

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

КОЗОРИЗ Ірина Олегівна

**Гендерні особливості надання медичної
допомоги закладом охорони здоров'я. / Gender
specifics of the provision of medical care by a
health care institution**

спеціальність: 073 - Менеджмент
освітньо-професійна програма - Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
МЗОЗзм-21
І. О. Козоріз

Науковий керівник:
д.е.н., професор, Р. Р. Августин

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

" ___ " _____ 20__ р.

Завідувач кафедри
_____ **М. М. Шкільняк**

ТЕРНОПІЛЬ - 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	6
1.1. Поняття гендеру та його використання в охороні здоров'я	6
1.2. Методичні засади дослідження гендерних особливостей надання медичної допомоги закладом охорони здоров'я.....	13
Висновки до розділу 1	20
РОЗДІЛ 2 ОЦІНКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНИХ ПРАВ І МОЖЛИВОСТЕЙ ДЛЯ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	21
2.1. Оцінка гендерної рівності в закладі охорони здоров'я з позиції пацієнтів ..	21
2.2. Оцінка ставлення лікарів до забезпечення гендерної рівності в системі охорони здоров'я.....	33
2.3. Оцінка ставлення організаторів охорони здоров'я до проблеми забезпечення гендерної рівності в галузі	43
Висновки до розділу 2.....	51
РОЗДІЛ 3 ОБГРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	54
3.1. Концептуальні підходи до розробки моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України	54
3.2. Характеристика моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я	60
Висновки до розділу 3	67
ВИСНОВКИ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	71

ВСТУП

Актуальність дослідження. ООН визнає гендерну рівність як право людини та ключовий фактор здоров'я населення та економічного розвитку суспільства. У 2000-2015 рр. гендерна рівність була однією з основних Цілей розвитку Тисячоліття, а у 2015 р. ООН запропонувала нову стратегію суспільного розвитку Цілі сталого розвитку, яка передбачає досягнення гендерної рівності у всіх сферах людської діяльності. Однією з цих сфер є охорона здоров'я, яка має на меті забезпечити населенню якісні та доступні медичні послуги, зменшити смертність від різних причин, покращити стан материнського та дитячого здоров'я і т.д. Для досягнення паритету між чоловіками та жінками в суспільстві та в охороні здоров'я державам слід враховувати взаємозв'язок Цілей сталого розвитку у своїх національних програмах суспільного розвитку.

Згідно з дослідженням Всесвітнього економічного форуму The Global Gender Gap Report 2018 Україна посідає 65 місце серед 149 країн за рівнем гендерної рівності у суспільстві та 56 місце за охороною здоров'я. Для оцінки цих показників використовувалися такі критерії: тривалість життя, дитяча смертність до 5 років, смертність від інфекційних та неінфекційних хвороб, частка абортів і т.п..

Одним із важливих аспектів забезпечення якості та доступності послуг охорони здоров'я є врахування гендерних особливостей та потреб чоловіків та жінок. Гендерна рівність в охороні здоров'я означає, що чоловіки та жінки мають однаковий доступ до медичної допомоги, яка відповідає їх специфічним потребам, та однакову можливість впливати на формування політики та прийняття рішень у цій сфері. Для досягнення цього необхідно включати гендерний аналіз та дії у всю діяльність охорони здоров'я, як це передбачено Стратегією ВООЗ. ВООЗ також розробила ряд документів та рекомендацій щодо способів інтеграції гендерної складової в охорону здоров'я. Згідно з програмою «Здоров'я для всіх у XXI столітті», основною метою системи охорони здоров'я є покращення здоров'я населення та надання якісних послуг охорони здоров'я без будь-якої дискримінації за ознаками статі, віку, соціального статусу тощо. Цей принцип покладено в основу гендерної політики в галузі охорони здоров'я.

Гендерними особливостями називають ті фактори, які визначають стан здоров'я чоловіків та жінок, крім анатомо-фізіологічних (статевих) відмінностей. Це можуть бути соціальні ролі, способи життя, соціально-економічний статус, культурні норми тощо. Гендерними особливостями можуть бути також розбіжності у доступності та якості послуг охорони здоров'я для чоловіків та жінок. Гендерний аналіз дозволяє виявити ці розбіжності та їх причини, а також запропонувати шляхи їх усунення. Гендерний аналіз також сприяє більш ефективному використанню ресурсів охорони здоров'я та підвищенню задоволеності користувачів послугами.

Зазвичай стан здоров'я чоловіків та жінок порівнюють за медико-демографічними показниками. У багатьох країнах світу спостерігається низька тривалість життя чоловіків та висока смертність у всіх вікових категоріях, особливо серед чоловіків працездатного віку. З іншого боку, жінки частіше страждають від хронічних хвороб, які погіршують якість життя та працездатність. Це явище називають «парадоксом здоров'я та життя чоловіків і жінок», і його причини потребують дослідження з боку системи охорони здоров'я.

Проте аналіз національних та міжнародних досліджень показує складність та недостатність вивчення статевих та гендерних факторів, які впливають на здоров'я чоловіків та жінок, і необхідність проведення гендерно-чутливих досліджень в охороні здоров'я.

Досягнення гендерної рівності має важливе значення для здоров'я, оскільки це дозволить не лише забезпечити справедливий доступ до охорони здоров'я, а й покращити здоров'я населення. Однак, незважаючи на визнання того, що гендерна рівність є умовою розвитку суспільства, це питання залишається проблематичним в охороні здоров'я.

В Україні не проводились дослідження, які б комплексно вивчали гендерні аспекти здоров'я, організацію надання медичних послуг з урахуванням гендерного аспекту. Тому потребується наукове обґрунтування нової концептуальної моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я, що і визначило актуальність дослідження, його мету та завдання.

У цьому дослідженні поняття гендеру і статі розглядалися як синоніми.

Метою кваліфікаційної роботи є наукове обґрунтування концептуальних засад та розробка оптимізованої моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

- охарактеризувати поняття гендеру та його використання в охороні здоров'я;
- проаналізувати методичні засади дослідження гендерних особливостей надання медичної допомоги закладом охорони здоров'я;
- провести оцінку гендерної рівності в закладі охорони здоров'я з позиції пацієнтів;
- провести оцінку ставлення лікарів до забезпечення гендерної рівності в системі охорони здоров'я;
- провести оцінку ставлення організаторів охорони здоров'я до проблеми забезпечення гендерної рівності в галузі;
- запропонувати концептуальні підходи до розробки моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України;
- провести характеристику моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я.

Об'єктом дослідження є забезпечення гендерної рівності при наданні медичної допомоги населенню в системі охорони здоров'я України.

Предметом дослідження є особливості надання медичної допомоги чоловікам і жінкам в залежності від їх стану здоров'я, міжнародні та вітчизняні нормативно-правові та методичні документи з питань забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я.

У дослідженнях безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні методи наукового дослідження: системного аналізу; соціологічний; статистичний; концептуального; описового моделювання; контент-аналізу; організаційного експерименту; експертних оцінок.

Практичне значення отриманих результатів полягає в обґрунтуванні стратегії і тактики забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я та підґрунтям для удосконалення організації медичної допомоги чоловікам і жінкам.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття гендеру та його використання в охороні здоров'я

Поняття гендеру має багато різних тлумачень у сучасній науковій літературі. Це пов'язано з тим, що феномен гендеру є досить новим і складним. Термін «гендер» походить з англійської мови і означає граматичний рід [6]. Першим вченим, який ввів цей термін у наукову сферу, був американський психолог Роберт Столлер. У своїй книзі «Sex and gender» («Стать і гендер»), опублікованій у 1968 р., він розрізняв біологічну стать людини від її психологічних і культурних особливостей, які формуються під впливом суспільства. За його поглядом, «стать» – це природна характеристика людини, а «гендер» – це набутий феномен, що визначає поведінку і ролі чоловіків і жінок [46]. За іншою версією, авторкою терміну була американська соціолог Енн Оклі. У 1972 р. вона видала книгу «Sex, Gender and Society» («Стать, соціальна стать і суспільство»), де розглядала «гендер» як соціальний феномен, або «соціальну стать людини». Вона писала, що «гендер» – це «сукупність особливостей чоловіків і жінок, які сформовані в процесі їх соціалізації» [33]. Також деякі історики вважають, що термін був започаткований американкою Дж. Скотт у середині 80-х років ХХ століття. Вона визначала гендер як вартістно-смысловий конструкт, що виражає взаємо доповнювання чоловічого та жіночого у суспільстві [37].

Західноєвропейська наука почала цікавитися поняттям «гендер» у кінці ХХ століття. Це було зумовлено змінами у суспільних процесах та появою нового історичного руху – фемінізму, який ставив за мету переосмислити роль і функції чоловіків та жінок у суспільстві, які раніше ґрунтувались на біологічних відмінностях. Суспільство стало звертати увагу на проблеми жінок та їх потреби у сфері охорони здоров'я, що спонукало науковців досліджувати причини

розбіжностей у захворюваності і смертності чоловіків та жінок, а також вплив соціальних факторів на їх здоров'я. Багато досліджень показали, що система охорони здоров'я не враховувала специфіки жіночого здоров'я та / або не надавала жінкам необхідних медичних послуг. Жіноче здоров'я стало предметом нового наукового напрямку – «руху за жіноче здоров'я», а «гендер» – новою характеристикою взаємодії чоловіків та жінок у суспільстві, яка доповнювала, а не виключала біологічну стать [40].

У сучасному науковому дискурсі поняття «гендер» має ряд інтерпретацій, але вони не суперечать одна одній. Наприклад, Великий тлумачний словник української мови надає два еквівалентних визначення. Згідно з першим, «гендер» – це розрізнення між чоловіками і жінками за анатомічними ознаками. За другим, «гендер» – це соціальні особливості, яким лежать в основі статевих варіацій [40]. Енциклопедичне видання про освіту характеризує «гендер» як поняття, що охоплює складових соціально сформованих психологічних рис, поведінкових характеристик суб'єкта та ознак обумовлених його статтю. Психологічні енциклопедичні джерела розуміють під гендером соціальну конструкцію, що визначає статеві особливості поведінки чоловіків та жінок.

Немає пояснення цього терміну в медичних довідниках. Це, мабуть, пов'язано з тим, що в галузі охорони здоров'я переважає традиційне розуміння «статі». Однак у статуті ВООЗ сказано, що «здоров'я – це не просто відсутність недуг або фізичних недоліків, а стан повної фізичної, психічної та соціальної добробуту». Це визначення акцентує, що стан здоров'я залежить не тільки від анатомо-фізіологічних факторів, а має триєдину природу з обов'язковим врахуванням не лише біологічних, а й їх соціальних, психологічних особливостей як ключових критеріїв здоров'я [44]. З цією метою ВООЗ пропонує застосовувати поняття «гендер», саме для опису «соціально обумовлених ролей, моделей поведінки, діяльності, а також атрибутів, які дане суспільство вважає потрібними для чоловіків і жінок» та для аналізу проблем здоров'я і факторів ризику хвороб чоловіків та жінок [44]. Однак як об'єкт досліджень в галузі охорони здоров'я, «гендер» та «гендерна рівність» отримали своє офіційне визнання в 2002 р. в

документі «Включення гендерної проблематики в діяльність ВОЗ», яким підтверджувалось «наявність відмінностей у факторах, що визначають здоров'я і навантаження хворобами у жінок та чоловіків» та необхідність врахування гендерних аспектів охорони здоров'я, що довгий час залишалися поза увагою наукових досліджень. Одночасно цим документом забезпечувалось сприяння усуненню сформованих наукових прогалин шляхом «включення гендерної проблематики у всі аспекти діяльності як в планах політики, так і в плані належної практики громадської охорони здоров'я» [46].

Одним з основних завдань дослідження здоров'я чоловіків та жінок є аналіз причин їх відмінностей. Це допомагає визначити, наскільки вони обумовлені біологічними факторами або сформовані під впливом соціального середовища. Для цього науковці застосовують два концептуальні підходи: біомедичний та соціокультурний. Згідно з першим, відмінності стану здоров'я є наслідком генетичних особливостей, які успадковуються від покоління до покоління. Цей підхід пояснює, «чому жінки мають більшу тривалість життя, ніж чоловіки, адже жіночий організм має кращу адаптацію до навколишнього середовища завдяки профілактичній ролі статевих гормонів. Однак цей підхід не може повністю врахувати всю складність та розмаїття впливу різних факторів на здоров'я чоловіків та жінок. Тому дослідники також користуються іншим поглядом – соціокультурним. За цим поглядом, важливу роль у формуванні здоров'я відіграють поведінкові, психологічні та соціально-економічні чинники, яким чоловіки та жінки піддаються у розривних ступенях та з розривною силою» [46]. Крім того, чоловіки та жінки можуть мати розривне сприйняття та реакцію на однаковий фактор, що впливає на здоров'я. Наприклад, «чоловіки гостро переживають економічні стреси, оскільки суспільство надає їм роль «годувальника» у сім'ї. А жінки більше хвилюються за здоров'я своїх рідних» [62]. Також існують соціально-культурні норми поведінки для чоловіків та жінок, як впливають на їх ставлення до захворювання та зварення за медичною допомогою. Жінки більше «користуються профілактичними та діагностичними послугами, а чоловіки – невідкладною або екстреною медичною допомогою» [62].

Неможливо визначити, який з підходів має більший вплив на здоров'я людей та як вони взаємодіють. Лорбер стверджувала, що «соціальні взаємини та соціальний статус впливають на нездоров'я і поєднуються з біологічними, генетичними, гормональними та фізіологічними факторами» [93]. Krieger писала, що стан здоров'я чоловіків і жінок залежить не тільки від соціальних та біологічних різниць, а й від їх сумарного ефекту [94].

Springer et al. виділили два основні підходи до дослідження зв'язку між статтю та гендером у сфері охорони здоров'я: реляційний (структурний) та міжсекційний підходи. Реляційний підхід ґрунтується на розумінні гендеру як частини соціальних норм, взаємостосунків у суспільстві, та враховує те, що гендер пов'язаний із статтю і може мати вплив на здоров'я людини та хвороботворність. Міжсекційний підхід аналізує вплив різних факторів на стан здоров'я. Але пропонує у дослідженнях встановлювати превалентну детермінанту здоров'я серед них [95].

Нерівноправне здоров'я чоловіків та жінок обумовлене комбінацією як біологічних так і соціально-психологічних факторів. Таку комбінацію пропонують називати «гендерними різницями» [56].

Проте сьогодні основною метою науковців залишається не встановлення домінуючої детермінанти «статі» чи «гендеру», а виявлення специфіки їх впливу на здоров'я чоловіків і жінок та хвороботворність. Адже якщо перші є незмінними, то другі мають набуту природу і можуть бути ліквідовані, що повинно стати головною задачею політики у сфері охорони здоров'я населення. У сучасних наукових дослідженнях з охорони здоров'я поняття «гендер» часто використовують як еквівалент до поняття «стать» [59].

Одним із ключових чинників стійкого розвитку суспільства та збереження здоров'я є гендерна рівність. Проте це не просто досягти в реальності.

Гендерна рівність означає, що «чоловіки і жінки мають однакові права та можливості для їх здійснення, що дозволяє представникам обох статей активно брати участь у всіх сферах життя суспільства» [60].

У сфері охорони здоров'я гендерна рівність передбачає [61]:

однаковий доступ до послуг охорони здоров'я для чоловіків та жінок;
врахування реальних потреб населення при наданні послуг охорони здоров'я;
гарантію якості медичних послуг незалежно від статі пацієнта.

Моніторинг та оцінка реалізації гендерної рівності в охороні здоров'я – це складний процес. Він базується на багатьох критеріях, які допомагають виявити можливі фактори та причини, що призводять до нерівності при організації та наданні медичних послуг населенню. Серед них такі:

«аналіз об'єктивних та суб'єктивних показників стану здоров'я з урахуванням гендерного аспекту;

гендерний аналіз інституціонального права на охорону здоров'я, що включає в себе дослідження та оцінку розподілу витрат держави та населення на послуги охорони здоров'я, аналіз показників доступності стаціонарної та амбулаторної допомоги та показників користування послугами охорони здоров'я за статтю;

дослідження ступеня задоволеності чоловіків та жінок послугами охорони здоров'я та визначення їх доступності для них;

визначення можливостей отримання якісних медичних послуг з питань репродуктивне здоров'я та планування сім'ї як для жінок так і для чоловіків;

оцінка випадків гендерного насилля та інших соціо-культурних факторів, що негативно впливають на здоров'я населення» [40].

У галузі охорони здоров'я існують гендерні нерівності, які вивчають дослідники Американської асоціації охорони здоров'я. Вони розглядають такі можливі причини цього явища:

«особливості здоров'я, пов'язані з фізіологією (наприклад, вагітність та пологи у жінок) та соціальними умовами (наприклад, шкідлива праця, яка частіше зустрічається у чоловіків);

відповідність між потребою в медичних послугах та реальною можливістю скористатися ними;

активність галузі у забезпеченні рівних прав і можливостей для чоловіків і жінок при наданні медичних послуг» [40].

Гендерна нерівність погіршує стан здоров'я та впливає на розподіл

захворювань і сприйняття хвороби серед чоловіків і жінок. Крім того, системи охорони здоров'я не завжди враховують специфічні потреби різних статей, а дослідження гендерних аспектів здоров'я не завжди об'єктивні. Це обмежує доступ до медичних послуг для чоловіків і жінок.

Здоров'я чоловіків та жінок залежить не тільки від біологічних факторів, а й великою мірою визначається соціально-економічною ситуацією. Багато хвороб «мають гендерну специфіку, яка проявляється у частоті захворювання, факторах ризику, клінічних симптомах та доступності медичної допомоги» [66]. Гендерним питанням є не тільки поширення хвороб, а й якостей надання послуг охорони здоров'я.

Відмінності у здоров'ї чоловіків та жінок зумовлені не тільки анатомо-фізіологічними та генетичними особливостями статі, а й соціальними ролями, які вони виконують у суспільстві, а також ставленням до свого здоров'я та бажанням його покращити. За даними зарубіжних досліджень, нерівність в охороні здоров'я впливає не лише на стан здоров'я чоловіків та жінок, а й на функціонування системи охорони здоров'я, де медичні послуги та допомога надаються з урахуванням статевих стереотипів, що існують у суспільстві. Так, питання здоров'я жінок часто пов'язують із їхньою природною функцією – материнством, а чоловіче репродуктивне здоров'я залишається на другому плані. З іншого боку, «чоловічий організм вважається нормою для дослідження хвороб та методів лікування, хоча в останнє десятиліття збільшується кількість наукових робіт, що вказують на наявність розбіжностей цих методів між чоловіками та жінками» [72].

Розбіжності у становищах окремих статево-вікових груп вимагають врахування розмаїтостей потреб у медичному обслуговуванні, а також розумного впливу охорони здоров'я на життєвий цикл чоловіків та жінок.

Зарубіжними дослідниками було зафіксовано, що гендерний погляд на охорону здоров'я традиційно сприймався через потреби жіночого здоров'я та практики, якими користувались для полегшення їх стану. Здоров'ю чоловіків приділялась менша увага [83].

У Швеції Національна програма щодо гендерної рівності (2016) вперше

проголосила гендерну рівність стратегічною ціллю розвитку країни. Основна ідея Програми полягала в наданні рівних можливостей жінкам і чоловікам брати участь у суспільному житті та отримувати рівний доступ до послуг охорони здоров'я.

Гендерні аспекти мають велике значення для політики та програм охорони здоров'я, оскільки вони впливають на потреби та можливості чоловіків і жінок у сфері здоров'я. ВООЗ розробила критерії для оцінки гендерної чутливості галузі, які включають аналіз гендерних ролей та норм і їх вплив на здоров'я. За цими критеріями, можна виділити чотири типи стратегій/ програм галузі:

«політика, яка поглиблює гендерну нерівність, надаючи перевагу одному з гендерів;

політика, яка ігнорує гендерну різноманітність, застосовуючи однакові підходи до обох гендерів без урахування їх специфіки;

політика, яка враховує гендерну специфіку, визнаючи розбіжності між жінками та чоловіками;

політика, яка сприяє гендерному розвитку, виявляючи та усуваючи причини гендерної нерівності» [90].

Ірландська національна Стратегія щодо охорони здоров'я чоловіків (2009) була першою у світі такою ініціативою, яка ґрунтувалася на виявленні вартостей здоров'я, тривалостей життя та смертностей між жінками та чоловіками. Стратегія мала на мету розробити план дій для покращення здоров'я чоловіків та прагнула досягти гендерної рівності шляхом задоволення потреб кожного з гендерів [71].

Для подолання гендерної нерівноправності в охороні здоров'я «необхідна реформа галузі з метою створення системи, яка б відповідала особливим потребам жінок та чоловіків у послугах охорони здоров'я» [71].

Гендерний підхід до проблем охорони здоров'я не заперечує біологічний фактор, а наголошує на необхідності враховувати соціальні та культурні фактори разом з біологічними.

Застосування гендерної перспективи до сфери допоможе підвищити рівень та якість медичної допомоги, залучить громадськість до участі у вдосконаленні галузі охорони здоров'я з урахуванням гендерних аспектів та сприятиме поліпшенню

здоров'я як чоловіків, так і жінок. [75].

1.2. Методичні засади дослідження гендерних особливостей надання медичної допомоги закладом охорони здоров'я

За останні роки наукові дослідження в сфері охорони здоров'я все більше включають гендерний аспект. Науковці та медичні працівники стверджують, що стать/гендер є важливими факторами, які впливають на якість та достовірність результатів досліджень. Врахування гендерних відмінностей допоможе заповнити пробіли у знаннях про гендерні питання та надати медичним фахівцям більш точну інформацію про гендерні характеристики стану здоров'я та визначити можливі причини, що призводять до гендерної нерівності в охороні здоров'я [91].

ВООЗ у своїй програмі «ВООЗ: гендерна політика» закликає до інтеграції гендерних питань у роботу сектору охорони здоров'я та наукових досліджень як стандарту, який сприятиме покращенню здоров'я чоловіків та жінок.

У 2015 р. Канадська Рада з досліджень соціальних та гуманітарних наук розробила керівні принципи щодо інтеграції гендеру і гендерних питань «Здорова та продуктивна робота» та «SPOR Networks» при хронічних захворюваннях», де наголошує на детермінантах розвитку хвороб та необхідності врахування гендерного аспекту у дослідженнях [101].

За останнє десятиліття значно зросла кількість наукових досліджень гендерних особливостей перебігу захворювань та розвивалася нова наука охорони здоров'я – гендерна медицина. Це не просто новий напрямок терапевтичної дисципліни, це новий погляд на здоров'я чоловіків та жінок [101].

Гендерна медицина досліджує, як статеві характеристики та соціокультурні фактори впливають на здоров'я людей. Ця галузь знань почала формуватися завдяки руху за вивчення жіночого здоров'я, який виник у 70-х роках ХХ століття. Проте гендерна медицина не обмежується лише жіночим здоров'ям, а аналізує його особливості у чоловіків і жінок.

Маріанна Легато, яка є провідною дослідницею у гендерній медицині,

стверджує, що жінки не є «зменшеними копіями чоловіків» і потребують спеціального підходу до охорони здоров'я. Однак багато біомедичних та клінічних досліджень базуються на чоловічих моделях, тоді як отримана інформація застосовується до обох статей [95].

Американська організація Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) у 2010 році опублікувала результати чотирирічного дослідження, в якому показала існування значних гендерних відмінностей у перебігу різних захворювань [83].

