

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ
ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-
СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У
ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ



Круцевич Тетяна, Іванік Оксана

Національний університет фізичного виховання і спорту України

DOI: 10.32540/2071-1476-2019-3-110

Annotation

Introduction. Diseases of the heart stand in the first place among the causes of death in Ukraine, ahead of even cancer. This high figure – 68% – is not in any developed country of the world, and in Europe and America, these figures are an order of magnitude lower. The main reasons why heart attacks and strokes began to “reach” Ukrainians in 35-40 years are malnutrition, sedentary lifestyles, stress and bad habits.

Cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of death throughout the world: for no other reason, so many people die every year than on CVD.

It is estimated that in 2016, 17.9 million people died from the CVS, which was 31% of all deaths in the world. 85% of these deaths occurred as a result of heart attack and stroke.

Material and methods. The research was conducted at the bases of the National Aviation University and the Kyiv National Trade and Economic University. The research was attended by scientific and pedagogical staff and university staff in a total of 112 people.

In the course of the study, the following research methods were used: analysis and generalization. Questionnaire Methods of mathematical statistics. The results of the study were processed using Microsoft Excel 2007.

Results The article presents the results of the study of the gender characteristics of the diseases of the cardiovascular system.

Conclusions The conducted research showed that the respondents who are more susceptible to the development of the CVS dominate the masculine type of role behavior. The maximum abolition of gender role characteristics is observed among respondents with masculine and feminine psychotypes. Among the men and women most at risk for developing CVD, a masculine sex-role type is more common, while feminine polo-role psychotype is less prone to developing cardiovascular disease.

Key words: gender, mature age, cardiovascular diseases.

Анотація

Вступ. Хвороби серця стоять на першому місці серед причин смертності в Україні, випереджаючи навіть рак. Такого високого показника – 68% – немає в жодній розвиненій країні світу, а в Європі і Америці ці цифри на порядок нижче. Основні причини, за якими інфаркти та інсульти почали «досягати» українців в 35-40 років, – неправильне харчування, малорухливий спосіб життя, стреси і шкідливі звички.

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною смерті в усьому світі: ні з якоїсь іншої причини щорічно не вмирає стільки людей, скільки від ССЗ.

За оцінками, в 2016 році від ССЗ померло 17,9 мільйони чоловік, що склало 31% всіх випадків смерті в світі. 85% цих смертей сталося в результаті серцевого нападу та інсульту.

Мета дослідження – виявити паритет прояву ризиків серцево-судинних захворювань у чоловіків і жінок

зрілого віку за гендерними ознаками.

Матеріал і методи. Дослідження проводилось на базах Національного авіаційного університету та Київського національного торговельно-економічного університету. В дослідженнях взяли участь науково-педагогічні працівники та співробітники університетів, – у загальній кількості 112 осіб.

У ході дослідження застосовувались такі методи дослідження: аналіз та узагальнення, анкетування, методи математичної статистики. Результати дослідження оброблені із застосуванням «Microsoft Excel 2007».

Результати. У статті наведені результати дослідження гендерних особливостей захворювань серцево-судинної системи.

Висновки. Проведене дослідження показало, що у респондентів, більш схильних до розвитку ССЗ, маскулінний тип роліової поведінки домінує. Максимальна відміна гендерних роліових характеристик спостерігається між респондентами з маскулінним і фемінінним психотипами. Серед чоловіків і жінок, найбільш схильних до ризику розвитку ССЗ, частіше зустрічається маскулінний статево-рольовий тип, в той час як фемінінний поло-рольовий психотип менш схильний до розвитку серцево-судинних захворювань.

Ключові слова: гендер, зрілий вік, серцево-судинні захворювання.

Аннотація

Введение. Болезни сердца стоят на первом месте среди причин смертности в Украине, опережая даже рак. Такого высокого показателя – 68% – нет ни в одной развитой стране мира, а в Европе и Америке эти цифры на порядок ниже. Основные причины, по которым инфаркты и инсульты начали «достигать» украинский в 35-40 лет, – неправильное питание, малоподвижный образ жизни, стрессы и вредные привычки.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ.

