих держав, так і світу. Як сказав французький письменник Андре Моруа: «Велика сила жінок – в її відсутності». Більшість жінок не лише інтуїтивно знають, як має бути краще, а глибоко розуміють та аналізують сучасні тенденції світового розвитку, що переконливо засвідчили досягнення розвинутих країн!

Колосовская Дарина

Харьковский национальный медицинский университет

МОДА – ЭТО ПРОСТО СИЛА ИЛИ МЕХАНИЗМ ПЕРЕМЕН?

Так уж повелось, что у людей вошло в привычку едва ли не все разделять на женское и мужское. Но верно ли это?

Мы привыкли вешать на людей ярлыки, лишь окинув взглядом «внешнюю оболочку», совсем забыв о внутренней сути человека. Именно такое восприятие мы и называем гендерными стереотипами в моде.

Последнее время люди стали более раскрепощенными, не боятся посредством одежды выражать свою уникальность. Безусловно, они сталкиваются с массой негативных комментариев в свой адрес, неодобрительными или даже удивленными взглядами прохожих. Но не является ли на самом деле их главной целью именно это – обратить на себя внимание, заявить на весь мир, что они особенные и не скрывают это за образом серых, «правильно» одетых людей.

Без сомнений можно утверждать: каждый из нас имеет право выбирать, как ему выглядеть, и не быть осужденным за это обществом. Более чем половина современных трендов строилась путем переламывания гендерных стереотипов. Пример является Ив Сен-Лоран, убравшийся в мужской смокинг в 1966 году, или же Джонатан Андерсен, осмелившийся надеть на себя женскую юбку.

За красотой и элегантностью женских нарядов стоит малофункциональность и несоответствие современным требованиям. Именно поэтому женщины все чаще прибегают к заимствованию мужских моделей с более простым кроем, который позволяет движениям быть свободнее и легче. А ненавязчивость цветов даже не дает задуматься о том, что эта вещь имеет отношение к одной из тех, что висит в «отделе для мужчин».

Что же касается мужчин, которые не побоялись выйти за общепринятые рамки и примерить на себе новый образ мужчины XXI века, то их восприняли немного сложнее, нежели перевоплощение женщин. Согласитесь, вы, скорее обратите внимание на мужчину в юбке, чем на рядом идущую девушку в джинсах и свитшоте. Именно с больших перемен в мужской моде начались разговоры о гендерно нейтральном стиле.

Расцвет моды unisex (или gender neutral) пришелся на 90-е годы прошлого столетия и принес много шума. Ведь лучший способ рекламы – скандал. Ярким примером является недавняя коллекция вещей от Gucci, премьера которой произошла в январе 2018-го года. Недовольство критиков вызвало, в основном, то, что все мужские образы были украшены цветными принтами, кружевами, бантами – так состоялся еще один шаг к стиранию границ между женской и мужской одеждой.

«Бесполюю» одяжку можна охарактеризувати одним прилагательним – удобная, що являється, по мненню більшості, одним із головних факторів при виборі одяжку. На перший вигляд кається, що єдинственна ціль такого напрямлення – підкреслити унікальність обладателя вещи. Но на самому ділі на передній план виходить снятие ярлыков – не с одяжку, а, в першу череду, с самих людей.

Само собою, всім нам нужен модний вигляд на гендерні стереотипи. Для того, чтобы іти в ногу со временем, необхідно розширяти нами же выставленні рамки дозволеного, дати людям без преград пользоваться возможностью выглядеть именно так, как они желают. Как раз этим и занимаются такие марки, как Louis Vuitton, Givenchy, Valentino, Gucci, Raf Simons и много других. Прибегая к однотонности тканей и сглаженности между дифференцировкой одяжку, создавая новые романтические образы, модельеры добавляють «изюминку» то ли в виде вышивки, то ли пуская цветочные узоры по атласу или жаккарду.

С каждым днем создается все больше гендерно нейтральных моделей, а значит, борьба за право быть собой продолжается. Мы можем выглядеть так, как мы хотим, а вот будем ли мы делить любимые платья со своими парнями – время покажет!

Конопля Л.А.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ПРИЧИН АЛКОГОЛІЗМУ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ПСИХОТЕРАПЕВТА

У сучасному світі існує безліч спокус, у зв'язку з цим широкого поширення набувають різноманітні залежності від психічно активних речовин, таких як солодощі, тютюн, алкоголь, наркотики. Ставлення до них залежить від емоційної стійкості, вихованості, статі та віку людини.

Актуальність. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я станом на 2016 рік 45% людей репродуктивного віку в Україні зловживають алкоголем, серед них 53% – чоловіки, 47% – жінки. З огляду на таку статистику, треба розібратися, які ж є гендерні причини та особливості такого ставлення до алкоголю.

Жіночий та чоловічий алкоголізм мають різне різні причини та характерне протікання, що ґрунтуються, головним чином, на особливостях психіки обох статей. Спочатку розглянемо причини та характерні прояви жіночого типу.

Усі знають, що особи жіночої статі більш емоційні та запальні, у порівнянні із особами чоловічої (якщо звернутись до гендерних стереотипів). Саме ця надмірність у виявленні почуттів та наступне емоційне вигорання часто стають причинами зловживання алкоголем. Жінки, як запальнички, швидко спалахують та затухають, але у кожній є свій резерв своєрідного палива. Як тільки воно закінчується, то одразу починаються пошуки, чим би його замінити. Одні знаходять себе у роботі, інші – у хобі або сім'ї, після чого вони відновлюють свій запас життєвих сил, а деякі – в алкоголі, який лише посилює стан порожнечі. Важливими особливостями протікання жіночого алкоголізму є скритність, бо на рівні підсвідомості вони все одно розуміють, що алкоголь – це не вихід, та самотність. Через це більшість оточуючих навіть не знає про проблему, а сама жінка не хоче визнавати, що вона хвора, бо найчастіше вони починають з вибору не міцного спиртного, наприклад, вино чи шампанське. Таким чином вони себе заспокоюють, мовляв не міцне, а значить не алкоголізм.

Щодо чоловіків, то згідно із гендерними стандартами, більшість з них досить стримані та мовчазні, усе тримають «у собі». Але ж, як і будь-яка посудина, вони не можуть наповнюватись вічно. У кожного є своя критична точка, після досягнення якої, навіть найбільш стриманий чоловік втрачає контроль над собою. І ось це вивільнення емоцій, яке стається частіше під час кризи середнього віку, може відбуватися по різному: хтось може віднайти себе у новій справі, хобі або коханні, а інший – в зустрічах з друзями у супроводі алкоголю. Власне це зумовлює таку особливість чоловічого алкоголізму, як колективізм. Звісно, що такі чоловіки не визнають, що вони страждають на це захворювання: інколи все починається зі слабого алкоголю, наприклад пива, інколи це вже міцні спиртні напої, але вони не приховують цих зустрічей та свого зловживання.

Завдяки цим особливостям, чоловічий тип алкоголізму легше піддається лікуванню, ніж жіночий. Часто достатньо ізолювати чоловіка від тієї компанії, з якою він зловживає, а ось з жінками значно складніше, бо перш ніж лікувати, спочатку потрібно взагалі дізнатися про те, чи є проблема.

Висновки. Лікар-психотерапевт повинен точно розрізняти особливості перебігу зловживання алкоголем у обох статей та вибирати правильну тактику лікування таких пацієнтів. Потрібно пам'ятати, що тип алкоголізму може не збігатися із біологічною статтю. Бо типи захворювання названі через поширеність характерних рис клінічного перебігу серед жінок та чоловіків, а не огляду стовідсоткової відповідності «жіночий тип – жінки, чоловічий – чоловіки».

Конопля Л.А.

Харківський національний медичний університет

РОЛЬ ЖІНКИ В УКРАЇНСЬКІЙ ЛІТЕРАТУРІ ТА ЖИТТІ

Перший погляд на становище жінок в українському суспільстві сьогодні й у минулому може дати неправильне судження про те, що жіночий визвольний рух, який був настільки агресивним протягом останніх десятиліть, в Україні практично не потрібний. Так вважають чоловіки шовіністи. Вони наведуть безліч прикладів з української історії та фольклору, обґрунтовуючи свою точку зору. Згадаймо таких українських жінок, як княгиня Ольга, київський правитель десятого століття та перша мудра християнка в Києві, до якої візантійський імператор ставився з повагою й навіть запропонував шлюб (вона відкинула пропозицію імператора); або Настя Лісовська, дівчина з Полісся, яка в шістнадцятому столітті стала улюбленою дружиною султана Туреччини Сулеймана, під керівництвом якого Османська імперія досягла висоти своєї влади не без консультативної допомоги Роксолани (турецьке ім'я Насті); або Леся Українка, видатна українська письменниця кінця XIX – початку XX століття. І, звичайно, будуть згадані деякі українські сільські традиції, які, здається, вказують на відносну незалежність українських жінок навіть у давні часи – дівчина, яка, незважаючи на наполегливість батьків, не хотіла одружуватися, надсилала нареченому гарбуз, знак відмови, не піддавшись батьківському тиску.

Українських жінок називають прекрасними, відмінними домогосподарками із золотими руками, чудовими вишивками, рукоділлям, плетінням. Українські жінки, здається, мають високу повагу політиків різного рангу, які у своїх виступах називають панянок «оберігачами вогнища», «надією й рятівниками держави». Жінок закликають бути гарантами миру та доброї волі в

сім'ї, присвятити себе вихованню нових поколінь українців, майбутньому нації, бути активними учасниками суспільного життя.

Більш близький погляд на соціальну та сімейну позицію українських жінок виявить зовсім іншу картину. У своїй абсолютній більшості українські жінки розчаровані, знесилені, їм бракує часу після роботи й домашньої роботи, щоб піклуватися про себе. Українські жінки звикли страждати й відмовлятися від своєї долі заради своїх дітей, вони мають посилене почуття обов'язку та відповідальності, вони роблять багато для сім'ї та суспільства, але врешті-решт залишаються самотніми. Виявляється, що «плече чоловіка», на яке вони, мовляв, можуть спиратися, здебільшого є або недостатньо сильним, або взагалі відсутнім.

Багато питань, пов'язаних зі становищем жінок в українському суспільстві, почали порушуватися й розглядатися набагато енергійніше, ніж будь-коли, після проголошення незалежності України. У контексті «національного відродження» ролі, «найбільш природні для жінок» і «освячені Богом та історією» («мати», «дружина», «охоронець традицій і духовності») були проголошені як «непорушні» й «вічні». А новітні феміністські теорії, що приходять в Україну з Заходу, в основному відкидаються як «непридатні до умов», що існують у сучасному українському суспільстві.

Літературні критики – звичайно ж жінки, а не чоловіки – першими почали виступати за необхідність феміністських теорій в Україні. У 1990 році Соломія Павличко, чудова людина, літературознавець і перекладач, ініціювала феміністичний семінар, перший у своєму роді, який відбувся в Україні. Місцем проведення був архівно-консервативний інститут літератури. Видавництво «Основи», засноване П. Павличко, опублікувало переклади таких важливих феміністських робіт, як «Другий секс» Сімон де Бовуар і «Сексуальна політика» Кейт Мілет. Для проведення гендерних досліджень почали надаватися міжнародні гранти; організувалися семінари, соціальні опитування та опитування, що стосуються ролі та становища жінок в українському суспільстві.

Таким чином, на цей час у літературі ще зберігаються старі гендерні стереотипи, але вони вже почали частково замінюватися новими уявленнями про роль жінки в нашому суспільстві.

Конюшенко Е.О.

Харьковский национальный медицинский университет

«ГЕНДЕРНЫЕ КОНТРАКТЫ» УКРАИНСКОГО ОБЩЕСТВА

Феминизм по праву считается относительно молодым направлением теоретической мысли и практики: оно зародилось лишь в середине XIX века, первоначально сосредоточившись на борьбе за предоставление женщинам избирательных прав. Далее уже суфражистки стали выступать за предотвращения дискриминации женщин в экономической сфере общества. В 60-е года XX века целью феминизма стало предотвращение фактического неравенства между женщинами и мужчинами во всех социальных сферах.

Как раз в это время зародилось и такое понятие, как «гендерный контракт». Его можно определить как условный «социальный договор», который описывает систему взаимопомощи и взаимодействия, распределяя обязанности

по признаку пола и физическим возможностям. Большой вклад в разработку данного концепта внесла английская исследовательница

Р. Кромптон. Таких «контрактов» (основных моделей отношений) было выделено пять, три из которых сохранили свою актуальность в современном обществе.

Первая – классическая (традиционная) – модель старше, чем я сама и даже наш университет. Она гласит, что существует «мужчина-добытчик», который материально содержит семью, и «женщина-домохозяйка», которая растит наследников, убирает, готовит, выполняет другую домашнюю работу, но при этом на «настоящую работу» (то есть оплачиваемую) не устроена. Эта «сказка» исторически глубоко проникла в суть нашей жизни (наряду, например, с историями про мужчину, охотившегося на мамонта), но, на мой взгляд, в последнее время она начала сдавать свои позиции.

Вторая модель – «двухкарьерная семья» – вероятно, является сегодня наиболее популярной в украинском социуме. Мужчина здесь остаётся тем же «добытчиком», а вот роль женщины претерпевает изменения. Она работает на оплачиваемой работе (нередко малооплачиваемой), по окончании которой дома ее ждет та же «вторая смена», описанная в первой модели, в то время как мужчина после основной занятости отдыхает или занимается саморазвитием.

Пока что наименее популярной на сегодня является модель гендерного равенства, согласно которой мужчина и женщина принимают одинаковое участие во всех вопросах совместной жизнедеятельности, паритетно распределяют обязанности. При этом оба они занимаются воспитанием детей, получают за свой труд вознаграждение, уделяют себе время.

К сожалению или к счастью, но социум не в праве решать за вас, какую модель отношений выстраивать с близким человеком – выбор зависит только от вас.

Коржова В.М.

Харківський національний медичний університет

«ГЕНДЕРНІ РОЛІ» В ПРОЦЕСІ СПІЛКУВАННЯ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА

Гендерні проблеми – це громадські та психологічні проблеми, пов'язані з роллю в суспільстві осіб чоловічої і жіночої статі. В Україні тільки з'являється термін «гендерна медицина», і наразі саме він скоро візьме верх над класичною медициною. Уже навіть зараз можна зустріти випадки поділу на чоловічу і жіночу медицину.

Метою нашого дослідження є вивчення та тлумачення такого терміна, як «гендерна медицина» та проблеми спілкування між лікарями та пацієнтами. Для дослідження беруться до уваги книги та наукові статті, що пов'язані з психологією медицини в Україні.

Спілкування лікаря і пацієнта здійснюється переважно на міжгруповому рівні, і при цьому лікар і пацієнт виступають одночасно як представники соціальних груп лікарів і пацієнтів, і як представники гендерних груп, тобто кожен з них виконує (як мінімум) дві ролі в один і той же час. При цьому, якщо пацієнт знаходиться на прийомі в лікаря, а лікар веде прийом пацієнта, то ролі лікаря і пацієнта є провідними, актуальними в даній ситуації і більш значущими, ніж гендерні ролі [1]. Проте в процесі спілкування лікаря і пацієнта між гендерними

ролями і ролями лікаря або пацієнта може виникнути міжрольовий конфлікт. Найбільш гострим при цьому представляється міжрольовий конфлікт, що виникає при одночасному виконанні ролі чоловіка і ролі пацієнта. Виконуючи роль чоловіка, людина орієнтується на такі вимоги до даної гендерної ролі, як мужність, стійкість, причому вимоги до гендерної ролі чоловіка є жорсткими [2]. Конфлікт між роллю чоловіка та роллю пацієнта може призводити й до того, що чоловіки під час хвороби зовсім не звертаються до лікаря, а продовжують виконувати свою професійну діяльність. Однак схильність переносити хворобу на ногах характерна й для жінок: «... тільки 21,3% чоловіків і 15,8% жінок залишилися лікуватися вдома, а більшість вийшли на роботу... Значна частина чоловіків (78,7%) і жінок (84,2 %), з тих, хто мав нездужання, справлялися з ними на робочому місці» [3].

Гендерні стереотипи впливають на ставлення до здоров'я, перш за все, чоловіків. У практиці професійної діяльності лікаря необхідно враховувати, що конфлікт між ролями чоловіка й пацієнта призводить до того, що інформація про симптоми захворювання, яка надається чоловіками, може бути неповною або перекошеною, що чоловіки можуть не виконувати призначені рекомендації і тощо, а також що сам лікар не застрахований від впливу гендерних стереотипів. Якщо лікар і пацієнт виконують різні гендерні ролі (тобто якщо лікар – жінка, а пацієнт – чоловік, або, навпаки, лікар – чоловік, а пацієнт – жінка), то між ними може виникнути непорозуміння внаслідок гендерних відмінностей у сфері спілкування. Тому спілкування лікаря з пацієнтом протилежної статі має здійснюватися в більш розгорнутій формі, інформація, що надається лікарем, повинна бути викладена більш детально, а інформація, що надається пацієнтом, слід уточнювати за допомогою відповідних питань [4].

Отже, різниця між лікарем-чоловіком так лікарем-жінкою існує, і це природне явище, бо так закладено генетично, і ми повинні розуміти, що чоловіки та жінки по-різному ставляться до проблем зі здоров'ям.

Список використаних джерел

1. Ільїн Є.П. Диференційована психофізіологія чоловіки і жінки. СПб .: Пітер, 2003. 544 с. (Серія «Майстри психології»).
2. Лесняк О.М. Про роль пацієнта в сучасному діагностичному і лікувальному процесі. 320 с.
3. Назарова І.Б. Гендерні стереотипи стосовно індивідуальному здоров'ю. 190 с.
4. Урванцев Л.П. Психологія в роботі лікаря. Навчальний посібник. Ярославль, Видавництво ЯрГУ, 1993. 80 с.

Корнілова І.Р.,

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ РОЛІ В РОДИНІ

Проблема гендеру на початку ХХІ ст. набуває все більшої значущості, тому що світова спільнота все ще змушена констатувати той факт, що у жодному суспільстві жінки не мають ті ж можливості, що й чоловіки. Знадобилося не одне століття, щоб жінки домоглися правової рівності з чоловіками.

Я вважаю, що гендер є невід'ємною частиною соціальної практики взаємодії людей. Він впливає на усі аспекти життя людини – на місце роботи, ціннос-

ті, поведінку. Через «гендерні лінзи» людина сприймає будь-яку інформацію і передає її в навколишнє середовище. Процес гендерної соціалізації має велике значення не тільки для життя окремого індивідуума, але і для прогресивного розвитку суспільства.

У наш час жінка здатна працювати в органах державної влади і управління, судовій системі, очолювати політичні партії і громадські об'єднання. Разом з тим, актуальними проблемами є підвищення конкурентоспроможності жінок на ринку праці, а також зниження жіночого безробіття. Для вирішення цих проблем, перш за все, слід перейти на перспективне планування ринку праці, вдосконалення заходів щодо створення сприятливих умов для поєднання професійних та сімейних обов'язків. Такі заходи повинні бути включені в колективні договори й угоди.

Незважаючи на те, що жінки активно освоюють громадську сферу, працюють нарівні з чоловіками, на них як і раніше покладають усю відповідальність за ведення домашнього господарства і виховання дітей. Психологічні та фізичні перевантаження негативно позначаються на якості сімейно-шлюбних відносин і стабільності родини. Неадекватність сприйняття і розуміння особливостей одне одного, орієнтація подружжя на суперництво часто роз'їдають сімейний устрій, призводять до глибокого міжособистісного конфлікту і розпаду сім'ї.

Для підвищення відповідальності обох батьків за виховання дітей і перерозподілу домашніх обов'язків в даний час опрацьовується питання про поширення права на вільний від роботи день також і на батька дитини. У сучасній сім'ї чоловіки і жінки повинні нести рівну відповідальність за виховання дітей. Тож і мати, і батько повинні в рівній мірі користуватися правом на соціальні гарантії, пов'язані з доглядом за дитиною та її вихованням. Адже з родини починає своє життя кожна людина.

Тож слід зазначити, що сучасна концепція сім'ї передбачає, що і жінка, і чоловік рівні як особистості, а тому вони повинні мати рівні можливості для власного розвитку і самореалізації.

Косенко Ю.

Харківський національний медичний університет

САМОСТВЕРДЖЕННЯ ГЕРОЇНЬ РОМАНІВ ЛЮКО ДАШВАР

Сучасність знаменується фундаментальними змінами розуміння суспільством гендерних ролей, намаганням зламати стереотипи та розширити канони уявлень про «належне» жінці. Українська романістика новітнього часу репрезентує низку тенденцій самоствердження жіночої статі. Серед письменників особливо вирізняється Ірина Чернова, яка відома під псевдонімом Люко Дашвар. Ім'я переможниці конкурсу «Коронація слова – 2007» усього за рік набуло популярності в Україні. Метою роботи є визначення й аналіз способів самоствердження героїнь романів Люко Дашвар, а також виявлення художніх прийомів, які авторка використовує для підкреслення цього. Для прикладу взято три її твори.

Маруся, героїня роману «Молоко з кров'ю», усвідомлює власну унікальність через її приналежність до свого роду та сімейну легенду. Символом ідентифікації Марусі та її пращурів в суспільстві є червоне коралове намисто, яке передається з покоління в покоління, від матері до дочки і, за родинним по-

вір'ям, принесе лихо, коли власниця зніме його. Торкатися прикраси не мають права чоловіки («Не чіпайте мого!»). Окрім того, кого жінка по-справжньому кохає. У роду Марусі народжувалися тільки дівчата. Тож суто жіночий простір (стара хата Марусиної матері, у якій героїня ховається від повсякденних проблем) співвідносний з життям родини, замкнений від світу чоловіків, що порівнюється з дійсністю, відкритою для сторонніх очей.