Найбільша кількість епідеміологічних досліджень, як зарубіжних, так і внутрішніх науковців, присвячена гендерним особливостям хвороб серцево-судинної системи. Це пов'язано з тим, що кардіологічні хвороби є основною причиною смертності серед жінок. У Європейському регіоні 54% смертей серед жінок спричинене хворобами серцево-судинної системи, тоді як серед чоловіків цей показник трохи нижчий (43%).

Проблема кардіологічних хвороб у жінок набула великої актуальності на початку XXI століття. Американське товариство кардіологів в 2003 р. запустило програму «Red in Woman» (Акцент на жінок), а в 2004 р. Американська асоціація кардіологів опублікувала нові рекомендації з профілактики серцево-судинних захворювань у жінок. «Основна мета цих документів була спрямована на підвищення обізнаності медиків про гендерні відмінності у перебігу, діагностиці, лікуванні та запобіганню цих хвороб» [83]. В 2005 р. Європейське кардіологічне товариство схвалило програму «Woman at heart» (Жінки в серці), яка мала на увазі «звернути увагу та попередити спеціалістів охорони здоров'я про особливості серцево-судинних захворювань у жінок; покращити знання медичного персоналу про їх клінічну картину; вдосконалити методи дослідження та лікування хворих на систему кровообігу у цьому сегменті пацієнтів» [83].

Багато великих клінічних міжнародних досліджень, таких як Framingham Heart Study, Nurse Health Study, Study of Men Born в 2013, Women and Heart, Asia Pacific Cohort Collaboration, Lipid Research Clinic Study та інші, були присвячені вивченню гендерних аспектів хвороб системи кровообігу. Їх результати показали залежність між рівнем естрогену та ризиком розвитку кардіологічних захворювань

у жінок [89-96].

Жінки страждають від захворювань системи кровообігу пізніше, ніж чоловіки, на 7-10 років. Це підтверджують американські науковці, які виявили, що «до 60 років серцево-судинні захворювання частіше виникають у чоловіків, а після цього віку – у жінок» [96]. Причиною цього є анатомо- фізіологічні відмінності між статями. У жіночого серця менша маса, товщина м'язового шару та діаметр коронарних артерій. Крім того, у «жінок серце б'ється швидше на 3-5 ударів за хвилину в спокої, що пов'язано з особливостями роботи провідної системи серця, яка швидше відновлює функцію синусового вузла» [96]. Статеві гормони, зокрема естрогени, надають жіночому серцю природного захисту від хвороб. Експерименти на тваринах показали кардіопротективний ефект естрогену. Він знижує кров'яний тиск, запобігає ішемії та аритміям. Естроген також впливає на обмін ліпідів, зменшуючи рівень липопротеїдів низької та дуже низької щільності, які сприяють утворенню атеросклеротичних бляшок та атеросклерозу судин [1]. Крім того, естроген розширює коронарні та периферичні судини і контролює синтез катехоламінів, які регулюють артеріальний тиск. Коли секреція естрогену зменшується, порушується дилатація вен і артерій, погано працює інсулінова система і з'являються метаболічні порушення. Тому дефіцит естрогенів у жінок підвищує ризик серцево-судинних хвороб: атеросклерозу, ішемічної хвороби серця та артеріальної гіпертензії. Згідно з епідеміологічними дослідженнями у жінок в період менопаузи ризик розвитку артеріальної гіпертензії збільшується в 2 рази, ішемічної хвороби серця – в 3 рази, а інсульту – в 7 разів [42].

У 2003 році було виявлено зв'язок між захворюваннями серцево-судинної системи та функцією статевих залоз у чоловіків. За даними епідеміологічних досліджень, наприклад the Rancho Bernardo Study, чоловіки з низьким рівнем тестостерону мали на третину більшу смертність від усіх причин, ніж чоловіки з нормальною функцією статевих залоз. Згідно з 17-річним Массачусетським дослідженням, чоловіки з низьким рівнем тестостерону мали вдвічі більшу ймовірність померти від захворювань серцево-судинної системи та в 3,3 рази більшу - від онкологічних захворювань, ніж чоловіки, у яких рівень тестостерону

був у межах вікової норми [101].

Тестостерон виконує багато функцій у організмі чоловіків, тому його дефіцит погіршує стан серця, сприяє розвитку цукрового діабету II типу та підвищує ризик онкологічних захворювань. У чоловіків, на відміну від жінок, функція статевих залоз зменшується не повністю, а частково. Це призводить до зниження синтезу тестостерону і запускає каскад вікових змін у чоловічому організмі, які спричиняють порушення серцево-судинної, костно-м'язової, ендокринної та метаболічної систем. Низький рівень тестостерону є попередником цих хвороб. Дослідження показали кореляцію між андрогенною недостатністю та прогресуванням атеросклерозу коронарних артерій та артерій нижньої крайньої кровотоку та ішемічною хворобою серця [4]. Одночасно деякими дослідниками більш ранній і агресивний початок серцево-судинних захворювань у чоловіків порівняно із жінками пов'язують із зниженням рівня тестостерону. У The South Yorkshire Study було встановлено, що у 23,4% чоловіків із ІХС спостерігалось падіння рівня андрогенів. Проте за словами деяких дослідників механізми впливу статевих гормонів на здоров'я чоловіків не досліджені повністю [62].

Андрогени впливають на обмін речовин у кістках. Їхня низька концентрація є головною причиною зниження кісткової щільності. За даними досліджень, у третини чоловіків літнього віку з переломами хребта та у половини з переломами шийки стегна виявили дефіцит тестостерону. Статеві гормони також мають вплив на обмін вуглеводів. Існує зв'язок між цукровим діабетом та рівнем тестостерону. Зараз нестабільний цукровий діабет I типу призводить до порушення вироблення тестостерону, але після його стабілізації секреція повністю відновлюється. З іншого боку, недолік тестостерону сприяє порушенню метаболізму вуглеводів і розвитку інсулінорезистентності, яка є основною причиною цукрового діабету II типу [62].

Між чоловіками та жінками є анатомо-фізіологічні розбіжності та гендерні особливості, які суттєво впливають на появу та перебіг хвороб. Найбагатшою у зарубіжному та внутрішньому науковому джерелах є частина досліджень та публікацій про гендерні особливості захворювань серцево-судинної системи, що пов'язано з високими показниками захворюваності, інвалідності та смертності

внаслідок них як у чоловіків так і у жінок. Однак «довгий час багато епідеміологічних досліджень проводилося серед чоловічого населення, а результати застосовувалися до обох статей. Згідно з інформацією Європейського товариства кардіологів лише 25 з 55 проведених рандомізованих клінічних досліджень були присвячені вивченню особливостей ішемічної хвороби серця саме у жінок» [62]. Таке становище призвело до недостатньої обізнаності серед фахівців про фактори ризику та клінічні особливості хвороби серцево-судинної системи у жінок та меншої уваги спеціалістів. За даними науковців «близько 40% первинних випадків ІХС мають фатальний результат» [62].

Серцево-судинні захворювання мають різні фактори ризику, які впливають на чоловіків та жінок по-різному. Не тільки біологічні, але й соціальні, культурні та психологічні чинники можуть змінювати ризик захворювання серця в залежності від статевої приналежності. Система охорони здоров'я повинна запобігати серцево-судинним захворюванням, зменшуючи негативний вплив факторів ризику, які можна коригувати, на здоров'я людей.

Одним із таких факторів ризику є тютюнопаління, яке поширене серед 22,8% дорослого населення України, зокрема 39,7% чоловіків та 8,8% жінок за даними GATS 201. Тютюнопаління негативно впливає на серцево-судинну систему обох статей, але особливо шкодить жіночому організму, оскільки порушує гормональний баланс та секрецію естрогенів [20]. Згідно з Фремінгемським дослідженням «жінки-курці мають у 4,2 рази більший ризик ішемічної хвороби серця та у 2,24 рази більший ризик інфаркту міокарда, ніж чоловіки-курці [126]. «Іншим фактором ризику є цукровий діабет, який погіршує прогноз ішемічної хвороби серця» [20]. За результатами Nurse Health Study «цукровий діабет поглиблює кардіологічний ризик у жінок у 7 разів та у чоловіків у 4 рази. Крім того, у хворих на цукровий діабет часто спостерігаються безсимптомні форми ішемії міокарда та пост-інфарктні ускладнення» [20]. Серцево-судинні захворювання також погіршують перебіг цукрового діабету. За даними досліджень «серед хворих на цукровий діабет 23-36% мають ішемічну хворобу серця; 5-11% – інфаркт міокарда; 3-17% – інсульт. Серцево-судинні хвороби є причиною приблизно

половини смертей у осіб із цукровим діабетом» [33].

Споживання алкоголю в надмірних кількостях призводить до того, що у жінок кардіологічні проблеми виникають раніше, ніж у чоловіків. Зайва вага є однаково небезпечним фактором ризику серцево-судинних захворювань для обох статей. У рамках дослідження Buffalo Health Study було встановлено, що жінки з індексом маси тіла 29 і вище мають у три рази більший ризик розвитку ішемічної хвороби серця, ніж особи з нормальною вагою. За даними Фремінгемського дослідження, у жінок з «надлишковою вагою ймовірність інфаркту міокарда збільшується на 35-60%» [33]. Окрім того, дослідники виділяють «фактори ризику, які характерні лише для жінок, такі як рання менопауза, гестаційний діабет та преєклампсія, гормонотерапія, застосування контрацептивних засобів і т.д.» [33].

Комбінація факторів ризику підвищує ймовірність кардіологічних захворювань. Згідно з деякими науковими джерелами, у жінок частота одночасного поєднання кількох факторів ризику вища, ніж у чоловіків (82% у жінок проти 56,1% у чоловіків). У ході європейського епідеміологічного дослідження DECODE було виявлено, що сполучення цукрового діабету та гіпертонії в два рази збільшує ризик смертності від кардіологічної патології у жінок, ніж у чоловіків [36].

За результатами дослідження Nurses' Health Study 82% коронарних подій у жінок могли бути запобігнуті за умови слідування ними принципам здорового способу життя: дотримання дієти, відмова від куріння, достатня фізична активність і т.п. [101].

Фактори ризику мають значення для обох статей. Однак ступінь впливу кожного з них різна для чоловіків та для жінок, що мусить обов'язково братись до уваги фахівцями охорони здоров'я при складанні профілактичних програм.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є поширеним захворюванням серцево-судинної системи як у чоловіків, так і у жінок. Довгий час цю патологію вважали проблемою чоловіків середнього віку [15]. Однак за даними досліджень ІХС у жінок з'являється на 10 років пізніше, а після 60-70 років її рівні стають однаковими за статтю [15]. У жінок першим симптомом ІХС є стенокардія, а у чоловіків – інфаркт міокарда [16]. ІХС у жінок має нетиповий перебіг, що ускладнює своєчасне

постановку правильного діагнозу та швидке направлення пацієток до кардіолога та спеціалізованого лікувального закладу і ефективно надання медичної допомоги [16]. Ішемічна хвороба серця у жінок має атипову клінічну картину. Больовий синдром виявляє деякі особливості. Зокрема біль може бути не тільки в грудях, як зазвичай для чоловіків, а й в області шиї, плеча, руки або навіть у черевній порожнині. Біль часто викликається емоційним та ментальним стресом, ніж фізичним навантаженням. Крім того, «больовий синдром спостерігається часто в стані спокою або під час сну» [16]. Згідно з результатами дослідження J. C. McSweeney et al., яке охоплювало 515 жінок з гострим інфарктом міокарда, встановлено що у жінок були продромальні клінічні прояви за 1 місяць до розвитку інфаркту міокарда. Серед них незвичайна втома (70,7%), порушення сну (47,8%) та задишка (42,1%). Про відчуття дискомфорту у грудях, характерне для чоловічої статі, повідомили приблизно третина (29,7%) жінок. У той же час еквівалентом гострого болю під час нападу у них були: задишка (57,9%), слабкість (54,8%) та втома (42,9%). У 43% пацієток не спостерігалось гострого болю в грудній клітці [101].

У 33% хворих на гострий інфаркт міокарда, за даними дослідження Sauto et al., не спостерігався характерний ангінозний біль. Ця частка становила 49% серед жіночої та 38% серед чоловічої статі. Жінки мають психологічну особливість більш емоційно описувати свої симптоми болю, але при коронарографії лише у 35-65% виявлялися зміни у коронарних артеріях. Згідно з Фремінгемським дослідженням, дві третини жінок, які померли внаслідок раптової ішемічної хвороби, не мали жодних клінічних ознак. Інфаркт міокарда у жінок молодшого та середнього віку супроводжується вищою частотою ускладнень, таких як гостра серцева недостатність, кардіогенний шок, кровотеча та ін. [101].

Важливо своєчасно розпізнавати патологію у жінок, оскільки вони часто не мають класичних проявів (ангінозного болю), що може призвести до діагностичних та лікувальних помилок. У дослідженні Milner et al. наголошувалося на необхідності обережності клініцистам щодо ішемічної хвороби серця при оцінці скарг пацієнтів.

Кардіологічні захворювання є актуальною проблемою для обох статей. Епідеміологія показує, що кардіологічні хвороби мають різний вплив на чоловіків та жінок, і це важливо взяти до уваги медичними працівниками на всіх рівнях. Крім того, збільшується кількість епідеміологічних досліджень, які досліджують клінічні особливості захворювань інших органів і систем.

Висновки до розділу 1

За результатами аналізу наукової літератури було встановлено, що в Україні не здійснювалися комплексні наукові дослідження з питань гендерної рівності в сфері охорони здоров'я, а також що питання гендерної рівності в практичній діяльності охорони здоров'я країни залишається невирішеним.

Одним із важливих аспектів у подоланні гендерної нерівності в охороні здоров'я є перебудова галузі з урахуванням специфічних потреб жінок та чоловіків у медичних послугах. Застосування гендерного підходу до проблем охорони здоров'я не ігнорує біологічний фактор, а наголошує на необхідності врахування соціальних та культурних факторів разом з біологічним.

Впровадження гендерного підходу в сектор охорони здоров'я сприятиме покращенню доступності та якості медичної допомоги, підвищить інтерес спільноти до участі у розвитку галузі охорони здоров'я з гендерних позицій та поліпшить стан здоров'я чоловіків та жінок.

Визначення гендерної складової допоможе усунути проблеми у знаннях про гендерні питання та збільшить можливості для фахівців охорони здоров'я отримати більш точну інформацію про гендерну специфіку стану здоров'я та дозволить виявити можливих фактори, що призводять до формування гендерної нерівноправності в охороні здоров'я.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНИХ ПРАВ І МОЖЛИВОСТЕЙ ДЛЯ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Оцінка гендерної рівності в закладі охорони здоров'я з позиції пацієнтів

Соціологічне дослідження, яке мало на меті дослідити ставлення суспільства до рівних можливостей для жінок та чоловіків у сфері охорони здоров'я, було здійснене в рамках програми, описаної у другому розділі дисертації, з використанням визначеної методики та анкет. Ситуація жінок та чоловіків аналізувалась з точки зору [62]: користувачів медичних послуг; надавачів медичних послуг та осіб, які займаються організаційними та управлінськими функціями на рівні законотворчої чи виконавчої гілок влади. Таким чином, соціологічне дослідження охоплювало три категорії респондентів – пацієнтів, лікарів та фахівців з організації та управління охороною здоров'я.

Усі респонденти були проінформовані про ціль дослідження та порядок заповнення анкет. Збирання інформації проводилось з дотриманням принципу конфіденційності, тому імена авторів не були вказані.

Перша категорія респондентів, яким було запропоновано взяти участь у соціологічному дослідженні, складалась з пацієнтів восьми медичних закладів м. Тернополя та Тернопільської області різного рангу. Дана категорія була опитана за допомогою анкет або інтерв'ю в умовах їх перебування в стаціонарах або під час візитів до поліклінік.

З 520 розданих анкет 445 були заповнені, що становить 85,5% відповідей. 3,8% анкет не підлягали статистичному аналізу через помилки у заповненні. Для подальшого дослідження було обрано 428 анкет.

Учасниками дослідження були 183 (42,8%) чоловіки та 245 (57,2%) жінок віком від 18 до 82 років. Найчисленніша група (87,9%) складалась з осіб працездатного віку (88,5% чоловіків та 87,3% жінок).

За соціальною характеристикою найбільшу категорію серед опитаних утворювали робочі: 42,6% чоловіків та 30,2% жінок. Серед чоловічої статі друге

місце посідали безробітні (19,7%), а серед жіночої – службовці (29,8%). Пенсіонери були приблизно однаково представлені серед обох статей (10,9% та 10,6%). Студенти переважали серед жінок у два рази, а питома вага підприємців була майже однаковою для чоловіків та жінок (6,6% та 6,5%). Найменше серед респондентів було інвалідів, причому їх кількість серед жінок була втричі більшою ніж серед чоловіків. Крім того, серед жінок були ще домогосподарки (9,8%).

Щодо освітнього рівня найчастіше (43,0%) зустрічалися особи зі середньою спеціальною освітою. Їх частка серед жінок перевищувала частку серед чоловіків на 1,2 рази (45,7% проти 39,3%). Третина опитаних як чоловіків (34,4%), так і жінок (31,0%) мали вищу освіту. Неповна вища освіта була трохи частіше у респондентів-чоловіків ніж у респондентів-жінок (13,1% проти 11,0%). Загальна середня освіта була характерна для 11,5% опитаних чоловіків і для 8,2% опитаних жінок. Неповна середня освіта була найрідше представлена серед анкетованих чоловіків і жінок (1,6% і 4,1% відповідно). За даними опитування, віковий та освітній склад респондентів не мав істотних відхилень. Однак соціальний статус демонстрував більш помітні розбіжності: серед робітників і безробітних переважали чоловіки, а жінки мали високу частку домогосподарок (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Соціально-демографічний портрет респондентів

Показник		Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Загальна кількість		428	100	183	42,8	245	57,2
Вік	працездатний	376	87,9	162	88,5	214	87,3
	старше працездатного	52	12,1	21	11,5	31	12,7
Освіта	неповна середня	13	3,0	3	1,6	10	4,1
	загальна середня	41	9,6	21	11,5	20	8,2
	середня спеціальна	184	43,0	72	39,3	112	45,7
	неповна вища	51	11,9	24	13,1	27	11,0
	вища	139	32,5	63	34,4	76	31,0
Соціальний статус	студент	21	4,9	6	3,3	15	6,1
	робітник	152	35,5	78	42,6	74	30,2
	службовець	103	24,1	30	16,4	73	29,8
	підприємець	28	6,5	12	6,6	16	6,5
	домогосподарка	24	5,6	0	0	24	9,8
	безробітний	49	11,4	36	19,7	13	5,3
	пенсіонер	46	10,7	20	10,9	26	10,6
інвалід	5	1,2	1	0,5	4	1,6	

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Суб'єктивне сприйняття здоров'я особистості впливає на його загальний стан. Оцінка власного здоров'я є одним з ключових показників оцінки стану здоров'я населення, який найкраще відображає їх самопочуття.

За результатами опитування обох груп пацієнтів встановлено, що більша частина з них оцінювала своє здоров'я як «задовільне». Однак серед чоловіків таких було трохи більше, ніж серед жінок ($39,9 \pm 3,6\%$ проти $30,2 \pm 2,9\%$ відповідно ($p=0,182$)). Про «добрий» рівень здоров'я заявили приблизно третина опитаних чоловіків та чверть опитаних жінок. Частка пацієнтів, які вважали своє здоров'я «відмінним», не відрізнялася суттєво між чоловічою та жіночою статтю. З іншого боку, жінки майже в два рази частіше називали свій стан здоров'я «поганим» або «дуже поганим» (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Порівняльна характеристика самооцінки стану здоров'я в залежності від статі респондентів (%)

Показник	Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
	абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$
відмінне	55	$12,9 \pm 1,6$	25	$13,7 \pm 2,5$	30	$12,2 \pm 2,1$
добре	123	$28,7 \pm 2,2$	60	$32,8 \pm 3,5$	63	$25,7 \pm 2,8$
задовільне	147	$34,3 \pm 2,3$	73	$39,9 \pm 3,6$	74	$30,2 \pm 2,9$
погане	88	$20,6 \pm 2,0$	20	$10,9 \pm 2,3$	68	$27,8 \pm 2,9$
вкрай погане	15	$3,5 \pm 0,8$	5	2,7	10	$4,1 \pm 1,3$

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Для того, щоб дізнатись, як різні за статтю респонденти ставляться до питань збереження здоров'я, дослідники провели анкетування. У ході цього опитування вони враховували такі критерії, як наступні: дотримання принципів здорового способу життя, регулярне проходження профілактичних медичних оглядів, сумлінне виконання рекомендацій лікарів та відповідальне ставлення до свого здоров'я.

За результатами анкетування виявилось, що половина опитаних ($51,0 \pm 2,4\%$) намагаються вести здоровий спосіб життя. При цьому жінки були більш активними у цьому плані ($54,7 \pm 3,2\%$ проти $45,9 \pm 3,7\%$). Чоловіки ж частіше виявляли низьку зацікавленість у здоровому способі життя. Третина респондентів обох статей ($35,5 \pm 3,1\%$ жінок і $31,1 \pm 3,4\%$ чоловіків) не могли однозначно оцінити свою

ситуацію, що може свідчити про їх недбале ставлення до здоров'я (рис. 2.1).

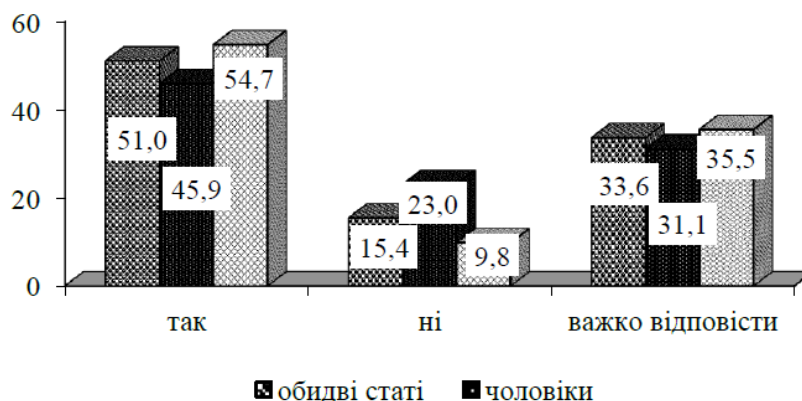


Рис. 2. 1. Дотримання здорового способу життя в залежності від статі (%).

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Що стосується щорічних профілактичних медичних оглядів, то більша половина опитаних ($62,6 \pm 2,3\%$) стверджували, що проходять їх без винятку. При цьому жінки були трохи частішими відвідувачами лікарень. Чоловіки ж рідше проходили медичні огляди. Кожен п'ятий опитаний із обох статей не мав постійності у цьому питанні.

Незважаючи на те, що близько половини респондентів обох статей не пропускали профілактичних медичних оглядів, значна частина ($70,9 \pm 2,8\%$) з них робила це під тиском роботодавця. Зокрема, серед чоловіків таких було майже у три рази більше, ніж серед жінок ($62,2 \pm 4,6\%$ проти $22,9 \pm 3,6\%$ (табл.2.3)).

