

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Можарівська Антоніна Анатоліївна

УДК 614-058:341.21.001.57(477)

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ
ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

14.02.03 - соціальна медицина

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Ужгород- 2020

Дисертацією є кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

Робота виконана в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Науковий керівник

доктор медичних наук, професор **Слабкий Геннадій Олексійович**, ВДНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України, кафедра наук про здоров'я, завідувач

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор, **Любінець Олег Володимирович**, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра громадського здоров'я, завідувач

доктор медичних наук, професор, **Хобзей Микола Кузьмович**, Українська військово-медична академія, професор кафедри організації медичного забезпечення Збройних Сил України

Захист відбудеться «14» квітня 2019 року о 11:00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 61.051.09 при Ужгородському національному університеті за адресою: 88000, м. Ужгород, пл. Народна, 3

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Ужгородського національного університету за адресою: 88000, м. Ужгород, вул. Університетська, 14

Автореферат розісланий «10» березня 2020 р.

**Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
кандидат медичних наук, доцент**

Л.О.Качала

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність дослідження: Гендерна рівність є однією з важливих детермінант, що визначає здоров'я населення та розвиток суспільства (Global Health 50/50 Report, 2018), а її досягнення визнано пріоритетним завданням. (Цілі розвитку тисячоліття: Україна, 2015; Цілі сталого розвитку: Україна, 2017; G. Shannon, M. Jansen, K. Williams, 2019).

За даними Всесвітнього економічного форуму The Global Gender Gap Report 2018 щодо забезпечення гендерної рівності у суспільстві із 149 країн Україна в загальному рейтингу зайняла 65 місце, а в охороні здоров'я – 56 (The Global Gender Gap Report, 2018).

В охороні здоров'я під гендерною рівністю розуміють забезпечення рівних можливостей для чоловіків та для жінок в отриманні та використанні якісних послуг охорони здоров'я залежно від їх особливих потреб (ВООЗ, 1998; ПРООН, 2007).

Інтеграція гендерної складової в охорону здоров'я регламентована рядом стратегічних документів ВООЗ (ВООЗ 1998, 2002). Зокрема, «Стратегією включення гендерного аналізу і дій в роботу ВООЗ» закріплено ключові напрями та завдання щодо формування ефективної гендерної політики в галузі охорони здоров'я, пріоритетним серед яких визначено виявлення та визнання особливих потреб чоловіків та жінок в охороні здоров'я та забезпечення їм рівних можливостей при отриманні послуг охорони здоров'я на всіх рівнях надання медичної допомоги та медико-санітарних послуг (ВООЗ, 2007).

Традиційно відмінності стану здоров'я чоловіків та жінок оцінюють за медико-демографічними показниками. В більшості країн світу реєструється низька тривалість життя чоловіків та їх високі рівні смертності в усіх вікових групах (Чепелевська Л. А., Яценко Ю.Б., 2014; Світовий банк, 2009,2010), особливо серед чоловіків працездатного віку (Лібанова Е. М., 2007; Рингач Н. О., 2007, 2008; Слабкий Г.О., 2011). В той же час жінки більш вразливі до хронічних захворювань, що спричиняють погіршення якості життя та втрату працездатності. Науковці охарактеризували це явище як «парадокс здоров'я та життя чоловіків і жінок» (Oksuzyan A., 2010; Lindahl-Jacobsen R, 2013), вивчення причин якого є важливим завданнями для системи охорони здоров'я.

Аналіз наукових досліджень демонструє складність та наявність прогалин у вивченні статі та гендеру як ключових детермінант здоров'я та їх впливу на стан здоров'я чоловіків та жінок і вказує на необхідність проведення досліджень з гендерних питань в охороні здоров'я (Doyal L.2001,Sen G, George A. 2002, Phillips S. 2005; Lagro-Janssen T. 2007; Turschen M. 2007).

В Україні дослідження присвячені комплексному вивченню гендерних аспектів здоров'я, організації надання медичних послуг з врахуванням гендерного підходу не проводились. За таких умов необхідне наукове обґрунтування концептуальної моделі гендерної рівності в охороні здоров'я, що і обумовило актуальність дослідження, визначило його мету та завдання.

При проведенні досліджень використовувалась ідентичність поняття гендеру і статі.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами. Дисертаційна робота стала фрагментом комплексних науково-дослідних робіт: «Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров'я України», № державної реєстрації 0112U002809, термін виконання 2012-2014 рр.; «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні» № державної реєстрації 0115U2852, термін виконання 2015-2017 рр., які виконувалися в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Дисертант є виконавцем фрагментів НДР.

Мета роботи: науково обґрунтувати концептуальні основи та розробити концептуальну модель гендерної рівності в охороні здоров'я України.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Провести систематичний історичний аналіз світових та вітчизняних наукових джерел щодо гендерної рівності в охороні здоров'я.
2. Розробити спеціальну програму та методологічний інструментарій проведення наукового дослідження.
3. Провести аналіз динаміки показників стану здоров'я та демографічних показників населення України (смертності, захворюваності та поширеності хвороб) за статтю.
4. Вивчити ставлення пацієнтів до проблем гендерної рівності в охороні здоров'я та оцінку лікарями і спеціалістами з організації та управління охороною здоров'я забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я.
5. Провести аналіз міжнародних та вітчизняних нормативно-правових та методичних документів з питань забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я.
6. Провести аналіз міжнародних та національних стратегій і програм та забезпечення щодо забезпечення гендерної рівності з організації послуг з забезпечення високого рівня репродуктивного здоров'я.
7. Обґрунтувати та розробити багатокomпонентну концептуальну модель забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я та провести її експертну оцінку.

База наукового дослідження. Для проведення аналізу показників стану здоров'я населення в гендерному аспекті використані офіційні дані по Україні ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» за 2008-2017 рр.; соціологічне дослідження проводилось в 6 закладах охорони здоров'я первинного, спеціалізованого та високоспеціалізованого рівнів надання медичної допомоги Житомирської області.

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

Предмет дослідження: показники смертності, захворюваності та поширеності хвороб серед населення України в гендерному аспекті, 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, міжнародні та національні стратегії і програми щодо забезпечення гендерної рівності у питаннях організації

послуг з репродуктивного здоров'я, оцінка населенням, лікарями та організаторами охорони здоров'я стану гендерної рівності в охороні здоров'я.

У дослідженнях безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні **методи наукового дослідження**:

1) *системного аналізу* – для проведення кількісного та якісного аналізу основних показників стану здоров'я чоловіків і жінок та обґрунтування концептуальної моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я;

2) *бібліосемантичний* – для вивчення існуючих світових та вітчизняних підходів до вирішення проблеми забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я;

3) *соціологічний* – з метою дослідження ставлення пацієнтів та оцінки лікарями і організаторами охорони здоров'я проблеми забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я;

4) *статистичний* – для аналізу медико-демографічних показників стану здоров'я населення та оцінки обґрунтованої моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я;

5) *концептуального моделювання* – для розробки моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я;

6) *описового моделювання* – для проведення функціонально-структурного аналізу та представлення моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України;

7) *контент-аналізу* – для вивчення змісту і проведення аналізу міжнародної та вітчизняної діючої нормативно-правової бази з питань забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я;

8) *організаційного експерименту* – для апробації окремих елементів обґрунтованих інновацій;

9) *експертних оцінок* – з метою оцінки ефективності розробленої моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я при організації медичної допомоги населенню;

Наукова новизна результатів дисертаційної роботи полягає в тому, що вперше в Україні:

1. Системно представлено проблеми забезпечення гендерної рівності в галузі охорони здоров'я України на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування системи надання медичної допомоги населенню та шляхи їх вирішення з метою забезпечення рівної доступності чоловіків і жінок до медичних послуг.

2. Встановлено десятирічні гендерні особливості показників захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення України, які характеризуються їх зниженням у населення обох статей (у чоловіків на 17,08% і на 7,52%, у жінок на 12,75% та на 3,35% відповідно) з переважанням показників поширеності серед жінок хвороб сечостатевої системи в 2,87 ($p < 0,001$), а захворюваності в 4,51 ($p < 0,001$) рази; хвороб крові і кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму в 3,11 ($p < 0,001$) та 2,6 ($p < 0,001$) рази; хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин в 2,37 ($p < 0,001$) та 2,25 ($p < 0,001$) рази; новоутворень в 1,8 ($p < 0,001$) та 1,6 ($p < 0,001$) рази; хвороб системи кровообігу в 1,3 ($p < 0,001$) та 1,17 ($p < 0,001$) рази; хвороб кістково-м'язевої системи та сполучної тканини в 1,32 ($p < 0,001$) та 1,04 ($p < 0,001$) рази;

хвороб нервової системи в 1,27 ($p < 0,001$) та 1,24 ($p < 0,001$) разу; хвороб ока й придаткового апарату в 1,23 ($p < 0,001$) та 1,18 ($p < 0,001$) разу відповідно.

3. Встановлено восьмирічну, в гендерному аспекті, динаміку показників смертності населення України, яка характеризується зниженням коефіцієнтів смертності чоловіків на 18,9% та жінок на 10,7%; які у чоловіків вищі, ніж у жінок в 1,2 разу ($p = 0,004$), в тому числі внаслідок зовнішніх причин смерті в 4,3 разу ($p < 0,001$), деяких інфекційних та паразитарних хвороб в 3,3 разу ($p < 0,001$); хвороб системи дихання в 3,1 разу ($p < 0,001$); хвороб органів травлення в 2,0 рази ($p < 0,001$), новоутворень в 1,5 разу ($p < 0,001$) з максимальними індексами надсмертності чоловіків (3,1 разу, $p < 0,001$) у віці 20-54 років.

4. Досліджено ставлення пацієнтів, як отримувачів послуг охорони здоров'я, щодо забезпечення принципу гендерної рівності при отриманні медичних послуг, із яких $16,4 \pm 2,7\%$ % чоловіків та $13,5 \pm 2,2\%$ жінок вказали на не рівні можливості для обох статей.

5. Встановлено рівень оцінки організаторами охорони здоров'я та лікарями, як надавачами послуг в охороні здоров'я, забезпечення гендерної рівності в системі охорони здоров'я при наданні медичних послуг населенню.