У романі «Мати все» головна героїня, лікар Лідія Вербицька, намагається відстояти недоторканість особистості за допомогою прізвища. «Так ось у чому режим. Його стрижень – Вербицька. Систематичне підтвердження значущості власної фамілії. ... Остання справжня Вербицька не дозволить нікому ламати ... режим!» Підкреслюючи велич прізвища тим, що вона – останній нащадок роду видатних лікарів, Лідія бореться, таким чином, із тиском соціуму, свого чоловіка та матері-тиранки. Предметом, що підкреслює самоідентифікацію Вербицької, є скальпель її покійного батька. У останній главі роману Лідія, нарешті, отримує змогу взяти скальпель до рук. Автор ніби хоче показати, що Вербицька за допомогою сімейної реліквії прагне «відрізати» себе від минулого, у якому вона не змогла захиститися від чужого негативного впливу, та боронити право на самоствердження, хоч до крові.

Перпетуя, героїня роману «Покров», дізналася, що на її рід накладене прокляття, яке подіє на нащадка у сьомому поколінні. Упродовж життя Перпетуя збирала гроші з метою покласти велику суму у банк на сто тридцять років. Робила це для того, щоб банк переказав гроші її нащадку в сьомому поколінні, який мусить постраждати від прокляття. «Присягаюся кожному копійчину, що собі на втіху пустити збиралася, у скриню складати до скону, щоби скриню ту заповісти нащадкам у сьомому коліні». Перпетуя – це уособлення жінки-берегині власного роду. Самоствердження її полягає в турботах про майбутнє своїх нащадків. Втіленням піклування Перпетуї про сім'ю в романі є вишневий сад, який вона посадила навколо свого будинку. Вишневі дерева – символ родини, поколінь, які будуть зростати і квітнути, якщо вміла рука закладе під ними добре підґрунтя.

Отже, на прикладі трьох творів Люко Дашвар бачимо, що героїні її романів борються за самоствердження, використовуючи власне походження, те, що робить їх належними до свого роду. Таким чином, самоствердження жінок у цих романах Люко Дашвар невідривно пов'язане з їхніми кривими зв'язками. Письменниця підкреслює це, надаючи деталям символічного значення.

Лісова Є. М.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНА ТОЛЕРАНТНІСТЬ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Для сучасної України питання гендерної толерантності, що відноситься до сфери міжстатевих відносин, є не тільки новим, але й особливо *актуальним* та складним, оскільки має прямий вплив на успішну соціальну адаптацію та реалізацію власного потенціалу кожного члену соціуму, не зважаючи на його статево-належність. Швидкі зміни у відносинах між чоловіками й жінками, трансформація гендерних ролей, підкорення нормам індивідуалізації та плюралізації породили нові форми міжстатевої взаємодії.

Гендерна толерантність – це безпристрасне відношення до представників іншої статі, заборона переконань про перевагу однієї статі над іншою, неприпустимість апріорного надання особі недоліків іншої статі та узагальнених рис, нав'язування стереотипів; заборона дискримінації за ознакою статі та сексуальної орієнтації.

Абсолютною протилежністю гендерної толерантності виступає сексизм, тобто таке явище, яке ставить в несприятливі умови одну стать стосовно іншої, тим самим обмежуючи її права і можливості на індивідуальну реалізацію. Іншими словами, сексизм становить собою упередження або, навіть, дискримінацію особи відносно її статевої належності. Висловлюючись конкретно в явищах індивідуальної та групової поведінки, сексизм обмежує можливості повноцінної участі жінок у професійній, економічній і політичній сферах соціуму.

Гендерна диференціація, тобто процес, у якому біологічні відмінності між чоловіком і жінкою набувають соціального значення, породжує гендерні конфлікти, які існують у будь-якому суспільстві. Як приклад, можна привести негативні прояви гендерного аспекту несформованої толерантності: насильство як удома, так і в соціумі, торгівля людьми з ціллю сексуальної та трудової експлуатації, жорсткості воєнного часу та військової служби, безкарні сексуальні домагання.

У нашій країні гендерна нерівність полягає у низькому рівні участі жінок у політичних і соціальних процесах та реформах, глибоко вкоріненому стереотипі «сильної та слабкої» статі на тлі збереження патріархату. Жінки посідають дещо нижчі посади ніж чоловіки, повільніший кар'єрний ріст, що також має свій відбиток на заробітній платні як показника соціально-матеріального добробуту. На роботі жінки частіше зустрічаються з гендерною упередженістю та сумнівах щодо своїх професійних якостей.

Позитивна риса гендерної толерантності розглядається в тому, що політична і соціально-економічна сфери, а також родина, стають ареною переговорів між партнерами – чоловіками й жінками. Важливим є ще аспект толерантності до сексуальних меншин, узгоджений з ідеологією гендерної рівноправності. Гомосексуалісти мають труднощі з улаштуванням на роботу, відносинах з колегами, часто новина про їх вподобання стає причиною звільнення та різноманітних конфліктів.

Злам стереотипів відносно статей, який є неодмінною умовою досягнення гендерної рівності, – процес безмежно довгий і складний. Той тип взаємин між людьми у сферах їх життя, який превалує в сучасній Україні, швидше характеризується як гендерна інтолерантність. Гендерна рівноправність повинна сприйматися як рівний правовий статус чоловіків і жінок, рівні можливості для його реалізації, що дозволяє особам тієї й іншої статі вільно розвивати свої потенційні можливості в різних сферах життя.

Таким чином, в сучасному науковому світі приділяють велику увагу гендерним питанням. Внесок гендерної толерантності в нормалізацію гендерних відносин беззаперечний, але українська реальність ще нескінченно далека від здійснення цього проекту. Множинність та розмаїття гендерних самоідентифікацій, як і особистих стратегій в міжстатевих стосунках, досить велика. У цьому ситуація в Україні знову-таки закономірно зображує європейський шлях в його початковій стадії: період емансипації жінки й індивідуалізації її інтересів.

КОРЕКЦІЯ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ ГЕНДЕРНОЇ КУЛЬТУРИ У НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ

Спрямування особистісного розвитку хлопців і дівчат, чоловіків та жінок повинно йти шляхом збереження рівності в їхніх правах та можливостях. Однак, в умовах патріархатної культури і несформованих егалітарних відносин одною з головних перешкод на шляху підвищення статусу жінок в українському суспільстві залишаються гендерні стереотипи як фактор суспільної свідомості. Гендерні стереотипи в дослідженнях вітчизняних і зарубіжних дослідників С. Бем, Т. Говорун, І. Кльоциної та ін. визначаються як різновид соціальних стереотипів, як детерміновані культурою спрощені, стійкі, емоційно пофарбовані образи поведінки, риси характеру чоловіків і жінок, які значно впливають на формування гендерно-рольового репертуару особистості та її поведінку.

Гендерна культура – сукупність загальнолюдських цінностей у особистісних та суспільній сферах буття та відповідних до них потреб, інтересів і форм діяльності, пов'язаних з процесом відмови від статевих стереотипів та забобів, що зумовлено усвідомленням нових позитивних соціально-культурних ролей, які спираються на ідеї рівноправ'я та партнерства між чоловіком та жінкою.

Необхідною складовою формування гендерної культури і гендерного виховання є дотримання принципу гендерної рівності. Гендерна рівність позначається гендерологами (Ю.Гусева, М.Сабунаева). також як рівний соціальний стан, незалежність, відповідальність й участь обох статей в усіх сферах суспільного й приватного життя.

Гендерне виховання дітей розуміємо як цілеспрямований, організований, систематизований процес впливу на свідомість, поведінку, почуття вихованців з метою формування в них егалітарних цінностей, поваги до особистості незалежно від статі, непадкорення гендерним стереотипам, розвитку здібностей до самореалізації кожного, оволодіння навичками паритетності та взаємозамінності в сімейному і суспільному житті. У навчально-виховному процесі доцільно заохочувати школярів засвоювати все найкраще від обох статей, набуваючи рис андрогінної особистості.

Батькам і вчителям, які бажають чинити опір формуванню гендерно-схематизованих уявлень у дітей, американський психолог С. Бем (Бем С. 2004) пропонує наступні стратегії. Перша полягає в тому, щоб давати дітям інформацію про біологічні відмінності, не підкреслюючи і не перебільшуючи відмінності соціальні. Водночас, С. Бем вказує на те, що необхідно навчити дитину тому, що ж насправді є стать, наголошуючи на анатомії й репродукції. Інакше кажучи, слід усіяко відводити увагу дитини від культурних корелят статі, акцентуючи біологічні кореляти.

По-друге, батьки можуть запропонувати дітям альтернативну схему, за допомогою якої дитина буде переробляти соціальну інформацію і інтерпретувати культурні асоціації, коли культура їм їх запропонує.

Головна задача, що ставиться в контексті нового підходу, – трансформація гендерної взаємодії в сфері освіти і прогнозування можливих педагогічних моделей у зв'язку з гендерною корективою.

Отже, стратегії з гендерного виховання покликані спростувати неправильні уявлення дітей та їхніх батьків про тендер, навчати їх прийомам запобігання гендерної схематизації, впроваджувати заходи щодо досягнення гендерної рівності на рівні освітніх та державних інститутів.

Аналіз багатьох робіт (Л. Штильова, С. Вихор, Н. Павлущенко та ін.) показує, що формування гендерної культури необхідно здійснювати у взаємозв'язку з усіма іншими напрямками навчально-виховної роботи школи. Необхідний єдиний підхід з боку батьків та педагогів. Цілі, засоби, методи й зміст такої роботи мають варіюватись з урахуванням специфіки вікової категорії.

Луб'янова Є.-О.Є.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ НЕРОВОЇ АНОРЕКСІЇ

Нервова анорексія – поведінковий розлад прийому їжі, що навмисно викликається та підтримується пацієнтом та характеризується значним зниженням маси тіла і психічними розладами. Хоча нервова анорексія була описана ще в ХІХ столітті, активне вивчення порушень харчової поведінки почалось в останній третині ХХ століття. За різними епідеміологічними даними на це захворювання страждає від 2 до 5% жінок і від 0,3 до 0,5% чоловіків та відмічається значний приріст хворих за останні 10-20 років. Така статистика робить актуальним наше дослідження.

Останнім часом спостерігається збільшення хворих серед осіб чоловічої статі, що пов'язано, насамперед, з розвитком індустрії моди та змінами стандартів краси, що тягне за собою невдоволення власною зовнішністю; розвитком глобальної мережі, що полегшує доступ до «неправильної» інформації; збільшенням впливу соціальних мереж та телебачення на свідомість людей (особливо підлітків, так як пік дебюту захворювання припадає на 14–18 років).

Прийнято вважати, що нервова анорексія серед чоловіків зустрічається у 8-10 разів рідше, ніж серед жінок, але ряд авторів схильні до думки, що ці дані набагато завищені. Різноманітні соціальні та психологічні чинники сприяють тому, що чоловіки не звертаються за допомогою лікарів. По-перше, ця проблема серед чоловіків значно частіше стигматизується та має глобальніші соціальні наслідки через те, що приймається суспільством як проблема більш притаманна жіночому полу. По-друге, існують певні діагностичні труднощі, що перешкоджають вірному встановленню діагнозу (деякі сучасні психіатри описують відмінності проявів анорексії серед чоловіків та жінок). Також встановлено, що фізіологічна стать значного відсотку чоловіків, хворих на анорексію, не повністю відповідає психологічній, що також обумовлено сучасними змінами само-свідомості та значним зсувом гендерних ролей чоловіків та жінок у суспільстві.

Таким чином, гендерний аспект нервової анорексії має актуальний характер. У зв'язку зі збільшенням захворюваності взагалі, та серед чоловіків – зокрема, і розвитком феномену перебільшення уваги до власної зовнішності, гендерні аспекти нервової анорексії потребують вивчення не тільки в медичній, але й в культурологічній та філософській площинах.

УКРАЇНСЬКІ НАРОДНІ ТРАДИЦІЇ ЯК АСПЕКТИ ВПЛИВУ НА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ УКРАЇНЦІВ

Для успішного розвитку будь-якої сучасної держави необхідною умовою є достатність людського потенціалу та його раціональне використання. Стабільність кількісної та якісної структури народонаселення може бути досягнута через його відновлення та приріст, а також є результатом ефективної соціально-економічної політики держави в демографічних, освітніх та здравоохоронних аспектах.

Добре самопочуття та високий рівень фізичної працездатності слугують базисом для можливості реалізувати творчий потенціал особистості, є необхідною умовою професійної самореалізації. Якщо оточенню дитини вдасться ефективно сформуваність спрямованість на збереження здоров'я у молодому віці, то згодом така особистість зможе обрати спосіб життя, що буде сприяти добробуту та отриманню задоволення від життя.

Філософія характеризує спосіб життя як синтетичну характеристику типових видів життєдіяльності людей (окремого індивідуума та соціальних угруповань), що об'єднані суспільними умовами життя. Поведінка, як один з важливих елементів способу життя, впливає на здоров'я окремої людини та формує поведінку інших груп населення.

Традиції українського народу, що ґрунтуються на збереженні здоров'я, торкаються всіх сфер буття суспільства: трудова діяльність, побут, культура, духовні цінності, поведінка.

Вчені вважають народні традиції механізмом накопичення та передачі національного досвіду, вони створюють певний орієнтир вірування та способу мислення, формують норму поведінки, передаються від покоління до покоління.

Українські народні традиції стосуються всіх складових здоров'я (фізичне, духовне, соціальне), підкреслюючи їх тісний взаємозв'язок. Проявом турботи про фізичний стан є раціональний розподіл праці та відпочинку, українські народні танці, ігри, національні страви. Українська народна творчість, фольклор, самоорганізація, управління емоціями спрямовані на духовне здоров'я особистості. Спілкування, благочинність та соціальна активність є проявом та реалізацією соціального здоров'я.

В житті сучасних українців особливе місце займають календарні народні свята. День Миколи Чудотворця, Різдво, Водохреща, Великдень та інші вже давно стали чудовою нагодою для спілкування з друзями та родичами. Обрядові дії разом зі смачним частуванням створюють атмосферу радості, дають змогу духовно очищатися.

Прагнення до гармонії з природою знайшли втілення та набули особливої популярності серед українців. Анімалотерапія, що заснована на спілкуванні з тваринами, сприяє емоційній рівновазі та виробляє відповідальне ставлення до представників тваринного світу. Вивченням та застосуванням лікувальних властивостей продуктів бджільництва займається апітерапія. Багатство флори України дозволило нашим предкам використовувати рослини та дерева для лікування та оздоровлення. Накопичений віковий досвід у цьому дав можливість новому напрямку – ароматерапії.

Таким чином, українські народні традиції є досить досконалою здоров'язберезувальною системою, яка супроводжує кожного українця від народження до самої смерті. Гармонійно поєднуючи минуле та сучасне, вони є підґрунтям для формування майбутнього.

Визнавши здоров'я людей найбільшою цінністю, запорукою процвітання та національної безпеки будь-якої країни, світова спільнота на чолі з ВООЗ закликає скоординувати зусилля держав у сфері громадського здоров'я. До цього долучилась і наша держава, підтримавши «Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я».

Робота над розробкою української моделі громадського здоров'я, що нині активно здійснюється на різних рівнях, повинна враховувати національні особливості та історичний досвід втілення здоров'язберігаючих заходів, спиратись на найкращі світові практики з цього питання.

*Масалова Е.И.
ДВНЗ «ХКТД»*

НЕГАТИВНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: ОПАСНО ДЛЯ ЖИЗНИ!

Стереотипы создают удобную «клетку восприятия» – модель должного, правильного и общепринятого, которая сводит воедино разнородные характеристики людей и действий как обязательно сопутствующие друг другу. Они существенно упрощают жизнь и дают ощущение безопасности [1] (я четко знаю, что утром увижу в зеркале себя). Однако негативные стереотипы, основанные на архаических бинарных оппозициях «свой/чужой» (результатом которых становятся ксенофобия, гомофобия, и т.п.). Можно рассматривать как препятствия, своего рода Бэконовские идолы на пути к толерантному обществу и взаимопониманию и как опасность для качества жизни и самой жизни «адресатов».

Сосредоточимся на гомофобии. По определению психолога Д. Вайнберга, автора термина, «гомофобия – это страх пребывания в тесном контакте с гомосексуалом» [2]. Феномен гомофобного поведения рассматривался гуманистической в паре с гомосексуальностью, начиная с книги Г. Х. Эллиса «Сексуальная инверсия» (1896). Как корни ненависти его анализировали И. Кон, Ю. Стребкова, А. Эпштейн и другие. Однако на постсоветском пространстве существуют и статьи, призванные подвести «логическое» основание под травлю людей (неприродность, неприсущность традициям конкретной страны, интимность, нецелесообразность гомосексуальности как инаковость, а, следовательно, разрешение для дискриминации и агрессии описывают В. Кортунюв, Н. Зорина, О. Краснова и С. Кокотов).

Доклад о правах человека Совета Европы утверждает наличие гомофобных настроений во всех государствах ЕС [3]. Истоками проблемы видится стереотипизация и ее ретрансляция не только в семьях, но и в СМИ и образовательной системе, а также активная поддержка преступлений на почве ненависти со стороны многих религий. Кроме того, И.С. Кон пишет о политической гомофобии, которая дополняет бытовую [4]. Результатом становятся дискриминация и создание агрессивных группировок, которые занимаются шантажом и избиением людей.

Негативні стереотипи корелюють з: віком, рівнем освіти, (більш молоді і більш освічені люди толерантніє), місцем проживання (місто терпиміє сільській місцевості), гендером (жінки терпиміє) і політичними уподобаннями [4]. Відповідно, просвітительська робота в освітній сфері може змінити ситуацію.

Ми бачимо вихід не тільки в освіті, але й одночасно в зміні законодавства (в частині, прийнятті закону № 2342 про заборону дискримінації на роботі) і роботі громадських організацій, які надають допомогу людям, постраждавшим від дискримінації і в просвітительській роботі. Такою роботою вже займаються жіноча організація «Сфера» і харківський «PrideHub».

Література

1. Щербина М.М. Мифологічні елементи в культурних формах повсякденності (філософсько-культурологічний аналіз): Дис. кандидата філософських наук. Спеціальність 09.00.04–філософська антропологія, філософія культури – Харків: ХНУРЕ, 2006

2. Ухоа П. Ірраціональний страх. Можливо лі вилікувати гомофобію? [Електронний ресурс] / Пабло Ухоа – Режим доступу до ресурсу: <https://www.bbc.com/russian/features-45598811>.

3. Дискримінація за ознакою сексуальної орієнтації і гендерної ідентичності в Європі. Доклад ради Європи [Електронний ресурс]. – 2012. – Режим доступу до ресурсу: <https://rm.coe.int/-/16807b8ae5>.

4. Кон І. ГОМОФОБІЯ ЯК ЛАКМУСОВАЯ БУМАЖКА РОСІЙСЬКОЇ ДЕМОКРАТІЇ / Ігорь Кон. // Вестник громадського мненія.. – 2007. – №4. – С. 59–69.

*Михальченко М.Б., Орлова С. К., Стешенко М. Г.
Харківський національний медичний університет*

ОСОБЛИВОСТІ ГЕНДЕРНОГО АСПЕКТУ В ПРОФЕСІЙНІЙ КАР'ЄРІ

У повсякденному житті кожен з нас зустрічався з гендерними стереотипами, навіть не усвідомлюючи цього. Наприклад, найбільшого для подарунка дівчинці ми обираємо ляльку, хлопчику – машинку або футбольний м'яч.

Але ж впливають гендерні стереотипи на професійну діяльність чи ні? У ранньому віці вже можна помітити відмінності в професійній спрямованості. Український психолог С.В. Ковальов зауважив, що у віці двох років чітко простежується схильність хлопчиків до маркетингової діяльності, тоді як дівчатка виявляють активність у встановлених рамках. У шкільні ж роки хлопчики прагнуть аналізувати внутрішні механізми й сенс явищ, а дівчатка, у свою чергу, звертають увагу на якість і користь предметів. Тому найчастіше хлопчики віддають перевагу конструюванню і теслярству, а дівчатка – вишиванню, в'язанню і кулінарії.

Коли приходять час обрати професію, хлопчики керуються своїми інтересами й перевагами тієї чи іншої спеціальності, тоді як дівчатка своїми знаннями. Слід виділити те, що дівчатка частіше враховують можливість високого заробітку при виборі майбутньої професії, а це йде всупереч із традиційним образом «чоловіка-здобувача». Але, водночас, деякі представники «сильної» статі

при розв'язанні проблеми більш інтернальні й розраховують на самих себе, а інші, – на допомогу батьків.

За багатьма статистичними даними, стать також впливає на успішність професійної діяльності. Відсоток безробітних жінок більший, ніж чоловіків. У зв'язку з народженням дітей та доглядом за ними, жінок менш охоче приймають на роботу. У багатьох країнах жінки за таку ж роботу, що й чоловіки отримують меншу заробітну плату. Також, через нав'язування стереотипів, самі жінки свідомо прагнуть відмовитися від професійної кар'єри. Як відомо, соціальне оточення не схвалює дружин, які досягли більшого успіху, ніж їх чоловіки.

Розділяють три види кар'єри у жінок: лінійна – постійне ведення домашнього господарства або постійна робота; переривчаста – жінка на певний час припиняє працювати заради сім'ї, а потім знову повертається на роботу; паралельна – жінка працює і веде домашнє господарство.

Згідно з дослідженнями, в Україні жінки-керівники складають лише 20%, коли основну частину займають представники чоловічої статі. Чи є це гендерним стереотипом або бути керівником не хочуть самі жінки? З одного боку, бар'єром для кар'єрного зростання є небажання віддаватися повністю роботі. Наприклад, складно поєднувати кар'єру і материнство, бо конкуренція на ринку праці велика, а народження дитини змусить на пару років забути свою професійну діяльність. З іншого боку, бар'єром є гендерний стереотип: «жінка повинна сидіти вдома, а чоловіки – заробляти». Це дуже впливає на просування сильної статі кар'єрними сходами. Разом з тим, зрушення вже відбуваються: жінки присутні й в бізнесі, і в політиці. Роль жінки – безцінна, і будь-яка має право реалізувати себе як в материнстві, так і в кар'єрі.