Таблиця 2.3

Частота та причина проходження медичних оглядів респондентами в залежності від статі (%)

Показник		Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
		абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$
Щорічне проходження профілактичних медичних оглядів	так	268	$62,6 \pm 2,3$	111	$60,7 \pm 2,4$	157	$64,1 \pm 3,1$
	ні	73	$17,1 \pm 1,8$	36	$19,7 \pm 1,9$	37	$15,1 \pm 2,3$
	не завжди	87	$20,3 \pm 1,9$	36	$19,7 \pm 1,9$	51	$20,8 \pm 2,6$
Причина проходження медичних оглядів	власне рішення	78	$29,1 \pm 2,8$	42	$37,8 \pm 4,6$	121	$77,1 \pm 3,6$
	примус роботодавця	190	$70,9 \pm 2,8$	69	$62,2 \pm 4,6$	36	$22,9 \pm 3,6$

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Занепокоєнням є те, що менше половини опитаних ($39,3 \pm 2,4\%$) піклуються про своє здоров'я. Серед жінок цей показник трохи вищий ($40,4 \pm 3,1\%$), ніж серед чоловіків ($37,7 \pm 3,6\%$). Представники чоловічої групи менш відповідально

ставляться до свого здоров'я. Їх на 25% більше, ніж жінок ($24,6 \pm 3,2\%$ та $19,6 \pm 2,5\%$ відповідно), які не піклуються про своє здоров'я. $39,0 \pm 2,4\%$ анкетованих не мали визначеної думки. Статевих відмінностей серед цих респондентів не було (рис 2.2).

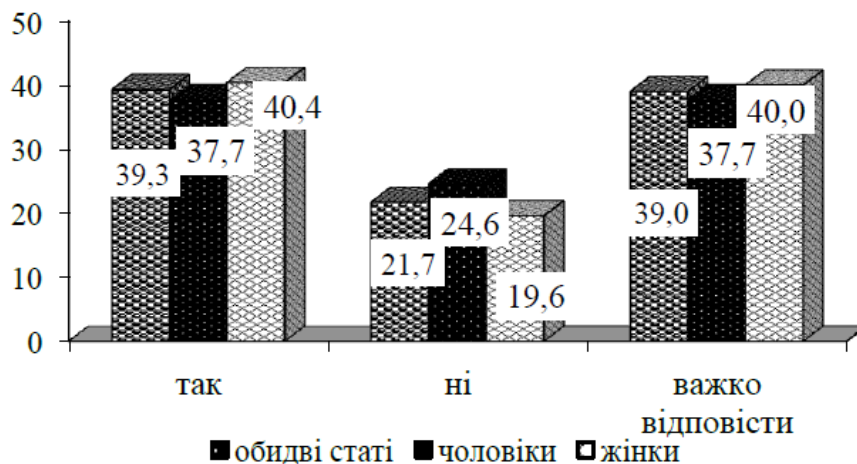


Рис. 2.2 Гендерні особливості відповідального ставлення до здоров'я (%)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Одним із аспектів загального здоров'я є репродуктивне здоров'я. Тому ми дослідили репродуктивне та сексуальне здоров'я за самооцінкою респондентів.

Перш ніж почати дослідження, учасникам було прояснено сутність репродуктивного та сексуального здоров'я, а також ознайомлено з можливими порушеннями цих сфер життя для чоловіків і жінок за даними таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Порівняльна характеристика самооцінки пацієнтами репродуктивного і сексуального здоров'я (%)

Показник		Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
		абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$
Наявність проблем із репродуктивним здоров'ям	так	33	7,7 \pm 1,3	3	1,6	30	12,2 \pm 2,1
	ні	395	92,3 \pm 1,3	180	98,4 \pm 0,9	215	87,8 \pm 2,1
Звертання до спеціаліста	уролога / гінеколога (відповідно)	21	63,6 \pm 8,4	3	100	18	60 \pm 8,9
	не зверталися	12	36,4 \pm 8,4	---	---	12	40 \pm 8,9
Наявність проблем із сексуальним здоров'ям	так	51	11,9 \pm 1,6	15	8,2 \pm 2,0	36	14,7 \pm 2,3
	ні	377	88,1 \pm 1,6	168	91,8 \pm 2,0	209	85,3 \pm 2,3
Звертання до спеціаліста	уролога / гінеколога (відповідно)	27	52,9 \pm 7,0	3	20 \pm 10,3	24	66,7 \pm 7,8
	не зверталися	24	47,1 \pm 7,0	12	80 \pm 10,3	12	33,3 \pm 7,8

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

За результатами опитування, проблеми з репродуктивним та/або сексуальним здоров'ям мали лише невеликий відсоток респондентів. Однак це не відображає реальної картини, адже отримані дані суперечать даним спеціалізованих досліджень [183, 218-220]. Така розбіжність може бути пов'язана з тим, що аналізована проблема є дуже особистою, і під час опитування важко оцінити, наскільки респонденти були чесними та відкритими у своїх відповідях.

Про проблеми з репродуктивним здоров'ям заявили $7,7 \pm 1,3\%$ усіх опитаних. Жінки значно частіше страждали від таких порушень, ніж чоловіки ($12,2 \pm 2,1\%$ проти $1,6\%$). Серед тих, хто мав такі проблеми, усі чоловіки звернулися за допомогою до уролога. З іншого боку, лише половина жінок зверталась до гінеколога. Далі дослідження виявило порушення у сфері сексуального здоров'я, яке є складовою репродуктивного здоров'я. Про них сказав кожен 8-й ($11,9 \pm 1,6\%$) респондент. Так само як і у попередньому випадку, жінки частіше ($14,7 \pm 2,3\%$) мали проблеми з цим. З усіх опитаних, що мали проблеми із сексуальним здоров'ям, тільки близько половини ($52,9 \pm 7,0\%$) шукали медичної допомоги. При цьому чоловіки робили це рідше за жінок. Зараз лише кожен 5-й з них сказав, що відвідав уролога. Серед опитаних жінок виявлено, що майже кожна ($85,3 \pm 2,3\%$) при потребі ходить до гінеколога.

Що стосується репродуктивного та сексуального здоров'я людей, що включає можливість мати здорове потомство, то для цього необхідно планувати час народження дітей. Чоловіки та жінки мають бути однаково відповідальними за планування сім'ї. У рамках дослідження пацієнти надавали інформацію про використання послуг центрів планування сім'ї разом зі своїми партнерами. Результати аналізу свідчать про низький рівень взаємодії серед респондентів обох груп. Тільки приблизно 4% опитаних зверталися до даних центрів (рис. 2.3).

Одним із важливих аспектів безпечної сексуальної (репродуктивної) поведінки є застосування засобів контрацепції, які допомагають не лише уникнути небажаної вагітності, але й захистити себе від інфекцій, що передаються статевим шляхом, та ВІЛ/СНІДу. Близько 50% респондентів підтвердили необхідність використання контрацептивів. При цьому серед жінок частота застосування засобів

контрацепції була на 1,4 рази більшою, ніж серед чоловіків ($p=0,085$).

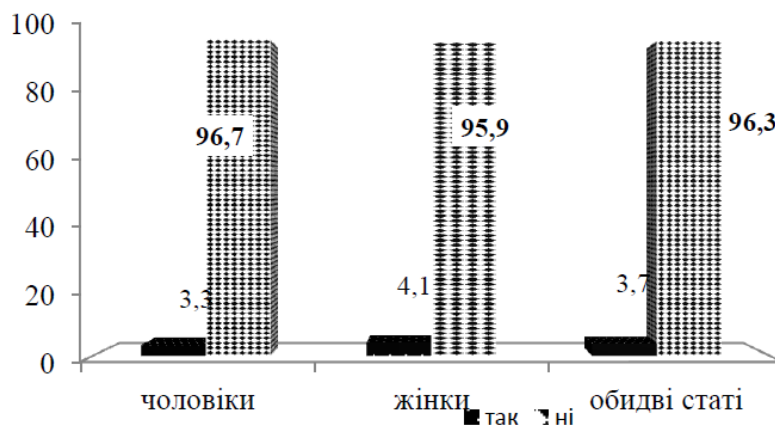


Рис.2.3. Частота звертань до центрів планування сім'ї залежно від статі (%)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

За даними опитування, серед пацієнтів репродуктивного віку, які склали 80,4% від загальної кількості респондентів; будь-який з сучасних методів контрацепції застосовував кожен другий чоловік та кожна третя жінка (рис. 2.4).

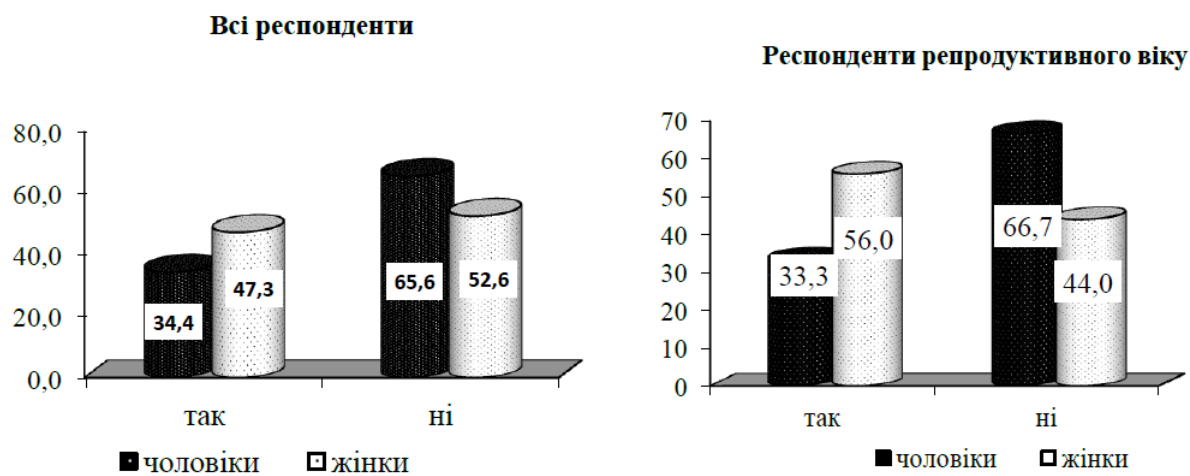


Рис. 2.4. Використання контрацептивів всіма респондентами та респондентами репродуктивного віку залежно від статі (%)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Жінки можуть мати дітей у віці від 15 до 49 років, а чоловіки – до 59 років, як це рекомендує Центр статистики МОЗ України для обчислення показників безпліддя у чоловіків (18–59 років).

Презервативи були найпоширенішим способом контрацепції серед опитаних

обох статей. Майже всі чоловіки та половина жінок використовували цей метод. Перерваний статевий акт, який не є надійним контрацептивом і може спричиняти фізичні та психологічні проблеми, все одно мав високу популярність. Близько 25% опитаних з кожної групи заявили, що користувалися цим методом. Водночас були помічені гендерні розбіжності у його застосуванні. Понад третина чоловіків та п'ята частина жінок вважали його прийнятним для себе. Жінки також користувалися пероральними контрацептивами – $23,3 \pm 3,9\%$, внутрішньоматковими спіралями – $18,1 \pm 3,6\%$, календарним методом – $11,2 \pm 2,9\%$, сперміцидами (кремами, гелями, таблетками для піхви) – $6,9\%$. Понад половина анкетованих жінок зверталися до акушер-гінеколога за порадою щодо використання контрацептивних засобів. Серед чоловіків таких не було (рис. 2.5).

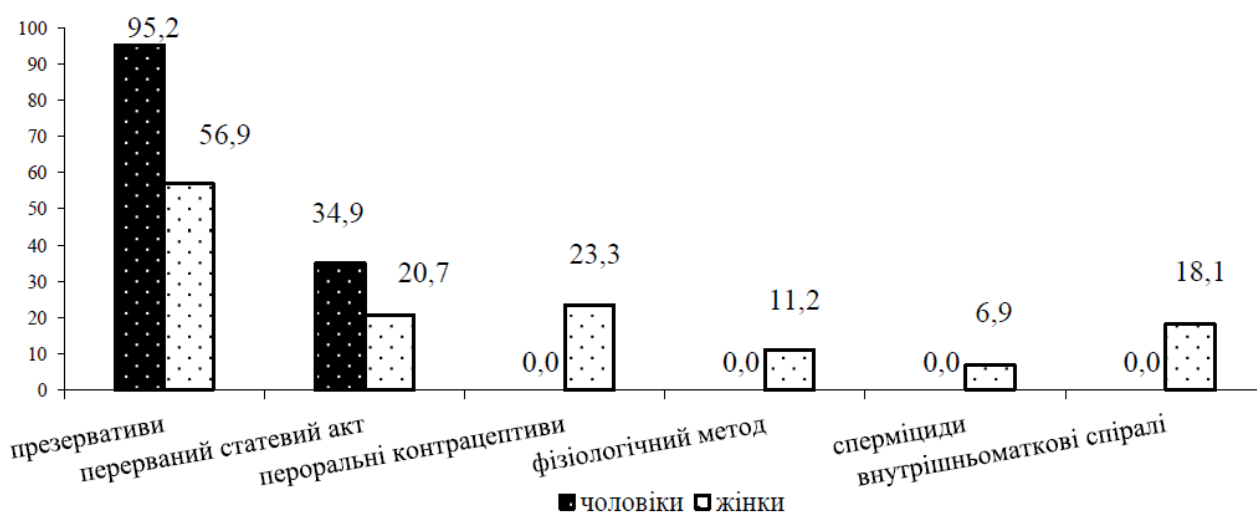


Рис. 2.5. Види контрацептивів, які використовувались респондентами залежно від статі (%)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Для дослідження цього питання респонденти отримали набір запитань. Перш за все, вони оцінювали «Чи є рівність можливостей для жінок і чоловіків у доступі до необхідних медичних послуг?». З цим твердженням погодились $\frac{3}{4}$ ($75,5 \pm 2,7\%$) серед жіночої статі та приблизно $\frac{2}{3}$ ($60,6 \pm 3,6\%$) серед чоловічої. Частка тих, хто зазначив про наявність нерівних можливостей, була трохи більшою серед чоловіків ($16,4 \pm 2,7\%$ проти $13,5 \pm 2,2\%$ відповідно ($p=0,842$)). Важко дати відповідь було $16,1 \pm 1,8\%$ опитаних пацієнтів. При цьому їх частка серед чоловіків була у два рази більшою, ніж серед жінок ($23,0 \pm 3,1\%$ та $11,0 \pm 2,0\%$ відповідно (рис.2.6)).

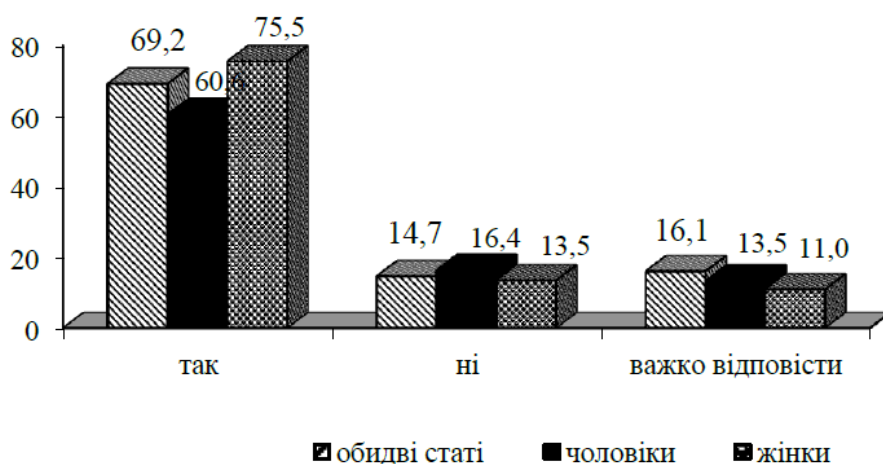


Рис.2.6. Розподіл відповідей пацієнтів щодо забезпечення рівних можливостей для жінок та чоловіків у сфері охорони здоров'я (стать, %)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Для того, щоб виявити, які категорії населення та які сфери медичної допомоги зазнають дискримінації, ми аналізували відповіді респондентів за статевою та професійною ознаками. За результатами опитування, майже всі ($93,7 \pm 3,1\%$) вважали, що чоловіки отримують менше уваги до свого здоров'я. Цю думку підтримували як всі представники чоловічої статі, так і більша частина ($87,9 \pm 5,8\%$) жінок. Щодо конкретних напрямків медичної допомоги, чоловіки скаржилися на недостатню підтримку їх репродуктивного здоров'я. Жінки також висловлювали схожу точку зору ($87,9 \pm 5,8\%$), хоча деякі з них вважали, що саме жіноче репродуктивне здоров'я потребує більшої уваги (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Розподіл відповідей пацієнтів щодо спеціальності та статі, стану здоров'я якої приділяється недостатня увага

Показник		Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
		абс.	% $\pm\Delta\%$	абс.	% $\pm\Delta\%$	абс.	% $\pm\Delta\%$
Стать	чоловіки	59	93,7 \pm 3,1	30	100	29	87,9 \pm 5,8
	жінки	4	6,3 \pm 3,1	0	0	4	12,1
Спеціальність	Репродуктивне здоров'я чоловіків	59	93,7 \pm 3,1	30	100	29	87,9 \pm 5,8
	Репродуктивне здоров'я жінок	4	6,3 \pm 3,1	0	0	4	12,1
	інше	0	0	0	0	0	0

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Дослідники хотіли дізнатись, чи знають опитані про наявність лікаря-андролога в медичних закладах, де вони лікуються, і яке їх ставлення до цієї посади (див. табл. 2.6). За результатами опитування, близько третини чоловіків (31,1±3,4%) і жінок (36,7±3,1%) відповіли, що такого спеціаліста немає в їхніх медичних закладах. Більш як половина респондентів обох груп (57,0±2,4%) не могли дати однозначної відповіді на це питання. Це питання було особливо складним для чоловічих пацієнтів. Майже кожен другий не знав, чи є у них «чоловічий» лікар.

Таблиця 2.6

Результати відповідей респондентів про наявність лікаря-андролога в закладах охорони здоров'я та про необхідність впровадження цієї посади (залежно від статі)

Запитання		Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
		абс.	% ±Δ%	абс.	% ±Δ%	абс.	% ±Δ%
Чи є лікар-андролог у Вашому закладі охорони здоров'я?	так	37	8,7±1,4	12	6,6±1,8	25	10,2±1,9
	ні	147	34,3±2,3	57	31,1±3,4	90	36,7±3,1
	важко відповісти	244	57,0±2,4	114	62,3±3,6	130	53,1±3,2
Чи вважаєте Ви за потрібне ввести посаду лікаря-андролога?	так	277	64,7±2,3	111	60,7±3,6	166	67,8±3,0
	ні	32	7,5±1,3	15	8,2±2,0	17	6,9±1,6
	не визначився	119	27,8±2,2	57	31,1±3,4	62	25,3±2,8

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

За даними опитування, тільки 8,7±1,4% респондентів знали про наявність андролога в медичних установах. Рівень обізнаності про цю спеціальність був у 1,5 рази нижчим серед чоловіків, ніж серед жінок (6,6±1,8% і 10,2±1,9% відповідно; $p=0,611$). Важливим висновком опитування було бажання більшості опитаних обох статей мати андролога в медичних закладах. Це було однаково актуально як для чоловіків (60,7±3,6%), так і для жінок (67,8±3,0%). Майже третина чоловіків (31,1±3,4%) та чверть жінок не могли дати однозначної відповіді на це питання. Отже, результати опитування свідчать про значний дефіцит андролога в лікувально-профілактичних установах та потребу і важливість наявності такого фахівця, що підтверджено пацієнтами обох статей.

Також серед респондентів досліджували вплив статевого фактору на вибір

лікаря. Варто зазначити, що для багатьох опитаних ($62,9 \pm 2,3\%$) цей критерій не мав значущості, головне - його професіоналізм. Так думали $67,2 \pm 3,5\%$ чоловіків та $59,6 \pm 3,1\%$ жінок. Не звертали уваги на це $23,0 \pm 1,9\%$ особин чоловічої та $17,9 \pm 2,4\%$ жіночої статей. Однак серед жіночої групи приблизно чверть ($22,5 \pm 2,7\%$) зазначили, що стать лікаря мала значення для їх вибору, але деяким з них це стосувалось переважно вибору акушер-гінеколога (рис. 2.7).

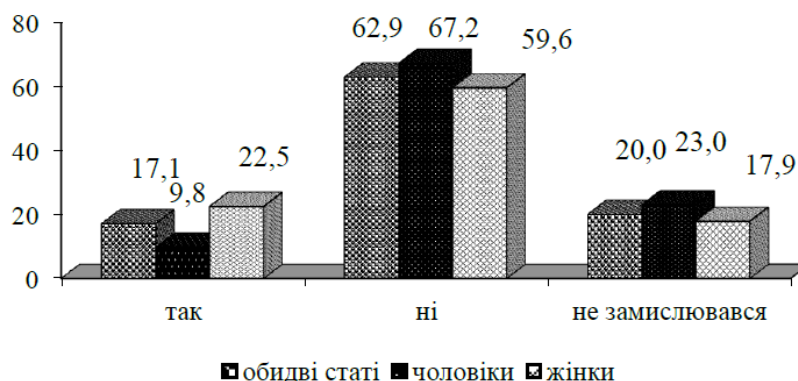


Рис. 2.7. Розподіл відповідей респондентів щодо важливості вибору лікаря в залежності від його статі (%)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Запитано респондентів, чи вважають вони за потрібне, щоб при обранні лікарської професії брали до уваги статеву належність, тобто чи існують «чоловічі» або «жіночі» спеціалізації. Переважна більшість ($57,4 \pm 3,7\%$) серед чоловіків та майже половина ($43,3 \pm 3,2\%$) серед жінок категорично заперечують, що цей фактор має впливати на вибір напрямку. Для третини опитаних це не має принципової ваги, причому жінок з такою думкою було на 30% більше ($37,1 \pm 3,1\%$ проти $29,5 \pm 3,4\%$). Однак серед учасників опитування також знайшлися ті, хто вважає за доцільне враховувати стать при обранні професії: $19,6 \pm 2,5\%$ серед жінок та $13,1 \pm 2,5\%$ - чоловіків (рис. 2.8).

За поглядом прихильників тези про те, що стать працівника має впливати на вибір лікарської спеціальності, цей вплив проявляється у певних галузях медицини. З таблиці 2.7 видно, що чоловіча аудиторія вважає, що урологами та анестезіологами можуть бути тільки чоловіки, а педіатрами - лише жінки. Респонденти обох груп також згодні, що хірургія - це виключно «чоловіча» сфера.

