

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

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

МОЖАРІВСЬКА АНТОНІНА АНАТОЛІЇВНА

УДК 614-058:341.21.001.57(477)

ДИСЕРТАЦІЯ

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

14.02.03 - соціальна медицина

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ А.А. Можарівська

Науковий керівник:

СЛАБКІЙ ГЕННАДІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ

доктор медичних наук, професор

Ужгород - 2020

АНОТАЦІЯ

Можарівська А. А. **Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України.** – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальностями 14.02.03 – соціальна медицина (222 – Медицина). – Виконана в державній установі «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» м. Київ, захищається у спеціалізованій вченій раді К 61.051.09 при Ужгородському національному університеті.

Дисертація присвячена рішення 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.

Завдання дослідження були комплексними та скеровані на досягнення поставленої мети.

Досягнення мети потребувало розробки спеціальної програми, яка передбачала її реалізацію у вісім організаційних етапів з використанням адекватних методів, на кожному з яких виконувались взаємопов'язані завдання, що дозволило забезпечити системний підхід у проведенні дослідження та отримати репрезентативні результати для оцінки об'єкту дослідження.

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.

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 (чоловіків 17,08% і 7,52%, жінок та 12,75% та 3,35% відповідно) з переважанням показників поширеності серед жінок хвороб сечостатевої системи в 2,87 ($p<0,001$), а захворюваності в 4,51 ($p<0,001$) разу; хвороб крові і кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму в 3,11 ($p<0,001$) та 2,6 ($p<0,001$) разу; хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин в 2,37 ($p<0,001$) та 2,25 ($p<0,001$) разу; новоутворень в 1,8 ($p<0,001$) та 1,6 ($p<0,001$) разу; хвороб системи кровообігу в 1,3 ($p<0,001$) та 1,17 ($p<0,001$) разу; хвороб кістково-м'язевої системи та сполучної тканини в 1,32 ($p<0,001$) та 1,04 ($p<0,001$) разу; 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 підвищені 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 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 по забезпеченню 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.

В ході дослідження було використано сучасні методи наукового дослідження: бібліосемантичний, статистичний, концептуального моделювання, описового моделювання, контент-аналіз, організаційного експерименту, експертних оцінок. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати дослідження були апробовані шляхом їх доповідей на міжнародних, національних та регіональних науково-практичних конференціях.

В ході дослідження було встановлено ряд недоліків з питань забезпечення гендерної рівності при наданні послуг охорони здоров'я, зокрема:

1. Недосконалість вітчизняної нормативно-правової бази щодо гендерних питань в охороні здоров'я України.

2. Відсутність стратегічного відділу з гендерних питань в міністерстві охорони здоров'я, завданням якого є координація механізмів інтеграції принципу гендерної рівності в секторі охорони здоров'я.

3. Недостатній рівень використання статистичних даних медико-демографічних показників для розробки цільових програм.

4. Недосконала структура організації послуг охорони здоров'я та кадрова політика, зокрема з питань репродуктивного та сексуального здоров'я чоловіків,

5. Відсутність вивчення гендерних питань щодо особливостей стану здоров'я, перебігу захворювань та підходів до діагностики, лікування та профілактики хвороб в освітніх програмах на до дипломному та післядипломному рівнях.

6. Низький рівень вітчизняних наукових досліджень з питань гендерних особливостей стану здоров'я населення.

7. Низька зацікавленість та мотивація населення щодо формування відповідального ставлення до власного здоров'я та використання профілактичних здоров'язберігаючих технологій та програм.

Базуючись на отриманих в ході дослідження результатах і запропонованих концептуальних підходах до розробки моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України було розроблено концептуальну модель гендерної рівності в охороні здоров'я України.

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 взаємозв'язок п'яти блоків: правової складової, організаційної структури охорони здоров'я, наукової, освітньої складових, зацікавленості населення та проведення моніторингу і оцінки забезпечення гендерної рівності за визначеними індикаторами, що дозволить усунути існуючі недоліки при наданні послуг охорони здоров'я чоловікам та жінкам.

Інноваційним є створення якісно нової Державної програми забезпечення гендерної рівності в сфері охорони здоров'я України, як основного юридичного та організаційно-методичного документу з гендерних питань, в основу якої покладені ключові принципи міжнародних документів та документів ВООЗ щодо інтеграції гендерного підходу в охорону здоров'я, адаптовані до національних потреб, та існуючі вітчизняні нормативно-правові документи з питань гендерної рівності.

Другою інновацією є створення нового структурного підрозділу – відділу з гендерних питань в міністерстві охорони здоров'я України, що забезпечить стратегічне планування та чітку координацію заходів з питань реалізації рівних прав та можливостей чоловіків та жінок у охороні здоров'я.

Третьою інновацією є створення нової медичної установи – Центру чоловічого здоров'я.

Четвертою інновацією стало пропозиція включення до сучасної номенклатури лікарських спеціальностей спеціальності лікаря-андролога з розробкою відповідної кваліфікаційної характеристики його посади; забезпечення спеціалізації лікаря-андролога та можливості їх безперервного професійного розвитку.

П'ятою інновацією є сприяння та залучення науковців до проведення досліджень з гендерних питань в охороні здоров'я.

Шостою інновацією стало забезпечення інформацією спеціалістів галузі з гендерних питань в охороні здоров'я шляхом включення гендерних питань охорони здоров'я до освітніх програм на до дипломному та післядипломному рівнях.

Незалежні експерти позитивно оцінили запропоновану модель гендерної рівності в охороні здоров'я ($9,3 \pm 1,0$ балів) та рекомендували її 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.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ 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. Аніщенка. 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-практична конференція, 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. Крапивина // 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 asistencia 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. Крапівіна // 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.Крапівіна // № 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.Крапівіна, 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. Чепелевська, А.А. Крапівіна // 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. Крапівіна // 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.

Abstract

Mozharivska A.A. Medical and social justification of the conceptual model of gender equality in health care of Ukraine. - Qualifying scientific work on the wrights of manuscript.

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

Thesis performed at the Ukrainian Institute of Strategic Research of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv.

The thesis is defended at the Uzhgorod National University, Uzhgorod.

The thesis is devoted to the solution of an important scientific and practical problem

- scientific substantiation and development of a modern optimized functional and organizational model of gender equality in health care of Ukraine within the framework of reforming the system of providing medical care to the population.

The objectives of the study were comprehensive and aimed at achieving this goal.

The achievement of the goal required the development of a specific program that involved its implementation in eight organizational stages, using adequate methods, each of which performed interrelated tasks, which allowed to provide a systematic approach to the study and to obtain representative results for the evaluation of the research object.

Object of the study: ensuring gender equality in the provision of health care to the population in the health care system of Ukraine.

Subject of research: indicators of mortality, morbidity and prevalence of diseases among the population of Ukraine in gender aspect, peculiarities of providing medical care to men and women depending on their health status, international and national normative legal and methodological documents on ensuring gender equality in health care and international and national strategies and programs to ensure gender equality in the organization of reproductive health services, assessment of gender equality in health care by the population, doctors and health care organizers.

The scientific novelty of the dissertation results is that for the first time in Ukraine:

1. The problems of ensuring gender equality in the field of health care of Ukraine at the present stage of society development and reforming the system of providing medical care to the population and ways of their solution in order to ensure equal access of men and women to medical services are systematically presented.

2. Ten-year gender characteristics of morbidity and disease prevalence rates among adult population of Ukraine, which are characterized by their decrease in the population of both sexes (men 17.08% and 7.52%, women and 12.75% and 3.35% respectively) have been investigated. prevalence of prevalence among women of diseases of the genitourinary system in 2.87 ($p < 0.001$), and morbidity in 4.51 ($p < 0.001$) times; diseases of the blood and hematopoietic organs and individual disorders involving the immune mechanism 3.11 ($p < 0.001$) and 2.6 ($p < 0.001$) times; diseases of the endocrine system, eating disorders and metabolic disorders at 2.37 ($p < 0.001$) and 2.25 ($p < 0.001$) times; neoplasms 1.8 ($p < 0.001$)

and 1.6 ($p < 0.001$) times; diseases of the circulatory system 1.3 ($p < 0.001$) and 1.17 ($p < 0.001$) times; diseases of the musculoskeletal system and connective tissue at 1.32 ($p < 0.001$) and 1.04 ($p < 0.001$) times; nervous system diseases 1.27 ($p < 0.001$) and 1.24 ($p < 0.001$) times; eye and appendage diseases 1.23 ($p < 0.001$) and 1.18 ($p < 0.001$) times, respectively.

3. The eight-year, gender-based dynamics of the mortality rate of the Ukrainian population has been established, characterized by a 18.9% decrease in the mortality rates for men and 10.7% for women; which are higher in men than in women 1.2 times, including due to external causes of death 4.3 times, some infectious and parasitic diseases 3.3 times; respiratory system diseases 3.1 times; digestive diseases 2.0 times, neoplasms 1.5 times with maximum indices of death of men (3.1 times, $p < 0.001$) aged 20-54 years.

4. The attitude of patients as recipients of health care services to ensure the principle of gender equality when receiving medical services has been investigated, of which $16.4 \pm 2.7\%$ of men and $13.5 \pm 2.2\%$ of women have pointed out not equal opportunities for both genders.

5. The level of evaluation by health care providers and doctors, as healthcare providers, of ensuring gender equality in the health care system when providing health services to the population is established.

5.1. 2.7% of women and 5.2% of men surveyed, and 8.3% of women and 7.6% of men surveyed, indicated that there were problems in ensuring gender equality when providing medical assistance to the population ;

5.2. Deficiencies in the delivery of reproductive services to men were indicated by $75.8 \pm 3.5\%$ of men and $71.4 \pm 2.8\%$ of women among the interviewed doctors, $86.1 \pm 3.9\%$ of men and $72.2 \pm 5.3\%$ of women from the surveyed health care organizers are the reason for the lack of posts of andrologists in healthcare facilities of the secondary medical care;

5.3. Of the doctors interviewed, $73.4 \pm 5.0\%$ of men and $70.8 \pm 5.4\%$ of women indicated the need for increased knowledge of gender issues in healthcare, including $75.9 \pm 4.8\%$ and $75.0 \pm 5.1\%$ according to the issues of normative legal support of gender equality in the provision of medical care, $65.8 \pm 5.4\%$ and $73.6 \pm 5.2\%$ according to the

peculiarities of the clinical course of diseases depending on the gender of patients, $69.4 \pm 5.4\%$ and $69.6 \pm 5.2\%$, respectively, according to the particularities of pharmacotherapy and the principles of treatment depending on the gender of the patients.

6. WHO strategies, international normative and domestic legislative framework on the implementation of the principle of gender equality in the health care system of Ukraine have been investigated and the imperfections of the national legislative framework have been identified and the main tasks and measures aimed at ensuring gender equality in the political, economic, social and in the field of education in the absence of targeted programs and measures in the health care system of the country, with national regulations on reproductive health ov'ya considered in the light of the needs of women, without considering the problem of men as equal participants in the reproductive process.

7. Conceptual approaches are substantiated and a conceptual model of gender equality in health care of Ukraine is developed with the structural components of five interconnected blocks: legal, organizational structure of health care, scientific, educational, population's interest in monitoring and evaluation ensuring gender equality with its relevance to international approaches with a positive evaluation by experts (9.3 ± 1.0 points), which, unlike the current situation, eliminates the existing shortcomings to ensure equal rights and opportunities for men and women to receive health care services.

Data on sexually transmitted disease incidence rates have been further developed.

Methodological approaches to improve, at the graduate level, the competencies of physicians in ensuring gender equality in health care have been improved.

The theoretical implications of the findings are a substantial complement to social medicine theory in terms of the organization of care for men and women and gender equality in health care.

The practical implications of these findings are to substantiate the strategy and tactics of gender equality in health care and the groundwork for improving the organization of care for men and women.

In the course of the research modern methods of scientific research were used: biblio-semantic, medical-statistical, statistical, expert evaluations, conceptual modeling, descriptive modeling. The methodological basis of the study was a systematic approach.

The results of the study were tested through their reports at international, national and regional scientific and practical conferences.

The study identified a number of shortcomings regarding gender equality in health care delivery, including:

1. The imperfection of the national legal framework on gender issues in health care in Ukraine.

2. The absence of a strategic department for gender in the Ministry of Health, whose task is to coordinate mechanisms for integrating the principle of gender equality in the health sector.

3. Insufficient level of use of statistics of medical demographic indicators for the development of targeted programs.

4. The imperfect structure of the organization of health services and personnel policies, in particular on reproductive and sexual health of men,

5. Lack of gender studies on health features, illnesses, and approaches to disease diagnosis, treatment and prevention in educational programs at pre-graduate and postgraduate levels.

6. Low level of domestic research on gender specific health status of the population.

7. Low interest and motivation of the population to form a responsible attitude to their own health and to use preventive health-saving technologies and programs.

Based on the results obtained during the study and the proposed conceptual approaches to the development of a model of gender equality in health care in Ukraine, an optimized model of gender equality in health care in Ukraine was developed.

The strategic direction of the model is to ensure equal opportunities for men and women when receiving health care services, depending on their needs.

The tactical direction of the model is to integrate the mechanisms of gender approach into the health care system and to optimize its activities in the provision of health services.

The proposed model is based on the interplay of 5 components: the legal component, the healthcare system, the scientific, the educational components and the interest of the population.

Innovative is the creation of a qualitatively new State Program on Gender Equality in Health Care of Ukraine, which is based on key principles of international and WHO documents on gender mainstreaming in health care, adapted to national needs, and existing national regulatory and legal frameworks. documents on gender equality.

The second innovation is the creation of a new structural unit - the Gender Unit in the Ministry of Health of Ukraine, which will provide strategic planning and a clear coordination of activities on the realization of equal rights and opportunities for men and women in health care.

The third innovation is the creation of a new medical facility, the Men's Health Center.

The fourth innovation was the inclusion in the modern nomenclature of medical specialties of an andrologist with the development of appropriate qualification characteristics of his position; ensuring the specialization of andrologist and the possibility of their continuous professional development.

The fifth innovation is the promotion and involvement of researchers in gender research in health care.

The sixth innovation was the provision of information to gender specialists in the field of health care through gender mainstreaming in educational programs at the graduate and postgraduate levels.

Independent experts welcomed the proposed model of gender equality in health care.

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

THE LIST OF PUBLISHED PAPERS ON THE THESIS TOPIC

Scientific papers in which the main results of the thesis are published:

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. – R. 67-70 (Dysertantovi nalezhyt zbir danykh, analiz i obrobka materialu, formuvannia vysnovkiv ta

napysannia statti).

2. Krapivina A. A. Henderni pidkhody v pytanniakh reproduktyvnoho zdorov/ A. A. Krapivina // Ukraina. Zdorovia natsii. 2019. № 2 (55). S. 79-86.
3. Chepelevskaia L. A. Hendernye osobennosti zaboлеваemosty y rasprostranennosty boleznei sredy vzrosloho naseleniya Ukrainy v 2008-2012 hh. / L.A. Chepelevskaia, A.A.Krapiyvna // Aktualnye problemy teoreticheskoi y klynycheskoi medytsyny. Zhurnal Kazakhstansko-Rossyiskoho medytsynskoho unyversyteta. Almaty. 2013. № 3 (3). S. 33-36. (Dysertantovi nalezhyt zbir danykh, analiz i obrobka materialu ta formuvannia vysnovkiv).
4. Krapivina A. A. Zakhvoriuvanist na khvoroby systemy krovoobihu ta yikh poshyrenist sered dorosloho naselennia Ukrainy v 2010 rotsi: hendernyi aspekt / A. A. Krapivina // Ukraina. Zdorovia natsii. 2011. №4 (20). S. 12-18.
5. Krapivina A. A. Zakhvoriuvanist na osnovni klasy khvorob ta poshyrenist sered dorosloho naselennia Ukrainy v hendernomu aspekti (2008–2010 rr.)/ A.A.Krapivina // Ukraina. Zdorovia natsii. 2012. № 1 (21). S. 51–55.
6. Krapivina A.A. Henderni osoblyvosti zabezpechennia rivnosti v okhoroni reproduktyvnoho zdorovia (za danymy sotsiolohichnoho doslidzhennia) / A.A. Krapivina // Ukraina. Zdorovia natsii. 2012. №4 (24). S. 118-122.
7. Chepelevska L. A. Osoblyvosti smertnosti naselennia Ukrainy vid okremykh khvorob orhaniv travlennia / L.A.Chepelevska, A.A. Krapivina // Ukraina. Zdorovia natsii. 2013. №1 (25). S. 54-58. (Dysertantovi nalezhyt ideia napysannia statti, analiz i obrobka materialu ta napysannia statti)
8. Krapivina A.A. Stavlennia likariv do zabezpechennia hendernoї rivnosti v sferi okhorony zdorovia Ukrainy (za danymy sotsiolohichnoho doslidzhennia) / A.A.Krapivina // Ukraina. Zdorovia natsii. 2013. № 2 (26). S. 61-66.
9. Chepelevska L. A. Suchasni tendentsii smertnosti naselennia Ukrainy / L.A.Chepelevska, O.P. Rudnytskyi, A.A. Krapivina // Ukraina. Zdorovia natsii. 2014. №1 (29). S. 33-39 (Dysertantovi nalezhyt ideia napysannia statti, analiz statystychnykh danykh, formuvannia vysnovkiv,napysannia statti).
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. Dudina O.O. Kharakterystyka hendernykh osoblyvostei zdorovia naselennia v Ukraini. Henderni vidminnosti v medyko-demohrafichnykh pokaznykakh / O.O.Dudina, A.A. Krapivina, H.V. Shpak // Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naselennia Ukrainy ta sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu v 2010 r. / za red. O. V. Anishchenka. K., 2011. S. 130-135 (Dysertantovi nalezhyt ideia napysannia statti, zbir ta obrobka materialiv, napysannia statti).

12. Krapivina A. A. Henderni osoblyvosti stanu zdorovia dorosloho naselennia Ukraini/A.A. Krapivina // Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naselennia Ukrainy ta sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu v 2011 r. / za red. I. M. Yemtsia. K., 2012. S. 144-151

13. Krapivina A. A. Henderni osoblyvosti stanu zdorovia dorosloho naselennia Ukrainy /A.A. Krapivina // Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naselennia Ukrainy ta sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2012 rik / za red. R. V.Bohatyrovai. K., 2013. S. 68-75

14. Krapivina A. A. Henderni osoblyvosti stanu zdorovia dorosloho naselennia Ukrainy /A.A. Krapivina // Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naselennia Ukrainy ta sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2013 rik / za red. O. S. Musiia. K., 2014. S. 75-81.

Published papers of approbational character:

15. Krapivina A. A. Zakhvoriuvanist ta poshyrenist khvorob systemy krovoobihu sered dorosloho naselennia Ukrainy u hendernomu aspekti (2008-2010 rr.) / A.A. Krapivina // Vyscha osvita v medsestrynstvi: problemy i perspektyvy: materialy Vseukr. nauk.-prakt. konf., m. Zhytomyr, 10-11 lystopada 2011r. Zh., 2011. S. 315-317.

16. Krapivina A. A. Zakhvoriuvannia dorosloho naselennia na sotsialno znachymi khvoroby ta yikh poshyrenist: hendernyi aspekt /A.A. Krapivina // Starinnia ta zdorovia: materialy mizhnarodnoi naukovo-praktychna konferentsiia, prysviachenoii Vsesvitnomu dniu zdorovia, m. Kyiv, 5–6 kvitnia 2012 r. Skhidnoievropeiskyi zhurnal hromadskoho zdorovia. 2012. №1 (17). S. 178–179

17. Krapivina A. A. Zabezpechennia hendernoi rivnosti v okhoroni zdorovia Ukrainy

(za rezultatamy sotsiologichnoho doslidzhennia) / A.A. Krapivina // V zizd spetsialistiv z sotsialnoi medytsyny ta orhanizatoriv okhorony zdorovia: materialy zizdu, m. Zhytomyr, 11–12 zhovtnia 2012 r. Skhidnoevropeyskyi zhurnal hromadskoho zdorovia. 2012. S. 53–54.

18. Krapivina A.A. Henderni osoblyvosti zakhvoriuvanosti ta poshyrenosti providnykh klasiv khvorob sered dorosloho naselennia Ukrainy v 2007-2011 rr. / A.A. Krapivina // Dosvid realii i perspektyvy rozvytku systemy okhorony zdorovia: materialy Ukrainsko-polskoho sympoziumu, m. Lviv, 18 kvitnia 2013 r. 2013. S. 294-296

19. Chepelevska L. A. Suchasni henderni osoblyvosti smertnosti naselennia Ukrainy/ L.A. Chepelevskaia, A.A. Krapyvyna // Medyko-sotsialni pytannia v reformuvanni sfery okhorony zdorovia: materialy nauk.-prakt. konf., m. Kyiv, 24-25 zhovtnia 2013. Ukraina. Zdorovia natsii. 2013. № 4 (28). S. 172-173 (Dysertantovi nalezhyt ideia napysannia tez, analiz i obrobka materialu ta napysannia tez dopovidi).

20. Krapivina A. A. Suchasni tendentsii smertnosti naselennia Ukrainy / A.A. Krapivina // Vyshcha osvita v medsestrynstvi: problemy i perspektyvy: materialy nauk.-prakt. konf. z mizhnarodnoiu uchastiu, m. Zhytomyr 24 zhovtnia 2014r. Zh. 2014. S. 247-251

21. Krapivina A. A. Suchasni tendentsii smertnosti naselennia Ukrainy: hendernyi aspekt / A.A. Krapivina // Vyshcha osvita v medsestrynstvi: problemy i perspektyvy: materialy nauk.-prakt. konf. z mizhnarodnoiu uchastiu, m. Zhytomyr 15-16 zhovtnia 2015 r. Zh., 2016. S. 125-127

22. Krapivina A. A. Osoblyvosti stanu zdorovia dorosloho naselennia Ukrainy: hendernyi aspekt / A.A. Krapivina // Vyshcha osvita v medsestrynstvi: problemy i perspektyvy: materialy nauk.-prakt. konf. z mizhnarodnoiu uchastiu, m. Zhytomyr 20-21 zhovtnia 2016 r. Zh. 2016: S. 263-264

23. Krapivina A. A. Kharakterystyka osoblyvostei zakhvoriuvanosti ta poshyrenosti khvorob sered dorosloho naselennia Ukrainy v hendernomu aspekti / A.A. Krapivina // Aktualni pytannia rozvytku systemy hromadskoho zdorovia v Ukraini: materialy nauk.-prakt. konf. z mizhnarodnoiu uchastiu , m. Uzhhorod, 24-25 travnia 2017 r. Ukraina. Zdorovia natsii. 2017. № 3. S. 326-327

24. Krapivina A. A. Henderni osoblyvosti zakhvoriuvanosti ta poshyrenosti khvorob dorosloho naselennia Ukrainy / A.A. Krapivina // Zdorovia ta suspilni vymiry v akademichnomu prostori ta poza nym: materialy mizhn. nauk. konf., m. Vinnytsia, 6 zhovtnia 2017 r. Kyiv: Shkola okhorony zdorovia NAUKMA, 2017. S. 81–84.
25. Krapivina A. A. Hendernyi pidkhid yak kharakterystyka stanu zdorovia naselennia/A.A. Krapivina // Zdorovia ta suspilni vymiry v akademichnomu prostori ta poza nym: materialy II nauk. konf., m. Kyiv 23 travnia 2018 r. Kyiv: Shkola okhorony zdorovia NAUKMA, 2018. S. 12-13.
26. Chepelevskaia L. A. Osobennosti zaboлеваemosti y rasprostranennosti boleznei sredy vzrosloho naseleniya / L.A. Chepelevskaia, A.A. Krapyvyna // Aktyvnoe dolholetye: materyaly I Mezhdunarodnoho foruma, h. Almaty, 3-4 yiunia 2013 h. 2013. S. 49 (Dysertantovi nalezhyt uzahalnennia ta analiz statystychnykh danykh, napysannia statii).
27. Krapivina A. Gender characteristics population mortality in Ukraine / A. Krapivina // Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencija v procese zmien II. Vzdelávanie kompetencie inovácie prax. Recenzovaný zborník abstraktov vedeckých a odborných prác. Vysoké Tatry. 2017. r. 25-27.

Published papers that additionally depict the thesis results:

28. Chepelevska L. A. Normatyvne rehuliuвання питання hendernoi rivnosti v suspilstvi ta haluzi okhorony zdorovia Ukrainy / L.A.Chepelevska, A.A. Krapivina // Aktualni problemy klinichnoi ta profilaktychnoi medytsyny. 2013. № 2. T. 1. S. 16-19 (Dysertantovi nalezhyt uzahalnennia ta analiz statystychnykh danykh, napysannia statii).
29. Slabkyi H. O. Hendernyi aspekt zakhvoriuvanosti dorosloho naselennia za rehionamy Ukrainy: informatsiinyi lyst pro novovvedennia v systemi okhorony zdorovia / H.O. Slabkyi, N.V. Medvedovska, A.Ie.Horban, A.A.Krapivina // № 329-2012. Ukrmedpatentinform. K., 2012. 4s. (Dysertantovi nalezhyt uzahalnennia ta analiz statystychnykh danykh, napysannia informatsiinoho lysta).
30. Chepelevska L.A. Medyko-sotsialne obhruntuvannia modeli hendernoi rivnosti v sferi okhorony zdorovia Ukrainy: informatsiinyi lyst pro novovvedennia v systemi okhorony zdorovia / L.A.Chepelevska, A.A.Krapivina, L.F.Zakrutko // №46-2014

Ukrmedpatentinform. K., 2014. 5 s. (Dysertantovi nalezhyt ideia napysannia informatsiinoho lysta, uzahalnennia ta analiz danykh, napysannia informatsiinoho lysta).

31. Chepelevska L.A. Model hendernoi rivnosti v okhoroni zdorovia Ukrainy / L.A. Chepelevska, A.A. Krapivina // Perelik naukovoï (naukovo-tekhnichnoi) produktsii, pryznachenyi dlia vprovadzhennia dosiahnen medychnoi nauky v sferu okhorony zdorovia. Reiestr. № 345/1/14. K., 2015. S.297-298

32. Slabkyi H. O. Analiz zakhvoriuvanosti ta poshyrenosti khvorob dorosloho naselennia u hendernomu aspekti / H.O. Slabkyi, N.V.Medvedovska, A.Ie.Horban, A.A. Krapivina // Perelik naukovoï (naukovo-tekhnichnoi) produktsii, pryznachenyi dlia vprovadzhennia dosiahnen medychnoi nauky v sferu okhorony zdorovia. Reiestr. № 333/1/14. K., 2015. S. 285-286.

Зміст

Умовні скорочення	25
Вступ	26
Розділ 1. Аналіз гендерних проблем в охороні здоров'я	36
1.1. Поняття гендеру, історія виникнення та його використання в охороні здоров'я	36
1.2. Гендерна рівність в діяльності системи охорони здоров'я	40
1.3. Питання гендерної рівності в наукових дослідженнях з охорони здоров'я	43
1.4. Про необхідність проведення подальших наукових досліджень	51
Розділ 2. Програма, матеріали, обсяги і методи дослідження	52
Розділ 3. Характеристика особливостей захворюваності та поширеності хвороб серед населення України в гендерному аспекті	60
3.1 Загальна характеристика населення України	60
3.1.1. Характеристика динаміки чисельності населення	60
3.1.2. Статеві-вікова структура населення	62
3.2. Гендерні особливості захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення	64
3.2.1. Тенденції показників захворюваності дорослого населення в гендерному аспекті	64
3.2.2. Аналіз показника поширеності хвороб серед дорослого населення за статтю	69
Висновки за розділом	77
Список особистих робіт за матеріалами розділу	78
Розділ 4. Сучасні тенденції смертності населення України в гендерному аспекті	79
4.1. Аналіз статево-вікових особливостей смертності всього населення	79

4.1.1. Статеві особливості смертності всього населення	79
4.1.2. Гендерна характеристика вікових особливостей смертності всього населення	84
4.2. Характеристика смертності дорослого населення України	85
4.2.1. Аналіз гендерних особливостей смертності дорослого населення	86
4.2.2. Аналіз статево-вікових особливостей структури основних причин смерті дорослого населення	88
Висновки за розділом	96
Список особистих робіт за матеріалами розділу	97
Розділ 5. Міжнародні та національні механізми формування політики гендерної рівності в суспільстві та галузі охорони здоров'я	98
5.1. Міжнародні механізми формування політики гендерної рівності в суспільстві	98
5.2. Гендерні питання в діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я	99
5.3. Рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи про включення гендерних відмінностей в політиці в галузі охорони здоров'я (2008р.)	101
5.4. Національне законодавство з питань забезпечення рівних прав та можливостей чоловіків та жінок	102
5.5. Національні парламентські слухання та їх роль в утвердженні принципу рівності чоловіків та жінок	109
Висновки за розділом	112
Список особистих робіт за матеріалами розділу	112
Розділ 6. Гендерні підходи у питаннях збереження репродуктивного здоров'я	113
6.1. Аналіз нормативно-правової бази з питань репродуктивного здоров'я	113
6.2. Аналіз окремих показників репродуктивного здоров'я	118

Висновки за розділом	126
Список особистих робіт за матеріалами розділу	127
Розділ 7. 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	128
7.1. Ставлення пацієнтів до забезпечення гендерної рівності в системі охорони здоров'я України	128
7.2. Ставлення лікарів до забезпечення гендерної рівності в системі охорони здоров'я України	141
7.3. Ставлення спеціалістів з організації та управління охороною здоров'я до проблеми забезпечення гендерної рівності в галузі	151
Висновки за розділом	160
Список особистих робіт за матеріалами розділу	162
Розділ 8. Обґрунтування моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України	163
8.1. Концептуальні підходи до розробки моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України	163
8.2. Характеристика оптимізованої моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я	170
8.3. Експертна оцінка запропонованих інновацій	177
Висновки за розділом	178
Список особистих робіт за матеріалами розділу	179
Висновки	180
Практичні рекомендації	185
Список використаних джерел літератури	186
Додатки	206

Умовні скорочення

ВІЛ/СНІД	Вірус імунодефіциту людини / Синдром набутого імунодефіциту людини
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

ВСТУП

Актуальність дослідження. Гендерна рівність є правом людини та визнана однією з найбільш важливих детермінант, що визначають здоров'я населення та економічний розвиток суспільства [1].

Гендерна рівність була визначена однією із провідних Цілей розвитку Тисячоліття організації об'єднаних націй на період 2000-2015 р. [2], досягнення якої стало ключовим завданням для держав. В 2015 р. продовженням обраного курсу ООН проголошує нову стратегію суспільного розвитку Цілі сталого розвитку ООН, основні принципи якої задекларовані в програмі організації «Перетворення нашого світу: Порядок денний в області сталого розвитку на період до 2030 року». Включення принципу гендерної рівності та її досягнення у всіх сферах людської діяльності залишається важливим завданням для держав-членів ООН. Окремою Ціллю № 3 було визначено «міцне здоров'я та благополуччя», метою якої є забезпечення якісними та доступними медичними послугами населення та зниження, попередження смертності від неінфекційних та інфекційних причин, зниження рівнів материнської та дитячої смертності, тощо [3]. На шляху досягнення паритетного становища чоловіків та жінок в суспільстві та в охороні здоров'я зокрема, при впровадженні Цілей сталого розвитку на національному рівні державам варто відзначити в вітчизняних програмах суспільного розвитку чіткі механізми їх взаємозв'язку. [4].

За даними дослідження Всесвітнього економічного форуму The Global Gender Gap Report 2018 щодо забезпечення гендерної рівності у суспільстві Україна в загальному рейтингу із 149 країн зайняла 65 місце, а охороні здоров'я – 56. Критеріями оцінки принципу в галузі були тривалість життя, дитяча смертність до 5 років, смертність від інфекційних та неінфекційних хвороб, частка абортів, тощо [5].

Практична реалізація принципу гендерної рівності в охороні здоров'я залежить від ефективності діяльності галузі. Головним завданням системи охорони здоров'я є збереження здоров'я населення та забезпечення доступності до якісних

послуг охорони здоров'я незалежно від віку, статі, соціального статусу людини, тощо. Цей принцип знайшов відображення в програмі Всесвітньої організації охорони здоров'я «Здоров'я для всіх у XXI столітті» [6].

На підтримку інтеграції гендерної складової в охорону здоров'я ВООЗ створила відділ з гендерних питань та розробила низку документів та стратегічних завдань щодо шляхів включення гендерних питань в діяльність охорони здоров'я [7,8]. В Стратегії включення гендерного аналізу і дій в роботу ВООЗ закріплено ключові напрями та завдання щодо формування ефективної гендерної політики в галузі охорони здоров'я. Серед них пріоритетним визначено 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 [9]. Вирішення цього завдання сприятиме досягненню гендерної рівності в охороні здоров'я.

Під гендерною рівністю в охороні здоров'я розуміють забезпечення рівних можливостей для чоловіків та для жінок у отриманні та використанні якісних послуг охорони здоров'я залежно від їх особливих потреб [10]. Фахівці ВООЗ визнають, що стан здоров'я чоловіків та жінок є різним. Відмінними є фактори, що впливають на нього та формування захворювань. Це не лише анатомо-фізіологічні (статеві) відмінності, а й спосіб життя, ролі які виконують чоловіки та жінки в суспільстві, соціально-економічний статус, тощо – так звані гендерні особливості [11,12].

Традиційно відмінності стану здоров'я чоловіків та жінок оцінюють за медико-демографічними показниками. В більшості країн світу реєструється низька тривалість життя чоловіків та високі рівні смертності в усіх вікових групах [13-16], особливо серед чоловіків працездатного віку [17-20]. 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» [21-22], вивчення причини якого повинно стати важливим завданнями для системи охорони здоров'я.

Однак аналіз вітчизняних та зарубіжних 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 необхідність в проведенні досліджень з гендерних питань в охороні здоров'я [23-28].

Досягнення гендерної рівності має велике значення для здоров'я, що дозволить не просто забезпечити справедливість в охороні здоров'я, а й покращити стан здоров'я населення. Однак не дивлячись на визнання того, що гендерна рівність є умовою розвитку суспільства, вирішення питання залишається складним в охороні здоров'я [29].

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

В даному випадку 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 оптимізовану 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 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 організаторами охорони здоров'я з питань 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 реалізації принципу гендерної рівності при організації послуг зі збереження 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 дані по Україні центру медичної статистики 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 оптимізованої 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 оптимізованої моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я;

6) *описового моделювання* – для проведення функціонально-структурного аналізу та представлення оптимізованої 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 (чоловіків 17,08% і 7,52%, жінок та 12,75% та 3,35% відповідно) з переважанням показників поширеності серед жінок хвороб сечостатевої системи в 2,87 ($p<0,001$), а захворюваності в 4,51 ($p<0,001$) разу; хвороб крові і кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму в 3,11 ($p<0,001$) та 2,6 ($p<0,001$) разу; хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин в 2,37 ($p<0,001$) та 2,25 ($p<0,001$) разу; новоутворень в 1,8 ($p<0,001$) та 1,6 ($p<0,001$) разу; хвороб системи кровообігу в 1,3 ($p<0,001$) та 1,17 ($p<0,001$) разу; хвороб кістково-м'язевої системи та сполучної тканини в 1,32 ($p<0,001$) та 1,04 ($p<0,001$) разу; 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 підвищені 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 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 по забезпеченню 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 викопіювання 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 оптимізовану 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, 18-20 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 asistencia 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 — 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 та в інших виданнях, 2 інформаційних листи про нововведення в системі охорони здоров'я та 2 галузевих нововведення.

Обсяг та структура дисертації. Дисертацію викладено на 231 сторінці друкованого тексту, в тому числі 150 сторінок власного тексту. Робота складається із вступу, огляду наукової літератури, програми дослідження та 6 розділів власних досліджень, висновків; ілюстрована 31 таблицею, 44 рисунками, має 9 додатків. Список використаної літератури містить 220 наукових джерел, у тому числі 63 іноземних автори.

РОЗДІЛ 1

АНАЛІЗ ГЕНДЕРНИХ ПРОБЛЕМ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

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

Сучасна наукова література демонструє різноманіття концепцій трактування поняття гендеру. Така ситуація зумовлена як відносною молодістю виникнення феномену так і його складністю. Термін «гендер» походить з англійської мови та дослівно перекладається як граматичний рід [30,31].

Вперше в наукові дослідження поняття було введено американським психологом Робертом Столлером. В 1968 р. він використав термін в своїй книзі «Sex and gender» («Стать та гендер») для описання психологічних і поведінкових характеристик людини та їх особливостей окремо у жінок й у чоловіків. Столлер зазначив, що «стать» являється біологічною характеристикою людини, тоді як «гендер» – це психологічний та культурний феномен, набутий в процесі її існування у суспільстві [32]. За іншими джерелами термін був запропонований американською соціологом Енн Оклі. В 1972 р. в книзі ««Sex, Gender and Society» («Стать, соціальна стать і суспільство») дослідниця трактувала поняття «гендер» як соціальний феномен, так звану «соціальну стать людини». В своїй праці Оклі зазначала, що «гендер» – це особливості поведінки та рис чоловіків і жінок, сформованих внаслідок впливу суспільства, тобто їх соціалізації [33]. Водночас дослідники історичного фаху стверджують, що до наукового обігу поняття було впроваджено американкою Дж. Скотт в середині 80-х років XX століття. Під гендером дослідниця розглядала відмінності між чоловіками та жінками, сформовані під впливом їх суспільної діяльності [34].