По оценкам, в 2016 году от ССЗ умерло 17,9 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. 85% этих смертей произошло в результате сердечного приступа и инсульта.

Цель исследования – выявить паритет проявления рисков сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин и женщин II периода зрелого возраста по гендерным признакам.

Материал и методы. Исследование проводилось на базах Национального авиационного университета и Киевского национального торгово-экономического университета. В исследованиях приняли участие научно-педагогические работники и сотрудники университетов в общем количестве 112 человек.

В ходе исследования применялись следующие методы исследования: анализ и обобщение. Анкетирование. Методы математической статистики. Результаты исследования обработаны с применением «Microsoft Excel 2007».

Результаты. В статье приведены результаты исследования гендерных особенностей заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Проведенное исследование показало, что у респондентов более склонных к развитию ССЗ маскулінний тип ролевого поведения доминирует. Максимальная отмена гендерных ролевых характеристик наблюдается между респондентами с маскулінним и фемінінним психотипами. Среди мужчин и женщин, наиболее подверженных риску развития ССЗ, чаще встречается маскулінний поло-ролевой тип, в то время как фемінінний поло-ролевой психотип менее склонен к развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: гендер, зрелый возраст, сердечно-сосудистые заболевания.

Вступ. Хвороби серця стоять на першому місці серед причин смертності в Україні, випереджаючи навіть рак. Такого високого показника – 68% – немає в жодній розвиненій країні світу, а в Європі і Америці ці цифри на порядок нижче. Основні причини, за якими інфаркти та інсульти почали «досягати» українців в 35-40 років, – неправильне харчуван-

ня, малорухливий спосіб життя, стреси і шкідливі звички.

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною смерті в усьому світі: ні з якої іншої причини щорічно не вмирає стільки людей, скільки від ССЗ.

За оцінками, в 2016 році від ССЗ померло 17,9 мільйона чоловік, що склало 31% всіх випадків смерті в світі. 85% цих смертей

сталось в результаті серцевого нападу та інсульту.

Слід зазначити, що здоров'я нації нерозривно пов'язане з економічними, соціальними, психологічними, політичними та іншими процесами, що відбуваються в суспільстві, воно має на них певний вплив, і саме схильне до трансформації під впливом змін зовнішнього середовища. Цей

взаємозв'язок викликає необхідність вивчення і врахування численних факторів, в тому числі – на перший щабель виходить і гендерна проблематика.

У працездатному віці, на який лягає основний тягар вироблення внутрішнього валового продукту, від величини якого залежить добробут нації, хвороби системи кровообігу складають більше 1/3 всіх випадків смерті. Причому рівень смертності чоловіків перевищує рівень смертності жінок в цілому. Незважаючи на те що в розвинених країнах спостерігається зниження смертності, ситуація в нашій країні залишається надзвичайно серйозною.

В наш час у науковій літературі обговорюються статеві відмінності у виникненні різних захворювань, що стало підставою для формування диференційованих по гендеру підходів до лікування. Особливий розвиток придбала гендерна кардіологія, оскільки відмінності факторів ризику, клінічних проявів, діагностичних і лікувальних підходів у чоловіків і жінок найбільш виражені саме при серцево-судинних захворюваннях (ССЗ).

Статеві (гендерні) ідентифікація – це процес формування статевої (гендерної) ідентичності, тобто відповідність людини тієї чи іншої статі, відчуття в собі чоловічого або жіночого начала, усвідомлення і прийняття своєї біологічної статі.

Маскулінність – це система властивостей особистості, що традиційно вважаються чоловічими. Вони передбачають відповідність власній статевій приналежності, прийняття статево-рольових стереотипів, дотримання чоловічих норм, вироблення типових для чоловічої статі форм поведінки, способів самореалізації. Маскулінність пов'язується з такими якостями, як незалежність, активність, допитливість, схильність до ризику, здатність до досягнень.

Внутрішній світ чоловіка ви-

знається більш упорядкованим і систематизованим, ніж світ жінки. Негативними рисами маскулінності найчастіше вважається брутальність, авторитарність, агресивність, надмірний раціоналізм.