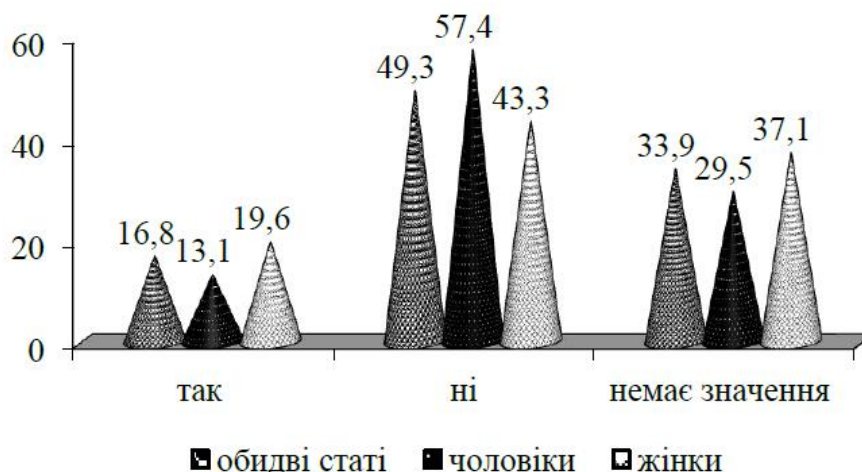


Рис. 2.8. Існування розподілу спеціальностей залежно від статі лікаря (%)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Таблиця 2.7

Порівняльна характеристика залежності лікарської спеціальності від статі спеціаліста (за статтю респондентів, %)

Спеціальність		Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
		абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$
Акушер-гінекологи	чоловіки	14	19,4 \pm 4,7	9	37,5 \pm 9,9	5	10,4 \pm 4,4
	жінки	58	80,6 \pm 4,7	15	62,5 \pm 9,9	43	89,6 \pm 4,4
Хірурги	чоловіки	72	100	24	100	48	100
	жінки	0	0	0	0	0	0
Травматологи	чоловіки	65	90,3 \pm 3,5	20	83,3 \pm 7,6	45	93,8 \pm 3,5
	жінки	7	9,7	4	16,7	3	6,2
Урологи	чоловіки	61	84,7 \pm 4,2	24	100	37	77,1 \pm 6,1
	жінки	11	15,3 \pm 4,2	0	0	11	22,9 \pm 6,1
Анестезіологи	чоловіки	60	83,3 \pm 4,4	24	100	36	75 \pm 6,3
	жінки	12	16,7 \pm 4,4	0	0	12	25 \pm 6,3
Сімейний лікар / ЛЗП	чоловіки	11	15,3 \pm 4,2	5	20,8 \pm 8,3	11	22,9 \pm 6,1
	жінки	61	84,7 \pm 4,2	19	79,2 \pm 8,3	37	77,1 \pm 6,1
Кардіологи	чоловіки	21	29,2 \pm 5,4	10	41,7 \pm 10,1	11	22,9 \pm 6,1
	жінки	51	70,8 \pm 5,4	14	58,3 \pm 10,1	37	77,1 \pm 6,1
Педіатри	чоловіки	6	8,3	0	0	6	12,5 \pm 2,1
	жінки	66	91,7 \pm 3,3	24	100	42	87,5 \pm 2,1

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Щодо інших лікарських спеціальностей, думки респондентів не були такими однозначними. Значна частка як чоловіків, так і жінок, висловили думку, що акушерами-гінекологами, кардіологами, сімейними лікарями/ЛЗП мають бути жінки; а травматологами - чоловіки. Можливо, такий вибір респондентів пов'язаний з характеристиками суспільних стереотипів щодо зазначених

спеціальностей. Так, серед «чоловічих» професій переважали ті, які передбачають більш високе фізичне навантаження. А серед «жіночих» професій - ті, які вимагають більшої емоційності, терпимості, м'якості, якими зазвичай володіють особи жіночої статі.

2.2. Оцінка ставлення лікарів до забезпечення гендерної рівності в системі охорони здоров'я

Для вивчення соціологічних аспектів роботи лікарів медичних установ м. Тернополя та області було проведено анкетування на регіональних зборах лікарських товариств та робочих нарадах. Анкети отримали 500 лікарів різних профілів. Відповідь надали 82,4% опитаних. Характеристика опитаних лікарів за статтю, віком, досвідом роботи та кваліфікаційною категорією представлена в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Розподіл респондентів-лікарів за віком, стажем роботи та кваліфікаційною категорією в залежності від статі

Показник		Обидві статі		чоловіки		жінки	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Загальна кількість		412	100	153	37,1	259	62,9
Вік	працевдатний	345	83,7	131	85,6	214	82,6
	старше працевдатного	67	16,3	22	14,4	45	17,4
Кваліфікаційна категорія	вища	183	44,4	77	50,3	106	40,9
	перша	108	26,2	31	20,3	77	29,7
	друга	57	13,8	23	15,0	34	13,1
	немає категорії	64	15,5	22	14,4	42	16,2
	заслужений лікар	2	0,5	2	1,3	0	0
Стаж роботи за спеціальністю	до 5 років	65	15,8	20	13,1	45	17,4
	6-10 років	60	14,6	25	16,3	35	13,5
	11-15 років	47	11,4	14	9,2	33	12,7
	16-20 років	64	15,5	27	17,6	37	14,3
	20-25 років	66	16,0	22	14,4	44	17,0
	25 і більше	110	26,7	45	29,4	65	25,1

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

З таблиці видно, що в анкетуванні брали участь переважно лікарі-жінки, їх було майже вдвічі більше, ніж лікарів-чоловіків. Більша частина опитаних мала вищу кваліфікаційну категорію, при цьому серед чоловіків таких було трохи більше

(50,3% проти 40,9%). Лікарі-жінки частіше мали першу категорію (29,7% проти 20,3%), а друга категорія або відсутність категорії були приблизно однаково поширені серед обох статей. Два опитаних лікаря мали звання заслуженого лікаря. Стаж роботи до 25 років був розподілений майже рівномірно серед респондентів, а стаж понад 25 років був частіше серед чоловіків (29,4% проти 25%).

Анкету заповнили лікарі 18 спеціальностей. Однак деякі спеціальності були нерівномірно представлені за статтю. Наприклад, чоловіки переважали у хірургах (64,7%), а жінки у терапевтах (83%; див. табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Розподіл респондентів за спеціальністю в залежності від статі

Спеціальність	чоловіки		жінки	
	абс.	%	абс.	%
уролог	10	6,5	3	1,2
травматолог	13	8,5	2	0,8
хірург	57	37,3	5	1,9
акушер-гінеколог.	6	3,9	25	9,7
отоларинголог	4	2,6	0	0,0
офтальмолог	1	0,7	5	1,9
анестезіолог	8	5,2	4	1,5
сімейний лікар/ЛЗП	14	9,2	69	26,6
терапевт	6	3,9	44	17,0
кардіолог	8	5,2	31	12,0
невролог	17	11,1	36	13,9
ревматолог	3	2,0	14	5,4
пульмонолог	2	1,3	4	1,5
ендокринолог	0	0	8	3,1
дерматолог	1	0,7	1	0,4
гастроентеролог	1	0,7	2	0,8
інфекціоніст	1	0,7	4	1,5
психіатр	1	0,7	2	0,8

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Для визначення рівня обізнаності респондентів з ключовими поняттями, що використовувалися у межах анкетування: «гендер», «гендерна рівність» та «гендерна медицина», було проведено опитування лікарів. За даними таблиці 2.10, більша частина опитаних ($68,6 \pm 3,8\%$ чоловіків та $73,7 \pm 2,7\%$ жінок) правильно визначили «гендер» як соціокультурну характеристику статі людини та їх ролі у суспільстві. Проте не всі респонденти були достатньо обізнані у цих питаннях. Так, $20,9 \pm 3,3\%$ чоловіків та $13,1 \pm 2,1\%$ жінок сприймали «гендер» як поняття, що

стосується лише жіноцтва. Це може свідчити про наявність у суспільстві стереотипних уявлень про гендерні проблеми як «жіночих» проблем. Крім того, серед учасників дослідження були й такі, хто не мав уявлення про значення терміну, особливо серед жінок. Також 2% лікарів обох статей вважали, що «гендер» пов'язаний з віковими особливостями людини.

Таблиця 2.10

Відповіді лікарів щодо визначення термінів «гендер», «гендерна рівність» та «гендерна медицина»

Ознаки	Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
	абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$
<i>«гендер»</i>						
характеризує вік людини	8	1,9	3	2,0	5	1,9
характеризує жіночу стать	66	16,0 \pm 1,8	32	20,9 \pm 3,3	34	13,1 \pm 2,1
характеризує соціокультурні особливості статі людини	296	71,8 \pm 2,2	105	68,6 \pm 3,8	191	73,7 \pm 2,7
не знаю значення	42	10,2 \pm 1,5	13	8,5 \pm 2,3	29	11,2 \pm 1,9
<i>«гендерна рівність»</i>						
рівність не залежно від віку	12	2,9 \pm 0,8	3	2,0	9	3,5 \pm 1,1
рівність не залежно від соціального статусу	29	7,0 \pm 1,3	11	7,2 \pm 2,1	18	6,9 \pm 1,6
рівність не залежно від статі;	338	82,0 \pm 1,9	128	83,7 \pm 3,0	210	81,1 \pm 2,4
рівність не залежно від рівня освіти	5	1,2	3	2,0	2	0,8
не знаю значення	28	6,8 \pm 1,2	8	5,2	20	7,7 \pm 1,7
<i>«гендерна медицина»</i>						
вивчає здоров'я жінок	12	2,9	6	3,9	6	2,3
вивчає відмінності стану здоров'я чоловіків та жінок	332	80,6 \pm 1,9	127	83,0 \pm 3,0	205	79,2 \pm 2,5
вивчає вікові особливості стану здоров'я	30	7,3 \pm 1,3	10	6,5 \pm 2,0	20	7,7 \pm 1,7
не знаю значення	38	9,2 \pm 1,4	10	6,5 \pm 2,0	28	10,8 \pm 1,9

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Більша частина опитаних чоловіків (83,7 \pm 3,0%) та жінок (81,1 \pm 2,4%) розуміли під «гендерною рівністю» принцип рівних прав та можливостей для людей обох статей. Деякі з респондентів вважали, що цей принцип також включає рівність за віком, соціальним статусом та освітою.

Більшість лікарів (83,0 \pm 3,0% серед чоловіків та 79,2 \pm 2,5% серед жінок) давали правильне визначення «гендерної медицини» як галузі, що досліджує вплив статевої належності на здоров'я та хвороби. 10,8 \pm 1,9% жінок-лікарів та 6,5 \pm 2,0% чоловіків-лікарів не могли дати жодного визначення. Ще 6,5 \pm 2,0% чоловіків та 7,7 \pm 1,7% жінок помилялися і вважали, що гендерна медицина вивчає вікову

специфіку здоров'я. Дрібна частка (3,9% серед чоловіків та 2,3% серед жінок) думала, що це галузь лише про жіноче здоров'я.

Потім лікарям було запитано про те чи сучасна охорона здоров'я надає рівну доступність медичних послуг для чоловіків та жінок. Багато лікарів-жінок і лікарів-чоловіків погодилися з цим. Лише $5,0 \pm 1,3\%$ жінок-лікарок і $3,3\%$ чоловік-лікарів не мали певної думки. Небагато опитаних (близько два рази більше серед чоловіків) визнали наявність нерівних можливостей (рис.2.9).

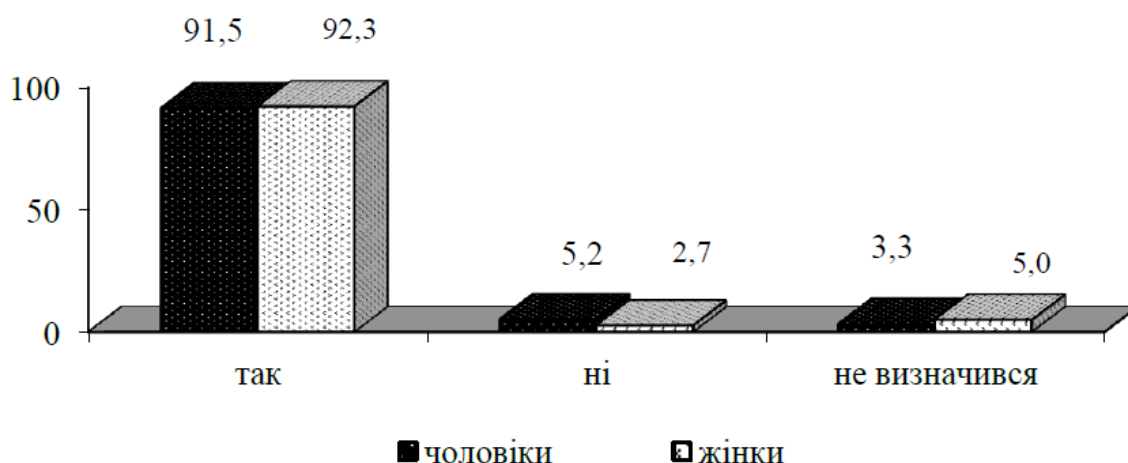


Рис. 2.9. Чи забезпечуються охороною здоров'я рівні можливості жінкам та чоловікам (стать, %).

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

За даними опитування, $\frac{3}{4}$ лікарів різних спеціальностей, як жіночої, так і чоловічої статі, висловили думку, що репродуктивне здоров'я чоловіків не отримує належної уваги в медичній галузі. Жінки-лікарі були трохи менш впевнені в цьому твердженні ($16,2 \pm 2,3\%$ не мали визначеної позиції проти $11,1 \pm 2,5\%$ чоловіків-лікарів). З іншого боку, близько 12% опитаних, незалежно від статі, вважали, що медична галузь робить все необхідне для задоволення потреб чоловічого населення у сфері репродуктивного здоров'я (рис.2.10).

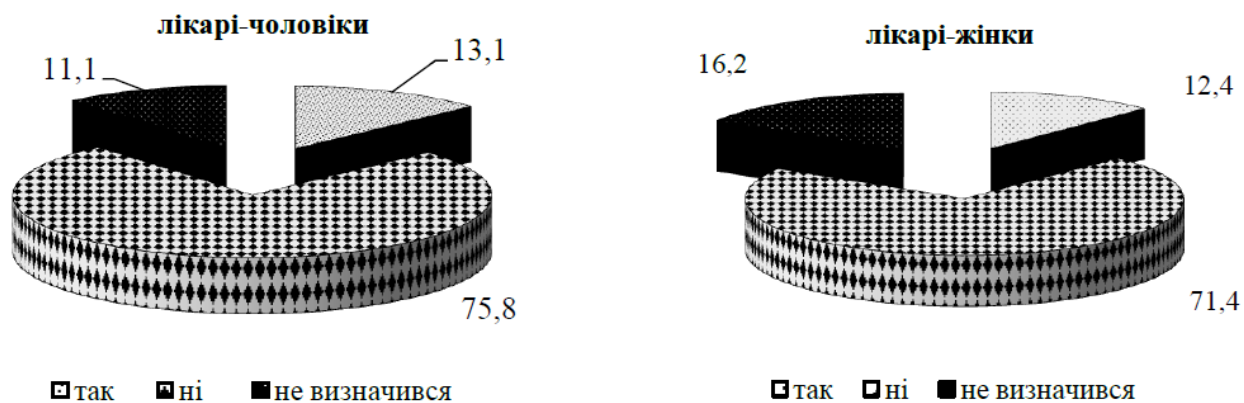


Рис. 2.10. Розподіл відповідей лікарів щодо забезпечення достатньої уваги системою охорони здоров'я репродуктивному здоров'ю чоловіків (стать, %)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

З урахуванням того, що таке становище може бути частково обумовлено недоліком відповідного фахівця (лікаря-андролога) у медичних закладах, лікарям було запропоновано визначити наявність такого спеціаліста у своїх установах та оцінити необхідність введення цієї медичної посади (рис. 2.11).

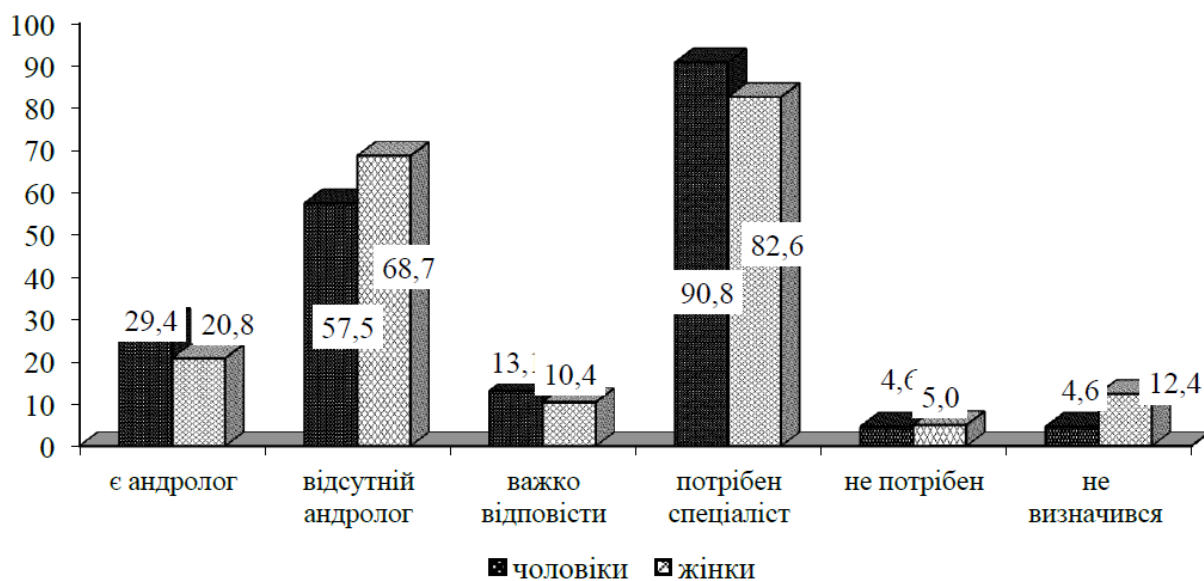


Рис. 2.11. Наявність лікаря-андролога та потреба введення його посади у лікувальних закладах (%)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

За даними рис. 2.11, понад 50% лікарів відзначили відсутність андролога в медичних установах. Однак майже всі з них ($90,8 \pm 2,3\%$ чоловічої та $82,6 \pm 2,4\%$

жіночої групи) висловили думку про необхідність та доцільність створення такої посади. Варто зазначити, що ця проблема однаково важлива як для чоловіків, так і для жінок.

Також досліджувалася позиція лікарів щодо потреби диференціювати принципи лікування пацієнтів за їх статтю. Половина опитаних обох статей стверджували, що така потреба відсутня. Нині третина з них все ж таки вважали, що підходи до лікування мають обов'язково враховувати гендерний фактор. А $15,7 \pm 2,9\%$ чоловіків та $17 \pm 2,3\%$ жінок заявили, що це стосується тільки деяких патологій, наприклад розладів репродуктивної сфери та захворювань серцево-судинної системи (рис. 2.12).

Незважаючи на те, що більша частина лікарів заперечували необхідність враховувати гендерний аспект при визначенні підходів до лікування, значна категорія серед них у своїй практичній діяльності приділяли увагу особливостям перебігу хвороб залежно від статтю пацієнтів.

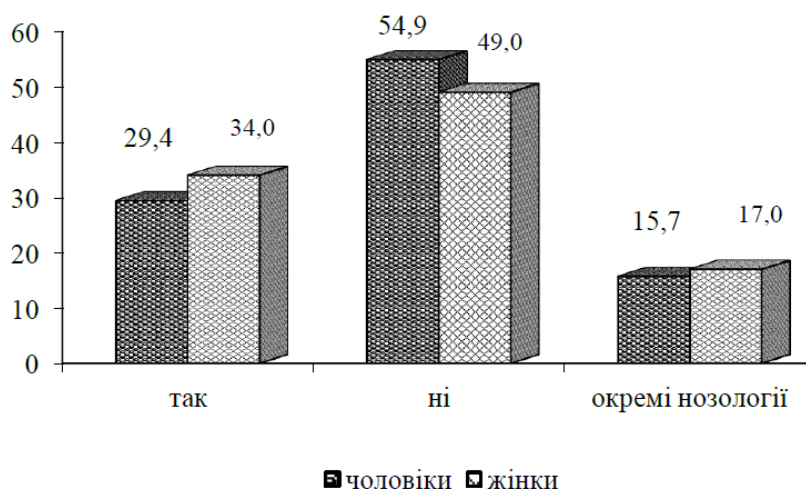


Рис. 2.12. Думки лікарів щодо необхідності диференціювання принципів лікування в залежності від статі пацієнта (% , стать)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Більшість опитаних чоловіків ($76,5 \pm 3,4\%$) та жінок ($66,8 \pm 2,9\%$) погодились, що це було важливо для них. Однак серед жіночих лікарів було трохи більше тих, хто не приділяв цьому уваги ($21,6 \pm 2,6\%$ проти $16,3 \pm 3,0\%$ серед чоловічих лікарів). Серед тих, хто не мав однозначної думки, не спостерігалось значних відмінностей за статтю (див. рис.2.13).

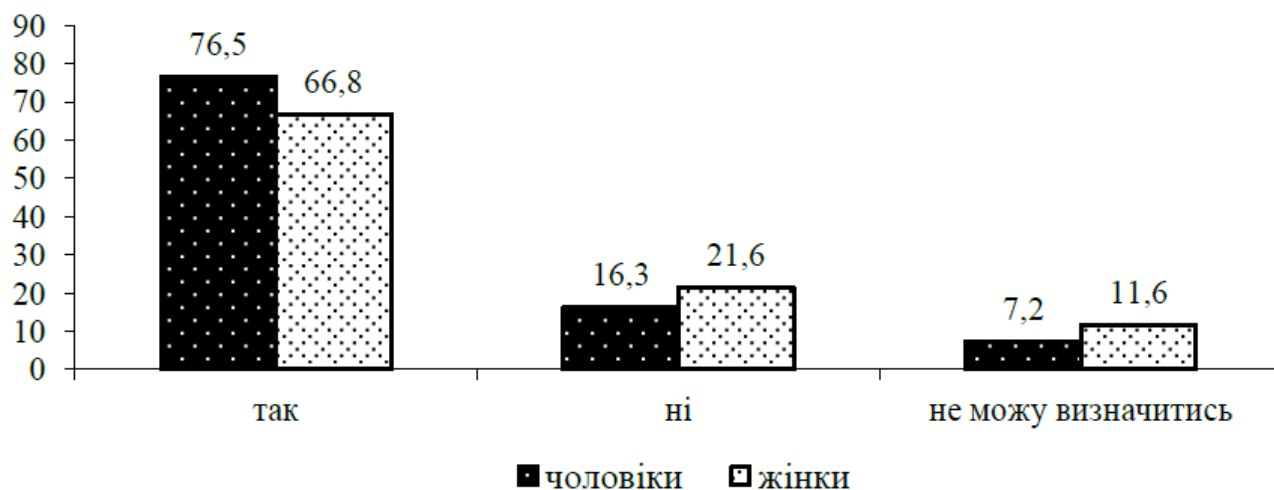


Рис. 2.13. Розподіл відповідей респондентів стосовно звертання на особливості перебігу захворювань в залежності від статі пацієнта (% , стать)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Більшість лікарів, які проходили курси підвищення кваліфікації, не знайомилися з гендерними особливостями надання медичної допомоги. Це може бути пов'язано з тим, що тема є новою і потребує спеціальних знань. Приблизно половина опитаних лікарів ($48,3 \pm 3,1\%$ жінок і $47,1 \pm 4,0\%$ чоловіків) визнали необхідність таких знань для своєї роботи. (рис.2.14).