5.1. Із числа опитаних лікарів 2,7% жінок та 5,2% чоловіків, а із числа опитаних організаторів охорони здоров'я 8,3% жінок та 7,6% чоловіків вказали на наявність проблем в питаннях забезпечення гендерної рівності при наданні населенню медичної допомоги;

5.2. На наявність недоліків при наданні репродуктивних послуг чоловікам вказало $75,8 \pm 3,5\%$ чоловіків та $71,4 \pm 2,8\%$ жінок із числа опитаних лікарів та $86,1 \pm 3,9\%$ чоловіків і $72,2 \pm 5,3\%$ жінок із числа опитаних організаторів охорони здоров'я, причиною чого є відсутність посад лікарів-андрологів у закладах охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги;

5.3. Із числа опитаних лікарів $73,4 \pm 5,0\%$ чоловіків та $70,8 \pm 5,4\%$ жінок вказали на необхідність в підвищенні рівня знань з гендерних питань в охороні здоров'я в тому числі $75,9 \pm 4,8\%$ та $75,0 \pm 5,1\%$ відповідно з питань нормативно - правового забезпечення гендерної рівності при наданні медичної допомоги, $65,8 \pm 5,4\%$ та $73,6 \pm 5,2\%$ відповідно з особливостей клінічного перебігу захворювань в залежності від статі пацієнтів, $69,4 \pm 5,4\%$ і $69,6 \pm 5,2\%$ відповідно з особливостей фармакотерапії та принципів лікування в залежності від статі пацієнтів.

6. Комплексно досліджено стратегії ВООЗ, міжнародну нормативно-правову та вітчизняну законодавчу базу з питань реалізації принципу гендерної рівності в системі охорони здоров'я України та виявлено недосконалість національної законодавчої бази, основні завдання та заходи якої спрямовані на забезпечення гендерної рівності в політичній, економічній, соціальній сферах та в галузі освіти при відсутності цільових програм та заходів в системі охорони здоров'я країни, при цьому національні нормативно-правові документи з охорони репродуктивного здоров'я розглядаються через призму потреб жіночої статі, не враховуючи проблеми чоловіків, як рівноправних учасників репродуктивного процесу.

7. Обґрунтовано концептуальні підходи та розроблено концептуальну модель гендерної рівності в охороні здоров'я України, структурними компонентами якої є п'ять взаємопов'язаних блоків: правового, організаційної структури охорони

здоров'я, наукового, освітнього, зацікавленості населення з проведенням моніторингу і оцінки забезпечення гендерної рівності з її відповідністю міжнародним підходам при позитивній оцінці експертами ($9,3 \pm 1,0$ балів), запровадження якої, на відміну від існуючої ситуації, дає змогу усунути існуючі недоліки щодо забезпечення рівних прав та можливостей чоловіків і жінок в отриманні послуг з охорони здоров'я.

Набули подальшого розвитку дані про динаміку рівнів смертності чоловіків та жінок в Україні.

Удосконалено методичні підходи до забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я з метою покращення ефективності медичних послуг чоловікам та жінкам з урахуванням їх особливих потреб.

Теоретичне значення отриманих результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині організації медичної допомоги чоловікам і жінкам та забезпеченні гендерної рівності в охороні здоров'я.

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.

Впровадження результатів дослідження в практику проводилося на етапах його виконання на *галузевому рівні* розроблені галузеві нововведення, які затверджені проблемною комісією МОЗ та НАМН України та спеціальністю «соціальна медицина»:

- Аналіз захворюваності та поширеності хвороб дорослого населення у гендерному аспекті. Реєстр. № 333/1/14;

- Модель гендерної рівності в охороні здоров'я України. Реєстр №345/1/14.

Розроблені інформаційні листи про галузеві нововведення, які затверджені проблемною комісією МОЗ та НАМН України та спеціальністю «соціальна медицина»:

- Гендерний аспект захворюваності дорослого населення за регіонами України № 329-2012;

- Медико-соціальне обґрунтування моделі гендерної рівності в сфері охорони здоров'я України №46-2014.

Результати дослідження використовуються в навчальному процесі в навчальних закладах: Українська медична стоматологічна академія (акт впровадження від 10 вересня 2019 року), Ужгородському національному університеті (акт впровадження від 23 вересня 2019 року), Львівському національному медичному університеті ім. Д. Галицького (акт впровадження від 16 вересня 2019 року).

Особистий внесок автора. Автором по узгодженню з науковим керівником визначено мету та завдання дослідження; самостійно розроблено його програму; обрано методи для вирішення поставлених завдань; здійснено збір та вкопіювання первинної документації; розроблено анкети та проведено соціологічне дослідження; розроблені комп'ютерні програми формування баз даних і статистичної обробки результатів дослідження на основі пакету статистичного аналізу Microsoft Excel, отримані дані оброблені на персональному комп'ютері за допомогою ліцензованої програми MedStat v. 5.2., проведена систематизація та наукова інтерпретація отриманих результатів, науково обґрунтовано та розроблено концептуальну модель забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я на засадах доказового менеджменту, сформовані висновки, розроблені практичні рекомендації, що знайшло

відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації. Наукові здобутки та ідеї співавторів не було використано.

Апробація роботи. Основні положення дисертації доповідались та обговорювались на:

міжнародних конференціях: міжнародна НПК, присвячена Всесвітньому дню здоров'я 2012 р. «Старіння та здоров'я» м. Київ, 5–6 квітня 2012 р.; I Міжнародний Форум «Активне довголіття» м. Алмати 3-4 червня 2013 р.; Українсько-польський симпозіум «Досвід, реалії та перспективи розвитку систем охорони здоров'я» м. Львів, 18 квітня 2013 р.; НПК з міжнародною участю «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи» м. Житомир, 24 жовтня 2014 р.; НПК з міжнародною участю «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи» м. Житомир, 15-16 жовтня 2015 р.; НПК з міжнародною участю «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи» м. Житомир, 20-21 жовтня 2016 р.; НПК з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні» м. Ужгород, 24–25 травня 2017 р., міжнародна НПК «Здоров'я та суспільні виміри в академічному просторі та поза ним» м. Вінниця, 6 жовтня 2017 р.; Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistancia v procese zmien II. Celoslovenská konferencia Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek s medzinárodnou účasťou Vysoké Tatry, 21. – 22. 09. 2017; II міжнародна конференція «Здоров'я та суспільні виміри в академічному просторі та поза ним» м. Київ, 23 травня 2018 р.

національних з'їздах та конференціях: Всеукраїнська НПК «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи» м. Житомир, 10-11 листопада 2011р.; V з'їзд спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я м. Житомир, 11–12 жовтня 2012 р.; НПК «Медико-соціальні питання в реформуванні сфери охорони здоров'я» м. Київ, 24–25 жовтня 2013 р.

Публікації. За темою дисертаційного дослідження опубліковано 32 наукових праці, з яких 7 статей у фахових виданнях, рекомендованих ДАК України (в одноосібному авторстві — 5 статей), 2— у виданнях іноземних держав, 1 розділ монографії в виданнях іноземних держав; 4 розділи монографій, 13 публікацій — у матеріалах з'їздів, конференцій, форумів, 2 інформаційних листи про нововведення в системі охорони здоров'я та 2 галузевих нововведення.

Обсяг та структура дисертації. Дисертацію викладено на 232 сторінках друкованого тексту в тому числі 150 сторінок власного тексту. Робота складається із вступу, огляду наукової літератури, програми дослідження та 6 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій; ілюстрована 31 таблицею, 44 рисунками, має 9 додатків. Список використаної літератури містить 220 джерел, у тому числі 63 іноземних авторів.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У вступі обґрунтовано актуальність дисертаційного дослідження, сформульовано мету та завдання, визначено об'єкт, предмет і методи дослідження, викладено наукову новизну, теоретичне та практичне значення отриманих результатів, їх апробацію, особистий внесок здобувача та наведено дані про публікації результатів дослідження.

У першому розділі «Аналіз гендерних проблем в охороні здоров'я» представлено системний огляд зарубіжної та вітчизняної наукової літератури за темою

дослідження. Результати аналізу виявили наявність невирішених питань щодо забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я населення. Це дозволило обрати напрям дослідження, сформулювати його мету та завдання.

Досягнення головної мети дослідження потребувало наявності спеціально розробленої на підставі системного підходу програми дослідження, представленої у **другому розділі** «Програма, матеріали і методи дослідження» (рис.1), яка передбачала його реалізацію у вісім організаційних етапів з використанням адекватних методів дослідження, на кожному з яких виконувались взаємопов'язані завдання, що дало можливість використати системний підхід у проведенні дослідження та отримати репрезентативні результати для оцінки об'єкту дослідження.

Реалізація завдань *першого та другого* організаційних етапів дозволили виявити проблемні питання у забезпеченні гендерної рівності в охороні здоров'я, проаналізувати світовий та вітчизняний досвід з даного питання і вибрати напрямок дослідження з розробкою його дизайну, методології. Виконання завдань етапу передбачало використання системного підходу та бібліосемантичних методів дослідження.

Метою третього організаційного етапу дослідження стало проведення аналізу динаміки рівнів захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення країни з урахуванням гендерних особливостей, а також здійснено порівняльний аналіз показників стану здоров'я чоловіків та жінок.

Четвертий етап дослідження було присвячено вивченню динаміки показників смертності населення України з урахуванням віку та статі.

Інформаційну базу третього та четвертого етапів дослідження склали дані офіційної галузевої статистики яка представлена Державним закладом «Центр медичної статистики МОЗ України» за 2008-2017 рр. Методами дослідження були системний підхід, медико-статистичний метод.

Метою п'ятого організаційного етапу дослідження стало вивчення міжнародних та вітчизняних нормативно-правових документів щодо забезпечення гендерної рівності в суспільстві та охороні здоров'я. Інформаційну базу етапу склали нормативно-правові документи ВООЗ, Закони України, Постанови Кабінету Міністрів України, рекомендації парламентських слухань.

Під час виконання *шостого етапу* дослідження було вивчено та проаналізовано національні законодавчі документи та документи ВООЗ з питань репродуктивного здоров'я. Проведено аналіз динаміки гендерних особливостей безпліддя, інфекцій, що передаються статевим шляхом, захворювань репродуктивної системи в гендерному аспекті. Інформаційною базою на цьому етапі були вітчизняні законодавчі документи з питань репродуктивного здоров'я та Стратегії ВООЗ; дані офіційної статистики Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України». Методами дослідження були системний підхід, контент-аналіз, медико-статистичний метод.