Наукова зацікавленість до поняття «гендер» виникла наприкінці XX ст. в західноєвропейському просторі. Це пов'язане насамперед з розвитком нових суспільних процесів та формування нового історичного руху – фемінізму, який мав на меті переглянути уявлення про місце та функції чоловіків та жінок у суспільстві, що до цього часу базувались на статевих характеристиках. Прикутий суспільством

інтерес до становища жінок та визначення їх проблем спровокував зацікавленість науковців до пошуку пояснень відмінностей захворюваності і смертності чоловіків та жінок, а також впливу соціальних обставин на їх здоров'я. Численні дослідження демонстрували докази невідповідності послуг системи охорони здоров'я до потреб жінок та / або невизнання їх потреб у спеціалізованих медичних послугах. Жіночі потреби щодо медичних послуг залишались невидимими для галузі охорони здоров'я [35-38]. Питання гендерних нерівностей стану здоров'я стали питаннями нового порядку денного наукових досліджень – початку «руху за жіноче здоров'я», а «гендер» – новою характеристикою взаємовідносин чоловіків та жінок у суспільстві, що не виключав поняття біологічної статі, а являвся її логічним доповненням [39].

В сучасній науковій літературі поняття «гендер» має доволі багато тлумачень, однак суттєвої відмінності між собою вони не мають. Наприклад, Великий тлумачний словник української мови дає два рівноцінних визначення. Перше вказує, що «гендер» – це відмінність між чоловіками і жінками за анатомічними ознаками. Тоді як друге, характеризує його як соціальні особливості, які ґрунтуються на статевих відмінностях [40]. Енциклопедія освіти визначає «гендер» як поняття, що об'єднує в собі складові соціально сформованих психологічних рис, властивостей суспільної поведінки суб'єкта та ознак детермінованих його статтю [41]. Психологічні енциклопедичні джерела [42] під гендером розуміють соціальну конструкцію, що характеризує статеві особливості поведінки чоловіків та жінок.

В той же час серед медичних енциклопедій тлумачення дефініції не було виявлено [43]. Така ситуація вочевидь зумовлена використанням в охороні здоров'я традиційного поняття «стать». Водночас у статуті ВООЗ зазначається, що «здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя». Цим визначенням підкреслюється, що стан здоров'я залежить не лише від анатомо-фізіологічних чинників, а носить триєдиний характер з обов'язковим визнанням та врахуванням не лише біологічних, а й їх соціальних, психологічних особливостей як ключових критеріїв здоров'я [44]. З цією метою ВООЗ пропонує використовувати термін «гендер», власне для

характеристики «соціально зумовлених ролей, моделей поведінки, діяльності, а також атрибутів, які дане товариство вважає необхідними для чоловіків і жінок» та для аналізу проблем здоров'я і чинників ризику хвороб чоловіків та жінок [45]. Однак, як об'єкт досліджень в галузі охорони здоров'я, «гендер» та «гендерна рівність» отримали своє офіційне визнання в 2002 р. в документі «Включение гендерной проблематики в деятельность ВОЗ. Гендерная политика ВОЗ», яким підтверджувалось «існування відмінностей у факторах, що визначають здоров'я і тягар хвороб у жінок та чоловіків» та необхідність врахування гендерних аспектів охорони здоров'я, що тривалий час залишалися в тіні наукових досліджень. Водночас цим документом забезпечувалось сприяння ліквідації 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].

При дослідженні відмінностей здоров'я чоловіків та жінок ключовим питанням є вивчення природи їх виникнення. Визначення того чи являються вони біологічно детермінованими чи сформовані внаслідок впливу соціуму. Для пояснення цього феномену науковці використовують біомедичний та соціокультурний концептуальні підходи [47]. З точки зору першого, відмінності стану здоров'я являються біологічним компонентом, результатом успадкованих генетичних детермінант. Цим підходом науковці пояснюють вищу тривалість життя жінок порівняно з чоловіками, що обумовлено кращими адаптаційними можливостями жіночого організму за рахунок профілактичного впливу статевих гормонів [48]. Проте складність та неможливість повністю пояснити відмінності стану здоров'я чоловіків та жінок їх біологічними особливостями спонукали дослідників звернутись до іншого підходу – соціокультурного. Відповідно до якого, відмінності у стані здоров'я та тривалості життя залежать від поведінкових, психологічних та соціально-економічних чинників, які можуть мати неоднаковий вплив на здоров'я чоловіків і жінок, зумовлювати різний ступінь вразливості для них та призводити до різних ризиків для здоров'я [49]. В той же час чоловіки та жінки, що знаходяться в однакових соціальних умовах, можуть по-різному реагувати

на одні й ті самі чинники, що впливають на здоров'я. Чоловіки важко переносять стреси економічного характеру, що може бути обумовлене визначеною для них суспільством роллю «годувальника» в родині. В той же час жінки більш чутливі до проблем здоров'я у членів родини [50, 51]. Створені у суспільстві норми поведінки для чоловіків та жінок призводять до різних способів визнання і прийняття факту захворювання та відмінностей у зверненні за медичною допомогою і використанні ними медичних послуг. Жінки частіше, ніж чоловіки використовують профілактичні та діагностичні послуги, тоді як останні більш активно звертаються за невідкладною або екстреною медичною допомогою [52].

Наразі виділити частку впливу кожного з підходів та визначити міру їх впливу на стан здоров'я неможливо. Дослідниця Лорбер вважала, що «відмінності нездоров'я витікають із соціальної взаємодії та соціального статусу і у сукупності взаємодіють з біологією, генетичною спадковістю, гормонами та фізіологією» [53]. Австралійська дослідниця Krieger зазначала, що різниця стану здоров'я чоловіків та жінок, зумовлена не просто соціальними особливостями та біологічними відмінностями, а їх синергічним впливом [54].

Springer et al. охарактеризували два ключові підходи до вивчення взаємозв'язку статі та гендеру в дослідженнях охорони здоров'я: реляційний (структурний) та міжсекторний підходи. Реляційний підхід полягає у визнанні гендеру як складової соціальних норм, стосунків між людьми у суспільстві, та визнання того, що гендер тісно пов'язаний зі статтю і може впливати на здоров'я людини та розвитку хвороб. Міжсекційний підхід визначає взаємодію різних факторів, що впливає на стан здоров'я. Проте пропонує в дослідженнях визначати пріоритетність впливу на здоров'я одного з них [55].

Нерівності здоров'я чоловіків та жінок, зумовлені поєднанням як біологічних так і соціально-психологічних факторів. Таке поєднання запропоновано визначати як «гендерні відмінності» [56].

Однак на сьогодні головною задачею науковців залишається не визначення домінуючої детермінанти «статі» чи «гендеру», а визначити особливості їх впливу на стан здоров'я чоловіків і жінок та розвиток захворювань [57]. Адже якщо перші

являються незмінними, то другі мають наживну природу і можуть бути усунені, що повинно стати основним завданням політики у сфері збереження здоров'я населення [58]. В сучасних наукових дослідженнях з охорони здоров'я поняття «гендер» використовують як синонім до поняття «стать» [59].

1.2. Гендерна рівність як характеристика системи охорони здоров'я

Гендерна рівність визнана однією із найбільш важливих детермінант сталого суспільного розвитку та охорони здоров'я. Однак її досягнення залишається складним процесом.

Під гендерною рівністю розуміють рівні права чоловіків і жінок та рівні можливості для їх реалізації, що дозволяє особам обох статей брати рівну участь у всіх сферах життєдіяльності суспільства [60].

В охороні здоров'я гендерна рівність характеризується як [61]:

- ✓ рівність можливостей для чоловіків та жінок при отриманні послуг охорони здоров'я;
- ✓ рівність при використанні послуг охорони здоров'я залежно від реальних потреб населення;
- ✓ надання якісних медичних послуг не залежно від статі людини.

Моніторинг та оцінка забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я складний процес. Критерії за якими він може здійснюватись багатокомпонентні. Для вимірювання ступеня гендерної рівності в охороні здоров'я зарубіжними дослідниками запропоновано модель, що складається з 5 блоків, які в сукупності дозволяють виявити можливі фактори та причини, що сприяють формуванню нерівності при організації та наданні медичних послуг населенню. Серед них наступні:

- ✓ аналіз суб'єктивних та об'єктивних показників стану здоров'я з обов'язковим урахуванням гендерної складової;
- ✓ гендерний аналіз забезпечення інституціонального права на охорону здоров'я, що полягає у вивченні та оцінці ступеню витрат держави та населення на послуги охорони здоров'я, аналіз показників забезпечення населення стаціонарною

та амбулаторною допомогою та показників звертань до закладів охорони здоров'я за статтю;

- ✓ вивчення ступеня задоволеності чоловіків та жінок послугами охорони здоров'я та визначення доступності медичних послуг 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 чинять негативний вплив на здоров'я населення [62,63].

Дослідники Американської асоціації охорони здоров'я визначають можливі варіанти виникнення гендерної нерівності в галузі охорони здоров'я, серед яких:

- ризики для здоров'я обумовлені як фізіологічними особливостями (вагітність та пологи у жінок) так і соціальними факторами (шкідливі умови праці, які переважають у чоловіків);

- відповідність потреби в послугах охорони здоров'я та реальних можливостях доступу до них;

- у діяльності галузі щодо забезпечення гендерної рівності при організації послуг охорони здоров'я [64].

Гендерна нерівність підвищує виникнення ризиків для здоров'я та детермінує різницю у схильності до розвитку захворювань і сприйнятті хвороби чоловіками й жінками. В той же час нечутливість систем охорони здоров'я до потреб кожної зі статей, а також упередженість в дослідженнях гендерних особливостей стану здоров'я обмежує можливості доступу жінкам і чоловікам до послуг охорони здоров'я [65].

Проблеми здоров'я чоловіків та жінок залежать не лише від біологічних відмінностей, а й тісно пов'язані з соціально-економічними чинниками. Відмінності у здоров'ї між чоловіками та жінками зумовлені взаємодією біологічних, психологічних та соціальних факторів [66]. Гендерні відмінності проявляються не лише у поширеності хвороб, а й у факторах ризику, клінічному перебігу захворювань, а й доступі при отриманні послуг охорони здоров'я [67].

McKinlay зазначає, що відмінності у рівнях смертності та захворюваності між чоловіками і жінками залежать від анатомо-фізіологічних та генетичних характеристик статі, від відмінностей їх соціальних ролей у суспільстві, а також від ставлення особи до власного здоров'я та стурбованості ним [68].

Зарубіжні дослідники визнають, що формування нерівності в охороні здоров'я зумовлює не лише стан здоров'я чоловіків та жінок, а й безпосередньо функціонування системи охорони здоров'я, в якій надання медичних послуг та допомоги прямо або опосередковано є диференційованим за статтю, враховуючи створені суспільством стереотипи про соціальні ролі чоловіків та жінок. В зв'язку з чим медичні питання здоров'я жінок пов'язують з виконанням ними основної природної функції – материнства, тоді як чоловічі репродуктивні потреби відступають на другий план. В той же час чоловічий організм залишається еталоном для вивчення особливостей перебігу захворювань та принципів надання допомоги, хоча протягом останніх років зростає частка наукових досліджень, що визнають існування різниці цих принципів між чоловіками та жінками [63].

Різниця стану здоров'я окремих статевих-вікових груп обумовлює наявність різних потреб в медичній допомозі, а відповідно різний вплив охорони здоров'я на періоди життєвого циклу чоловіків та жінок [69].

Зарубіжні дослідники повідомляють, що вивчення гендерних підходів в охороні здоров'я традиційно розглядалось через призму жіночих потреб в охороні здоров'я та підходи, які впроваджувались в галузі були зосереджені на покращенні стану здоров'я жінок. Тоді як здоров'ю чоловіків приділялась недостатня увага [70].

В Швеції в Національній програмі щодо гендерної рівності (2016) вперше було визначено гендерну рівність стратегічною метою розвитку держави. Основною ідеєю Програми було забезпечення рівних можливостей жінкам і чоловікам приймати участь у суспільному житті та рівні можливості до послуг охорони здоров'я.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ політика та програми охорони здоров'я повинні враховувати гендерні аспекти для задоволення потреб чоловіків і жінок в послугах охорони здоров'я та забезпечення їм паритетних можливостей при їх

отриманні. Експерти організації оцінюють діяльність галузі відповідно до наступних критеріїв: чи вивчаються гендерні ролі та норми і чи усувається їх шкідливий вплив на здоров'я. Відповідно виділяють декілька можливих варіантів стратегій/ програм галузі:

- політика, що сприяє гендерній нерівності, в її основі лежить надання переваги одній із статей;
- гендерно сліпа політика, ключовим підходом якої є забезпечення однакових підходів без врахування особливих потреб чоловіків та жінок у послугах охорони здоров'я;
- гендерноспецифічна – враховує особливості жінок та чоловіків;
- гендерно трансформативна виявляє причини гендерної нерівності та розробляє підходи до усунення можливих чинників нерівності [71].

Ірландія стала першою в світі країною, яка опублікувала національну Стратегію щодо охорони здоров'я чоловіків (2009). Приводом до її створення стали відмінності здоров'я чоловіків та жінок, тривалості життя та рівнів смертності. В документі розроблено план дій з питань охорони здоров'я чоловіків та визнано, що для забезпечення гендерної рівності необхідно враховувати потреби кожної із статей окремо [72].

Важливим аспектом у вирішенні гендерної нерівності в охороні здоров'я є реорганізація галузі з побудовою системи, яка враховуватиме особливі потреби жінок та чоловіків у послугах охорони здоров'я [73].

Включення гендерного підходу до вирішення проблем охорони здоров'я не виключає біологічний фактор, а підкреслює важливість врахування ролі соціальних та культурних факторів поряд з біологічним [74].

Впровадження гендерного підходу в галузь сприятиме покращенню доступності та якості медичних послуг, підвищить зацікавленість спільноти до участі у розвитку сектора охорони здоров'я з гендерних питань та забезпечить покращення стану здоров'я чоловіків та жінок [75].

1.3. Гендерна рівність в наукових дослідженнях охорони здоров'я

Впродовж останніх років збільшується частка наукових досліджень в охороні здоров'я з урахуванням гендерних питань. Дослідники та фахівці охорони здоров'я повідомляють, що для підвищення якості та достовірності результатів досліджень необхідно враховувати стать/гендер як ключові складові наукових досліджень.

Врахування гендерної складової сприятиме ліквідації прогалин у знаннях щодо гендерних питань і збільшить можливості для спеціалістів охорони здоров'я отримати більш точну інформацію про гендерні особливості стану здоров'я та дозволить виявити ймовірні чинники, що сприяють формуванню гендерної нерівності в охороні здоров'я [76-78].

ВООЗ в своїй програмі «ВООЗ: гендерна політика» рекомендує забезпечити інтеграцію гендерних питань в діяльність галузі охорони здоров'я та наукові дослідження як стандарт, що забезпечить покращення здоров'я чоловіків та жінок [79].

В 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», в яких акцентує увагу на детермінантах розвитку хвороб та важливості врахування гендерного аспекту у дослідженнях [80].

Протягом останніх років зростає частота наукових досліджень гендерних особливостей перебігу захворювань та набуває розвитку нова наука охорони здоров'я – гендерна медицина. Це не просто нова терапевтична дисципліна, це новий погляд на здоров'я чоловіків та жінок [81]

Гендерна медицина об'єднує в собі статеві відмінності та соціальні, культурні фактори, які впливають на здоров'я. Її розвиток частково пов'язаний з виникненням руху з вивчення жіночого здоров'я в 70-х роках минулого століття. Однак гендерна медицина не розглядає лише здоров'я жінок, а вивчає його особливості у обох статей.

Marianne Legato, яка є дослідницею з питань гендерної медицини, зазначає, що жінки не є «маленькими чоловіками» і мають свої особливі потреби у галузі охорони здоров'я. Однак в більшості біомедичних та клінічних дослідженнях

об'єктом постають чоловіки, тоді як отримані результати репрезентують представникам обох статей [82-84].

Американська організація Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) в 2010 році надала результати чотирирічного дослідження в якому підтвердили наявність суттєвих гендерних відмінностей перебігу захворювань [85].

Найбільш поширеною є частка епідеміологічних досліджень як зарубіжних, так і вітчизняних науковців, щодо вивчення гендерних особливостей хвороб системи кровообігу. Така тенденція обумовлена зростанням поширеності та смертності жінок від кардіологічних хвороб. В Європейському регіоні 54% смертей серед жінок спричинені хворобами системи кровообігу, тоді як серед чоловіків їх частка дещо нижча (43%).

В 2003 р. Американське товариство кардіологів запропонувало нову програму «Red in Woman» (Акцент на жінок), цим самим підтвердивши актуальність проблеми. В 2004 р. з'являються нові рекомендації з питань профілактики кардіологічних хвороб у жінок від Американської асоціації кардіологів, основною метою яких стало збільшення уваги медичної спільноти до особливостей перебігу даних захворювань у жінок, розробки нових підходів до діагностики, лікування та профілактики їх з урахуванням статі [86,87]. В 2005 р. Європейське кардіологічне товариство затвердило програму «Woman at heart» (Жінки в серці), яка мала на меті посилити увагу та настороженість спеціалістів охорони здоров'я щодо особливостей кардіологічних хвороб у жінок; сприяти покращенню обізнаності медичних працівників з питань їх клінічного перебігу; удосконалити діагностично-лікувальні підходи хвороб системи кровообігу у даної категорії пацієнтів [88].

Вивченню гендерних аспектів хвороб системи кровообігу були присвячені потужні широкомасштабні клінічні міжнародні дослідження, серед яких Framingham Heart Study, Nurse Health Study, Study of Men Born in 1913, Women and Heart, Asia Pacific Cohort Collaboration, Lipid Research Clinic Study, тощо, результати яких підтвердили взаємозв'язок між рівнем естрогенів та розвитком кардіологічних захворювань у жінок [89-93].

Дебют хвороб системи кровообігу у жінок спостерігається на 7-10 років пізніше, ніж у чоловіків. Американські дослідники відзначають, що поширеність та смертність від серцево-судинних хвороб до 60-річного віку переважає серед чоловіків, а після 60-ти – серед жінок [94, 95]. Науковці пояснюють це анатомо-фізіологічними особливостями жіночого організму. У жінок серце менших розмірів порівняно з чоловіками, меншою є товщина міокарду та діаметр коронарних судин. Жіноче серце в період спокою скорочується на 3-5 ударів за хвилину частіше, ніж у чоловіків, що пов'язано з функціональними особливостями провідної системи серця, що полягає у більш швидкому відновленні функції синусового вузла [96, 97]. Природній захист жіночого серця від хвороб забезпечується дією статевих гормонів, здебільшого естрогенів. В експериментах на тваринах доведено кардіопротективний ефект естрогену. Він проявляє антигіпертензивну, протиішемічну та антиаритмічну дію. У жіночому організмі гормон впливає на метаболізм ліпідів, сприяє зниженню рівню ліпопротеїдів низької та дуже низької щільності, що затримує формування атеросклеротичних бляшок та розвиток атеросклерозу судин [98]. Естроген забезпечує стійку вазодилатацію коронарних та периферичних судин [99], а також контролює синтез катехоламінів, що дозволяє підтримувати рівень артеріального тиску в межах норми [100-102]. Зниження секреції естрогену зумовлює порушення дилатації вінцевих та периферичних артерій, підвищує рівень катехоламінів в крові та порушує чутливість тканин до інсуліну з розвитком інсулінорезистентності та метаболічних порушень. Таким чином дефіцит естрогенів у жінок збільшує ризик виникнення серцево-судинних хвороб: атеросклерозу, ішемічної хвороби серця та артеріальної гіпертензії [103-106]. За даними епідеміологічних досліджень у жінок в період менопаузи ризик розвитку артеріальної гіпертензії зростає вдвічі, тоді як ішемічної хвороби серця – втричі, а інсульту – в 7 разів [107].

Взаємозв'язок розвитку хвороб системи кровообігу із функціональною активністю статевих залоз спостерігається і у чоловіків. Результати епідеміологічних досліджень, зокрема the Rancho Bernado Study [108.], демонструють, вищі на третину рівні смертності від усіх причин у чоловіків з низькою концентрацією тестостерону порівняно із чоловіками зі збереженою

активністю статевих залоз. За результатами 17-річного Массачусетського дослідження виявлено, вищу вдвічі вірогідність смерті від хвороб системи кровообігу та в 3,3 разу від онкологічних захворювань у чоловіків із низьким рівнем тестостерону порівнянно із групою чоловіків, у яких його рівень в межах вікової норми [109]

Роль тестостерону в організмі чоловіків багатогранна, тому низький його рівень збільшує ризик кардіологічної патології, цукрового діабету II типу та онкології [110]. У чоловіків, на відміну від жінок, відбувається не повне, а часткове зниження функціональної активності статевих залоз. Зменшення синтезу тестостерону запускає в чоловічому організмі ряд вікових змін, що сприяють розвитку серцево-судинних хвороб, хвороб кістково-м'язової системи, ендокринних та метаболічних порушень. Зниження рівня тестостерону варто розцінювати як передвісник розвитку цих захворювань [111, 112]. За даними досліджень встановлено кореляцію між недостатністю андрогенів та прогресуванням атеросклерозу коронарних судин та судин нижніх кінцівок та ішемічної хвороби серця [113, 114]. В той же час деякі дослідники пов'язують більш ранній та агресивний дебют кардіологічних захворювань у чоловіків, порівняно із жінками, зі зниженням рівня тестостерону [115]. У дослідженні The South Yorkshire Study, виявлено що у 23,4% чоловіків, які страждають на ІХС спостерігається зниження рівня андрогенів [116]. Однак на думку деяких дослідників механізми впливу статевих гормонів на стан здоров'я чоловіків повністю не вивчені [117-119].

Андрогени приймають участь кістковому метаболізмі. Їх недостатність є провідною причиною зменшення кісткової маси. За результатами досліджень дефіцит тестостерону виявлено у третини чоловіків похилого віку при переломах хребта та половини із переломами шийки стегна [120]. Статеві гормони впливають і на вуглеводний обмін. Ряд досліджень демонструють взаємозалежність цукрового діабету та синтезу тестостерону. Наразі декомпенсований цукровий діабет I типу зумовлює порушення синтезу тестостерону, тоді як після його компенсації відбувається повне відновлення секреції. В той же час дефіцит тестостерону

спричинює порушення метаболізму вуглеводів із розвитком інсулінорезистентності, що є первинним фактором ризику цукрового діабету II типу [112].

Між чоловіками та жінками існують анатомо-фізіологічні відмінності та гендерні особливості, що достовірно впливають на розвиток та перебіг захворювань.

Найбільшою у зарубіжній та вітчизняній літературі є частка досліджень та публікацій щодо гендерних особливостей хвороб системи кровообігу, що обумовлене високими рівнями захворюваності, інвалідизації та смертності від них як у чоловіків так і у жінок. Однак тривалий час більшість епідеміологічних досліджень проводилось серед чоловічої популяції, а результати репрезентувались на обидві статі. За інформацією Європейського товариства кардіологів тільки в 25 з 55 проведених рандомізованих клінічних досліджень були присвячені вивченню особливостей ішемічної хвороби серця саме у жінок [121]. Така ситуація сформувала недостатню обізнаність серед спеціалістів щодо факторів ризику та клінічних особливостей хвороб системи кровообігу у жінок та меншу настороженість фахівців. За даними дослідників близько 40% первинних випадків ІХС мають трагічні наслідки [122].

Наявність факторів ризику серцево-судинних захворювань однакова для чоловіків та для жінок. Однак міра їх впливу різна для кожної із статей. Соціальні, культурні психологічні особливості, гендерні стереотипи у суспільстві можуть по-різному впливати на розвиток захворювань, в тому числі і серцево-судинних. Проте завданням системи охорони здоров'я є профілактика захворювань, усуваючи негативний вплив модифікованих факторів ризику на стан здоров'я населення.

Тютюнопаління є одним із факторів ризику кардіологічних захворювань. За даними Глобального опитування дорослих щодо вживання тютюну (GATS 2017), в 2017 р. частка курців в Україні склала 22,8% дорослого населення, серед них 39,7% чоловіків та 8,8% жінок [123]. Проте деякі дослідники зазначають, що нікотин має більш негативний вплив на серцево-судинну систему жінок, ніж чоловіків, особливо у молодому віці так як пригнічує секрецію естрогенів та порушує їх метаболізм [124, 125]. За результатами Фремінгемського дослідження ризик розвитку ішемічної хвороби серця у жінок, що палять у 4,2 разу вищий, ніж у чоловіків; а інфаркту

міокарда – в 2,24 разу [126]. Наявність цукрового діабету збільшує ризик ішемічної хвороби серця [127, 128]. За даними дослідження Nurse Health Study цукровий діабет підвищує ймовірність виникнення кардіологічних захворювань в 7 разів у жінок та в 4 у чоловіків. У хворих із цукровим діабетом частіше виникають безбольові «німі» форми ішемічної хвороби серця та частіше спостерігаються постінфарктні ускладнення [129]. В той же час серцево-судинні захворювання обтяжують перебіг цукрового діабету. За даними досліджень серед пацієнтів із цукровим діабетом 23-36% паралельно страждають на ішемічну хворобу серця; 5-11% – на інфаркт міокарда; 3-17% – на інсульт. Серцево-судинні хвороби зумовлюють близько половини випадків смерті у осіб із цукровим діабетом [130]

Зловживання алкоголем сприяє більш ранньому розвитку кардіологічних проблем у жінок, ніж у чоловіків [131]. Надмірна маса тіла є однаково важливим чинником ризику хвороб системи кровообігу для обох статей. В дослідженні Buffalo Health Study виявлено, що у жінок з індексом маси тіла 29 і більше втричі вищий ризик виникнення ішемічної хвороби серця, ніж у осіб з нормальною масою тіла. Результати Фремінгемського дослідження продемонстрували, що у жінок з надмірною масою тіла ймовірність виникнення інфаркту міокарда зростає на 35-60% [132]. Водночас дослідники додатково виділяють фактори ризику, що притаманні суто жінкам, серед них раннє настання менопаузи, гестаційний діабет та преєклампсія, гормонозамісна терапія, використання контрацептивів, тощо [133].

Комбінація факторів ризику збільшує ймовірність розвитку кардіологічних захворювань. За даними деяких науковців у жінок частіше, ніж у чоловіків спостерігається одночасне поєднання декількох факторів ризику (82% у жінок проти 56,1% у чоловіків). В ході проведено європейського епідеміологічного дослідження DECODE виявлено, що поєднання цукрового діабету та підвищеного артеріального тиску вдвічі збільшує ризик смерті від кардіологічної патології у жінок, ніж у чоловіків [134].

За результатами дослідження Nurses' Health Study 82% коронарних подій у жінок могли бути попереджені за умови дотримання ними принципів здорового

способу життя: дотримання дієти, відмова від тютюнопаління, достатня фізична активність, тощо [135].

Значення факторів ризику актуальне для обох статей. Однак міра впливу кожного з них відрізняється у чоловіків та у жінок, що повинно обов'язково враховуватись спеціалістами охорони здоров'я при розробці профілактичних програм.

Однією із поширених в структурі хвороб системи кровообігу як у чоловіків, так і у жінок є ішемічна хвороба серця (ІХС). Тривалий час патологію розглядають як проблему чоловіків середнього віку [136]. Проте за даними досліджень ІХС у жінок виникає на 10 років пізніше, а старше 60-70 років її рівні вирівнюються за статтю [137]. У жінок першим її проявом є стенокардія, а у чоловіків – інфаркт міокарда [122]. ІХС у жінок характеризується нетиповим перебігом [138], що створює труднощі для своєчасного встановлення правильного діагнозу та швидкого скерування пацієнток до кардіолога та профільного лікувального закладу і ефективного надання медичної допомоги [139]. Ішемічна хвороба серця у жінок проявляється атиповою клінічною картиною. Больовий синдром має деякі особливості. Наразі біль може локалізуватись не лише в грудній клітці, як традиційно для чоловіків, в й в ділянці шиї, плеча, руки або й у черевній порожнині. Біль частіше провокується емоційним та ментальним стресом, ніж фізичним перенавантаженням. Крім того, больовий синдром спостерігається частіше в стані спокою або під час сну [140]. За результатами дослідження J. C. McSweeney et al., яке вивчало 515 жінок з гострим інфарктом міокарда, виявлено що у жінок спостерігались продромальні клінічні прояви за 1 місяць до розвитку інфаркту міокарда. Серед них незвична втома (70,7%), порушення сну (47,8%) та задишка (42,1%). Про відчуття дискомфорту у грудях, характерне для чоловічої статі, повідомили близько третини (29,7%) жінок. В той же час еквівалентом гострого болю під час нападу у них були: задишка (57,9%), слабкість (54,8%) та втома (42,9%). У 43% пацієнток не спостерігалось гострого болю в грудній клітці [141].

За даними досліджень Canto et al. 33% пацієнтів з гострим інфарктом міокарда не мали типового ангінозного болю. Серед жінок їх частка склала 49%, а серед

чоловіків – 38% [142]. Жінки залежно від своїх психологічних особливостей здатні більш емоційно описувати симптоматику болю, тоді як за результатами коронарографії зміни у вінцевих судинах виявлялись лише у 35-65%. За результатами Фремінгемського дослідження дві третини жінок, що померли від раптової ішемічної хвороби не мали жодних клінічних проявів [127]. Інфаркт міокарда у жінок молодого та середнього віку зумовлює вищу частку ускладнень, таких як гостра серцева недостатність, кардіогенний шок, кровотечі, тощо [143].

Відсутність класичних проявів (ангінозного болю) може стати причиною несвоєчасного розпізнавання патології у жінок та призводити до діагностичних та лікувальних помилок. 66% лікарів невідкладних станів вказали, що головним діагностичним критерієм для них при встановленні діагнозу ішемічної хвороби серця є біль у грудній клітці, хоча практично кожен з них (92-100%) мав досвід роботи з атиповими формами. В дослідженні Milner et al. рекомендували клініцистам з настороженістю щодо ішемічної хвороби серця оцінювати отримані від пацієнтів скарги [144].

Хвороби системи кровообігу є найбільш актуальною проблемою як для чоловіків так і жінок. Результати низки епідеміологічних досліджень підтверджують наявність гендерних особливостей перебігу кардіологічних захворювань, що неодмінно варто враховувати фахівцям охорони здоров'я різних рівнів.

Разом з тим зростає частка епідеміологічних досліджень щодо клінічних особливостей хвороб інших органів і систем.

1.4. Про необхідність проведення подальших наукових досліджень

Проведений аналітичний огляд наукової літератури вказав на те, що комплексних наукових досліджень з питань забезпечення гендерної рівності в системі охорони здоров'я України не проводилося, при цьому питання гендерної рівності в практичній діяльності охорони здоров'я країни не вирішене. Вказане і визначило актуальність даного дисертаційного дослідження, його напрямок, мету та завдання.

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Досягнення основної мети дисертаційного дослідження потребувало розроблення на базі системного підходу спеціальної програми (рис. 2.1), яка передбачала його виконання у вісім організаційних етапів із використанням адекватних методів, що дозволило отримати достатньо повну інформацію для оцінки об'єкту дослідження. Багаторівнева структуризація завдань дослідження забезпечувала системність його виконання, так як результати, що отримувались на кожному з попередніх етапів, ставали основою не тільки для наступних етапів, а й для узагальнення отриманих результатів та наукового обґрунтування досягнення мети дослідження.

Було визначено та обґрунтовано методи наукового дослідження, що мають використовуватися для досягнення поставленої мети.

Для проведення дослідження були розроблені відповідні програма та робочий план. Програма включала такі розділи:

1. Вивчення проблем дослідження, визначення об'єкта та предмета дослідження.
2. Мета та завдання дослідження.
3. Генеральна сукупність та обґрунтування репрезентативної вибірки.
4. Розробка інструментарію дослідження.
5. Збір інформації.
6. Обробка та аналіз одержаних даних.
7. Аналіз результатів дослідження.
8. Обґрунтування та розробка оптимізованої концептуальної моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України.
9. Експертна оцінка та впровадження результатів, визначення прийнятності розробленої оптимізованої концептуальної моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України.
10. Формування висновків та практичних рекомендацій.



Рис.2.1. Програма, матеріали і обсяги дослідження

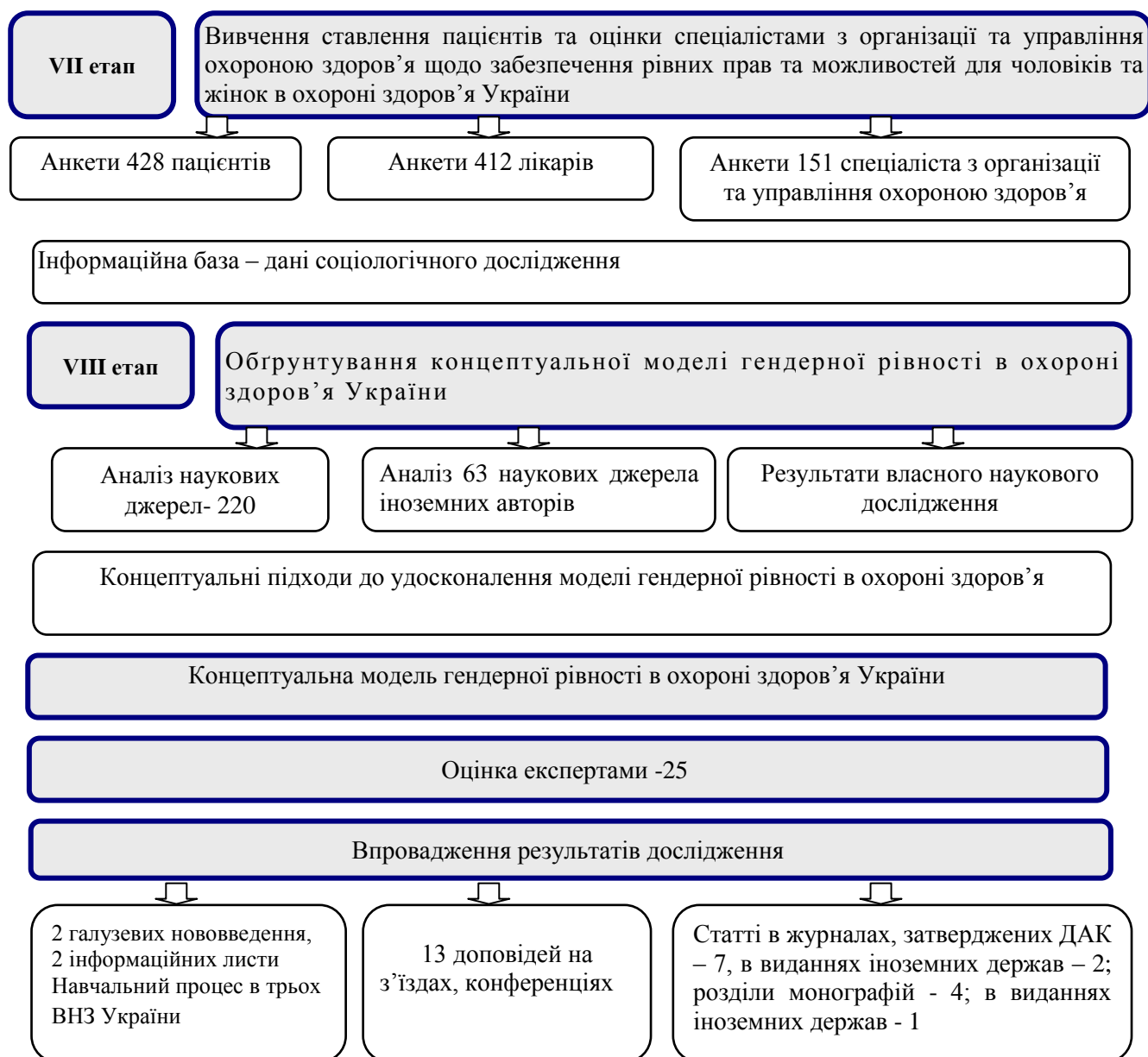


Рис. 2.1. Програма, матеріали, обсяг досліджень. *Продовження*

При розробці програми враховувались методичні принципи її створення: системність, комплексність, достовірність результатів, наступність, практична значущість результатів.

Дані про методи дослідження, які використані на етапах його дослідження представлено в табл.2.1.

На першому етапі дослідження проведене визначення проблемних питань гендерних аспектів стану здоров'я чоловіків і жінок та організації надання медичних послуг з урахуванням особливих потреб залежно від статі, проаналізовано світовий та вітчизняний досвід щодо розвитку гендерних підходів в охороні здоров'я,

виявлення впливу гендеру на здоров'я чоловіків і жінок та вивчення принципів організації медичних послуг населенню та виявлення гендерних проблем під час їх проведення. Поставлені завдання вирішувались за допомогою структурно-логічного аналізу та бібліосемантичного методу. Це дало змогу визначити напрямок, об'єкт і предмет дослідження.

Інформаційною базою дослідження стали 220 джерел наукових праць в тому числі 63 закордонних авторів.