Можна зробити висновок, що гендерний аспект дійсно має великий вплив на професійну діяльність людини. Це проявляється як і у виборі професії, так і в успішності професійної діяльності людини.

Меженіна Т.В.

Харківський національний медичний університет

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ГОМОСЕКСУАЛІЗМУ

Гомосексуалізм – це винятковий або переважний потяг до представників своєї статі або прагнення до емоційної та фізичної близькості з ними. Відомо, що приблизно 30% чоловіків хоч раз мали сексуальний контакт з представником своєї статі (серед жінок – 20%). Гомосексуальність потрібно сприймати як альтернативний варіант направленості жадання. Це не свідомий вибір людиною об'єкта кохання, а вираження його особистості (а інколи і природи). Кохання не може вважатися злочинним або таким, що не піддається моралі.

Сексуальний потяг до осіб своєї статі спостерігався у представників сотень видів, в тому числі у наших найближчих родичів – шимпанзе. Він має місце у дельфінів, пінгвінів і навіть у комах. Більшість дослідників вважають, що незвичайна направленість потягу бере свій початок в дитинстві, задовго до визначення сексуальної поведінки.

В теперішній час теорії про виникнення гомосексуалізму умовно поділяють на дві групи: біологічні та психологічні. У першому випадку в основі вбачають вроджені порушення функціонування структур мозку, генетичну запрограмованість чи порушення балансу гормонів. В другому – основною причиною

називають порушення відносин в сім'ї, невідповідне виховання, неблагополучні умови в найближчому оточенні в підлітковому віці. Найбільш популярним психологічним поясненням гомосексуальності є психоаналітична теорія, основу якої заклав Зігмунд Фрейд. Вона спирається на ідею бісексуальності. Експериментальні спроби перевірки такої моделі довели її недовершеність. Досить поширеною помилкою є змішання двох понять – гомосексуальності і гомосексуальних контактів. Про гомосексуальність можна говорити лише тоді, коли переважає емоційна і еротична привабливість осіб своєї статі, а не протилежної.

Розгляд питання формування гомосексуальної орієнтації можливий лише з обов'язковим урахуванням різнорівневої детермінації (обумовленості) цього процесу. У нормі вродженою є спрямованість потягу до певної статі (біологічний рівень), вона конкретизується відповідно до індивідуальних схильностей і життєвого досвіду, виявляє найбільш привабливі об'єкти (психологічний рівень). Форми реалізації еротичної та сексуальної поведінки визначаються соціальними нормами і культурним середовищем. Також не можна ігнорувати активну роль особистості самої дитини, вибірковість її сприйняття ситуації, прийняття або відкидання пропонованих оточуючими поведінкової моделі. Вже з раннього віку, після засвоєння первинної статевої ідентичності (приналежності до певної статі) дитина будує статево-рольову поведінку у відповідності зі своїми індивідуальними особливостями, схильностями і на основі несвідомого сприйняття чоловічих і жіночих соціальних ролей.

Таким чином, можна зробити висновок, що гомосексуалізм – це широко розповсюджене біологічне явище. Сексуальна орієнтація в значній мірі є вродженою властивістю людини. Не існує жодного відомого науці ефективного способу змінити сексуальну орієнтацію народженої людини. Очевидно, пропаганда гомосексуалізму неможлива, як і неможлива пропаганда гетеросексуалізму. Можлива тільки пропаганда доброзичливого ставлення до сексуальних меншин.

Список використані джерел

1. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей.
2. Биологические причины гомосексуализма – <https://scisne.net/a-596>

Павлова О.О.

Харківський національний медичний університет

ЕКОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ Й СЬОГОДЕННЯ

Природа – це унікальний живий світ довкілля, який завжди створює для людини красу, гармонію і благодатні умови для життя. Зараз суспільство живе під час технічного прогресу, який багато в чому полегшує життя завдяки новим і корисним винаходам. Але в цих досягненнях людства є зворотний бік медалі – наслідки цього прогресу безпосередньо позначаються на екологічному стані навколишнього середовища в усьому світі.

Переїнявши екологічними проблеми, на захист природи встає 16-річна шведська школярка-активістка, яка в серпні 2018 року виступила за зупинку глобального потепління і зміни клімату. Грета Тунберг щоп'ятниці приходила під будівлю з вимогою до законотворців підтримати Паризьку кліматичну угоду і їй це вдалося. Завдяки Греті люди почали виходити на страйки і привертати

увагу до проблеми зміни клімату. Цю дівчину почули та підтримали 700 міст та 71 країна, серед них і Україна. Наведений приклад свідчить про те, що суспільству необхідно бути більш розумним, милосердним та головне – небайдужим у ставленні до природи. Необхідно зберегти багатство планети.

Велику роль у допомозі збереження природи відіграють письменники, через те, що вони є часточкою природи та суспільства. Саме митці сприймають природу як цілість, гармонію й красу, що потребує захисту. Пафос дбайливого ставлення до природи переростає в естетику її «олюднення», що має втілюватися у виваженому використанні природних багатств та обережному ставленні до довкілля. Читаючи твори українських письменників, одразу переконаєшся в небайдужому ставленні до зеленого світу та чутливому світобаченні. Серед них Остап Вишня, який карав сатиричним пером браконьєрів та мисливців - «Мисливські усмішки», Олександр Гончар, який розкрив проблему екологічної кризи у романі «Собор». Також зворушливо оспівували природу у своїх художніх творах такі письменники, як О. Довженко, В. Стефаник, І. Драч, Т. Шевченко, П. Тичина, О. Олесь та багато інших.

Ольга Кобилянська однією з перших в українській літературі стала на захист зелених скарбів природи. Вона, кажучи словами Лесі Українки, створила «істинно трагічну і високохудожню картину» руйнування природи, висловила обурення і ненависть проти експлуататорів у новелі «Битва». Цей твір й сьогодні не втратив виховного значення: це один із кращих зразків художньої прози, спрямованих на захист природи. Авторка засуджує тих, хто грабує свою землю, хто продає її багатства, нищить заради грошей, а також і тих, хто спокійно спостерігає за цим. Вона переконана, що людина, яка не любить своєї землі, не відчуває краси природи, і тільки живе своїм життям – то не людина у вищому розумінні цього слова.

У шедеврї пейзажної новели «Битва» ліс сприймається як жива істота, здатна дарувати життя, відчувати красу, переживати страждання та біль, які приносить смерть. У царство лісу вторглася людина, яка прийшла сюди, щоб легко збагатитися за рахунок природних красенів. Але ліс не має наміру здатися легко. Він стає до запеклого, жорстокого і нерівного бою, захищаючи себе всіма можливими способами, але зазнає поразки.

До захисту природи приєднується Ліна Костенко. Твори письменниці з екологічної тематики змушують кожного українця проїнятися тривогою за долю рідної природи. Зелений світ – це не просто степ, річка, ліс, це дарований Богом дивосвіт, у якому людина знаходить натхнення, спокій, черпає сили. Та маючи цей життєвий простір, суспільство повинно пам'ятати, що не можна поспоживацькому ставитися до природи, слід увесь час дбати про її відновлення, бо й сама людина – її невід'ємна частка. У цьому плані заслуговує на увагу вірш Ліни Костенко "Одкам'янійте статуї античні":

Там смог навис, і сонце тяжко гріє,
потік машин тісніший череди,
і алігатор міста – алергія –
виходить із асфальтів, як з води.

Авторка не просто написала цю поезію, а радше за все – "прокричала" так, щоб її врешті-решт почули навіть закам'янілі статуї. Адже, люди, немов нечуючі істоти, проявляють свою байдужість до проблем природи.

Отже, природа – це те життєдайне джерело, з якого вийшло все прекрасне на землі, яке породило людину та дало їй творчу наснагу. Це безмежний всесвіт, який уміщує в собі наше неповторне існування. Природа є невід'ємною частиною майже кожного художнього твору, адже гармонійне існування людини й природи – це той стрижень, на якому тримається світ. Чарівна, мальовнича природа не може залишити байдужою жодну людину, здатну сприймати прекрасне, а тим більше поетів, душа яких відкрита для всього тонкого, красивого.

Петренко А.О.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ В РЕКЛАМІ

Єдина модель гендерних стереотипів не може існувати в умовах традиційного суспільства, а тому культурні особливості суспільства впливають на специфіку їх поширення і усвідомлення. Спосіб життя, що пропагується рекламою, пропонує споживачеві свій стандарт якості моделі та напрям орієнтації в сучасному світі. Реклама – це невід'ємна частина нашої соціальної реальності. Гендерні відносини, що зумовлені культурою відносин між статями, стають базисом рекламних мрій.

Важливо виділити функції, виконувані гендерними стереотипами. Насамперед, роль підтримки гендерної ієрархії. Особливості жіночої і чоловічої природи, утверджували за жінкою призначення «матері», «берегині домашнього вогнища», а чоловік стверджувався як «годувальник» і «захисник». Ця роль чітко закріплена у свідомості традиційного суспільства. Адже жінка займалася домогосподарством і виконувала репродуктивну функцію. А чоловіки – професійною та суспільною роботою, брали участь у військовій і політичних сферах. Також гендерні стереотипи використовуються людиною у пізнавальному процесі. В даному випадку вони стають схемою, яка вкарбовується в свідомість людини і керує процесом сприйняття і обробки інформації. Отже, гендерна схема стає ніби статевим стереотипом світосприйняття. Вона базується на розділенні кожного до певної статі, а значить особа має принципову схожість з іншими людьми даної статі в усіх аспектах життєдіяльності. І, насамкінець, вони регулюють поведінку людей на несвідомому рівні.

Стереотипи про розділення домашньої праці, «про головне у природному призначенні чоловіків і жінок», чоловічості і жіночності є традиційними гендерними стереотипами, що повсякчас використовуються в рекламі. Чоловіки в рекламі постають в образі авантюриста; в образі спокусника та загадкового чоловіка; в образі ділового чоловіка; в образі спортивного чоловіка; в образі сім'янина. Чоловіків позиціонують як сильних, розумних, впевнених в собі, готових приймати непрості рішення в складних ситуаціях і бути головним у сім'ї. Кар'єра, активний спосіб життя, спорт, бізнес – основа чоловічого буття.

Щодо образу жінки в рекламі, то лідируючими є образи домогосподарки, дружини та матері; образ міської кокетки; образ ділової жінки. Жінці в більшості випадків надаються протилежні якості – залежність, дбайливість, пасивність. Для неї основною сферою, в більшості реклами, визначається сімейна. Їй пропонується бути турботливою матір'ю, домогосподаркою, люблячою дружиною.

Відповідно до даних стереотипів, жінкам и чоловікам приписуються традиційні ролі, відбувається розподіл сфер діяльності, обов'язків, підкреслюються гендерні відмінності. Для цього в рекламі використовують як візуальні засоби, так і невербальну символіку. Рекламні образи передають не тільки інформацію про товари і послуги, але і про взаємини в суспільстві, в тому числі і міжособистісних відносинах чоловіків і жінок. Варто відзначити, що переважна більшість людей вірять в презентовані їм гендерні стереотипи в рекламі. У зв'язку з чим, суспільство за допомогою рекламної індустрії в деякій мірі може контролювати і, багато в чому, визначати соціальний портрет самого суспільства і окремої людини в ньому.

*Плуженко О.І., Лук'янченко В.В., Щербина М.М.
ДВНЗ «ХКТД»*

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ УЧНІВ ТА УЧЕНИЦЬ СТАРШИХ КЛАСІВ

Для досягнення цілей сталого розвитку, а саме рівних прав та можливостей жінок та чоловіків необхідно вивчати негативні стереотипи та механізм стереотипізації, що заважають процесу. Метою нашого дослідження стало виявлення наявності та змісту гендерних стереотипів старшокласниць, можливої різниці у змісті стереотипів учнів та учениць державної та приватної шкіл, оцінка можливості впливу на ситуацію з допомогою інтерактивних лекторіїв. Ми користуємося ліппманівським визначенням стереотипу [1] та трактуємо стереотипи як міфологічні елементи, які є особистісними і такими, що неусвідомлено впливають на поведінку індивідів [2].

Природа стереотипізації та зокрема гендерних стереотипів з ХХ ст. є одним з важливих питань гуманітаристики (див. роботи Т. Адорно, С. Бем, К Джеклін, О. Здравомислової, К.Карпенко, Д. Кемпбелла, І. Кльоциної, І. Кона, С.Оксамитної, Г. Тажфела, Д. Майерс та ін.).

Наше дослідження складалося з 7 опитувань та лекцій у 2 школах – гімназії «Очаг» у 10-А класі (16 осіб), 10-Б класі (18 осіб), ЗОШ №73 у 9-А класі (13 осіб), 9-Б класі (14 осіб). Анкетування було анонімним та складалося з двох анкет: анкети С. Бем (модифікація І. Кльоциної) і анкети «Я жінка (чоловік)» [3]. Після аналізу анкет було встановлено наявність та зміст гендерних стереотипів серед опитуваних і проаналізовано різницю між відповідями 1 і 2 блоку, що дало можливість проаналізувати різницю між приватною та державною школами та різницю у відповідях до проведення лекції і після. Аналіз анкет дав такі результати.

Гімназія «Очаг». 10-А, 1 анкет. Жін. хар-ки: жіночність (20%), тихий голос (20%). Чол. хар-ки: фізична сила (25%), мужність (20%), схильність вести за собою (20%). 2 анкет. Жін. хар-ки: жіночність (20%). 10-Б 1 анкет. Жін. хар-ки: сором'язливість (22%), жіночність (61%), інфантильність (23%), нелюбов до лайки (23%). Чол. хар-ки: атлетичність (28%), фізичну силу (62%), аналітичність (28%), лідерські якості (28%), схильність до ризику (23%), швидкість у прийнятті рішень (40%), самодостатність (23%), властність (23%), мужність (62%), схильність вести за собою (28%), змагальний дух (22%). 2 анкет. Жін. хар-ки: жіночність (50%), ніжність (20%), падкість на лестоці (20%). Чол. хар-ки: фізична сила (38%), схильність до ризику (25%), мужність (50%), схильність вести за собою (25%).

ЗОШ №73. 9-А 1 анкет. Жін. хар-ки: сором'язливість (54%), ніжність (31%), падкість на лестоці (46%), відданість (31%), жіночність (85%), здатність співчувати (23%), здатність втішити (23%), тихий голос (39%), теплота, сердечність (39%), м'якість (49%), довірливість (23%), інфантильність (23%), нелюбов до лайки (23%), любов до дітей(23%). Чол. хар-ки: незалежність (31%), атлетичність (31%), напористість (39%), фізична сила (70%), швидкість у прийнятті рішень (49%), мужність (85%), агресивність (54%), індивідуалізм (31%), змагальний дух (62%). 2 анкет. Жін. хар-ки: сором'язливість (23%), ніжність (46%), жіночність (47%), тихий голос (23%). Чол. хар-ки: атлетичність (31%), фізична сила (31%), лідерські якості (23%), схильність до ризику (23%), агресивність (23%). 9-Б 1 анкет. Жін. хар-ки: вміння поступатись (39%), сором'язливість (70%), ніжність (70%), жіночність (70%), вміння співчувати (31%), розуміння інших (39%), співчуття (54%), здатність втішити (39%), тихий голос (70%), м'якість (93%), інфантильність (46%), спокійні ять (23%). Чол. хар-ки: схильність захищати свої погляди (39%), атлетичність (31%), напористість (70%), фізична сила (93%), лідерські якості (62%), схильність до ризику (62%), швидкість у прийманні рішень (78%), власна позиція (23%), схильність вести за собою (54%), агресивність (54%), індивідуалізм (39%), змагальний дух (62%). 2 анкет. Жін. хар-ки: уміння поступатися (23%), сором'язливість (47%), ніжність (47%), відданість (23%), жіночність (70%), розуміння інших (23%), співчуття (39%), здатність втішити (38%), тихий голос (49%), спокійність (23%). Чол. хар-ки: напористість (46%), сильна особистість (31%), фізична сила (31%), схильність до ризику (31%), швидкість у прийнятті рішень (31%), змагальний дух (39%).

Таким чином, видно, що кількість гендерних стереотипів серед учнів старших класів ЗОШ більша, ніж серед учнів приватної гімназії. Також є позитивна різниця у кількості гендерних стереотипів у всіх групах до і після проведення інтерактивної лекції. Тому ми вважаємо перспективним такий спосіб подолання стереотипів.

*Прядко В.В., Журжа Е.А.
ДВНЗ «ХКТД»*

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ: ПРЕДПИСАННОЕ И ПОВТОРЯЕМОЕ

Стереотип как метод категоризации людей, основанный на принятых в обществе характеристиках, входит в проблемную область гуманитарного знания с начала XX века. Повседневные стереотипы (включая нормы) – проявления типизационной мифологии в обыденном мышлении [1, 10] создают целостную, выработанную на основании определенных паттернов, установку, которая является синкретичным слиянием объяснения мира и должного отношения к повседневным событиям. Шаблоны мышления закладываются с самого детства (семья, масс-медиа, Интернет, образовательные заведения, окружение) и становятся автоматическими. Можно сказать, что так создается мифореальность, благодаря которой экономится мышление и усилия, а мир становится более предсказуемым и безопасным [1, 69]. Однако, обратная сторона стереотипизации очевидна. Антитолерантные убеждения сужают область понимания, мешают коммуникации и закрепляют архаическую оппозицию «мы/чужие».

Так происходит с гендерными стереотипами – устоявшимися мнениями о должном, мужском и женском. Гендерная теория делает упор на то, что общественная разница между мужчинами и женщинами по сути своей не имеет биологического основания и является характеристикой, приписываемые индивиду обществом [2]. Поведенческая дифференциация мужчин и женщин создается социумом и поддерживается с помощью норм и правил. Джудит Батлер пишет о перформативности гендера, когда «естественность» стереотипов возникает из-за укорененности и повторяемости их в речи и, затем, действиях. С самого рождения людям предписывается быть какими-либо женщинами или мужчинами, они не выбирают идентичность, которая определяется биологией. «Правильному» поведению не только учатся, в нем упражняются в течение жизни. Поэтому заявлять о равенстве, продолжая отрабатывать «женственность» недостаточно [3].

Соответственно, если цель современной украинской гендерной политики (в соответствии с целями устойчивого развития) – ликвидация всех форм дискриминации и расширение участия женщин в общественной жизни на всех уровнях принятия решений, то для борьбы с негативными стереотипами возможны следующие пути: замещение новыми позитивными стереотипами [4] и создание гендерночувствительного пространства не только в вузах (сеть центров гендерного образования), но и во всех образовательных заведениях, начиная с детских садов.

Литература

1. Щербина М.М. Мифологические элементы в культурных формах повседневности (философско-культурологический анализ): Дисс. кандидата философских наук. Специальность 09.00.04 – философская антропология, философия культуры – Харьков: ХНУРЭ, 2006

2. Жеребятнікова І. В., Бойко Ю. Ю. Вплив гендерних стереотипів на реалізацію гендерної політики в сучасному українському соціумі / Жеребятнікова І. В., Бойко Ю. Ю. // Гендерна політика міст: історія і сучасність, 6–7 жовтня 2015 р., ХНУМГ ім. О. М. Бекетова.

3. Батлер Дж. Гендерная тревога. Глава 1. Субъекты пола/ гендера/ желания // Гапова Е. И., Уманова А. Р. (сост.) Антология гендерной теории. Минск: ПроPILEI, 2000. Стр. 347–372.

4. Карпенко К. І. Вплив гендерних стереотипів на сучасні ідентифікаційні процеси // Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції «Рівність, лідерство, спілкування в європейських прагненнях української молоді: гендерний дискурс», ТНПУ ім. В. Гнатюка, с. 49

Світлова Ю.А

Харківський національний медичний університет

ВПЛИВ СТАТІ НА РОЗВИТОК УСКЛАДНЕНЬ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Як усім відомо, протягом усього життя ризик захворювання для чоловіків і жінок різний. Одним з найочевидніших прикладів є ішемічна хвороба серця. Це захворювання являє собою порушення кровопостачання міокарда. Воно викликане недостатністю кисню, що переноситься по коронарним артеріям. Окрім, гіпоксії тканини серця не отримують достатньої кількості поживних речовин.

У більшості випадків ішемічна хвороба серця призводить до раптової смерті. Вчені довели, проблеми з серцем у чоловіків молодшого віку виникають у 4–5 разів частіше, ніж у жінок того ж віку, а у чоловіків віком 68–80 у 2 рази частіше за жінок цього віку. Пов'язано це з наявністю в організмі жінки ряду гормонів, що перешкоджають розвитку атеросклерозу судин. При настанні менапаузи відбувається зміна гормонального фону, тому можливість розвитку ішемічної хвороби різко зростає.

На даний момент в рік в Європейському Союзі від інсульту вмирають близько 200 000 чоловіків, що в структурі загальної смертності становить 9%. Серед жінок цей показник дорівнює 300 000 в рік, або 12%.

Причинами розвитку ішемічної хвороби серця можуть стати:

1. недостатність енергетичного метаболізму клітин міокарда – кардіоміоцитів;
2. «оглушений» і «сплячий» міокард – форми порушення скоротливості лівого шлуночка у пацієнтів з ІХС, які мають минулий характер;
3. порушення систолічної та діастолічної функцій міокарда;
4. розлад функцій збудливості, провідності, автоматизму і скоротливості міокарда.

При цьому стані смерть пацієнта настає миттєво або протягом 6 годин від початку больового нападу або нападу серцебиття. Вважається, що до 70% випадків загибелі пацієнтів з ішемічною хворобою серця викликані даними ускладненням – гострою серцевою недостатністю при наявності таких факторів, як різні порушення серцевого ритму (особливо шлуночкові), гіпертрофія міокарда, прийом алкоголю.