Метою сьомого організаційного етапу було проведення соціологічного дослідження серед 3-х груп респондентів: пацієнтів з позиції осіб, що отримують послуги системи охорони здоров'я; лікарів – провайдерів, які надають послуги в сфері охорони здоров'я та спеціалістів з організації та управління охороною

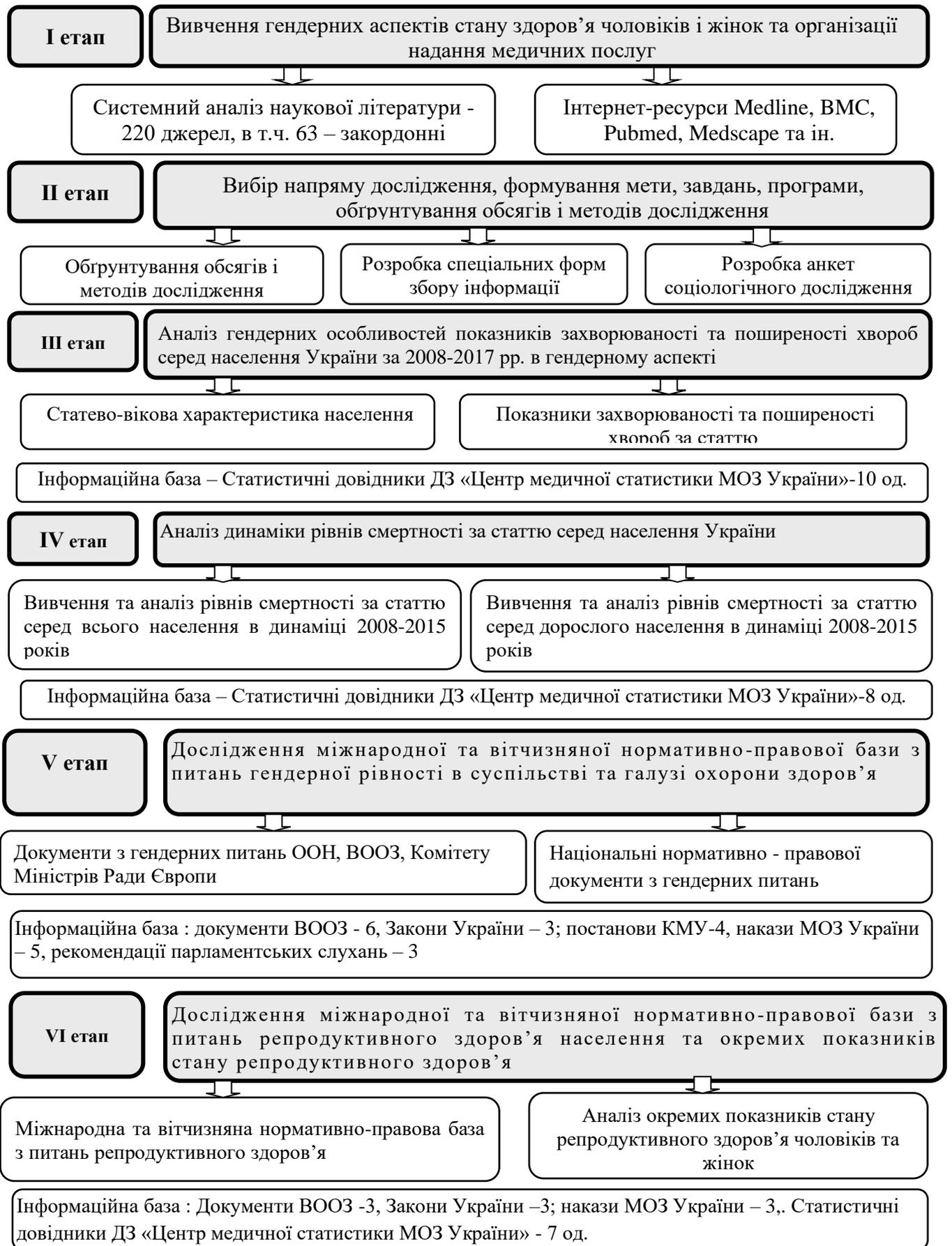


Рис.1. Програма, матеріали і обсяги дослідження

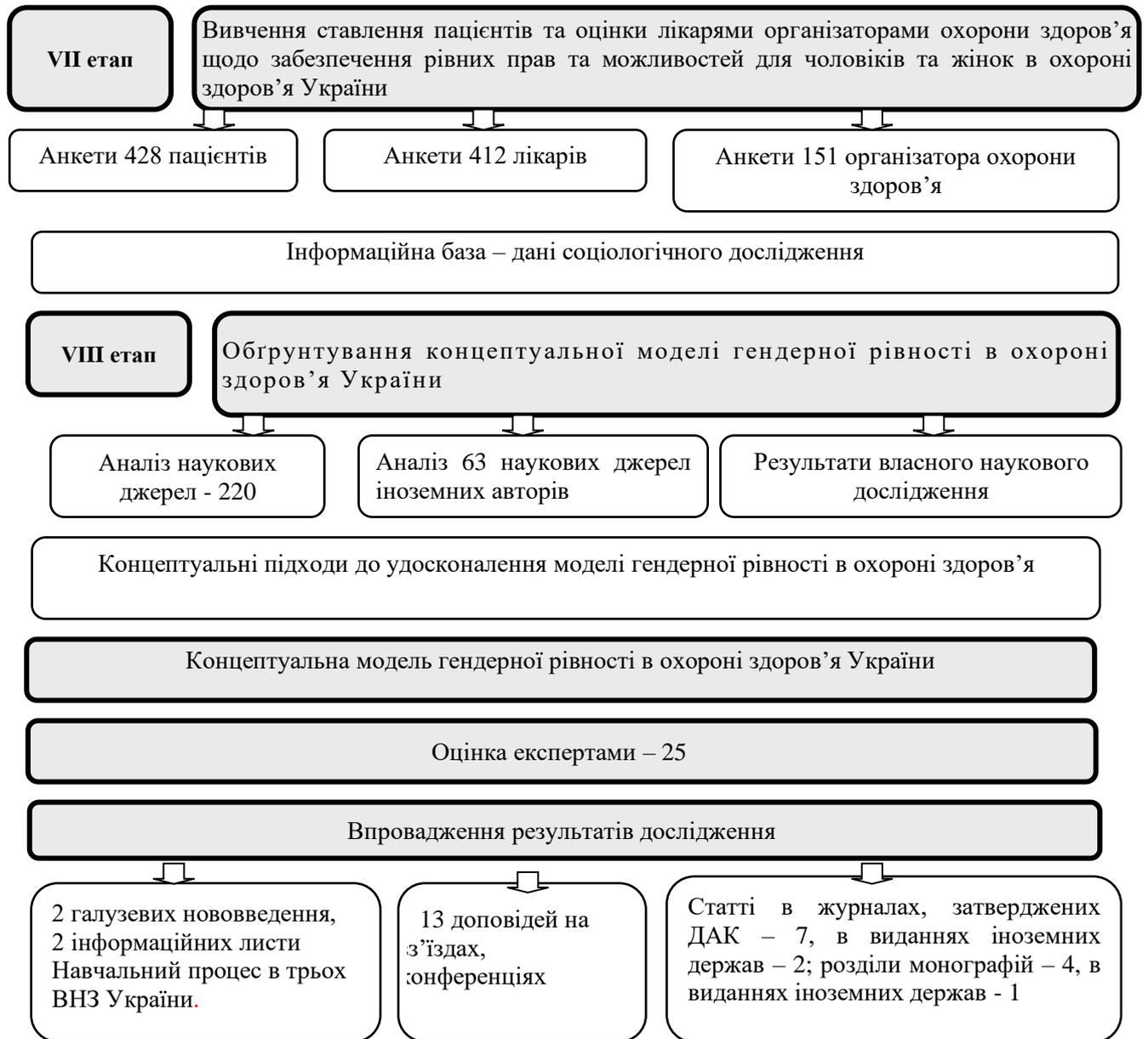


Рис. 1. Програма, матеріали, обсяг досліджень. *Продовження.*

здоров'я – осіб, які приймають організаційні та управлінські рішення. Для кожної групи респондентів були розроблені спеціальні анкети, які прорецензовані та затверджені Вченою Радою інституту від 26.05.2011р. протокол № 6, погоджені й розглянуті Етичною комісією інституту на засіданні від 15.06. 2011р. протокол № 7. Інформаційну базу склали 991 анкета (428 – пацієнтів закладів охорони здоров'я, 412 – лікарів, 151–організаторів охорони здоров'я). Медико-статистична обробка отриманого матеріалу проводилася шляхом розрахунку частоти відповідей на 100 опитаних та визначення похибки ($\pm m$), а оцінка достовірності різниці даних у групах порівняння – шляхом обчислення t-критерію Ст'юдента.

Під час виконання восьмого організаційного етапу, базуючись на отриманих в ході дослідження результатах, розроблено модель гендерної рівності в охороні здоров'я. Для розробки моделі використано методи концептуального та описового моделювання, організаційного експерименту, експертних оцінок. Методичною основою дослідження був системний підхід.

З метою визначення прийнятності запропонованої моделі була проведена експертна оцінка моделі 25 незалежними експертами, серед яких були 6 докторів медичних наук, 9 кандидатів медичних наук, 7 практикуючих лікарів та 3 юриста, які працюють в системі охорони здоров'я.

Зібраний статистичний матеріал оброблявся за допомогою програми Statistica 6.0 та MS Excel. Аналіз отриманих результатів відбувався з використанням класичних методів медичної статистики.

Таким чином, розроблена програма, обраний методичний інструментарій і обсяги дослідження забезпечили вирішення поставлених завдань, отримання достовірних результатів, які стали основою для наукового обґрунтування моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України.

У третьому розділі «Характеристика особливостей захворюваності та поширеності хвороб серед населення України в гендерному аспекті» показано, що в структурі населення України переважають жінки (53,9% проти 46,1%). За період дослідження чисельність населення зменшилась на 8,6%, в тому числі чоловіків на 8,2%, а жінок на 9,0%.

Показано зниження рівнів захворюваності та поширеності хвороб у чоловіків (17,08% з показником 41996,5 та 7,52% з показником 145873,9 на 100 тисяч чоловічого населення) та у жінок (12,75% з показником 53335,9 та 3,35% з показником 191045,0 на 100 тисяч жіночого населення відповідно). Рис.2 та рис.3.