Таблиця 2.1

Методи дослідження

Методи дослідження	Етапи дослідження
Системного аналізу	I-VIII
Бібліосемантичний	I, III-VI
Соціологічний	VII
Статистичний	III-IV, VI-VIII
Концептуальне моделювання	VIII
Описового моделювання	VIII
Контент-аналіз	V, VI
Організаційного експерименту	III-VIII
Експертних оцінок	VIII

Другий етап програми присвячений вибору напряму дослідження, формуванню мети та завдань, обґрунтуванню його методів та обсягу. При обґрунтуванні проведення роботи за основу взято наукові розробки з даного питання останніх років [8-10, 29, 63, 71, 79]. Необхідність створення оптимізованої моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я на всіх етапах надання медичних послуг дорослому населенню пов'язане з існуванням гендерної нерівності в галузі охорони здоров'я: відсутність механізму ідентифікації потреб жінок і чоловіків в галузі, обмеженість у доступі та якості отримання медичних послуг.

Під час виконання третього етапу дослідження було вивчено сучасну віково-статеву структуру населення, за допомогою статистичного методу проведено аналіз захворюваності та поширеність хвороб серед дорослого населення за статтю в динаміці 2008-2017 років. Інформаційну базу дослідження склали дані офіційної

галузевої статистики, яка представлена Державним закладом «Центр медичної статистики МОЗ України» за 2008-2017 рр.

На четвертому організаційному етапі дослідження представлено динаміку рівнів смертності за 2008-2015 рр. серед вищезазначених вікових категорій населення з розподілом за статтю. Інформаційну базу склали дані офіційної галузевої статистики, яка представлена Державним закладом «Центр медичної статистики МОЗ України» за 2008-2015 рр.

П'ятий етап дисертаційного дослідження був присвячений вивченню міжнародних та вітчизняних нормативно-правових документів з питань забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я. Було проаналізовано ряд національних планів та державних програм з питань інтеграції гендерної складової у державну політику та галузеві документи МОЗ України. Інформаційну базу етапу склали нормативно-правові документи ВООЗ, Закони України, Постанови Кабінету Міністрів України, рекомендації парламентських слухань.

Шостий етап дисертаційного дослідження був присвячений вивченню та аналізу міжнародних та національних нормативно-правових документів з питань репродуктивного здоров'я та аналізу показників репродуктивного здоров'я серед чоловіків та жінок. 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».

В ході виконання сьомого етапу дослідження проводилось соціологічне дослідження серед 3-х груп респондентів з позицій [63]: осіб, що отримують послуги системи охорони здоров'я (пацієнтів); провайдерів, які надають послуги в сфері охорони здоров'я (лікарів) та осіб, які приймають організаційні та управлінські рішення на рівні законодавчої чи виконавчої влади (спеціалістів з організації та управління охороною здоров'я). Для його проведення були розроблені спеціальні анкети окремі для кожної групи респондентів (додатки А-1, А-2, А-3), які були 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. Анкети були анонімними, запитання передбачали вибір найбільш прийнятних варіантів відповідей та висловлення особистої думки опитуваних щодо особливостей надання медичних послуг чоловікам та жінкам та забезпечення рівних прав та можливостей для них при їх отриманні. Перед проведенням анкетування респондентів було ознайомлено з метою та основними завданнями дослідження, правилами заповнення анкет; зазначалась анонімність дослідження та право на відмову від участі у дослідженні. Кожен із респондентів надавав усну згоду для проведення анкетування. Соціологічне дослідження серед пацієнтів проводилось в умовах їх перебування в стаціонарних відділеннях лікувально-профілактичних закладів та під час візитів до амбулаторно-поліклінічних відділень, лікарів – під час проведення обласних товариств лікарів та робочих засідань, спеціалістів з організації охорони здоров'я – під час проведення засідань колегії департаменту охорони здоров'я, товариств організаторів охорони здоров'я та робочих засідань. Після збору інформації перевірялась повнота і достовірність отриманих даних. Анкети, які були неповно або некоректно заповнені до аналізу результатів не враховувались. Використано безповоротну випадкову вибірку (тобто кожний респондент заповнював анкету тільки один раз). Обробка та статистичне групування інформації проведено за ознаками, вираженими в абсолютних цифрах і відсотках. На цьому етапі респондентів всіх груп розподілено за статтю. В ході опитування пацієнтів опитано 183 чоловіка та 245 жінок; лікарів – 153 чоловіка та 259 жінок, також опитано 151 організатор охорони здоров'я, в тому числі 79 чоловіків та 72 жінки.

Програма дослідження включала етап визначення генеральної сукупності і вибіркової сукупності, як мікромоделі першої.

Обсяг вибіркової сукупності розраховується за формулою 2.1.

$$n = \frac{t^2 + \delta^2 + N^2}{\Delta^2 N + t^2 \cdot \delta^2} \quad (2.1),$$

де n – обсяг вибіркової сукупності;

t – критерій достовірності;

δ – середнє квадратичне відхилення;

N – обсяг генеральної сукупності;

Δ – припустима помилка у соціологічних дослідженнях; максимальна величина припустимої помилки становить $\pm 5\%$

У дослідженнях такого характеру коефіцієнт унормованого відхилення дорівнює 2.

Розрахунки вибіркової сукупності дослідження наведено в додатку А-4.

Інформаційну базу даного етапу дослідження склала 991 анкета соціологічного дослідження (428 – пацієнтів закладів охорони здоров'я, 412 – лікарів, 151 – організаторів охорони здоров'я).

В ході восьмого заключного етапу дисертаційного дослідження на основі теорії системності з використанням отриманих в ході дослідження результатів проведене наукове обґрунтування концептуальної моделі гендерної рівності в охороні здоров'я. Її методичною основою є системна методологія, складовими якої являються системний підхід та системний аналіз. Системний аналіз використовувався для вирішення прикладних, практичних завдань і розглядався як метод системного підходу. Системний підхід розглядався в ході проведення дослідження як метод і процес дослідження. На основі системного підходу та системного аналізу обґрунтовано оптимізовану модель забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я при організації медичної допомоги населенню.

Запропонована модель була оцінена 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.

При обробці результатів дослідження проводився розрахунок частоти відповідей на 100 опитаних та визначення похибки ($\pm m$) з визначенням достовірності відмінностей за t-критерієм Ст'юдента. При математичній обробці отриманих матеріалів використано функції комп'ютерної програми «Statistica 6.0» (Statsoft Inc.) і табличний редактор «Microsoft Office Excel».

Таким чином, розроблена програма дослідження, вибраний методичний інструментарій та обсяги наукових досліджень дали змогу вирішити поставлені завдання, отримати достовірні результати, які стали основою для наукового

обґрунтування концептуальної моделі забезпечення гендерної рівності в системі охорони здоров'я України.

РОЗДІЛ 3

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ПОШИРЕНOSTІ ХВОРОБ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В ГЕНДЕРНОМУ АСПЕКТІ

Відповідно до програми дослідження під час виконання третього організаційного етапу дисертаційної роботи було вивчено та проведено аналіз показників захворюваності та поширеності хвороб серед різних категорій населення в динаміці 10-ти років (2008-2017 рр.), моніторинг тенденцій яких дозволяє визначити потреби населення в медичній допомозі.

3.1. Загальна характеристика населення України

3.1.1. Характеристика динаміки чисельності населення

Сучасна демографічна ситуація в Україні характеризується несприятливими тенденціями [145,146]. Щорічне скорочення чисельності населення України зумовлене перевищенням процесів смертності над народжуваністю. Однак стрімке зниження чисельності населення впродовж 2014-2017 рр. обумовлене анексією Криму та воєнним конфліктом на сході України та зростанням міграції населення.

Згідно даних Європейського статистичного бюро ВООЗ в 2016 р. Україна займала шосте місце серед країн Європейського регіону за чисельністю населення, поступаючись Російській Федерації, Німеччині, Франції, Італії та Іспанії і друге місце після Російської Федерації серед держав СНД [147].

На початок 2018 р., за даними Державної служби статистики, чисельність постійного населення України склала 46192309 осіб, з них 21297678 чоловіків (46,1%) та 24894631 жінок (53,9%).

Впродовж 2008-2017 рр. кількість населення скоротилась на 8,6% або на 3975543 особи, чоловіків на 8,2% (1739498 осіб), тоді як жінок на 9,0% (2236045 осіб; табл.3.1).

Таблиця 3.1

Зміни чисельності наявного населення України за період 2008–2017рр.

Рік	Все населення		Чоловіки		Жінки	
	Чисельність наявного населення на початок року, осіб	Загальний приріст (убуток), осіб	Чисельність наявного населення на початок року, осіб	Загальний приріст (убуток), осіб	Чисельність наявного населення на початок року, осіб	Загальний приріст (убуток), осіб
2008	46192309	-228950	21297678	-112746	24894631	-116204
2009	45953359	-180767	21184932	-77868	24778427	-102902
2010	45782592	-184413	21107067	-74457	24675525	-109962
2011	45598179	-144897	21032616	-55904	24565563	-88993
2012	45453282	-80590	20976712	-13968	24476570	-66622
2013	45372692	-126798	20976744	-44456	24409948	-82342
2014	45245894	-2486233	20918288	-1130462	24327606	-1355771
2015*	42759661	-168782	19787826	-69945	22971835	-98837
2016*	42590879	-175974	19717881	-73301	22872998	-102673
2017	42414905	-198139	19644850	-86400	22770325	-111739
2018	42216766	-	19558180	-	22658586	-

Щодо регіональних особливостей на початок 2018 р. найбільш густонаселеними залишаються Донецька область з часткою від загальної чисельності населення становить 9,9% (4200461 особа); м. Київ – 6,9% (2934522 особи) і Харківська область – 6,4% (2694007 осіб). Найменша кількість населення зареєстрована у Кіровоградській (956250 осіб) та Чернівецькій (906701 особа) областях.

Впродовж 2008–2017 рр. спостерігалось скорочення чисельності у переважній більшості регіонів України. Найбільші зміни були серед жителів Чернігівської (на 10,20% порівняно з 2008 р.), Сумської (на 8,57%), Кіровоградської (на 8,03%), Луганської (на 7,96%) та Донецької (на 7,46%) областей. Тоді як в ряді областей західного регіону (Волинська, Закарпатська, Рівненська, Чернівецька) чисельність населення залишилась практично на рівні 2008 р. В той же час у м. Києві зареєстроване приріст чисельності на 7,09% (рис.3.1).

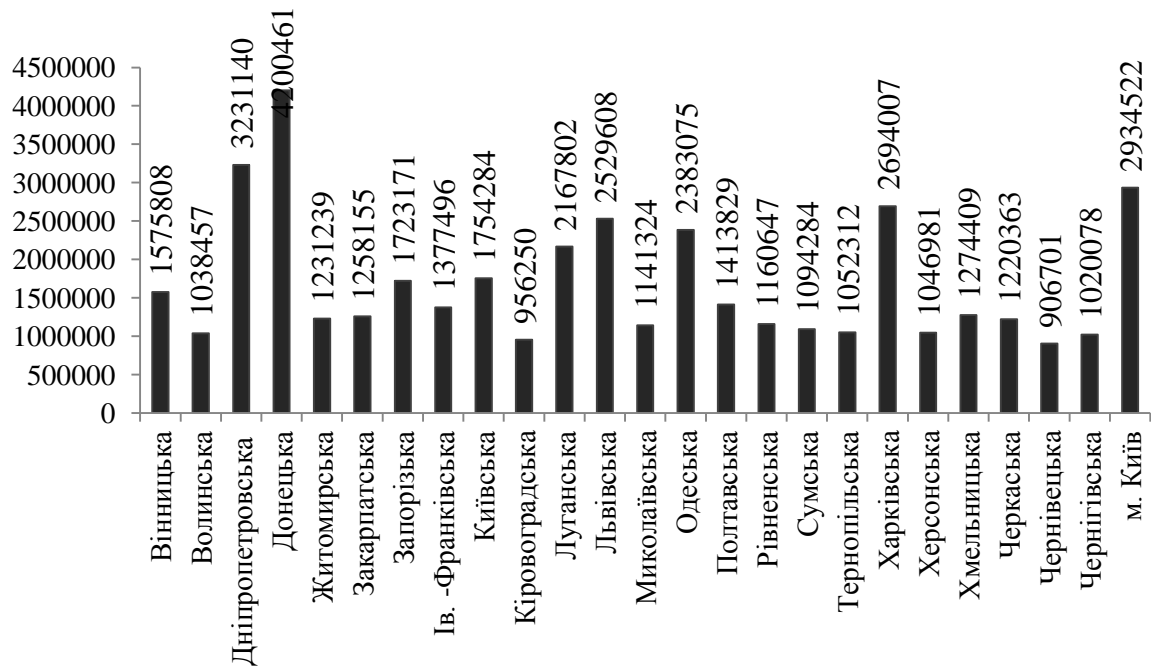


Рис.3.1. Чисельність наявного населення України в розрізі регіонів (на 1.01.2018р.)

3.1.2. Статеві-вікова структура населення

Сучасна демографічна піраміда населення України деформована з розірваними краями та асиметрією чоловічої та жіночої частин, що є наслідком перенесених соціально-економічними потрясінь (голодомори, репресії, війни тощо). В структурі населення України переважну більшість складають жінки: 53,7% (22658586 осіб) проти 46,3% (19558180 осіб; рис.3.2).

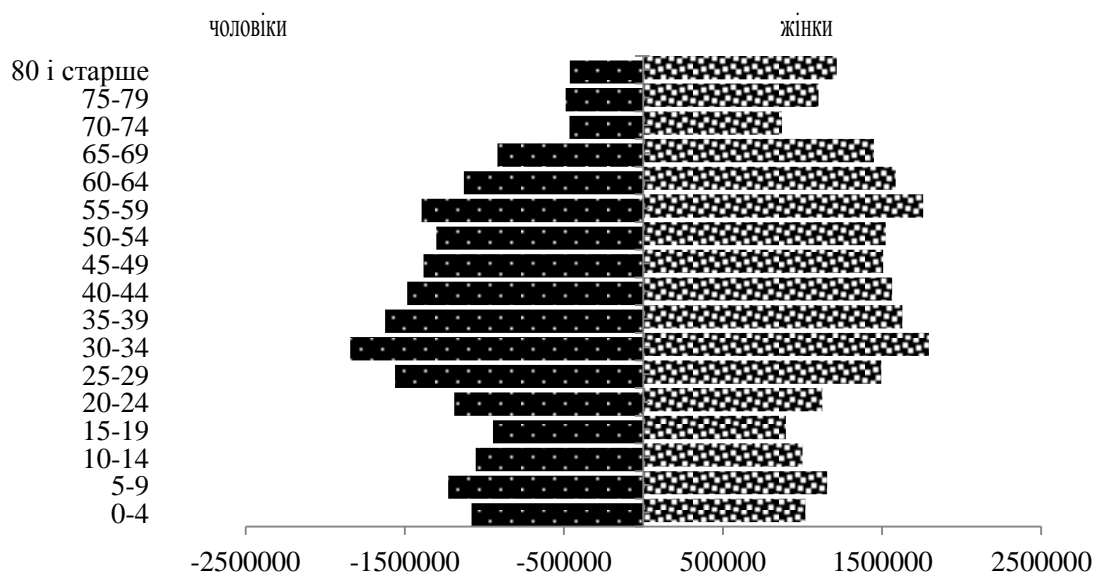


Рис. 3.2. Статеві-вікова структура постійного населення України (на 1.01.2018 р.)

Співвідношення між жінками та чоловіками неоднакове у всіх вікових групах. Починаючи від народження в дитячому, юнацькому та молодому віці спостерігається переважання кількості чоловіків над жінками. У вікових групах 0-4 роки та 5-9 років чисельність хлопчиків (за даними 2017 р.) на 6% (64879 осіб та 73987 осіб відповідно) вища, ніж дівчаток. У віці 10-14 різниця склала 5,3% (55850 осіб); у 15-19 років – 5,4% (51291 особа); 20-24 роки – 5,5% (65230 осіб); 25-29 років – 4,4% (69254 особи); 30-34 роки – 2,7% (49672 особи). Відносна гендерна рівновага виникає серед населення 35-39 років. Старше 40 років і до кінця життя відмічається переважання жіночого населення. Зокрема у віці 40-44 років їх на 4,9% (75804 особи) більше, ніж чоловіків; у 46-49 років – на 8,2% (123658 осіб); 50-54 роки – на 14,4% (218457 осіб); 55-59 років – на 20,6% (362370 осіб); 60-64 роки – на 28,7% (454685 осіб); 65-69 років – на 36,5% (528083 особи); 70-74 роки – на 46,5% (405238 осіб); 75-79 років – на 55,4% (608697 осіб); 80 і старше років – на 61,8% (750696 осіб). Така ситуація спричинена втратою чоловіків чоловіків працездатного віку та старше працездатного віку (табл.3.2).

Таблиця 3.2

Статеві-вікова структура населення України в 2017 р.

Віковий інтервал	Чоловіки	Жінки	Різниця чисельності чоловіків та жінок
0-4	1081426	1016547	64879
5-9	1226979	1152992	73987
10-14	1054198	998348	55850
15-19	945967	894676	51291
20-24	1189370	1124140	65230
25-29	1562602	1493348	69254
30-34	1842797	1793125	49672
35-39	1623318	1626199	-2881
40-44	1485621	1561425	-75804
45-49	1381886	1505544	-123658
50-54	1302639	1521096	-218457
55-59	1395204	1757574	-362370
60-64	1128895	1583580	-454685
65-69	918219	1446302	-528083
70-74	465668	870906	-405238
75-79	489788	1098485	-608697
80-і старше	463603	1214299	-750696
Все населення	19558180	22658586	-3100406

3.2. Гендерні особливості захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення

Загальновизнаним є факт, що стан здоров'я жінок та чоловіків є різним. Відмінними є фактори, які зумовлюють розвиток та перебіг захворювань. Це зумовлене не лише біологічними, а й соціальними та культурними особливостями. Наразі чоловіки внаслідок визначених для них суспільством моделей поведінки більш схильні до «ризикованої поведінки» (тютюнопаління, зловживання алкоголем та наркотичними засобами, нещасних випадків), що доволі часто стає причиною розвитку захворювань, а іноді і смерті. Водночас жіночий організм стає більш уразливим до розвитку певних захворювань внаслідок реалізації ними репродуктивної функції. Фахівці Всесвітньої організації охорони здоров'я вказують на існування відмінностей у факторах, що впливають на стан здоров'я жінок та чоловіків, та рекомендують при вивченні показників здоров'я обов'язково враховувати гендерний аспект [8].

3.2.1. Тенденції показників захворюваності дорослого населення в гендерному аспекті

Впродовж 2008 - 2017 рр. серед чоловіків та серед жінок 18 років і старше реєструвалось щорічне зниження рівнів захворюваності як і серед дорослого населення в цілому, за винятком 2009 р. та 2015 р. В 2017 р. показник захворюваності серед чоловічого населення 18 років і старше склав 41996,5 на 100 тис. відповідного населення, що на 17,08% ($P \leq 0,01$) менше проти 2008 р. Тоді як серед жінок цієї ж вікової групи темп зниження становив 12,75% ($p \leq 0,01$), а показник захворюваності зменшився з 61131,9 в 2008 р. до 53335,9 на 100 тисяч відповідного населення в 2017 р.

Щодо щорічної динаміки показника захворюваності у чоловіків 18-ти років і старше виявлено, що темп його зниження склав 1,43% в 2010 р., 2,58% в 2011 р., 3,91% в 2012 р., 1,35% в 2013 р., 8,35% в 2014 р., 0,71% в 2016 р. та 2,65% в 2017 р. У жінок також спостерігалось зменшення рівня захворюваності. Наразі темп зниження склав 1,00% у 2010 р., 1,46% у 2011р., 2,77% у 2012 р., 0,62% в 2013 р., 9,19% в 2014 р., та 2,66% у 2017 р. Оцінюючи співвідношення рівнів захворюваності

за статтю, виявлено їх переважання протягом 2008 - 2017 рр. в 1,2-1,3 разу ($p=0,05$) серед жінок (рис.3.3).

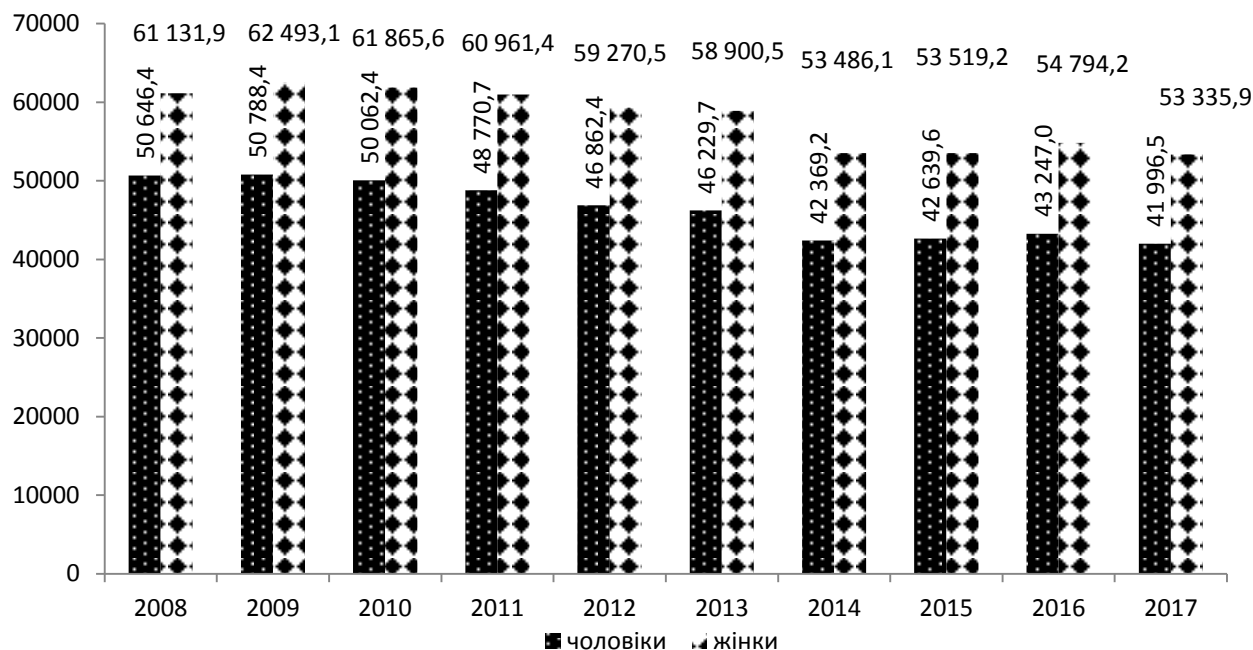


Рис. 3.3. Динаміка показників захворюваності серед дорослого населення залежно від статі, 2008-2017 рр., 100 тисяч дорослого населення

В той же час щодо динаміки рівнів захворюваності окремих класів хвороб за статтю виявлено, що за період дослідження спостерігалось їх зниження як у чоловіків, так і у жінок. Наразі темп зниження склав для розладів психіки та поведінки 41,52% та 35,55%; травм, отруєнь та ін. –28,51% та 11,24%; хвороб системи кровообігу – 21,99% та 21,38%; хвороб органів травлення – 15,62% та 10,76%; хвороб органів дихання – 13,99% та 10,19%; хвороб сечостатевої системи – 11,68% та 11,00%; хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин –7,06% та 11,81%; новоутворень – 1,61% та 2,54%; хвороб крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму – 0,98% та 8,11% відповідно. Водночас варто відмітити, що щорічна динаміка захворюваності вищезазначених класів хвороб характеризувалась чергуванням періодів зростання та зменшення показників, зокрема для новоутворень, хвороб крові та кровотворних органів та хвороб ендокринної системи і розладів харчування та порушення обміну речовин. Такі зміни спостерігались у чоловіків та у жінок (табл. 3.3; 3.4).

Таблиця 3.3

Захворюваність окремими класами хвороб у чоловіків 18-ти років і старше за 2008-2017 рр., на 100000 відповідного населення

Клас хвороб	Рік										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Зміни 2017р. до 2008 р. (%)
Новоутворення	749,5	766,3	769,5	795,2	815,9	822,8	729,1	743,5	738,1	737,4	-1,61
Хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	112,3	116,5	118,9	120,9	116	109,1	109,9	111,9	113,4	111,2	-0,98
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	518,7	517,8	517,6	518,5	532,3	548,7	496,3	489,3	466,0	482,1	-7,06
Розлади психіки та поведінки	610,8	534,4	498,3	487,7	467,1	454,4	376,4	380,2	370,7	357,2	-41,51
Хвороби системи кровообігу	5805,6	5697,6	5617,9	5487,7	5413,3	5256,1	4673,1	4678,0	4590,4	4528,8	-21,99
Хвороби системи дихання	16669,5	17687,8	16963,8	16455,8	15101,0	14940,8	14129,1	14221,7	15194,4	14338,1	-13,99
Хвороби органів травлення	2369,3	2358,8	2306,2	2269	2195,5	2134,7	2068,1	2163,5	2076,0	1999,3	-15,62
Хвороби сечостатевої системи	1708,5	1663,7	1666,1	1622,2	1609,3	1601,5	1524,9	1568,5	1537,7	1508,9	-11,68
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	6572,5	6111	6149,7	5909,8	5802,1	5655,5	4957,5	4861,2	4826,9	4698,8	-28,51

Таблиця 3.4

Захворюваність окремими класами хвороб у жінок 18-ти років і старше за 2008-2017 рр., на 100000 відповідного населення

Клас хвороб	Рік										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Зміни 2017р. до 2008 р. (%)
Новоутворення	1211,1	1205,1	1254,9	1260,3	1293,2	1326,4	1139,3	1152,9	1179,7	1180,3	-2,54
Хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	314,5	325,0	335,0	330,6	329,7	320,2	306,0	302,9	303,6	289,1	-8,11
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	1228,6	1200,0	1195,4	1211,7	1239,0	1245,5	1074,2	1068,2	1070,5	1083,5	-11,81
Розлади психіки та поведінки	345,4	312,1	296,7	3313,7	304,8	294,1	228,6	225,4	217,2	222,6	-35,55
Хвороби системи кровообігу	6755,1	6593,5	6510,2	6426,2	6411,4	6288,7	5517,6	5382,3	5427,9	5310,7	-21,38
Хвороби системи дихання	17959,5	19431,5	18658,9	18164,9	16767,7	16639,9	15814,4	16035,3	17219,4	16130,3	-10,19
Хвороби органів травлення	2509,4	2565,1	2527,4	2497,9	2479,2	2422,3	2315,3	2325,3	2296,6	2239,4	-10,76
Хвороби сечостатевої системи	7653,8	7763,3	7759,8	7659,0	7506,2	7553,1	6816,3	6934,3	6919,2	6811,6	-11,00
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	3367,2	3321,3	3541,7	3333,1	3417,2	3362,1	2891,8	2856,1	2928,7	2988,7	-11,24

Структура захворюваності за статтю мала наступні особливості. Провідним класом для обох статей були хвороби органів дихання, частка яких в 2017 р. склала 34,1% для чоловіків та 30,2% для жінок. Другу позицію займали у чоловіків травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (11,2%), а у жінок – хвороби сечостатевої системи (12,8%). Третя належала хворобам системи кровообігу, частка яких становила 10,8% для чоловіків та 10,0 % для жінок. На четвертій позиції у чоловічого населення були хвороби шкіри та підшкірної клітковини (7,2%), тоді як у жіночого хвороби ока та придаткового апарату (6,1%). П'яте місце у чоловіків займали хвороби ока та придаткового апарату (6,6%), а у жінок – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,8%). Шоста позиція належала хворобам кістково-м'язової системи (6,5%) та хворобам кістково-м'язової системи (5,8%); тоді як сьому позицію займали хвороби органів травлення (4,8%) та травми і отруєння та наслідки дії зовнішніх чинників (5,6%) відповідно (рис.3.4).

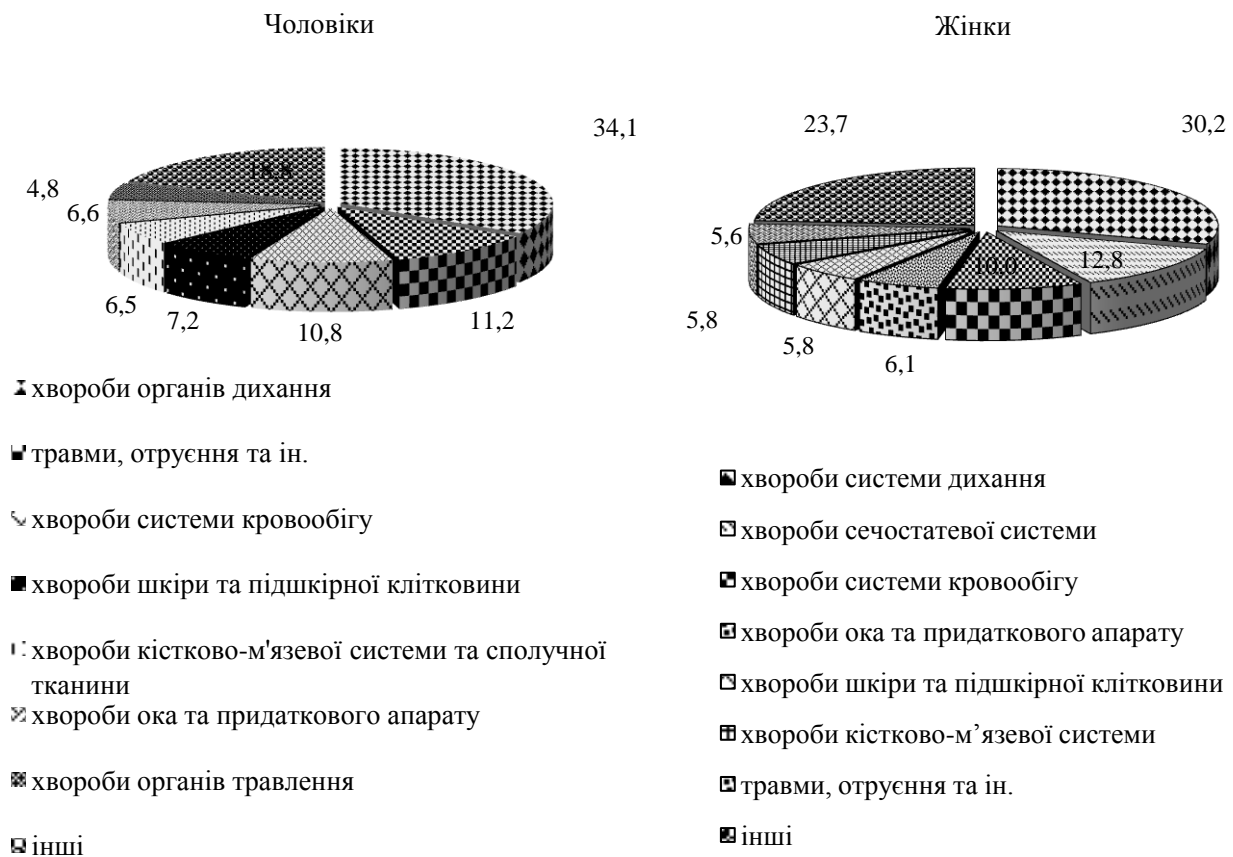


Рис. 3.4. Гендерна структура захворюваності дорослого населення, 2017 р., %

Окрім аналізу структури захворюваності, було проведено порівняння співвідношення основних класів хвороб за статтю. Впродовж 2008-2017рр. зареєстроване переважання рівнів захворюваності у жінок, як в цілому, так і за більшістю класів хвороб; за винятком травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин і розладів психіки та поведінки. За підсумками 2017 р. найбільша різниця (4,51 разу ($p<0,001$)) спостерігалась для хвороб сечостатевої системи. В той же час хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму в 2,60 разу ($p<0,001$) частіше зустрічались серед жінок, ніж серед чоловіків; хвороби ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин – в 2,25 разу ($p<0,001$); новоутворення – 1,60 разу ($p<0,001$); деякі інфекційні та паразитарні хвороби – 1,32 разу ($p<0,001$); хвороби нервової системи – 1,24 разу ($p<0,001$); хвороби ока й придаткового апарату – 1,18 разу ($p<0,001$); хвороби системи кровообігу – 1,17 разу ($p<0,001$); хвороби системи дихання – 1,12 разу ($p<0,001$); хвороби органів травлення – 1,12 разу ($p<0,001$); хвороби кістково-м'язевої системи – 1,12 разу ($p<0,001$); хвороби вуха та соскоподібного відростку – 1,07 разу ($p=0,026$); хвороби шкіри та підшкірної клітковини – 1,04 разу ($p=0,159$). Тоді як показники захворюваності травм, отруєнь та ін. і розладів психіки й поведінки 1,60 і 1,57 разів відповідно були вищими у чоловіків, ніж у жінок (табл. 3.5).

3.2.2. Аналіз показника поширеності хвороб серед дорослого населення за статтю

Щодо поширеності хвороб в 2017 р. загальноукраїнський показник поширеності усіх хвороб серед жінок склав 191045,0 на 100 тис. дорослого населення та 145873,9 серед чоловіків, а темп зниження – 3,35% ($p<0,001$) та 7,52% ($p<0,001$) відповідно. Оцінюючи рівні поширеності хвороб за статтю, зафіксоване їх перевищення, як і показників захворюваності, серед жінок. Різниця складає 1,3 рази ($p=0,05$).

Динаміка показників поширеності хвороб для кожної статі характеризувалась певними особливостями. Наразі серед чоловіків її рівні зростали до 2010 р. включно з подальшим щорічним зниженням протягом 2011-2014 рр., 2017 р. та підвищенням

у 2015р. і 2016р. Так темп приросту проти попередніх років склав 1,19% в 2009 р.; 0,31% в 2010 р.; 1,15 % в 2015 р. та 0,41% в 2016 р. Тоді як в 2011 р. показник поширеності усіх хвороб зменшився на 0,22% ; в 2012 р. – на 1,01%; в 2013 р. – на 0,48%; в 2014р. – на 8,03% та в 2017р. – на 0,76%.

Щодо динаміки рівнів загальної захворюваності усіма хворобами серед жінок виявлено, що впродовж 2008-2017рр.було зафіксовано приріст показника, за винятком 2014р. та 2017р. Так темп приросту склав 1,90% в 2009 р., 1,04% в 2010р., 0,84% в 2011р., 0,57% в 2013 р., 0,80% в 2015р., 0,88% в 2016 р. В 2014р. та 2017р. спостерігалось зменшення показника поширеності усіх хвороб серед жінок, що і зумовило його зниження в цілому. Темп зниження склав 8,57% та 0,43% відповідно (рис. 3.5).

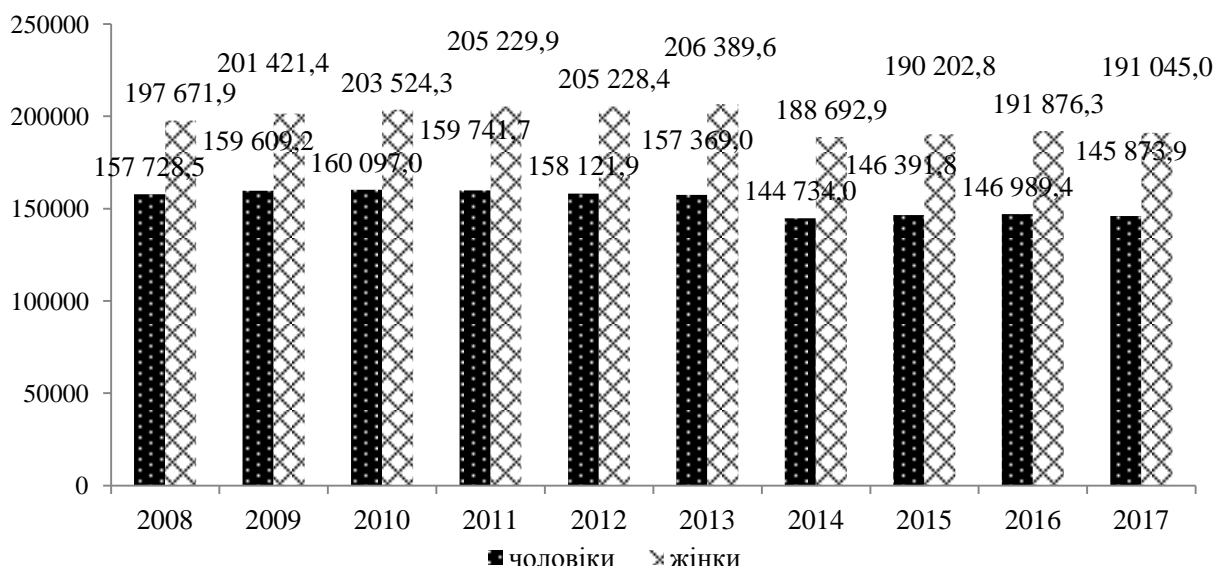


Рис. 3.5. Динаміка показників поширеності хвороб серед дорослого населення України за статтю, 2008-2017 рр., на 100000 дорослого населення

Водночас щодо динаміки показників поширеності окремих класів хвороб, виявлено зростання рівнів хвороб ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин серед чоловіків на 21,51% та серед жінок на 17,58%; новоутворень – на 9,46% та на 7,2% відповідно. Крім того серед чоловіків зареєстрований приріст хвороб крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму на 8,65% та хвороб сечостатевої системи на 2,58% . Тоді як для решти класів хвороб спостерігалась тенденція до зниження. Зокрема

темп зниження розладів психіки та поведінки склав серед чоловіків 18,48%, а серед жінок 12,38%; хвороб системи кровообігу – 5,15% та 3,82%; хвороб органів дихання – 12,67% та 7,17%; травм, отруєнь та ін.. – 27,20% та 10,98% відповідно. На відміну від чоловіків серед жінок зафіксовано зниження рівня поширеності хвороб сечостатевої системи (-4,51%) та стабілізація приросту показника для хвороб органів травлення (табл. 3.6; 3.7).