Фемінінність – це властивість особистості, що передбачає відповідність жінки власній психологічній статі, дотримання жіночих статево-рольових норм, типової для жінки поведінки, цінностей, установок.

Фемінінність пов'язується з емоційністю, м'якістю, чуйністю, нормативністю, комунікативними навичками, сенситивністю, здатністю до емпатії. Фемінінна жінка вважається більш реалістичною, практичною, уразливою, безпосередньою і пасивною, ніж жінка з не такою однозначно домінуючою жіночністю.

Виражена фемінінність передбачає переважання несвідомого рівня саморегуляції, схильність до інтуїтивного осягнення дійсності, чітку материнську орієнтацію.

Проте соціологічні та психологічні дослідження свідчать про те, що однозначний наголос на маскулінність або фемінінність у моделях поведінки обмежує емоційний та інтелектуальний розвиток чоловіків і жінок. Обидві статі однаковою мірою здатні бути відданими та самостійними, чутливими та рішучими. Таке сполучення людських якостей створює те, що у сучасній науці отримало назву «андрогінії» [3, 8, 10].

Маскулінність не обов'язково притаманна чоловікам, так само, як фемінінність – не є винятково жіночою характеристикою. Фемінінні властивості, як-от: щирість, емоційність, інтуїтивність, вітальність, властиві і чоловікам, набуваючи виразності при наблизженні до особистісної зрілості. Водночас у жінок нерідко простежуються маскулінні якості, зокрема безкомпромісність, наполегливість, розвинута мотивація досягнення, ініціативність, високий інтелект та свобода від стере-

отипів. Тривалий час вважалося, що маскулінність і фемінінність – це протилежні полюси однієї шкали, тобто висока маскулінність розглядається як низька фемінінність (і навпаки) (Бем, 2004; Бендас, 2009).

Тобто можливі одночасно високий розвиток обох характеристик, або одночасно низький рівень цих статево-рольових проявів. Поєднання високого розвитку фемінінності та маскулінності в одній людині (незалежно від її статі) і здобуло назву «андрогінність» (Бем, 2004).

Таким чином, параметри, за якими чоловіки і жінки ототожнюють свою гендерну роль є не тільки фізичними, а і соціокультурними. Маскулінні і фемінінні якості та риси характеру наявні в кожній людині, навіть якщо її домінуюча ідентичність більш схильна до того чи іншого психологічного типу.

«Гендер» – це «змодельовані суспільством поведінкові взірці жінки та чоловіка, екстрапольовані на різні сфери суспільних відносин. У даному контексті – відносини в сфері фізичної культури та спорту» (Марченко, 2019).

Гіпотеза. Передбачається, що має місце привалювання захворюваності та смертності від ССЗ у чоловіків і жінок маскулінного психотипу, над фемінінним типом рольової поведінки

Мета дослідження – виявити паритет прояву ризиків серцево-судинних захворювань у чоловіків і жінок II періоду зрілого віку за гендерними ознаками.

Матеріал і методи. Дослідження проводилось на базах Національного авіаційного університету та Київського національного торговельно-економічного університету. В дослідженнях взяли участь науково-педагогічні працівники та співробітники університетів у загальній кількості 112 осіб, віком 30-39 років.

Організація дослідження

Для визначення ризиків роз-

Таблиця 1

Кількість респондентів за параметром IS тесту С. Бем «Маскуліність-фемінінність»

Чоловіки 30-39 років, n = 60			Жінки 30-39 років n = 52		
Андрогінний психотип	Маскуліний психотип	Фемініний психотип	Андрогінний психотип	Маскуліний психотип	Фемініний психотип
14	40	6	9	11	32
23,33%	66,67%	10%	17,31%	21,15%	61,54%

витку серцево-судинних захворювань, використовували методику А.З. Запесочного. Згідно з методикою Запесочного, враховується дев'ять показників (вік, стать, зріст, маса тіла, спадкові чинники, шкідливі звички, артеріальний тиск, фізична активність), які характеризують фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Тестування полягає в опитуванні по спеціальній анкеті. Об'єктивні показники – ЧСС, артеріальний тиск і масу тіла – вимірюють, результати оцінюють у балах. Потім всі бали додають і за шкалою оцінки визначають ризик розвитку серцево-судинних захворювань.