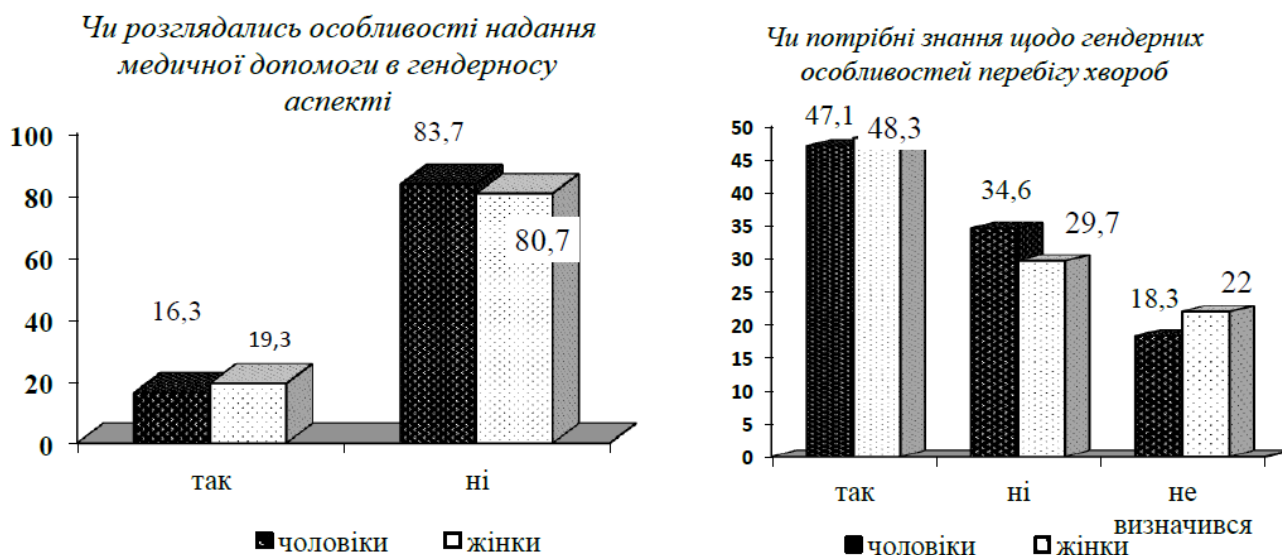


Рис. 2.14. Розподіл відповідей щодо вивчення гендерних особливостей перебігу захворювань під час курсів підвищення кваліфікації та потреби таких знань в залежності від статі (%)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

За допомогою анкети досліджувалася оцінка медичних працівників рівня турботи пацієнтів про своє здоров'я за статтю. Для аналізу ставлення пацієнтів до власного здоров'я були вибрані такі критерії: дотримання здорового способу життя, виконання рекомендацій лікаря та відповідальне ставлення до свого здоров'я. За даними анкети, лікарі вважали, що жінки більше турбуються про здоров'я, незалежно від статі опитаних. Дві третини респондентів стверджували, що жінки частіше дотримуються здорового способу життя. Також близько 20% вказали, що це роблять однаково чоловіки та жінки. Це досить несподіваним було те, що жоден із лікарів не призначав, що чоловіки ведуть здоровий спосіб життя. За критеріями виконання рекомендацій лікаря та відповідального ставлення до свого здоров'я результати анкети також показали перевагу жіночої статі (табл.2.11).

Таблиця 2.11

Думки лікарів щодо стурбованості пацієнтів станом власного здоров'я

Ознаки	Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
	абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$
<i>дотримання здорового способу життя</i>						
жінки	284	68,9	105	68,6 \pm 3,8	179	69,1 \pm 2,9
чоловіки	0	0	0	0	0	0
однаково обидві статі	64	15,5	20	13,1 \pm 2,7	44	17,0 \pm 2,3
не можу визначитись	64	15,5	28	18,3 \pm 3,1	36	13,9 \pm 2,1
<i>відповідальне ставлення до здоров'я</i>						
жінки	205	49,8 \pm 2,5	81	52,9 \pm 4,0	124	47,9 \pm 3,1
чоловіки	24	5,8 \pm 1,2	6	3,9 \pm 1,6	18	6,9 \pm 1,6
однаково обидві статі	127	30,8 \pm 2,3	44	28,8 \pm 3,7	83	32,0 \pm 2,9
не можу визначитись	56	13,6 \pm 1,7	22	14,4 \pm 2,8	34	13,1 \pm 2,1
<i>ретельне виконання лікарських призначень</i>						
жінки	210	51,0	84	54,9 \pm 4,0	126	48,6 \pm 3,1
чоловіки	42	10,2	7	4,6 \pm 1,7	35	13,5 \pm 2,1
однаково обидві статі	105	25,5	37	24,2 \pm 3,5	68	26,3 \pm 2,7
не можу визначитись	55	13,3	25	16,3 \pm 3,0	30	11,6 \pm 2,0

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Щодо причин низької тривалості життя чоловіків у працездатному віці, то

результати опитування лікарів свідчать про фактори, що впливають на смертність чоловіків. Згідно з даними опитування, найбільш значущим фактором є алкоголізм, який вказали $82,6 \pm 2,4\%$ жіночих та $73,2 \pm 3,6\%$ чоловічих респондентів. Наступними за значимістю є куріння, небажання доглядати за своїм здоров'ям, шкідливе середовище праці, стрес, рідкісні візити до лікаря, тяжка фізична праця та наркотична залежність. Статова приналежність респондентів не впливає на їхню оцінку цих факторів (див. рис. 2.15).

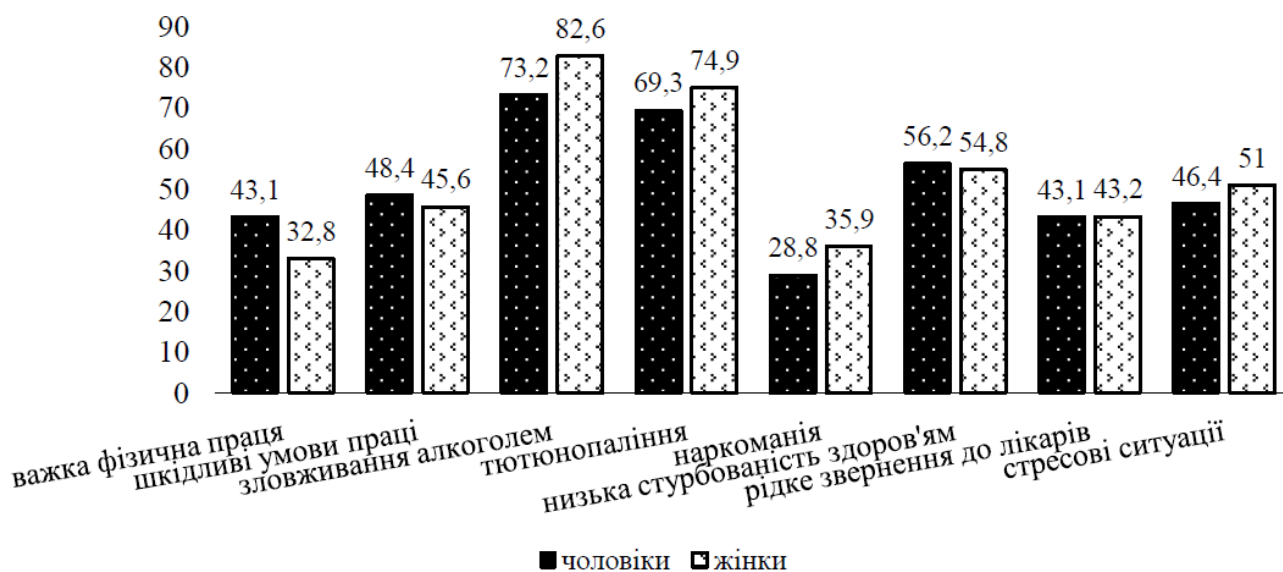


Рис. 2.15. Причини надсмертності та низької середньої тривалості життя чоловіків (%)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Для аналізу гендерних особливостей у виборі лікарської спеціальності ми дослідили думку лікарів про значення статевого критерію. За результатами опитування, більш як половина опитаних ($59,2 \pm 2,4\%$) вважали, що стать не має жодного впливу на вибір спеціальності. Проте, приблизно чверть лікарів ($26,1 \pm 3,6\%$ чоловіків та $22,8 \pm 2,6\%$ жінок) висловили думку, що гендерний аспект є важливим фактором у цьому питанні. Решта опитаних ($15,7 \pm 2,9\%$ та $17,4 \pm 2,4\%$ відповідно) не змогли дати однозначної відповіді (рис.2.16).

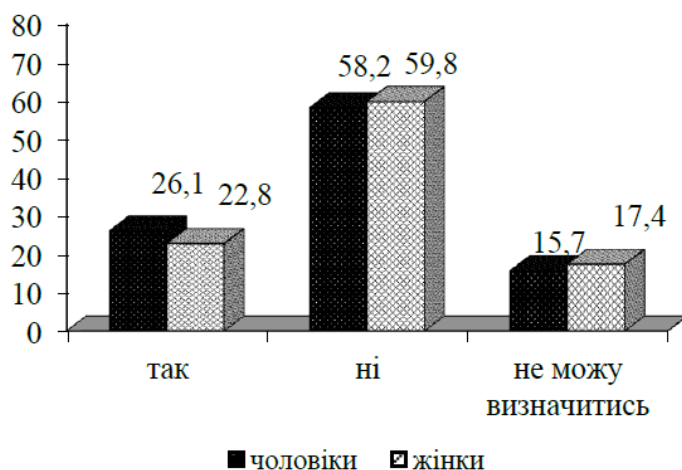


Рис. 2.16. Думки лікарів щодо необхідності включення гендерного аспекту при виборі спеціальності в залежності від статі (%)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Згідно з опитуванням, респонденти мали висловити свою думку про те, чи існують медичні спеціальності, які призначені виключно для чоловіків або виключно для жінок. Результати показали, що $19,7 \pm 2,5\%$ жінок і $22,2 \pm 3,4\%$ чоловіків вважали, що є такі спеціальності, які підходять тільки чоловікам. З іншого боку, лише $11,2 \pm 2,0\%$ жінок і $10,5 \pm 2,5\%$ чоловіків думали, що є спеціальності, які підходять тільки жінкам. Деякі лікарі також вказали на розподіл спеціальностей за статевим принципом: «жіночими» вважалися педіатрія, терапія, акушерство-гінекологія і лабораторна діагностика, які належать до терапевтичного напрямку; «чоловічими» - урологія, травматологія, анестезіологія, андрологія, хірургія, які належать до хірургічного напрямку. Це свідчить про наявність стереотипу серед деяких лікарів про те, що «жіночим» спеціальностям властивий терапевтичний професорський склад, а «чоловічим» - хірургічний. Однак більшість лікарів обох статей не робили такого розмежування між медичними спеціальностями за статтю, що відповідає реальній ситуації в системі охорони здоров'я (рис.2.17).

2.3. Оцінка ставлення організаторів охорони здоров'я до проблеми забезпечення гендерної рівності в галузі

Для збору соціологічних даних було обрано метод анкетування, який здійснювався під час робочих нарад та засідань колегії департаменту охорони здоров'я Тернопільської області та міста Тернополя, в яких брали участь спеціалісти-організатори охорони здоров'я. Загалом було розповсюджено 250 анкетних форм, але відповіли на них лише 151 респондент (60,4%), що свідчить про недостатню зацікавленість цієї категорії фахівців у дослідженні.

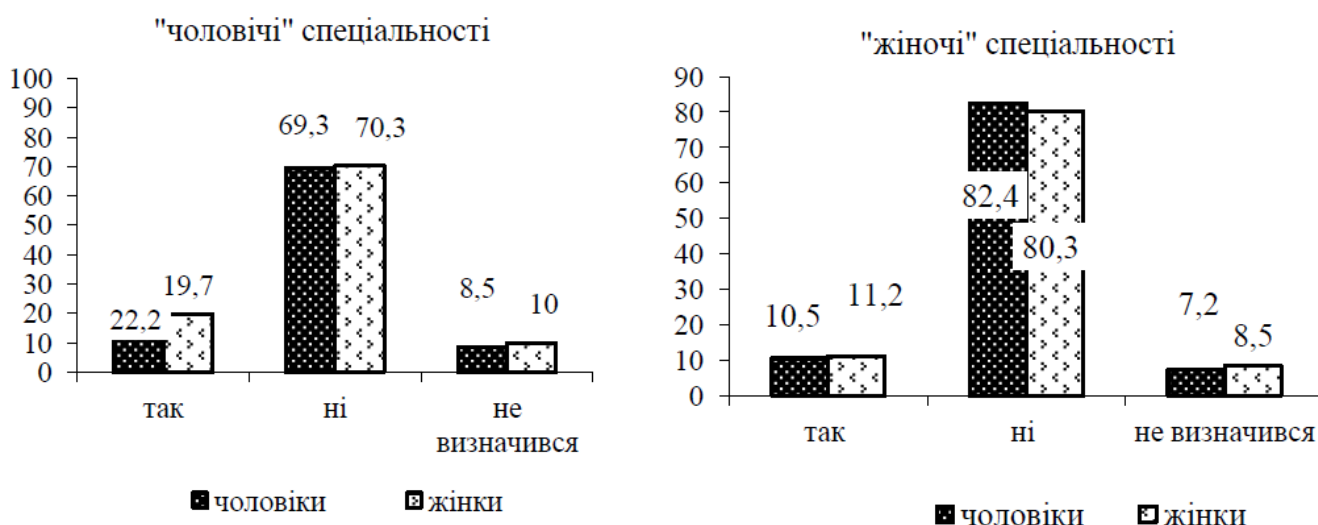


Рис. 2.17. Ставлення респондентів до розподілу спеціальностей на «жіночі» та «чоловічі» залежно від статі (%)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

За статтю респонденти були розподілені наступним чином: 52,3% – чоловіки та 47,7% – жінки. Особи працездатного віку склали 84,8% серед чоловіків та 87,5% серед жінок. Посади, які займали респонденти, були різноманітними. Серед чоловіків переважали вищі керівники: 17,7% – заступники начальників управлінь; 26,6% – головні лікарі; 38% – заступники головних лікарів. Лише 2,5% були завідувачими поліклінік та 15,2% – завідувачими відділень. Серед жінок навпаки половину становили завідувачі відділень, 38,9% – заступники головних лікарів, а головними лікарями та завідувачими поліклінік були по 5,6%.

Стаж роботи за спеціальністю також виявив відмінності між статями. Серед чоловіків 39,2% мали понад 25 років досвіду, а серед жінок – лише 16,7%. Найбільша частка жіночих респондентів (31,9%) мала стаж в межах 6-10 років. Менше 5 років досвіду мали 5,1% чоловіків та 13,9% жінок. За кваліфікаційною категорією було атестовано близько трьох чвертей чоловіків (73,4%) та двох п'ятих жінок (40,3%) на вищу категорію. Першу категорію мали 13,9% чоловіків та 33,3% жінок; другу – 7,6% та 16,7% відповідно. Не атестовані за спеціальністю були 5,1% серед лікарів-чоловіків та 9,7% серед лікарів-жінок. Серед організаторів охорони здоров'я десять чоловіків мали звання заслуженого лікаря України та двоє – науковий ступінь кандидата медичних наук (табл.2.12).

Таблиця 2.12

Соціально-демографічна характеристика респондентів

Показник		чоловіки		жінки	
		абс.	%	абс.	%
Вік	працездатний	67	84,8	63	87,5
	старше працездатного	12	15,2	9	12,5
Посада	заст. нач. управління	14	17,7	0	0
	головний лікар	21	26,6	4	5,6
	заст. гол. лікаря	30	38,0	28	38,9
	зав. поліклініки	2	2,5	4	5,6
	зав. відділення	12	15,2	36	50
Стаж роботи	до 5 років	4	5,1	10	13,9
	6-10 років	5	6,3	23	31,9
	11-15 років	12	15,2	16	22,2
	16-20 років	13	16,5	11	15,3
	21-25 років	14	17,7	0	0
	25 і більше років	31	39,2	12	16,7
Кваліфікаційна категорія	вища	58	73,4	29	40,3
	перша	11	13,9	24	33,3
	друга	6	7,6	12	16,7
	заслужений лікар	10	12,7	0	0
	не має	4	5,1	7	9,7
	кандидат медичних наук	2	2,5	0	0
	немає	77	97,5	72	100

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Для визначення рівня знань респондентів про основні концепції дослідження їм було запропоновано вибрати найбільш точні визначення цих концепцій з наданих варіантів. Ці концепції включали «гендер» - соціально-культурну конструкцію ролей, поведінки, характеристик та ідентичності жінок і чоловіків;

«принцип гендерної рівності» - визнання рівних прав, можливостей і обов'язків для жінок і чоловіків у всіх сферах життя; та «гендерна медицина» - наукова дисципліна, яка враховує біологічні та соціальні впливи на стан здоров'я жінок і чоловіків. Багато фахівців у сфері охорони здоров'я показали гарне розуміння цих концепцій, як видно з таблиці 2.13.

Таблиця 2.13

Розподіл відповідей респондентів щодо обізнаності основних понять дослідження (залежно від статі, %)

Ознаки	Чоловіки		Жінки	
	абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$
<i>«гендер»</i>				
характеризує вік людини	0	0	0	0
характеризує жіночу стать	12	15,2 \pm 4,0	14	19,4 \pm 4,7
характеризує соціокультурні особливості біологічної статі людини	67	84,8 \pm 4,0	43	59,7 \pm 5,8
не знаю значення	0	0	15	20,8 \pm 4,8
<i>«гендерна рівність»</i>				
рівність не залежно від віку	0	0	6	8,3
рівність не залежно від соціального статусу	8	10,1	2	2,8
рівність не залежно від статі;	71	89,9 \pm 3,4	58	80,6 \pm 4,7
рівність не залежно від рівня освіти	0	0	0	0
не знаю значення	0	0	6	8,3
<i>«гендерна медицина»</i>				
вивчає здоров'я жінок	5	6,3	6	8,3
вивчає відмінності стану здоров'я чоловіків та жінок	56	70,9 \pm 5,1	52	72,2 \pm 5,3
вивчає вікові особливості стану здоров'я	8	10,1	6	8,3
не знаю значення	10	12,7 \pm 3,7	6	8,3

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

З таблиці 2.13 видно, що найбільш достовірне визначення поняття «гендер» обрали 84,8 \pm 4,0% опитаних чоловіків та 59,7 \pm 5,8% опитаних жінок. Однак, 15,2 \pm 4,0% чоловіків та 19,4 \pm 4,7% жінок розуміють під цим терміном лише питання, що стосуються особливостей та потреб жіночої статі. Тим часом 20% жінок не мали уявлення про значення цього слова.

Більшість респондентів (89,9 \pm 3,4% чоловіків та 80,6 \pm 4,7% жінок) правильно трактували наступне поняття «гендерна рівність». Решта чоловіків (10,1%) вважали, що це рівність громадян незалежно від соціального статусу. Серед жінок було більше розбіжностей: 8,3% думали, що це рівність незалежно від віку; 2,8% - що це рівність незалежно від соціального статусу; 8,3% - що не знають точного значення.

За думкою багатьох опитаних ($70,9 \pm 5,1\%$ чоловіків та $72,2 \pm 5,3\%$ жінок) «гендерна медицина» досліджує особливості здоров'я та хвороб у залежності від статевої належності. Проте інша частина мала іншу думку. Зокрема $10,1\%$ чоловіків та $8,3\%$ жінок вказали, що «гендерна медицина» аналізує вікові особливості здоров'я. А $6,3\%$ та $8,3\%$ вибрали варіант, що це галузь медицини про проблеми здоров'я жінок. У той же час $12,7 \pm 3,7\%$ лікарям-чоловікам та $8,3\%$ лікарям-жінкам не було зрозуміло це поняття.

Для вивчення поглядів фахівців на реалізацію принципу рівності прав та можливостей чоловіків та жінок у сфері охорони здоров'я було проведено опитування лікарів різних спеціальностей. Більшість респондентів ($88,6\%$ серед чоловіків та $72,2\%$ серед жінок) висловили думку, що національна система охорони здоров'я забезпечує однаковий доступ до медичних послуг для представників обох статей. Проте деякі фахівці ($7,6\%$ та $8,3\%$ відповідно) зазначили про існування перешкод та випадків дискримінації за статевою ознакою (рис. 2.18).

З іншого боку, значна частина опитаних ($86,1 \pm 3,9\%$ чоловіків та $72,2 \pm 5,3\%$ жінок) висловила свою незадоволеність станом репродуктивного здоров'я чоловіків у сучасному суспільстві. За їхньою оцінкою, галузь охорони здоров'я не приділяє належної уваги цьому аспекту та не забезпечує чоловікам достатньо можливостей для отримання відповідних медичних послуг. Лише $7,6\%$ серед чоловіків та $16,7 \pm 4,4\%$ серед жінок вважали, що репродуктивне здоров'я чоловіків не потребує особливої уваги та підтримки (рис.2.19).

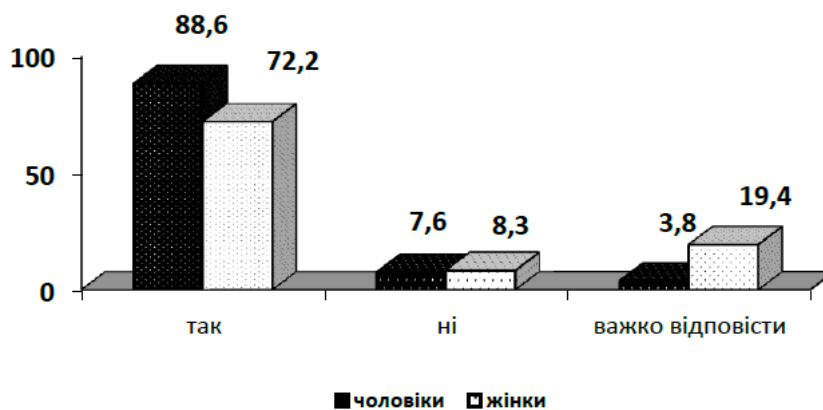


Рис.2.18. Відповіді організаторів охорони здоров'я щодо забезпечення охороною здоров'я рівних можливостей для жінок та чоловіків (залежно від статі, %) Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

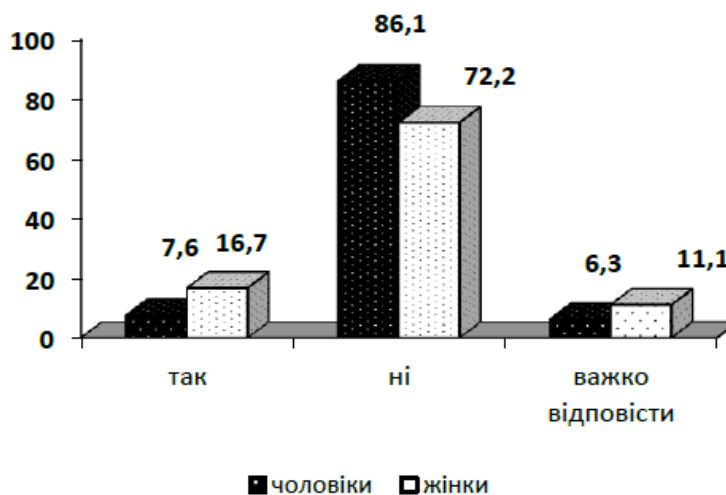


Рис. 2.19. Результати відповідей щодо забезпечення достатньої уваги репродуктивному здоров'ю чоловіків (залежно від статі, %)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Одним з факторів, які призводять до порушення прав чоловіків на якісні послуги в галузі охорони здоров'я, зокрема репродуктивного, є недостатня розвиненість андрологічної служби в системі. Існуюча мережа урологів та сексопатологів не задовольняє всіх потреб чоловіків у цьому напрямку.

Близько п'яти частин серед чоловіків (21,5%) та двічі менше серед жінок (9,7%) зазначили, що у них є спеціаліст, який займається питаннями чоловічого репродуктивного здоров'я. Але при уточненні його спеціальності виявилось, що це переважно урологи та рідше сексопатологи. Проте багато жінок (90,3±3,5%) та чоловіків (75,9±4,8%) повідомили про відсутність такого спеціаліста (лікаря-андролога) у своїх медичних закладах та підкреслили (81,9±1,5% та 74,7±4,9% відповідно) потребу створення такої лікарської посади, що свідчить про важливість та актуальність цього питання для обох статей (рис.2.20).

Незалежно від достатнього розуміння організаторами охорони здоров'я основних гендерних концепцій, вони висловлювали потребу додаткової інформації про гендерну рівність в охороні здоров'я та чи були такі питання включені до курсів підвищення кваліфікації.