Структура поширеності хвороб за статтю відрізняється від структури захворюваності як у чоловіків, так і у жінок. Хоча в ній існують певні особливості, перші 3 класи (хвороби системи кровообігу, дихання та органів травлення) є аналогічними для обох статей. За даними 2017 р. більше ніж третину усіх випадків захворювань серед чоловіків і серед жінок зумовили хвороби системи кровообігу (37,5% та 37,3% відповідно). Частка хвороб органів дихання склала 13,9% і 11,7%, а хвороб травної системи – 11,2% і 10,2% відповідно. Наступні позиції серед чоловіків займали хвороби кістково-м'язевої системи і сполучної тканини (5,7%), хвороби ока і його придаткового апарату (4,9%), розлади психіки і поведінки (4,1%) та травми, отруєння і деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (3,5%). В той же час серед жінок подальші позиції у структурі поширеності хвороб, на відміну від чоловіків, займали хвороби сечостатевої системи (7,6%), хвороби ендокринної системи, розладів харчування і порушення обміну речовин (6,4%), хвороби кістково-м'язевої системи і сполучної тканини (5,8%) та хвороби ока і його придаткового апарату (4,6%) (рис.3.6).

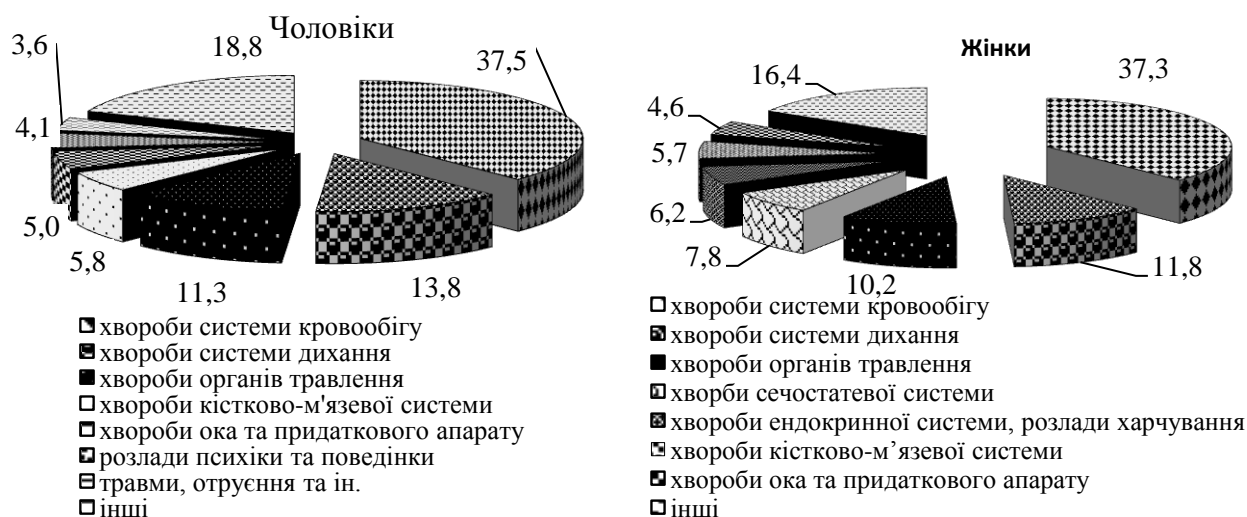


Рис. 3.6. Структура поширеності хвороб дорослого населення за статтю, 2017 р., %

Таблиця 3.5

Порівняльна характеристика показників захворюваності дорослого населення України за статтю, 2017р., на 100000 дорослого населення

Клас хвороб	Чоловіки	Жінки	Співвідношення показників захворюваності чоловіків та жінок (рази)
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	1430,3	1883,5	1:1,32
Новоутворення	737,4	1180,3	1:1,60
Хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	111,2	289,1	1:2,60
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин	482,1	1083,5	1:2,25
Розлади психіки та поведінки	357,2	222,6	1:0,62
Хвороби нервової системи	1280,5	1586,2	1:1,24
Хвороби ока та придаткового апарату	2751,3	3243,3	1:1,18
Хвороби вуха та соскоподібного відростку	1967,1	2109,2	1:1,07
Хвороби системи кровообігу	4528,8	5310,7	1:1,17
Хвороби системи дихання	14338,1	16130,3	1:1,12
Хвороби органів травлення	1999,3	2239,4	1:1,12
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3006,3	3116,2	1:1,04
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	2742,1	3084,7	1:1,12
Хвороби сечостатевої системи	1508,9	6811,6	1:4,51
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	4698,8	2988,7	1:0,64
Усі хвороби	41996,5	53335,9	1:1,27

Таблиця 3.6

Поширеність окремих класів хвороб серед чоловіків 18-ти років і старше за 2008-2017 рр., на 100000 відповідного населення

Клас хвороб	Рік										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Зміни 2017р. до 2008 р. (%)
Новоутворення	3119,2	3213,1	3275,8	3388,4	3446,4	3448,2	3218,2	3338,0	3378,6	3414,4	+9,46
Хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	483,4	509,7	524,6	544,6	537,7	537,4	516,6	528,2	528,2	525,2	+8,65
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	4273,5	4425,6	4574,4	4702,3	4877,3	5068,2	4852,1	5006,7	5089,2	5192,9	+21,51
Розлади психіки та поведінки	7379,1	7272,7	7123,2	6967,3	6996,5	6872,1	6086,6	6046,2	6043,0	6015,4	-18,48
Хвороби системи кровообігу	57699,4	58631,9	59313,4	59829,5	60027,1	59776,3	54422,2	54910,0	54790,8	54726,1	-5,15
Хвороби системи дихання	23259,1	24325,3	23583,1	23103,6	21762,7	21555,5	20072,0	20233,5	21163,0	20311,1	-12,67
Хвороби органів травлення	16920,4	17089,3	17269,4	17354,9	17143,6	17148,4	16244,1	16559,4	16393,1	16286,8	-3,74
Хвороби сечостатевої системи	4956,1	5018,4	5093,3	5116,2	5161,2	5172,2	4937,0	5024,7	5091,7	5083,9	+2,58
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	7010,0	6567,8	6619,0	6317,4	6244,6	6092,1	5348,4	5280,5	5237,2	5103,0	-27,20

Таблиця 3.7

Поширеність окремих класів хвороб серед жінок 18-ти років і старше за 2008-2017 рр., на 100000 відповідного населення

Клас хвороб	Рік										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Зміни 2017р. до 2008 р. (%)
Новоутворення	5680,4	5770,5	5976,5	6063,0	6229,8	6342,1	5788,1	5959,7	6010,3	6130,4	+7,92
Хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1646,6	1706,2	1758,4	1784,9	1783,8	1762,4	1649,6	1632,2	1628,3	1631,2	-0,94
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	10452,4	10725,8	11073,5	11487,2	11821,1	12445,1	11483,9	11840,6	12046,1	12289,8	+17,58
Розлади психіки та поведінки	3182,1	3135,6	3122,8	3261,6	3256,1	3192,6	2787,6	2826,8	2810,9	2788,2	-12,38
Хвороби системи кровообігу	74094,9	75111,6	76350,6	77394,2	78143,9	78557,3	70628,7	70910,7	71162,0	71267,2	-3,82
Хвороби системи дихання	24166,9	25863,7	25219,6	24743,5	23278,0	23250,1	22092,9	22489,1	23629,4	22433,6	-7,17
Хвороби органів травлення	19316,2	19509,3	19809,7	20085,3	20428,0	20427,2	19333,8	19441,4	19326,9	19320,1	0,02
Хвороби сечостатевої системи	15273,4	15577,0	15734,4	15875,9	15756,1	15959,9	14623,1	14809,8	14763,4	14584,6	-4,51
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	3554,4	3520,1	3741,1	3544,3	3620,9	3576,6	3081,0	3046,6	3112,2	3164,1	-10,98

Аналізуючи показники поширеності хвороб з урахуванням гендерного аспекту, на прикладі 2017 року, виявлене їх переважання, як і показників захворюваності, серед жінок, за виключенням знову ж таки розладів психіки й поведінки та травм, отруєнь і деяких інших наслідків дії зовнішніх причин. Ці класи хвороб реєструвались серед чоловічої статі в 2,16 разу ($p \leq 0,01$) та 1,61 разу ($p \leq 0,01$) відповідно частіше, ніж серед жінок. Така ситуація здебільшого обумовлена особливостями професійної діяльності чоловіків, їх переважанням на шкідливих та травмонебезпечних виробництвах. Представники цієї статі частіше схильні до шкідливих звичок (зловживання алкоголю, наркоманія), що обумовлюють виникнення ризиків для здоров'я. Водночас особи чоловічої статі більш важко порівняно із жінками реагують на стресові ситуації та меншою мірою звертаються вчасно за кваліфікованою допомогою психологів та психіатрів, що зумовлює виявлення захворювань у більш важких випадках.

Серед жінок показники поширеності хвороб крові та кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму були в 3,11 разу ($p < 0,001$) вищими, ніж серед чоловіків; хвороб сечостатевої системи – в 2,87 разу ($p < 0,001$); хвороб ендокринної системи. розладу харчування та порушення обміну речовин – в 2,37 разу ($p < 0,001$); новоутворення – 1,80 разу ($p < 0,001$); хвороб системи кровообігу – в 1,30 разу ($p < 0,001$); хвороб кістково-м'язевої системи та сполучної тканини – в 1,32 разу ($p < 0,001$); хвороб нервової системи – в 1,27 разу ($p < 0,001$), хвороб ока і придаткового апарату – в 1,23 разу ($p < 0,001$); хвороб органів травлення – в 1,19 разу ($p < 0,001$); хвороб системи дихання – в 1,10 разу ($p < 0,001$); деяких інфекційних і паразитарних хвороб – в 1,09 разу ($p < 0,001$). В той же час показники поширеності хвороб вуха і соскоподібного відростку та шкіри і підшкірної клітковини були практично однаковими у обох статей (табл. 3.8).

Порівняльна характеристика показників поширеності хвороб серед дорослих чоловіків та жінок в 2017р. на 100000 дорослого населення

Клас хвороб	Чоловіки	Жінки	Співвідношення показників поширеності хвороб серед чоловіків та серед жінок
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2791,1	3038,5	1:1,09
Новоутворення	3414,4	6130,4	1:1,80
Хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	525,2	1631,2	1:3,11
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин	5192,9	12289,8	1:2,37
Розлади психіки та поведінки	6015,4	2788,2	1:0,46
Хвороби нервової системи	3975,0	5033,1	1:1,27
Хвороби ока та придаткового апарату	7171,7	8795,1	1:1,23
Хвороби вуха та соскоподібного відростку	2840,2	2931,9	1:1,03
Хвороби системи кровообігу	54726,1	71267,2	1:1,30
Хвороби системи дихання	20311,1	22433,6	1:1,10
Хвороби органів травлення	16286,8	19320,1	1:1,19
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3799,2	3847,8	1:1,01
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	8363,3	11031,3	1:1,32
Хвороби сечостатевої системи	5083,9	14584,6	1:2,87
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	5103,0	3164,1	1:0,62
Усі хвороби	145873,9	191045,0	1:1,31

Висновки за розділом:

1. Впродовж 2008-2017 рр. чисельність постійного населення України скоротилась на 8,6% (3975543 особи), у тому числі чоловіків на 8,2% (1739498 осіб) та жінок на 9,0% (2236045 осіб).

2. Статеві-вікова структура населення характеризується переважанням жінок в цілому (53,9% проти 46,1%) та у віці понад 40 років.

3. За період дослідження спостерігалось зниження захворюваності та поширеності усіх класів хвороб серед населення України 18-ти років і старше. Наразі темп зниження захворюваності склав у чоловіків – 17,08% з показником 41996,5, а у жінок – 12,75% з показником 53335,9 на 100 тисяч відповідного населення. Тоді як поширеності хвороб – серед чоловіків 7,52% з показником 145873,9 та 3,35% з показником 191045,0 на 100 тисяч відповідного населення.

4. Структура захворюваності була відмінною у чоловіків та жінок. Першу та третю позицію у обох статей займали відповідно 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). Друга позиція була відмінною: у чоловіків вона належала класу травм, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (11,2%), а у жінок – хвороби сечостатевої системи (12,8%).

5. Провідні позиції структури поширеності хвороб для усіх досліджуваних груп однаково формували хвороби системи кровообігу, системи дихання та системи травлення.

6. Захворюваність та поширеність хвороб серед жінок вища, ніж серед 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.

7. За підсумками 2017 р. захворюваність хворобами сечостатевої системи в 4,51 разу ($p\leq 0,001$) більша у жінок, ніж у чоловіків; крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму – в 2,6 разу ($p<0,001$); ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин в 2,25 разу ($p<0,001$); новоутворення – 1,60 разу ($p<0,001$); деякими інфекційними та паразитарними хвороби – 1,32 разу ($p<0,001$); хвороби нервової системи – 1,24 разу

($p < 0,001$); хвороби ока й придаткового апарату – 1,18 разу ($p < 0,001$); хвороби системи кровообігу – 1,17 разу ($p < 0,001$); хвороби системи дихання – 1,12 разу ($p < 0,001$); хвороби органів травлення – 1,12 разу ($p < 0,001$); хвороби кістково-м'язевої системи – 1,12 разу ($p < 0,001$); хвороби вуха та соскоподібного відростку – 1,07 разу ($p = 0,026$); хвороби шкіри та підшкірної клітковини – 1,04 разу ($p = 0,159$).

8. Показники поширеності хвороб також мали переважання серед жінок, зокрема хвороби крові та кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму в 3,11 разу ($p < 0,001$); хвороби сечостатевої системи – в 2,87 разу ($p < 0,001$); хвороби ендокринної системи. розладу харчування та порушення обміну речовин – в 2,37 разу ($p < 0,001$); новоутворення – 1,80 разу ($p < 0,001$); хвороби системи кровообігу – в 1,30 разу ($p < 0,001$); хвороби кістково-м'язевої системи та сполучної тканини – в 1,32 разу ($p < 0,001$); хвороби нервової системи – в 1,27 разу ($p < 0,001$), хвороби ока і придаткового апарату – в 1,23 разу ($p < 0,001$); хвороби органів травлення – в 1,19 разу ($p < 0,001$); хвороби системи дихання – в 1,10 разу ($p < 0,001$); деяких інфекційних і паразитарних хвороб – в 1,09 разу ($p < 0,001$).

9. Виявлені тенденції стану здоров'я чоловіків та жінок свідчать про несприятливу в цілому ситуацію, що повинно бути враховано при розробці цільових програм галузі охорони здоров'я для вдосконалення якості медичної допомоги населенню.

За матеріалами розділу опубліковані особисті наукові роботи [1, 3-5, 11-16, 18, 22-26, 29, 32]:

РОЗДІЛ 4

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В ГЕНДЕРНОМУ АСПЕКТІ

Відповідно до програми дослідження на четвертому організаційному етапі дисертаційної роботи було вивчено та проведено аналіз смертності серед різних категорій населення України за статтю в динаміці 2008-2015 рр.

4.1. Аналіз статево-вікових особливостей смертності всього населення

4.1.1. Статеві особливості смертності всього населення

Сучасна картина смертності населення України є доволі неблагополучною. Підтвердженням цього є високі рівні смертності населення, в тому числі і в порівнянні з Європейськими країнами. Проте протягом останніх років намітилась позитивна тенденція до їх зниження.

Впродовж 2008-2015 рр. серед всього населення України загальний коефіцієнт смертності зменшився на 14,9% ($p < 0,001$) з 1637,4 в 2008 р. до 1393,8 на 100 тисяч населення в 2015 р. В динаміці спостерігалось зниження рівнів смертності до 2011 рр. та в 2015 р.. Темп зниження в 2009 р. склав 5,9%; в 2010 р. – 0,8 %; в 2011 р. – 4,5%, в 2015 р. – 5,6%. Тоді як впродовж 2012-2014 рр. зафіксоване підвищення рівнів смертності. Аналізуючи рівні смертності за статтю, виявлено, що серед чоловіків коефіцієнт смертності в 2015 р. склав 1476,0 на 100 тисяч населення, що на 18,9% ($p < 0,001$) нижче порівняно з 2008 р. В динаміці спостерігалось зниження рівнів смертності, за винятком 2012 р. та 2014 р. Зокрема, в 2009 р. коефіцієнт смертності зменшився на 8,7%; в 2010 р. – на 2,5%; в 2011 р. – на 4,3%; в 2013 р. – на 0,1%; в 2015р. – на 5,8%. Тоді як в 2012 р. та в 2014 р. відбувся деякий приріст (0,2% та 1,1% відповідно). Серед жінок динаміка рівнів смертності повторювала загальні тенденції. Темп зниження рівнів смертності за період дослідження склав 10,7% ($p = 0,003$). В той же час щорічні зміни мали певні особливості. В 2009 р. коефіцієнт смертності зменшився на 3,0%; в 2011 р. – на 4,6%; в 2015 р. – на 5,3%. Однак, на тлі загальної сприятливої динаміки спостерігались періоди підвищення рівнів смертності: в 2010 р. на 0,3%; 2013р. та 2014р. на 0,9%. В той же час

порівнюючи рівні смертності за статтю виявлено, що серед чоловіків, на відміну від жінок, протягом всього зазначеного періоду вони були вищими в 1,1-1,2 разу ($p=0,04$; рис. 4.1).

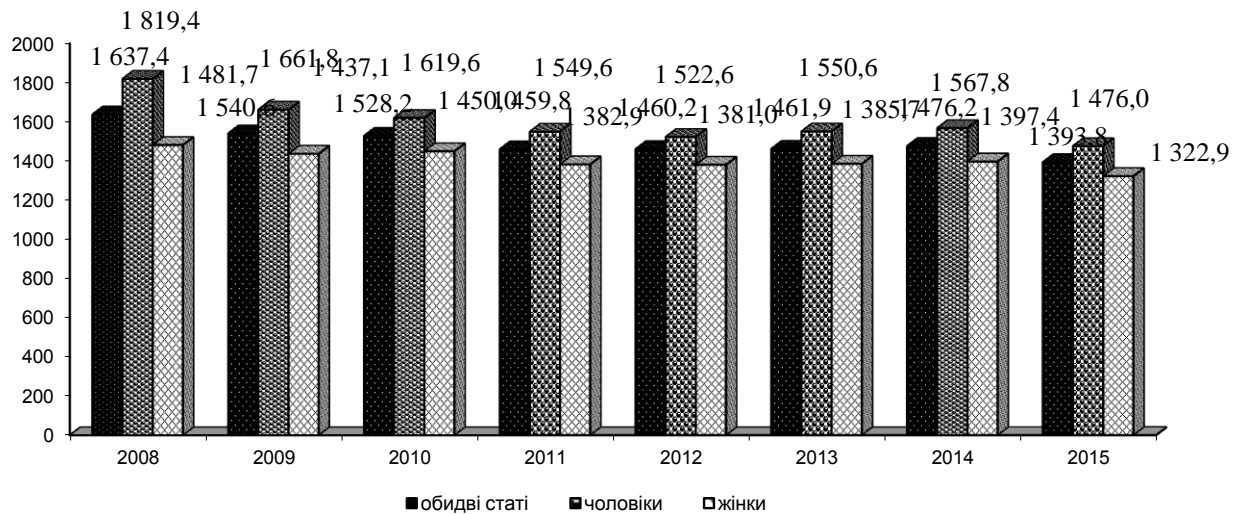


Рис.4.1 Динаміка смертності населення України за статтю, 2008 - 2015 рр., на 100 тисяч населення

Традиційно структуру смертності формують ендогенні (хвороби системи кровообігу, новоутворення) та екзогенні (зовнішні причини смерті, хвороби органів дихання, травлення, деякі інфекційні та паразитарні хвороби) причини смерті. Сучасна структура смертності населення України має комбінований характер: високі рівні смертності від провідних ендогенних причин (хвороб системи кровообігу та новоутворень) поєднуються з не менш високими показниками смертності від екзогенних причин (зовнішніх причин смерті). Близько 80-85% випадків смертей українців зумовлені зазначеними причинами.

Структура смертності за статтю характеризувалась певними особливостями. Ієрархія основних причин смерті серед чоловіків відображала загальну структуру, тоді як серед жінок спостерігались деякі відмінності. В 2015 р., як і попередні роки, найбільша частка смертей серед чоловіків (60,1%) і серед жінок (75,7%) спричинена хворобами системи кровообігу. На другому місці у обох статей були новоутворення: 15,3% та 11,6% відповідно. Третю позицію серед чоловіків займали зовнішні причини смерті (9,4%), тоді як серед жінок – хвороби органів травлення (2,9%). В той же час хвороби органів травлення серед чоловіків (4,8%) були на четвертій

позиції. А серед жінок це місце належало зовнішнім причинам смерті (2,4%). Частка хвороб органів дихання склала 4,8% серед чоловіків та 2,9% серед жінок, що відповідало п'ятій позиції. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби з часткою 2,5% та 0,9% відповідно посіли шосте місце. Питома вага решти причин смерті склала близько 5 % (рис.4.2).

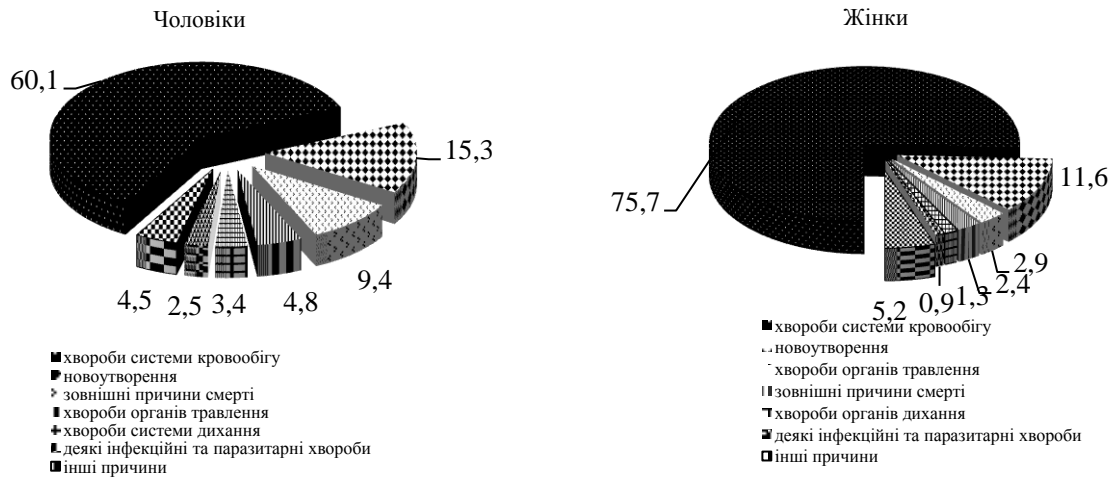


Рис. 4.2 Гендерна структура основних причин смерті населення України, 2015 р., %

Важливим аспектом у вивченні структури смертності є оцінка її коефіцієнтів з урахуванням статі. За результатами проведеного дослідження було виявлено, що серед чоловіків смертність вища, ніж серед жінок як в цілому так і за 5-ма основними причинами смерті, крім хвороб системи кровообігу. Зокрема, зовнішні причини смерті в 4,3 разу ($p < 0,001$) більше спричинили смертей серед чоловіків, ніж серед жінок; деякі інфекційні та паразитарні хвороби в 3,1 разу ($p < 0,001$); хвороби органів дихання 2,9 разу ($p < 0,001$); органів травлення в 1,9 разу ($p < 0,001$). Проте смертність від хвороб системи кровообігу в 1,1 разу ($p < 0,001$) була вищою серед жінок.

Впродовж 2008-2015 рр. спостерігалось достовірне зменшення рівнів смертності серед чоловіків та серед жінок. Темп зниження за період дослідження склав для зовнішніх причин смерті (39,7% серед чоловіків та 39,2% серед жінок); хвороб органів дихання – 37,6% та 29,3%; органів травлення – 33,0% та 24,9%; деяких інфекційних і паразитарних хвороб – 41,3% та 28,1%; хвороб системи кровообігу – 11,7% та 6,8% та новоутворень – 2,9% та 4,4% відповідно.

В той же час щорічна динаміка рівнів смертності від основних причин смерті характеризувалась деякими особливостями. Серед чоловіків за період дослідження щорічне зниження коефіцієнтів смертності спостерігалось для двох із шести основних причин смерті, а саме: від деяких інфекційних і паразитарних хвороб та хвороб органів дихання. Тоді як для решти були зафіксовані періоди збільшення. Зокрема, впродовж 2008-2010 рр. рівень смертності від новоутворень залишався стабільним. Тоді як в 2011-2012 рр. зріс на 1,0% та 4,1% відповідно, а в 2013-2015 рр. спостерігалось його зменшення. Темп зниження склав в 2013 р. 0,2%; в 2014р. – 3,7%; в 2015 р. –4,1%. Крім того, на тлі загального зниження спостерігався приріст рівня смертності для хвороб системи кровообігу в 2013 р. (+1,0%) та 2014 р. (+2,7%); хвороб органів травлення – в 2012 р. (+8,5%) і в 2013 р. (+0,8%); зовнішніх причин смерті – в 2014 р. (+6,6%).

Щодо динаміки щорічних коефіцієнтів смертності основних причин смерті серед жінок на фоні загального зниження спостерігалось їх періодичне зростання. Наразі смертність від хвороб системи кровообігу збільшилась порівняно із попереднім роком в 2010 р. на 2,5%; в 2013 р. – на 1,2%; в 2014 р. – на 1,9%. В той же час в 2012 р. та 2013 р. зафіксовано приріст коефіцієнта смертності від хвороб органів травлення на 12,8% і на 1,5% відповідно. Смертність від зовнішніх причин смерті впродовж 2008-2015 рр. мала тенденцію до зниження, проте в 2012 р. та 2014р. відбулося зростання її рівнів. Темп приросту склав 1,6% та 0,7% відповідно. Водночас щодо хвороб органів дихання впродовж 2008-2015 рр. спостерігалась позитивна тенденція до зниження, за винятком 2009 р., коли рівень смертності підвищився на 2,5%. Впродовж 2008-2011 рр. рівні смертності від новоутворень стабілізувались, однак в 2010 р. зареєстровано приріст на 1,1%. Тоді як, починаючи з 2012 р. до 2015 р. відбувалось їх зниження, що зумовило зменшення коефіцієнту смертності від новоутворень в цілому за період дослідження. Для деяких інфекційних та паразитарних хвороб динаміка рівнів смертності характеризувалась позитивними зрушеннями, за винятком 2012 р., коли було зареєстроване підвищення на 6,9% (табл.4.1).

Таблиця 4.1

Динаміка смертності всього населення України за статтю та основними причинами смерті, 2008-2015 рр., на 100000 населення

Причини смерті	Рік								Зміни 2015р. до 2008р. (%)
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
ЧОЛОВІКИ									
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	62,2	54,6	52,4	50,4	48,8	45,3	40,4	36,5	-41,3
Новоутворення	232,2	232,2	232,5	234,8	244,6	243,9	234,9	225,4	-2,9
Хвороби системи кровообігу	1003,5	943,3	942,2	893,7	891,1	900,2	924,6	886,4	-11,7
Хвороби системи дихання	80,8	70,3	65,0	60,7	58,2	56,5	53,6	50,5	-37,6
Хвороби органів травлення	106,6	91,5	80,7	75,2	81,6	82,2	79,5	71,4	-33,0
Зовнішні причини смерті	229,1	182,0	163,6	158,2	154,7	150,6	160,5	138,2	-39,7
Всі причини смерті	1819,4	1661,8	1619,6	1549,6	1552,6	1550,6	1567,8	1476,0	-18,9
ЖІНКИ									
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	16,3	14,6	14,7	14,1	15,1	14,1	12,9	11,7	-28,1
Новоутворення	159,8	159,8	161,2	161,6	170,4	169,3	162,3	152,7	-4,4
Хвороби системи кровообігу	1074,8	1056,1	1082,8	1030,2	1021,0	1033,5	1053,2	1001,6	-6,8
Хвороби системи дихання	24,6	25,2	23,5	20,9	20,1	19,3	18,2	17,4	-29,3
Хвороби органів травлення	50,6	43,4	39,9	38,5	43,4	44,0	41,1	38,0	-24,9
Зовнішні причини смерті	51,2	42,3	38,6	37,3	37,9	35,9	36,2	31,8	-37,9
Всі причини смерті	1481,7	1437,1	1450,0	1382,9	1381,0	1385,7	1397,4	1322,9	-10,7

4.1.2. Гендерна характеристика вікових особливостей смертності всього населення

Динаміка вікових коефіцієнтів смертності оцінювалась за п'ятирічним інтервалом від 0 до 100 років і старше. Збільшення померлих з віком є природнім процесом.

Найбільший їх приріст згідно з даними Державної служби статистики України за 2015 р. реєструвався у чоловіків та жінок, починаючи з 15-19 років. Серед юнаків порівняно цього віку порівняно з 10-14 літніми смертність зросла в 2,6 разу ($p < 0,001$). Тоді як у 20-24 р. зміни склали 1,9 разу ($p < 0,001$); 25-29 р. – 1,6 разу ($p < 0,001$) та 30-34 років – 1,7 разу ($p < 0,001$). В наступних вікових групах приріст варіював у межах 1,3-1,5 разу ($p < 0,001$).

Серед жінок зростання вікових коефіцієнтів, як і серед чоловіків, спостерігалось з 15-19 років. Порівняно з попереднім інтервалом смертність зросла в 1,6 разу ($p = 0,168$). У віці 20-24 років приріст склав 1,5 разу ($p = 0,204$); в 25-29 – 1,6 разу ($p < 0,001$); 30-34 – 1,7 разу ($p = 0,002$). Починаючи з діапазону 35-39 до 44-49 років, зміни коефіцієнтів знаходились у межах 1,3-1,4 разу ($p < 0,001$). З 50-54 років спостерігалася друга хвиля наростання смертності в 1,4 разу ($p < 0,001$). У інтервалі 55-59 р. приріст склав 1,5 разу ($p < 0,001$); 60-64 р. та 65-69 р. – 1,6 разу ($p < 0,001$); 70-74 та 75-79 р. – 1,7 разу ($p < 0,001$); 80-84 р. – 1,8 разу ($p < 0,001$). Починаючи з 85 років, інтенсивність зростання зменшилась.

Порівнюючи вікові коефіцієнти смертності чоловіків та жінок за п'ятирічним віковим інтервалом, виявлено їх перевищення серед чоловіків, за винятком 90 років і старше. Максимальні рівні надсмертності чоловіків спостерігаються у працездатному віці. Наразі за даними 2015 р. найвищим індекс надсмертності був у віці 20-24 років та склав 3,2 раза ($p < 0,001$). В 25-29 років він становив 3,1 раза ($p < 0,001$); у 30-34 та 35-39 років – 3,0 рази ($p < 0,001$); в 40-44 та 45-49 років – 2,9 разу ($p < 0,001$); в 50-54 р – 3,0 рази ($p < 0,001$). Після 55 років намітилась тенденція до зменшення співвідношення коефіцієнтів смертності, однак різниця залишалася доволі значною. Зокрема у віці 55-59 років – 2,8 разу ($p < 0,001$); 60-64 р. – 2,7 разу ($p < 0,001$); 65-69 – 2,3 разу ($p < 0,001$). Відносне вирівнювання співвідношення

коефіцієнтів смертності чоловіків та жінок спостерігалось старше 80 років (табл.4.2).

Таблиця 4.2

**Вікові коефіцієнти смертності чоловіків і жінок за всіма причинами смерті та
індекс надсмертності чоловіків, 2015 р.**

Віковий інтервал (років)	Коефіцієнт смертності (‰)		Індекс надсмертності чоловіків (%)
	Чоловіки	Жінки	
0-4	189,32	151,17	125,2
5-9	20,70	16,21	127,7
10-14	27,72	20,37	136,1
15-19	80,73	32,05	251,9
20-24	137,22	43,08	318,5
25-29	213,18	67,81	314,4
30-34	335,02	111,07	301,6
35-39	527,15	173,00	304,7
40-44	703,89	239,45	294,0
45-49	949,63	326,26	291,1
50-54	1346,10	440,32	305,7
55-59	1932,13	656,64	294,2
60-64	2967,13	1058,52	280,3
65-69	4098,19	1680,01	243,9
70-74	6124,70	2961,68	206,8
75-79	8650,71	5075,88	170,4
80-84	12047,47	9147,60	131,7
85-89	17120,91	15246,56	112,3
90-94	19906,49	23500,50	84,7
95-99	17790,30	29905,03	59,5
100 і старше	7474,52	15318,60	48,8

4.2. Характеристика смертності дорослого населення України

4.2.1. Аналіз гендерних особливостей смертності дорослого населення

Наступним кроком дослідження стало вивчення особливостей смертності дорослого населення.

Впродовж 2008-2015 рр. спостерігалось зниження рівня смертності серед дорослого населення, за винятком 2012-2014 рр. В 2015 р. коефіцієнт смертності склав 1681,1 на 100 тис. дорослого населення, що на 14,8% менше порівняно із 2008 р. Щорічні зміни характеризувались наступними особливостями. В 2009 р. коефіцієнт смертності порівняно із попереднім роком зменшився на 6,1 %; в 2010 р. – на 0,9%; в 2011 р. – на 4,6%; в 2015 р. – на 5,5%. Тоді як в 2012-2014 рр. спостерігалось незначне зростання рівня смертності. Наразі в 2012 р. коефіцієнт смертності збільшився на 0,1%; в 2013 р. – на 0,3%, в 2014 р. – на 1,1%. Динаміка рівнів смертності за статтю характеризувалась позитивними зрушеннями. Однак, на тлі зниження смертності реєструвалось періодичне їх зростання. Зокрема, серед чоловіків приріст рівнів зареєстровано в 2012 р. на 0,3% та 2014 р. на 1,2%; а серед жінок – в 2010 р. на 0,8%; в 2013 р. на 0,5%; в 2014 р. на 1,0%. В 2015 р. коефіцієнт смертності чоловіків становив 1821,3 на 100 тис. відповідного населення, що на 18,8% менше порівняно із 2008 р. В той же час коефіцієнт смертності жінок в 2015р. зменшився на 10,6% проти відповідного в 2008 р. та склав 1565,6 на 100 тисяч дорослого населення (рис.4.3).

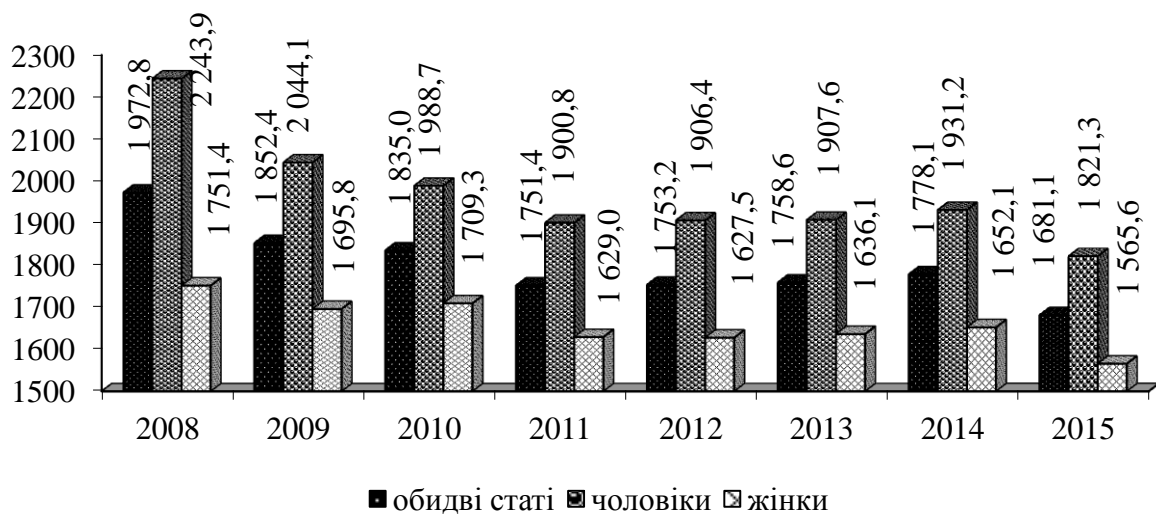


Рис. 4.3 Динаміка смертності дорослого населення України за статтю, 2008-2015 рр., на 100 тис. відповідного населення

Статева структура причин смертності мала деякі особливості. Однак найбільша частка померлих серед чоловіків (60,7%) та серед жінок (76,2%) зафіксована від хвороб системи кровообігу. На другій позиції були новоутворення (15,4% та 11,6% відповідно). Тоді як на третій серед чоловіків зовнішні причини смерті (9,2%), а серед жінок хвороби органів травлення (2,9%). Четверту займали хвороби органів травлення (4,9%) та зовнішні причини смерті (2,5%) відповідно. П'ята та шоста позиції була спільними для чоловіків та жінок: хвороби органів дихання (3,4% і 1,3%) та деякі інфекційні та паразитарні хвороби (2,5% та 0,9% відповідно) (рис.4.4).