Підбиваючи підсумки можна сказати, що аби запобігти ішемічної хвороби серця для чоловіків потрібно обмежити вживання жирної їжі (Так як чоловіки більш схильні до набору надмірної ваги. Жир вкриває внутрішні органи і кровоносні хляхи), не вживати алкоголь, кинути палити. А також проходити на прийом до лікаря 1 раз на 3 місяці. Жінкам потрібно контролювати гормональний фон, адже естроген – це жіночий гормон, який запобігає утворенню бляшок і тромбів. Завдяки правильному циркулюванню крові, вона достатньо насичена киснем, а тому міокард правильно функціонує. В якості заходів громадської профілактики треба проводити опитування місцевого населення віком від 55 років.

Сич Д.О.

Харківський національний медичний університет

НАСИЛЬСТВО ТА ЙОГО ВІДОБРАЖЕННЯ У ТВОРАХ УКРАЇНСЬКИХ КЛАСИКІВ

Україна, як і всі країни світу, переживала різні негативні соціальні процеси, що тягнули за собою такі ж негативні наслідки. Насильство є таким же давнім як і сама людська цивілізація. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, насильство – навмисне використання фізичної сили або влади, скоєне або у вигляді загрози щодо себе, іншої особи чи групи людей, наслідком якого є (або існує висока ймовірність) тілесні ушкодження, смерть, психологічна травма, відхилення в розвитку чи різного роду збитки. Найбільше, на жаль, від насильства страждають жінки та діти. У своїй роботі ми замислимося над проблемою насильства над жінкою. І над тим, як це відображається в

літературі, зокрема у творах Т.Г Шевченка, Панаса Мирного й Івана Нечуя-Левицького.

Усі чули приказку «Б'є – значить кохає». Однак слід подумати над цими словами. Чи маєють вона місце бути в наш час? Необхідно проаналізувати й зрозуміти, як ставилися до насильства 200–300 років потому та чи дійсно воно вважалося проявом кохання. Створення родини було найважливішою справою для молоді. Проте батьки навчали лише домогосподарству, та зовсім не давали порад щодо створення щасливої сім'ї. І звичайно ж, ніяких розмов про «звідки беруться діти» і репродуктивне здоров'я не проводилося.

Головним споглядачем щодо виконання чинних норм моралі була громада. До дівчат висували дві важливі вимоги «чистота» до шлюбу, і діти лише в зареєстрованих стосунках. У разі невиконання цих постулатів дівчина ставала не лише об'єктом презирства, а й фізичних знущань. Жінку, що мала дитину поза шлюбом, зневажливо називали покриткою. Що найгірше, такі дівчата ставали предметом ненависті й свого чоловіка, і навіть усієї родини. Не можна не згадати найвідомішу героїню творів Тараса Григоровича Шевченка з твору «Катерина». Катерина відчула на собі осуд громадськості: «Матері глузують,

Що москалі вертаються

Та в неї ночують» та цькування з боку родини. За усталеними традиціями батьки вимушені вигнати дівчину з дому:

«Іди ж, шукай

У Москві свекрухи...

До нас не вертайся!»

Зрештою, після жебракувань та поневірянь Катерина зустріла свого нареченого, та йому не була потрібна ні вона, ні їх син. Героїня втопилася з горя, а дитина залишилася сиротою. У одній із своїй найвідоміших робіт як в поетичному, так і в художньому планах Т.Г. Шевченко писав з любов'ю про нещасну долю цієї дівчини та співчував їй. На мою думку, ця поема могла б стати поштовхом до розмови між старшим та молодшим поколінням щодо необхідності лояльності та допомоги полишеним жінкам-одначкам, адже, як писав Кобзар: «Все йде, все минає-і краю немає» («Гайдамаки»). Справді, з тих часів багато чого змінилося й, на щастя, у кращий бік. Ураховуючи те, що згадали поему «Гайдамаки», одразу хочеться сказати про долю «неукраїнських» дівчат, які стають предметом помсти за гріхи своїх предків. Більш того, це стосується навіть їх дітей. Головний герой – Гонти, мусив зарізати своїх синів через те, що їх мати була католичкою. Знову ж таки, думка оточуючих та суспільні цінності витісняють на друге місце такі важливі речі як батьківську любов та звичайну людяність. Продовжив тему насильства Панас Мирний у соціально-психологічному романі «Повія». Його тему зазвичай визначають як моральне падіння і трагічна доля селянської дівчини-наймички в умовах буржуазного суспільства другої половини XIX століття. Однак у творі демонструється бажання чоловіка покарати жінку за те, що вона порушила норми поведінки. Поведінка героїні цілком очевидна: неосвіченість, незнання свої прав та сприйняття страждань як належне – усе це призвело до фатальних наслідків. Панас Мирний засуджував не вчинки героїнь свого твору – Христі, Мар'ї та Марини, а суспільний лад, який надає такі безперспективні та обмежені можливості дівчатам, що народилися в неволі. Сьогодні, аби виховувати нульову

терпимість до насильства над жінкою, необхідно ставити під сумнів вчинки та поведінку героїв тих чи інших творів. Насильство має залишатися лише на сторінках українських класичних творів та слугувати антиприкладом поведінки. Адже сучасні українські родини у ХХІ столітті будуються на засадах гендерної рівності, тож насильству там просто немає місця.

Смирнова В. И.

Харківський національний медичний університет

ЗНАЧЕНИЕ ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ В СФЕРЕ НАВЫКОВ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКВОЗЬ ПРИЗМУ АРХЕТИПИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ КЛАССПЕКТОВ

К 21 веку было сделано многое для борьбы с гендерными стереотипами, но не так уж и редко подростки слышат типичные комментарии: «Не женское (не мужское) это дело», – о самых разных хобби или профессиях. Вдумайтесь: точно так же считали мужчины о женщинах на заводах, пока Вторая мировая война не заставила последних доказать свою состоятельность в столь тяжком труде, а ведь с тех пор прошло столько времени! Особое влияние подобное отношение к труду и профессиям оказывает на молодых людей в период выбора профессионального пути, порой отвращая их от интересующих и любимых ими направлений, что повышает сомнения в самих себе и негативно воздействует на самооценку. Однако так ли безосновательны заявления по типу «куколки для девочек, машинки для мальчиков» в сфере профессий? В данной работе мы проверим это, используя литературные архетипы.

Существует огромное множество архетипов мужского и женского, но для проверки вышеупомянутых утверждений нужны образы, что непосредственно связаны с профессиональной деятельностью. Именно поэтому система класспектов, встречающаяся в работе Эндрю Хасси «Homestuck», была выбрана для решения этой задачи. Если вкратце, архетипы этой системы состоят из классов, которые описывают структуру навыков и аспектов, что определяют сферы, в которых этот навык проявляется. А ведь навыки и составляют основу будущих профессий. Большинство поклонников «Homestuck» сходятся во мнении, что классы разделены по гендерному признаку: одни можно присуждать только мужчинам (архетипы Принца, Пажа и Барда), другие – исключительно женские (Ведьма, Дева и Сильф), а некоторые являются гендерно нейтральными (Маг, Провидец, Разбойник, Вор, Рыцарь, Наследник).

В целях исследования определялось соответствие архетипов 120 опрошенных их биологическому полу. Участие принимали 64 женщины и 56 мужчин. По результатам опроса подсчитывалась встречаемость всех трёх типов классов по группам опрошенных одного пола и средняя по общему количеству. Анализ результатов показал: чаще всего среди женщин и мужчин встречаются гендерно нейтральные классы (51,6 и 57,5 % соответственно; 54,3 % в среднем). На втором месте – совпадающие с полом опрошенных (35,9 и 32,3 %; 34,2 % в среднем), а реже всего – несовпадающие с биологическим полом (12,5 % и 10,2%; 11,4 % в среднем). Какие же из этого следуют *выводы*?

Во-первых, не существует профессиональных навыков, которые встречались бы только у представителей одного пола, поэтому делить профессии на «исключительно мужские или женские» нельзя.

Во-вторых, биологические особенности влияют на задатки к определённым видам деятельности, облегчают овладение навыками, но ни в коем случае не определяют наличие этих самых способностей. Кто-то мог бы воспринять столь малый процент классов, не соответствующих полу, как подтверждение «ненормальности» этого явления, но, скорее всего, всё упирается в вышеупомянутые врождённые задатки, а также в роль воспитания и собственно практики в непосредственной профессии. В конце концов, мастерами не рождаются, а становятся.

Очевидно, насколько же бессмысленны стереотипы в профессиональной деятельности! Они не соответствуют реалиям нашей жизни, являются проявлением неуважения к человеку другого пола, не облегчают самоопределение никому из нас и даже ограничивают нашу самореализацию, отдаляя людей от того, что для них по-настоящему важно и ценно. Поэтому лучше отказаться от стереотипов и сделать шаг навстречу свободе личности в профориентации.

Литература:

1. Баскакова М. Е. Равные возможности и половые стереотипы на рынке труда. – М., 1998.
2. Andrew Hussie. Homestuck, Book 4: Act 5 Act 1 [Text] / Andrew Hussie. – San Francisco: VIZ Media LLC, 2019. – 480 p.

Соколова О.Г.

Харьковский национальный медицинский университет

СЕКСИЗМ КАК ИДЕОЛОГИЯ И ПРАКТИКА

Сексизм – это идеология и практика дискриминации по признаку пола (гендера).

С самого первого дня жизни человека, мальчикам и девочкам прививают определённые стереотипы. Например, если в семье родилась девочка, то в детстве она должна соответствовать определенным требованиям: играть в куклы, быть нежной и спокойной, носить одежду характерных цветов и моделей. Таким же образом стереотипы прививаются и детям мужского пола. Мальчик должен быть сильным, терпеливым, играть с машинками и оружием, может иметь «здоровую агрессию». В результате большая часть людей играет свои роли всю жизнь, а в обществе выстраивается социальное неравенство, которое превращается в дискриминацию по признаку гендера. Несмотря на то, что в нашем законодательстве предусмотрены равные возможности профессионального развития, большинство женщин, имея высокий уровень образования и трудовой потенциал, предпочитают реализовывать себя в типичных «женских» сферах деятельности: бухгалтерия, искусство, образование, туризм, ресторанный бизнес. Наименьшее количество женщин задействовано в таких направлениях как информационные технологии (15%), строительство и недвижимость (13%), производство и технологии (9%), антикризисное управление (13%). Политика и наука являются для женщин практически «закрытой зоной доступа». Так, среди депутатов Верховной Рады женщин – 12%, а Национальная академия наук Украины насчитывает всего 1% академиков среди женщин. Несмотря на то, что работающих женщин с высшим образованием больше, чем мужчин, в большинстве отраслей они занимают более низкие должности. Пенсионный возраст женщины на 5 лет меньше, соответственно пенсия будет ниже, так как количество проработанных лет и уровень зарплаты отразятся на пенсионном отчислении.

Многие предполагают, что гендерная дискриминация затрагивает в основном женщин, но это мнение ошибочно. Мужчины от гендерного неравенства страдают не меньше. При этом мужчины дискриминируются мужчинами, как следствие привилегий, которые им предоставляет «патриархат». Тяжелым последствием устоявшихся стереотипов является роль мужчины в семье, которая сводится к «добыче» материальных благ, а забота и уход за ребенком нивелируется. При расторжении брака детей в 97% случаев отдают матери. Мужчины, как правило, согласны с таким решением вопроса, потому что обществом прививается мнение о том, что женщина для этой роли подходит больше. Декретный отпуск, больничный (по уходу за ребенком) используют только 2% мужчин. В классификаторе профессий часть названий должностей медицинских работников прописаны только в женском роде. В Уголовном кодексе Украины по отношению к мужчинам применяются более жесткие меры наказания. Мужчина не может быть жертвой сексуального насилия. В Украине на государственном уровне не создаются программы по сохранению мужского здоровья (профилактический урологический осмотр, борьба с раком простаты, ранняя импотенция).

Таким образом, обеспечение принципа равных прав и возможностей женщин и мужчин во всех сферах жизни приведет к развитию демократических и гуманистических принципов в стране и станет толчком к более активному развитию гражданского общества.

Список использованной литературы:

1) Головченко Т. Под каблук. Мониторинг СМІ. – Режим доступу до статті: http://wcu-network.org.ua/ua/possessing-equal-rights/article/pod_kabluk.

2) Миколук О. Зачем нам гендер? УКРРУДПРОМ. – Режим доступу до статті: <https://www.ukrudprom.ua/digest/dfrtghthghh230908.html>.

3) Социология и медицинская социология: учебно-метод. пособие/Ю.С. Седая, О.А. Марущенко. – Харьков: ХНМУ, 2012. –70 – 86 с.

Стоян А.О.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

У ХХІ ст. науково доведено, що психосоматичні розлади необхідно розглядати як суто жіночу форму психічної патології. У деяких випадках аналіз психосоматичних захворювань відхиляє причетність чоловіків до даного типу патологій взагалі. Зародження гендерних відмінностей у розвитку психосоматичних захворювань починається з розуміння сутності чоловіка та жінки у повсякденному житті. Ідеальному образу чоловіка притаманні наступні риси характеру: активність, висока мотивація, сміливість, сексуальність. Жінка, навпроти, має бути ніжною, завжди піклуватися про рідних та пригнічувати зайвий прояв надмірних емоційних сплесків. З цієї сторони, постійна необхідність стримувати більшу частину емоцій призводить до того, що жінки частіше відчувають стан стресу та фрустрації, що призводить до розвитку первинних психосоматичних розладів. Існують біологічні (гормональні) відмінності між чоловіками та жінками, які обумовлюють переважання високої частоти розвитку психосоматичних захворювань у жінок. Тригерами можуть слугувати погіршення настрою та тривожні розлади.

Також на розвиток психосоматичних захворювань у жінок впливає соціальна адаптація та загальний вплив соціальних факторів. Наразі, виділені 2 психосоматичні синдроми, які вважаються високо специфічними саме для жінок: нервова анорексія та соматизований розлад. Нервовою анорексією страждає у 25 разів більше жінок, ніж чоловіків. Найбільш характерними особливостями цього синдрому є нав'язливе прагнення мати струнку фігуру. Велике прагнення жінки до виконання цього завдання та суперечливість вимог створює високе нервове напруження. У 10% чоловіків також був зафіксований розвиток даного синдрому, який супроводжувався в рамках шизофренії, що вказує на неможливість розглядання цього захворювання, як типового прикладу психосоматичного розладу. Нервова анорексія зазвичай виникає у підлітковому віці та може підкріплюватися соціальною дезадаптацією підлітка, що є основною передумовою розвитку психосоматичного захворювання.

Більш розповсюдженим є соматизований розлад. Цей синдром зустрічається у 1–5 % жінок (у чоловіків відсутній). У розвитку соматизованого розладу велику роль відіграють природні сексуальні переживання жінок і особливості їх емоційної сфери та переживань. Сам термін «соматизований розлад» складається з 3 основних частин: соматизація психічної травми; синдром, незрозумілий з точки зору біологічної медицини; синдром, що виражається в необґрунтовано високому рівні тривоги з приводу звичайних фізичних відчуттів. Взагалі, соматичний розлад розглядається з приводу психодинамічного підходу.

У наш час основною концепцією розвитку психосоматичного захворювання у жінок є розвиток ранньої травми. Рання травма, відповідно до психоаналітичного підходу, викликає значні психологічні розлади. Ця концепція обмежує сензитивний період для розвитку соматизованого розладу раннім дитинством, ігноруючи той факт, що подібний синдром може вперше з'явитися у дорослої людини. Стверджується, що синдром соматизації пов'язаний з одиничною (хоча і дуже сильною) травмою, при цьому ігноруються перманентно впливаючі на індивіда фактори (тяжка хвороба одного з членів сім'ї, особливості сімейного укладу).

Таким чином, для більш точного розуміння гендерної специфіки психосоматичних розладів необхідно враховувати не тільки фактор соціального тиску, але і наявність специфічних для жінок способів встановлення контролю над життям і особливостей атрибуції відповідальності.

Стукалкіна Д.С., Феськова А.О.

Харківський національний медичний університет

УЯВЛЕННЯ ПРО ПОНЯТТЯ НЕЙРОСЕКСИЗМУ

Нейросексизм (дискримінація через належність до певної статі або гендерної ідентичності на нейропсихологічному рівні) починається з вислова психолога Густава Ле Бона, який у 1895 році, використовуючи портативний цефалометр, заявив, що жінки «уособлюють собою найнижчий щабель еволюції людини», і продовжується навіть сьогодні. Науковці намагаються пов'язати відмінності чоловічого і жіночого мозку із диференційованим впливом гормонів у процесі розвитку *in utero*, що є наслідком «маскулізації» і «фемінізації» окремих частин мозку, а також відмінностями латералізації. Слід зазначити, що останнім часом проглядається тенденція пошуків не доказів «неповноцінності» жінок, а їх «взаємодоповненості» з чоловіками. Звідки і випливає така думка, що у перших мо-

зок налаштований здебільшого на емпатію та інтуїцію, коли в других – на розум та дії. На цю тему була написана достатня кількість робіт і наразі існує багато спроб емпіричним методом підтвердити це, але більшість з дослідів носять псевдонауковий характер через їхнє неправильне проведення, слабкий контроль та таку ж статистичну значимість. Тому, слід більш детально ознайомитися з відомими працями, щоб знайти відповідь на питання: «А чи справді мозок чоловіка та жінки відрізняється та чи дає це право стверджувати про відмінність у схильностях і розумових здібностях представників обох статей?».

Так, з виникненням і розповсюдженням МРТ, науковці різних країн намагалися дійти до більш конкретних висновків. Наприклад, у 2014 році вчені з Університету Пенсільванії працювали над досить широко розрекламованим дослідженням, висновком якого було те, що у жінок нейров'язки здебільшого знаходяться між півкулями, а у чоловіків – всередині них. Начебто з'явилися підстави вважати цей «факт» є потенційною причиною відмінностей. Проте, ніхто не враховував зміни, пов'язані з підлітковим віком, або з розміром мозку. Такий ракурс дослідження зменшує різницю в оцінці мозку жінки та чоловіка.

Не можна погодитися також з кількісною вибіркою досліджень, на основі яких робляться висновки. Так, у 2005 р. вчені з Каліфорнійського університету стверджували, що у чоловіків в 6 разів більше сірої речовини, а у жінок в 10 – більше білої. В експерименті брали участь лише 21 чоловік та 27 жінок, об'єми мозку не були враховані, а була досліджена лише кореляція між IQ та показниками мозкових речовин, що не є підставою для правильності такої думки. До того ж, опоненти цього дослідження стверджують, що якби це було б правдою, то у жінок розмір голови, був би приблизно у півтора рази більший за чоловічий мозок.

Звернемося до висновків інших опонентів. Однією з прихильниць ідеї про рівність гендерів на нейропсихічному рівні виступає когнітивний нейробіолог Джина Ріппон. На її думку, не існує суттєвих відмінностей між мозком чоловіка і жінки щодо якості, специфіці обробки інформації та нейронного улаштування. А філософ Корделія Файн відзначає, що пояснення на зразок «гірший результат у вирішенні того чи того завдання жінкою зумовлено іншим типом мозкової реакції» ходять по колу та не можуть дати повноцінного пояснення. Якщо і дійсно спостерігається певна відмінність у виконанні одного завдання, то цілком можливо, що при цьому по-різному активуються структури мозку. Але це не пояснює, що дані відмінності залежать від гендерної приналежності. Вони, скоріш за все, є тільки кількісними та обумовленими соціальними, а не генетичними або біологічними факторами.

Це означає, що мозкова діяльність сама по собі не може бути фінальною ланкою причинно-наслідкового ланцюга. Тож, суттєві відмінності у будові мозку та нейрологічній сфері, які б впливали на когнітивні здібності та на прихильності обох статей, наразі спростовуються. Усе вищесказане говорить нам про те, що проведені нейробіологічні дослідження мають низку методологічних та, звичайно, філософських протиріч, які призводять до подальшої дискусії. Для підтвердження окремих гіпотез та стереотипів потрібно провести більш якісні дослідження. Саме через це будь-які висновки про суттєві вроджені відмінності між чоловічим і жіночим мозком є, щонайменше, передчасними. Сьогодні доцільно погодитися з думкою тих дослідників, які вважають, що мозок не є більш гендерним, ніж печінка чи серце.

СУЧАСНА УКРАЇНСЬКА МОВА

ЯК ВІДОБРАЖЕННЯ АКТУАЛЬНОСТІ ГЕНДЕРНОГО ПИТАННЯ

Розвиток і становище мови значною мірою залежать від процесів, що протікають у суспільстві. У мові відображається розшарування суспільства за класовою, майновою і професійною ознаками. Це позначається на використанні мови, функціонуванні професійної термінології, діалектів, жаргонів, аргю тощо. В українській мові існують мовні засоби, які сприяють «розчиненню» жінки. «Загальний» чоловічий рід виявляється не тільки в іменниках назвах осіб, а й у цілій низці мовних елементів. Спостерігається явище, коли загальний чоловічий рід застосовується для позначення і жінок, і чоловіків, коли за початкову точку в мові приймається чоловік, це називають андроцентризмом (від грецької *andros* – чоловік). І саме це властиве українському суспільству. У випадках, коли хочуть наголосити, що це жінка, уживають: жінка-поліцейський, жінка-політолог. Щодо історії появи фемінітивів: на початку ХХ століття, економічні та політичні процеси в суспільстві сприяли опануванню нових професій жінками, тому кількість жіночих найменувань закономірно зросла. На хвилях українізації й експансії жінками багатьох галузей промисловості та науки фемінізовані назви потрапляють до словників. Наприклад, чималу їх кількість можна зустріти в Російсько-українському словнику А. Кримського: мулярка, делегатка, інструкторка, виборниця, законодавиця, заступниця, виконавиця. Реформовані іменники рясніють у Словнику української мови авторства професора Д. Яворницького: еретниця, євангелитка, злочинниця, та ін. У сучасному україномовному суспільстві часто можна почути таку думку, начебто більшість фемінітивів не є властивими для української мови. Але сама структура мови дає нам можливість утворювати фемінітиви за допомогою суфіксального способу: найпоширенішими та ефективними суфіксами в українській мові є -К-, -ИЦ-, -ИН-.