Для дослідження гендерної ідентичності респондентів застосовувався тест – опитувальник, розроблений відомим американським гендерологом Сандрою Бем (BSR).

Результати досліджень.

У ході нашого дослідження нами було встановлено, що у чоловіків маскуліний психотип (66,7%) превалює над фемініним (10%), у жінок фемініний (61,54%) – над маскуліним (21,15%). Респондентів з андрогінною гендерною ідентичністю

у чоловіків і жінок практично однакова кількість 23,33% і 17,31%, відповідно (табл. 1).

Обчислення показників тесту А.З. Запесочного оцінки ризику розвитку серцево-судинних захворювань показали, що з ризиком по шкалі «максимальний» респондентів не виявлено. З показниками вираженого ризику розвитку ССЗ у чоловіків відмічено всього 1,67% респондентів, а у жінок 5,77%. По шкалі явного ризику ситуація змінилась, і чоловіків з таким показником стало вдвічі більше, ніж жінок 15% і 7,69%. Дані шкали «мінімальний» у чоловіків і жінок другого періоду зрілого віку майже однаково 50% у чоловіків та 46,15% у жінок. Відсутній ризик розвитку серцево-судинних захворювань у 33,33% чоловіків і 40,15% жінок (табл 2).

Розподіл вибірки по психотипам за показниками оцінки ризику ССЗ свідчить, що домінуючі показники у чоловіків – маскуліний психотип, а у жінок – фемініний по кількості респондентів в гендерних групах також найбільший.

Таким чином, андрогінні чо-

ловіки мають явно виражений ризик розвитку ССЗ у 21,43%. Половина опитаних чоловіків-андрогінів мають мінімальний ризик і 28,57% відсутній.

Виражений ризик мають всього 2,5% респондентів, але цей показник припадає на володарів маскуліного психотипу. Явний ризик у 15% носіїв маскуліного психотипу, мінімальний майже у половини і відсутній ризик розвитку ССЗ у 35% маскуліних чоловіків.

Фемініні чоловіки розділилися на тих у кого відсутній ризик ССЗ – 33,33%, і тих у кого він мінімальний – 66,66% (табл. 3).

У жінок виражений ризик розвитку ССЗ припав на власниць андрогінного психотипу 33,33%, явний ризик мають 27,27% маскуліних жінок, 75% фемініних осіб жіночої статі з мінімальною можливістю розвитку серцево-судинних захворювань. Відсутній ризик захворіти на ССЗ у 66,66% андрогінних жінок, 72,73% маскуліних і 25% фемініних жінок (табл 4).

Фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань у респондентів доволі високі. Отже, зайву вагу у себе відмі-

Таблиця 2

Кількість респондентів за показниками тесту оцінки ризику серцево-судинних захворювань А.З. Запесочного

Чоловіки 30-39 років, n = 60					Жінки 30-39 років n = 52				
відсутній	мінімальний	явний	виражений	максимальний	відсутній	мінімальний	явний	виражений	максимальний
20	30	9	1	-	21	24	4	3	-
33,33%	50%	15%	1,67%	-	40,38%	46,15%	7,69%	5,77%	-

Таблиця 3

Ризик розвитку серцево-судинних захворювань за гендером, чоловіки

Психотип	Чоловіки 30-39 років, n = 60			
	відсутній	мінімальний	явний	виражений
Андрогінний n = 14	4	7	3	-
	28,57%	50%	21,43%	-
Маскулінний n = 40	14	19	6	1
	35%	47,5	15%	2,5%
Фемінінний n = 6	2	4	-	-
	33,33%	66,66%	-	-

Таблиця 4

Ризик розвитку серцево-судинних захворювань за гендером, жінки

Психотип	Жінки 30-39 років n = 52			
	відсутній	мінімальний	явний	виражений
Андрогінний n = 9	6	-	-	3
	66,66%	-	-	33,33%
Маскулінний n = 11	8	-	3	-
	72,73	-	27,27%	-
Фемінінний n = 32	8	24	-	-
	25%	75%	-	-