За окремими класами хвороб показники захворюваності зменшились у обох статей, тоді як поширеність хвороб окремих класів зросла. Приріст показника поширеності хвороб зареєстровано для новоутворень серед чоловіків на 9,46% та серед жінок на 7,92%; хвороб ендокринної системи – на 21,51% та на 17,58% відповідно. Тоді як серед чоловіків також зросли рівні поширеності хвороб крові і кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (+8,69%) та хвороб сечостатевої системи (+2,58%).

Гендерна структура показників захворюваності мала наступні особливості: першу та третю позицію у обох статей займали хвороби органів дихання (34,1% у чоловіків і 30,2% у жінок) та хвороби системи кровообігу (10,8% у чоловіків і 10,0% у жінок) відповідно, а другу – у чоловіків травми, отруєння та ін. (11,2%), а у жінок – хвороби сечостатевої системи (12,8%). Провідні позиції структури показників поширеності хвороб для досліджуваних груп однаково формували хвороби системи кровообігу, системи дихання та системи травлення.

Показано, що рівні захворюваності та поширеності хвороб серед дорослих жінок вищі, ніж серед дорослих чоловіків як в цілому (1,2-1,3 разу; $p=0,05$), так і за більшістю класів хвороб за винятком травм, отруєнь та ін. і розладів психіки й поведінки. Наразі рівні поширеності хвороб серед жінок сечостатевої системи вищі ніж серед чоловіків в 2,87 разу ($p<0,001$), а захворюваності – в 4,51 разу ($p<0,001$), хвороб крові і кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму – в 3,11 разу ($p<0,001$) та в 2,6 разу ($p<0,001$), хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення

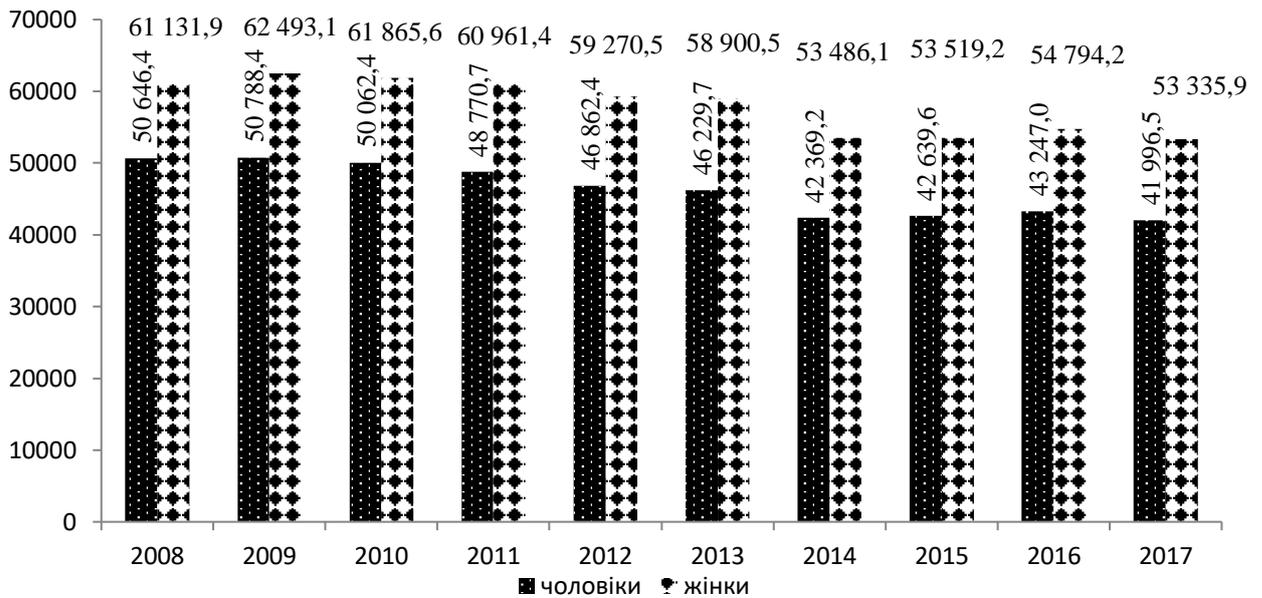


Рис. 2. Динаміка показників захворюваності дорослого населення залежно від статі, 2008-2017 рр., 100 тисяч відповідного дорослого населення

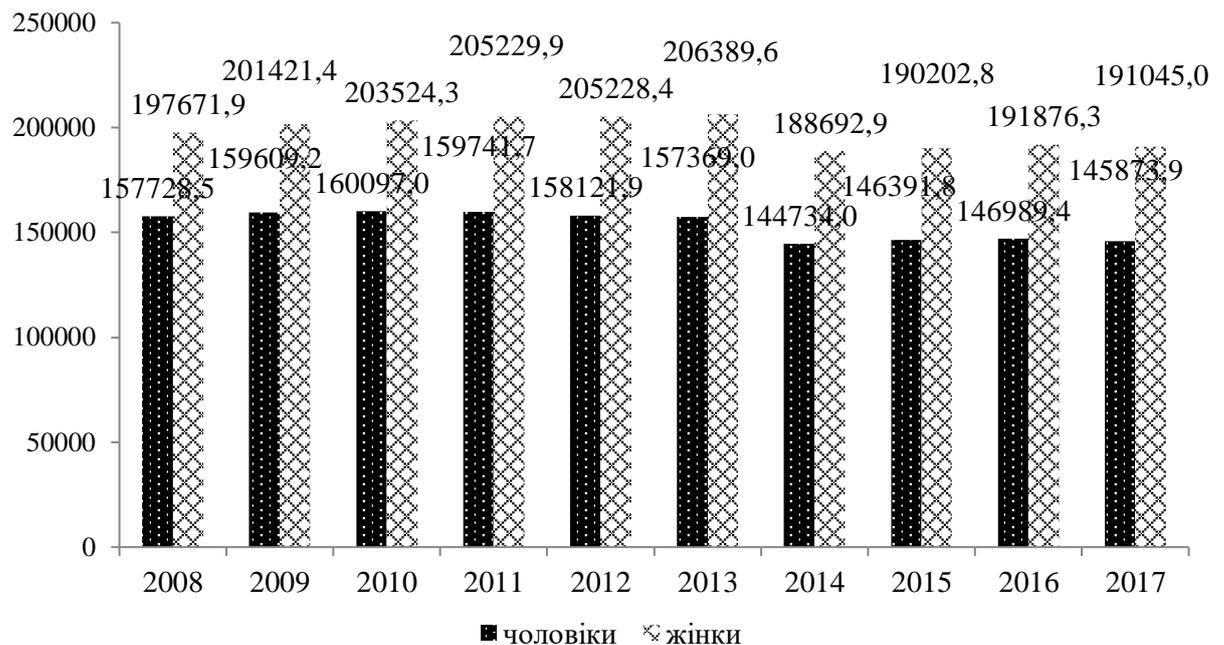


Рис. 3. Динаміка показників поширеності хвороб серед дорослого населення України за статтю, 2008-2017 рр., на 100000 дорослого населення

обміну речовин в 2,37 разу ($p < 0,001$) та в 2,25 разу ($p < 0,001$); новоутворення в 1,8 разу ($p < 0,001$) та в 1,6 разу ($p < 0,001$); хвороб системи кровообігу в 1,3 разу ($p < 0,001$) та в 1,17 разу ($p < 0,001$); хвороб кістково-м'язевої системи та сполучної тканини в 1,32 разу ($p < 0,001$) та в 1,04 разу ($p < 0,001$); хвороб нервової системи в 1,27 разу ($p < 0,001$) та в 1,24 разу ($p < 0,001$); хвороб ока й придаткового апарату в 1,23 разу ($p < 0,001$) та в 1,18 разу ($p < 0,001$); хвороб системи дихання в 1,10 разу ($p < 0,001$) та

1,12 разу ($p < 0,001$); хвороб органів травлення в 1,19 разу ($p < 0,001$) та в 1,12 разу ($p < 0,001$); хвороб кістково-м'язевої системи в 1,32 разу ($p < 0,001$) та в 1,12 разу ($p < 0,001$); деяких інфекційними та паразитарними хвороби в 1,09 разу ($p < 0,001$) та в 1,32 разу ($p < 0,001$) відповідно.

У **четвертому розділі** «Сучасні тенденції смертності населення України в гендерному аспекті» показано зниження показника смертності серед населення України на 14,9%, в тому числі серед чоловіків на 18,9% та серед жінок на 10,7%. Рівень смертності чоловіків вищий, ніж смертності жінок (1476,0 проти 1322,9 на 100 тис. відповідного населення; $p = 0,004$). Надсмертність чоловіків спостерігалась практично у всіх вікових групах, починаючи з народження і до 90 років життя. Максимальні індекси над смертності чоловіків (3-3,1 разу) реєструвались у віці 20-54 років, що свідчить про втрати найбільш працездатної частини чоловічого населення.

Сучасна структура смертності населення України має комбінований характер: поєднуються високі рівні смертності внаслідок ендогенних та екзогенних причин. Провідною причиною смерті у віці 18-24 років чоловіків (73,0%) та жінок (46,3%) були зовнішні причини, тоді як у віці 25-64 років (40,8% і 38,4% відповідно) та 65 років і старше (75,6% та 83,9%) – хвороби системи кровообігу. Слід відмітити, що коефіцієнти смертності основних причин смерті вищі серед чоловіків, ніж серед жінок, за винятком хвороб системи кровообігу. Наразі смертність внаслідок зовнішніх причин смерті в 4,3 разу ($p < 0,001$) вища серед чоловіків, ніж серед жінок; внаслідок деяких інфекційних та паразитарних хвороб – в 3,3 разу ($p < 0,001$); внаслідок хвороб системи дихання – в 3,1 разу ($p < 0,001$); внаслідок хвороб органів травлення – в 2,0 рази ($p < 0,001$) та внаслідок новоутворень – в 1,5 разу ($p < 0,001$).

У **п'ятому розділі** «Міжнародні та національні механізми формування політики гендерної рівності в суспільстві та галузі охорони здоров'я» встановлено, що вітчизняне законодавство ґрунтується на положеннях міжнародних нормативно-правових документів ратифікованих державою. Правовою основою для його формування стали: Загальна декларація прав людини ООН (1948 р.), Конвенція ООН «Про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок» (1979 р., ратифікована Україною в 1981 р.), «Декларація щодо рівності жінок та чоловіків» (1988 р.), «Пекінська декларація та Платформа дій щодо поліпшення статусу жінок» (1995 р.) та Декларація Тисячоліття ООН (2000 р.) тощо.