- суфікс – К-, саме за його допомогою утворюється більшість фемінітивів: депутатка, лікарка, скульпторка, журналістка, діячка, мулярка і т.д.

- суфікс –ИЦ- додається до основи маскулінної форми на –(н)ик, -ець: відмінниця, спадкоємиця, виконавиця, засновниця, переможниця;

- суфікса –ИН- додається і до основ на –ець: виборчиня, мисткиня, фахівчиня, і до основ на приголосний: шефиня мовчиня, членкиня)

Процесом словотвору та фемінізації займається гендерна лінгвістика (лінгвогендерологія) – розділ лінгвістики, що вивчає мовний аспект гендеру як явища. Цей напрямок лінгвістики має значні перспективи розвитку. Як наслідок розвитку гендерної лінгвістики ми отримаємо гендерно чутливу мову - мову, позбавлену андроцентризму, сексизмів і будь-яких інших дискримінаційних форм. Мовні норми описують форму напрямку мислення нації, тобто зневажати важливістю лінгвістичної реформації не варто. Гарним прикладом вдалого гендерного реформування мови може слугувати процес фемінізації німецької. Впровадження гендерно толерантної мови в усі сфери життя відбулося з одночасним урегулюванням інших сфер життя за принципом гендерної рівності.

Фемінітиви – це не данина моді. Свідоме застосування фемінітивів, говорить нам про те, що мовчиня чи мовець толерантні до проблем гендерної рівно-

сті і визнають взагалі їх існування. Тенденції, які можна спостерігати в сучасній українській мові, невблаганно свідчать про зміни. Насамперед, тенденцію до збільшення фемінних найменувань засвідчує риторика українських засобів масової інформації, художньої і наукової літератури, а також озвучених українською мовою фільмів.

Сичова Я.В.

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ ЯК ЧИННИК ЗМЕНШЕННЯ РІВНЯ КОРУПЦІЇ У ПАТРУЛЬНІЙ ПОЛІЦІЇ В УКРАЇНІ

Створення нової поліції вважається найбільш успішною реформою 2015 року, що спрямована на викорінення корупції та беззаконня з правоохоронної системи України. Простежується відчутне зростання кількості жінок у патрульній поліції, що обумовлює актуальність зазначеної теми.

Представляється, що саме введення жінок у склад патрульної поліції призвело до позитивних змін після реформи поліції – значного зменшення рівня корупції [1]. На сьогоднішній день загальна кількість жінок в українській поліції складає близько 25% [5]. За результатами дослідження «Корупція очима жінок і чоловіків», здійсненого в рамках проекту «Прозорість і доброчесність публічного сектору», що виконувався Програмою розвитку ООН в Україні та фінансувався Міністерством закордонних справ Данії протягом 2015–2018 рр., серед 20 найбільш корумпованих суспільних інститутів населення України назвало поліцію та дорожню поліцію. Так, 67% населення (62% жінок і 67% чоловіків) України вважає, що поліція корумпована. Також 56% населення (53% жінок і 56% чоловіків) України вважає, що дорожня поліція корумпована [2]. Це поставило дані суспільні інститути, відповідно, на 9 та 13 місця з 20.

Зазначене дослідження довело, що жінки більше страждають від корупції. Можливо, цим пояснюється, що автором ідеї створення патрульної поліції в Україні стала жінка – Ека Згуладзе. Закон України «Про Національну поліцію» містить гендерну компоненту: у діяльності поліції забороняються будь-які привілеї чи обмеження за ознакою статі [3, ст. 7, 49], не допускається дискримінація жінок через вагітність, наявність дітей віком до трьох років, а також дітей із інвалідністю віком до 14-ти років, через статус «одинок мати» [3, ст. 65]. Одним із суттєвих змін у складі патруля стала необхідність наявності жінки у патрульній машині, щоб при необхідності поверхневу перевірку здійснювали поліцейські відповідної статі [3, ст. 34]. Першою Головою Національної поліції стала жінка Хатія Деканоїдзе (05.11.2015 – 16.11. 2016 р.). Кожний патрульний має нагрудну камеру, що унеможливило корупційні дії.

Експертка з гендерних питань МЦПД Олена Захарова зазначала, що правоохоронець-чоловік часто бачить свою роботу як «владний контроль», у той час як жінка – як «громадську службу» (public service). Вона розповіла про наступні переваги роботи жінок в поліції для суспільства: жінки менш схильні безпідставно застосовувати силові методи та перевищувати застосування сили; мають такі ж самі компетенції, як і їхні колеги-чоловіки; більш схильні застосовувати стиль патрулювання, спрямований на задоволення потреб громади; мають більше можливостей та більше включені у подолання насильства проти жінок і домашнього насилля; залучення жінок-поліцейських до роботи у

поліцейських департаментах впливає на зниження рівня гендерної дискримінації всередині установ та гендерних упереджень серед самих співробітників; присутність жінок-поліцейських у поліцейських департаментах позитивно впливає на усіх співробітників [4].

Отже, жінки-поліцейські підвищують довіру до правоохоронної системи, дозволяють зробити її менш корумпованою, сприяють запобіганню ескалації конфліктів і насильства, стають запорукою прозорості силового сектору, перетворення всієї системи Міністерства внутрішніх справ у цивільне відомство європейського типу з урахуванням європейських демократичних стандартів. Досягнення гендерної рівності сприятиме зменшенню рівня корупції у патрульній поліції в Україні.

Список використаних джерел

1. Експерти назвали головні досягнення і провали реформи поліції [Електронний ресурс] // Сьогодні [газ.]. – 2018, 22 серп. – Режим доступу : <https://ukr.segodaya.ua/ukraine/eksperty-nazvali-glavnye-dostizheniya-i-provaly-reformy-policii-1164210.html>

2. Корупція очима жінок і чоловіків [Електронний ресурс] : Дослідження та Звіт у рамках проекту «Прозорість і доброчесність публічного сектору», який виконується Програмою розвитку ООН в Україні. – Режим доступу : https://update.com.ua/zhizn_tag/koruptcia-ta-genderna-nervnst_n4218/

3. Про Національну поліцію [Текст] : Закон України від 2 липня 2015 року № 580-VIII зі змінами від 04.10.2018 № 2587-VIII // Відомості Верховної Ради. – 2015. – № 40-41. – Ст. 379.

4. Силкові відомства і гендерна рівність: якою є роль жінки у реформованих та nereформованих органах правопорядку [Електронний ресурс]. – режим доступу : <http://icps.com.ua/sylovi-vidomstva-i-enderna-rivnist-yakoyu--rol-zhinky-u-reformovanykh-ta-nereformovanykh-orhanakh-pravoporyadku/>

5. У поліції розповіли про гендерні стереотипи у правоохоронних структурах України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.unn.com.ua/uk/news/1720750-u-politsiyi-rozpovili-pro-genderni-stereotipi-u-pravookhoronnikh-strukturakh-ukrayini>

Смицька В.Г., Лобода К.Г.

Національний фармацевтичний університет (НФаУ)

ДО ПРОБЛЕМИ ГЕНДЕРНОЇ ПОЛІТИКИ СРСР У 30-Х РОКАХ ХХ СТОЛІТТЯ

До кінця 20-х років ХХ ст. у СРСР стати міськими мешканцями прагнули одиниці. Це було зумовлено тим, що на селі було легше годувати родину. Проте голодомор 30-х рр. радикально змінив ситуацію. Це, перш за все, стосувалося молоді: хлопці йшли до армії, де їх забезпечували харчами, одягом, а через рік вони мали право залишитись за місцем служби і не повертатися до села. Це спричинило гендерний дисбаланс на селі. Тому й не дивно, що дівчата саме з початку 30-х років активно себе реалізовували саме в сільському господарстві.

У цей час популярною була Паша Ангеліна, котра розпочала свою «кар'єру ударниці» у Старобешевському районі на Донбасі. У 1930 р. її висунули на курси трактористів. Вона взяла участь у соцзмаганні ударних бригад. У 1933–1934 рр. результат її був 128 % плану. Та навіть такого результату вияви-

лося достатньо, щоб наприкінці 1934 р. вона опинилася на II з'їзді колгоспників-ударників у Москві, де Паша дала першу з багатьох обіцянок Сталіну щодо руху ударниць. Аналізуючи біографії інших орденоносців, можна зазначити, що сплеск стаханівських методів роботи в сільському господарстві розпочався наприкінці 1935 р. й досяг піку на момент проведення Всесоюзних сільськогосподарських виставок. Участь у цих виставках мала сенс не тільки морального заохочення, а й матеріального стимулу: диплом першого ступеня – 10000 крб. та автомобіль, а другого – 5000 карбованців і мотоцикл.

Рух «ангелінців» вийшов за межі Донбасу. Наприклад, у с. Великоолександрівка Казанської округи (сучасна Миколаївщина) в 30-х роках приклад Анеліної наслідували 100 дівчат, а за комбайни сіли 82 жінки, ще 25 стали водіями. У Баштанському районі поблизу Миколаєва трактористка М. Рижик у 1938 р. посіла перше місце у Всесоюзному соціалістичному змаганні. Почасти завдяки такому активному залученню жінок до механізації сільського господарства зросли й доходи колгоспниць. У загальному фонді трудоднів, що виробляла вся родина колгоспника, на долю жінки припадало від 23 % до 46 %.

У заідеологізованій тогочасній пресі інформація з жіночої історії соцзмагань була рідкісним винятком: серед передовиків та ударників було чимало жінок, і про них активно писали. На Чернігівщині жінки вели перед у цій сфері: першою робітницею-стахановкою була Г. Охріменко, буряківниця М. Сартісон стала однією з перших «тисячниць», бригада комсомолки О. Малукало встановила рекорд щодо вирощування пшениці; уславилася своїми здобутками і доярка та бригадир тракторної бригади М. Костюченко. У цей час з'явився феномен ланкової М. Демченко з Київщини, за якою закріпився цифровий маркер успіху, а саме «рух п'ятисотниць», тобто 500 центнерів буряків з гектару. Проте цей рекорд було побито Н. Балабаєнко, ланковою-стаханівкою Бахмачанського району на Чернігівщині, котра зібрала 1096 центнерів буряків з гектару. Проте цей рекорд пройшов непоміченим, бо «символ» було вже обрано – М. Демченко. Новий рекорд урожайності цукрового буряку, а саме 1 тис. центнерів з гектару, започаткувала ланкова М. Пилипенко з Лозівського району на Харківщині, яка зібрала 1049 центнерів з гектару. У 1936 р. цей рекорд змогли подолати 50 ланок.

Цілеспрямоване конструювання «правильних» біографій ударниць і стахановок було націлено на презентацію успіху «сталінської революції». Пропаганда 30-х років ХХ ст. прагнула надати саме рокам першої п'ятирічки як вирішальному періоду остаточного «звільнення» радянських жінок. Проте вдавана так звана нова «хронологія революції», насправді, була хронологією катастрофи режиму, бо це була політика загравань із жіночою частиною населення. Тому і з'явилися нові профеміністичні форми діалогу між владою і жіноцтвом, а «жіноче питання» як було, так і залишилося «візитівкою» СРСР.

Література:

1. Вороніна М.С. П.Ангеліна, М.Демченко та ін.: українська еліта 1930-х чи ні? // Наук. праці істор. фак.-ту ЗНУ. – Запоріжжя, 2014. – Вип. 38. – С.157-161.

ВПЛИВ ЧИННИКІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я

Навколишнє середовище – це частина зовнішнього середовища, що оточує людину, підтримує її існування, створює умови для діяльності та суспільних відносин [3]. Найважливішою складовою загального здоров'я кожної конкретної людини, кожної родини і суспільства в цілому є репродуктивне здоров'я.

Чинники навколишнього середовища мають ефективно впливати на здоров'я людини, забезпечувати нормальний перебіг усіх функцій і процесів її репродуктивної системи. Навіть за відсутності антропогенного впливу репродуктивне здоров'я людини залежить від багатьох абіотичних і біотичних факторів [2].

Сплески сонячної активності, великі дози ультрафіолетового випромінювання призводять до ослаблення імунітету, підвищення агресивності патогенів. Із кліматичними й метеорологічними факторами пов'язані функціональний стан і захисні реакції організму. Нестача або надлишок у довікеллі хімічних елементів і речовин негативно відбивається на репродуктивній системі людини. Наприклад, дефіцит йоду, кальцію, заліза може призвести до розладу функціонування всієї складної репродуктивної системи жінки, яка забезпечує реалізацію генеративної діяльності.

До найважливіших біотичних факторів, які впливають на репродуктивне здоров'я людини, належать ті з них, що визначають санітарно-епідеміологічну ситуацію. Однією з найбільш актуальних проблем є інфекції вірусної природи, оскільки відіграють важливу роль у порушенні репродуктивної функції, розвитку захворювань у матері, плода, новонародженого немовля і дітей молодшого віку. Дослідження епідеміологів, паразитологів, медиків свідчать, що сьогодні збільшується ймовірність виникнення несподіваних епідеміологічних ситуацій через антропогенні зміни природного середовища й зростає кількість інфекційних захворювань [1].

Такі антропогенні порушення біосфери як хімічне, радіоактивне та бактеріологічне забруднення повітря, води, ґрунту й продуктів харчування, а також фізичні забруднення середовища спричинюють в організмі людей генетичні зміни та тяжкі патологічні явища. Це призводить до збільшення захворювань репродуктивної системи, спадкових хвороб, народження неповноцінних дітей, виникнення лейкозів і злоякісних пухлин [2]. Серед чинників, що створюють мутагенний тиск на людину, можна назвати отрутохімікати, пральні і косметичні засоби, а також лікарські препарати.

Медико-генетичними дослідженнями встановлено, що від тривалого забруднення природного середовища в апараті спадковості людини поступово накопичуються негативні генетичні зміни. За ступенем хімічної небезпеки повітря посідає перше місце. Надходження у довікелля значних концентрацій свинцю веде до порушення репродуктивної функції жінок: збільшується ризик спонтанних викиднів і дострокових пологів. Під впливом оксиду вуглецю порушується розвиток плоду у вагітних жінок, відмічається гіпоксія.

Таким чином, проблема взаємин людини і природи, гармонія між суспільством і навколишнім середовищем є актуальною, оскільки здоров'я населення залишається єдиним критерієм доцільності і ефективності усіх без винятку

сфер діяльності людини. Від того, наскільки сьогодні вдається зберегти основні природні параметри, що забезпечують повноцінне життя, залежить насамперед стан здоров'я нинішнього і майбутнього поколінь.

ЛІТЕРАТУРА

1. Тимченко О. І. Загрози для здоров'я населення від впливу антропогенних чинників та можливості їх попередження. – К., ІГМЕ АМН України, 2005.

2. Березіна Н., Ворник Б., Галустян Ю. та ін. Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків України. – Київ., 2004.

3. Основи екології: підручник / Я.Б. Олійник, П.Г. Шищенко, О.П. Гавриленко. - К. : Знання, 2012. – 558 с.

Тернопіль Ю. А.

Харківський національний медичний університет

ПОДРОСТКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ И РИСКИ

Среди социальных проблем нашего времени одной из ключевых является ситуация с незапланированными беременностями у девушек-подростков. Данное явление характерно, прежде всего, для стран с низким уровнем социальной защиты населения. Ранняя беременность состоит из множества рисков: социально-этических, медико-демографических и гендерных. Население нашей страны демонстрирует низкую сексуальную культуру и образованность, поэтому подростковая беременность – это актуальная тема, которая должна обсуждаться.

Одной из основных гендерных проблем подростковой беременности следует считать проблему «беременность-материнство». Психолог и писатель Г.Г. Филиппова выделяет шесть этапов формирования материнских чувств и роли матери в сознании женщины. Первые четыре аспекта – это становление чувства материнства до первой беременности. Первый этап – связь девочки-младенца с родителями (до трёх лет). Второй – игры в «дочки-матери»: дети копируют поведенческие реакции своих родителей и стараются подражать их гендерным ролям (до пяти лет). Третий – уход за младшими братьями и сёстрами и получение от этого позитивных эмоций. Четвёртый – разделение материнской и половой сферы (с тринадцати лет и до первой беременности). Девушка, которая не прошла эти четыре этапа, совершенно не может развить в себе чувство материнства к своему ребёнку. В этом и заключается главная проблема малолетних мам: они часто не завершают четвёртый этап, а иногда даже и не начинают.

Кроме отсутствия гендерной и духовной зрелости, к факторам, оказывающим пагубное влияние на становление чувства материнства, следует отнести сложные отношения в семье девочки-подростка, неприятие своей женской стороны, сложности во взаимоотношениях с матерью, негативное отношение к своей ролевой принадлежности. Этап осознания роли матери обостряет все противоречия, которые, так или иначе, возникают в сознании женщины. Особенно это выражение подходит к конфликтам гендерного плана (неприятие женской стороны, расхождения ожиданий окружающих и желаний женщины, наличие ценностей маскулинного типа).

Выделяют две группы возможных рисков и последствий незапланированной подростковой беременности: медико-демографические и социально-этические. К первой группе относят тяжёлую родовую деятельность в связи с недоразвитостью костной системы; выкидыши; гипоксию плода; проблемы с ЦНС; послеродовую депрессию и отказ от ребёнка. Социальные-этические риски также устрашают. Первый – это отсутствие образования у матери-подростка. Чаще всего эти девушки не могут закончить даже школу, а в заботах о ребёнке теряют всякую надежду учиться после получения среднего образования. Кроме того, давление общества вызывает у девочек-подростков чувство стыда, вины, опустошённости и озлобленности на весь мир. Присутствуют суицидальные риски. Семьи, которые возникают из-за незапланированной беременности, зачастую, не могут долго существовать и разваливаются на глазах подрастающего ребёнка, заставляя его чувствовать вину за страдания матери и отца. Третий риск – это всестороннее осуждение знакомых, отказ от принятия в свою общность друзей и отсутствие поддержки родителей. Многих малолетних мам ожидает одиночество и отсутствие личной жизни, ведь не каждый мужчина готов принять женщину с ребёнком.

Таким образом, подростковая беременность – это комплексная проблема, которая имеет социально-этические, медико-демографические и гендерные аспекты. Необходимы массовое введение уроков полового воспитания в школах, психологическая поддержка молодых матерей и их семей, просвещение людей в вопросах толерантности и терпимости.

Тищенко Андрій

Черкаський державний технологічний університет

ГЕНДЕРНІ КВОТИ У ПОЛІТИЦІ: ПЕРЕБІЛЬШЕННЯ ЧИ НЕОБХІДНІСТЬ?

У сучасному політичному просторі, зокрема в багатьох партіях європейських держав, поширена практика запровадження квот для жінок у партійних списках. Одними з перших їх почали запроваджувати соціал-демократичні партії в Західній Європі. Такі квоти (20%, 30% або й 40%) формуються на основі ідеологічних настанов та усвідомлення партіями важливості гендерної рівності й залучення жінки до ухвалення рішень.

Один з прикладів реалізації та функціонування таких квот – Швеція. Тут ще з 1972 року почали запроваджувати добровільні партійні квоти – мінімум 40% для представників будь-якої статі у структурних підрозділах партії – у комітетах та у внутрішньому правлінні.

На противагу цим квотам, є квоти, прописані в законодавстві. Вони називаються м'які або soft, оскільки не передбачений механізм покарання за недотримання цих квот (як-то, відмова партії у реєстрації) або ж нагород за дотримання (наприклад, бонусів у вигляді фінансування партії з бюджету тощо).

В Україні існують партії, де гендерна квота – не міф, а реальність, але є й такі, де наголошується, що такі нововведення, як й ідея гендерної рівності назагал, є чинником, який руйнує сімейні цінності.

Існують лідерські партії (яких більшість) та партії з ідеологією, де немає яскраво вираженого лідера, або ж, якщо він і є, то жодними перевагами не володіє. Коли люди є прихильниками партії першого типу, вони йдуть за люди-

ною з певною харизмою та власними переконаннями, і у цих переконаннях не обов'язково є місце для екоцентризму чи гендерної рівності. Йдеться про те, що у партіях без чітко прописаної ідеології або з членами, які переважно голосують за законопроекти всупереч ідеології партії, не може бути й натяку на гендерні квоти.

Думається, що партійні квоти для жінок як спосіб врівноважити соціальні настрої, надихнути жінок на звершення, яких вони не могли здійснювати до цього, є доцільними не тільки у Європі, але й в Україні. Певною мірою вони є навіть превентивними, адже, створюючи сприятливі умови для розвитку жінки-політика, умови для однакових з чоловіками прав та можливостей, які не просто прописані в законі, а реально виконуються, соціум пропонує жінці можливість для самореалізації у значущій сфері суспільного буття і тим самим зменшує відсоток побутового насилля, сексизму, булінгу за статевими чи гендерними ознаками. Логічно, що наступним кроком має бути визнання таких самих прав у ЛГБТ спільноти. Адже представники так званих «меншин» зазнають утисків, схожих на ті, що їх зазнають жінки. Це явище зумовлене об'єктивними чинниками функціонування традиційних суспільств та суб'єктивними психологічними чинниками, позаяк чоловікам «старої школи» важко відмовитися від посади чи місця у партійному списку на користь жінки чи бісексуала. Натомість держава і суспільство в цілому не повинні перешкоджати свободі людини жити так, як вона хоче, якщо її свобода не обмежує свободу іншого. Якщо ми хочемо рівності у суспільстві, рівності для всіх, варто враховувати також й інтереси представників ЛГБТ спільноти.

Гендерні квоти – вимушена необхідність, а вимушена вона тому, що за роки патріархального правління жінка, якщо і була у центрі уваги, то не через її бажання, а тільки тому, що так бажало суспільство або ж так склалися обставини.