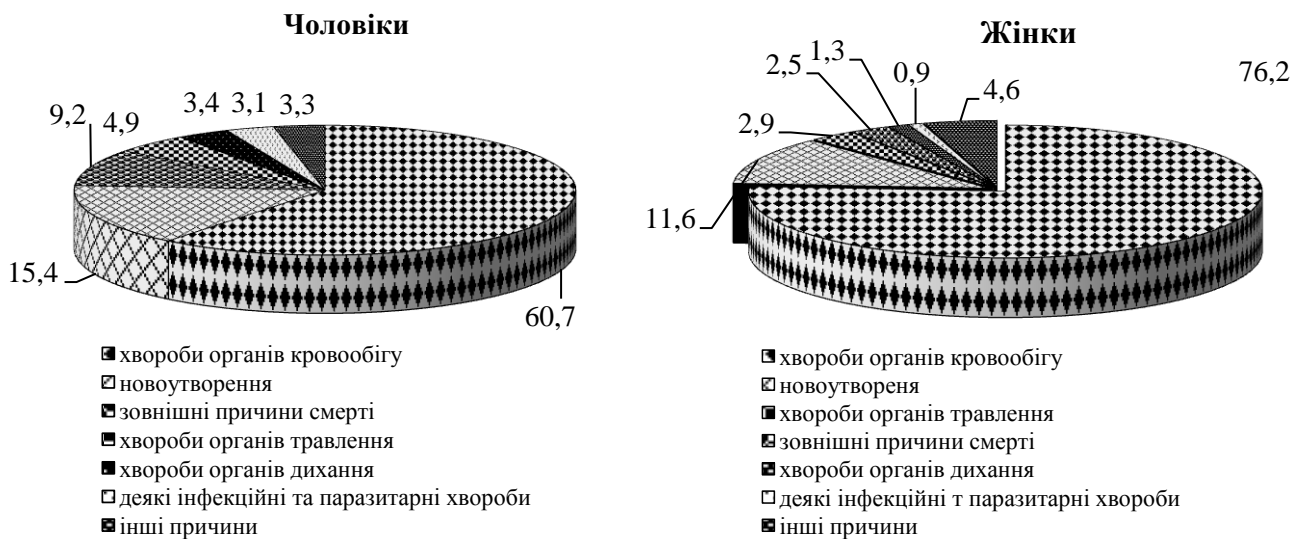


Рис.4.4 Структура основних причин смерті серед дорослого населення за статтю, 2015 р., %

Серед чоловіків та серед жінок 18-ти років і старше спостерігалась сприятлива тенденція до зменшення рівнів смертності як в цілому, так і від основних причин смерті. Наразі темп зниження смертності впродовж 2008-2015 рр. склав: всі причини смерті серед чоловіків 18,8%, тоді як серед жінок – 10,6%; деякі інфекційні та паразитарні хвороби – 41,5% та 28,2%; новоутворення 3,0% та 4,4%; хвороб системи кровообігу – 11,8% та 6,9%; хвороб органів дихання – 37,8% та 29,6%; хвороб органів травлення – 33,1% та 24,9%; зовнішніх причин смерті – 39,8% та 32,3% відповідно. Аналіз динаміки коефіцієнтів смертності, продемонстрував, що серед чоловіків лише для двох причин смерті, як і серед дорослого населення, спостерігалось щорічне їх зниження, а саме: деяких інфекційних та паразитарних

хвороб і хвороб органів дихання. В той же час для решти на тлі позитивних загальних змін спостерігались періоди зростання рівнів смертності. Наразі впродовж 2008-2015 рр. приріст смертності від новоутворень зареєстровано в 2011 р. (+1,0%) та в 2012 р. (+4, 2%); хвороб системи кровообігу – в 2013 р. (+1,1%) та 2014 р. (+2,8%); хвороб органів травлення – в 2012 р. (+8,6%) та 2013 р. (+0,8%); зовнішніх причин смерті – в 2014 р. (+6,7%). Серед жінок динаміка коефіцієнтів смертності мала різнонаправлений характер. Наразі щорічний приріст рівнів смертності від деяких інфекційних та паразитарних хвороб зафіксовано в 2010 р. (+0,7%) та в 2012 р. (+7,1%); новоутворень – в 2010 р. (+1,1%) та в 2012 р. (+5,5%); хвороб системи кровообігу – в 2010 р. (+2,4%), в 2013 р. (+1,3%) та в 2014 р. (+2,0%); хвороб органів дихання – в 2009 р. (+2,6%); хвороб органів травлення – в 2012 р. (+13,0%) та 2013 р. (+1,7%); зовнішніх причин смерті – в 2012 р. (+2,1%) та в 2014 р. (+0,7%).

Порівнюючи коефіцієнти смертності за статтю виявлено, що смертність від зовнішніх причин смерті в 4,3 разу ($p < 0,001$) вища серед чоловіків, ніж серед жінок; від деяких інфекційних та паразитарних хвороб – в 3,3 разу ($p < 0,001$); від хвороб системи дихання – в 3,1 разу ($p < 0,001$); від хвороб органів травлення – в 2,0 рази ($p < 0,001$) та від новоутворень – в 1,5 разу ($p < 0,001$). Тоді як смертність від хвороб системи кровообігу в 1,1 разу була вища серед жінок ($p = 0,068$; табл.4.3).

4.2.2. Аналіз статеві-вікових особливостей структури основних причин смерті дорослого населення

Наступним кроком дослідження стало вивчення вікових коефіцієнтів смертності дорослого населення за гендерною ознакою. З цією метою доросле населення було розподілене на 3 вікові групи: перша – 18-24 роки (молодше трудоактивне); друга – 25-64 роки (власне трудоактивне) та третя – 65 і старше років (старше трудоактивного віку).

В динаміці за ці роки виявлено достовірне зниження рівнів смертності у кожній із груп. У віці 18-24 років смертність знизилась на 33,6% (серед чоловіків на 33,9% і серед жінок на 33,7%). У групі 25-64 років темп зниження склав 29,9% (31,7% та 26,4% відповідно; різниця 1,2 разу). Тоді як у віці 65 років і старше коефіцієнт смертності зменшився на 6,4% (7,5% та 6,4% відповідно; різниця 1,2

разу). Збереження такої тенденції сприятиме збільшенню чисельності працездатного населення та підвищенню середньої тривалості життя українців (табл.4.4).

Таблиця 4.3

Динаміка смертності дорослого населення України за статтю та основними причинами смерті, 2008-2015 рр., на 100000 відповідного населення

Причини смерті	Рік								Зміни 2015р · до 2008р · (%)
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Чоловіки									
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	76,7	67,2	64,3	61,7	59,9	55,7	49,7	44,9	-41,5
Новоутворення	288,6	288,0	287,7	290,5	302,6	302,5	291,4	280,0	-3,0
Хвороби системи кровообігу	1252,9	1174,7	1171,2	1110,1	1107,3	1119,7	1151,4	1105,2	-11,8
Хвороби системи дихання	100,0	86,71	80,03	74,69	71,6	69,5	66,1	62,2	-37,8
Хвороби органів травлення	132,8	113,8	100,2	93,3	101,3	102,2	98,9	88,9	-33,1
Зовнішні причини смерті	278,6	220,4	197,2	190,7	186,9	182,6	194,9	167,7	-39,8
Всі причини смерті	2243,9	2044,1	1988,7	1900,8	1906,4	1907,6	1931,2	1821,3	-18,8
Жінки									
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	18,8	16,8	16,9	16,2	17,4	16,2	14,9	13,5	-28,2
Новоутворення	189,6	189,2	191,2	191,2	201,8	200,7	192,5	181,4	-4,4
Хвороби системи кровообігу	1282,0	1257,0	1287,1	1223,8	1213,3	1229,4	1254,2	1193,3	-6,9
Хвороби системи дихання	28,7	29,5	27,4	24,4	23,6	22,6	21,1	20,2	-29,6
Хвороби органів травлення	60,2	51,5	47,3	45,5	51,5	52,4	48,9	45,3	-24,9
Зовнішні причини смерті	57,8	47,6	43,0	41,8	42,7	40,5	40,8	39,2	-32,3
Всі причини смерті	1751,4	1695,8	1709,3	1629,0	1627,4	1636,1	1652,1	1565,7	-10,6

Таблиця 4.4.

Динаміка смертності дорослого населення за статтю та віком, 2008-2015 рр., на 100000 відповідного населення

Віковий інтервал	Рік								Зміни 2015р. до 2008р. (%)
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
	Обидві статі								
18-24	130,4	112,65	104,9	98,4	98,7	92,9	102,3	86,5	-33,6
25-64	970,0	831,81	779,4	751,1	752,8	754,9	743,9	679,5	-29,9
65- і старше	6676,2	6649,08	6865,2	6590,0	6579,4	6565,8	6603,8	6216,3	-7,0
18-100	1972,8	1852,41	1835,0	1751,4	1753,0	1758,5	1778,1	1681,1	-14,8
	Чоловіки								
18-24	196,07	168,3	156,0	146,4	149,6	136,6	156,6	129,6	-33,9
25-64	1478,47	1244,5	1159,7	1115,6	1116,4	1118,5	1109,4	1009,5	-31,7
65- і старше	8072,44	8000,8	8208,7	7892,4	7898,9	7838,6	7889,7	7470,9	-7,5
18-100	2243,93	2044,1	1988,7	2199,6	1906,4	1907,6	1931,2	1821,3	-18,8
	Жінки								
18-24	61,8	54,5	51,4	48,2	47,7	46,7	44,9	41,0	-33,7
25-64	517,7	465,1	440,9	426,0	427,5	428,6	414,5	381,1	-26,4
65-- і старше	5969,6	5971,7	6198,2	5947,1	5928,9	5935,9	5965,5	5590,2	-6,4
18-100	1750,9	1695,8	1709,3	1629,0	1627,5	1636,1	1652,1	1565,6	-10,6

Вікова структура смертності серед чоловіків та серед жінок мала свої особливості.

У групі 18-24 років більшість смертей у обох статей зумовлені зовнішніми причинами смерті. Однак їх частка серед чоловіків (73,0%) в 1,6 разу вища, ніж серед жінок (46,3%). Така ситуація скоріше за все зумовлена поведінковими особливостями чоловіків молодого віку. Традиційно вони більш схильні до «ризикованої» поведінки та нездорового способу життя: тютюнопаління, вживання алкогольних напоїв та наркотичних речовин, що пропагується суспільством як образ «сучасного» чоловіка. Крім того, чоловіки в своїй професійній діяльності підлягають більшому ризику травм та нещасних випадків. Друга позиція у

структурі серед чоловіків належала хворобам системи кровообігу (6,6%), третя – новоутворенням (4,7%); четверта – деяким інфекційним та паразитарним хворобам (2,6%); п'ята – хворобам органів травлення (2,5%), а шоста – хворобам органів дихання (1,2%).

Серед жінок ієрархія причин смерті виглядала наступним чином. Другу позицію займали новоутворення (12,2%), третю – хвороби системи кровообігу (7,2%); четверту – хвороби органів травлення (5,5%); п'яту – деякі інфекційні та паразитарні хвороби (4,1%) та шосту як і у чоловіків – хвороби органів дихання (1,7%: рис. 4.5).

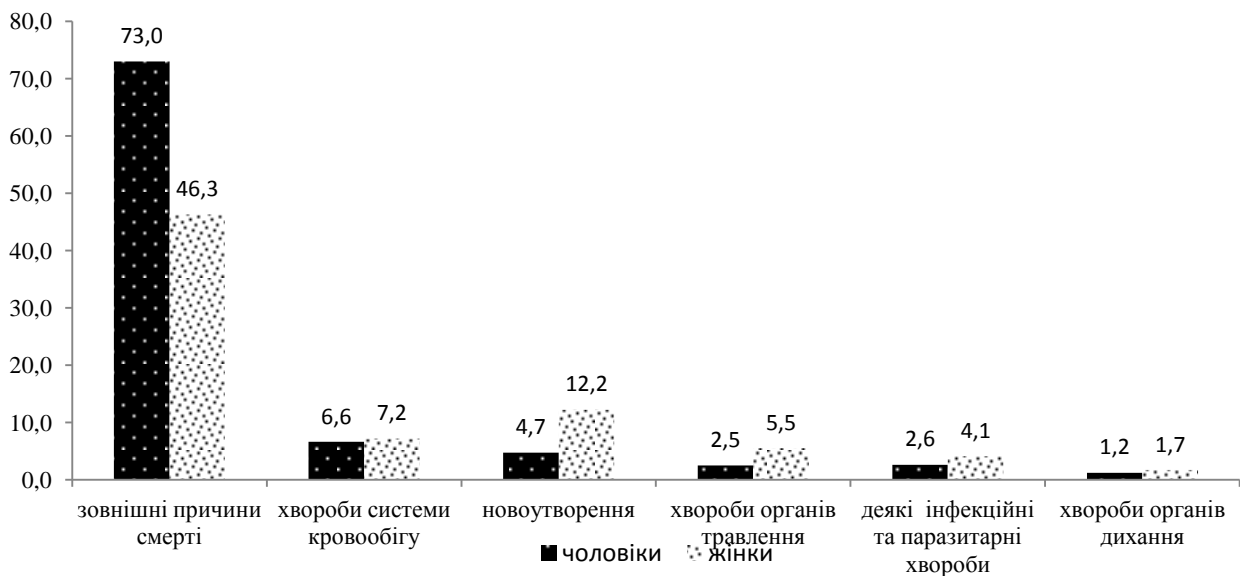


Рис. 4.5 Гендерна структура смертності населення у віці 18-24 років, 2015 р., %

В структурі смертності чоловіків та жінок 25-64 років максимальна частка смертей була спричинена зумовлена хворобами системи кровообігу (40,8% серед чоловіків та 38,4% серед жінок). Другою за частотою причиною смерті стали новоутворення, однак їх частка серед жінок в 1,7 разу вища, ніж серед чоловіків. Третю позицію серед чоловіків займали зовнішні причини смерті (17,5%), четверту – хвороби органів травлення (8,8%); п'яту – деякі інфекційні та паразитарні хвороби (5,6%) та шосту – хвороби органів дихання (4,0%). Тоді як серед жінок на третьому місці за частотою смерті були хвороби органів травлення (9,8%); на четвертому – зовнішні причини смерті (8,0%); на п'ятому – деякі інфекційні та паразитарні хвороби (4,6%) та на шостому – хвороби органів дихання (2,5%; рис. 4.6).

Максимальний внесок в структурі смертності населення 65 років і старше належав хворобам системи кровообігу. Їх частка була вищою серед жінок в 1,4 разу (83,9% проти 60,7%). Другу позицію займали новоутворення, які стали причиною 13,7% смертей серед чоловіків та 7,8 % серед жінок; різниця склала 1,8 разу. Зовнішні причини смерті зумовили 2,4% смертей серед чоловіків та 1,0% серед жінок, різниця склала 2,4 разу. Решта причин смерті мали незначний вклад у структурі смертності та характеризувалися значними гендерними розбіжностями (рис.4.7).

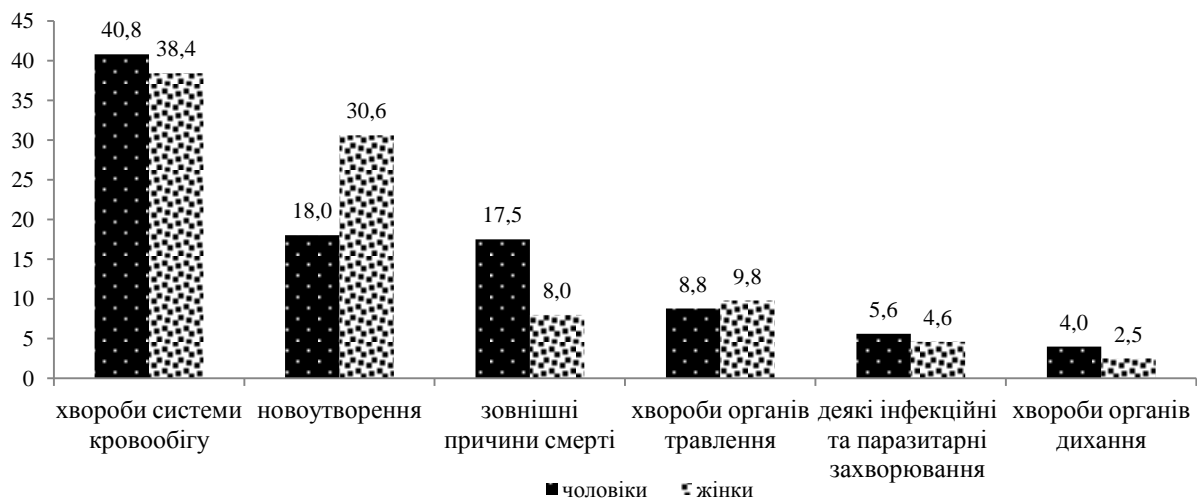


Рис. 4.6 Гендерна структура смертності населення у віці 25-64 років, 2015 р., %.

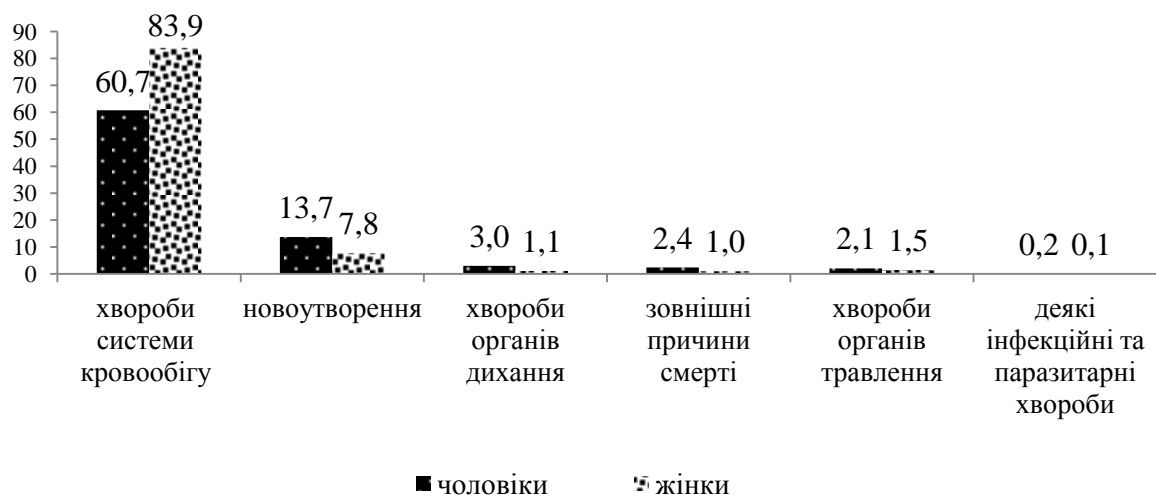


Рис. 4.7 Гендерна структура смертності населення у віці 65 років і старше, 2015 р., %

За роки дослідження намітилась тенденція до зменшення смертності у всіх вікових групах. Наразі темп зниження у віці 18-24 роки від хвороб системи

кровообігу склав 30,6% серед чоловіків та 35,7% серед жінок (різниця 1,2 разу); від новоутворень – 30,6% та 31,8% відповідно; від хвороб органів травлення – 60,8% та 43,0% (різниця 1,4 разу); від хвороб органів дихання – 54,6% та 74,0% (різниця 1,3%); від зовнішніх причин смерті – 30,5% та 24,6% (різниця 1,3 разу) і від деяких інфекційних та паразитарних хвороб – 67,2% та 52,3% (різниця 1,3 разу).

У віковій групі 25-64 років коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу знизився на 6,3% у чоловіків та 24,3% у жінок (різниця 3,9 разу); від новоутворень – на 6,3% та 9,0% відповідно (різниця 1,4 разу); від хвороб органів дихання – на 41,4% та 28,6% (різниця 1,4 разу); від хвороб органів травлення – на 41,8% та 40,8%; від зовнішніх причин смерті – на 44,5% та 47,8% (різниця 1,1 разу) від деяких інфекційних та паразитарних хвороб – на 44,9% та 30,8% (різниця 1,5 разу).

У віці 65-ти років і старше спостерігалось зниження рівня смертності, за винятком хвороб органів травлення у жінок (+4,3%). Темп зниження склав для хвороб системи кровообігу у чоловіків 1,7% та 4,2% у жінок (різниця 2,5 разу); для новоутворень – 1,7% та 3,0% (різниця 1,8 разу); для зовнішніх причин смерті – 25,1% та 21,5% (різниця 1,2 разу); для хвороб органів дихання – 35,5% та 30,0% (різниця 1,2 разу); для деяких інфекційних та паразитарних хвороб – 29,4% та 16,9% (різниця 1,7 разу) та для хвороб органів травлення 6,5% у чоловіків (табл.4.5; 4.6).

Таблиця 4.5

Динаміка смертності чоловіків 18 років і старше за віковими групами, 2008-2015 рр., на 100 тисяч відповідного населення

Вікова група	Рік								Зміни 2015 р. до 2008р (%)
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Хвороби системи кровообігу									
18-24	8,7	8,8	8,2	7,6	7,4	7,6	6,3	6,0	-30,6
25-64	193,5	194,3	195,3	196,9	200,0	198,4	191,0	181,3	-6,3
65-100	1040,4	1049,2	1060,8	1080,4	1146,6	1142,1	1079,1	1022,6	-1,7
Новоутворення									
18-24	8,7	8,8	8,2	7,6	7,4	7,6	6,3	6,0	-30,6
25-64	193,5	194,3	195,3	196,9	200,0	198,4	191,0	181,3	-6,3
65-100	1040,4	1049,2	1060,8	1080,4	1146,6	1142,1	1079,1	1022,6	-1,7
Зовнішні причини смерті									
18-24	136,2	114,1	108,1	102,6	105,8	96,9	119,2	94,6	-30,5
25-64	319,0	245,7	215,1	205,8	198,0	195,1	208,4	176,9	-44,5
65-100	238,7	208,6	198,9	201,0	206,1	194,6	188,8	178,7	-25,1
Хвороби органів дихання									
18-24	3,5	4,0	2,9	3,0	2,3	2,9	2,6	1,6	-54,6
25-64	68,9	53,5	46,4	44,8	43,3	46,0	43,0	40,3	-41,4
65-100	351,1	339,3	335,1	307,7	292,5	259,5	245,1	226,6	-35,5
Хвороби органів травлення									
18-24	8,4	6,8	4,4	4,3	4,4	3,8	3,9	3,3	-60,8
25-64	153,4	126,0	106,9	97,6	102,4	105,0	101,6	89,3	-41,8
65-100	167,4	167,2	166,8	161,4	190,3	178,3	167,7	156,5	-6,5
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби									
18-24	10,2	9,1	8,9	7,5	7,3	4,7	4,5	3,3	-67,2
25-64	102,1	74,5	83,6	79,4	75,9	70,8	63,0	56,3	-44,9
65-100	26,6	23,9	23,1	23,1	25,0	21,6	17,9	18,8	-29,4

Таблиця 4.6

**Динаміка смертності жінок 18 років і старше за віковими групами, 2008-2015
рр., на 100 тисяч відповідного населення**

Вікова група	Роки								Зміни
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2012 до 2008 (%)
Хвороби системи кровообігу									
18-24	4,6	4,1	4,3	4,0	3,1	4,0	3,8	3,0	-35,7
25-64	193,2	172,6	167,6	160,9	159,0	160,9	158,2	146,1	-24,3
65-100	4896,3	4926,2	5158,6	4953,2	4910,6	4955,2	5003,0	4690,6	-4,2
Новоутворення									
18-24	7,3	6,5	6,9	6,3	5,9	6,4	5,7	5,0	-31,8
25-64	128,0	129,3	129,3	128,1	130,1	129,7	123,4	116,5	-9,0
65-100	451,3	449,8	462,3	467,3	505,6	497,7	473,2	437,7	-3,0
Зовнішні причини смерті									
18-24	25,2	22,1	20,2	20,5	20,1	20,0	20,8	19,0	-24,6
25-64	58,4	44,4	38,7	37,5	37,0	36,2	36,1	30,5	-47,8
65-100	73,2	69,7	67,0	65,0	70,3	62,3	62,8	57,4	-21,5
Хвороби органів дихання									
18-24	2,7	4,0	2,2	1,2	2,0	1,3	1,4	0,7	-74,0
25-64	13,4	13,7	10,9	9,8	9,4	10,6	9,7	9,6	-28,6
65-100	83,9	87,5	87,4	78,7	75,3	67,8	63,0	58,7	-30,0
Хвороби органів травлення									
18-24	4,0	2,8	2,5	2,3	2,6	2,4	1,9	2,3	-43,0
25-64	63,2	50,4	42,8	39,6	42,4	43,7	41,4	37,4	-40,8
65-100	81,1	79,7	82,8	84,1	101,0	100,2	90,4	84,6	+4,3
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби									
18-24	7,8	7,0	6,5	6,2	6,5	4,3	3,8	3,7	-52,3
25-64	25,3	22,3	22,0	21,3	22,4	20,9	19,2	17,5	-30,8
65-100	6,8	6,3	7,3	6,1	7,4	7,5	6,7	5,6	-16,9

Висновки за розділом:

1. Впродовж 2008-2015 рр. намітилася тенденція до зниження смертності населення України. Рівень смертності серед чоловіків вищий, ніж серед жінок (1476,00/0000 проти 1322,9 0/0000 відповідно) при більшому темпі зниження (18,9% серед чоловіків порівняно з 10,7% серед жінок).

2. Сучасна структура смертності населення України має комбінований характер: високі рівні смертності від провідних ендемічних причин (хвороб системи кровообігу та новоутворень) поєднуються з не менш високими показниками смертності від екзогенних причин (зовнішніх причин смерті).

3. Структуру смертності населення формували хвороби системи кровообігу (68,0%; 948,0 0/0000); новоутворення (13,4%; 186,4 0/0000); зовнішні причини смерті (5,8 %; 81,0 0/0000); хвороби органів травлення (3,8 %; 53,5 0/0000); хвороби органів дихання (2,4%; 32,7 0/0000) та деякі інфекційні та паразитарні хвороби (1,7 %; 23,2 0/0000).

4. Надсмертність чоловіків спостерігалась практично у всіх вікових групах, починаючи з народження і до 90 років. Максимальні індекси надсмертності чоловіків (3-3,1 разу) реєструвались у віці 20-54 років. Такі тенденції приводять до порушення демографічної піраміди і втрат найбільш працездатної частини населення. Найбільший приріст вікових коефіцієнтів смертності серед чоловіків зареєстровано в 15-19 років (в 2,6 разу), тоді як серед жінок в 80-84 роки (в 1,8 разу).

5. Смертність дорослого населення перевищувала загальну (1681,1 0/0000 проти в 1393,8 0/0000 в 2015 р.), як серед чоловіків (1821,3 0/0000 проти 1565,6 0/0000), так і серед жінок (16,3% проти 13,8 % в 2012 р). Впродовж 2008-2015 рр. темп зниження смертності серед чоловіків (18,8 %) був вищий від відповідного серед жінок (10,6%) та дорослого населення в цілому (14,8%).

6. Структуру смертності чоловіків 18 років і старше формували хвороби системи кровообігу (60,7%; 1105,2 0/0000); новоутворення (15,9%; 3,0 0/0000); зовнішні причини смерті (9,2%; 167,7 0/0000); хвороби органів травлення (4,9%; 88,9 0/0000); хвороби системи дихання (3,4%; 62,22 0/0000) та деякі інфекційні й паразитарні захворювання (2,5%; 44,9 0/0000). Серед жінок структура смертності повторювала відповідну серед

чоловіків, проте рангова позиція хвороб органів травлення була вищою, а зовнішніх причин смерті нижчою, ніж серед чоловіків.

7. Провідною причиною смерті у віці 18-24 років серед чоловіків (73,0%) та жінок (46,3%) були зовнішні причини, тоді як у 25-64 роки (40,8% і 38,4% відповідно) та 65 років і старше (75,6% та 83,9%) – хвороби системи кровообігу.

8. Смертність від зовнішніх причин смерті в 4,3 разу вища серед чоловіків, ніж серед жінок; від деяких інфекційних та паразитарних хвороб – в 3,3 разу; від хвороб системи дихання – в 3,1 разу; від хвороб органів травлення – в 2,0 рази та від новоутворень – в 1,5 разу. Смертність від хвороб системи кровообігу в 1,1 разу була вища серед жінок.

9. Впродовж 2008-2015 рр. реєструвалося зниження рівнів смертності від основних причин серед чоловіків і серед жінок.

10. Високі рівні смертності населення обумовлені причинами, яких можна запобігти. Збереження таких тенденцій сприятиме зростанню неповоротних людських втрат та загрожуватиме національній безпеці. Таким чином, системі охорони здоров'я потрібно посилити увагу до здоров'я зберігаючих заходів, програм забезпечення здорового способу життя та організації медичної допомоги

За матеріалами розділу опубліковані особисті наукові роботи [7, 9,10, 19-21, 27]

РОЗДІЛ 5

МІЖНАРОДНІ ТА НАЦІОНАЛЬНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ПОЛІТИКИ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ В СУСПІЛЬСТВІ ТА ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

5.1. Міжнародні механізми формування політики гендерної рівності в суспільстві

Кінець XX століття ознаменувався швидким зростанням уваги до становища жінок у суспільстві, визнанням фактів дискримінації їхньої участі в політичному, економічному та соціальному управлінні. Ключові ініціативи щодо реалізації заходів спрямованих на покращення становища жінок та сприяння їх рівності з чоловіками у суспільстві були здійснені під егідою Генеральної Асамблеї ООН. В межах її діяльності були розроблені та затверджені низка правових документів та проведено ряд міжнародних конференцій з питань сприяння забезпеченню рівності жінок та чоловіків у суспільстві. Провідним серед них була Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок ухвалена в 1979 р. Положеннями документу визначались основні терміни та зобов'язання урядів та громадських організацій щодо реалізації принципу рівності. Згідно Конвенції «дискримінацією щодо жінок» визнається «будь-яка відмінність, виключення або обмеження за ознакою статі спрямовані на послаблення або зведення нанівець визнання, користування або здійснення жінками, незалежно від їхнього сімейного стану, на основі рівноправності чоловіків і жінок, прав людини та основних свобод у політичній, економічній, соціальній, культурній, громадській або будь-якій іншій галузі». До основних положень, реалізація яких декларувалась даним документом, належало сприяння ліквідації та викорінення всіх форм дискримінації щодо жінок; розроблення практичних заходів інтеграції принципу рівності чоловіків та жінок у державні програми та законодавство; розробити та впровадити спеціальні заходи спрямовані встановлення гендерної рівності у суспільстві [148].

В 1980 р. у Копенгагені відбулася друга Всесвітня конференція ООН з прав жінок, головним принципами якої стали сприяння дискримінації щодо жінок та покращення їх можливостей при реалізації потреб у сфері освіти та послуг охорони

здоров'я. Наступним кроком на шляху до імплементації принципу рівноправності в суспільстві стало проведення в 1985 р. (Найробі, Кенія) третьої Всесвітньої конференції зі становища жінок, на якій була прийнята стратегія «Жінки в процесі розвитку», направлена на забезпечення підтримки та покращення становища жінок у політичній та інших сферах діяльності, доступі до освітніх та медичних послуг, тощо [149].

Ключова роль на шляху інтеграції принципу гендерної рівності належала четвертій Всесвітній конференції зі становища жінок (1995 р., Пекін), на якій були прийняті Пекінська декларація та Платформа дій щодо поліпшення статусу жінок та Декларації тисячоліття ООН (2000р). Прийнятими документами були визначені 12 проблемних галузей, поряд з якими і охорона здоров'я. Положеннями цих документів регламентовано не лише сприяння ліквідації дискримінації щодо жінок та покращення їх становища у суспільстві, а й вперше визначено необхідність досягнення рівності прав та можливостей для жінок та для чоловіків. Водночас в досягнення гендерної рівності визнано однією із глобальних цілей суспільного розвитку – 3 Ціллю розвитку Тисячоліття [150–152].

5.2. Гендерні питання в діяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я

ВООЗ здійснює постійну та активну діяльність щодо інтеграції принципу гендерної рівності в політику охорони здоров'я. Метою організації є досягнення більш високого рівня здоров'я та якості надання медичних послуг для жінок та для чоловіків. Забезпечення рівних можливостей можливе лише за умови визнання існування гендерної нерівності та здійснення заходів щодо її зменшення та ліквідації шляхом підтримки проведення наукових досліджень з цих питань та подальшому використанню отриманих результатів при розробці стратегій та програм.

В 2007 році на шестидесятій сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я здійснений важливий крок на шляху боротьби з гендерною нерівністю в охороні здоров'я, результатом якої стало прийняття «Стратегія включення гендерного аналізу і дій в роботу ВООЗ» [9]. Метою документу була інтеграція гендерного

фактору в політику, програми та діяльність організації, а також забезпечення державам-членам ВООЗ підтримки при розробці заходів щодо включення принципу рівності прав чоловіків та жінок в охороні здоров'я.

Стратегією окреслені напрями та шляхи розвитку гендерної політики в галузі охорони здоров'я. Серед яких головними визначено забезпечення загального сприяння створення потенціалу ВООЗ з питань гендерного аналізу при планування діяльності організацій та закладів, що надають послуги охорони здоров'я. Обов'язковим є враховування гендерних проблеми при здійсненні управління в галузі та закладах охорони здоров'я. Для раціональної діяльності закладів важливим є моніторинг та аналіз статистичних даних у гендерному аспекті та створення системи звітності.

Першочерговим завданням для підвищення потенціалу ВООЗ з гендерних питань має стати покращення обізнаності фахівців галузі. З цією метою Мережею Секретаріату з гендеру, жінок та здоров'я було розроблено ряд інформаційних та методичних матеріалів для проведення освітніх заходів з гендерних питань в охороні здоров'я.

Враховування гендерних питань в системі управління має на меті обов'язкове враховування гендерної складової при проведенні планування, бюджетування, моніторингу та оцінці результатів проектів. Водночас необхідно сприяти та рекомендувати держав-членам ВООЗ імплементувати гендерний аналіз в національні стратегії та програми, що сприятиме зменшенню нерівності та прогресу у цьому напрямі.

Важливим аспектом в процесі розробки та моніторингу програм, а також при проведенні наукових досліджень, є необхідність використання даних із розподілом за статтю. Це сприятиме більш поглибленому їх проведенню, а також зменшенню упередженості щодо гендерних питань. Включення гендерного аналізу як складової досліджень в охороні здоров'я сприятиме більш глибокому вивченню та розумінню відмінностей факторів і ризиків для здоров'я у чоловіків та у жінок, особливостей перебігу захворювань, що дозволить ефективніше визначати їх проблеми та потреби в охороні здоров'я та доступі до медичних ресурсів.

Прийняттям Стратегії ВООЗ відзначає важливість гендерної проблематики в охороні здоров'я. Для забезпечення реалізації принципу гендерної рівності державам-членам ВООЗ необхідно всебічно сприяти його інтеграції на всіх рівнях. Доцільно враховувати гендерну складову при формуванні національних стратегій чи програм; включати її при плануванні наукових досліджень в галузі охорони здоров'я та заохочувати дослідників до вивчення чинників, що провокують розвиток гендерної нерівності; покращувати обізнаність фахівців з гендерних питань та сприяти врахуванню гендерних проблем на всіх рівнях надання медичної допомоги та медико-санітарних послуг, в тому числі для підлітків та молоді, тощо.

Реалізація запропонованих механізмів врахування гендерної складової сприятиме ліквідації випадків нерівності і несприятливого становища чоловіків і жінок як споживачів або провайдерів медичних послуг та досягненню прогресу на шляху утвердження гендерної рівності в секторі охорони здоров'я.

5.3. Рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи про включення гендерних відмінностей в політиці в галузі охорони здоров'я (2008 р.)

В 2008 р. з метою сприяння політиці гендерної рівності серед держав-членів Ради Європи Комітетом Міністрів Ради Європи були прийняті Рекомендації про включення гендерних відмінностей в політику в галузі охорони здоров'я [153].

Існування гендерної нерівності може призвести до проблем у доступі до послуг охорони здоров'я та погіршенню стану здоров'я населення, тому інтеграція гендерних аспектів та розвиток гендерно чутливих медичних програм сприятиме посиленню ефективності і результативності політики охорони здоров'я.

Для ліквідації проявів гендерної нерівності, а також покращення якості надання медичних послуг, Комітетом розроблені рекомендації, врахування яких сприятиме підтримці та формуванню політики гендерної рівності в галузі охорони здоров'я. В рамках реалізації завдань документу урядам держав-членів Ради Європи запропоновано низку ключових заходів:

- визначити гендерний аспект провідним напрямом діяльності в програмах та стратегіях охорони здоров'я;

- сприяти врахуванню принципу гендерної рівності при наданні медико-санітарної допомоги, проведенні профілактичних заходів;
- забезпечити підтримку наукових досліджень з урахуванням гендерного аналізу і покращення якості та доступності медичних послуг чоловікам та жінкам;
- сприяти підвищенню обізнаності та компетентності фахівців галузі охорони здоров'я з гендерних питань;
- сприяти досягненню паритетного представництва чоловіків та жінок при прийнятті рішень в галузі охорони здоров'я;
- забезпечити ознайомлення установ та інститутів в галузі охорони здоров'я з основними положеннями документу.