чають 51% респондентів серед чоловіків і 63,46% жінок, підвищений тиск – 26,67% і 29,41%, відповідно. Відмітимо, що така пагубна звичка як паління сигарок більш розповсюджена серед чоловічого населення (33,33%), хоча і жінки також зловживають тютюнопалінням але менше – 23,53%. Хочеться акцентувати увагу на таких факторах, як стрес і малорухомий спосіб життя. В стресовому стані знаходяться 68,33% чоловічого населення і 82,35% жінок. Малорухомий спосіб життя ведуть 45% чоловіків і майже на третину більше жінок – 71% (табл. 5).

Аналізуючи фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань за гендером, ми не виявили суттєвої різниці, наприклад, у наявності зайвої ваги між андрогінними чоловіками 64,29% і андрогінними жінками 66,67%, наявності стресу у того ж психотипу чоловіків 64,29% і жінок

66,67%, малорухомого способу життя 35,71% і 33,33%, відповідно. Так само ми спостерігаємо подібність результатів серед носіїв маскулінного психотипу обох біологічних статей. На наявність зайвої ваги вказують 50% чоловіків і 54,55% жінок.

Однак було виявлено відмінності щодо інших показників. Так, респондентів з підвищеним тиском у фемінінних чоловіків не виявлено, в той час майже 10% фемінінних жінок страждають від артеріальної гіпертензії. Зайвою вагою обтяжені 65,63% жінок і вдвічі менше 33,33% фемінінних чоловіків.

Проте, метою нашого дослідження було виявити очевидну паралель між гендером і захворюванням на ССЗ. Чітко відстежуються підвищені показники факторів ризику розвитку ССЗ між маскулінними та фемінінними психотипами, незалежно від біологічної статі.

Таким чином, чоловіки (25%) і жінки (54,55%) маскулінного психотипу більш схильні до підвищеного тиску, ніж фемінінні чоловіки (яких не виявлено) і фемінінні жінки (9,38%). Зі стресом живуть 72,5% маскулінних чоловіків і 50% з фемінінним психотипом. Так само і у жінок: маскулінні – 100%, фемінінні 78,13%. Палять сигарки більше респонденти з маскулінним типом поведінки: чоловіки – 35%, жінки – 27,27%, натомість, фемінінні чоловіки – 33,33% і фемінінні жінки – 9,38% (табл. 6, 7).

Дискусія. Згідно з оцінками, куріння тютюну є причиною приблизно 10% випадків ССЗ. Існує велика кількість даних, отриманих у проспективних когортних дослідженнях, про позитивний вплив відмови від куріння на рівень смертності від ішемічної хвороби серця. Спостереження, що проводиться лікарями у Великобританії протягом 50 років, показало, що вирішальний вплив на тривалість життя колишніх курців робить вік відмови від куріння, адже ті, хто кинув палити у віковому проміжку від 35 до 44 років, мали таку ж тривалість життя, як і тільки ніколи не палили.

У багатьох дослідженнях, де вивчалася зв'язок між фізичною активністю і ССЗ, відзначені зниження ризику смерті від ішемічної хвороби серця і зменшення загального ризику ССЗ, ішемічної хвороби серця та інсульту. Фізичне навантаження є ключовим детермінантом витрати енергії і, таким чином, відіграє найважливішу роль в забезпеченні енергетичного балансу і контролю ваги. Крім того, фізична активність сприяє зниженню ваги, контролю глікемії, стабілізації артеріального тиску, ліпідного профілю та чутливості до інсуліну. Позитивний вплив фізичної активності на серцево-судинний ризик може бути досягнуто, принаймні частково, завдяки впливу на проміжні фактори ризику.