Тюрін М.В.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕР ЯК ОДИН З ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ СОЦІАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ СУЧАСНОСТІ

Гендер – це соціально-психологічна категорія, яка враховує фактор біологічної статі, але виходить за його рамки і охоплює поведінку людини і всі соціальні конструкти, постійно і цілеспрямовано створювані і підтримувані суспільством в зв'язку з наявністю в ньому груп чоловіків та жінок: роль, образи, зовнішність, стиль поведінки, систему цінностей. Результатом гендерно-орієнтованої діяльності товариства є різні ролі, приписувані жінкам і чоловікам, виконуючи які вони набувають різний життєвий досвід і, як вважають, є носіями різних систем моральних цінностей.

Поняття гендеру в сучасному науковому дискурсі є однією з основних соціальних категорій. Уявлення про гендер, які, в свою чергу, є соціальною універсалією, в значній мірі формують структуру соціуму, при цьому вони не можуть спостерігатися поза соціального простору. Сама система, структура і організованість суспільства побудована на наявності в ньому двох дистинктивних груп: чоловіків і жінок. Саме тому суспільство постійно підтримує внутрішньо-соціальну диференціацію на чоловіків і жінок: воно ритуалізує й інституалізує соціальні ролі і відносини між цими групами, а також всередині них.

Ритуалізація гендерних відносин, як і гендеру відбувається за допомогою гендерних індексів – певних параметрів і характеристик, які дають зрозуміти про приналежність індивіда до певної статі. Такими соціальними індексами, які мають свою соціокультурну та історичну специфіку, є стиль одягу, манери, зовнішність, поведінка людини (вербальне, невербальне, паравербального).

Соціум інституалізує гендер, вводячи його в обіг через різні соціальні інститути, такі як: сім'я, релігія, законодавство, система освіти. Суспільство закладає ті соціальні конструкти, які відводяться жінкам і чоловікам, формує їхні соціальні ролі відповідно до їх гендерної приналежності. Як писав П. Екерт: «гендерні ролі і ідеології створюють для чоловіків і жінок різний досвід в житті, культурі та суспільстві».

Таким чином відбувається діалектика дифузії суспільства і гендеру, що навіть тягне за собою створення соціумом своїх сексуальних субкультур, а співвідношення соціального актора з біологічною статтю є основою у визначенні своєї гендерної ідентичності.

Як основний соціальний параметр, гендер комплексно корелює з іншими важливими соціальними параметрами, такими, як вік, економічний статус (класова приналежність), етнічна приналежність, релігійність. Вчені давно підкреслювали значення гендеру на процес комунікації. Зокрема, це підтверджується дослідженням Д. Таннен. Вивчивши стратегії спілкування друзів однієї статі, але різного віку, Д. Таннен прийшла до висновку, що вони мають значно більше гендерної, ніж вікової, специфіки.

Гендер також є важливим фактором при розподілі влади в суспільстві. Влада, як і гендер, є продуктом соціальної діяльності людини, що має витoki в соціально-економічних умовах.

Список використаної літератури:

1. Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. О.И. Бродович – Гендер как социальная категория и её характеристики. 2007.
2. Labov W. The Social Stratification of English in New York City. Washington, 1966.
3. Cameron D. Rethinking language and gender studies: some issues for the 1990s. // Language and gender: interdisciplinary perspectives. S. Mills (ed.). London: Longman, 1995. P. 31—44.
4. Burnham D.K., Harris M.B. Effects of real gender and labelled gender on adults' perception of infants. In: Journal of genetic psychology. June, 1992.
5. Tannen D. Gender and discourse. Oxford, New York: Oxford University Press, 1996.

Хімич А.Д.

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ

Актуальність поняття тривожності тісно пов'язана з сьогодишнім побутом і життєдіяльністю кожної людини. Сучасний світ переповнений великою кількістю різноманітних подразників, які можуть викликати тривожність. Кожна людина має свої особливості до переживання цього стану, що дозволяє деяким людям більш сприятливо сприймати ситуації, які викликають стан тривоги.

Тривога як емоційний стан є захисною реакцією психіки на зовнішній подразник. Тривога як фізіологічний стан виявляється у збудженні організму і мобілізації його ресурсів для захисної реакції. Тривожність, у свою чергу, має безпосередній вплив на психічний і фізіологічний стан людини.

Метою нашого дослідження було виявлення рівня особистісної тривожності у людей за гендерним фактором.

Нами було проведено анкетування 40 студентів 3 курсу Харківського національного медичного університету віком від 19 до 21 року. Обрана вибірка складалася з 22 дівчат і 18 хлопців. Кожний з досліджуваних пройшов методику «шкали особистісної тривожності Спілбергера», яка виявляє рівень особистісної тривожності. Також досліджувані заповнили соціо-демографічну анкету.

За результатами анкетування виявлено, що 15 дівчат (68% серед дівчат та 37,5% від загальної кількості обстежених) мали високий рівень особистісної тривожності. Серед хлопців лише у 5 осіб (28% із групи хлопців та 12,5% від загальної кількості обстежених) були схильні до високої тривоги.

Таким чином, отримані дані вказують на те, що дівчата більше схильні до високого рівня особистісної тривожності, ніж хлопці. За певних умов у даної групи підвищена тривожність може привести до психо-фізичних порушень. Для корегування рівня особистісної тривожності слід рекомендувати психологічну допомогу.

Чорна Д. О.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ В СПОРТІ

Гендерні стереотипи широко поширені в суспільстві. Сьогодні вони формують стандартизовані уявлення та поняття про моделі й особливості поведінки та характеру людей чоловічої й жіночої статі, тісно пов'язані з теперішніми в суспільстві гендерними ролями й служать для їх підтримки та відтворення. Зокрема, гендерні стереотипи сприяють підтримці гендерної нерівності. Проблема пошуку внутрішніх резервів була і залишається актуальною.

Метою нашого дослідження є вивчення основних гендерних стереотипів у спорті.

Спорт як соціальний інститут дає можливість для вивчення гендерних стереотипів. У сучасному світі спорт давно перестав бути прив'язаним до певного гендеру, але вивчення гендерних стереотипів у цій сфері не втрачає актуальності. Можна виділити три групи гендерних стереотипів, що стосуються спортивної діяльності.

Перша група – це стереотипи маскулінності-фемінінності, які пов'язані з певними рисами характеру та темпераменту особистості. Чоловікам і жінкам привласнюють цілком певні психологічні риси та властивості особистості, нав'язуються різні типи темпераментів і стилів поведінки. До чоловічих рис відносять активність, рішучість, агресивність, низьку емоційність, прагнення до змагання, досягнення. Жіночими рисами вважаються нерішучість та пасивність, емоційність, залежність від думки оточення, відсутність логічного мислення. Спорт виховує риси особистості, які стереотипно сприймаються як маскулінні. Окремо описуючи риси, які притаманні чоловікам і ті, які характерні жінкам,

вибудовуються портрети «справжнього чоловіка» і «справжньої жінки». Після порівняння рис, які формуються в спорті з тими особливостями характеру та темпераменту, які ми віднесли до чоловічих і жіночих, можна зробити висновок, що спорт, в основному, формує чоловічі риси.

Друга група гендерних стереотипів має відношення до закріплення сімейних і професійних ролей. Чоловіків заведено оцінювати за професійними успіхами, жінок – за наявністю сім'ї та дітей. Уважається, що чоловіки орієнтуються на досягнення, а жінки орієнтуються на оточення людей і прагнення до встановлення близьких міжособистісних взаємин. Таким чином, спорт, у якому цілком є досягнення, не узгоджується з образом жіночності.

Третя група гендерних стереотипів пов'язана з відмінностями у змісті праці, характер виконуваної роботи. Стереотипами визначено, що жіноча сфера – експресивна, а чоловіча – інструментальна. Таким чином виникає поділ видів спорту на «чоловічі» і «жіночі». Сприятливими для занять жінок визнаються ті, у яких необхідні м'якість, артистизм та емоційність.

Отже, є всі підстави зробити висновок, що гендерні стереотипи є бар'єрами на шляху професійного зростання. Більшість жінок не прагнуть займатися традиційно «чоловічою» справою та проявляти відповідні якості, чекаючи негативних наслідків для своїх взаємин з людьми. Тренери поставлені перед проблемами: як взаємодіяти в навчальному процесі з особливостями чоловічої та жіночої статі та чи орієнтуватися у вихованні жінок на вимоги, що висувуються певним видом спорту, або на традиційні уявлення про жіночність. Новим аспектом у вирішенні цієї проблеми може бути усвідомлення і подолання гендерних стереотипів.

Чорна Д. О.

Харківський національний медичний університет

ОБРАЗ ЖІНКИ У ТВОРЧОСТІ МАРКА ВОВЧКА

Феномен гендеру в українській літературі заслуговує на особливу увагу, оскільки аналіз художньої літератури в контексті фемінізму та гендерності в цілому дає можливість отримати та поглибити знання про гендерно марковані ідеї, які закріплюються у свідомості людей, щоб краще зрозуміти зміст творів, які передають символи жіночого досвіду. Дана проблема частково висвітлюється у творчості Марка Вовчка, тому що вона була одною з перших емансипованих письменниць в українській літературі, яка зуміла зазирнути в такі глибини жіночої душі, які ще не відкривалися нікому на той час. Марко Вовчок на нинішньому етапі розвитку не тільки української, а й світової літератури посідає одне з провідних місць, через те що з її ім'ям пов'язане формування проблеми емансипації жінки в українській літературі.

Метою нашого дослідження є вивчення, аналіз та опис образу жінки в творчості Марка Вовчка.

Вілінська Марія Олександрівна мала велику силу волі, бо не боялася жодних звинувачень, руйнувала горизонт сподівань свого суспільства, зневажала всі умовності та упередження. Вона була тією, котра створювала і розвивала у своїх роботах образ «нової жінки», котра має право на реалізацію свого «Я» у житті. Інтерес до жіночого питання проявлялася й у громадській діяльності в справі організації жіночої праці, де Марія Олександрівна допомагала жінкам,

пригнобленим соціальними умовами, знайти достойне місце в суспільстві. Вона також ставала на захист прав жінок. Геніальність автора була вкрай небажаною в українській літературі, адже українській патріархальній культурі було комфортніше без таких діячів, як Марко Вовчок.

Твори Марка Вовчка представляють читачеві великий світ прекрасних жіночих образів, духовних пошуків. Емансипаційна тенденція в її творчості зазначається не абстрактними роздумами та зворушливими закличками, а найпростішими та скромними душевними описами щоденних фактів із життя.

У «Народних оповіданнях», написаних за часів кріпацтва, Марко Вовчок змальовує тяжку жіночу долю, нищівно викриває все те, що деморалізує та пригноблює жінку. Письменниця створює цілісні жіночі характери, зображуючи події, які є негативним наслідком гострих соціально-побутових сутичок. Наприклад, у соціальній повісті «Інститутка» автор змальовує кріпачку Устину як жінку, яка бажає волі та визволення з-під панського гніту. В її образі втілені характерні риси жінки-страдниці, що живе в умовах жахливої кріпосницької неволі, підневільної праці на панів та безправності, але дівчина показана спостережливою, мудрою та розумною, що виявляється в її оцінках життєвих ситуацій, у влучних характеристиках людей, зокрема панів. Як і все селянство, вона в таких нелегких умовах не втрачала оптимізму, волелюбності, гідності, моральної стійкості та милосердя. Героїня не прагне активного протесту проти знущань від панів, але ненависть до них також зростає. Аналізуючи інші твори, треба звернути увагу на образ Катрі з повісті «Три доли», у якій автор відтворює жінку, яка бореться за свою честь, відрікаючись від усіх привілеїв та усього земного, вибирає шлях монахині.

Отже, основна риса творчої та громадської діяльності Марка Вовчка – незвичайна любов до жінок, особливо пригноблених соціальними умовами. Письменниця зображувала незвичайних жінок, і саме за допомогою художнього слова вона пропагувала ідею духовного, морального та соціального розкріпачення жінки, яка чинить опір, прагне сама обирати свій життєвий шлях. Надалі є перспективним дослідження прози Марка Вовчка, яка пов'язана не тільки з емансипованою жіночою особистістю, крізь призму гендерного аспекту.

Чуб Р.Т.

Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка
**ЗАПОБІГАННЯ ГЕНДЕРНИМ СТЕРЕОТИПАМ І СЕКСИЗМУ
ЯК МАГІСТРАЛЬНИЙ НАПРЯМОК ГЕНДЕРНОЇ СТРАТЕГІЇ
В КРАЇНАХ ЄС**

Протягом останніх тридцяти років в усьому світі зросло розуміння питань, пов'язаних із гендерною рівністю. Гендерна рівність вважається етапом соціального розвитку людини, на якому права, відповідальність та обов'язки окремих осіб не визначаються фактом приналежності до чоловічої або жіночої статі. Гендерна рівність передбачає стан справ, коли і чоловіки, і жінки можуть повністю реалізувати свій потенціал.

В дослідженнях вітчизняних і зарубіжних науковців (Емілі Гафнер-Бертон, О. Кисельової, Т. Мельник, Марка Е. Полек, О. Приходько, Шеннон фон Шіл та ін.) зазначається, що в різних країнах існують різні підходи до гендерної

рівності задля створення паритетного майбутнього, йде постійна робота в напрямку пошуку гендерних стратегій соціально-правового захисту населення.

Міжнародні організації на чолі з ООН доклали багато зусиль з метою виведення вже прописаних демократичних норм на практичну реалізацію: від прийняття конвенцій з гендерної тематики (зокрема, Резолюції про ліквідацію дискримінації щодо жінок, Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок та ін.) до створення організацій відповідної спрямованості (Фонд ООН для розвитку в інтересах жінки, ООН-Жінки).

Наразі актуальність питань гендерної нерівності набрала обертів та перейшла на інший рівень. Упродовж останнього десятиліття ЄС удався до цілої низки нових конкретних заходів, спрямованих на більш ефективне утвердження принципу рівних можливостей для чоловіків і жінок. Визнаючи всі основні міжнародно-правові акти щодо забезпечення рівності чоловіків і жінок, у тому числі документи Ради Європи, держави-члени ЄС зробили значний крок уперед у розробці єдиної, гендерної за суттю, правової політики, прийнявши нову гендерну стратегію в європейських країнах демократичного розвитку. У сучасному суспільстві Нова гендерна стратегія є необхідним механізмом гендерної політики.

Нова гендерна стратегія вимагає прийняття усіма державами нового гендерного підходу державної політики під назвою «гендерне інтегрування». Відповідно до цього підходу суспільство отримує широкий вибір заходів для впровадження гендерної політики.

Було визнано необхідним не просто змінити становище жінок, але й також провести структурні зміни в суспільстві, побудовані на гендерних відносинах, де б спільно з державами у виробленні та реалізації рішень іншими дійовими особами стали НУО, бізнес.

У багатьох країнах змінюються соціально-культурні підходи у напрямку підтримки працюючих жінок і матерів, вивільнення жінок від обтяжливого домогосподарства, оскільки економіка держави стає все більш залежною від праці жінок. У промислово-розвинутих країнах існує яскрава тенденція щодо підсилення підтримки батьківських відпусток для догляду за дітьми, більшої доступності дитячих дошкільних закладів та визнання необхідності ролі держави у цьому процесі.

Загальною метою нової стратегії є досягнення ефективної реалізації політики гендерної рівності та розширення можливостей для жінок і чоловіків у державах-членах Ради Європи шляхом підтримки імплементації наявних документів в галузі гендерної рівності під керівництвом Комісії з гендерної рівності (ГЕС). Основну увагу впродовж 2018–2023 років буде зосереджено на шести стратегічних напрямках. В загальному переліку серед них першим визначено запобігання гендерним стереотипам та сексизму й боротьба з такими явищами.

Чупіна В.І.

Харківський національний медичний університет

СЕРЦЕ ЖІНКИ: ВІДМІННОСТІ, РИЗИКИ, ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ

Сучасне суспільство відрізняють високий темп життя, психоемоційні перевантаження, ускладнення професійної діяльності, що призводить до зміни здо-

ров'я як на індивідуальному, так і популяційному рівні. Раннє виявлення значущих чинників кардіоваскулярного ризику, з урахуванням гендерних та соціальних аспектів, має важливе значення для збереження якості життя та актуалізує ці дослідження.

Приймаючи до уваги той факт, що існують анатомо-фізіологічні відмінності між жіночим і чоловічим серцем, є підстави припускати, що і ризики виникнення функціональних і органічних змін в ньому, а також підходи до профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ), мають особливості.

Згідно з даними European Cardiovascular Disease Statistic, смертність від усіх ССЗ значно знизилася в останні десятиліття, переважно, в чоловічій популяції, і дещо зросла, в жіночій (38 проти 42% в країнах Європи). Ця закономірність зберігається з 1984 року. Цьому є ряд пояснень, суть яких полягає в наступному:

1. У жінок «інший тип» кровопостачання серця – артерії «розсипаються» дрібними гілочками, при цьому нерідко виявляються здоровими, «вільними» від атеросклерозу, основні вінцеві артерії, тобто пошкодженими стають більш дрібні коронарні артерії.

2. Коронарні артерії більш вузькі, ніж у чоловіків, тому результати хірургічного лікування не такі оптимістичні (так як спеціальні катетери для ангіографії та ангіопластики виготовлені «під чоловіків»).

3. Багато діагностичних тестів показали свою обмежену придатність по відношенню до жінок (наприклад, тести з використанням фізичного навантаження у жінок дають майже половину хибнопозитивних результатів).

4. Менший обсяг м'язової тканини, що важливо враховувати при призначенні лікування.

5. Менша, в порівнянні з чоловіками, прихильність до терапії.

У зв'язку з цим, найбільш логічним видається шукати причину гендерних відмінностей в особливостях жіночого організму, які протягом різних життєвих періодів піддаються потужному впливу жіночих статевих стероїдів. Менопауза – «жіночий» фактор ризику ССЗ, який запускає цілий каскад патологічних змін в організмі жінки з розвитком артеріальної гіпертензії, дісліпідемії, ожиріння по абдомінальному типу, виникнення інсулінорезистентності, підвищення рівня ліпідів крові, збільшення симпатoadреналового статусу, порушення ендотеліальної функції. Неможливість керувати цими патологічними подіями призводить до раннього розвитку атеросклеротичних бляшок і формування необоротних наслідків, що закінчуються судинними катастрофами.

Існують і патофізіологічні передумови, які зумовлюють поведінкові відмінності жінок і чоловіків. Жінці властива їй «природна напруженість» або почуття відповідальності за свою сім'ю, її здоров'я і соціальний статус. При цьому, в сучасному суспільстві жінка прагне займати лідируючі позиції, змінюючи свій соціальний портрет «жінки-берегині» домашнього вогнища, завдяки високим комунікативним якостям – «вмінню слухати». Однак, низька толерантність жінок, у порівнянні з чоловіками, до професійного стресу, високі показники нервово-психічної нестійкості призводять до раннього розвитку «дізадаптації» і пізнього звернення за медичною допомогою. Найбільші страждання відчуває серцево-судинна система, причому незалежно від віку. А якщо це доводиться на вік жінки старше 45 років, то на тлі високої відповідальності,

дисциплінованості, вимогливості до себе та відсутності часу «для себе», поглиблюються гормонально-метаболичні розлади, які формують ризики розвитку серцево-судинних ускладнень.

Отже, для усунення факторів ризику ССЗ, з урахуванням гендерних особливостей, необхідне відпрацювання комплексних програм профілактики.

Шарун С.Н.

Харківський національний медичний університет

ГЕНДЕРНЕ СПРИЙНЯТТЯ ЖІНКИ В ІСЛАМІ

Актуальність. Більшість гендерних дистанцій знаходиться саме в площині культури, в механізмі диференціальної соціалізації, а не на рівні біологічної різниці між чоловіками й жінками. На сьогодні мусульмани налічують понад мільярд людей, які живуть на всіх континентах світу в умовах величезного політичного, соціального, культурного і релігійного розмаїття. В умовах релігійного відтворення, в країнах пострадянського простору з'явилася категорія жінок, яка зробила вибір на користь релігійного способу життя. Тому розумно припустити, що мусульманські жінки матимуть різні типи проблем в залежності від того, де і в яких умовах вони живуть. У той же час, дивлячись на різноманітність мусульманських культур і товариств, жінки в багатьох сферах повинні терпіти різні форми сексуальної нерівності та дискримінації. Саме ці обставини актуалізують необхідність гендерних досліджень ісламу.

Розкриття теми. Із точки зору гендерних відносин іслам висловлює традиційні патріархальні уявлення, яким властива дискримінація жінок. Жіноча дискримінація виявляється в наступних положеннях ісламу.

По-перше, жінка в догматі про створення світу – це роль власності чоловіка, яку він отримав у володіння від Аллаха. По-друге, основне призначення жінки полягає у виконанні біологічного завдання – народження дітей. По-третє, за допомогою різноманітних форм контролю, починаючи від одягу і закінчуючи нормами відносин до чоловіка, як до пана, жінці чітко визначаються межі дозволеного та недозволеного з позиції домінуючої чоловічої культури. По-четверте, духовна рівність між чоловіком і жінкою можлива тільки перед Аллахом, а в практиці йому місця немає. У тому числі, жінці відмовлено у виконанні релігійних обов'язків виконуваних чоловіком. Наприклад, іслам не дозволяє жінці займати посади діяча культури, вона не варта, як істота другого ряду, бути муфтієм, муллою, і т. ін. Крім того, визнання жіночої природи як істоти «неповноцінної», емоційної, нерациональної, обмежує можливості жінок у приватній сфері й виключає її з громадської.

Висновки. Таким чином, мусульманській жінці передвизначена домашня сфера, а в коло її обов'язків входить турбота про чоловіка і дітей. Така поведінка жінки як індивіда є наслідком того, що жінка, від самого початку виховується в душі покірності чоловікові. Тільки виховання, засноване на рівності полів, здатне сформувати вільну, творчу особистість, яка буде насолоджуватись усіма барвами життя. А тому гендерна соціалізація – це необхідна вимога часу, яку обов'язково треба реалізувати задля повноцінного розвитку сучасного суспільства.