В галузі охорони здоров'я ключовим документом, що визначив актуальність інтеграції гендерної складової стала «Стратегія включення гендерного аналізу і дій в роботу ВООЗ» (ВООЗ, 2007 р.). Пріоритетними завданнями якої визнано врахування гендерних питань в системі управління та при розробці національних програм і стратегій, покращення обізнаності фахівці з цієї тематики, заохочення наукових досліджень з включенням гендерного аспекту, тощо. Реалізація цих задач має сприяти ефективнішому виявленню потреб кожної із статей щодо послуг охорони здоров'я та покращення їх стану здоров'я.

В розділі показано, що у вітчизняному законодавстві рівність прав і можливостей чоловіків та жінок гарантується Конституцією України (стаття 24), а в охороні здоров'я безпосередньо – Основами законодавства про охорону здоров'я (стаття 4 «забезпечення рівних можливостей та справедливого доступу при

отриманні медичної допомоги та медичних послуг, що визначено одним із ключових принципів функціонування галузі»). Практично гендерні питання були реалізовані Постановою КМУ № 993 від 8 вересня 1997 року «Про затвердження Національного плану дій на 1997-2000 роки щодо поліпшення становища жінок і підвищення їх ролі у суспільстві», Постановою КМУ № 479 від 6 травня 2001 року «Про Національний план дій щодо поліпшення становища жінок та сприяння впровадженню гендерної рівності у суспільстві на 2001-2005 роки», Указом Президента України № 1135/2005 «Про вдосконалення роботи центральних і місцевих органів виконавчої влади щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, Законом України № 2866-IV від 8 вересня 2005 року «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків», Державною програмою з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 року (2006) та Державною програмою забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року (2010). Однак слід зазначити, що пріоритетність з інтеграції принципу гендерної рівності належала політичній, соціальній та освітній сферам. Тоді як в охороні здоров'я ці питання залишаються не вирішеними. Водночас більшість заходів, що були реалізовані направлені на покращення становища жінок без врахування потреб чоловіків в охороні здоров'я. Варто відмітити, що протягом останніх п'яти років питання гендерної політики в охороні здоров'я не розглядалися.

У шостому розділі «Гендерні підходи у питаннях збереження репродуктивного здоров'я» представлено аналіз міжнародних та вітчизняних документів з питань забезпечення та реалізації репродуктивних прав жінок та чоловіків. «Стратегія в області репродуктивного здоров'я» (2004) ВООЗ та Програма «Цілі сталого розвитку до 2030 року» ООН, «Стратегія на підтримку здоров'я та благополуччя жінок в Європейському регіоні» (ВООЗ, 2016), «Здоров'я і благополуччя чоловіків в Європейському регіоні ВООЗ: покращення здоров'я в межах гендерного підходу» (ВООЗ 2018) зазначають, що збереження репродуктивного та сексуального здоров'я є ключовою умовою досягнення гендерної рівності та пріоритетним напрямком державної політики, а також, що чоловіки, як і жінки є рівноцінними учасниками репродуктивного процесу.

Показано, що на національному рівні питання репродуктивного здоров'я забезпечувалось низкою правових документів, серед яких Національна програма «Репродуктивне здоров'я 2001-2005», Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 рр.», тощо. Однак, визначені ними завдання присвячені реалізації репродуктивних прав жінок та в них не розглядалися питання організації послуг із забезпечення репродуктивного здоров'я чоловіків. Наразі у вітчизняній системі охорони здоров'я відсутні спеціалізовані заклади охорони здоров'я з надання репродуктивних послуг чоловікам та посади лікарів - андрологів. Встановлено вкрай низький рівень забезпеченості посадами лікарів – сексопатологів. В системі охорони здоров'я країни працює 32 лікаря-сексопатолога, що обмежує можливість чоловіків у реалізації потреб з питань збереження сексуального та репродуктивного здоров'я. Тоді як в країнах Європейського регіону (Польща, Франція, Італія, Німеччина) існує мережа спеціалізованих закладів охорони здоров'я та медичну допомогу чоловікам надають лікарі-андрологи.

Важливість збереження репродуктивного здоров'я підтверджуються високими рівнями безпліддя, інфекцій, що передаються статевим шляхом та абортів, які є індикаторами стану репродуктивного здоров'я та доступності і якості надання спеціалізованих медичних послуг. У жінок безпліддя реєструвалось в 4-4,5 рази ($p=0,358$) частіше, ніж у чоловіків. В 2017 р. його рівень у жінок склав 3,8 на 1000 жінок фертильного віку, що на 3,33% нижче, ніж в 2010 р. Тоді як у чоловіків вказаний показник склав 0,96 на 1000 чоловіків дітородного віку, що на 7,29% нижче рівня 2010 р. У жінок показники захворюваності на трихомоніаз реєструються в 3,4 разу ($p<0,001$) частіше ніж у чоловіків, урогенітальний мікоплазмоз – в 2,3 разу ($p<0,001$) та хламідійну інфекція – в 1,5 разу ($p=0,065$). Тоді як у чоловіків рівні захворюваності вищі, ніж у жінок на гонококову інфекцію (2,3 разу; $p=0,072$) та сифіліс (1,5 рази; $p=0,603$). Слід зазначити, що протягом останніх років намітилась позитивна тенденція до зменшення частоти абортів, однак їх рівень (8,15 на 1000 жінок фертильного віку) залишаються високими.

У сьомому розділі «Результати соціологічного дослідження серед пацієнтів, лікарів та спеціалістів з організації та управління охороною здоров'я щодо оцінки забезпечення рівних прав і можливостей для чоловіків та жінок в охороні здоров'я України» показано, що сучасна система охорони здоров'я України цілком не забезпечує рівність прав та можливостей для жінок та чоловіків при отриманні необхідних медичних послуг. На це вказали 13,5% жінок та 16,4% чоловіків із числа опитаних пацієнтів, 2,7% жінок та 5,2% чоловіків із числа опитаних лікарів та 8,3% жінок і 7,6% чоловіків із числа опитаних організаторів охорони здоров'я відповідно. Тоді як значна частина лікарів ($75,8\pm 3,5\%$ чоловіків і $71,4\pm 2,8\%$ жінок) та організаторів охорони здоров'я ($86,1\pm 3,9\%$ і $72,2\pm 5,3\%$ відповідно) зазначали, що недостатня увага приділяється репродуктивному здоров'ю чоловіків. Для покращення ефективності надання послуг чоловікам доцільно забезпечити роботу фахівця лікаря-андролога. На це вказали опитані пацієнти ($60,7\pm 3,6\%$ чоловіків та $67,8\pm 3,0\%$ жінок); лікарі – $90,8\pm 2,3\%$ та $82,6\pm 2,4\%$ та організатори охорони здоров'я – $81,9\pm 1,5\%$ та $74,7\pm 4,9\%$ відповідно.

Щодо необхідності диференціації принципів лікування пацієнтів в залежності від їх статі половина лікарів вказали, що немає такої потреби, лише у випадках хвороб системи кровообігу та захворювань органів репродуктивної системи. Проте $76,5\pm 3,4\%$ чоловіків та $66,8\pm 2,9\%$ жінок зауважили, що відмічали наявність особливостей перебігу хвороб залежно від статі.

Показано, що більшість опитаних медичних працівників обізнані щодо загальних гендерних понять («гендер», «гендерна рівність», «гендерна медицина»), проте вони мають потребу в додатковій інформації, а саме: з гендерних питань особливостей клінічного перебігу захворювань ($73,6\pm 5,2\%$ жінок та $65,8\pm 5,4\%$ чоловіків); фармакотерапії та принципів лікування ($69,4\pm 5,4\%$ і $69,6\pm 5,2\%$) та законодавчої бази ($75,0\pm 5,1\%$ і $75,9\pm 4,8\%$ відповідно).

У восьмому розділі «Обґрунтування моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України» представлено розроблену концептуальну модель гендерної рівності в охороні здоров'я України (рис.4).

Стратегічним напрямком моделі є забезпечення рівних можливостей для чоловіків та жінок при отриманні послуг в охороні здоров'я залежно від їх потреб.

Тактичним напрямком моделі є інтеграція механізмів гендерного підходу в систему охорони здоров'я та оптимізація її діяльності при наданні послуг в галузі охорони здоров'я. В основу моделі покладено п'ять взаємопов'язаних блоків: правової складової, організаційної структури охорони здоров'я, наукової, освітньої складових, зацікавленості населення та проведення моніторингу і оцінки забезпечення гендерної рівності за визначеними індикаторами. На відміну від існуючої ситуації, запровадження запропонованої моделі дає змогу усунути існуючі недоліки при наданні послуг охорони здоров'я чоловікам та жінкам:

- правова складова має на меті створення Державної програми забезпечення гендерної рівності в сфері охорони здоров'я України, як основного юридичного та організаційно-методичного документу з гендерних питань, яка базується на міжнародних документах та кращому світовому досвіді;
- в МОЗ України запропоновано створення відділу з гендерних питань як провідного структурного підрозділу галузі щодо забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я; удосконалення структури та кадрової політики охорони здоров'я з питань репродуктивного та сексуального здоров'я чоловіків, яке полягає у створенні сучасного закладу охорони здоров'я – Центру чоловічого здоров'я, який надаватиме спеціалізовану медичну допомогу чоловікам, а оптимізація кадрової політики передбачає введення посади лікаря-андролога;
- наукова складова передбачає підвищення зацікавленості науковців до досліджень з питань гендеру в охороні здоров'я і безпосередньо забезпечення сексуального та репродуктивного здоров'я чоловіків та жінок, особливостей моделей поведінки чоловіків та жінок і їх впливу на стан здоров'я та отримання медичної допомоги;
- освітня складова передбачає забезпечення підготовки фахівців охорони здоров'я з гендерних питань; впровадження в освітні програми на до дипломному та післядипломному рівнях вивчення гендерних питань в охороні здоров'я у вигляді включення спеціальних курсів, тренінгів в форматі безперервного професійного розвитку фахівця охорони здоров'я;
- сприяти підвищенню відповідальності чоловіків та жінок у ставленні до власного здоров'я, дотримання здорового способу життя, тощо.

Запропонована модель гендерної рівності в охороні здоров'я позитивно оцінена незалежними експертами (9,3±1,0 балів) та рекомендується для впровадження в систему охорони здоров'я України в процесі реформування галузі.