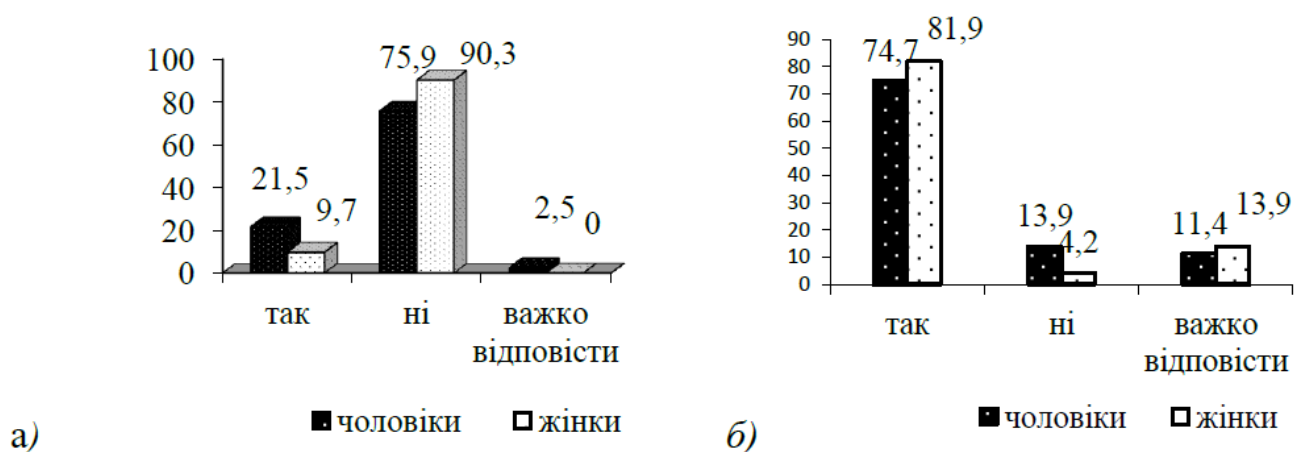


Рис. 2.20. Розподіл відповідей щодо наявності (а) та потреби у впровадженні (б) посади лікаря-андролога (залежно від статі, %)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

За результатами опитування, більша частина респондентів, як серед чоловіків ($73,4 \pm 5,0\%$), так і серед жінок ($70,8 \pm 5,4\%$), висловили свою потребу в отриманні адекватної інформації. При цьому найбільший інтерес у них викликали питання юридичного регулювання гендерної рівності в сфері охорони здоров'я. Також $73,6 \pm 5,2\%$ жінок та $65,8 \pm 5,4\%$ чоловіків заявили про своє бажання поглибити свої знання з гендерних аспектів клінічної картини захворювань; фармакотерапії та принципів лікування – $69,4 \pm 5,4\%$ і $69,6 \pm 5,2\%$; законодавчої основи – $75,0 \pm 5,1\%$ і $75,9 \pm 4,8\%$ та всіх запропонованих блоків – $68,0 \pm 5,5\%$ та $70,9 \pm 5,1\%$ відповідно (табл.2.14).

Таблиця 2.14

Розподіл відповідей респондентів стосовно наявності потреби додаткової інформації з питань гендерної рівності в охороні здоров'я та області цих інтересів (стать, %)

Показник		чоловіки		жінки	
		абс.	%	абс.	%
Наявність потреби додаткової інформації щодо гендерної рівності	так	58	$73,4 \pm 5,0$	51	$70,8 \pm 5,4$
	ні	9	$11,4 \pm 3,6$	7	9,7
	важко відповісти	12	$15,2 \pm 4,0$	14	$19,4 \pm 4,7$
Область знань, яка потребує додаткового вивчення	клінічні аспекти перебігу захворювань	52	$65,8 \pm 5,4$	53	$73,6 \pm 5,2$
	особливості фармакотерапії	55	$69,6 \pm 5,2$	50	$69,4 \pm 5,4$
	законодавча база	60	$75,9 \pm 4,8$	54	$75,0 \pm 5,1$
	все перераховане	56	$70,9 \pm 5,1$	49	$68,0 \pm 5,5$

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Незважаючи на високий попит на спеціалістів з гендерних питань у сфері охорони здоров'я, понад половина з них зазначили, що не мали доступу до такої інформації. Проте, приблизно третина опитаних згадали про розгляд гендерних особливостей клінічного характеру серцево-судинних та неврологічних хвороб (рис.2.21).

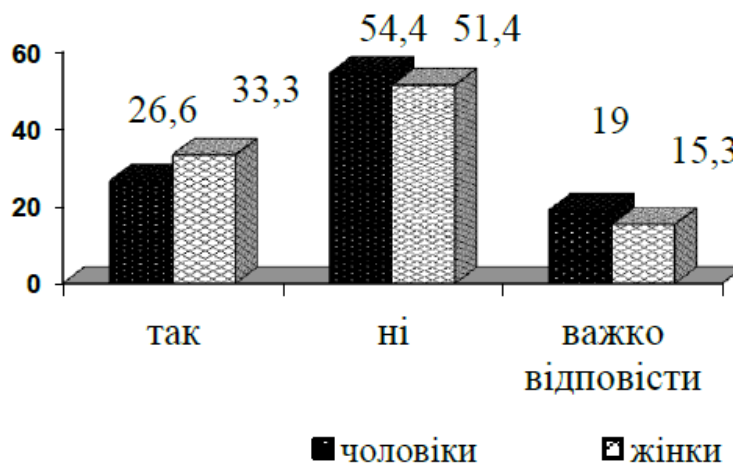


Рис. 2.21. Результати відповідей респондентів щодо висвітлення гендерної проблематики на курсах підвищення кваліфікації (стать, %)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

У наступному блоку анкети було запропоновано ряд питань, що стосувалися проблематики гендерної дискримінації при найманні медичних працівників різних категорій: лікарів, середнього та молодшого медичного складу. За результатами опитування більша частина респондентів висловили думку, що стать кандидата не має значення для їх рішення про прийом на роботу. Однак серед жінок така позиція була в 1,3 рази поширенішою ($91,7 \pm 3,3\%$ проти $68,4 \pm 5,2\%$ ($p < 0,001$)). Чоловіки ж частіше зазначали, що стать має вплив лише на деякі спеціальності ($p < 0,001$). Наприклад, у сфері хірургії вони вважали бажанішими чоловіків. Хоча переважна більшість лікарів-чоловіків запевняли, що стать не є вирішальним фактором при працевлаштуванні фахівця – $16,5 \pm 4,2\%$ підкреслили на значущості цього критерію. При цьому вони надавали перевагу лікарям-чоловікам. Що стосується середнього медичного персоналу, то знову ж таки більша частина опитаних стверджували, що не звертають уваги на стать спеціаліста при його найманні. Але 5-а частина все ж

таки визнали це важливим для себе. Також 7,6% серед чоловіків вказали, що такий вибір залежить від спеціальностей. Так при прийомі на роботу медсестр вони воліли жінок, а у разі фельдшерів – чоловіків. Для молодшого медичного персоналу також не існувало гендерних уподобань. Проте третина серед чоловіків ($31,6 \pm 5,2\%$) та четверта частина жінок ($25 \pm 5,1\%$) зазначили, що беруть до уваги стать людини і в таких ситуаціях краще на роботу приймуть жінок (табл. 2.15).

Таблиця 2.15

Чи вагома стать спеціаліста у випадку працевлаштування

Показник	Чоловіки		Жінки	
	абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$
Лікарі				
так	13	$16,5 \pm 4,2$	0	0
ні	54	$68,4 \pm 5,2$	66	$91,7 \pm 3,3$
лише для окремих спеціальностей	12	$15,2 \pm 4,0$	6	8,3
Середні медичні працівники				
так	16	$20,3 \pm 4,5$	12	$16,7 \pm 4,4$
ні	57	$72,2 \pm 5,0$	60	$83,3 \pm 4,4$
лише для окремих спеціальностей	6	7,6	0	0
Молодший медичний персонал				
так	25	$31,6 \pm 5,2$	18	$25 \pm 5,1$
ні	54	$68,4 \pm 5,2$	54	$75 \pm 5,1$
важко відповісти	0	0	0	0

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Управлінці також були запитані про свої уподобання щодо статі свого заступника. Більшість і серед чоловіків ($62,0 \pm 5,5\%$), і серед жінок ($68,1 \pm 5,5\%$) вважали, що це не має ніякого впливу на їхній вибір. Проте серед чоловіків було помітно більше тих, хто волів би мати жіночий заступник ($27,8 \pm 5,1\%$), ніж тих, хто обрав би чоловіка. Для жінок-організаторів охорони здоров'я цей аспект не мав значущої ролі (рис. 2.22).

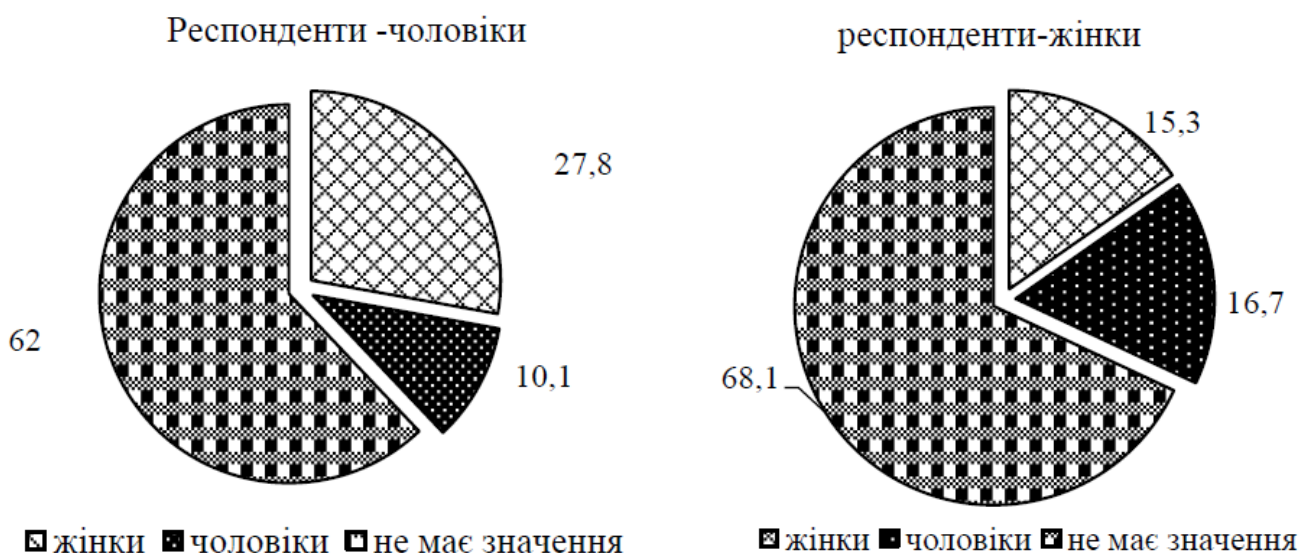


Рис. 2.22. Розподіл відповідей респондентів щодо вибору заступника (залежно від статі,%)

Примітка: сформовано автором за результатами соціологічного опитування

Висновки до розділу 2

Для вивчення стану системи охорони здоров'я було проведене соціологічне опитування трьох категорій учасників: пацієнтів, які користуються медичними послугами; лікарів, які їх надають; та спеціалістів, які займаються організацією та управлінням охороною здоров'я на рівні державних структур.

Пацієнти-чоловіки були більш задоволені своїм здоров'ям, ніж пацієнти-жінки. Останні частіше скаржилися на поганий або дуже поганий рівень здоров'я. Пацієнти-жінки були більш обережними щодо свого здоров'я. Вони частіше дотримувалися здорового способу життя ($54,7 \pm 3,2\%$ проти $45,9 \pm 3,7\%$; $p=0,260$) та були більш відповідальними у веденні здорового образу життя ($40,4 \pm 3,1\%$ порівняно $37,7 \pm 3,6\%$; $p=0,772$). Щодо профілактичних медичних оглядів не було виявлено значних гендерних відмінностей. Проте жінки частіше проходили їх за своїм бажанням, а не через вимогу роботодавця ($77,1 \pm 3,6\%$ проти $37,8 \pm 4,6\%$; $p < 0,001$). Репродуктивне здоров'я є важливою складовою загального здоров'я та індикатором гендерної рівності. Багато респонденток ($87,8 \pm 2,1\%$) та респондентів ($98,4 \pm 0,9\%$) стверджували, що не мали проблем із репродуктивним чи сексуальним

здоров'ям. Однак спеціалізовані дослідження свідчать про збільшення захворюваностей у цьому напрямку серед обох статей та особливо серед чоловіків. Крім того, дуже мало анкетованих обох статей зверталися до центрів планування сім'ї. Це може бути пов'язано з інтимним характером питань та низькою достовірністю висловлених думок.

Серед жінок спостерігається більша схильність до використання контрацептивів, ніж серед чоловіків. Їх частота застосування контрацептивів майже на 40% вища ($p=0,085$). Найпопулярнішим методом контрацепції для респондентів обох статей були презервативи. Також чимало анкетованих вибирали перерваний статевий акт, незважаючи на можливі психологічні та фізичні незручності. Серед чоловіків таких було майже вдвічі більше ($p<0,001$). Лікарі та організатори охорони здоров'я мали достатньо знань про основні поняття («гендер», «гендерна рівність», «гендерна медицина»), які використовувались у дослідженні. Серед респондентів обох груп не було помітних гендерних відмінностей у розумінні цих понять.

За думкою багатьох анкетованих з усіх груп, сучасна система охорони здоров'я України забезпечує однаковий доступ до необхідних медичних послуг для жінок та чоловіків. Такої позиції додержувались $75,5\pm 2,7\%$ жінок та $60,6\pm 3,6\%$ чоловіків серед пацієнтів. У групі лікарів їх відсотки склали $92,3\pm 1,7\%$ та $91,5\pm 2,3\%$, а серед організаторів охорони здоров'я $72,2\pm 5,3\%$ і $86,1\pm 1,5\%$ відповідно.

Одночасно значна категорія лікарів та організаторів охорони здоров'я висловлювали думку, що репродуктивне здоров'я чоловіків не отримує належної уваги. Серед перших такої думки дотримувались $75,8\pm 3,5\%$ чоловіків та $71,4\pm 2,8\%$ жінок. У групі управлінців їх частка була трохи вищою серед чоловіків ($86,1\pm 3,9\%$ проти $72,2\pm 5,3\%$).

Брак лікаря-андролога було визначено як проблему більшістю серед лікарів та організаторів охорони здоров'я. Зокрема це стосувалось на 20% більше ($p=0,178$) респондентів жіночої статі в обох групах ($68,7\pm 2,9\%$ порівняно $57,5\pm 4,0\%$ та $90,3\pm 3,5\%$ проти $75,9\pm 4,8\%$ відповідно). Серед пацієнтів досить велика частка не могли оцінити ситуацію, при цьому суттєвих розбіжностей не було.

За результатами опитування, більша частина респондентів з усіх груп висловила думку про необхідність запровадження посади лікаря-андролога, яка була однаково актуальною для представників обох статей.

Переважає більшість лікарів та організаторів охорони здоров'я погоджується з тим, що не існує «жіночих» або «чоловічих» лікарських спеціальностей. Так, більшість організаторів охорони здоров'я ($91,7 \pm 3,3\%$ жінок та $68,4 \pm 5,2\%$ чоловіків) не вважають стать лікаря провідним критерієм при його працевлаштуванні. Також багато лікарів-управлінців стверджують, що статева ознака не має значення при прийомі на роботу середнього та молодшого медичного персоналу.

Одним із факторів, що негативно впливає на забезпечення рівних прав для пацієнтів різних статей, є недостатня увага до цього питання під час курсів підвищення кваліфікації. Так, серед лікарів це вказали $83,7 \pm 3,0\%$ чоловіків та $80,7 \pm 2,5\%$ жінок. Серед організаторів охорони здоров'я про це сказали трохи більше половини як чоловіків так і жінок. Крім того, багатьом управлінцям не вистачає інформації про законодавче регулювання цього питання.

Підводячи підсумки, слід зазначити, що хоча в системі охорони здоров'я існують деякі проблеми у задоволенні репродуктивних потреб чоловічого населення, загалом принцип гендерної рівності при наданні медичної допомоги дорослому населенню дотримується за думкою респондентів.

РОЗДІЛ 3

ОБГРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Концептуальні підходи до розробки моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України

Одним із головних завдань реформованої системи медичної допомоги є створення рівних умов та можливостей для чоловіків та жінок у доступі до послуг охорони здоров'я, які враховують їх специфічні потреби, що сприятиме збереженню здоров'я громадян.

Для обґрунтування нової моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України були використані наступні концептуальні підходи:

- положення міжнародних нормативних документів з питань гендерної рівності в охороні здоров'я, зокрема: Декларація Тисячоліття ООН (2000р.); Стратегія інтеграції гендерного аналізу та дій у діяльність ВООЗ (2007р.); Рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи про врахування гендерних відмінностей у політиці в сфері охорони здоров'я (2008 р.); Стратегія у сфері репродуктивного здоров'я ВООЗ (2004 р.);

- окремі положення національних законодавчих документів з питань гендерної рівності: Постанови Кабінету Міністрів України (1997 р., 1998 р.); Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» (2005р.), Державна програма поглиблення гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 року, Державна програма забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року;

- рекомендації Національних парламентських слухань (2004р., 2006р., 2013р.);

- аналіз гендерної ситуації в системі охорони здоров'я України;

- результати власних досліджень.

Одним із важливих напрямків реформування системи охорони здоров'я є

створення умов для реалізації рівних прав та можливостей чоловіків та жінок при отриманні медичних послуг, які враховують специфічні потреби обох статей. Для цього необхідно інтегрувати гендерний підхід у всі аспекти діяльності галузі охорони здоров'я на різних рівнях.

Метою розробленої концептуальної моделі є впровадження принципу гендерної рівності в охорону здоров'я та забезпечення доступності та якості медичних послуг для чоловіків та жінок з урахуванням їх потреб, а основною задачею – покращення та збереження здоров'я населення з урахуванням гендерних особливостей.

У результаті дослідження було виявлено ряд проблем, які перешкоджають ефективному забезпеченню гендерної рівності при наданні послуг охорони здоров'я, а саме: невідосконаленість національного законодавства щодо гендерних питань в охороні здоров'я України. У національному законодавстві принцип рівності прав та можливостей отримання медичної допомоги та послуг охорони здоров'я закріплений у статті 4 Основ законодавства про охорону здоров'я України (1992 р.), Законом України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» (2005р.) та рядом міжнародних документів, якими Україна є стороною. Однак практична реалізація цього принципу не враховує всебічно проблем та потреб чоловіків і жінок в охороні здоров'я, оскільки не існує жодної Державної програми саме в галузі охорони здоров'я, яка б включала гендерний погляд на це питання.

Україна прийняла Закон «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків», який встановлює заходи для реалізації цього принципу в різних сферах суспільного життя. Однак, у сфері охорони здоров'я не було визначено жодних спеціальних завдань, які б враховували гендерні особливості стану здоров'я населення. Тим часом, міжнародні документи, такі як Стратегія ВООЗ з інтеграції гендерного аналізу і дій (2007 р.) [6,P5] та Рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи про врахування гендерних відмінностей у політиці охорони здоров'я (2008 р.), чітко визначають механізми досягнення та зміцнення гендерної рівності в цій сфері. ВООЗ підкреслює, що всі держави-члени організації мають

інтегрувати принцип гендерної рівності у свою діяльність. Це має стати пріоритетним завданням у системі управління та функціонування сектору охорони здоров'я. Для забезпечення рівних прав та можливостей чоловікам і жінкам у сфері охорони здоров'я необхідно враховувати потреби кожної з статей при наданні медичних послуг. Це допоможе виявити можливі проблеми та розробити механізми їх вирішення. Реалізація цього завдання неможлива без визнання гендерного аспекту новим ключовим напрямком діяльності сектору, який має бути належним чином визнаний та законодавчо закріплений на державному та галузевому рівнях.

1. Введення стратегічного підрозділу з гендерних питань у Міністерстві охорони здоров'я, який буде координувати механізми інтеграції принципу гендерної рівності в секторі охорони здоров'я, розробляти нормативно-правові документи, цільові завдання і їх реалізацію та індикатори їх досягнення.

2. Посилення ролі статистичних даних медико-демографічних показників для розробки цільових програм.

За результатами власного дослідження було встановлено, що жінки характеризуються вищими показниками захворюваності та поширеності хвороб загалом та за більшою частиною класів хвороб.

На сьогодні поширеність хвороб крові та кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму у 3,11 рази ($p < 0,001$) вища у жінок 18-ти років і старше, ніж у чоловіків цієї ж вікової групи; хвороб сечостатевої системи – у 2,87 рази ($p < 0,001$); хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин – у 2,37 рази ($p < 0,001$); новоутворень – 1,80 рази ($p < 0,001$); хвороб системи кровообігу – у 1,30 рази ($p < 0,001$); хвороб кістково-м'язевої системи та сполучної тканини – у 1,32 рази ($p < 0,001$); хвороб нервової системи – у 1,27 рази ($p < 0,001$), хвороб ока і додаткового апарату – у 1,23 рази ($p < 0,001$); хвороб органів травлення – у 1,19 рази ($p < 0,001$); хвороб системи дихання – у 1,10 рази ($p < 0,1$); деяких інфекційних і паразитарних хвороб – у 1,09 рази ($p < 0,001$). З іншого боку серед чоловіків частіше, ніж серед жінок спостерігаються розлад психіки і поведінки (2,15 рази; $p < 0,001$) та травми і отруєння та ін. (1,61 рази; $p < 0,001$). Серед жінок частіше, ніж серед чоловіків

діагностують цукровий діабет (1,5 рази), гіпертонічну та ішемічну хвороб (1,3 разу); хвороби щитоподібної залози (тиреоїдит у 6,1 разу; тиреотоксикоз у 4,3 разу; набутий гіпотиреоз у 4,7 разу) та жовчовивідних шляхів (жовчно-кам'яна хвороба у 1,8 разу). Навпаки у чоловіків інфаркт міокарда виникає у 1,8 разу частіше, хронічні гепатити – у 1,8 разу; виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки – у 1,7 разу.

Серед чоловіків спостерігається вища смертність у всіх вікових категоріях, ніж серед жінок. Найбільша розбіжність (3-3,1 рази; $p < 0,001$) виявлена серед чоловіків, які знаходяться у працездатному віці (20-54 роки). Чоловіки помирають в 4,3 рази ($p < 0,001$) частіше від зовнішніх причин, в 3,3 рази ($p < 0,001$) – від інфекційних та паразитарних захворювань, в 3,1 рази ($p < 0,001$) – від захворювань дихальної системи, в 2,0 рази ($p < 0,001$) – від захворювань травної системи та в 1,5 разу ($p < 0,001$) – від пухлин. Тим часом жінки мають вищу смертність в 1,1 разу ($p = 0,068$) від захворювань серцево-судинної системи.

Розглядаючи причини високої смертності, захворюваності та поширеності хвороб серед чоловіків, слід зазначити як анатомо-фізіологічну специфіку, так і гендерну складову та їх комплексний вплив. Перша з них є сталою протягом життя, а друга – змінною і піддається корекції. Це має бути враховано при формуванні цільових програм у сфері охорони здоров'я.