ЛЮСИ ХОББС – ПЕРВАЯ ЖЕНЩИНА СТОМАТОЛОГ

На сегодняшний день среди стоматологов весьма часто встречаются женщины. Представительницы прекрасного пола составляют более 50% всех врачей-стоматологов.

Однако еще в начале XIX века стоматология считалась исключительно мужской профессией. Первой девушкой, решившей нарушить гендерные стереотипы, стала американка Люси Хоббс. Сейчас сложно представить себе человека, который так страстно желал бы учиться стоматологии.

Она родилась 14 марта 1833 года в штате Нью-Йорк в многодетной семье. В детстве Люси «лечила» кукол и домашних животных. После смерти родителей она работала швеей, а затем учительницей в одной из школ штата Мичиган. Однако все это время ее не покидала мечта стать профессиональным врачом. Люси Хоббс интересовалась народной медициной и физиологией человека, однако в поступлении в медицинский колледж Цинциннати ей отказали. В то время женщина могла рассчитывать только на должность медсестры. В другой колледж, где готовили стоматологов, Люси тоже не приняли. Администрация единогласно заявила, что медицина – не женское дело. Как ни странно, но все пережитые неудачи только укрепили желания настойчивой девушки.

Люси начинает заниматься самообразованием, а в свободное от учебы время, подрабатывает в частном стоматологическом кабинете. В 1861 году она уже открыла собственную клинику в штате Огайо, однако официальное признание женщина получила лишь спустя четыре года упорной и непрерывной работы. В 1865 году ей разрешили учиться в колледже стоматологической хирургии, и вскоре она вступает в Стоматологическое сообщество штата Айова. Люси Хоббс писала, насколько людей удивляла ее готовность «забыть о женственности, чтобы учиться стоматологии». В 1866 году она получила докторскую степень и переехала в Чикаго. Там она встретила своего будущего мужа Джеймса М. Тейлора. Они вели совместную стоматологическую практику в городе Лоренс (штат Канзас) вплоть до 1886г. После смерти мужа Люси Тейлор оставила медицину и активно занималась общественной деятельностью, боролась за права женщин. Она умерла в Лоренсе 3 октября 1910 года. Ее труды не прошли зря, и уже в 1900 году около 1000 женщин получили стоматологическое образование.

В 1983 году в США учредили премию имени Люси Хоббс Тейлор, которую ежегодно вручают женщинам-стоматологам в знак признания профессионального мастерства.

Таким образом, Люси Хоббс стала первой женщиной, которая сломала гендерные стереотипы в стоматологической практике и заслужила столь высокое признание в обществе. И сегодня она по-прежнему может быть примером для молодых девушек, задающихся вопросом: стоит ли стремиться к профессиональным достижениям, социальному успеху, либо же, как настаивает традиция, «выбрать женственность»?..

ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРА И ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ НА КЛИНИКУ ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ

Многообразие стрессовых ситуаций в современном мире провоцирует и рост числа депрессивных расстройств. Существенно на развитие и течение депрессивного состояния влияют гендерные особенности. По статистике мужчин с депрессивными расстройствами значительно меньше, чем женщин, но как показывают некоторые исследования, это не совсем так. Исследователи полагают, что это связано с гипердиагностикой депрессии у женщин и гиподиагностикой у мужчин, и весомое значение имеют гендерные стереотипы [1].

Нам с детства прививают стереотип «господствующей мужественности» и женской слабости – это все имеет отражение в будущем. Так, женщины склонны идти к врачу и рассказывать о том, что их беспокоит гораздо чаще, чем мужчины, которые, наоборот, несклонны к проявлению жалоб. Они чаще пытаются самостоятельно справиться с болезненным состоянием: увеличивают нагрузку на работе, нередко прибегают к алкоголю, наркотическим веществам, пытаясь вернуть прежнее удовольствие от жизни. Вследствие этого и проявление депрессивного расстройства у обоих полов отличаются. [2]

Мужчины более склонны к проявлениям агрессии, раздражительности, замедленности движений, бедности жестов и тревоги из-за подавления эмоций страха и печали. Факторы-стрессоры у мужчин в большей степени производственные: увольнение с работы, недостаточная заработная плата, что непосредственно связано с еще одним гендерным стереотипом «мужчина-добытчик», реже – семейно-бытовые: потеря близких, развод. У женщин чаще проявляются чувства беспомощности, одиночества, приступы плача. Также наличие суицидальных мыслей наблюдаются вдвое чаще, чем у мужчин. Стрессоры для женского пола чаще всего – социально-бытовые, связанные с нестабильностью семейных отношений, одиночным воспитанием детей, потерей близких людей и т.д. Гораздо реже наблюдаются производственные факторы такие, как работа с низкой оплатой труда и высоким эмоциональным напряжением. [3]

Клиническая картина у мужчин проявляется сильными головными болями, нарушениями сна, раздражительностью, особенно при общении с близкими людьми. Достаточно часто пациенты прибегают к употреблению алкоголя, что также негативно сказывается на чувстве тревоги и усиливает ощущение подавленности. Среди поведения мужчин преобладают неадаптивные варианты поведения. Так при возникновении стрессовых ситуаций мужчины пытаются «отступить», что подразумевает изоляцию от трудностей. Сюда же относится подавление эмоций и покорность. Адаптивные варианты поведения встречаются в меньшей степени, ведущий среди них – оптимизм. За консультацией к психотерапевту чаще всего мужчины обращаются по настоянию близких родственников.

У женщин клиническая картина тоже несколько отличается. Они больше жалуются на пониженное давление, ощущение кома в горле и нехватки воздуха в случае тревоги, ощущение слабости в конечностях, нарушениях сна. Также их беспокоит хроническая физическая и эмоциональная усталость, безрадостность, обеспокоенность прошлым, настоящим и будущим, несостоятельность в различных жизненных сферах. В поведении преобладают адаптивные варианты: обращение за помощью, самостоятельный проблемный анализ. [4]

Таким образом, гендерные стереотипы дают начало гендерным особенностям депрессивных расстройств, которые имеют огромное значение в клинике этих больных, а соответственно – и в лечении их.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тювина Н.А. Депрессия у женщин. М.: Кафедра психиатрии и медицинской психоневрологии ММА им. И.М.Сеченова, 2003. С. 32– 62.
2. Branney P., White A. Big boys don't cry: Depression and men // Psychiatr. Treatment. 2008. N 14. P. 256-262
3. Kiveld S.-L., Pakkala K. Clinician-rated symptoms and signs of depression in aged Finns // Int. J. Soc. Psychiatry. 1988. Vol. 34. P. 2229–2235.
4. Beck A., Beck R. Screening depressed patients in family practice. A rapid technique // Postgrad. Med. 1972. Vol. 52. P. 81–85.

Яремчук Іванна

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У МЕДИЦИНІ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПАЦІЄНТА

Для України, як і більшості пострадянських країн, цілком звично вважати професію лікаря «чоловічою». Про це свідчить навіть частота вживання медичних фемінітивів у діловій та повсякденній мові. Ми звичні до термінів «лікар», «професор», «декан» – всі наукові ступені та посади досі існують в офіційних документах виключно у маскулінній формі. А от єдиною «жіночою» посадою в медицині є «медична сестра». Наслідки подібних гендерних стереотипів можна простежити і в керівному складі університетів.

Проте ця проблема існує не тільки в Україні – консервативні прояви дискримінаційної гендерної політики час від часу спостерігаються навіть у високо-розвинених прогресивних країнах. Нещодавно світову медичну спільноту сколихнув скандал, пов'язаний із Токійським університетом – там занижували бали вступних іспитів абітурієнтам-жінкам, щоб лікарями ставали переважно чоловіки. Японські професори досі вірять, що жінка має займатись вихованням дітей – саме так вони пояснили фальсифікацію результатів іспитів для утримання гендерного співвідношення серед студентів 30/70%.

Першою лікаркою українського походження та першою лікаркою в Австро-Угорщині була буковинка Софія Окуневська. В імперії тоді жінок до університетів не брали, тому Софія поїхала вчитися до Швейцарії. У 1896 році отримала у Цюриху вчений ступінь доктора медицини і практикувала в Чехії, Швейцарії, а після утворення ЗУНР – у Львові.

Сучасні дослідження впливу статі лікаря на ефективність лікування доводять, що стать лікаря має значення у швидкості одужанні та реабілітації пацієнтів, за умови однакової кваліфікації лікарів та лікарок. У 2016 році вчені Гарвардського університету провели масштабне дослідження, опрацювавши історії хвороб майже 160 тисяч пацієнтів – за його результатами, показники повторної госпіталізації та смертності протягом 30 днів з моменту першого звернення були суттєво нижчі у пацієнтів лікарів-жінок у порівнянні з лікарями-чоловіками. Дослідники пояснюють цю різницю приязним ставленням лікарок до пацієнтів та вищим рівнем емпатії у порівнянні з лікарями-чоловіками.

Для повноцінного розвитку суспільства проблема гендерної дискримінації повинна бути мінімізована, що потребує привернення уваги широкої громадськості задля руйнування стереотипів, побудови демократичного громадянського суспільства та подальшого впровадження гендерних квот у керівних органах.

ЗМІСТ

| Автор, назва тез | Стор. |
|--|-------|
| <i>Вступне слово ректора</i> | 3 |
| <i>Бабічев Анатолій, Юлія Сєдая, ЕКОНОМІКА ТА ПОЛІТИКА ЯК ОСНОВНІ СКЛАДОВІ РЕАЛІЗАЦІЇ ГЕНДЕРНОЇ ПОЛІТИКИ</i> | 5 |
| <i>Горбунова-Рубан С.О., Краснолобова І.М. ВИПЕРЕДЖАЛЬНИЙ ДОСВІД м.ХАРКОВА ЩОДО ПРОТИДІЇ ДОМАШНЬОМУ НАСИЛЬСТВУ</i> | 7 |
| <i>М`ясоєдов В. В. ЕКОЛОГІЯ Й ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ</i> | 8 |
| <i>Andrusha A.B., Holnik Y.V.</i> THE INFLUENCE OF LIFESTYLE ON THE ONSET AND MANIFESTATION OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN YOUNG MEN | 9 |
| <i>Astrid Mignon Kirchhof</i> PETRA KELLY AND HELEN CALDICOTT – TWO PROMINENT ACTIVISTS I N THE INTERNATIONAL ANTI-NUCLEAR MOVEMENT | 11 |
| <i>Boršić, Luka, Karasman, Ivana Skuhala.</i> HELEN DRUSKOWITZ – THE FIRST ECOFEMINIST? | 12 |
| <i>Petrov Branislava.</i> IDEOLOGY AND SOCIAL STRUCTURES BEHIND THE PROBLEM OF DOMESTIC ABUSE | 14 |
| <i>Cheshko V.T.I, Kosova Yu.V.</i> GENDER, SEX, BIOMEDICAL TECHNOLOGIES IN THE BIOPOLITICAL CONTEXT OF TECHNOLOGICAL CIVILIZATION: HUMANISTIC AND EVOLUTIONAL PERSPECTIVES OF HOMO SAPIENS | 15 |
| <i>Diadko Ievgeniia</i> CHANGES IN MOTIVATION OF WOMEN ENTREPRENEURSHIP IN POLAND | 16 |
| <i>Hovorun T.V.</i> THE INFLUENCE OF GENDER THERAPY ON ENSURING PARITY OF FAMILY FUNCTIONING | 18 |
| <i>Hryhorova M.V., Sokol A.A., Malyk N.V.</i> ANOREXIA AS THE GENDER MODERNITY PROBLEM | 19 |
| <i>Karpenko K., Magapu Veera Venkata Akhil</i> VANDANA SHIVA AS A REPRESENTATIVE OF THE THEORETICAL AND PRACTICAL ECOFEMINISM | 20 |
| <i>Kikinezhdi O.M., Shulha I. M.</i> THE CREATION OF A GENDER-EQUITABLE ENVIRONMENT FOR CHILDREN AND YOUTH AS A REQUIREMENT OF A TIME | 21 |
| <i>Kon Kateryna</i> GENDER AND AGE DIFFERENCES IN OBESITY PREVALENCE: WORLDWIDE TENDENCIES | 22 |
| <i>Kornieieva Tetiana</i> GENDER EQUALITY AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT:THE CASE OF FRANCE | 23 |
| <i>Martynenko Nataliya</i> KHARKIV WOMEN MEDICAL INSTITUTE: PROBLEMS OF FOUNDATION AND FORMATION | 25 |
| <i>Morozova M.M., Fedotov V.V., Ogneva L.G.</i> GENDER PROBLEMS IN MEDICINE AND THE GENDER INFLUENCE ON REACTIVITY | 26 |
| <i>Orel O.V., Yaremenko A.V.</i> EFFECTS OF THE ENVIRONMENTAL FACTORS ON REPRODUCTIVE HEALTH | 27 |
| <i>Pustovit N.V.</i> THE PROBLEM OF TRANSGENDER INEQUALITY IN MODERN PHILOSOPHICAL DISCOURSE | 28 |
| <i>Pytetska Natalia</i> CHRONIC VENOUS DEFICIENCY IN WOMEN. PROFILACTIC AND TREATMENT METHODS | 30 |
| <i>Pytetska Natalia, Mehta Karan</i> GENDER DIFFERENCES IN MEDICINE | 31 |
| <i>Skinder N.</i> THE ROLE OF ADVERTISEMENT IN CHANGING STEREOTYPES | 32 |
| <i>Scorbach T. V., Nesterenko A. K.</i> BULLYING AS A PROBLEM OF MODERN SOCIETY | 33 |
| <i>Shcherbina M.M.</i> BETWEEN I AND WE-THINKING: PHENOMENOLOGY, MYTHOLOGY, GENDER STEREOTYPING | 34 |
| <i>Rud A. S.</i> GENDER PARADIGM IN EDUCATION MANAGEMENT | 36 |
| <i>Voitiuk Anna, Litovchenko Tetyana .</i> GENDER PECULIARITIES OF EPILEPSY COURSE | 38 |

| | |
|---|----|
| <i>Yaremenko A.V, Orel O.V.</i> THE PHENOMENON OF GENDER IN EVERYDAY LIFE | 39 |
| <i>Адамович Р. Г., Штефюк І. К.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РУКОПАШНОГО БОЮ | 40 |
| <i>Анголенко В. В., Пахомова Л.В., Рассказова О. І.</i> ГЕДЕРНИЙ ВІДКРИТИЙ УНІВЕРСИТЕТ – ІННОВАЦІЙНА ФОРМА ОСВІТИ ПРОФЕСІЙНОЇ МОЛОДІ | 41 |
| <i>Алексеевко А.П.</i> ДУХОВНА ЖІНОЧА КРАСА В ПОЕЗІЇ ЛІНИ КОСТЕНКО | 42 |
| <i>Аль-Газо Н.В., Губарева С.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ФЕМИННОГО И МАСКУЛИННОГО ДИСКУРСОВ В РОЛИ КОММУНИКАТИВНЫХ БАРЬЕРОВ | 45 |
| <i>Альчук Марія</i> ГЕНДЕРНА КОМУНІКАЦІЯ ЯК ПОШУК ГАРМОНІЇ | 46 |
| <i>Баглик Т.В., Стеблянюк Л.В., Кірсанова О.В.</i> КАРІЄС ЗУБІВ ЯК ЕКОЗАЛЕЖНА ПАТОЛОГІЯ У ГЕНДЕРНО ВІДМІННИХ ГРУПАХ ДОСЛІДЖЕННЯ | 47 |
| <i>Байдюк Н. В.</i> СУТНІСТЬ ТА ЗНАЧЕННЯ ГЕНДЕРНОГО ПІДХОДУ У СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ | 48 |
| <i>Бібік Н. В., Фесенко Г. Г.</i> ЕКОФЕМІНІСТСЬКИЙ ДИСКУРС СУЧАСНОГО УРБАНІЗМУ | 49 |
| <i>Бойко А.І.</i> ФІЛОСОФІЯ МИРУ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ | 50 |
| <i>Бокатуєва В.В.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕЗУЛЬТАТУ КАРДІОЕМБОЛІЧНОГО ІНСУЛЬТУ НА ТЛІ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ | 51 |
| <i>Вандишева-Ребро Н.В.</i> МІРКУВАННЯ ЩОДО РОЛІ ПРАЦЮЮЧОЇ ЖІНКИ У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ ЩАСЛИВОГО СУСПІЛЬСТВА | 52 |
| <i>Васильєва І.В., Нечушкіна О., Кірієнко С.В.</i> ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ДИСЦИПЛІНИ ПРИЙОМУ ПРЕПАРАТІВ | 53 |
| <i>Волкова О.С., Рябоконт Е.Н., Токарь А.А., Канунік Т.С.</i> АНАЛІЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТІ КАРИЕСОМ ЗУБОВ И ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ПОДРОСТКОВ-СТАРШЕКЛАСНИКОВ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К ВЫПУСКНЫМ И ВСТУПИТЕЛЬНЫМ ЭКЗАМЕНАМ (ЗНО) | 55 |
| <i>Волощенко В.В., Волощенко М.В.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕКОЛОГІЧНОГО СВІТОГЛЯДУ І СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ | 56 |
| <i>Вязовская К.Г.</i> ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРИНСТВУЮЩИМ ФИГУРАМ | 57 |
| <i>Гармаш О.В.</i> ВИЯВЛЕННЯ ВПЛИВУ МАТЕРИНСЬОГО ЧИ БАТЬКОВОГО ФАКТОРА НА ВИНИКНЕННЯ ХВОРОБ ТКАНИН ПАРОДОНТА ТА ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ З ДІАГНОЗОМ МАКРОСОМІЯ (клінічна апробація опитувальника) | 58 |
| <i>Гаряєва Г.М.</i> ГЕНДЕРНИЙ ВИМІР У КРИМІНАЛЬНОМУ КОДЕКСІ УКРАЇНИ | 59 |
| <i>Герасименко О.І., Колесник М.Р.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РИЗИКУ ПРОЯВИ ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ | 61 |
| <i>Герасимчук У.С.</i> ФЕНОМЕН ГЕНДЕРУ В СУЧАСНОСТІ | 62 |
| <i>Годзь Н.Б.</i> ДО ПИТАННЯ РОЗВИТКУ РОЗУМІННЯ ЗДОРОВ'Я, ГЕНДЕРУ ТА КУЛЬТУРНИХ СТЕРЕОТИПІВ У МАЙБУТНЬОМУ | 63 |
| <i>Голубович І.В., Тихомірова Ф.А.</i> ІНТЕГРАЦІЯ ГЕНДЕРНОЧУТЛИВОГО ТА ІНКЛЮЗИВНОГО ПІДХОДІВ – ШЛЯХ ДО СПРАВЕДЛИВОГО МІСЬКОГО ПРОСТОРУ | 64 |
| <i>Гончаренко В.І., Матюшина В.О., Берегова О.О.</i> ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я ЯК ШЛЯХ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЛЮДСЬКОГО ПОТЕНЦІАЛУ: ВТІЛЕННЯ ТЕОРІЇ В ПРАКТИКУ | 65 |
| <i>Гончаренко Л.О.</i> КРАСА Й ЗДОРОВ'Я ТІЛА: СУПЕРЕЧНОСТІ СТЕРЕОТИПІВ | 67 |
| <i>Гражданов Б. Р.</i> ПРОБЛЕМА ПИТНОЇ ВОДИ В УКРАЇНІ | 68 |
| <i>Гранкина С.С., Рисованая Л.М.</i> ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ВЛИЯНИЯ РЕПРЕЗЕНТАТИВНЫХ СИСТЕМ СТУДЕНТОВ ХНМУ | 70 |

| | |
|--|-----|
| <i>Григорьева С. В.</i> АСИММЕТРИЯ МОЗГОВЫХ СТРУКТУР МАМЫ И РЕБЕНКА. БАЛАНС СОЦИАЛЬНОЙ И МАТЕРИНСКОЙ УСПЕШНОСТИ ЖЕНЩИНЫ | 71 |
| <i>Гулько Н. В.</i> АКТУАЛЬНЕ УЯВЛЕННЯ ЩОДО КІЛЬКОСТІ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ В УКРАЇНІ | 72 |
| <i>Дейнека В.В.</i> ГЕНДЕР В ПЛОЩИНІ МОРАЛІ ТА ВОЛІ | 74 |
| <i>Денисова Е.Г. Стоян Е.Ю., Соколова И.И.</i> ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ ВЫБОРА СПЕЦИАЛЬНОСТИ В РАМКАХ СТОМАТОЛОГИИ | 75 |
| <i>Добридень О.В.</i> ОСНОВНІ ЗАСАДИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ | 76 |
| <i>Дроздова Т.О.</i> ЕКОФЕМІНІЗМ У ФРАНЦІЇ: ВИТОКИ І СЬОГОДЕННЯ | 78 |
| <i>Дроздова А. Г.</i> ЕЩЕ РАЗ О ГЕНДЕРНОМ РАВЕНСТВЕ В ХИРУРГИИ | 79 |
| <i>Дышкант Т.Н.</i> О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ И ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ | 80 |
| <i>Дятлова І.В.</i> ГЕНДЕРНА ПОЛІТИКА В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ: СТАН ТА ПРОБЛЕМИ | 82 |
| <i>Єремєєва К. А.</i> ОБРАЗИ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ В РАДЯНСЬКОМУ МЕДІА-ПРОСТОРИ: ВІД БЕЗСУМНІВНОЇ МАСКУЛІННОСТІ ДО ЖЕРТВИ | 83 |
| <i>Завгородня Н.І., Горецька А.М.</i> ІНІЦІАЦІЯ: ГЕНДЕРНИЙ ТА ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТИ | 84 |
| <i>Зелена І.І., Железнякова Н.М.</i> СЕКСИЗМ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я | 85 |
| <i>Зінов'єв І.Е., Малик Н.В.</i> ГЕНДЕРНІ ПРОБЛЕМИ СПІЛКУВАННЯ ЛІКАРЯ І ПАЦІЄНТА | 86 |
| <i>Зінченко Н.О.</i> ГУМАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В СУСПІЛЬСТВІ СПОЖИВАННЯ | 87 |
| <i>Зозуля Олена</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОТИДІЇ ГЕНДЕРНО ЗУМОВЛЕНОМУ НАСИЛЬСТВУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ | 89 |
| <i>Зорій Н.І.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ В УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ | 90 |
| <i>Льїн В.Г., Сич Д.О.</i> ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНИХ КАДРІВ В ПІСЛЯВОСННОМУ СРСР | 91 |
| <i>Камінська Т.М.</i> ЩОДО ЧИННИКІВ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ ЖІНОК У СУЧАСНОМУ СВІТІ | 93 |
| <i>Карпенко К. І.</i> КОНЦЕПЦІЇ ПРИРОДИ ТА КОНСТРУЮВАННЯ ГЕНДЕРНИХ РОЗХОДЖЕНЬ | 94 |
| <i>Ковальова О.М.</i> ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ | 97 |
| <i>Ковтун М.І., Лапкіна І.І.</i> РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КАТАРАКТИ | 97 |
| <i>Козько В.Н., Меркулова Н.Ф., Соломенник А.О.</i> ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ В ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ | 99 |
| <i>Козько В.М., Могиленець О.І., Єкімова Н.О.</i> ГЕНДЕРНО-ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ КОРУ У ДОРОСЛИХ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2018 р. | 100 |
| <i>Кожем'якіна О. М.</i> КОМУНІКАТИВНІ ЗАСАДИ ГЕНДЕРНОГО ДИСКУРСУ | 100 |
| <i>Кожина Г.М., В'юн В.В., Зеленська К.О.</i> ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У ФОРМУВАННІ АДАПТАЦІЇ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ | 102 |
| <i>Кожина Г.М., Зеленська К.О., Духовський О.Е.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ БАТЬКІВ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ | 103 |
| <i>Кожина Г.М., Зеленська К.О., Литвиненко В.В.</i> МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ЧОЛОВІКІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ | 104 |