ВИСНОВКИ

Комплексним соціально-гігієнічним дослідженням доведена невідповідність рекомендаціям ВООЗ та міжнародним підходам забезпечення гендерної рівності при отриманні медичної допомоги в системі охорони здоров'я України, що потребувало обґрунтування та розробки концептуальної моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України, впровадження якої дозволить забезпечити чоловіків і жінок рівними правами при отриманні медичних послуг.

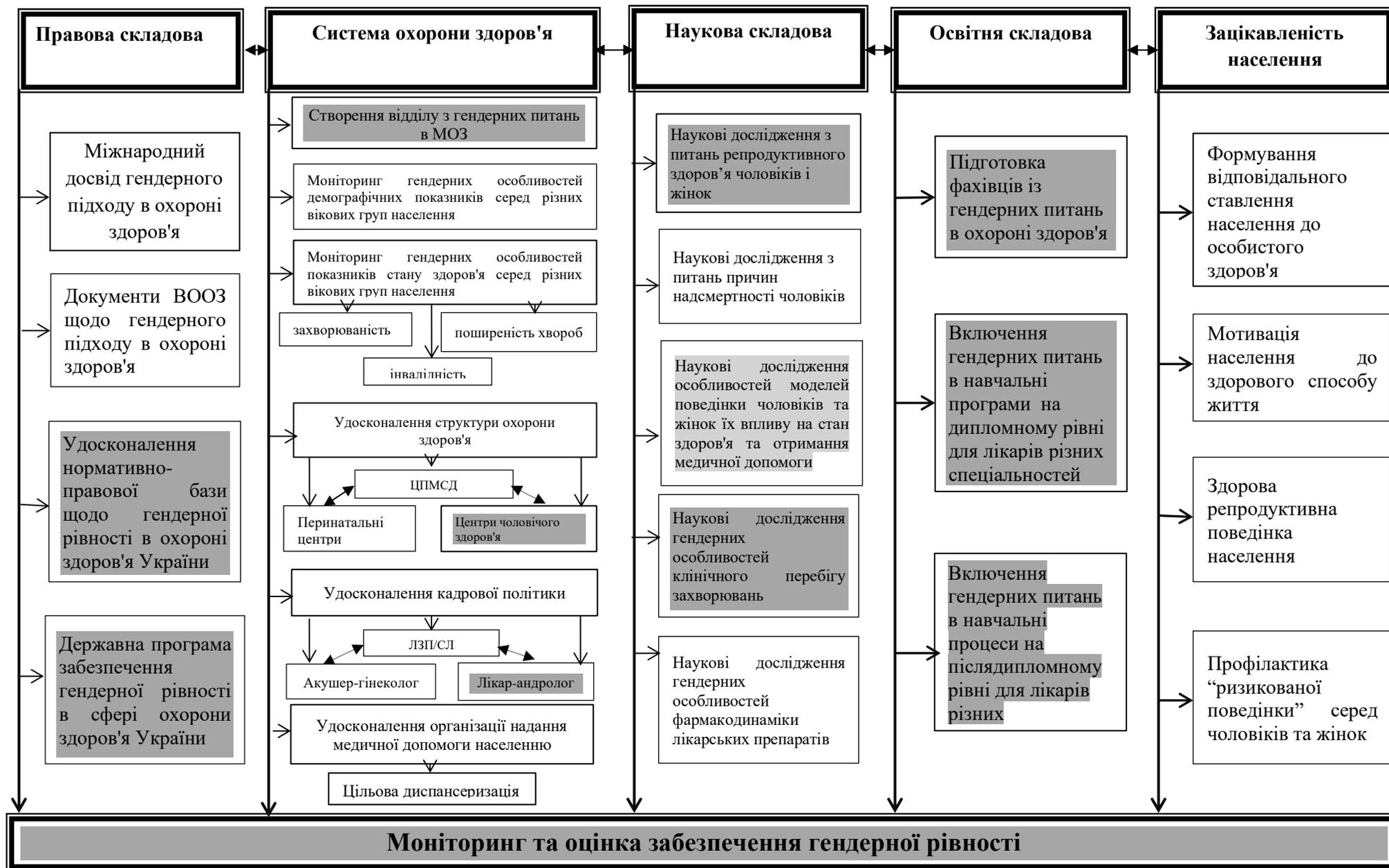


Рис. 4. Модель гендерної рівності в охороні здоров'я України

1. Систематизація та узагальнення даних закордонної та вітчизняної наукової літератури вказує на відсутність на сучасному етапі розвитку сфери охорони здоров'я України гендерних підходів при наданні медичної допомоги населенню, що потребувало наукового обґрунтування та розробки концептуальної моделі гендерної рівності в охороні здоров'я по забезпеченню чоловіків і жінок рівними можливостями в отриманні медичної допомоги.

2. В ході дослідження виявлено, що за період 2008-2017 рр. чисельність постійного населення України має тенденцію до зменшення в цілому на 8,6%, в тому числі чоловіків на 8,2% та жінок на 9,0%. В структурі населення України переважають жінки, які складають 53,9% проти 46,1% чоловіків.

3. Встановлено зниження рівнів захворюваності та поширеності хвороб серед дорослих чоловіків на 17,08% з показником 41996,5 та на 7,52% з показником 145873,9 на 100 тисяч чоловічого населення і серед жінок на 12,75% з показником 53335,9 та на 3,35% з показником 191045,0 на 100 тисяч дорослого жіночого населення відповідно. За окремими класами хвороб темпи зміни показників захворюваності та поширеності хвороб серед чоловіків та серед жінок суттєво відрізняються. При цьому приріст показнику поширеності новоутворень зареєстровано на рівні 9,46% серед чоловіків та на 7,92% серед жінок; ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин на 21,51% та 17,58% відповідно. У чоловіків також зросли рівні захворюваності на хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму на 8,69% та хвороби сечостатевої системи на 2,58%.

4. Виявлено, що показники захворюваності та поширеності хвороб серед дорослих жінок вищі, ніж серед чоловіків цього ж віку як в цілому (1,2 та 1,3 разу; $p=0,05$), так і за більшістю класів хвороб за винятком травм, отруєнь та розладів психіки й поведінки. Так, рівні поширеності хвороб сечостатевої системи вищі в 2,87 ($p<0,001$) разу, а захворюваності – в 4,51 ($p<0,001$) разу; хвороб крові і кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму – в 3,11 ($p<0,001$) разу та в 2,6 ($p<0,001$) разу; хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин – в 2,37 ($p<0,001$) разу та в 2,25 ($p<0,001$) разу; новоутворення – в 1,8 ($p<0,001$) разу та в 1,6 ($p<0,001$) разу; хвороб системи кровообігу – в 1,3 ($p<0,001$) разу та в 1,17 ($p<0,001$) разу; хвороб кістково-м'язевої системи та сполучної тканини – в 1,32 ($p<0,001$) разу та в 1,04 ($p<0,001$) разу; хвороб нервової системи – в 1,27 ($p<0,001$) разу та в 1,24 ($p<0,001$) разу; хвороб ока й придаткового апарату – в 1,23 ($p<0,001$) разу та в 1,18 ($p<0,001$) разу; хвороб системи дихання – в 1,10 ($p<0,001$) разу та 1,12 ($p<0,001$) разу; хвороб органів травлення – в 1,19 ($p<0,001$) разу та в 1,12 ($p<0,001$) разу; деяких інфекційних та паразитарних хвороб – в 1,09 ($p<0,001$) разу та в 1,32 ($p<0,001$) разу відповідно.

5. Встановлено тенденцію до зниження смертності населення України при її високому коефіцієнті (1393,8 на 100000 населення). При цьому рівень смертності чоловіків вищий, ніж жінок (1476,0 проти 1322,9 відповідно; $p=0,004$) в цілому і у всіх вікових групах. Максимальні індекси надсмертності чоловіків (3-3,1 разу) реєструвались у віці 20-54 років. Вказані показники смертності населення призводять до порушення демографічної піраміди і втрат найбільш працездатної частини чоловічого населення. Смертність внаслідок зовнішніх причин смерті в 4,3

разу ($p < 0,001$) вища у чоловіків, ніж у жінок; внаслідок деяких інфекційних та паразитарних хвороб – в 3,3 разу ($p < 0,001$); внаслідок хвороб системи дихання – в 3,1 разу ($p < 0,001$); внаслідок хвороб органів травлення – в 2,0 рази ($p < 0,001$) та внаслідок новоутворень – в 1,5 разу ($p < 0,001$). В той час як смертність внаслідок хвороб системи кровообігу вища в 1,1 разу ($p = 0,068$) у жінок, ніж чоловіків.

6. Аналіз нормативно-правової бази з питань гендерної рівності продемонстрував наявність законодавчих актів присвячених вирішенню вказаного питання на державному рівні. Серед них важливе значення мають Указ Президента «Про вдосконалення роботи центральних і місцевих органів виконавчої влади щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» від 26 липня 2005 № 1135/2005, Закон України від 8 вересня 2005 року № 2866- IV «Про забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків», «Державна програми з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 року» та «Державна програма забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року». При цьому основні завдання та заходи були спрямовані на забезпечення гендерної рівності в політичній, економічній, соціальній сферах та в галузі освіти при відсутності цільових програм та заходів в системі охорони здоров'я країни, що актуалізує необхідність вирішення питання гендерної рівності в охороні здоров'я на державному рівні.

7. В ході дослідження виявлено, що в міжнародному та вітчизняному законодавстві питання забезпечення репродуктивного здоров'я є актуальним. Однак в національних нормативно-правових документах та галузевих програмах з охорони здоров'я питання репродуктивного здоров'я розглядаються через призму потреб жіночої статі при цьому чоловічі проблеми, як рівноправних учасників репродуктивного процесу, в них не враховані. В системі охорони здоров'я України недосконала організаційна медична інфраструктура по забезпеченню належного рівня чоловічого репродуктивного здоров'я, що обмежує доступність чоловіків до послуг охорони репродуктивного здоров'я.

8. Встановлено, що в 4,5 ($p = 0,358$) разу частіше у жінок, ніж у чоловіків реєструється безпліддя. У жінок в 3,4 ($p < 0,001$) разу частіше, ніж у чоловіків реєструється рівень захворюваності на трихомоніаз (173,8 проти 51,2 на 10000 відповідного населення); в 1,5 ($p = 0,065$) рази на хламідійну інфекцію (52,1 проти 33,8 на 100000 відповідного населення) та в 2,3 ($p < 0,001$) рази – урогенітальний мікоплазмоз (82,3 проти 34,8 100000 відповідного населення); при цьому у чоловіків в 2,3 ($p = 0,072$) разу частіше реєструється рівень захворюваності на гонококову інфекцію (18,0 проти 7,8 на 100000 відповідного населення) та в 1,5 ($p = 0,603$) рази рівень захворюваності на сифіліс (9,2 проти 6,1 на 100000 відповідного населення).