Виконання урядами запропонованих рекомендацій сприятиме не лише посиленню уваги та обізнаності працівників галузі охорони здоров'я до гендерних питань, а й забезпечить державну підтримку програм та стратегій покращення стану здоров'я чоловіків і жінок.

5.4. Національне законодавство з питань забезпечення рівних прав та можливостей чоловіків та жінок

Національне законодавство щодо досягнення рівних прав та можливостей чоловіків та жінок ґрунтується на положеннях міжнародних нормативно-правових документів, ратифікованих Україною впродовж минулого та теперішнього століття. 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.), «Віденська декларація прав людини» (1993 р.), «Пекінська декларація та Платформа дій щодо поліпшення статусу жінок» (1995 р.) та Декларація Тисячоліття ООН (2000 р.) [150,151, 154–156].

Викладені у міжнародному законодавстві підходи досягнення рівних гендерних прав сприяли їх впровадженню у національні плани й проекти і вимагали від державних структур створення та розвитку власної нормативно-правової бази у питаннях забезпечення гендерної рівності.

Процес формування і становлення вітчизняного законодавства з гендерних питань, як і міжнародного, відбувався в 2 етапи (періоди). На першому з них розроблені та затверджені документи, завдання яких зосереджувались на реалізації положень концепції покращення становища жінок у суспільстві та ліквідації дискримінації щодо них. Тоді як нормативно-правові акти другого етапу мали більш широкий спектр задач та були направлені на досягнення рівності для жінок і для чоловіків, як рівноцінних учасників суспільних процесів. Державна політика забезпечення гендерної рівності не виключає заходів щодо реалізації концепції «покращення становища жінок», а є її логічним продовженням.

Правові засади принципу рівності прав і можливостей жінок та чоловіків закріплені у Конституції України. Стаття 24 Закону проголошує, що "громадяни мають рівні конституційні права і свободи та є рівними перед законом. Не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками. Рівність прав жінки і чоловіка забезпечується: наданням жінкам рівних з чоловіками можливостей у громадсько-політичній і культурній діяльності, у здобутті освіти і професійній підготовці, у праці та винагороді за неї; спеціальними заходами щодо охорони праці і здоров'я жінок, встановленням пенсійних пільг; створенням умов, які дають жінкам можливість поєднувати працю з материнством; правовим захистом, матеріальною і моральною підтримкою материнства і дитинства, включаючи надання оплачуваних відпусток та інших пільг вагітним жінкам і матерям" [157].

В охороні здоров'я основні норми щодо рівності прав та можливостей закріплені в Основах законодавства про охорону здоров'я. Стаття 4 Закону гарантує для населення забезпечення рівних можливостей та справедливому доступу при отриманні медичної допомоги та медичних послуг і визначає це одним із ключових принципів функціонування галузі [158].

Після ратифікації Україною положень Пекінської декларації та Платформи дій (Пекін, 1995 р.), згідно з якими держави зобов'язалися сприяти впровадженню

гендерної рівності до вітчизняної політики і програм, відбулася активізація національних правових механізмів щодо інтеграції принципу в державну політику України [159].

Одним із перших практичних кроків національного законодавства з гендерних питань стало прийняття Постанови Кабінету Міністрів України № 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». Основні завдання, що визначались цим документом, сфокусовані на реалізації положень та пропозицій Пекінської декларації та Конвенції ООН «Про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок». Заходи, що передбачались Планом, полягали у розробці проектів «Декларації про загальні засади державної політики стосовно сім'ї і жінок» та «Концепції поліпшення становища жінок»; сприянні боротьбі з насильством щодо жінок та дітей і створенню центрів підтримки жертв насильства; забезпеченню просвітницької роботи з питань підтримки інтересів сім'ї, жінок та дітей; проведенні тренінгів, семінарів, круглих столів, тощо [160].

На виконання зазначеної Постанови кабінету міністрів міністерством охорони здоров'я України затверджено Наказ №5 від 11.06.1998 р. «Про заходи щодо поліпшення становища жінок і підвищення їх ролі в суспільстві». Документом визначався комплекс заходів направлених на підвищення рівня здоров'я жіночого населення та підтримку реалізації загальнодержавних завдань [161,162].

Логічним продовженням обраного курсу державотворення стало прийняття в травні 2001 р. Постановою КМУ № 479 «Національного плану дій щодо поліпшення становища жінок та сприяння впровадженню гендерної рівності у суспільстві на 2001-2005 роки». Значна частина заходів зосереджувалась на продовженні реалізації завдань запланованих у попередньому документі. Проте зазначений План дій передбачав більш широкий спектр задач із включенням питань гендерних перетворень. Визначені завдання були спрямовані на забезпечення врахування гендерного аспекту під час формування державної політики, створенні програм і проектів; підвищення ролі жінок і забезпечення рівного їх представництва на всіх рівнях при прийнятті рішень; ліквідації явищ насильства і торгівлі людьми, надання

підтримки жертвам, створення для них спеціальних реабілітаційних установ. Також наголошувалось на необхідності проведення гендерної експертизи законодавчих актів стосовно рівних можливостей чоловіків та жінок та основних показників людського розвитку у відповідності до міжнародних актів [163].

За цей період в галузі охорони здоров'я, у відповідності до діючих загальнодержавних програм, забезпечено реалізацію комплексу заходів спрямованих на підвищення рівня здоров'я жіночого населення, особливо у сфері репродуктивного здоров'я; здійснювалась підтримка центрів та служб для надання медико-психологічної та соціальної допомоги жінкам і дітям, які стали жертвами насильства; були розроблені інформаційно-методичні матеріали та проведені просвітницькі заходи з цих питань.

Варто відмітити, що діючі протягом 1997-2005 р. загальнодержавні та галузеві програми, в тому числі і в охороні здоров'я, основну увагу приділяли заходам для покращення становища жінок. Тоді як вирішення «чоловічих» проблем, зазначених у документах, на жаль, не знайшли практичного відображення. Гендерні питання, вирішення яких регламентувалось законодавчими актами, були сфокусовані здебільшого на «жіночих» проблемах, що зумовило формування у суспільстві стереотипності думок, що «гендерні проблеми» стосуються лише жіночої статі. Крім того, значна частина затверджених заходів в кінцевому результаті, на жаль, мала лише декларативний характер та обмежилась проведенням просвітницьких і консультативних заходів, що пов'язане з браком фінансування, відсутністю чіткої державної позиції щодо керування та моніторингу запланованих дій, недостатньою обізнаністю кадрів.

В 2005 р. відбулася зміна вектору державної політики від концепції покращення становища жінок на концепцію досягнення рівності прав та можливостей для чоловіків і для жінок. Це було зумовлене прийняттям 26 липня 2005 р. Указу Президента України № 1135/2005 «Про вдосконалення роботи центральних і місцевих органів виконавчої влади щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» [164] та 8 вересня Закону України № 2866-IV «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» [165]. Їх основна мета

полягала у формуванні правового підґрунтя для забезпечення паритетного становища жінок і чоловіків у всіх сферах життєдіяльності суспільства.

Прийнятим Законом вперше було дано визначення та коректне роз'яснення основних термінів з гендерних питань. Відповідно до нього під гендерною рівністю розуміють «рівний правовий статус жінок та чоловіків та рівні можливості для його реалізації, що дозволяє особам обох статей брати рівну участь у всіх сферах життєдіяльності суспільства». Також документом затверджувались основні напрями державної політики, сфери їх реалізації та заходи щодо втілення принципу гендерної рівності у життя. До провідних напрямів, досягнення яких визначалось пріоритетним, увійшли:

- ✓ забезпечення гендерної рівності у всіх сферах життєдіяльності;
- ✓ популяризація гендерної рівності серед населення;
- ✓ недопущення та боротьба із дискримінацією за статевою ознакою;
- ✓ надання паритетних можливостей жінкам на рівні із чоловіками приймати рішення, в тому числі і щодо трудової діяльності;
- ✓ можливість для жінок поєднувати професійні та сімейні обов'язки;
- ✓ забезпечення підтримки інституту сім'ї з формування відповідального батьківства та материнства.

Розроблені заходи стосувалися політичної, економічної, соціальної та освітньої сфер. Однак, не дивлячись на існування гендерних проблем в охороні здоров'я та їх констатацію у преамбулі документу, для галузі Законом не було визначено жодних цільових завдань [166, 167].

Згідно з рішеннями Закону України «Про забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків» та Указу Президента України «Про вдосконалення роботи центральних і місцевих органів виконавчої влади щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» для вирішення існуючих у суспільстві гендерних проблем Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 р. № 1834 була затверджена «Державна програма з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 року» [168]. Її метою визначено забезпечення для жінок і чоловіків рівних прав та можливостей їх реалізації як

основного права людини. Затверджені Державною програмою завдання були направлені на:

- розробку та реалізацію державної політики у сфері досягнення гендерної рівності;
- створення національної нормативно-правової бази з гендерних питань та приведення існуючих у відповідність із міжнародним законодавством;
- проведення гендерної експертизи загальнодержавного та галузевого законодавства;
- підтримувати державні та громадські установи в вивченні гендерних питань та проблем;
- здійснювати інформаційно-просвітницьку роботу для покращення обізнаності громадськості щодо гендерних питань, формування гендерної культури у суспільстві та подолання існуючих гендерних стереотипів.

В 2007 році для реалізації положень Державної програми при Кабінеті Міністрів України було створено Міжвідомчу раду з питань сімейної, гендерної політики, демографії та протидії торгівлі людьми, а при провідних міністерствах і відомствах (Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерство праці та соціальної політики України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство освіти та науки України, Міністерство юстиції України, Міністерство економіки України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство культури і туризму України, Державний комітет телебачення і радіомовлення України та Державний департамент статистики України) – робочі групи з гендерних питань. Основна мета діяльності таких груп полягала у вивченні міжнародного досвіду щодо імплементації гендерних підходів у державну політику та створенні методологічного інструментарію для їх впровадження у діяльність різних відомств [169].

Відповідно до розроблених Державною програмою завдань наказом МОЗ України №121 від 15.03.2007 р. було затверджено План заходів Міністерства щодо виконання Державної програми з утвердження гендерної рівності в українському

суспільстві на період до 2010 року [170]. Цим документом передбачалось виконання 23 пунктів завдань. Серед яких ключові наступні:

- погодження законодавства галузі із Законом України «Про забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків» та сприяти проведенню гендерної експертизи галузевих нормативно-правових актів;
- створення робочої групи з гендерних питань у міністерстві;
- інтеграція гендерної складової у галузеві проекти та програми;
- проведення моніторингу медико-демографічних показників та показників стану здоров'я чоловіків та жінок;
- сприяння підвищенню обізнаності фахівців галузі щодо гендерних питань та насильства стосовно жінок і дітей;
- підготовка проектів доповідей про результати виконання положень Конвенції ООН "Про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок» та щодо забезпечення гендерної рівності в Україні;
- включення гендерного компоненту при проведенні наукових досліджень в галузі;
- здійснювати інформаційно-просвітницьку роботу серед населення з гендерних питань, тощо.

Однак оцінити повною мірою ступінь та хід виконання цих завдань становить складність в зв'язку з відсутністю щодо їх реалізації будь-якої інформації серед галузевих публікацій та на офіційному веб-сайті міністерства. Крім того, за даними громадського моніторингу здійсненого за підтримки Програми «Верховенство права» Міжнародного фонду «Відродження» міністерством не було надано жодних документів про результати виконання заходів [171, 172].

Впродовж 2011-2013 рр. відбулася перерва в формуванні державної політики з гендерних питань. Попередня Державна програма завершила свій термін дії, а нова, на жаль, не планувалася і не фінансувалася, не дивлячись на гостру потребу суспільства до вирішення питання досягнення паритетного становища жінок та чоловіків.

В вересні 2013 р. після трирічної перерви постановою КМ України № 717 було прийнято «Державну програму забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року» [173]. Її мета та основні завдання продовжують державний курс направлений на впровадження гендерних підходів в усі сфери життєдіяльності суспільства. Цією програмою визначено три основні напрями заходів, виконання яких сприятиме досягненню паритетного становища для чоловіків та жінок. Перший полягає в удосконаленні законодавства та приведенні його у відповідність зі стандартами міжнародного права з питань забезпечення рівних прав та можливостей для жінок і чоловіків. Другий напрямок направлений на формування у суспільстві гендерної культури та боротьбу зі стереотипними уявленнями щодо ролі жінок та чоловіків у суспільстві. Його реалізація потребує обов'язкового включення гендерних підходів у систему освіти, що сприятиме підвищенню рівня компетенції фахівців, а також проведення інформаційної роботи з у суспільстві. Водночас найбільш прийнятний третій напрямок, який є комплексним і поєднує в собі завдання двох попередніх. Крім того, ним передбачається включення до національного трудового законодавства європейських стандартів у сфері праці; скорочення гендерного розриву за рівнем заробітної плати жінок та чоловіків, а також активно залучати до виконання завдань представників міжнародних організацій та громадських об'єднань, тощо. Розроблені останньою Державною програмою завдання та заходи мають чітко окреслені терміни та очікувані результати, що демонструє не лише потребу, а готовність суспільства до проведення рішучих кроків на шляху досягнення рівних прав та можливостей для жінок і для чоловіків. Однак на сьогодні в національному законодавстві так і не затверджена нова програма з гендерних питань.

5.5. Національні парламентські слухання та їх роль в утвердженні принципу рівності чоловіків та жінок

Значний внесок у визначення напрямів формування національних механізмів становлення гендерної політики в Україні належить парламентським слуханням.

В червні 2004 р. відповідно до рішень Постанови ВРУ відбулися парламентські слухання «Становище жінок в Україні: реалії та перспективи». В рамках їх проведення були обговорені найбільш гострі проблеми становища жінок в українському суспільстві. Традиційно увага зосереджувалась на їх участі у прийнятті рішень в політичній та соціально-економічній сферах. Водночас ряд доповідей були зосереджені на питаннях тенденцій медико-демографічних процесів та особливостях стану здоров'я населення. Найбільш гострими проблемами визначено скорочення середньої тривалості життя жінок; зростання рівнів захворюваності хворобами органів кровообігу, розладів психіки і поведінки та злоякісних новоутворень. Акцент було зроблено на несприятливій ситуації у сфері репродуктивного здоров'я: високі рівні абортів, зростання ВІЛ/СНІДу та захворювань що передаються статевим шляхом [174].

За результатами проведених слухань, з урахуванням існуючих проблем, були розроблені рекомендації та відповідні заходи для всіх відомств. Наразі Міністерству охорони здоров'я було запропоновано розробити державну програму щодо забезпечення розвитку генофонду нації шляхом збереження та покращення репродуктивного здоров'я чоловіків та жінок; провести підготовку проекту Закону про державну підтримку сімейних пар репродуктивного віку, які не мають дітей; сприяти проведенню заходів щодо подолання ВІЛ/СНІДу та венеричних захворювань.

21 листопада 2006 року відбулися чергові парламентські слухання присвячені гендерним питанням в українському суспільстві – «Рівні права та рівні можливості в Україні: реалії та перспективи». Під час їх проведення учасники відзначили позитивні зміни, що відбулися у суспільстві в межах реалізації заходів щодо поліпшення становища жінок у суспільстві. В той же час вони наголосили, що питання захисту прав чоловіків, які до цього часу не обговорювалися, є не менш пріоритетним завданням на шляху досягнення гендерної рівності. Адже неврахування «чоловічих» проблем дискредитує саму ідею забезпечення гендерної рівності та провокує стереотипізацію уявлень щодо гендерних питань, як суто «жіночих».

Найбільш гострими постають питання стану здоров'я чоловіків, які характеризуються значно низькою середньою тривалістю життя (різниця складає 10-12 років порівняно з жінками) та надсмертністю чоловіків максимально вираженою у працездатному віці. Крім того, особливе занепокоєння викликає стан репродуктивного здоров'я чоловіків. Протягом останніх років відмічається зростання частки безплідних шлюбів за причини чоловічого безпліддя. Такі тенденції, на думку учасників, пов'язані не лише з несприятливим впливом соціально-економічних процесів у державі, а й з недостатньою увагою охорони здоров'я до особливих потреб та проблем чоловіків, зокрема щодо збереження та покращення їх репродуктивного здоров'я та відсутністю андрологічної служби.

Зазначені проблеми стали підґрунтям для розроблених Рекомендацій парламентських слухань. Для МОЗ України стратегічним завданням було визнано сприяння поліпшенню та збереженню здоров'я кожної із статей. Особливий акцент був направлений на підтримання репродуктивного здоров'я жінок та чоловіків і обов'язкове врахуванню їх потреб та особливих проблем, що можливе за умови створення центрів репродуктивного здоров'я для жінок та для чоловіків. Крім того, наголошувалось на необхідності проведення наукових досліджень щодо вивчення впливу негативних факторів на їх здоров'я та врахування гендерного аспекту у розробці програм з питань профілактики ВІЛ/СНІДу та інших хвороб, що передаються статевим шляхом [175, 176].

Лише сім років потому увага уряду та громадськості знову стала прикута до гендерних питань. У жовтні 2013 року відбулися парламентські слухання «Забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків. Проблеми і дієві механізми їх вирішення». Головні питання, що розглядались під час слухань, носили переважно політичний та економічний характер. Учасниками аналізувалась ситуація щодо представництва жінок в органах державної влади та політиці; можливостей працевлаштування жінок та рівня заробітних плат. В рамках даних слухань ситуація щодо забезпечення рівності прав жінок та чоловіків в сфері охорони здоров'я, на жаль, не розглядалась [177].

Висновки за розділом:

Державна політика з питань забезпечення рівних прав та можливостей чоловіків та жінок базується на основних положеннях міжнародних та національних нормативно-правових документів.

Вітчизняне законодавство з гендерних питань представлене низкою нормативно-правових актів. Серед яких: «Національний план дій на 1997-2000 рр. щодо поліпшення становища жінок і підвищення їх ролі у суспільстві»; «Національний план дій щодо поліпшення становища жінок та сприяння впровадженню гендерної рівності у суспільстві на 2001-2005 рр.»; Закон України «Про забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків» (2005р.); Указ Президента «Про вдосконалення роботи центральних і місцевих органів виконавчої влади щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» (2005 р.); «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».

Результати аналізу цих документів свідчать, що переважна увага в загальнодержавних програмах та заходах з гендерних питань присвячена їх вирішенню в політичній, економічній, соціальній та освітній галузях. В той же час як розв'язання гендерних проблем в галузі охорони здоров'я залишилось практично поза увагою; що свідчить на низьку їх пріоритетність. Питання проблем медичного характеру у чоловіків в національному законодавстві практично не піднімається.

За матеріалами розділу опубліковано [28]:

РОЗДІЛ 6

ГЕНДЕРНІ ПІДХОДИ У ПИТАННЯХ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

6.1. Аналіз нормативно-правової бази з питань репродуктивного здоров'я

Репродуктивне здоров'я є невід'ємною складовою загального здоров'я. Характеристику репродуктивному здоров'ю було визначено на Міжнародній конференції з питань народонаселення та розвитку (Каїр, 1994 р.). «Репродуктивне здоров'я – це стан це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб або немочі з усіх питань, що відносяться до репродуктивної системи, її функцій і процесів. Репродуктивне здоров'я передбачає задоволеність і безпечність сексуального життя, спроможність до відтворювання нових поколінь» [178].

ВООЗ Стратегією в області репродуктивного здоров'я (2004р.) визначає збереження репродуктивного здоров'я пріоритетним напрямком державної політики та окреслює ключові завдання, серед яких зниження материнської смертності, зменшення частоти абортів, боротьба із захворюваннями, що передаються статевим шляхом та забезпечення доступності послуг охорони репродуктивного здоров'я [179].

На міжнародному рівні питання репродуктивного здоров'я є досить актуальним. Низка міжнародних стратегій та програм присвячені питанням збереження репродуктивного та сексуального здоров'я населення. Основними серед них є Декларація Міжнародної конференції з прав людини (Тегеран, 1968); Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (1979); Платформа дій Четвертої Всесвітньої конференції щодо становища жінок (Пекін, 1995); Декларація тисячоліття ООН, прийнята на Саміті Тисячоліття (Нью-Йорк, 2000); стратегія ВООЗ «Здоров'я для всіх в ХХІ ст.», Пакет заходів із планування сім'ї, безпечного абортів, здоров'я матері, новонародженого та дитини (ВООЗ, 2010), Цілі сталого розвитку ООН (2015), тощо [2, 180]

Забезпечення реалізації завдань можливе за умови дієвої державної політики, що полягатиме у покращенні обізнаності населення з питань здорового способу життя, покращення структури та організаційних підходів до надання послуг охорони репродуктивного та сексуального здоров'я, заохочення науковців до проведення досліджень з питань репродуктивного здоров'я та тісній міжсекторальній співпраці галузі охорони здоров'я з іншими державними та недержавними структурами.

Питання збереження та поліпшення репродуктивного здоров'я є ключовими завданнями національної державної політики та закріплені рядом нормативних–правових документів. Основні положення щодо реалізації репродуктивних прав задекларовані Конституцією України. У документі в визначене «право на вільне формування сім'ї, свободу репродуктивної поведінки і репродуктивного вибору чоловіка та жінки» (стаття 51), а також забезпечення «права на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» (стаття 48), а також забезпечення «рівності прав і свобод чоловіків та жінок» (стаття 22) [157]. У Основах законодавства про охорону здоров'я (1992р. із змінами від 07.07.2011 р. № 3611-VI), окремий розділ присвячений охороні матері та дитини. Документом гарантується надання жінкам висококваліфікованої медичної допомоги в питаннях збереження репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, яка забезпечується організацією широкої мережі лікувально-профілактичних спеціалізованих закладів. Крім того визначено свободу чоловікам та жінкам у виборі методів планування сім'ї та реалізації репродуктивних та сексуальних прав. Однак слід відзначити, що більшість можливостей щодо реалізації репродуктивних прав в Законі надані жінкам. В той час як питання охорони репродуктивного здоров'я чоловіків висвітлені недостатньо, не дивлячись на те, що чоловіки є рівноправними учасниками репродуктивного процесу разом із жінками [158]. Недосконалість нормативно-правової бази обумовила неефективну на сьогодні організацію послуг охорони репродуктивного здоров'я для чоловіків, недостатню обізнаність фахівців з цих питань, відсутність спеціалістів охорони здоров'я та лікарської спеціальності – андрології, що безпосередньо вивчає репродуктивне та сексуальне здоров'я чоловіків та

планування сім'ї та відповідно відсутність можливості для чоловіків у реалізації повною мірою репродуктивних прав та збереження репродуктивного здоров'я.

В подальшому регулювання питань репродуктивного здоров'я в національному законодавстві забезпечувалось Національною програмою «Репродуктивне здоров'я 2001-2005» [181, 182]. В її межах була розроблена низка стратегічних заходів з питань збереження та покращення репродуктивного здоров'я. Більше половини завдань були спрямовані на вирішення загальних питань репродуктивного здоров'я населення, зокрема збільшення обізнаності населення щодо здорового способу життя та безпечної статевої поведінки. Крім того, в межах виконання Програми передбачалась розробка нових освітніх програм для спеціалістів охорони здоров'я з питань репродуктивного здоров'я населення. Окремо визначались задачі присвячені проблемам жінок при реалізації їх репродуктивних прав, що полягали в удосконаленні організації репродуктивних послуг та послуг планування сім'ї. В той же час заплановані Програмою заходи були лише дотичними до чоловічих питань репродуктивного здоров'я. Серед них можна виділити сприяння підготовці чоловіків до відповідального батьківства, а також надання дошлюбної консультативної медичної, психологічної та юридичної допомоги з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї [183].

Реалізація поставлених Програмою завдань сприяла підвищенню обізнаності населення з питань здорового способу життя, безпечної статевої поведінки, сучасних методів контрацепції та попередженню небажаної вагітності; створенню служби планування сім'ї. Крім того, позитивні зрушення відбулись у рівнях материнської та малюкової смертності, зокрема перша знизилась майже на 60%, а друга – на 36%. Однак їх рівні залишаються у двічі а іноді і втричі вищими порівняно з країнами Європейського регіону та США [184]. В той же час серед недоліків Програми можна зазначити практичну відсутність окремих цільових завдань спрямованих на вивчення питань репродуктивного здоров'я чоловіків та удосконалення організаційних механізмів надання їм послуг.

Продовженням розвитку системи репродуктивного здоров'я стало прийняття нової Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 рр. В

документі виділено низку чинників, які формують проблеми у сфері репродуктивного здоров'я. Зокрема, наголошено, що високі рівні штучного переривання вагітності (19,1 на 1000 жінок репродуктивного віку), безпліддя, онкогінекологічних захворювань та інфекцій, що передаються статевим шляхом, а також материнської смерті сприяють зниженню репродуктивного потенціалу нації та до значних репродуктивних втрат.

Серед завдань вирішення яких було заплановано цією Програмою :

- удосконалення нормативно–правової бази з питань репродуктивного здоров'я;
- підвищення обізнаності населення з питань здорового способу життя, збереження репродуктивного здоров'я, попередження небажаної вагітності та абортів; сучасних засобів контрацепції;
- забезпечення рівних можливостей для чоловіків та для жінок у реалізації репродуктивних прав та доступі до послуг репродуктивного здоров'я та отриманні висококваліфікованих послуг відповідно до клінічних протоколів;
- покращення доступу до медичних послуг підлітків, особливо сільських місцевостей;
- включення лікарів загальної практики/сімейних лікарів до стратегії надання послуг щодо збереження репродуктивного здоров'я ;
- підвищення рівня професійної підготовки спеціалістів з питань репродуктивного здоров'я.

Крім того, в Програмі були визначені основні цільові групи: діти віком до 14 років; діти підліткового віку 15-17 років; молодь у віці 18-20 років; молоді сім'ї до 35 років; вагітні жінки; жінки та чоловіки репродуктивного віку та пріоритетні напрями направлені на збереження здоров'я населення. Варто відзначити, що Програма носила міжгалузевий характер, так як завдання були розподілені не лише для галузі охорони здоров'я, а й для сфери освіти, науки та соціально-економічної сфер [185].

В новій Програмі на відміну від попередньої безпосередню увагу приділено питанням репродуктивного та сексуального здоров'я чоловіків та підкреслено їх право на забезпечення рівних гендерних прав у доступі до послуг охорони здоров'я.

Пріоритетними напрямками залишались просвітницька діяльність з питань попередження небажаної вагітності, абортів та сучасних засобів контрацепції, що сприятиме підвищенню знань серед населення [186].

Результатами виконання Програми стали покращення ситуації у сфері репродуктивного здоров'я. Зокрема частота майже вдвічі (47,4%) зменшилась частота абортів серед жінок фертильного віку. Тоді як серед дівчат 15-17 років на 63,9%. Рівень материнської смертності знизився на 23,3%, а малюкової – на 20,4%. Однак, не дивлячись на позитивну динаміку змін, занепокоєння викликає недостатня увага охороні репродуктивного здоров'я населення, про що свідчать зростання рівнів безпліддя серед жінок та серед чоловіків, високі рівні онкологічної захворюваності органів репродуктивної системи, неповноцінна система реалізації репродуктивних прав та можливостей чоловіків у доступі до отримання послуг репродуктивного здоров'я [187-189].

Варто відмітити, що в двох цільових програмах з питань репродуктивного здоров'я поза увагою залишаються проблеми чоловічого репродуктивного здоров'я, існуюча структури охорони здоров'я неспроможна забезпечити право чоловіків на доступність послуг репродуктивного здоров'я та шляхів його збереження. Нівелювання цієї проблеми сприятиме погіршенню здоров'я чоловіків та зростанню репродуктивних втрат.

В жовтні 2016р. Міністерство охорони здоров'я України оприлюднило проект Концепції нової державної програми «Репродуктивне та статеве здоров'я нації на 2017–2021 роки». Головні завдання Програми повинні корелювати, враховуючи національні особливості, із Планом сталого розвитку ООН на 2016–2030 роки та Європейським планом дій ВООЗ з посилення охорони сексуального та репродуктивного здоров'я на 2017–2021 роки [190]. Однак до сьогодні Державна програма «Репродуктивне та статеве здоров'я нації на 2017–2021 роки» не прийнята.

Донедавна пріоритет у вивченні репродуктивного та сексуального здоров'я надавався жінкам. Однак дані епідеміологічних досліджень демонструють погіршення репродуктивного здоров'я не лише жінок, а й чоловіків. В 2018 р. ВООЗ прийняла нову Стратегію «Здоров'я і благополуччя чоловіків в Європейському

регіоні ВООЗ: покращення здоров'я в межах гендерного підходу». Документом визнавалось, що збереження здоров'я чоловіків та забезпечення їм можливостей до послуг охорони здоров'я є пріоритетними завданнями для національних систем охорони здоров'я. Окремою складовою Програми є збереження репродуктивного здоров'я чоловіків як рівноцінних учасників репродуктивного процесу. Системам охорони здоров'я рекомендовано орієнтувати надання послуг галузі з врахуванням потреб чоловіків різного віку, а також сприяти їх активній участі у заходах спрямованих на формування здорової репродуктивної та сексуальної поведінки, профілактики гендерного насильства та моделей щодо збереження сімейних цінностей, тощо. Програмою підкреслено, що поліпшення здоров'я та добробуту чоловіків сприятиме становленню гендерної рівності [191].

6.2 Аналіз окремих показників репродуктивного здоров'я

Сучасний стан репродуктивного здоров'я та сексуального чоловіків та жінок характеризується наявністю низки проблем. Серед яких провідні позиції займають захворювання сечостатевої сфери жінок та чоловіків, інфекції, що передаються статевим шляхом, аборти у жінок, безпліддя, тощо.

Безпліддя є актуальною медико-соціальною проблемою. За даними різних авторів частота безпліддя коливається в широких межах від 9 до 30% залежно від країни. В Європейському регіоні поширеність безплідних шлюбів близько 14%. Чоловіче безпліддя є причиною 20-40% безплідних шлюбів, при чому його частка неухильно зростає. За даними досліджень впродовж останніх 20 років приріст склав 10-12%. Тоді як жіноче близько 50%. І близько третини випадків спричинені поєднанням чоловічого та жіночого безпліддя [192-196]. В Україні частота безплідних шлюбів за даними Європейського товариства репродуктології та ембріології людини (ESHRE) становить 15-17% [197]. В Україні за даними Державного комітету статистики України поширеність жіночого безпліддя в 4,5 рази вища, ніж чоловічого [198]. Однак фахівці стверджують, що у розвитку безпліддя однакову роль відіграють порушення фертильності як у жінок так і у чоловіків [199,200].

ВООЗ в класифікації безпліддя виділяє 22 причини у жінок та 16 у чоловіків [201]. За даними епідеміологічних досліджень показники репродуктивного та сексуального здоров'я чоловіків погіршуються [202,203]. Серед факторів, що обумовлюють збільшення частоти чоловічого безпліддя дослідники виділяють агресивний вплив зовнішнього середовища, психоемоційний стрес; безвідповідальне ставлення до власного здоров'я, здоров'я статевого партнера; нездорову сексуальну поведінку чоловіків, що збільшує ризик захворювань, що передаються статевим шляхом [204-209]. За даним досліджень серед чоловіків ускладненнями перенесеної хламідійної інфекції є уретрит (40,7%), простатит (37,7–43,7%), везикуліт (15,6%) [210].

Окрім того поява нових сучасних діагностичних методик сприяє кращому виявленню репродуктивних патологій та збільшенню їх статистичної частки.

Серед жінок важливу роль відводять психогенному безпліддю, яка складає близько третини від загальної частки [211]. Стрес може чинити безпосередній вплив на появу безпліддя, можуть спостерігатись психологічні наслідки безпліддя, а також відбуватися взаємообтяжливий вплив психологічних факторів та безпліддя [212].

Індикатори оцінки стану репродуктивного здоров'я наразі до кінця не розроблені, однак ключовими серед них дослідники виділяють показники захворюваності репродуктивної системи чоловіків та жінок різних вікових груп, рівні інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом, частоту небажаної вагітності та абортів, рівні безпліддя у жінок та у чоловіків, тощо.

Впродовж 2013-2017 рр. серед жінок 18-ти років і старше спостерігалось зниження рівнів захворюваності гінекологічних хвороб, за винятком ендометріозу та розладів менструацій, приріст яких склав 14,29% та 3,48% відповідно. Тоді як темп зниження рівнів захворюваності на ерозію шийки матки та ектропіон склав 19,48%; незапальні захворювання шийки матки – 18,39%; сальпінгіти та оофорити – 15,32% та запальні захворювання шийки матки – 4,14% (рис. 6.1).

В той же час динаміка показників поширеності повторювала зміни тенденції захворюваності цих хвороб. Для більшості нозологій зафіксовано зниження рівнів, за винятком ендометріозу, приріст якого склав +7,27%. Водночас рівні поширеності

ерозії та ектропіону знизились на 16,35%; незапальних хвороб шийки матки – на 15,82%; сальпінгітів та оофоритів – на 15,54%; запальних хвороб шийки матки – 2,44%. Щодо розладів менструації, то за період дослідження їх рівні змінювались незначно (рис. 6.2)

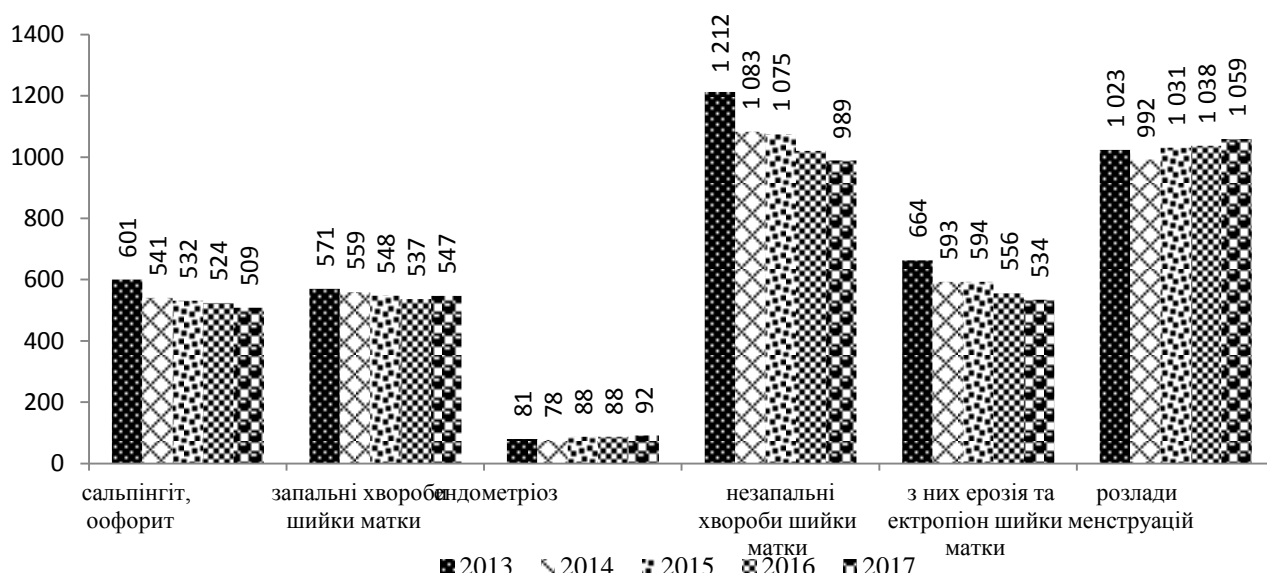


Рис. 6.1. Динаміка захворюваності гінекологічними хворобами у жінок 18-ти років і старше за 2013-2018 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

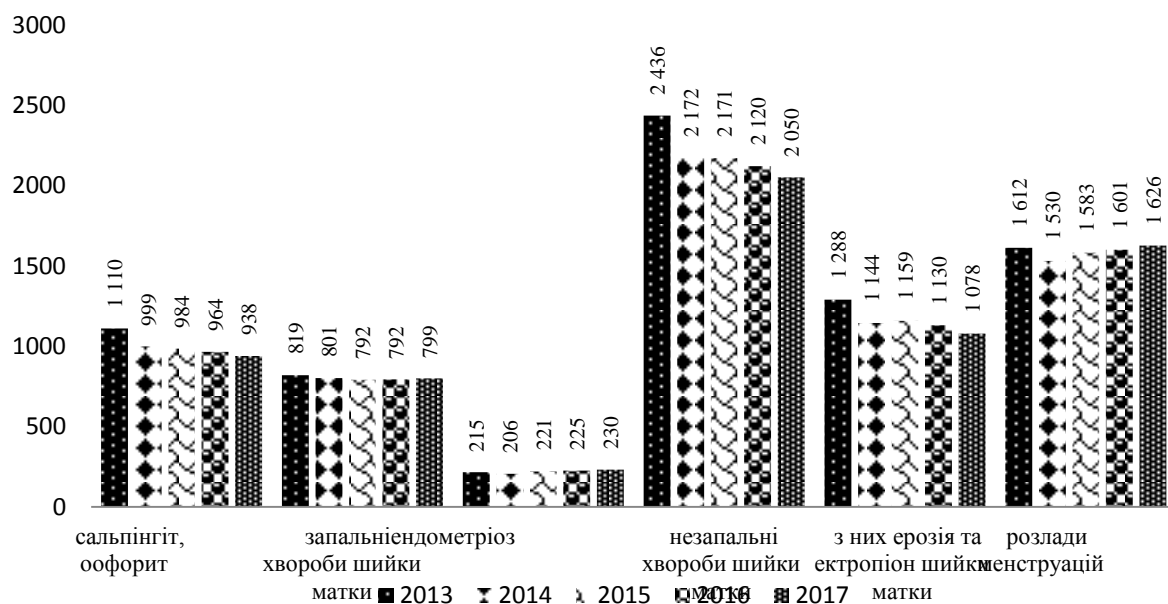


Рис. 6.2. Динаміка поширеності гінекологічних хвороб серед жінок 18-тироків і старше за 2013-2017 рр.