| | |
|--|-----|
| <i>Кожина Г.М., Зеленська К.О., Ісаєнко С.В.</i> МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОНКОЛОГІЧНО ХВОРИХ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ | 105 |
| <i>Котельох М. Ю.</i> ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ У РОЗУМІННІ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ | 107 |
| <i>Котенко Н.А.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ | 107 |
| <i>Кравченко В.И.</i> МЕДИЦИНСКАЯ РЕФОРМА В УКРАИНЕ И ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ | 108 |
| <i>Куряча О.П., Огнева Л.Г., Шутова Н.А.</i> ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОЇ ТА СІМЕЙНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ЖІНОК | 110 |
| <i>Куцепал С.В.</i> РЕКЛАМА ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ | 111 |
| <i>Лактіонова О.І.</i> ПРОБЛЕМАТИКА ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ У РОБОТІ ЛІКАРЯ | 113 |
| <i>Лантух А.П., Меркулова Н.Ф., Гасанова А.К.</i> ЧИ МАЄ ХВОРОБА СТАТЬ? | 114 |
| <i>Летік І.В.</i> ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ ВОЛОНТЕРСТВА У ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ | 115 |
| <i>Літвінова К.О., Рижова Д.В., Хіміч Т.Ю.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБИ БРУТОНА | 117 |
| <i>Літвінова К.О., Рижова Д.В., Хіміч Т.Ю.</i> ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ПРАЦІВНИКАМ ТА ПАЦІЄНТАМ ХОСПІСІВ | 117 |
| <i>Літовченко О.Л., Завгородній І.В.</i> ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ У ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІНИ «ОХОРОНА ПРАЦІ В ГАЛУЗІ» | 118 |
| <i>Лобкіна Е.В., Огнева Л.Г.</i> ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ АНЕМІЇ СЕРЕД ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ | 119 |
| <i>Лукьянова Е.М., Лукьянова В.А., Павлова Е.А.</i> РОЛЬ РОДИТЕЛЕЙ В РОЗВИТКІ ДОЧЕРЕЙ С АНАЛІТИЧЕСКИМ СКЛАДОМ УМА | 120 |
| <i>Лук'янцева О. Ю.</i> БІОЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ НЕВРОЗОПОДІБНОГО ЕНУРЕЗУ У ДІТЕЙ У МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ | 122 |
| <i>Луцька С.В., Волкова Ю.В., Михневич К.Г.</i> ВРАХУВАННЯ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ У РОБОТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ | 123 |
| <i>Мазняк З.О., Седая Ю.С.</i> ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ ТА ВІДКРИТЕ УРЯДУВАННЯ ЗАДЛЯ ПІДСИЛЕННЯ МІСЦЕВОЇ ДЕМОКРАТІЇ | 124 |
| <i>Мазур О.М.</i> ДО ПИТАННЯ ПРОБЛЕМНИХ АСПЕКТІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНИХ МЕХАНІЗМІВ СІМЕЙНОЇ ПОЛІТИКИ В КОНТЕКСТІ СТИМУЛЮВАННЯ НАРОДЖУВАНOSTІ | 128 |
| <i>Майорова М.В., Білий Є.Є.</i> ГЕНДЕРНИЙ СТЕРЕОТИПІЗМ В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ | 130 |
| <i>Майсурадзе А.О., Науменко В.О.</i> СУЧАСНИЙ ОГЛЯД НА ЯВНИХ ПРОБЛЕМ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ В УРГЕНТНІЙ ХІРУРГІЇ | 130 |
| <i>Маліков В. В.</i> ПУБЛІЧНИЙ ПРОСТІР В ІСТОРІЇ ЛГБТ+ ЛЮДЕЙ ХАРКОВА 1991–2013 РОКІВ (ДО ПОСТАНОВКИ ПИТАННЯ) | 132 |
| <i>Марія П. Петрова.</i> ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА ПРИ ПРИМЕНЕННІ ВСПОМОГАТЕЛЬНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В РЕСПУБЛІКЕ БОЛГАРИИ | 133 |
| <i>Маруценко О.А.</i> РЕЛІГІЯ ЯК ОПЛОТ ГЕНДЕРНОЇ НЕРІВНОСТІ | 134 |
| <i>Масалітін І.М.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ | 136 |
| <i>Матвеева С.Л., Ващенко Н.В., Калініченко Д.О.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЗАЛЕГЕНЕВОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ | 137 |
| <i>Медянова Е. В.</i> ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ ЦЕННОСТНИХ ОРИЕНТАЦІЙ СТУДЕНТОВ | 138 |

| | |
|--|-----|
| <i>Мирошниченко М.С., Иванова А.А., Капустник Н.В.</i> ГЕНДЕРНИЙ ПОДХОД В ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ | 140 |
| <i>Михалко Н. А.</i> НЕМАТЕРИНСЬКІ ЧАСИ: ДО ПИТАННЯ ПРЕДСТАВЛЕННЯ ЕТИКО-ФІЛОСОФСЬКИХ ПРОБЛЕМ ВИСОКОТЕХНОЛОГІЧНОЇ ПРОКРЕАЦІЇ У ФЕМІНІСТИЧНОМУ ДИСКУРСІ СЬОГОДЕННЯ | 140 |
| <i>Мушегян М.М.</i> ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА | 142 |
| <i>Невзорова С.І., Мозгова Т.П.</i> ЗМІНА СТАТІ. ЦЕ НОРМАЛЬНО..? ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ДЛЯ БАЖАЮЧИХ ЗМІНИТИ СТАТЬ | 143 |
| <i>Новікова Д.П., Матвєєва С.Л., Кучеренко І.О.</i> ТИРЕОЇДНИЙ ГОМЕОСТАЗ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ | 144 |
| <i>Новікова К.А.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ МОРФОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СТРУКТУР ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ | 145 |
| <i>Огнева Л.Г., Куряча О.П.</i> ГЕНДЕРНА ЧУТЛИВІСТЬ В ПИТАННЯХ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЖІНОК. | 146 |
| <i>Огородова Т. М.</i> НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ – ГЕНДЕРНИЙ АНАЛІЗ ПРОГРАМ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ | 147 |
| <i>Ольховский В.А., Нарижная А.В., Пешенко А.Н.</i> «МЕМОТО МОРИ!» | 149 |
| <i>Онипченко О. І.</i> СЕКСИЗМ В РЕКЛАМІ: СТАТЕВОРОЛЬОВІ ТА ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ | 150 |
| <i>Оспанова Т.С., Химич Т.Ю., Манченко Е.А.</i> ОСОБЕННОСТИ АСПЕКТА ХОЗЛ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ | 151 |
| <i>Петренко Т. А., Дабижа И. И.</i> ОФТАЛЬМОЛОГИЯ И ГЕНДЕР | 152 |
| <i>Питецька Н.І., Голуб А.</i> ВПЛИВ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ НА ІМУНІТЕТ | 153 |
| <i>Питецька Н.І., Шролик К.</i> ВІДНОШЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ | 154 |
| <i>Разметаєва Ю. С.</i> ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ У ЦИФРОВУ ЕПОХУ | 155 |
| <i>Рингач Н.О., Власик Л.Й.</i> ДІСТАРНІ РИЗИКИ: ОБІЗНАНІСТЬ І АКТИВНІСТЬ З ЇХ МІНІМІЗАЦІЇ | 156 |
| <i>Рисована Л.М., Алексеєнко Р.В.</i> ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ З ВИКОРИСТАННЯМ ІНТЕРАКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ | 158 |
| <i>Рогова А.В.</i> ВЕРБАЛЬНА ФУНКЦІЯ: ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ | 159 |
| <i>Рождественська А.О.</i> НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ: ГЕНДЕРНИЙ ФАКТОР | 161 |
| <i>Сичова В.В.</i> ГЕНДЕРНА ПОЛІТИКА В УКРАЇНІ В КОНТЕКСТІ ЄВРОІНТЕГРАЦІЇ | 162 |
| <i>Сухарева Л.П., Степаненко Г.Л.</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ | 164 |
| <i>Терешкіна О.І., Матвєєва С.Л.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФІЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ | 165 |
| <i>Усенко С.Г., Усенко С.А., Дяченко М.С.</i> АНАЛІЗ СТАТЕВО-ВІКОВОЇ СТРУКТУРИ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ | 167 |
| <i>Фельдман Д.А.</i> СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ | 169 |
| <i>Фесенко Т. Г., Фесенко Г. Г.</i> ГЕНДЕРНІ ПАРАМЕТРИ «ЗДОРОВОГО МІСТА» У КОНТЕКСТІ ЦІЛЕЙ СТАЛОГО РОЗВИТКУ | 170 |
| <i>Філяніна Н.М.</i> ГЕНДЕРНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПИТАННЯ ЕКОЛОГІЧНОГО ЛІТЕРАТУРНОГО КАНОНУ | 172 |
| <i>Фірсік Т. М.</i> ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ ПРИ ВИБОРІ ЛІКАРЯ-ХІРУРГА | 173 |
| <i>Фролова Т.В., Стенкова Н.Ф., Осман Н.С.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПІКУ КІСТКОВОЇ МАСИ У ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ | 174 |

| | |
|---|-----|
| <i>Харькова М.О., Орлова Н.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ СТАТІ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ КОРИ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ | 175 |
| <i>Шаповалова Я. О., Скорбач Т. В.</i> ФЕНОМЕН ГЕНДЕРУ В УКРАЇНСЬКІЙ КУЛЬТУРІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ | 176 |
| <i>Шароватова О.П.</i> ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВ ЖІНОК НА ЗАХИСТ ВІД ДИСКРИМІНАЦІЇ ЗА ОЗНАКОЮ СТАТІ У ПРОЦЕСІ ТРУДОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ | 177 |
| Шарун А.В., Плотнікова М.М. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В МАНИФЕСТАЦИИ И РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ | 178 |
| <i>Шафоростова С.Г.</i> ДО ПРОБЛЕМИ ГЕНДЕРНОГО ПИТАННЯ В УКРАЇНСЬКИХ ВНЗ | 180 |
| <i>Шевченко О.С., Погорелова О.О.</i> ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ СЕРЕД ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ | 180 |
| <i>Шейко А. О., Наливайко Н. А.</i> ОСОБИСТІСНЕ ПРИВІТАННЯ З ВИКЛАДАЧЕМ ОЧИМА СТУДЕНТІВ | 181 |
| <i>Л. І. Шлєіна</i> ГЕНДЕР У ФІЛОСОФСЬКОМУ ДИСКУРСІ | 182 |
| СТУДЕНТСЬКА СЕКЦІЯ | |
| <i>Aamir Rizwan</i> THE ISSUE OF FEMALE GENITAL MUTILATION | 184 |
| <i>Adesegun Kuye Jacobs.</i> GENDER PROBLEM IN MEDICINE | 185 |
| <i>Bittar Raneem</i> INFLUENCE OF ENVIRONMENT ON REPRODUCTIVE HEALTH | 186 |
| <i>Logina Salam</i> DO NO HARM. THE GENDER DIFFERENCES IN THE PHYSICIAN'S GENERAL PRACTICE | 187 |
| <i>John Jemimah Nayagava</i> THE IMPORTANCE OF ROLE MODELS FOR GIRLS | 188 |
| <i>Барішева, Чернобай</i> ГЕНДЕРНІ СТЕРИОТИПИ В УЯВЛЕННІ СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО КУРСУ ХНМУ | 190 |
| <i>Бойко С.О.</i> БАЙРОНИЗМ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА, ИЛИ СВОЕВОЛИЕ СИЛЬНОЙ ЖЕНЩИНЫ | 191 |
| <i>Воробійова С.В</i> ПРОБЛЕМА ІНФАНТИЦИДУ: ГЕНДЕРНИЙ ВИМІР | 192 |
| <i>Габдрахманов І.І., Розум В.М.</i> ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ПСИХОГЕННИХ ДЕПРЕСІЙ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ | 194 |
| <i>Гаджієва П. І.</i> АКТУАЛЬНІСТЬ ГЕНДЕРУ. ЧИ Є ГЕНДЕР СПЕКТРОМ? | 195 |
| <i>Гриценко А.С.</i> ЖІНКИ-ХІРУРГИ | 196 |
| <i>Доценко І.Р.</i> ПОЛОЖЕНИЕ ЖЕНЩИНЫ В УКРАИНСКОЙ СЕМЬЕ | 198 |
| <i>Золотухіна В. М.</i> ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ МРТБ ЛЕГЕНЬ. | 199 |
| <i>Кателевський Борис</i> ЗВ'ЯЗОК ГЕНДЕРУ ТА ЗЛОЧИННОЇ ПОВЕДІНКИ | 200 |
| <i>Киценко Ю.А., Толоконнікова А.А.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ | 201 |
| <i>Козловська К. Р.</i> ЖІНКА І ПОЛІТИКА: ІСТОРИЧНИЙ І СУЧАСНИЙ ДОСВІД | 202 |
| <i>Колосовская Дарина</i> МОДА – ЭТО ПРОСТО СИЛА ИЛИ МЕХАНИЗМ ПЕРЕМЕН? | 203 |
| <i>Конопля Л.А.</i> ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ПРИЧИН АЛКОГОЛІЗМУ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ПСИХОТЕРАПЕВТА | 204 |
| <i>Конопля Л.А.</i> РОЛЬ ЖІНКИ В УКРАЇНСЬКІЙ ЛІТЕРАТУРІ ТА ЖИТТІ | 205 |
| <i>Конюшенко Е.О.</i> «ГЕНДЕРНЫЕ КОНТРАКТЫ» УКРАИНСКОГО ОБЩЕСТВА | 206 |
| <i>Коржова В.М.</i> «ГЕНДЕРНІ РОЛІ» В ПРОЦЕСІ СПІЛКУВАННЯ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА | 207 |
| <i>Корнілова І.Р.</i> ГЕНДЕРНІ РОЛІ В РОДИНІ | 208 |
| <i>Косенко Ю.</i> САМОСТВЕРДЖЕННЯ ГЕРОЇНЬ РОМАНІВ ЛЮКО ДАШВАР | 209 |
| <i>Лісова Є. М.</i> ГЕНДЕРНА ТОЛЕРАНТНІСТЬ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ | 210 |
| <i>Лопатіна Н. Г.</i> КОРЕКЦІЯ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ ГЕНДЕРНОЇ КУЛЬТУРИ У НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ | 212 |

| | |
|--|-----|
| <i>Луб'янова Є.-О.Є.</i> ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ НЕРВОВОЇ АНОРЕКСІЇ | 213 |
| <i>Матюшин Сергій</i> УКРАЇНСЬКІ НАРОДНІ ТРАДИЦІЇ ЯК АСПЕКТИ ВПЛИВУ НА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ УКРАЇНЦІВ | 214 |
| <i>Массалова Е.И.</i> НЕГАТИВНІ СТЕРЕОТИПИ: ОПАСНО ДЛЯ ЖИЗНИ! | 215 |
| <i>Михальченко М.Б., Орлова С. К., Стещенко М. Г.</i> ОСОБЛИВОСТІ ГЕНДЕРНОГО АСПЕКТУ В ПРОФЕСІЙНІЙ КАР'ЄРІ | 216 |
| <i>Меженіна Т.В.</i> ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ГОМОСЕКСУАЛІЗМУ | 217 |
| <i>Павлова О.О.</i> ЕКОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ Й СЬОГОДЕННЯ | 218 |
| <i>Петренко А.О.</i> ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ В РЕКЛАМІ | 220 |
| <i>Плуженко О.І., Лук'янченко В.В., Щербина М.М.</i> ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ УЧНІВ ТА УЧЕНИЦЬ СТАРШИХ КЛАСІВ | 221 |
| <i>Прядко В.В., Журжа Е.А.</i> ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ: ПРЕДПИСАННЕ І ПОВТОРЯЄМОЕ | 222 |
| <i>Сбітнева Ю.А.</i> ВПЛИВ СТАТІ НА РОЗВИТОК УСКЛАДНЕНЬ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ | 223 |
| <i>Сич Д.О.</i> НАСИЛЬСТВО ТА ЙОГО ВІДОБРАЖЕННЯ У ТВОРАХ УКРАЇНСЬКИХ КЛАСИКІВ | 224 |
| <i>Смирнова В. И.</i> ЗНАЧЕННЯ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПОВ В СФЕРІ НАВЫКОВ І ДЕЯТЕЛЬНОСТІ СКВОЗЬ ПРИЗМУ АРХЕТИПИЧЕСКОЙ СИСТЕМИ КЛАССПЕКТОВ | 226 |
| <i>Соколова О.Г.</i> СЕКСИЗМ КАК ИДЕОЛОГИЯ И ПРАКТИКА | 227 |
| <i>Стоян А.О.</i> ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ | 228 |
| <i>Стукалкина Д.С., Феськова А.О.</i> СУЧАСНІ ОЦІНКИ НЕЙРОСЕКСИЗМУ | 229 |
| <i>Суценок Е. В.</i> СУЧАСНА УКРАЇНСЬКА МОВА ЯК ВІДОБРАЖЕННЯ АКТУАЛЬНОСТІ ГЕНДЕРНОГО ПИТАННЯ | 231 |
| <i>Сичова Я.В.</i> ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ ЯК ЧИННИК ЗМЕНШЕННЯ РІВНЯ КОРУПЦІЇ У ПАТРУЛЬНІЙ ПОЛІЦІЇ В УКРАЇНІ | 232 |
| <i>Смицька В.Г., Лобода К.Г.</i> ДО ПРОБЛЕМИ ГЕНДЕРНОЇ ПОЛІТИКИ СРСР У 30-Х РОКАХ ХХ СТОЛІТТЯ | 233 |
| <i>Сухарева Л.П.</i> ВПЛИВ ЧИННИКІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я | 235 |
| <i>Тернопол Ю. А.</i> ПОДРОСТКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ И РИСКИ | 236 |
| <i>Тіщенко Андрій</i> ГЕНДЕРНІ КВОТИ У ПОЛІТИЦІ: ПЕРЕБІЛЬШЕННЯ ЧИ НЕОБХІДНІСТЬ? | 237 |
| <i>Тюрін М.В.</i> ГЕНДЕР ЯК ОДИН З ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ СОЦІАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ СУЧАСНОСТІ | 238 |
| <i>Хіміч А.Д.</i> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ | 239 |
| <i>Чорна Д. О.</i> ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ В СПОРТІ | 240 |
| <i>Чорна Д. О.</i> ОБРАЗ ЖІНКИ У ТВОРЧОСТІ МАРКА ВОВЧКА | 241 |
| <i>ЧУБ Р.Т.</i> ЗАПОБІГАННЯ ГЕНДЕРНИМ СТЕРЕОТИПАМ І СЕКСИЗМУ ЯК МАГІСТРАЛЬНИЙ НАПРЯМОК ГЕНДЕРНОЇ СТРАТЕГІЇ В КРАЇНАХ ЄС | 242 |
| <i>Чупіна В.І.</i> СЕРЦЕ ЖІНКИ: ВІДМІННОСТІ, РИЗИКИ, ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ | 243 |
| <i>Шарун С.Н.</i> ГЕНДЕРНЕ СПРИЙНЯТТЯ ЖІНКИ В ІСЛАМІ | 245 |
| <i>Яковлева Д. Ю.</i> ЛЮСИ ХОББС – ПЕРВАЯ ЖЕНЩИНА СТОМАТОЛОГ | 246 |
| <i>Якуничев М.В.</i> ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРА И ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ НА КЛИНИКУ ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ | 247 |
| <i>Яремчук Іванна</i> ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ У МЕДИЦИНІ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПАЦІЄНТА | 248 |

Наукове видання

ГЕНДЕР. ЕКОЛОГІЯ. ЗДОРОВ'Я

Матеріали

**VI Міжнародної науково-практичної конференції
(Харків, 18–19 квітня 2019 року)**

Опубліковано в авторській редакції

Відповідальний за випуск: Карпенко К.І.

Формат А5. Ризографія.
Ум. друк. арк. 17,0. Зам. 19-33751.

Редакційно-видавничий відділ ХНМУ,
пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів
видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.