9. Результати соціологічного дослідження дозволили встановити, що сучасна система охорони здоров'я не достатньо забезпечує рівні права та можливості жінок та чоловіків при отриманні послуг охорони здоров'я. Про це повідомили 13,5% жінок та 16,4% чоловіків із числа опитаних пацієнтів, 2,7% жінок та 5,2 % чоловіків із числа опитаних лікарів та 8,3% жінок і 7,6% чоловіків із числа опитаних організаторів охорони здоров'я відповідно. На те, що питанням охорони чоловічого репродуктивного здоров'я приділяється недостатня увага, вказали 86,1 \pm 3,9% чоловіків і 72,2 \pm 5,3% жінок із числа опитаних організаторів охорони здоров'я і

75,8±3,5% чоловіків та 71,4±2,8% жінок із числа опитаних лікарів. Важливою причиною вказаної ситуації є відсутність в закладах охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги посади лікаря-андролога та більшість висловили пропозиції щодо її запровадження: 90,8±2,3% чоловіків та 82,6±2,4% жінок із числа опитаних лікарів та 73,4±5,0% чоловіків та 70,8±5,4% жінок із числа опитаних організаторів охорони здоров'я.

10. Встановлено, що опитані фахівці вказали на те, що в них існує потреба у підвищенні рівня знань з гендерних питань в охороні здоров'я (73,4±5,0% чоловіків та 70,8±5,4% жінок), зокрема щодо нормативно-правового забезпечення гендерної рівності при наданні медичної допомоги (75,9±4,8 та 75,0±5,1%); особливостей клінічного перебігу захворювань в залежності від статі пацієнтів (65,8±5,4% та 73,6±5,2%); особливостей фармакотерапії та принципів лікування в залежності від статі пацієнтів (69,4±5,4% і 69,6±5,2%) та всіх вказаних питань (70,9±5,1% та 68,0±5,5% відповідно).

11. Обґрунтовано та розроблено модель гендерної рівності в охороні здоров'я України, яка складається з п'яти взаємопов'язаних блоків: правової складової, організаційної структури охорони здоров'я, наукової та освітньої складових, зацікавленості населення у збереженні особистого здоров'я та проведення моніторингу і оцінки забезпечення гендерної рівності на основі визначених індикаторів. На відміну від існуючої ситуації, запровадження запропонованої моделі дає змогу усунути існуючі недоліки при наданні послуг охорони здоров'я чоловікам та жінкам.

12. Відповідність обґрунтованої та розробленої моделі гендерної рівності в охороні здоров'я, яка полягає у забезпеченні рівних прав та можливостей чоловіків та жінок в отриманні послуг з охорони здоров'я міжнародним підходам при її позитивній оцінці експертами (9,3±1,0 балів) дозволяє рекомендувати запропоновану модель для впровадження в систему охорони здоров'я України в процесі її реформування галузі.

СПИСОК ОСОБИСТИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати дисертації

1. Slabkiy G. A. Contemporary trends in the health of the adult population of Ukraine: gender perspective/ G. A. Slabkiy, A.A. Krapivina //The unity of science. International scientific professional periodical journal. Vienna, Austria, June. 2019. – P. 67-70 (*Дисертантові належить збір даних, аналіз і обробка матеріалу, формування висновків та написання статті*).
2. Крапівіна А. А. Гендерні підходи в питаннях репродуктивного здоров'я/А. А. Крапівіна //Україна. Здоров'я нації. 2019. № 2 (55). С. 79-86.
3. Чепелевская Л. А. Гендерные особенности заболеваемости и распространенности болезней среди взрослого населения Украины в 2008-2012 гг. / Л.А. Чепелевская, А.А.Крапивина//Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. Журнал Казахстанско-Российского медицинского университета. Алматы. 2013. № 3 (3). С. 33-36. (*Дисертантові належить збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків*).

4. Крапівіна А. А. Захворюваність на хвороби системи кровообігу та їх поширеність серед дорослого населення України в 2010 році: гендерний аспект/ А. А. Крапівіна // Україна. Здоров'я нації. 2011. №4 (20). С. 12-18.
5. Крапівіна А. А. Захворюваність на основні класи хвороб та поширеність серед дорослого населення України в гендерному аспекті (2008–2010 рр.)/ А.А.Крапівіна // Україна. Здоров'я нації. 2012. № 1 (21). С. 51–55.
6. Крапівіна А.А. Гендерні особливості забезпечення рівності в охороні репродуктивного здоров'я (за даними соціологічного дослідження)/ А.А. Крапівіна// Україна. Здоров'я нації. 2012. №4 (24). С. 118-122.
7. Чепелевська Л. А. Особливості смертності населення України від окремих хвороб органів травлення/Л.А.Чепелевська, А.А. Крапівіна // Україна. Здоров'я нації. 2013. №1 (25). С. 54-58. *(Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз і обробка матеріалу та написання статті)*
8. Крапівіна А.А. Ставлення лікарів до забезпечення гендерної рівності в сфері охорони здоров'я України (за даними соціологічного дослідження)/ А.А.Крапівіна // Україна. Здоров'я нації. 2013. №2 (26). С. 61-66
9. Чепелевська Л. А. Сучасні тенденції смертності населення України/ Л.А.Чепелевська, О.П. Рудницький, А.А. Крапівіна //Україна. Здоров'я нації. 2014. №1 (29). С. 33-39 *(Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз статистичних даних, формування висновків,написання статті)*.
10. Krapivina A. Recent Death Rate Tendencies of Ukrainian Population in Gender Aspect / A. Krapivina // The research challenges in nursing practice. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego. Rzeszów. 2017. p. 74-80.
11. Дудіна О.О. Характеристика гендерних особливостей здоров'я населення в Україні. Гендерні відмінності в медико-демографічних показниках / О.О.Дудіна, А.А. Крапівіна, Г.В. Шпак// Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію в 2010 р. / за ред. О. В. Аніщенко. К., 2011. С. 130-135 *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір та обробка матеріалів, написання статті)*.
12. Крапівіна А. А. Гендерні особливості стану здоров'я дорослого населення України/А.А. Крапівіна //Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію в 2011 р. / за ред. І. М. Ємця. К., 2012. С. 144-151
13. Крапівіна А. А. Гендерні особливості стану здоров'я дорослого населення України /А.А. Крапівіна // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за ред. Р. В.Богатирьової. К., 2013. С. 68-75
14. Крапівіна А. А. Гендерні особливості стану здоров'я дорослого населення України /А.А. Крапівіна // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. К., 2014. С. 75-81.

Опубліковані праці апробаційного характеру

15. Крапівіна А. А. Захворюваність та поширеність хвороб системи кровообігу серед дорослого населення України у гендерному аспекті (2008-2010 рр.) /А.А. Крапівіна // Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., м. Житомир, 10-11 листопада 2011р. Ж., 2011. С. 315-317.

16. Крапівіна А. А. Захворювання дорослого населення на соціально значимі хвороби та їх поширеність: гендерний аспект/А.А. Крапівіна // Старіння та здоров'я: матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я, м. Київ, 5–6 квітня 2012 р. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2012. №1 (17). С. 178–179
17. Крапівіна А. А. Забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України (за результатами соціологічного дослідження) /А.А. Крапівіна // V з'їзд спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я: матеріали з'їзду, м. Житомир, 11–12 жовтня 2012 р. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2012. С. 53–54.
18. Крапівіна А.А. Гендерні особливості захворюваності та поширеності провідних класів хвороб серед дорослого населення України в 2007-2011 рр./А.А. Крапівіна// Досвід реалії і перспективи розвитку системи охорони здоров'я: матеріали Українсько-польського симпозиуму, м. Львів, 18 квітня 2013 р. 2013. С. 294-296
19. Чепелевська Л. А. Сучасні гендерні особливості смертності населення України/ Л.А. Чепелевская, А.А. Крапівіна // Медико-соціальні питання в реформуванні сфери охорони здоров'я: матеріали наук.-практ. конф., м. Київ, 24-25 жовтня 2013. Україна. Здоров'я нації. 2013. № 4 (28). С. 172-173 (*Дисертантові належить ідея написання тез, аналіз і обробка матеріалу та написання тез доповіді*).
20. Крапівіна А. А. Сучасні тенденції смертності населення України/А.А. Крапівіна // Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи: матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю, м. Житомир 24 жовтня 2014р. Ж. 2014. С. 247-251
21. Крапівіна А. А. Сучасні тенденції смертності населення України: гендерний аспект/А.А. Крапівіна // Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи: матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю, м. Житомир 15-16 жовтня 2015 р. Ж., 2016. С. 125-127
22. Крапівіна А. А. Особливості стану здоров'я дорослого населення України: гендерний аспект/А.А. Крапівіна // Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи: матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю, м. Житомир 20-21 жовтня 2016 р. Ж. 2016: С. 263-264
23. Крапівіна А. А. Характеристика особливостей захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення України в гендерному аспекті/А.А. Крапівіна // Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні: матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю, м. Ужгород, 24-25 травня 2017 р. Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. С. 326-327
24. Крапівіна А. А. Гендерні особливості захворюваності та поширеності хвороб дорослого населення України/А.А. Крапівіна // Здоров'я та суспільні виміри в академічному просторі та поза ним: матеріали міжн. наук. конф., м. Вінниця, 6 жовтня 2017 р. Київ: Школа охорони здоров'я НАУКМА, 2017. С. 81–84.
25. Крапівіна А. А. Гендерний підхід як характеристика стану здоров'я населення/А.А. Крапівіна // Здоров'я та суспільні виміри в академічному просторі та поза ним: матеріали II наук. конф., м. Київ 23 травня 2018 р. Київ: Школа охорони здоров'я НАУКМА, 2018. С. 12-13.

26. Чепелевская Л. А. Особенности заболеваемости и распространенности болезней среди взрослого населения/ Л.А. Чепелевская, А.А. Крапивина// Активное долголетие: материалы I Международного форума, г. Алматы, 3-4 июня 2013 г. 2013. С. 49 (*Дисертантові належить узагальнення та аналіз статистичних даних, написання статті*).