Одним із факторів, що негативно позначається на становищі чоловіків у галузі охорони здоров'я, є недосконале організаційне забезпечення послуг, особливо з питань репродуктивного та сексуального здоров'я. Не існує окремого спеціаліста або медичного закладу, який б безпосередньо займався питанням чоловічого репродуктивного та сексуального здоров'я.

Зазвичай питання збереження репродуктивного здоров'я та планування сім'ї концентруються переважно на жінках через їх роль у народженні дитини. Однак чоловіки є рівноправними учасниками репродуктивного процесу. Проте у діючій системі охорони здоров'я жінки мають перевагу у реалізації репродуктивного права. Хоча законодавство гарантує паритетні можливості стосовно збереження репродуктивного здоров'я та питань планування сім'ї.

У сучасному медичному секторі питання жіночого репродуктивного здоров'я та планування сім'ї вирішують фахівці різних рівнів медичної допомоги. На рівні первинної медико-санітарної допомоги це лікарі загальної практики-сімейні лікарі центрів первинної медико-санітарної допомоги (амбулаторій загальної практики/сімейної медицини), які надають первинну медичну консультацію з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. На вторинному та третинному рівнях медичної допомоги акушер-гінекологи в жіночих консультаціях і пренатальних центрах надають кваліфіковану та спеціалізовану допомогу. Жінкам доступна широка мережа фахівців та лікувальних закладів на різних рівнях медичної допомоги, що забезпечує їм можливість отримати необхідні послуги в охороні здоров'я. З іншого боку, організація послуг з питань репродуктивного здоров'я для чоловіків недостатня. Медичну консультацію з цих питань їм надають урологи. Проте за кваліфікаційною характеристикою це спеціалісти, яким належить надавати кваліфіковану спеціалізовану урологічну допомогу. А проблеми репродуктивного здоров'я чоловіків виходять за рамки компетенції уролога. У світовому медичному просторі питаннями репродуктивного, сексуального здоров'я чоловіками займаються андрологи. Однак у нашому медичному секторі в класифікаторі лікарських спеціальностей такої спеціальності немає.

За результатами власного соціологічного опитування більшість респондентів (93,7±3,1%) висловили думку, що в сфері охорони здоров'я недостатньо звертають увагу на послуги, пов'язані з репродуктивним здоров'ям чоловіків. При цьому 80±10,3% чоловіків, які визнали необхідність медичної або консультаційної допомоги з цього приводу, не зверталися до фахівців, пояснюючи це відсутністю кваліфікованих лікарів. 64,7±2,3% запропонували створити посаду лікаря-андролога.

За даними дослідників серед чоловіків виявляється висока частота безпліддя, яка становить від 20 до 50% і має тенденцію до збільшення. За 2017 р. чоловіче безпліддя було зафіксовано приблизно у 33% випадків. Крім того, чоловіки часто страждають від статевих передаваних інфекцій, таких як сифіліс (11,4 на 100 тис.

дорослого населення проти 7,2 у жінок; $p=0,603$) та гонококова інфекція (22,3 на 100тис. дорослого населення проти 9,0 у жінок; $p=0,072$). Чоловіки також рідше застосовують контрацептиви (33,3% проти 56,0% у жінок; $p=0,085$).

Це свідчить про низький рівень організації послуг з питань репродуктивного здоров'я чоловіків. Для забезпечення права на репродуктивне здоров'я необхідний комплексний підхід, який би враховував специфічні потреби як жінок так і чоловіків.

Стратегія врахування гендерних потреб при наданні медичних послуг (цільова диспансеризація) не розроблена.

У навчальних програмах на до дипломному та післядипломному рівнях не враховуються гендерні аспекти стану здоров'я, характеру захворювань та методів діагностики, лікування та профілактики хвороб. Для реалізації принципу гендерної рівності необхідна достатня обізнаність та компетентність фахівців галузі охорони здоров'я у гендерних питаннях. За результатами дослідження, серед лікарів існує актуальна потреба у поглибленні знань з питань гендерних особливостей хвороб. Про це заявили приблизно половина опитаних ($47,1\pm 4,0\%$ чоловіків та $48,3\pm 3,1\%$ жінок). Крім того, $83,7\pm 3,0\%$ з них вказали, що ці питання не включались у курси підвищення кваліфікації чи тематичного удосконалення. Однак у своїй практиці лікарі часто ($76,5\pm 3,4\%$ чоловіків та $66,8\pm 2,9\%$ жінок) беруть до уваги наявність особливостей хвороб залежно від статі пацієнта.

Низький рівень внутрішньої наукової роботи з питань гендерних особливостей стану здоров'я населення. Таке становище може бути пов'язане з незнанням гендерних питань в охороні здоров'я та значимості їх врахування при функціонуванні галузі загалом. Впровадження гендерної складової у наукову роботу є складним організаційним процесом, який має бути вирішений спочатку на державному рівні та реалізований в галузі охорони здоров'я. Першочерговими завданнями для виконавчого органу з гендерних питань є забезпечення законодавчої ініціативи наукової роботи, вирішення питання фіндування та розробки методології та напрямків дослідження. Важливим кроком у вирішенні даного питання є патронат наукових досліджень на державному рівні, яка перш за

все полягатиме у навчанні дослідників, розробці методичних рекомендацій щодо інтеграції гендерної складової при проведенні досліджень.

Для підвищення науково-дослідницької активності з гендерних аспектів охорони здоров'я України, досягнення нових підходів у наданні медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів, збільшення знань та покращення якості послуг в охороні здоров'я необхідно використовувати гендерний підхід у наукових дослідженнях. Гендерний підхід дозволить виявити прогалини в знаннях з гендерних питань, які можуть бути використані для розробки стратегій і програм охорони здоров'я, що спрямовані на забезпечення рівних можливостей для чоловіків та жінок у доступі до послуг охорони здоров'я.

Низький рівень зацікавленості та мотивації населення щодо формування відповідального ставлення до свого здоров'я та використання профілактичних здоров'язбережних технологій та програм також є проблемою. Жінки та чоловіки мають різну поведінку щодо свого здоров'я та заходів його збереження. За результатами дослідження, чоловіки були більш задоволені своїм станом здоров'я, ніж жінки. Однак вони менш дотримувалися принципів здорового способу життя: 23% чоловіків ігнорували їх проти 9,8% жінок. Крім того, чоловіки втричі частіше ($62,2 \pm 4,6\%$ проти $22,9 \pm 3,6\%$) проходили професійну медичну експертизу через вимогу роботодавця, що свідчить про їх меншу стурбованість своїм здоров'ям.

Системний аналіз виявлених у ході дослідження недоліків щодо забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я показав, що більшість із них пов'язані з організаційними аспектами і повинні бути вирішені як у сфері охорони здоров'я, так і на державному рівні.

3.2. Характеристика моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я

На основі даних дослідження та запропонованих концепцій розробки моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України було створено нову модель, яка враховує гендерні аспекти в наданні медичної допомоги. Модель представлена на рис.3.1.

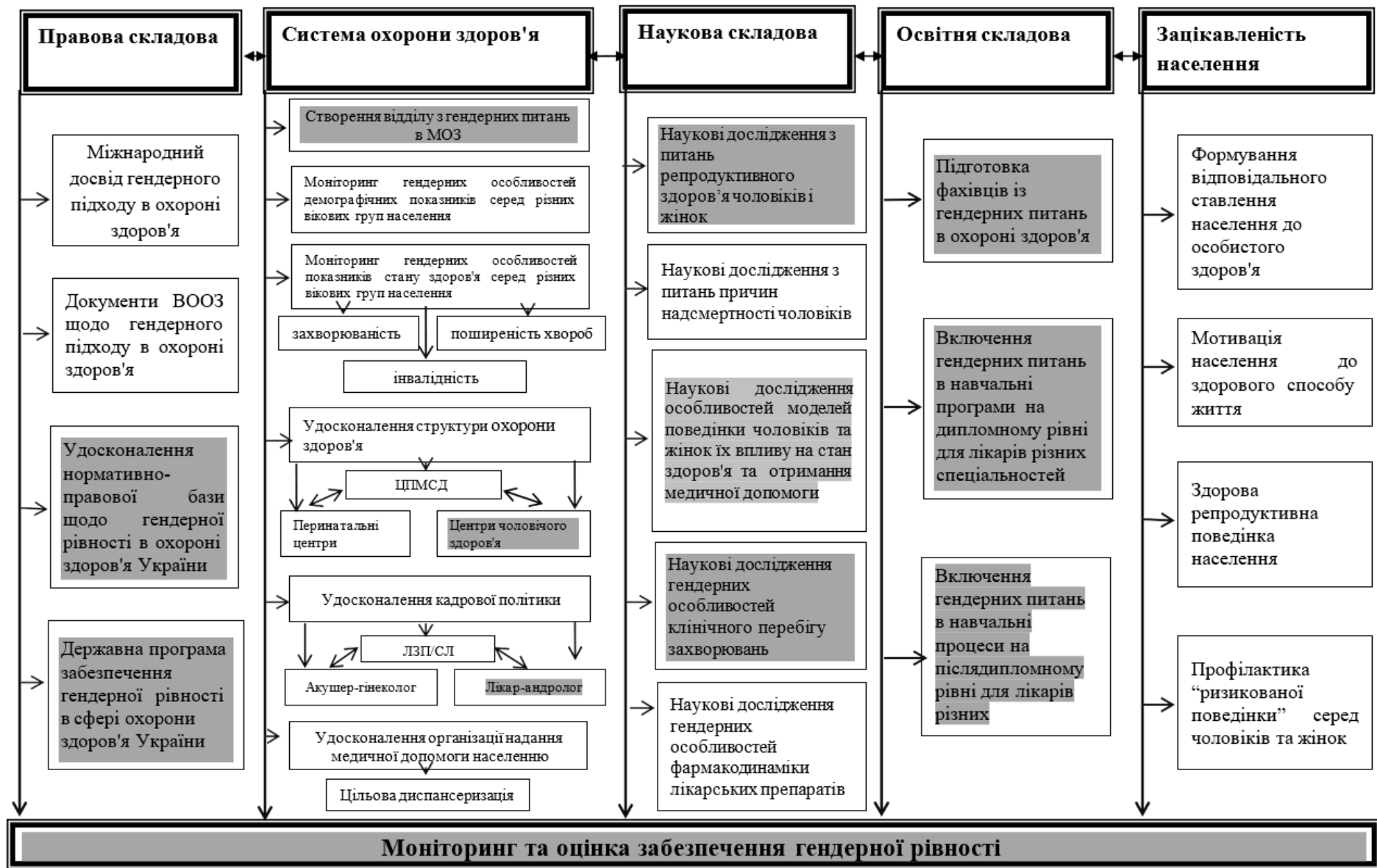


Рис. 3.1. Модель гендерної рівності в охороні здоров'я України

Примітка: Сформовано автором

Стратегічним напрямком моделі є надання рівних можливостей для чоловіків та жінок отримувати послуги в охороні здоров'я відповідно до їх потреб.

Тактичним напрямком моделі є впровадження механізмів гендерного підходу в систему охорони здоров'я та покращення її діяльності при наданні послуг в галузі охорони здоров'я.

Запропонована модель забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я базується на 5 блоках, які пов'язані між собою: правова складова, організаційна структура охорони здоров'я, наукова, освітня складових та зацікавленості населення та проведення моніторингу і оцінки забезпечення гендерної рівності за визначеними індикаторами.

Правова складова запропонованої моделі передбачає розробку Державної програми забезпечення гендерної рівності в сфері охорони здоров'я України, яка є основним юридичним та організаційно-методичним документом з гендерних питань, яка ґрунтується на міжнародних документах та кращому зарубіжному досвіді. Вона повинна включати ключові принципи міжнародних документів та документів ВООЗ щодо інтеграції гендерного підходу в охорону здоров'я, адаптовано до національних потреб, та існуючих в Україні нормативно-правових документів з питань гендерної рівності. ВООЗ закликає усі держави – члени організації сприяти включенню гендерного підходу в діяльність галузі охорони здоров'я.

Законодавче закріплення сприяння інтеграції гендерного аналізу в діяльність галузі є пріоритетним завданням. Також слід забезпечити навчання персоналу галузі з питань гендеру та здоров'я жінок і чоловіків, а науковцям стимулювати до досліджень факторів, які викликають гендерну нерівність. При розробці Державної програми необхідно виявляти та ліквідувати можливе порушення рівних прав та можливостей чоловікам та жінкам у секторах охорони здоров'я та формувати систему охорони здоров'я, яка враховує та задовольняє специфіку кожної із статей. Для цього необхідно впровадити гендерний підхід на всіх рівнях діяльності системи охорони здоров'я, що передбачає створення нового структурного підрозділу - відділу з гендерних питань в міністерстві охорони здоров'я України.

Нова медична структура допоможе краще виявляти та усувати причини, які породжують гендерну нерівність у сфері охорони здоров'я. У нашій країні система охорони здоров'я не враховує гендерних особливостей у наданні медичних послуг. Ця система є гендерно нейтральною. Єдиним винятком є послуги з репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, які переважно орієнтовані на жіночі потреби. Для цього існує розвинута мережа спеціалізованих закладів (жіночі консультації, гінекологічні стаціонари, пренатальні центри) та кваліфікований персонал (акушер-гінекологи, акушерки). Крім того, жінки можуть отримати послуги з репродуктивного здоров'я та планування сім'ї від лікарів загальної практики/сімейних лікарів. З іншого боку, чоловіки майже не мають можливостей реалізувати свої репродуктивні права, хоча вони є рівноправними учасниками репродуктивного процесу. Поточна мережа закладів охорони здоров'я не може надати чоловікам повноцінну консультативно-діагностичну та лікувальну допомогу у питаннях репродуктивного та сексуального здоров'я. Тому пропонується вдосконалити структуру надання медичної допомоги чоловікам шляхом створення нової медичної структури – центру чоловічого здоров'я, де спеціалісти будуть надавати повний комплекс медичних послуг репродуктивного здоров'я чоловікам.

Центр чоловічого здоров'я – це новий вид закладу охорони здоров'я, який виконуватиме організаційні, методичні та лікувально-діагностичні функції щодо попередження та підтримки репродуктивного та сексуального здоров'я чоловіків, а також надаватиме послуги з планування сім'ї. Центр чоловічого здоров'я є сучасним медичним закладом, який забезпечить надання вторинної спеціалізованої медичної допомоги чоловікам різних вікових груп у вирішенні проблем профілактики, діагностики та лікування захворювань сечостатевої системи, а також надаватиме психологічну та реабілітаційну підтримку при уроандрологічних захворюваннях. Основними завданнями нового Центру є: надання якісної медичної допомоги чоловікам при хворобах сечостатевої системи; надання консультативних та діагностичних послуг пацієнтам з уроандрологічними захворюваннями відповідно до сучасних стандартів; організація методичної роботи з питань

комплексної медичної допомоги при уроандрологічних захворюваннях; координація та взаємодія з лікарями первинного рівня надання медичної допомоги з питань розробки та реалізації профілактичних програм щодо збереження здоров'я чоловіків та своєчасного виявлення хвороб сечостатевої системи, тощо. Ефективна діяльність Центру чоловічого здоров'я потребує кваліфікованих фахівців. Кадрове забезпечення передбачає введення в номенклатуру лікарських спеціальностей лікаря-андролога з розробленням вимог до його кваліфікації; створення умов для спеціалізації лікаря-андролога та його безперервного професійного навчання.

Створення Центрів сприятиме доступності послуг зі збереження репродуктивного здоров'я чоловіків, а також дотриманню принципу гендерної рівності в охороні здоров'я. Додаток Б-1 містить приблизне положення Центру чоловічого здоров'я.

Метою наступного етапу запропонованої моделі є покращення організації медичної допомоги шляхом впровадження цільової диспансеризації, яка враховуватиме особливості та проблеми в галузі охорони здоров'я жінок і чоловіків та розроблятиме сучасні програми для збереження їх здоров'я. Для забезпечення гендерної рівності необхідний моніторинг гендерних відмінностей демографічних показників (смертності) та показників стану здоров'я населення (захворюваності, поширеності хвороб, інвалідності). В даний час в системі охорони здоров'я проводиться моніторинг та аналіз медико-демографічних показників, але не тільки для порівняння рівнів захворюваності, поширеності хвороб, смертності тощо за статевою ознакою. Ці показники мають бути основою для розробки комплексних програм в галузі охорони здоров'я. Гендерна рівність не означає рівних рівнів смертності, захворюваності чи поширеності хвороб у жінок і чоловіків, а означає рівні можливості до досягнення гарного здоров'я та отримання якісних медичних послуг. Моніторинг медико-демографічних показників допоможе визначити специфічні потреби кожної із статей, виявити фактори, що впливають на здоров'я, та сприятиме більш ефективному формуванню механізмів для нейтралізації їх негативного впливу.

Модель має наукове інформаційне підґрунтя, яке складається з наукової

складової. Планування та реалізація цільових програм повинні враховувати медичні та наукові досягнення, які сприяють покращенню здоров'я. Гендерні проблеми у галузі вимагають достовірних даних для розробки заходів, що впроваджують принцип гендерної рівності у сфері охорони здоров'я. Однак, численні дослідження свідчать про наявність відмінностей у питаннях етіопатогенезу, клінічного перебігу захворювань, дії фармакологічних препаратів на організм чоловіків та жінок. Потребуються наукові дослідження, що стосуються особливостей моделей поведінки чоловіків та жінок, їх впливу на стан здоров'я та отримання медичної допомоги; аналізу причин надсмертності чоловіків від основних причин смертності; дослідження стану репродуктивного здоров'я чоловіків та жінок, основних причин чоловічого та жіночого безпліддя. Також необхідно сприяти дослідженням гендерних особливостей клінічного перебігу, методів лікування захворювань, особливостей фармакодинаміки лікарських препаратів залежно від статі. В ході дослідження було встановлено, що збільшується кількість наукових досліджень з гендерних питань стану здоров'я населення та зростає зацікавленість вітчизняних науковців до цієї тематики.

Гендерна нерівність також пов'язана з відсутністю знань серед медичних спеціалістів про гендерно специфічні потреби чоловіків та жінок. Медичні працівники повинні мати чітке уявлення про те, як гендер впливає на здоров'я та поведінку пацієнтів у питаннях його збереження. Дослідження показало, що фахівці охорони здоров'я не мають достатньо знань з гендерних питань, оскільки ця тематика не включалася до дипломної та післядипломної освіти. Для інтеграції принципу гендерної рівності необхідно забезпечити освітній процес майбутніх та діючих медичних працівників. У розробленій моделі запропоновано включати гендерні питання в охороні здоров'я до освітніх програм для фахівців охорони здоров'я на до дипломному та післядипломному рівнях у формі спеціальних курсів, тренінгів та безперервного професійного розвитку. Мета освітньої складової – надавати спеціалістам галузі інформацію про гендерні аспекти в охороні здоров'я, сприяти розповсюдженню гендерної політики та гендерно чутливих програм на національному рівні. Посилення обізнаності та поінформованості серед фахівці

охорони здоров'я дозволить більш ефективно задовольняти особливі потреби жінок і чоловіків у здоров'ї, покращуючи таким чином загальний стан здоров'я населення держави.

Реалізація рівності чоловіків та жінок потребує активної участі громадян – власне зацікавленості населення. Науковці погоджуються, що існує гендерна розбіжність в ставленні населення до власного здоров'я та стурбованості ним. В ході власного дослідження було встановлено меншу зацікавленість чоловіків, ніж жінок до особистого здоров'я. Чоловіки та жінки по-різному сприймають факт існування хвороби та готовність до звернення за медичною допомогою. Медичні працівники повинні сприяти популяризації серед населенням здорового способу життя, усуненню шкідливих звичок, збереженню репродуктивного здоров'я.

Запропонована модель гендерної рівності в охороні здоров'я України була перевірена незалежними експертами за допомогою медико-соціологічного дослідження в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Результати експертної оцінки моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України

Елемент моделі	Бали
Моделі в цілому	9,3 ± 1,0
Удосконалення нормативно-правової бази щодо гендерної рівності в охороні здоров'я України	9,6 ± 1,1
Галузева програма забезпечення гендерної рівності в сфері охорони здоров'я України	9,4 ± 1,0
Створення центрів чоловічого здоров'я	9,2 ± 0,9
Цільова диспансеризація	9,2 ± 0,9
Наукові дослідження з питань репродуктивного здоров'я чоловіків і жінок	9,4 ± 1,0
Підготовка фахівців із гендерних питань в охороні здоров'я	9,1 ± 0,8

Примітка: сформовано автором за результатами експертної оцінки

За результатами експертної оцінки запропонована модель гендерної рівності в охороні здоров'я України отримала високу сумарну оцінку (9,3±1,0). Однак експерти вказали на деякі слабкі сторони моделі, такі як недостатня підготовка спеціалістів з гендерних питань (9,1±0,8) та низький рівень розвитку центрів

чоловічого здоров'я і диспансеризації ($9,2 \pm 0,9$). Найбільшою перевагою моделі експерти вважають поліпшення нормативно-правової бази щодо гендерної рівності в охороні здоров'я ($9,6 \pm 1,1$).

Для перевірки ступеня узгодженості думок експертів було проведено аналіз варіації їх оцінок. За отриманими даними коефіцієнт варіації не перевищує 10 %, що свідчить про достатню консенсусність експертного колективу щодо позитивної оцінки обґрунтованості та доцільності запропонованої моделі.

Отже, з урахуванням вимог законодавства України, поточних реформ у сфері медичної допомоги населенню, міжнародних стандартів та практик у сфері призначення та підготовки керівних кадрів в системі охорони здоров'я, а також позитивної експертної оцінки запропоновану модель можна рекомендувати для реалізації в Україні.

Висновки до розділу 3

Гендерна нейтральність системи охорони здоров'я України призводить до неврахування специфічних проблем та потреб жінок та чоловіків у збереженні та покращенні їх здоров'я. Це створює перепони для доступу до якісних медичних послуг та сприяє поширенню гендерної дискримінації в охороні здоров'я.

На підставі всебічного медико-соціального аналізу розроблено та обґрунтовано інноваційну концептуальну модель забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України. Вона базується на взаємодії 5 рівноправних компонентів: правової складової, організаційної структури системи охорони здоров'я, наукової складової, освітньої складової та зацікавленості населення, до інноваційних елементів яких належать:

- правова складова передбачає створення Державної програми забезпечення гендерної рівності в сфері охорони здоров'я України, яка буде основним правовим та організаційно-методичним документом з гендерних питань;

- в системі охорони здоров'я пропонується створення стратегічного відділу з

гендерних питань як лідерського структурного підрозділу галузі щодо інтеграції гендерної рівності в охорону здоров'я;

- поліпшення структури та кадрової політики охорони здоров'я з питань репродуктивного, сексуального здоров'я чоловіків, яке полягає у створенні нового сучасного лікувально-профілактичного закладу – Центру чоловічого здоров'я, який надаватиме спеціалізовану медичну допомогу чоловікам;

- оптимізація кадрової політики – введення посади лікаря-андролога;

- наукова складова полягає в стимулюванні наукових досліджень з проблем репродуктивного здоров'я чоловіків та жінок, характеристик поведінкових моделей чоловіків та жінок та їх впливу на стан здоров'я та доступ до медичної допомоги;

- забезпечення кваліфікації фахівців охорони здоров'я у гендерних аспектах;

- впровадження в освітні програми на до дипломному та післядипломному рівнях навчання гендерних питань в охороні здоров'я у формі спеціальних курсів, тренінгів в рамках безперервного професійного розвитку фахівця охорони здоров'я;

- ініціювати серед населення відповідальне ставлення до власного здоров'я, дотримання здорового способу життя, тощо.