Таблиця 5

Фактори ризику розвитку ССЗ

Фактори ризику	Чоловіки 30-39 років, n = 60		Жінки 30-39 років n = 52	
	Число	Відсоток	Число	Відсоток
Зайва вага	31	51%	33	63,46%
Підвищений тиск	16	26,67%	15	29,41%
Паління	20	33,33%	12	23,53%
Стрес	41	68,33%	43	82,35%
Малорухомий спосіб життя	27	45%	37	71%

Таблиця 6

Фактори ризику розвитку ССЗ за гендером, чоловіки

Психотип	Чоловіки 30-39 років, n = 60				
	Зайва вага	Тиск	Паління	Стрес	Малорухомість
Андрогінний n = 14	9	6	4	9	5
	64,29%	42,86%	28,57%	64,29%	35,71%
Маскулінний n = 40	20	10	14	29	17
	50%	25%	35%	72,5%	42,5%
Фемінінний n = 6	2	-	2	3	5
	33,33%	-	33,33%	50%	83,33%

Іншими визначальними факторами для ССЗ є злидні, стрес і спадкові чинники. [15].

Довгостроковий вплив поведінкових факторів ризику призводить до підвищеного артеріального тиску (гіпертензії), підвищеного рівня глюкози в крові (діабету), підвищеного і ненормального вмісту ліпідів в крові (дисліпідемії) і ожиріння. Гіпертензія і діабет як важливі фактори ризику пов'язують ССЗ із захворюваннями нирок. Якщо виявити людей, схильних до ризику розвитку інфаркту міокарда та інсульту, і вжити заходів щодо зниження у них того ризику, то більшу частину серцево-судинних подій зі смертельними і несмертельним результатом можна запобігти. Для оцінки ризику розвитку інфаркту та інсульту можуть використовуватися таблиці прогнозування ризику та інші інструменти, розроблені ВООЗ та Міжнародним товариством артеріальної гіпер-

тензії (ISH).

Існує значний обсяг даних про роль раціону харчування в розвитку атеросклерозу взагалі і ішемічної хвороби серця зокрема. Високий рівень споживання з їжею насичених жирів, транс-жирів, холестерину і солі і низький рівень споживання фруктів, овочів і риби підвищує ризик розвитку ССЗ. Ожиріння є фактором ризику розвитку ССЗ, тісно пов'язаним з раціоном харчування і відсутністю фізичної активності. Ожиріння розвивається, коли відбувається порушення рівноваги між кількістю жирів, які надходять з їжею, і їх витратою. Регулярна фізична активність може запобігти розвитку ожиріння за рахунок збільшення витрати енергії. Ожиріння визнано проблемою охорони здоров'я. Надлишкова маса тіла і ожиріння чинять негативний метаболічний вплив на артеріальний тиск, холестерин, тригліцериди і інсулінорезистентність. Зі збільшенням

ІМТ стабільно зростає ризик ішемічної хвороби серця, ішемічного інсульту і цукрового діабету другого типу.

Підвищений артеріальний тиск – важливий фактор ризику розвитку ішемічної хвороби серця та цереброваскулярних захворювань. Доведена позитивна і монотонно зростаюча залежність між рівнем артеріального тиску і ризиком виникнення інсульту та ішемічної хвороби серця.

Ризик ССЗ збільшується з підвищенням рівня глюкози в крові. Більше того, патологічна регуляція рівня глюкози в крові часто супроводжує іншим факторам серцево-судинного ризику.

Стратегії, які здійснюються в масштабах всього населення, повинні бути спрямовані, перш за все, на поведінкові фактори ризику. Водночас система охорони здоров'я повинна виявляти осіб з груп високого ризику і приділяти їм особливу увагу, використовуючи інтегровані економічно ефективні підходи до оцінки ризиків та управління ними.

Більшості випадків ССЗ можна запобігти за допомогою зміни способу життя і правильного застосування існуючих ліків

Дослідження дозволяють відзначити, необхідність диференційованого підходу до прогнозування, діагностики та лікування серцево-судинних захворювань.

Підтверджено, (Лісничка, 2011) що чоловіки схильні до тяжкого перебігу серцево-судинних захворювань, що підтверджується співвідношенням хворих (чоловіків і жінок) у відділеннях кардіохірургічного стаціонару.

Підтверджено дані М. Ніколаса, – рівень смертності чоловіків перевищує рівень смертності жінок в цілому.