27. Krapivina A. Gender characteristics population mortality in Ukraine/ A. Krapivina // Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistancia v procese zmien II. Vzdelávanie kompetencie inovácie prax. Recenzovaný zborník abstraktov vedeckých a odborných prác. Vysoké Tatry. 2017. p. 25-27.

Опубліковані праці, які додатково відображають результати дисертації

28. Чепелевська Л. А. Нормативне регулювання питання гендерної рівності в суспільстві та галузі охорони здоров'я України/ Л.А.Чепелевська, А.А. Крапивіна //Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. 2013. № 2. Т. 1. С. 16-19 (*Дисертантові належить узагальнення та аналіз статистичних даних, написання статті*).

29. Слабкий Г. О. Гендерний аспект захворюваності дорослого населення за регіонами України: інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я/Г.О. Слабкий, Н.В. Медведовська, А.Є.Горбань, А.А.Крапивіна // № 329-2012. Укрмедпатентінформ. К., 2012. 4с. (*Дисертантові належить узагальнення та аналіз статистичних даних, написання інформаційного листа*).

30. Чепелевська Л.А. Медико-соціальне обґрунтування моделі гендерної рівності в сфері охорони здоров'я України: інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я / Л.А.Чепелевська, А.А.Крапивіна, Л.Ф.Закрутько // №46-2014 Укрмедпатентінформ. К., 2014. 5 с. (*Дисертантові належить ідея написання інформаційного листа, узагальнення та аналіз даних, написання інформаційного листа*).

31. Чепелевська Л.А. Модель гендерної рівності в охороні здоров'я України/ Л.А. Чепелевская, А.А. Крапивина// Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначений для впровадження досягнень медичної науки в сферу охорони здоров'я. Реєстр. № 345/1/14. К., 2015. С.297-298

32. Слабкий Г. О. Аналіз захворюваності та поширеності хвороб дорослого населення у гендерному аспекті / Г.О. Слабкий, Н.В.Медведовська, А.Є.Горбань, А.А. Крапивіна //Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначений для впровадження досягнень медичної науки в сферу охорони здоров'я. Реєстр. № 333/1/14. К., 2015. С. 285-286.

АНОТАЦІЯ

Можарівська А. А. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України. –Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальностями 14.02.03 – соціальна медицина (222 – Медицина). – Ужгородський національний університет, Ужгород, 2020.

Дисертація присвячена рішенням важливої науково-практичної проблеми – науковому обґрунтуванню та розробці сучасної концептуальної моделі гендерної

рівності в охороні здоров'я України в рамках реформування системи надання медичної допомоги населенню.

Комплексним соціально-гігієнічним дослідженням доведена невідповідність рекомендаціям ВООЗ та міжнародним підходам рішення проблеми гендерної рівності в отриманні медичної допомоги в системі охорони здоров'я України.

Вивчено сучасні гендерні особливості показників захворюваності, поширеності хвороб та смертності населення України. Рівні поширеності хвороб та захворюваності вищі у жінок (в цілому в 1,2-1,3 разу), за винятком розладів психіки та поведінки та травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників. Тоді як показники смертності вищі у чоловіків (в цілому в 1,2 разу), ніж у жінок, за винятком хвороб системи кровообігу.

Аналіз вітчизняних нормативно-правових документів виявив недосконалість законодавчої бази з гендерних питань в охороні здоров'я.

Методом соціологічного дослідження встановлено недосконалість при забезпеченні гендерної рівності системою охорони здоров'я при наданні медичних послуг населенню та виявлено недоліки при наданні репродуктивних послуг чоловікам (75,8±3,5% чоловіків та 71,4±2,8% жінок серед лікарів та 86,1±3,9% чоловіків і 72,2±5,3% жінок серед організаторів охорони здоров'я), що обумовлено відсутністю лікаря-андролога у лікувальних закладах і визначено пропозицію до впровадження його посади у закладах охорони здоров'я (90,8±2,3% чоловіків та 82,6±2,4% жінок серед лікарів та 73,4±5,0% чоловіків та 70,8±5,4% жінок серед організаторів охорони здоров'я).

Науково обґрунтовано концептуальні підходи та модель гендерної рівності в охороні здоров'я, структурними компонентами якої є 5 взаємопов'язаних блоків: правова складова, організаційна структура охорони здоров'я, наукова складова, освітня складова, зацікавленість населення та проведення моніторингу і оцінки забезпечення гендерної рівності.

Запропонована модель гендерної рівності позитивно оцінена експертами (9,3±1,0 балів) та рекомендовано для впровадження в систему охорони здоров'я України в процесі реформування галузі

Ключові слова: чоловіки, жінки, охорона здоров'я, гендер, гендерна рівність, захворюваність, поширеність хвороб, смертність, репродуктивне здоров'я, модель.

SUMMARY

Mozharivska A. A. Medical and social justification of the conceptual model of gender equality in health care of Ukraine. - Manuscript.

Thesis for the degree of doctor of philosophy, candidate of medical sciences (specialty 14.02.03 "Social medicine" (222 – Health care). – Uzhgorod National University, Uzhgorod, 2020.

The thesis is devoted to the solution of an important scientific and practical problem - scientific substantiation and development of a modern conceptual model of gender equality in health care of Ukraine within the framework of reforming the system of providing medical care to the population.

Comprehensive medical-and-social study defined mismatch in health care have shown that the recommendations of WHO and international approaches to addressing gender equality in health care in Ukraine have not been met.

Modern gender features of morbidity, disease prevalence and mortality rates of the Ukrainian population have been studied. Disease prevalence and morbidity rates are higher in women (1,2-1,3 times overall), with the exception of mental and behavioral disorders and traumas, poisonings and some other effects of external factors. While the mortality rate is higher in men (1,2 times more than in women), except for circulatory system diseases.

An analysis of the national legal framework revealed the imperfection of the legal framework on gender issues in health care.

According to the method of sociological survey, gender equality was not provided by the health care system in the provision of medical services to the population, and shortcomings were found in the provision of reproductive services to men ($75,8 \pm 3,5\%$ of men and $71,4 \pm 2,8\%$ of women among doctors and $86,1 \pm 3,9\%$ of men and $72,2 \pm 5,3\%$ of women among health care organizers), due to the lack of an andrologist in medical institutions and a proposal for the introduction of his position in medical institutions ($90,8 \pm 2,3\%$ of men and $82,6 \pm 2,4\%$ of women among doctors and $73,4 \pm 5,0\%$ of men and $70,8 \pm 5,4\%$ of women are healthcare providers).

A model of gender equality in health care of Ukraine is substantiated and developed, which consists of five interconnected blocks: legal component, organizational structure of health care, scientific component, educational component, interest of the population and monitoring and evaluation of gender security. equality. In contrast to the current situation, the introduction of the proposed model eliminates the existing shortcomings in the provision of health services to men and women.

Compliance with a well-founded and developed model of gender equality in health care, which is to ensure equal rights and opportunities for men and women when receiving health care services, and compliance with international approaches with a positive evaluation by experts (9.3 ± 1.0 points) allows us to recommend the proposed model for introduction into the health care system of Ukraine in the process of industry reform.

Keywords: men, women, health care, gender, gender equality, morbidity, disease prevalence, mortality, reproductive health, model.

АННОТАЦИЯ

Можаривская А. А. Медико-социальное обоснование концептуальной модели гендерного равенства в здравоохранении Украины. - Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 - социальная медицина (222 - Медицина). - Ужгородский национальный университет, Ужгород, 2020.

Диссертация посвящена решению важной научно-практической проблемы - научному обоснованию и разработке современной концептуальной модели гендерного равенства в здравоохранении Украины в рамках реформирования системы оказания медицинской помощи населению.

Комплексным социально-гигиеническим исследованиям доказана несоответствие рекомендациям ВОЗ и международным подходам решения проблемы гендерного равенства в получении медицинской помощи в системе здравоохранения Украины.

Изучены современные гендерные особенности показателей заболеваемости, распространенности болезней и смертности населения Украины. Уровни распространенности болезней и заболеваемости выше у женщин (в целом в 1,2-1,3 раза), за исключением расстройств психики и поведения и травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних факторов. Тогда как показатели смертности выше среди мужчин (в целом в 1,2 раза), за исключением болезней системы кровообращения.

Анализ отечественной нормативно-правовой базы обнаружил несовершенство законодательной базы по гендерным вопросам в здравоохранении.

Методом социологического исследования изучено недостаточное обеспечение гендерного равенства системой здравоохранения при оказании медицинских услуг населению и выявлены недостатки при оказании репродуктивных услуг мужчинам ($75,8 \pm 3,5\%$ мужчин и $71,4 \pm 2,8\%$ женщин среди врачей и $86,1 \pm 3,9\%$ мужчин и $72,2 \pm 5,3\%$ женщин среди организаторов здравоохранения), что обусловлено отсутствием врача-андролога в лечебных учреждениях вторичного уровня оказания медицинской помощи, определены предложение к внедрению его должности в лечебных учреждениях ($90,8 \pm 2,3\%$ мужчин и $82,6 \pm 2,4\%$ женщин среди врачей и $73,4 \pm 5,0\%$ мужчин и $70,8 \pm 5,4\%$ женщин среди организаторов здравоохранения).

Научно обоснованы концептуальные подходы и модель гендерного равенства в здравоохранении, структурными компонентами которой являются пять взаимосвязанных блоков: организационная структура системы здравоохранения, правовая составляющая, научная составляющая, образовательная составляющая и заинтересованность населения и проведение мониторинга и оценки обеспечения гендерного равенства. В отличии от существующей ситуации, предложенная модель позволяет устранить существующие недостатки при оказании услуг системы здравоохранения мужчин и женщин.

Соответствие обоснованной и разработанной модели гендерного равенства в здравоохранении, которая заключается в обеспечении равных прав и возможностей мужчин и женщин при получении услуг по охране здоровья, и соответствие международным подходам при положительной оценке экспертами ($9,3 \pm 1,0$ баллов) позволяет рекомендовать предложенную модель для внедрения в систему здравоохранения Украины в процессе реформирования отрасли.

Ключевые слова: мужчины, женщины, здравоохранение, гендер, гендерное равенство, заболеваемость, распространенность болезней, смертность, репродуктивное здоровье, модель.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ІХС	Ішемічна хвороба серця
КМУ	Кабінет Міністрів України
ЛЗП/СЛ	Лікар загальної практики-сімейний лікар
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НПК	Науково-практична конференція
ООН	Організація об'єднаних націй
ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги
ЦРТ	Цілі розвитку тисячоліття