Експерти позитивно оцінили запропоновану модель в цілому ($9,3 \pm 1,0$) експерти найменше оцінили кваліфікацію фахівців із гендерних аспектів в охороні здоров'я ($9,1 \pm 0,8$) та створення центрів чоловічого здоров'я і проведення цільової диспансеризації ($9,2 \pm 0,9$), а найбільше - $9,6 \pm 1,1$ балів удосконалення нормативно-правової бази щодо гендерної рівності в охороні здоров'я України.

Реалізація принципів та завдань кожної із складових сприятиме удосконаленню організації діяльності системи охорони здоров'я та покращенню можливостей чоловіків та жінок до збереження здоров'я.

ВИСНОВКИ

На основі аналізу наукових джерел було встановлено, що в Україні не проводилася комплексна наукова робота з вивчення питань гендерної рівності в сфері охорони здоров'я, хоча ця проблема залишається актуальною для практики медичної діяльності.

Одним із напрямків вирішення гендерної нерівності в охороні здоров'я є перетворення галузі з урахуванням специфічних потреб жінок та чоловіків у сфері медичного обслуговування. Застосування гендерного підходу до проблем охорони здоров'я не заперечує біологічний фактор, а наголошує на необхідності врахування соціальних та культурних факторів разом з біологічним.

Запровадження гендерного підходу в сектор охорони здоров'я сприятиме покращенню доступності та якості медичних послуг, підвищить інтерес спільноти до участі у розвитку галузі охорони здоров'я з гендерних позицій та забезпечить покращення стану здоров'я чоловіків та жінок.

Врахування гендерної складової допоможе усунути прогалини у знаннях про гендерні питання та збільшить можливості для фахівців охорони здоров'я отримати більш точну інформацію про гендерні особливості стану здоров'я та дозволить виявити можливі чинники, що сприяють формуванню гендерної нерівності в охороні здоров'я.

За даними соціологічного опитування, сучасна система охорони здоров'я не забезпечує достатнього дотримання рівних прав та можливостей для жінок та чоловіків у сфері медичного обслуговування. Про це заявили 13,5% жінок та 16,4% чоловіків з-поміж опитаних пацієнтів, 2,7% жінок та 5,2% чоловіків з-поміж опитаних лікарів та 8,3% жінок і 7,6% чоловіків з-поміж опитаних організаторів охорони здоров'я відповідно. Опитані також вказали на недостатню увагу до питання охорони репродуктивного здоров'я чоловіків: 86,1±3,9% чоловіків і 72,2±5,3% жінок з-поміж опитаних організаторів охорони здоров'я і 75,8±3,5% чоловіків та 71,4±2,8% жінок з-поміж опитаних лікарів. Одним із факторів цього стану є відсутність в медичних закладах спеціаліста посади лікаря-андролога та

бажання багатьох опитаних щодо її створення: $90,8 \pm 2,3\%$ чоловіків та $82,6 \pm 2,4\%$ жінок з-поміж опитаних лікарів та $73,4 \pm 5,0\%$ чоловіків та $70,8 \pm 5,4\%$ жінок з-поміж опитаних організаторів охорони здоров'я.

Опитування фахівцями показало потребу у поглибленню знань про гендерну розбалансованість в охорони здоров'я ($73,4 \pm 5,0\%$ чоловікам та $70,8 \pm 5,4\%$ жінками), а також про нормативно - правове регулювання гендерної рівноправності при наданні медичної допомоги ($75,9 \pm 4,8$ та $75,0 \pm 5,1\%$); про вплив статевих особливостей на клінічний перебіг хвороб ($65,8 \pm 5,4\%$ та $73,6 \pm 5,2\%$); про особливостей фармакотерапії та принципів лікування в залежності від статі пацієнтів ($69,4 \pm 5,4\%$ і $69,6 \pm 5,2\%$) та всіх цих питань ($70,9 \pm 5,1\%$ та $68,0 \pm 5,5\%$ відповідно).

Запропоновано модель гендерної рівності в охороні здоров'я України, яка базується на п'яти взаємозалежних складових: правовому регулюванні, організаційній будові системи охорони здоров'я, науковому та освітньому забезпеченні, мотивації населення до збереження власного здоров'я та моніторингу і оцінці гендерної рівності за допомогою обраних індикаторів. Завдяки впровадженню цієї моделі можна уникнути існуючих проблем у наданні послуг охорони здоров'я чоловікам та жінкам, які спостерігаються зараз.

Обґрунтована та розроблена модель гендерної рівності в охороні здоров'я враховує рівні прав та можливостей чоловіків та жінок у доступі до послуг з охорони здоров'я і відповідає міжнародним стандартам. Це підтверджено позитивною експертною оцінкою ($9,3 \pm 1,0$ балів) запропонованої моделі, яка рекомендується для застосування в систему хорони здоров'я України в рамках її реформування галузі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В., Нікіфоров О. А., Ломейко О. О. Сперматогенез після екстремальних гіпертермічних, гіпотермічних і травматичних впливів і можливість його медикаментозної корекції в експерименті. Запоріжський медичний журнал. 2013. №6 (81). С. 54-57
2. Августин Р., Демків І. Управління формуванням ресурсного забезпечення стратегічного розвитку підприємства. Вісник Хмельницького національного університету, Хмельницький, 2021, № 3 (292), с. 77-81.
3. Августин Р., Демків І. Інструментарій політики розвитку та зміцнення конкурентоспроможності економіки територіальних громад. Modeling the development of the economic systems. 2023. Вип 2, С. 28–33.
4. Августин Р., Демків І. Засоби стимулювання розвитку малого бізнесу як чинника подолання депресивності віддалених населених пунктів територіальних громад. Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. 2023. Вип 3, С. 151-155.
5. Августин Р. Р., Демків І. О. Удосконалення системи менеджменту в органах місцевого самоврядування на прикладі управління розвитком локальних інтегрованих структур. Академічні візії. 2023. Вип 16. URL: <https://www.academy-vision.org/index.php/av/article/view/403> .
6. Августин Р. Р., Демків І. О. Модернізація громадської інституційно-організаційної системи менеджменту в сфері розвитку внутрішнього ринку. Наукові записки Львівського університету бізнесу та права. Серія економічна. Серія юридична. 2023. Вип. 36. С. 322-327.
7. Августин Р. Р., Стахів О. В. Визначення стратегічних пріоритетів управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. Академічні візії. 2023. № 17. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/250> .
8. Августин Р. Р., Стахів О. В. Управління процесами інтелектуалізації – системна умова розвитку закладів охорони здоров'я. Наукові записки Львівського університету бізнесу та права. 2023. № 37. С. 13-21.

9. Августин Р. Конкуренентоспроможність та основні поняття, що її характеризують. Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету імені В. Гнатюка. Серія: Економіка, 2007. №21. С. 39-44
10. Актуальні питання гендерної рівності в Україні. Збірник аналітичних документів та законопроектів. К., 2008. 96 с.
11. Барна О.М. Гендерна медицина: проєкція на серцево-судинну фармакотерапію. Ліки України. 2008. № 4 (120). С. 165-171.
12. Бондаренко Г.М., Мавров Г.І., Осінська Т.В., Щербакова Ю.В., Нікітенко І.М., Унучко С.В., Чирва В.Б., Тесленко С.В., Барсукова Л.І. Особливості розповсюдження інфекцій, що передаються статевим шляхом, з урахуванням впливу ВІЛ-інфекції в Україні. Дерматологія та венерологія. 2017. № 1 (75). С. 8-14
13. Великий енциклопедичний юридичний словник / за ред ак. НАН України Ю. С Шемчушенка. К.:ТОВ «Юридична думка». 2007. 992с.
14. Великий тлумачний словник сучасної української мови /уклад.: І голов. ред. В. Т. Бусел. Ірпінь: ВТФ «Перун», 2007. 1736с.
15. Волков В.І., Строна В.І. Гендерні та вікові особливості ішемічної хвороби серця. Здоров'я України. 2007. № 12 / 1. С. 33-35.
16. Волков В.І., Строна В.І., Смолкін І.М. Дисліпідемії та порушення гемостазу у жінок з ішемічною хворобою серця. Нова медицина. 2005. № 4 (21). С. 30–33
17. Вороненко О. Репродуктивне здоров'я чоловіків. Круглий стіл на тему
18. Гендерна статистика України: сучасний стан, проблеми, напрями удосконалення. Київ. 2009. 180 с.
19. Герасименко Г.В. Гендерні аспекти соціальної політики в Україні. Умань: Візаві (СПД Сочинський), 2008. 252 с.
20. Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (Global Adult Tobacco Survey – GATS) (укр. мова). Київ, 2017. 240 с.
21. Гойда Н.Г., Моїсеєнко Р.О., Майструк Г.П. Основні досягнення виконання Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» за 2005–2015 рр. Здоров'я жінки. 2016. № 4 (110). С. 14-16.

22. Громадський моніторинг Державної програми з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві (до 2010 р.). Жіночий консорціум України. К., 2011. 69 с.
23. Гендерна політика в Україні. Методичний посібник для державних службовців, представників органів місцевого самоврядування та ЗМІ. Харків: Райдер, 2007. 44 с.
34. Енциклопедія історії України: в 5т. / редкол.: В.А.Смолій та ін. К.: Наук. думка, 2004. 528с.
24. Гендерні перетворення в Україні / укл. і ред. М. Скорик. К.: ТОВ «АДЕФ-Україна», 2007. 165 с.
25. Данкович Н.О., Воробей-Вихівська В.М. Причини та форми безпліддя. Сучасні можливості лікування. Здоров'я жінки. 2013. № 3. С. 192–197.
26. Державна програма з утвердження гендерної рівності в Україні на період до 2010 року: за станом на 9 січня 2007 р. Офіційний вісник України. 2007. №1. С. 91.
27. Європейська база даних «Здоров'я для всіх» (онлайнова база даних). Копенгаген: ЄРБ ВООЗ, 2018 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://data.euro.who.int>. (дата звернення: 15.07.2019). Назва з екрана.
28. Жилка Н. Я. Аналітичний огляд законодавчого забезпечення охорони репродуктивного забезпечення в Україні. К.: Раєвського, 2005. 96 с.
29. Залучення чоловіків до збереження здоров'я в Україні: аналітичний звіт / Лібанова Е. М. та ін. К.: Фонд народонаселення ООН, Мінсім'ямолодь України, 2006. 87 с.
30. Звіт про результати оцінювання політик та послуг в галузі репродуктивного здоров'я та виконання Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року. Проект «Репродуктивне здоров'я в Україні». К., 2015. 220 с.
31. Інформаційно–статистичний довідник про допоміжні репродуктивні технології в Україні. 2018. 24 с.
32. Коваленко О. О. Стан впровадження європейських програм за допомогою медичних стандартів у систему охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2017. № 20. С. 93-96
33. Ковальова О.М., Амбросова Т.М. Гендерні особливості перебігу серцево-

судинних захворювань: фокус на гормони. Кровообіг і гемостаз. 2012. № 3. С. 45-50.

34. Козоріз І. Основні аспекти гендерної рівності в сфері охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів: матеріали доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Тернопіль, 4 травня 2023 року).

35. Козоріз І. Гендерна рівність як характеристика системи охорони здоров'я: мат. доп. наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні». м. Тернопіль, 24 листопада 2023р.

36. Комплексне демографічне дослідження: монографія. / Пирожков С.І., Лібанова Е.М., Власенко Н.С. та ін.; за ред. чл.-кор. НАНУ, д.е.н., проф. Е.М. Лібанової. К.: Український центр соціальних реформ, 2006. 188 с.

37. Кращий зарубіжний досвід щодо інтеграції гендерної складової до процесу публічної політики / уклад. О. Рудік. К. : К. І. С., 2013. 60 с.

38. Лучицький Є.В., Лучицький В.Є., Рибальченко В.М. Чоловіче безпліддя: погляд ендокринолога андролога. 2014. № 3 (27). С. 34-39.

39. Льовкіна О.Л. Клініко-анамнестичні, соціальні та психологічні особливості жінок репродуктивного віку із первинним стрес-індукованим безпліддям. Здоров'є жінки. 2013. № 2 (78). С. 174-180.

40. Магдюк Л. Б. Гендерний рух в Україні: історико-правові аспекти. Науковий вісник Волинського національного університету імені Лесі Українки. 2010. № 1. С. 147-157.

41. Медведовська Н. В., Дячук Д. Д. Стан здоров'я населення України, діяльність та ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я в регіональному аспекті. Україна. Здоров'я нації. 2012. №1 (21). С. 30–39.

42. Мітченко О.І., Мамедов М.Н., Колесник Т.В., Деєв А.Д., Романов В.Ю., Ілюшина Г.Я. Особливості поширеності чинників серцево-судинного ризику в жінок залежно від наявності менопаузи. Український кардіологічний журнал. 2015.

№ 4. С. 96-102

43. Моїсеєнко Р.О., Мокрецов С.Є., Дудіна О.О., Кризіна Н.П.. Репродуктивне здоров'я населення України як основний критерій ефективності соціально-економічної політики держави. Україна. Здоров'я нації. 2012. № 2 (22). С. 86-91.
44. Нормативно-законодавче забезпечення гендерної рівності в Україні: Посібник для державних службовців, представників органів місцевого самоврядування та ЗМІ. Харків: Райдер, 2007. 56 с.
45. Основи законодавства про охорону здоров'я. Відомості Верховної Ради України 26.01.1993 р. № 4. ст. 19
46. Основи теорії гендеру: Навчальний посібник. К.: "К.І.С.", 2004. 536 с.
47. Паньків В.І. Шляхи зниження серцево-судинного ризику у хворих на ЦД 2 типу (раціональна цукрознижувальна терапія). Здоров'я України. 2012. №2–3. С. 12–13
48. Пекінська декларація: Прийнята на четвертий Всесвітній конференції зі становища жінок 15 вересня 1995 року. Бібліотечка голови профспілкового комітету. 2005. № 5. С. 213-217.
49. Платформа дій: доповідь Четвертої всесвітньої конференції зі становища жінок (Пекін, 4 – 15 вересня 1995 р.). Н.-Й.: ООН, 1996. С. 1-145.
50. Поворознюк М.В. Поширеність та основні причини безпліддя у чоловіків. Медичні аспекти здоров'я чоловіка. 2022. № 3 (5). С. 62-73.
51. ПРООН УКРАЇНА: огляд та рекомендації щодо впровадження гендерних підходів. Програма розвитку ООН в Україні, 2006. 44 с.
52. Про вдосконалення роботи центральних і місцевих органів виконавчої влади щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків: Указ Президента України від 26 липня 2005 р. № 1135/2005. Національна концепція гендерних перетворень. К.: Мінсім'ямолодьспорт, 2005. 78 с.
53. Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків: Закон України від 8 вересня 2005 р. № 2866-IV. Відомості ВР України. 2005. № 52. С. 561.
54. Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року [Електронний ресурс]: Постанова КМУ № 1849 від 27. 12. 2006

р. Режим доступу: <https://zakon4.rada.gov.ua> (дата звернення 29.08.2019) - Назва з екрану.

55. Про затвердження Державної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року: постанова Кабінету Міністрів України від 26 вересня 2013 р. N 717. Офіційний вісник України. 2013. № 79. ст. 2925

56. Про заходи щодо поліпшення становища жінок і підвищення їх ролі в суспільстві: Наказ МОЗ України №5 від 11.06.1998 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://medinfo.ua/meddocs/text/8734>

57. Про схвалення Концепції Державної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 № 1002-р. Офіційний вісник України. 2012. № 93. С.194.

58. Про удосконалення сексологічної та андрологічної допомоги населенню України [Електронний ресурс]: Наказ МОЗ від 27.11.1992 р. N 171. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0171282-92>. (дата звернення: 22.07.2019). Назва з екрану.

59. Проект розпорядження Кабінету Міністрів України Концепція Загальнодержавної програми «Репродуктивне та статеве здоров'я нації на період до 2021 року» [Електронний ресурс]//Аптека.ua. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/404360> (дата звернення 26.07.2019). Назва з екрану.

60. Процько В. В. Особливості ліпідного обміну в жінок із гострим коронарним синдромом без підйому сегмента st залежно від гормонального статусу. Медична та клінічна хімія. 2017. № 4. Т. 19. С.73-80.

61. Пустовойт Г. Л. Віковий гіпогонадізм: причини, передумови, наслідки. Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 2015. Т. 15. Вип. 3 (51). Частина 2. С. 332-337.

62. Репродуктивне та статеве здоров'я чоловіків в Україні (соціологічний аналіз). Фонд Народонаселення ООН. К., 2022. 60 с.

63. Рингач Н. О. Погляд на проблему передчасної смертності населення України

- крізь призму національної безпеки. Стратегічні пріоритети, 2008. №1 (6) С. 102-111.
64. Рингач Н.О. Надсмертність чоловіків: нагальна проблема українського соціуму. Журнал української лікарської еліти. 2009. № 1 (07). С. 75–78.
65. Сайдакова Н.О., Стусь В.П, Поліон М.Ю. Епідеміологія чоловічого безпліддя в Україні: особливості, тенденції. Урологія. 2016. N 2. С.42–52
66. Сербіна Н. Реалізація гендерної політики в Україні. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Міжнародні відносини. 2009. № 37. С.12-17
67. Сергеева С. М. Міжнародно-правовий захист прав жінок: історія і сучасність. Часопис Київського університету права. 2011. № 3. С. 284-288.
68. Сердюк А. М., Білецька Е. М., Стусь В. П, Онул В.М. Репродуктивне здоров'я чоловіків промислових територій: фактори ризику, донозологічна діагностика, профілактика. Медичні перспективи. 2016. № 1. С. 109-116
69. Скочко Т.П Гендерні аспекти формування здоров'я підлітків. Медичні перспективи. 2011. Т. XVI. № 1. С. 109-113.
70. Слабкий Г.О., Ященко Ю.Б., Орда О.М., Шевченко М.В. Аналіз над смертності чоловіків Львівської області залежно від причин смерті. Здоров'я мужчин. 2011. № 1. С. 47-50.
71. Стан забезпечення гендерної рівності в українському суспільстві. Щорічна державна доповідь. К., 2007. 223 с.
72. Стусь В.П., Сайдакова Н.О., Поліон М.Ю. Епідеміологія чоловічого безпліддя в Україні: особливості, тенденції. Урологія. 2016. № 2. Т. 20. С. 42–53
73. Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. Київ: Версо-04, 2009. 72 с.
74. Хміль С. В., Хміль М. С. Досягнення та перспективи розвитку сучасних методів допоміжних репродуктивних технологій в лікуванні безпліддя. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2015. № 4. С. 3-7.
75. Цитовський М.Н. Статистичний, клінічний та морфологічний аспекти впливу цукрового діабету на стан серцево-судинної системи. Науковий вісник

Ужгородського університету. 2017. № 1 (55). С.168-177.

76. Цілі сталого розвитку: Україна. Національна доповідь 2022. 176 с. URL: http://www.un.org.ua/images/SDGs_NationalReportUA_Web_1.pdf

77. Чепелевська Л. А., Яценко Ю. Б. Статеві-вікові тенденції смертності населення від хвороб системи кровообігу в регіонах України. Україна. Здоров'я нації. 2014. № 2. С. 14-21.

78. Шатковська А.С., Шиманська О.Г. Медичні аспекти застосування комбінованих оральних контрацептивів. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2010. № 2. С. 5- 8.

79. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. Соціально-економічні проблеми і держава. 2018. Вип. 2(19). С. 151-159.

80. Шкільняк М.М., Кривокульська Н. М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 2. С. 22-30.

81. Шкільняк М.М. , Кривокульська Н. М. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022. № 1 (91). С. 64-69

82. АНА Scientific Statement. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women. Circulation. 2004. Vol. 109. P. 672-693.

83. Annandale E., Hunt K. Gender inequalities in health. 2000. 220 p.

84. Avhustyn R., Demkiv I., Kotys N. Modeling the assessment of the probability of shadowing and spread of corruption in the social system and the sphere of public services Conference Proceedings Advanced Computer Information Technologies. Cheske Budejovice, Czech Republic, June 5-7, 2019, S.388-392.

85. Avhustyn, R., & Demkiv, I. (2020). Management innovations as a factor of improving competitiveness of enterprises. Efektyvna Ekonomika. <https://doi.org/10.32702/2307-2105-2020.4.14>

86. Awad-Elkarim A. A., Bagger J.P., Albers C J. et al. A prospective study of long term prognosis in young myocardial infarction survivors: the prognostic value of.

- angiography and exercise testing. *Heart*. 2003. VOL. 89(8). P. 843- 847.
87. Baggio G., Corsini A., Floreani A., Giannini S., Zagonel V. Gender medicine: a task for the third millennium. *Clin Chem Lab Med*. 2013. Vol. 51(4). P. 713-27. URL: doi: 10.1515/cclm-2012-0849.
88. Baker P. Review of national men's health policy and action plan 2008–13: final report for the Health Service Executive. Dublin: Health Service Executive. 2015. URL: <https://www.mhfi.org/policyreview2015.pdf>
89. Barrent-Connor E. Sex differences in coronary heart disease. Why are women superior? *Circulation*. 1997. Vol. 95. P. 252–264.
90. Buring J.E. Women in clinical trials – a portfolio for success. *N.Engl.J.Med*. 2000. Vol. 343. P.505 – 506.
91. Canadian Institutes of Health Research - Social Sciences and Humanities Research Council. Healthy and productive work, SPOR networks in chronic disease. URL: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/45854.html>. (Accessed 28 Sept 2016).
92. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva. World Health Organization. 2011. URL: https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en
93. Global Health 50/50 Report 2018. URL: <https://globalhealth5050.org/report/>
94. Kabachenko D., Churikanova O., Oneshko S., Avhustyn R., Slatvinska V. Application of Information Technologies for Management Decision Making in the Conditions of the Instability of the External Economic Space. *International Journal for Quality Research*. Volume 16 Number 4. 2022. s. 1121-1132
95. Lagro-Janssen T., Lo Fo Wong S., van den Muijsenbergh M. The importance of gender in health problems. *Eur. J. Gen. Pract.* 2008 Vol. 14. P. 33-37. Doi: 10.1080/13814780802436127.
96. Milner K., Funk M., Richards S., et al. Gender differences in symptom presentation associated with coronary heart disease. *Am J Cardiol*. 1999. № 84. P. 396–399.
97. Oksuzyan A., Crimmins E., Saito Y., O’Rand A., Vaupel J.W., Christensen K. Cross-national comparison of sex differences in health and mortality in Denmark, Japan and the US. *European Journal of Epidemiology*. 2010. Vol. 25. P. 471–480.

98. Rovito M.J., Leonard B., Llamas R., Leone J.E., Talton W., Fadich A. et al. A call for gender-inclusive global health strategies. *American Journal of Men's Health*. 2017. Vol. 11(6). P. 1804–1808. DOI: 10.1177/1557988317723424
99. Ruslan Avhustyn, & Iryna Demkiv. (2021). Anti-corruption mechanism and means of detinization in the social sphere. *The Journal of V. N. Karazin Kharkiv National University. Series: International Relations. Economics. Country Studies. Tourism*, (13), 27-37. <https://doi.org/10.26565/2310-9513-2021-13-03>
100. Stahiv O., Biletska I., Perepolkina O., Avgustyn R., Mykytyn O. (2023). Efficiency of the Implementation of Innovation and Investment Projects at Healthcare Institutions: Integral Analysis and Ways of Enhancement. *Science and Innovation*, 19(5), 18–33. <https://doi.org/10.15407/scine19.05.018>
101. The Global Gender Report 2018. 355 p. URL: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2018