Підтверджується (З.А. Абусева), про необхідність диференційованих по гендеру підходів до лікування, оскільки відмінності факторів ризику, клінічних проявів, діагностичних і лікувальних

Таблиця 7

Фактори ризику розвитку ССЗ за гендером, жінки

Психотип	Жінки 30-39 років n = 52				
	Зайва вага	Тиск	Паління	Стрес	Малорухомість
Андрогінний n = 9	6	6	6	6	3
	66,67%	66,67%	66,67%	66,67%	33,33%
Маскулінний n = 11	6	6	3	11	9
	54,55%	54,55%	27,27%	100%	81,82%
Фемінінний n = 32	21	3	3	25	25
	65,63%	9,38%	9,38%	78,13%	78,13%

підходів у чоловіків і жінок найбільш виражені саме при серцево-судинних захворюваннях (ССЗ).

Висновки. Проведене дослідження показало, що у респондентів, більш схильних до розвитку ССЗ, маскулінний тип рольової поведінки домінує. Максимальна відміна гендерних рольових характеристик спостерігається між

респондентами з маскулінним і фемінінним психотипами. Серед чоловіків і жінок найбільш схильних до ризику розвитку ССЗ, частіше зустрічається маскулінний статево-рольовий тип, в той час як фемінінний психотип менш схильний до розвитку серцево-судинних захворювань.

Отже, ми вважаємо, що маску-

лінність можна розглядати в якості одного з факторів, який може сприяти розвитку серцево-судинних захворювань.

Виходячи з вищесказаного, можна зробити висновок про те, що гіпотеза підтвердилася – існує залежність між статево-рольвим психотипом і ризиком розвитку серцево-судинних захворювань.

Перспективи подальших досліджень. Отримані в результаті дослідження дані будуть покладені в основу диференційованого підходу до прогнозування, діагностики та лікування ССЗ у чоловіків і жінок другого періоду зрілого віку.

Вдячності. Висловлюємо слова подяки керівництву Національного авіаційного університету та Київського національного торговельно-економічного університету за можливість проведення досліджень.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють, що не існує ніякого конфлікту інтересів.

Література

1. Абусуева З.А., Файззулин Л.З., Стрижова Н.В., Сухих Г.Г. Генетические факторы сердечно-сосудистых заболеваний у женщин постменопаузального возраста. Акушерство и гинекология. 2006. № 5. С. 32-34.
2. Барна О.М. Гендерна кардіологія. Проекція на аритмії у жінок. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2006. № 4. С. 14-18.1,3.
3. Бем С. Линзы гендера: трансформация взгляда на проблему первенства полов. Москва; 2004. 336 с.,
4. Бендас Т.В. Гендерная психология: учеб. пособ. Санкт-Петербург: Питер Пресс; 2009. 428 с.
5. Берн Ш. Гендерная психология. Законы мужского и женского поведения. Санкт-Петербург: Прайм-Еврознак; 2004. 318 с.
6. Всемирная организация здравоохранения. Проект комплексной глобальной системы мониторинга, включая показатели и комплекс добровольных глобальных целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Женева 2012. A_NCD_INF1-ru.pdf.
7. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними. Под ред.: Mendis S, Puska P, Norrving B. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2013.

References

1. Abusuyeva Z.A. Fayzzulin L.Z., Strizhova N.V., Sukhikh G.G. (2006). Geneticheskiye faktory serdechno-sosudistykh zabolevaniy u zhenshchin postmenopauzal'nogo vozrasta Akusherstvo i ginekologiya [Genetic factors of cardiovascular diseases in women of postmenopausal age]. Obstetrics and gynecology. № 5. P. 32-34. (in Russian).
2. Barna O.M. (2006). Henderna kardiologiya. Proektsiya na arytmiyi u zhinok // Medytsynskye aspekty zdorov'ya zhenshchyny [Gender cardiology. Projecting on arrhythmias in women. Medical aspects of a woman's health]. № 4. P. 14-18.1,3. (in Ukrainian).
3. Bem S. (2004). Linzy gendera: transformatsiya vzglyada na problemu pervenstva polov [Gender lenses: transformation of a view on the problem of the primacy of the sexes]. Moscow, 336 p. (in Russian).
4. Bendas T.V. (2009) Gendernaya psikhologiya [Gender psychology]: studies. benefit St. Petersburg: Peter Press;. 428 p. (in Russian).
5. Bem S. (2004). Gendernaya psikhologiya. Zakony muzhskogo i zhenskogo povedeniya [Gender psychology. The laws of male and female behavior]. St. Petersburg: Prime Euroznak;. 318 p. (in Russian).
6. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. Proyekt kompleksnoy global'noy sistemy monitoringa, vklyuchaya pokazateli i kompleks dobrovol'nykh