Для оцінки стану репродуктивного здоров'я чоловіків 18-тироків і старше було проаналізовано динаміку захворюваності та поширеності хвороб

передміхурової залози. За період дослідження спостерігалось зменшення захворюваності та поширеності хвороб передміхурової залози, в тому числі гіперплазія передміхурової залози. Наразі рівні захворюваності знизились на 8,75% та 9,46% відповідно, а поширеності – на 2,7% та 3,53% відповідно рис. 6.3).

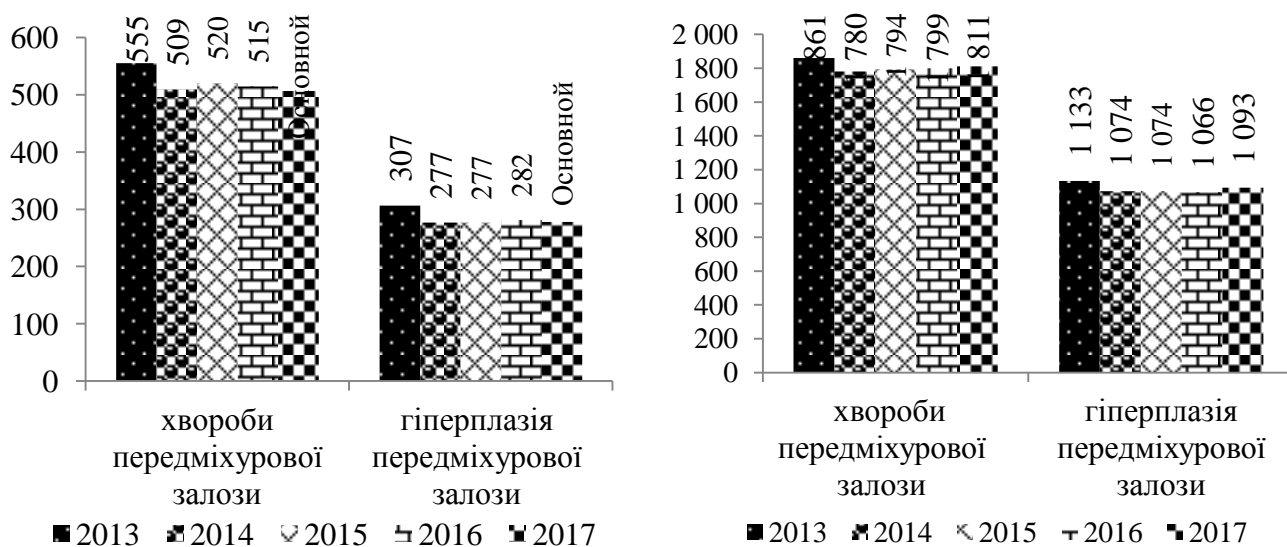


Рис. 6.3. Динаміка показників захворюваності та поширеності хвороб передміхурової залози, в тому числі і гіперплазії передміхурової залози серед чоловіків 18-ти років і старше за 2013-2017 рр., на 100 тис. відповідного населення

Важливим індикатором репродуктивного здоров'я є рівень безпліддя. Аналіз даних офіційної статистики показав, що за період 2010-2017 рр. відбулось зниження поширеності безпліддя як серед жінок, так і серед чоловіків.

В 2017 р. показник поширеності жіночого безпліддя склав 3,8 на 1000 жінок фертильного віку, що на 3,33% нижче, ніж в 2010 р. (3,9 на 1000 жінок фертильного віку). Тоді як поширеність безпліддя серед чоловіків склала в 2017 р. 0,96 на 1000 чоловіків дітородного віку, що на 7,29% нижче рівня 2010 р. (0,89 1000 чоловіків дітородного віку). Аналізуючи співвідношення рівнів за статтю, виявлено їх переважання серед жінок в 4-4,5 рази ($p=0,358$; рис.6.4).

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) становлять пряму загрозу репродуктивного здоров'я населення, підвищують ризик безпліддя, невиношування вагітності, хвороб плоду та новонародженого, тощо. Низька сексуальна культура та небезпечна сексуальна поведінка сприяє зростанню ІПСШ.

За даними ВООЗ щорічний приріст нових випадків ІПСШ складає близько 500 мільйонів, з яких 100 млн. нових випадків хламідіозу та гонореї, 12 млн. – сифілісу та 300 млн. – трихоманозу [213].

Важливим чинником оцінки репродуктивного здоров'я є захворюваність на ІПСШ серед дітей та підлітків, що є предикторами майбутніх репродуктивних розладів.

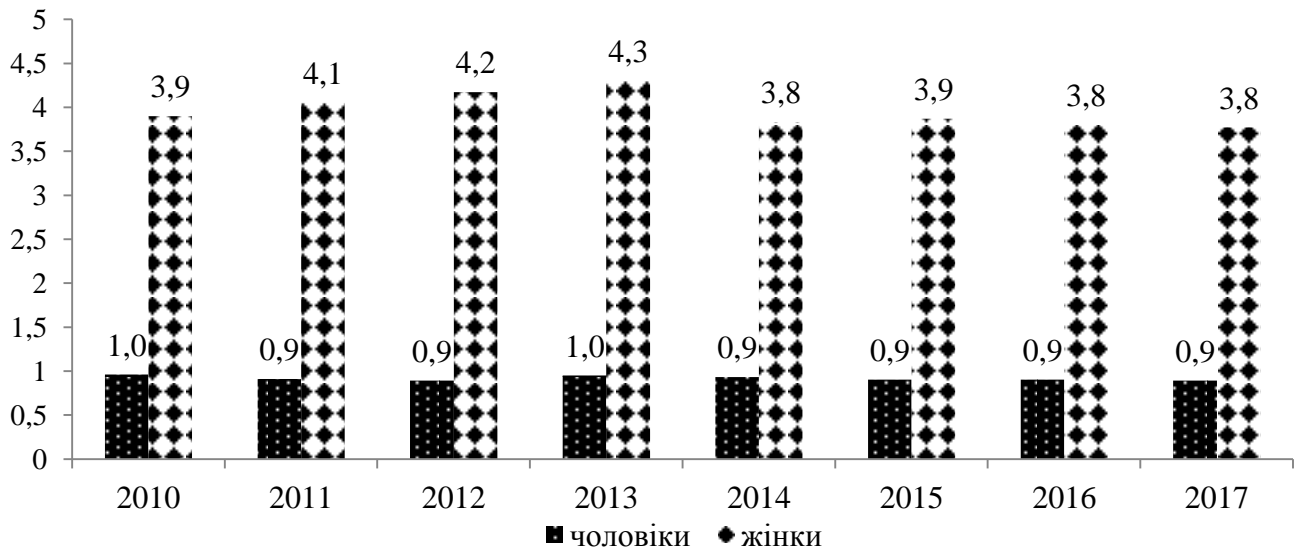


Рис.6.4 Динаміка показників поширеності безпліддя за статтю (2010-2017 рр., на 1000 осіб фертильного віку)

За даними офіційної статистики за 2016 р. у віці 15-17 років всі наведені хвороби виявляються частіше серед дівчат, зокрема трихомоніаз – в 6,3 разу; урогенітальний мікоплазмоз – в 4,2 разу; хламідіоз – в 2,8 разу; сифіліс – в 2,9 разу та гонококова інфекція – в 1,3 разу (рис. 6.5).

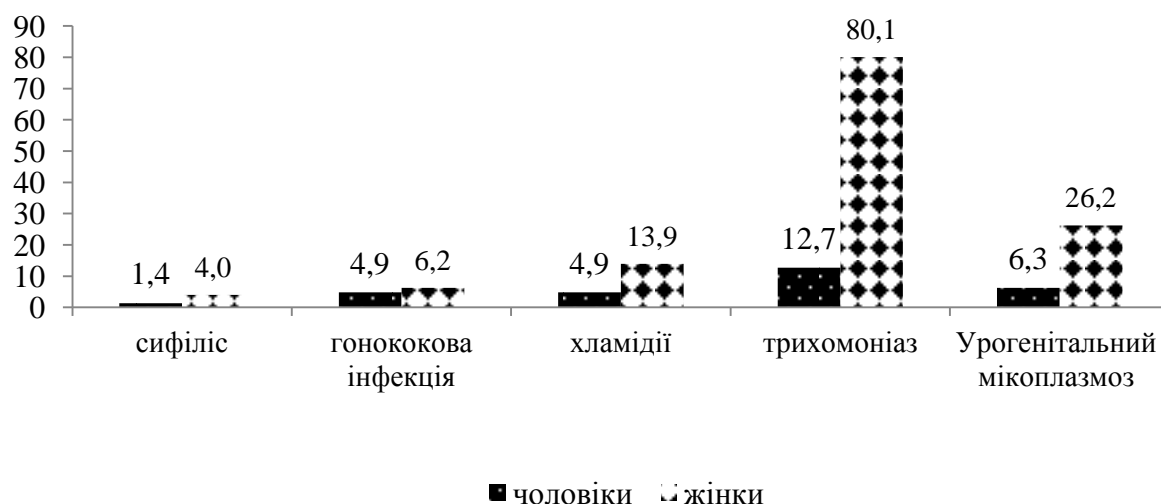


Рис. 6.5. Гендерна захворюваність населення 15-17 років хворобами, які передаються переважно статевим шляхом в 2016 р., на 100 тис. населення

В той же час серед всього населення рівні захворюваності виглядають інакше. Найбільш поширеною патологією був трихомоніоз. Однак його частка в 3,4 разу ($p < 0,001$) вища у жінок, ніж у чоловіків (173,8 проти 51,2 на 100000 населення). В той же час у осіб жіночої статі в 1,5 рази ($p = 0,065$) частіше хламідійну інфекцію (52,1 проти 33,8 на 100000 населення) та в 2,3 ($p < 0,001$) рази урогенітальний мікоплазмоз (82,3 проти 34,8 на 100000 населення). У чоловіків частіше зустрічається гонококова інфекція в 2,3 разу ($p = 0,072$; 18,0 проти 7,8 на 100000 населення) та сифіліс в 1,5 рази ($p = 0,603$; 9,2 проти 6,1 на 100000 населення). Така ж тенденція прослідковується у всіх вікових групах (рис. 6.6).

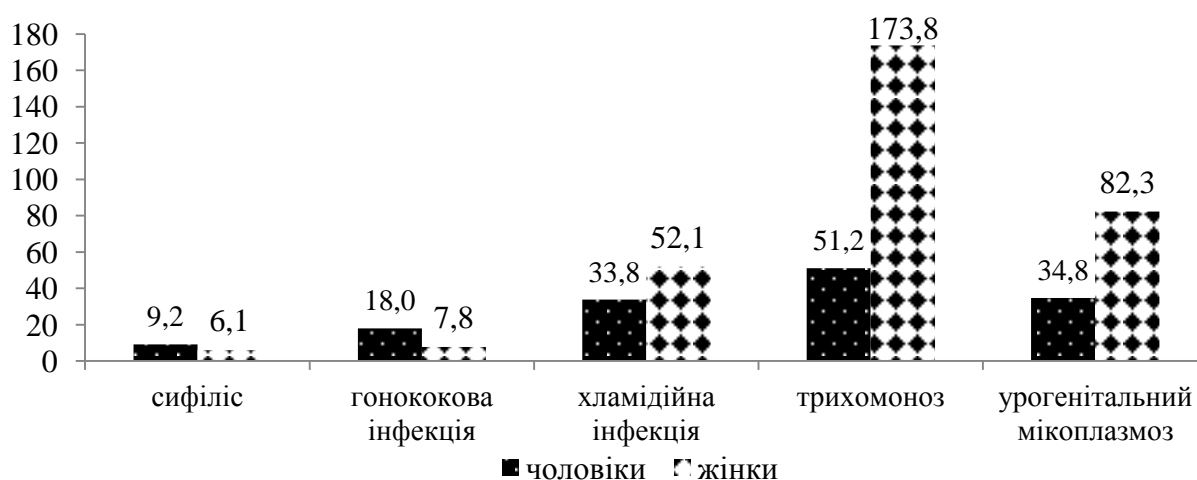


Рис. 6.6. Гендерна захворюваність всього населення хворобами, які передаються переважно статевим шляхом (2016, на 100 тис. населення)

Така ситуація може бути обумовлена не лише збільшенням захворюваності ІПСШ у чоловіків із віком, а й низкою інших чинників: латентний перебіг хвороб, низька обізнаність щодо симптомів захворювань, недосконалість, а іноді і відсутність профілактичної спрямованості послуг щодо збереження репродуктивного здоров'я у підлітковому віці, а також фахівців, що займаються репродуктивним здоров'ям чоловіків та низька мотивація до безпечної сексуальної поведінки серед молоді. Після 18-ти років у чоловіків зростає ймовірність виявлення захворювань, в зв'язку з обов'язковим проходженням медичних оглядів під час військового призову, а також з бажанням планування сім'ї.

Важливим фактором, що впливає на стан репродуктивного здоров'я є штучне переривання вагітності. За даними ВООЗ, у світі близько половини вагітностей, що настають незаплановані, четверта частина є небажаними, а близько 150 тисяч закінчуються абортами [214].

В Україні штучне переривання вагітності залишається одним із провідних методів регулювання народжуваності. Впродовж 2014-2018 рр. спостерігалась позитивна тенденція до зменшення частоти абортів серед жінок. За останні 5 років частота абортів серед всіх жінок фертильного віку знизилась на 21,4%; серед дівчаток до 14 років – на 16,7%; серед дівчат 15-17 років – на 26,2%; серед жінок 18-34 років – на 20,4%, а серед жінок 35-49 років – на 15,8%. Позитивна динаміка обумовлена ефективною реалізацією завдань національних програм з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, що діяли в країні. Однак не дивлячись на позитивні зміни частота абортів в Україні все ще залишається високою порівняно з країнами Європейського регіону, що обумовлено недостатньою обізнаністю населення з питань безпечної репродуктивної поведінки та планування сім'ї, і необхідно враховувати при розробці цільових програм з питань охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї (рис. 6.7).

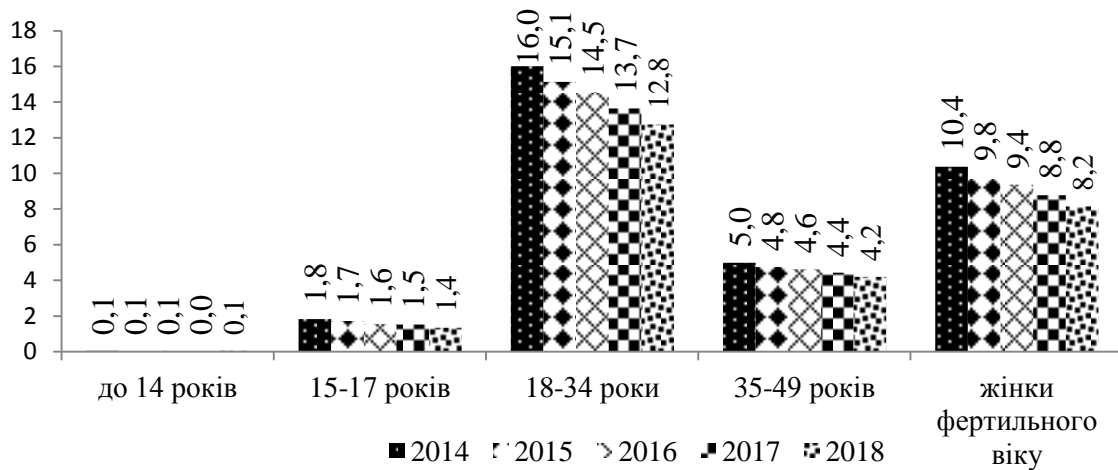


Рис. 6.7. Динаміка абортів в окремих вікових групах жінок за 2014-2018 рр. (на 1000 жінок відповідного віку)

Реалізація репродуктивних прав жінок і чоловіків полягає у забезпеченні їм державою вільного доступу до послуг охорони репродуктивного та сексуального здоров'я, а також планування сім'ї. В той же час практично існує перевага в можливостях у жінок, що полягає у розвиненій структурі галузі, наявності низки цільових національних та міжнародних програм з питань збереження репродуктивного здоров'я, тощо. Організація послуг акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам надається розвиненою мережею лікувально-профілактичних закладів всіх рівнів надання медичної допомоги. На первинному рівні лікарі загальної практики/сімейні лікарі здійснюють консультативну допомогу з питань планування сім'ї, спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом вагітності, а також надають деякі види послуг щодо профілактики захворювань репродуктивної сфери регламентовані чинним законодавством [215]. На спеціалізованому та високоспеціалізованому рівнях медичної допомоги організовується надання лікувально-діагностичних послуг лікарями акушер-гінекологами. Наразі за даними офіційної статистики за 2017 р. в Україні забезпеченість лікарями акушер-гінекологами склала 4,47 на 10000 жіночого населення, а онкологами-гінекологами – 0,11 на 10000 жіночого населення.

В той же час національна політика з питань забезпечення збереження репродуктивного здоров'я чоловікам недосконала. Існують прогалини у вітчизняній нормативно-правовій базі щодо питань чоловічого репродуктивного та сексуального

здоров'я; недосконала мережа закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання послуг охорони здоров'я та головне відсутність фахівця з питань репродуктивного здоров'я чоловіків. На сьогодні в 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 щодо збереження репродуктивного та сексуального здоров'я. Тоді як в зарубіжних системах охорони здоров'я проблемами репродуктивного та сексуального здоров'я опікуються андрологи або урологи-андрологи.

Андрологія – це медична спеціальність, яка займається вивченням чоловічого репродуктивного здоров'я (ВООЗ). Як окрема лікарська спеціальність андрологія представлена в Польщі, Естонії, Франції, Індонезії та Єгипті в Італії та Німеччині вона входить до складу ендокринології/ урології як субспеціальність. В 1992 році була заснована Європейська академія андрології, головним завданням якої є покращення підготовки фахівців з питань репродуктивного здоров'я чоловіків. В Німеччині з 2003 року андрологія введена як навчальна дисципліна в освітні програми [216].

В Україні питання розвитку андрологічної служби є актуальним. В 1992 р. Наказом МОЗ України № 171 від 27.11.1992 «Про удосконалення сексологічної та андрологічної допомоги населенню України» визначалась потреба у створенні мережі андрологічної служби та підготовці лікарів андрологів [217]. В той же час фахівцями галузі на II з'їзді сексологів і андрологів (2009р.) висунуте клопотання до МОЗ України про введення у перелік лікарських спеціальностей спеціальності "лікар-андролог". Однак на сьогодні в вітчизняній системі охорони здоров'я відсутня дана лікарська спеціальність, що суперечить праву чоловіків як рівноправних учасників репродуктивного процесу на доступність до отримання ними послуг з питань збереження репродуктивного здоров'я.

Висновки за розділом

1. Репродуктивне здоров'я є складовою загального здоров'я. В національному законодавстві та галузевих програмах охорони здоров'я питання репродуктивного здоров'я розглядаються через призму потреб жіночої статі. Тоді як чоловічі проблеми в них достатньо не враховані, не дивлячись на те, що чоловіки є рівноправними учасниками репродуктивного процесу.

2. За період дослідження зареєстровано позитивну тенденцію до зменшення захворюваності репродуктивних органів, ІПСШ, безпліддя. Однак вони залишаються високими порівняно із країнами Європейського регіону. Серед ІПСШ у жінок в 3,4 разу ($p < 0,001$) вищі рівні, ніж у чоловіків трихомоніазу (173,8 проти 51,2 на 10000 населення); в 1,5 рази ($p = 0,065$) хламідійної інфекції (52,1 проти 33,8 на 100000 населення) та в 2,3 рази ($p < 0,001$) уrogenітального мікоплазмозу (82,3 проти 34,8 на 100000 населення). У чоловіків в 2,3 разу ($p = 0,072$) частіше зустрічається гонококова інфекція (18,0 проти 7,8 на 100000 населення) та в 1,5 рази ($p = 0,603$) сифіліс (9,2 проти 6,1 на 100000 населення).

3. Безпліддя є індикатором репродуктивного здоров'я та діяльності системи охорони здоров'я. У жінок воно реєструється в 4-4,5 рази ($p = 0,358$) частіше, ніж у чоловіків.

4. В ході дослідження виявлено недосконалість організації послуг з питань репродуктивного здоров'я для чоловіків, що полягає у відсутності спеціалізованих закладів охорони здоров'я з надання репродуктивних послуг та фахівців (лікарів-андрологів).

5. Збереження репродуктивного та сексуального здоров'я виходять за межі суто медичних проблем, а є національною проблемою, що потребує вирішення на загальнодержавному рівні. Збереження репродуктивного здоров'я сприятиме досягненню позитивних зрушень у демографічних процесах.

За матеріалами розділу опубліковані особисті наукові роботи [2].

РОЗДІЛ 7

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

З метою вивчення суспільної думки щодо забезпечення системою охорони здоров'я рівних можливостей для жінок та чоловіків при отриманні медичних послуг було проведено соціологічне дослідження, відповідно до програми наведеної у II розділі дисертаційної роботи за вказаною методикою та представленими анкетами.

Становище жінок та чоловіків оцінювалось з позицій [63]: осіб, що отримують послуги системи охорони здоров'я; провайдерів, які надають послуги в сфері охорони здоров'я та осіб, які приймають організаційні та управлінські рішення на рівні законодавчої чи виконавчої влади. Відповідно соціологічне дослідження проводилось серед трьох груп респондентів – пацієнтів, лікарів та спеціалістів з організації та управління охороною здоров'я.

Перед анкетуванням всі респонденти були ознайомлені з метою дослідження та правилами заповнення анкет. Збір інформації здійснювався з дотриманням конфіденційності, тому жодних посилань на авторів не було зроблено.

7.1. Ставлення пацієнтів до забезпечення гендерної рівності в системі охорони здоров'я України

Першою групою респондентів, серед яких було проведено соціологічне дослідження, стали пацієнти восьми лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я м. Житомира та Житомирської області різного рівня надання медичної допомоги. Дані були отримані шляхом анкетування або опитування респондентів в умовах їх перебування в стаціонарних відділеннях лікувально-профілактичних закладів та під час візитів до амбулаторно–поліклінічних відділень.

В цілому роздано 520 анкет, загальна активність при заповненні яких склала

85,5% (445 анкет). З них 3,8% не були використані під час статистичної обробки в зв'язку з некоректним заповненням. Для остаточного аналізу було відібрано 428 анкет.

В дослідженні прийняли участь 183 (42,8%) чоловіки та 245 (57,2%) жінок у віці 18–82 років. Найбільшу частку (87,9%) серед них склали особи працездатного віку (88,5% та 87,3% відповідно).

За соціальним статусом більшість серед респондентів становили робітники, їх частка серед чоловіків була 42,6%, а серед жінок – 30,2%. Другу позицію серед чоловічого населення займали безробітні (19,7%), тоді як серед жінок їх доля становила лише 5,3%. Питома вага службовців майже вдвічі була вищою серед жінок (29,8% проти 16,4% серед чоловіків). Пенсіонери однаковою мірою представлені серед респондентів обох статей (10,9% у чоловіків та 10,6% – у жінок). Студентів було вдвічі більше серед жіноцтва, а підприємців практично однаково у обох статей (6,6% для чоловіків та 6,5% для жінок). Найменше серед опитаних, що є позитивним, було інвалідів. Однак, серед жіночого населення (1,6%) їх втричі більше порівняно з чоловіками. Крім того, серед респондентів-жінок були ще домогосподарки (9,8%).

Щодо освітнього рівня найбільше (43,0%) осіб із загального числа мали середню спеціальну освіту, причому їх частка у жінок була вищою в 1,2 рази порівняно з чоловіками (45,7% проти 39,3%). Третина опитаних, як жінок (31,0%), так і чоловіків (34,4%), мали вищу освіту. Неповна вища освіта була дещо більше у респондентів-чоловіків, ніж респондентів-жінок (13,1% проти 11,0%). В той же час лише 11,5% опитаних чоловіків вказали на наявність загальної середньої освіти, а серед жінок їх частка була ще меншою (8,2%). Неповну середню освіту мали найменша кількість анкетованих серед чоловіків та жінок (1,6% та 4,1% відповідно). Отже, респонденти суттєво не різнилися за віком та освітнім рівнем. Більш відчутні відмінності виявлено за даними соціального статусу: переважання чоловіків серед робітників і безробітних, наявність домогосподарок лише у групі жінок (табл. 7.1).

Стан здоров'я населення значною мірою залежить від суб'єктивного сприйняття його особою. Самооцінка здоров'я являється одним із важливих

критеріїв оцінки стану здоров'я населення, яка найбільшою мірою може відобразити їх самопочуття.

Таблиця 7.1

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

Серед респондентів обох груп виявлено, що більшість із них, оцінили своє здоров'я як «задовільне». Проте їх частка серед чоловіків дещо вища порівняно із жінками ($39,9 \pm 3,6\%$ проти $30,2 \pm 2,9\%$ відповідно ($p=0,182$)). Про «добрий» його рівень повідомили третина респондентів чоловіків та четверта частина серед жінок. Частка пацієнтів, які вважали свій стан здоров'я «відмінним», була практично однаковою серед жіночої та чоловічої статей. В той же час жінки більш ніж удвічі частіше вказували, що мають «поганий» та «дуже поганий» рівні здоров'я (табл. 7.2).

Далі дослідження передбачало визначити ставлення респондентів різних

статей до шляхів збереження здоров'я. Серед критеріїв, за якими проводилась оцінка ступеня стурбованості власним здоров'ям в ході даного анкетування, були обрані наступні: дотримання здорового способу життя, обов'язкове проходження профілактичних медичних оглядів, обов'язкове та ретельне виконання лікарських призначень та як завершення відповідальне ставлення до власного здоров'я.

Таблиця 7. 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

Про те, що намагаються дотримуватись здорового способу життя, повідомили половина опитаних (51,0 \pm 2,4%). Зокрема, їх частка була вищою у жіночій статі (54,7 \pm 3,2% проти 45,9 \pm 3,7%). Водночас чоловіки більш ніж вдвічі частіше, порівняно з жінками, меншою мірою схильні вести здоровий спосіб життя. Труднощі при визначенні з ситуацією були у третини респондентів: як жінок (35,5 \pm 3,1%), так і чоловіків (31,1 \pm 3,4%); що, на жаль, скоріше свідчитиме про не дотримання здорового способу життя (рис. 7.1).

Щодо проходження щорічних медичних профілактичних оглядів більше половини опитаних (62,6 \pm 2,3%) зазначили, що проходять їх обов'язково. Водночас в залежності від статі відмічається незначне переважання серед жінок. Частка пацієнтів, що їх не проходили дещо вища серед чоловічої групи. А практично кожен 5-ий опитаний і чоловік, і жінка медичні огляди проходять не завжди.

Не зважаючи на те, що дещо більше половини респондентів обох статей завжди проходили профілактичні медичні огляди, доволі значна частка (70,9 \pm 2,8%) з них виконували це через примус роботодавця. Зокрема, їх майже втричі більше

серед чоловічого населення ($62,2 \pm 4,6\%$ проти $22,9 \pm 3,6\%$ (табл.7.3)).

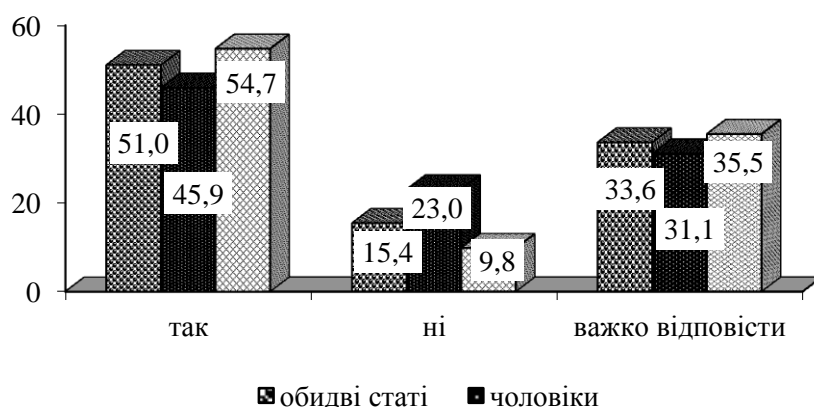


Рис. 7. 1. Дотримання здорового способу життя в залежності від статі (%).

Таблиця 7.3

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	190	$70,9 \pm 2,8$	69	$62,2 \pm 4,6$	36	$22,9 \pm 3,6$
	роботодавця						

Сумним є той факт, що далеко менше половини опитаних ($39,3 \pm 2,4\%$) турбуються про своє здоров'я. В залежності від статі виявлене незначне переважання за цим критерієм серед жінок ($40,4 \pm 3,1\%$ проти $37,7 \pm 3,6\%$). Менш відповідально до свого здоров'я ставляться представники чоловічої групи. Їх на четверту частину більше, у порівнянні з жінками ($24,6 \pm 3,2\%$ та $19,6 \pm 2,5\%$ відповідно). Решта $39,0 \pm 2,4\%$ анкетованих не змогли визначитись. При цьому суттєвої різниці між респондентами обох статей не було виявлено (рис 7.2).

Окремою складовою загального здоров'я є репродуктивне здоров'я. Тому в межах дослідження було проведено вивчення стану репродуктивного та сексуального здоров'я за даними самооцінки респондентів.

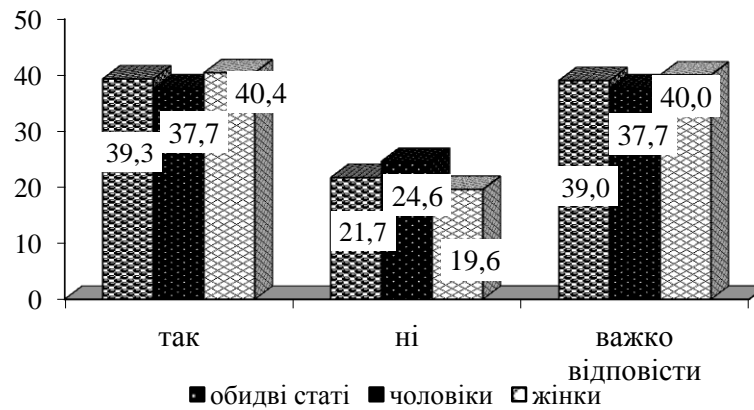


Рис. 7.2 Гендерні особливості відповідального ставлення до здоров'я (%)

Попередньо їм роз'яснено поняття репродуктивного та сексуального здоров'я, а також параметри порушення відповідних функцій окремо для чоловіків і жінок (табл. 7.4).

Таблиця 7.4

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

Як бачимо, лише незначна частка респондентів вказала на наявність проблем з репродуктивним та/або сексуальним здоров'ям. Та це навряд чи може свідчити про реальну ситуацію, оскільки отримані дані не кореспондуються з даними спеціальних досліджень [183, 218-220]. Це можна пов'язати з особливостями аналізованої

проблеми, оскільки вона носить доволі інтимний характер, і під час дослідження складно оцінити ступінь чесності та відвертості респондентів при відповіді на подібні запитання.

Про наявність проблем з репродуктивним здоров'ям повідомили лише $7,7 \pm 1,3\%$ із загального числа опитаних. На це значно частіше вказували жінки порівняно з чоловіками ($12,2 \pm 2,1\%$ проти $1,6\%$). Серед тих, хто вказав на наявність таких порушень, усі пацієнти чоловіки зверталися за кваліфікованою медичною допомогою до лікаря-уролога. Водночас, до акушера-гінеколога зверталась тільки кожна 2-а жінка. Наступним моментом дослідження було виявлення порушень у стані сексуального здоров'я, яке є складовою репродуктивного здоров'я. Про їх виникнення повідомив кожен 8-й ($11,9 \pm 1,6\%$) респондент. При чому, так як і у випадку з репродуктивним здоров'ям, частіше ($14,7 \pm 2,3\%$) проблеми виникали у жінок. Із загального числа опитаних, що вказали на проблеми із сексуальним здоров'ям, лише близько половини ($52,9 \pm 7,0\%$) зверталось за медичною допомогою. При чому чоловіки рідше відвідували лікарів порівняно з жінками. Наразі лише кожен 5-й з них вказав, що звертався до лікаря-уролога. Серед анкетованих жінок встановлено, що майже кожна за потреби відвідує акушера-гінеколога ($85,3 \pm 2,3\%$). Головною ознакою репродуктивного та сексуального здоров'я є здатність людини до народження здорових дітей. Однією з цих умов є планування її народження. Чоловіки та жінки повинні однаковою мірою брати участь у плануванні сім'ї. В рамках дослідження пацієнти відповідали на запитання про звертання до центрів планування сім'ї разом з дружиною (чоловіком). Аналіз відповідей продемонстрував низьку загальну активність серед респондентів обох груп. Лише близько 4% опитаних користувалися послугами даних центрів (рис. 7.3).

Використання засобів контрацепції є обов'язковим критерієм безпечної сексуальної (репродуктивної) поведінки. Вони дають змогу запобігти не тільки небажаній вагітності, але й зараженню інфекціями, що передаються статевим шляхом, і ВІЛ/СНІДом. Про обов'язкове використання контрацептивів зазначили близько половини респондентів. Причому частка жінок, які користувалися засобами контрацепції, була у 1,4 разу вищою порівняно з чоловіками ($p=0,085$).

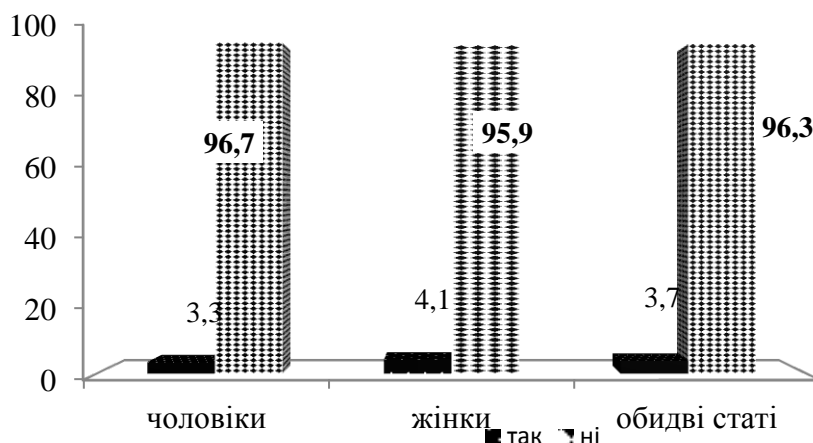


Рис.7.3. Частота звертань до центрів планування сім'ї залежно від статі (%)

Серед пацієнтів репродуктивного віку¹, питома вага яких становила 80,4% від усіх респондентів; виявлено, що будь-який з методів сучасної контрацепції використовувала кожна 2-а жінка та кожен 3-й чоловік (рис. 7.4).

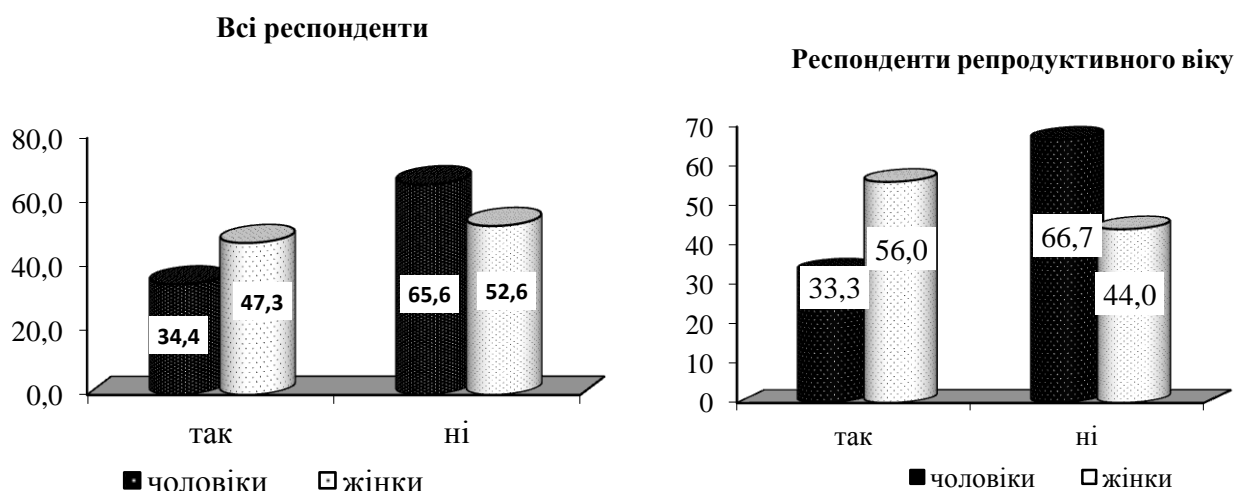


Рис. 7.4. Використання контрацептивів всіма респондентами та респондентами репродуктивного віку залежно від статі (%)¹ Для жінок репродуктивний вік чітко визначений (15–49 років), а для чоловіків використано його верхню межу в 59 років, запропоновану Центром статистики МОЗ України для розрахунків показників безпліддя чоловіків (18–59 років).