8. Євстігнєєва ІВ. Гендерне виховання учнів основної школи на уроках фізичної культури [автореферат]. Луганськ; 2012. 24 с.
9. Ильин ЕП. Пол и гендер. Санкт-Петербург: Питер; 2010. 686 с.
10. Кордуэлл М. Психология А-Я: словарь-справочник. Москва: Фаир-Пресс; 2000. 448 с.
11. Лісничка В.М. Гендерні особливості захворювань серцево-судинної системи. Ліки України. 2011. № 2 (6). С. 41-44.
12. Марченко ОЮ. Теоретико-методологічні основи гендерного підходу до формування аксіологічної значущості фізичної культури у школярів [автореферат]. Київ; 2019. 43с.
13. Bem SL. Gender schema theory and its implications for child development: Raising gender – schematic children in a gender – schematic society. *Journal of women in culture and society*. 1983;8(4):65-78.
14. Nichols M., Townsend N., Scarborough P., Rayner M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update. *Eur Heart J* 2013; 34: 3028-3034.
15. World Health Organization. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. 2002. Report No. 916.
7. Vsemimyy atlas profilaktiki serdechno-sosudistykh zabolevaniy i bor'be s nimi. [World Atlas of Cardiovascular Disease Prevention and Control]. Ed.: Mendis S, Puska P, Norrving B. World Health Organization, Geneva (2013). (in Russian).
8. Yevstigneyev I.V. (2012). Henderne vykhovannya uchniv osnovnoyi shkoly na urokakh fizychnoyi kul'tury [Gender education of primary school students at physical education lessons] [abstract]. Lugansk. 24 p. (in Ukrainian).
9. Ilyin E.P. (2010). Pol i gender [Sex and gender]. St. Petersburg: Peter. 686 p. (in Russian).
10. Cordwell M. (2000). Psikhologiya A-YA [Psychology A-Z: dictionary-reference]. Moscow: Fair-Press. 448 p.
11. Lesnicha V.M. (2011). Henderni osoblyvosti zakhvoryuvan' sertsevo-sudynnoyi systemy. Liky Ukrayiny [Gender features of diseases of the cardiovascular system]. *Medicines of Ukraine*. No. 2 (6). P. 41-44. (in Ukrainian).
12. Marchenko O.Y. (2019). Teoretyko-metodolohichni osnovy hendernoho pidkhodu do formuvannya aksiolohichnoyi znachushchosti fizychnoyi kul'tury u shkolyariv [Theoretical and methodological foundations of the gender approach to the formation of the axiological significance of physical culture among schoolchildren] [abstract]. Kiev. 43 p. (in Ukrainian).
13. Bem S.L. (1983). Gender schema theory and its implications for child development: Raising gender – schematic children in a gender – schematic society. *Journal of women in culture and society*. 8(4):65-78. (in English).
14. Nichols M., Townsend N., Scarborough P., Rayner M. (2013). Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update. *Eur Heart J*; 34: 3028-3034. (in English).
15. World Health Organization. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. (2002). Report No. 916. (in English).

Круцевич Тетяна

Національний університет фізичного виховання і спорту України
вул. Фізкультури, 1, 03680, Україна
e-mail: tmfv@ukr.net, тел: +380679084142

Іванік Оксана

Національний університет фізичного виховання і спорту України;
вул. Фізкультури, 1, 03680, Україна.
e-mail: ivanikam@ukr.net, тел: +380677638662