Найбільш поширеним контрацептивом для представників обох груп були презервативи. Цей вид контрацепції обирали майже кожен чоловік та кожна 2-а жінка. Перерваний статевий акт, хоч і не є ефективним контрацептивним методом та може викликати деякі фізіологічні та психологічні незручності, все ще залишається досить популярним. Про його використання повідомили близько чверті опитаних з обох груп. Наразі виявлено деякі гендерні відмінності у використанні даного

методу. Прийнятним для себе його обрали більше третини чоловіків та 5-а частина жінок. Також представниці жіночої статі використовували пероральні контрацептиви – $23,3 \pm 3,9\%$, внутрішньоматкові спіралі – $18,1 \pm 3,6\%$, фізіологічний (календарний) метод – $11,2 \pm 2,9\%$, сперміциди (внутрішньо піхвові креми, гелі, таблетки) – $6,9\%$. Понад 50% анкетованих жінок вказали, що зверталися за консультацією стосовно особливостей застосування контрацептивних засобів до лікарів акушер-гінекологів. Наразі серед чоловіків жоден не консультувався у спеціалістів з цього приводу (рис. 7.5).

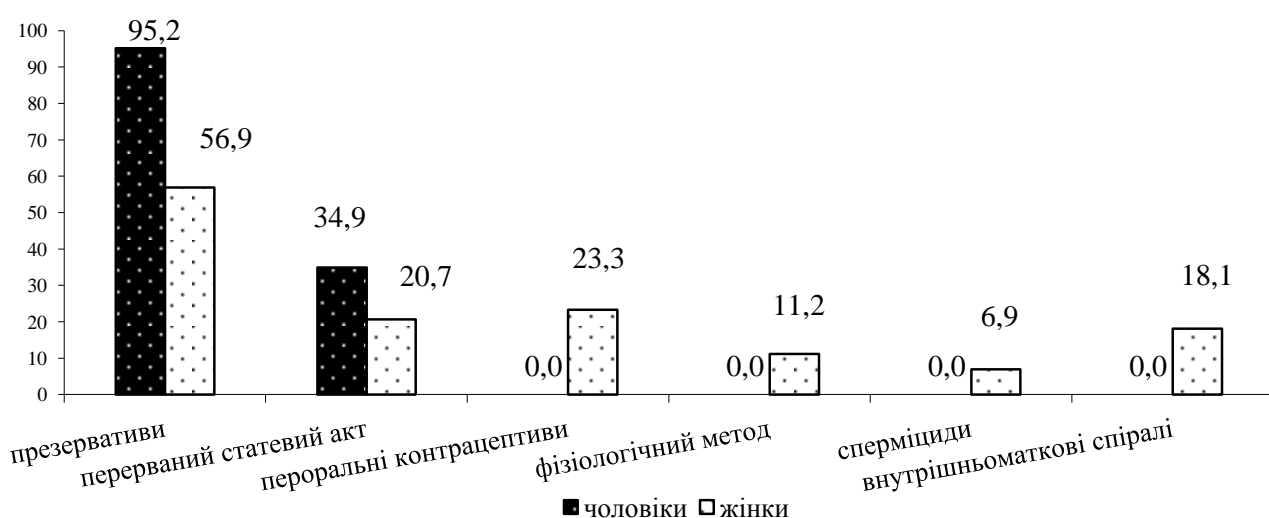


Рис. 7.5. Види контрацептивів, які використовувались респондентами залежно від статі (%)

З цією метою респондентам було запропоновано відповісти на ряд запитань. Спочатку вони визначали «Чи мають жінки і чоловіки рівні можливості при отриманні необхідних послуг у галузі охорони здоров'я?». Свою згоду з цим твердженням висловили $\frac{3}{4}$ ($75,5 \pm 2,7\%$) серед жінок та близько $\frac{2}{3}$ ($60,6 \pm 3,6\%$) серед чоловіків. Частка тих, що повідомили про існування нерівних можливостей, була дещо вищою серед чоловічої статі ($16,4 \pm 2,7\%$ проти $13,5 \pm 2,2\%$ відповідно ($p=0,842$)). Важко відповісти було $16,1 \pm 1,8\%$ анкетованих пацієнтів. При чому їх частка серед чоловіків була вдвічі вищою, ніж серед жінок ($23,0 \pm 3,1\%$ та $11,0 \pm 2,0\%$ відповідно (рис.7.6)).

Враховуючи те, що певна частина анкетованих вказала на наявність нерівності при отриманні медичних послуг, подальшим кроком дослідження стало визначення

статі, стану здоров'я якої приділяється недостатня увага та спеціальності, в якій це відмічається.

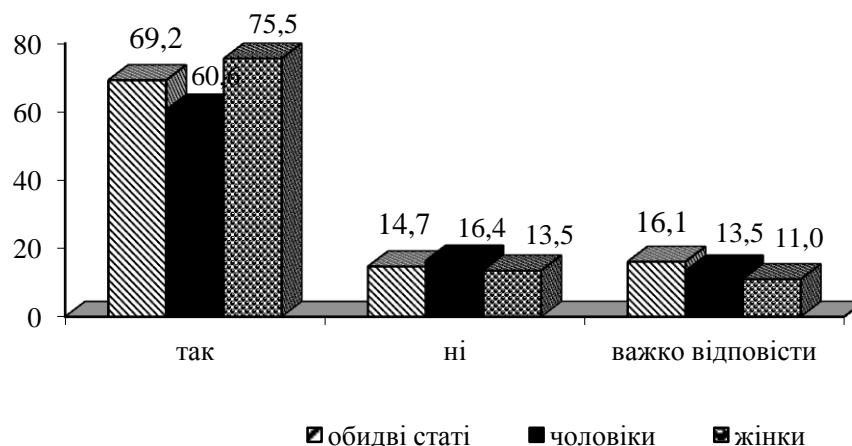


Рис. 7.6. Розподіл відповідей пацієнтів щодо забезпечення рівних можливостей для жінок та чоловіків у сфері охорони здоров'я (стать, %)

Таблиця 7.5

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

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

Доволі значна частина (93,7±3,1%) зазначили, що недостатня увага приділяється здоров'ю особам чоловічої статі. Зокрема, так стверджували всі чоловіки та значна частина (87,9±5,8%) серед жінок. Відповідно до спеціальності чоловіки вказали, що нерівні можливості існують при отриманні послуг щодо репродуктивного здоров'я. Переважна більшість серед жіноцтва (87,9±5,8%) висловили аналогічну думку, хоча незначна частина вважали, що нерівні можливості мають саме жінки з приводу збереження репродуктивного здоров'я (табл. 7.5).

Подальшим завданням дослідження було виявлення обізнаності респондентів щодо наявності в закладах охорони здоров'я, де вони обслуговуються, спеціаліста, який займається проблемами чоловічого репродуктивного та/або сексуального здоров'я, – лікаря-андролога; та оцінити їх ставлення до необхідності впровадження такої лікарської посади (табл. 7.6).

Таблиця 7.6

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

Третина опитаних, як чоловіків (31,1 \pm 3,4%) так і жінок (36,7 \pm 3,1%), чітко вказали, що в закладах охорони здоров'я, де вони обслуговуються, відсутній такий спеціаліст. Більше половини респондентів досліджуваних груп (57,0 \pm 2,4%) зазначили, що їм важко відповісти на це запитання. Хоча йдеться про «чоловічого» лікаря, більшу проблему це викликало серед пацієнтів саме чоловічої статі. Майже кожен другий не зміг визначитись. Про наявність лікаря-андролога в закладах охорони здоров'я повідомили лише 8,7 \pm 1,4% анкетованих. Рівень обізнаності серед чоловіків щодо наявності лікаря відповідної спеціальності у 1,5 рази нижчий, ніж серед жінок (6,6 \pm 1,8% проти 10,2 \pm 1,9% відповідно; $p=0,611$). Важливим результатом анкетування стало висловлення респондентами обох статей пропозиції стосовно необхідності впровадження посади лікаря-андролога. При чому це однаково важливо як для чоловіків (60,7 \pm 3,6%), так і жінок (67,8 \pm 3,0%). Майже третина

($31,1 \pm 3,4\%$) серед чоловічої статі та четверта частина жінок не змогли визначились з цього приводу. Таким чином, слід зазначити, що результати анкетування засвідчили переважну відсутність лікаря-андролога у лікувально–профілатичних закладах та необхідність і важливість забезпечення такої лікарської посади, при чому пацієнти обох статей були однозначними у цьому.

Також серед респондентів визначали чи важлива для них стать при виборі лікаря. Варто зауважити, що для більшості опитаних ($62,9 \pm 2,3\%$) ця ознака немає значення, більш важливі його професійні вміння. Так вважали $67,2 \pm 3,5\%$ чоловіків та $59,6 \pm 3,1\%$ жінок. Ніколи не замислювались над цим $23,0 \pm 1,9\%$ осіб чоловічої та $17,9 \pm 2,4\%$ жіночої статей. Водночас серед жіночої групи близько четверті ($22,5 \pm 2,7\%$) зауважили, що стать лікаря є вагомим критерієм у його виборі, однак деяка частина з них вказувала, що це здебільшого стосується вибору акушер-гінеколога (рис. 7.7).

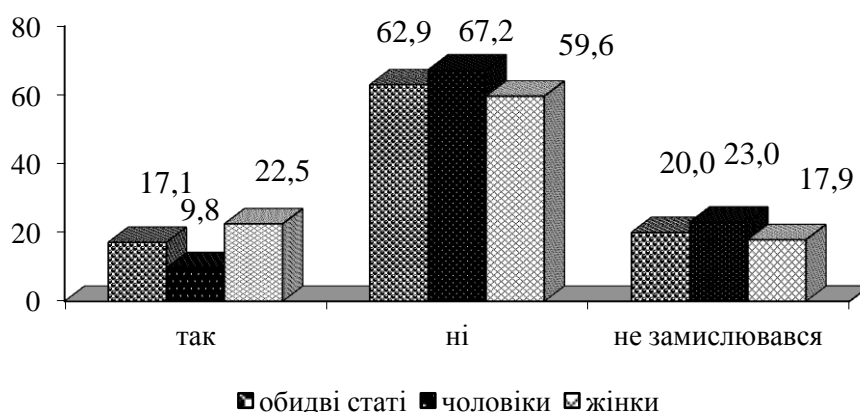


Рис. 7.7. Розподіл відповідей респондентів щодо важливості вибору лікаря в залежності від його статі (%)

Далі серед респондентів уточнювалось чи необхідно у виборі лікарської спеціальності враховувати ознаку статі, тобто чи повинен бути розподіл спеціальностей на «чоловічі» або «жіночі». Більше половини ($57,4 \pm 3,7\%$) серед чоловіків та дещо менше серед жінок ($43,3 \pm 3,2\%$) чітко переконані, що цей критерій не повинен впливати на вид спеціальності. Для третини пацієнтів це не мало принципового значення, при чому їх частка вище серед жінок в 1,3 рази ($37,1 \pm 3,1\%$ проти $29,5 \pm 3,4\%$). Однак серед опитаних були і такі, які дотримувались думки щодо

важливості врахування статі при виборі спеціальності: $19,6 \pm 2,5\%$ серед жінок та $13,1 \pm 2,5\%$ - чоловіків (рис. 7.8).

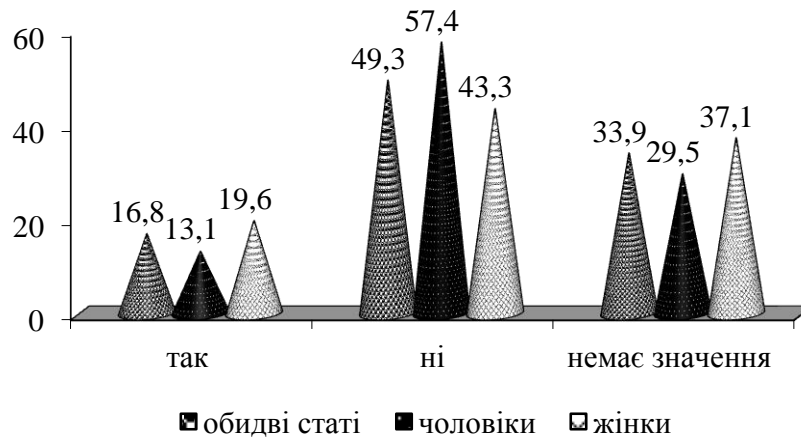


Рис. 7.8. Існування розподілу спеціальностей залежно від статі лікаря (%)

Серед прихильників позиції того, що лікарські спеціальності повинні залежати від статі працівника, визначали цю залежність у окремих спеціальностях.

Як видно із таблиці 7.7, на думку чоловічої аудиторії лікарями урологами та анестезіологами повинні бути лише чоловіки, а педіатрами виключно представники жіночої статі. Наразі респонденти двох груп відмітили, що хірургія це стовідсотково «чоловіча» спеціальність. Для інших лікарських спеціальностей думки респондентів були не такими однозначними. Доволі значна частина, як чоловіків так і жінок, вважали, що акушер-гінекологами, кардіологами, сімейними лікарями/ЛЗП повинні бути представники жіночої статі; а травматологами чоловічої. Напевне саме такий вибір респондентів може бути пов'язаний з особливостями існуючих суспільних стереотипів по відношенню до вказаних спеціальностей. Так, саме серед «чоловічих» видів переважали ті, що пов'язані з більш вираженими фізичними навантаженнями. В той час як до переважно «жіночих» спеціальностей віднесені такі, що потребують більшої чуттєвості, толерантності, лагідності, які здебільшого притаманні особам жіночої статі.

Таблиця 7.7

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

7.2. Ставлення лікарів до забезпечення гендерної рівності в системі охорони здоров'я України

Соціологічне дослідження проводилось серед лікарів лікувально-профілактичних закладів м. Житомира та Житомирської області та під час проведення обласних товариств лікарів та робочих засідань.

Загалом було роздано 500 анкет, серед лікарів різних спеціальностей. Загальна активність респондентів склала 82,4%. Розподіл опитуваних лікарів за їх статтю, віком, стажем роботи та кваліфікаційною категорією наведено в таблиці 7.8.

Як видно із таблиці, в опитуванні дещо більше ніж в 1,5 рази прийняли участь лікарі-жінки. Залежно від кваліфікаційної категорії переважна більшість

респондентів мали вищу категорію. Зокрема, їх частка була дещо вищою серед лікарів-чоловіків (50,3% проти 40,9%). Кількість лікарів-жінок з першою категорією була трохи більше, ніж чоловіків (29,7% та 20,3% відповідно). Частки тих, що мали другу категорію або взагалі ще були без неї практично не різнилися в залежності від статі. Серед респондентів двоє лікарів мали звання заслуженого лікаря. За стажом роботи до 25 років респонденти розподілились практично рівномірно, близько третини чоловіків (29,4%) та четверта частина серед жінок мали більше 25 років лікарського стажу.

Таблиця 7.8

Розподіл респондентів-лікарів за віком, стажом 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	працездатний	345	83,7	131	85,6	214	82,6
	старше працездатного	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

В анкетуванні приймали участь лікарі 18 спеціальностей. В той же час серед них виявлено домінування за ознакою статі у деяких спеціальностях. Так, чоловіки

мали перевагу у спеціальностях хірургічного профілю - (64,7%), а жінки терапевтичного (83%; табл. 7.9).

Таблиця 7.9

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
ак-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

Першим завданням дослідження стало вивчення обізнаності респондентів стосовно ключових понять, що використовувалися у межах анкетування: «гендер», «гендерна рівність» та «гендерна медицина». Отримані результати наведені у таблиці 7.10.

Позитивно, що доволі значна частка лікарів обізнані у цих питаннях. Значна частина серед них ($68,6 \pm 3,8\%$ чоловіків та $73,7 \pm 2,7\%$ жінок) зазначили, що «гендер» - це соціокультурна характеристика статі людини та їх ролі у суспільстві. В той же час $20,9 \pm 3,3\%$ респондентів чоловічої статі та $13,1 \pm 2,1\%$ жіночої відмітили, що це

поняття висвітлює особливості та потреби лише жіноцтва. Така переконаність скоріше за все зумовлена створеними у суспільстві стереотипами внаслідок висвітлення та розгляду гендерних питань з точки зору лише «жіночих» проблем. Проте серед учасників дослідження були і такі, які не знали значення терміну, їх незначно більше серед жінок. Крім того, 2% лікарів і жінок, і чоловіків вказали, що під цим терміном розглядають певні особливості зумовлені віком людини.

Таблиця 7.10

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

Ознаки	Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
	абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$
«гендер»						
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
«гендерна рівність»						
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
«гендерна медицина»						
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

Щодо «гендерної рівності» більшість серед чоловіків (83,7 \pm 3,0%) та жінок (81,1 \pm 2,4%) відмічали, що це забезпечення рівних прав та можливостей не залежно від статі людини. Серед решти опитаних існувала думка, що під цим принципом

прописане забезпечення рівних прав та можливостей не залежно від віку, соціального статусу та освітнього рівня.

Визначення, що «гендерна медицина» вивчає особливості стану здоров'я та перебігу захворювань в залежності від статі людини, дотримались більшість серед респондентів ($83,0 \pm 3,0\%$ чоловіків та $79,2 \pm 2,5\%$ жінок). Не мали жодного уявлення $10,8 \pm 1,9\%$ лікарів жіночої статі та $6,5 \pm 2,0\%$ – чоловічої. Крім того, $6,5 \pm 2,0\%$ чоловіків та $7,7 \pm 1,7\%$ жінок вважали, що ця галузь медицини вивчає вікові особливості стану здоров'я, а решта ($3,9\%$ та $2,3\%$ відповідно), що лише питання жіночого здоров'я.

Далі лікарям було запропоновано визначитись стосовного того чи забезпечуються сучасною охороною здоров'я рівні можливості для жінок та чоловіків при отриманні необхідних медичних послуг. Основна частина жінок та чоловіків були одностайними та відповіли на це ствердно. Не визначились із проблемою лише $5,0 \pm 1,3\%$ серед лікарів-жінок та $3,3\%$ чоловіків. Частка тих, які вважали, що все ж таки існують нерівні можливості - незначна, і майже вдвічі більша серед чоловічої аудиторії (рис.7.9).

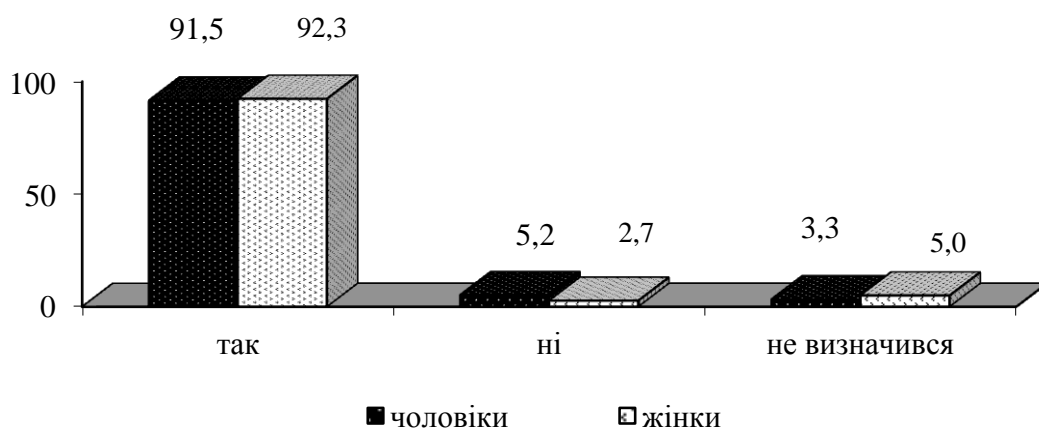


Рис. 7.9. Чи забезпечуються охороною здоров'я рівні можливості жінкам та чоловікам (стать, %).

На думку $\frac{3}{4}$ опитаних спеціалістів, як жінок, так і чоловіків, недостатня увага з боку галузі приділяється репродуктивному здоров'ю чоловіків. Не визначились щодо цього питання дещо більше жінок ($16,2 \pm 2,3\%$ проти $11,1 \pm 2,5\%$). В той же час майже кожен 8-й лікар, чоловік та жінка, вважали що медична галузь здійснює

необхідні заходи для забезпечення потреб чоловічого населення щодо репродуктивного здоров'я (рис.7.10).

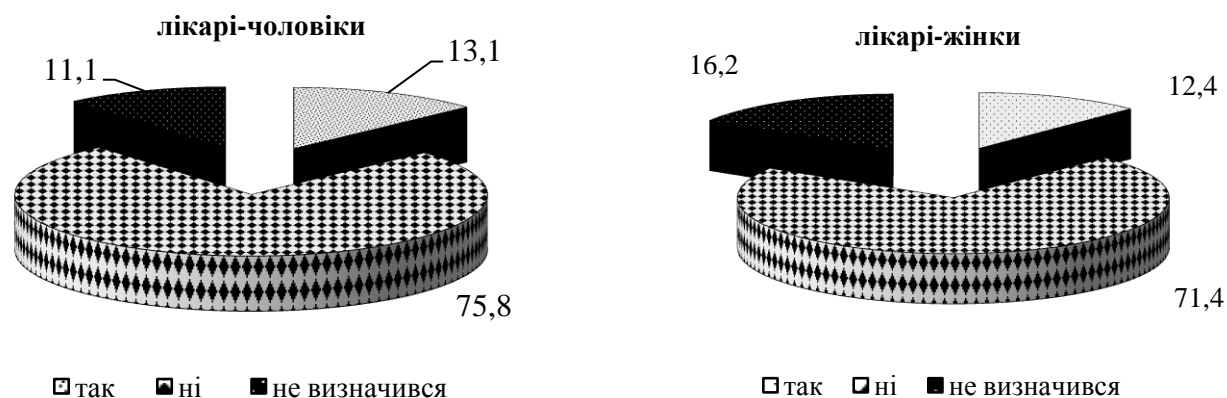


Рис. 7.10. Розподіл відповідей лікарів щодо забезпечення достатньої уваги системою охорони здоров'я репродуктивному здоров'ю чоловіків (стать, %)

Враховуючи, що така ситуація деякою мірою може бути зумовлена відсутністю потрібного спеціаліста (лікаря-андролога) у закладах охорони здоров'я, лікарям запропонували вказати чи існує він у їхніх установах та визначити необхідність впровадження цієї лікарської посади (рис. 7.11).

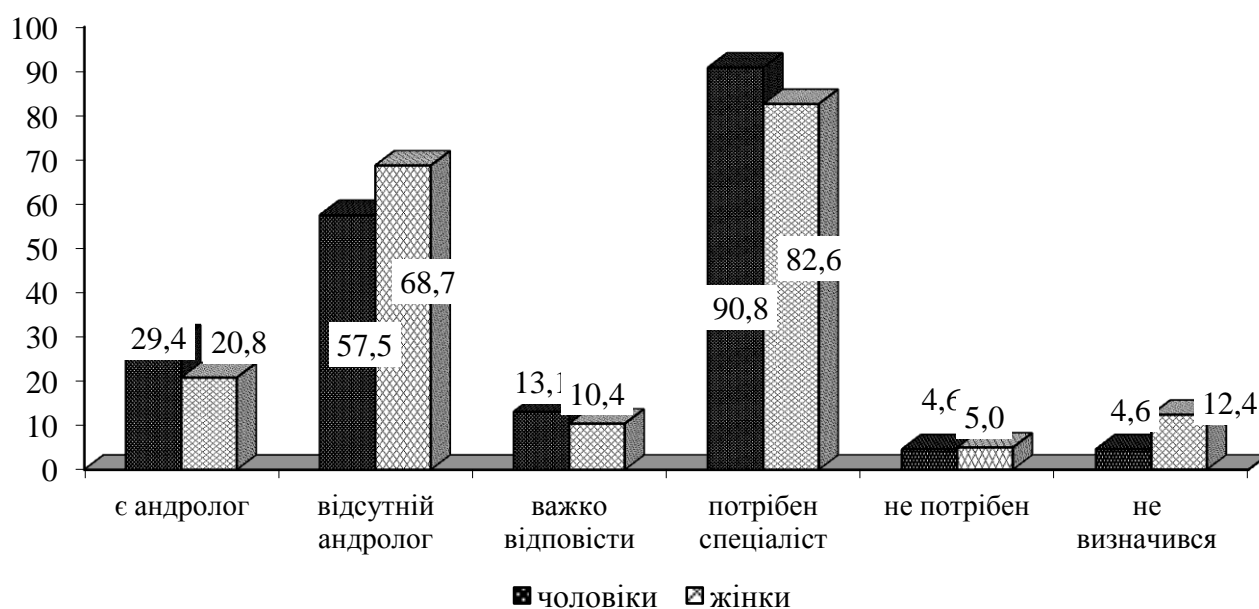


Рис. 7.11. Наявність лікаря-андролога та потреба введення його посади у лікувальних закладах (%)

Як видно із рис. 7.11, більше половини спеціалістів зазначали, що лікар-андролог відсутній у лікувальних закладах. Проте майже кожен із них ($90,8 \pm 2,3\%$ чоловіків та $82,6 \pm 2,4\%$ жінок) висловлювали пропозиції щодо необхідності та доцільності введення такої посади лікаря. Слід зауважити, що дана проблема однаково актуальна як для чоловіків так і для жінок.

Також вивчалася думка лікарів щодо необхідності диференціації принципів лікування пацієнтів в залежності від їх статі. Половина респондентів обох статей вказали, що немає такої потреби. Наразі третина з них все ж таки вважали, що підходи до лікування обов'язково повинні враховувати статеву ознаку. А $15,7 \pm 2,9\%$ чоловіків та $17 \pm 2,3\%$ жінок зазначили, що це стосується лише окремих патологій, наприклад захворювань репродуктивної сфери та хвороб системи кровообігу (рис. 7.12).

Хоча більшість лікарів стверджували, що не потрібно враховувати гендерний аспект у визначенні підходів до лікування, значна частка серед них у своїй практичній роботі звертали увагу на особливості перебігу захворювань в залежності від статі пацієнтів.

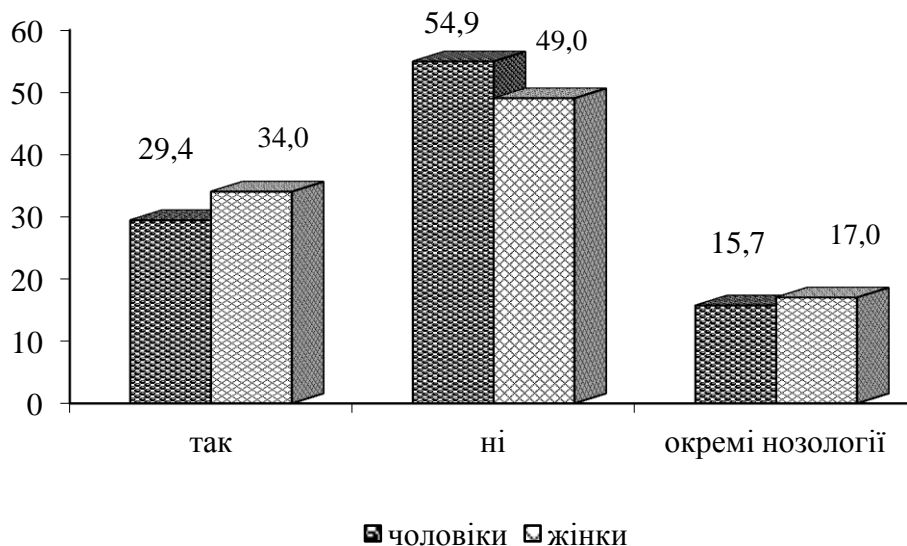


Рис. 7.12. Думки лікарів щодо необхідності диференціювання принципів лікування в залежності від статі пацієнта (% , стать)

На цьому наголосили $76,5 \pm 3,4\%$ чоловіків та $66,8 \pm 2,9\%$ жінок. Дещо більше серед лікарів жіночої статі ($21,6 \pm 2,6\%$ проти $16,3 \pm 3,0\%$) зазначили, що не

зосереджувались на цьому. Серед решти, тих що не визначились, суттєвих розбіжностей не виявлено (рис.7.13).

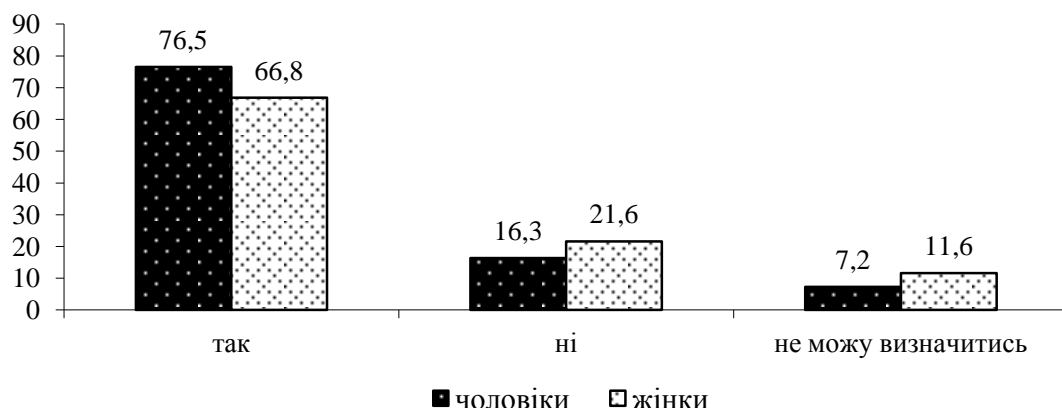


Рис. 7.13. Розподіл відповідей респондентів стосовно звертання на особливості перебігу захворювань в залежності від статі пацієнта (% , стать)

Зрештою така ситуація може бути зумовлена новизною тематики та можливим дефіцитом необхідних знань. Щодо того чи розглядались особливості надання медичної допомоги в гендерному аспекті на курсах підвищення кваліфікації більшість із них, як жінок ($80,7 \pm 2,5\%$) так і чоловіків ($83,7 \pm 3,0\%$), давали негативну відповідь. Про те, що такі знання необхідні зазначили близько половини лікарів ($47,1 \pm 4,0\%$ чоловіків та $48,3 \pm 3,1\%$ жінок) (рис.7.14).

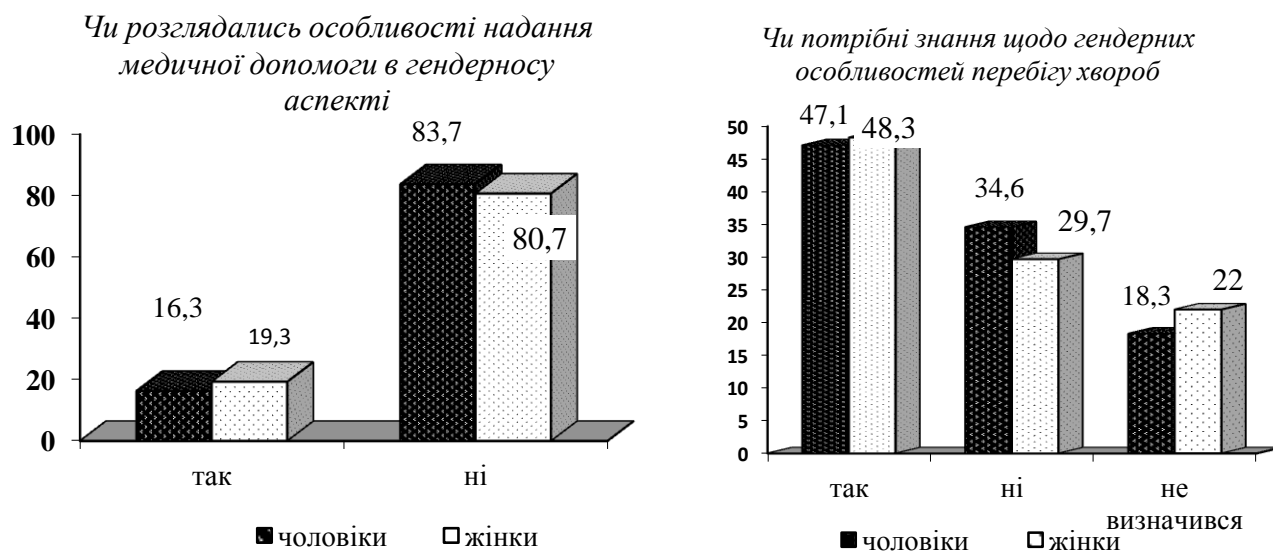


Рис. 7.14. Розподіл відповідей щодо вивчення гендерних особливостей перебігу захворювань під час курсів підвищення кваліфікації та потреби таких знань в залежності від статі (%)

Далі вивчалась думка лікарів щодо міри стурбовані станом здоров'ям за статтю. До критеріїв, відповідно яких визначали ставлення пацієнтів до власного здоров'я, були обрані наступні: дотримання здорового способу життя, ретельність виконання лікарських вказівок та призначень та відповідальне ставлення до свого здоров'я. На думку лікарів краще турбуються про здоров'я представниці жіночої статі, при чому суттєвої різниці в залежності від статі респондентів не було. Дві третини опитаних вказали, що жінки частіше дотримуються здорового способу життя. А близько п'ятої зазначили, що однаково представники обох статей. Цікавим і навіть цілком неочікуваним став той факт, що жоден із респондентів не вважав, що представники чоловічої статі ведуть здоровий спосіб життя. Щодо ретельного виконання призначень лікаря та відповідального ставлення до свого здоров'я думки анкетованих лікарів знову ж таки були майже аналогічними. За цими критеріями значна перевага була на користь жіночої статі (табл.7.1)

Таблиця 7.11

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

Також респондентам було запропоновано визначити причини високої смертності чоловіків у працездатному віці та відповідно більш низької середньої тривалості їх життя порівняно з жінками. Найвагомішим чинником лікарі визначили зловживання алкоголем. Так вважали $82,6 \pm 2,4\%$ серед жінок та $73,2 \pm 3,6\%$ серед чоловіків. Далі тютюнопаління $74,9 \pm 2,7\%$ та $69,3 \pm 3,7\%$ відповідно. На третій позиції – низька стурбованість власним здоров'ям, про що вже повідомляли респонденти раніше. Четверте місце зайняли шкідливі умови праці, далі стресові ситуації, рідке звернення до лікарів, важкі фізична праця і наостанок наркоманія. При чому думки респондентів практично не різнилися в залежності від статі (рис. 7.15).

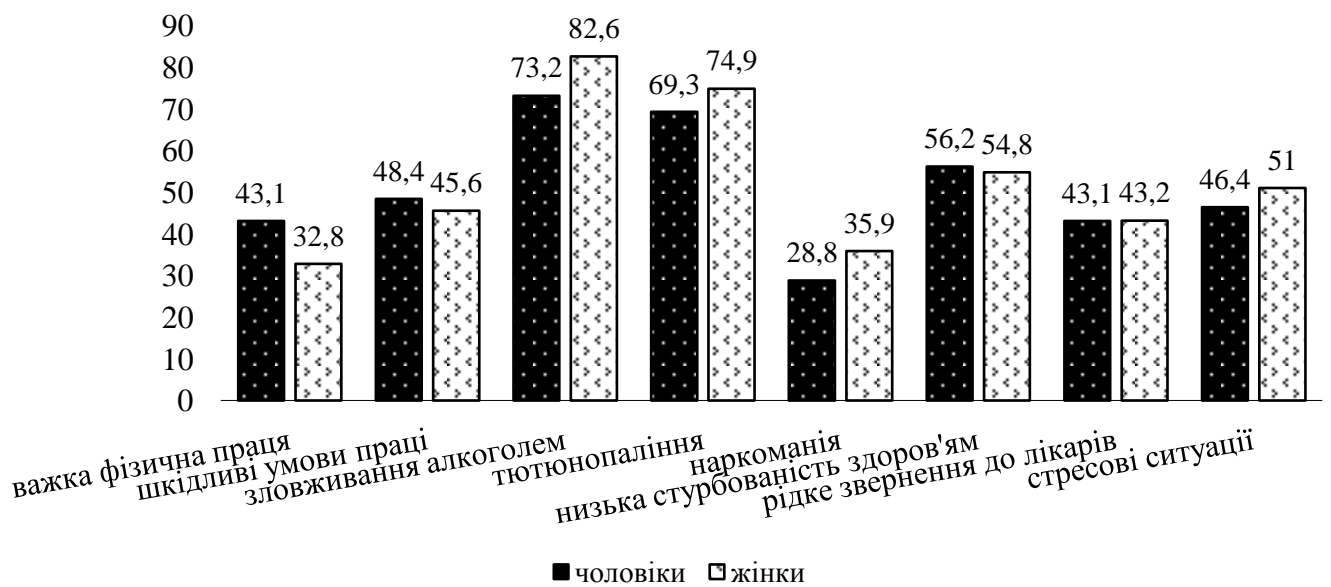


Рис. 7.15. Причини надсмертності та низької середньої тривалості життя чоловіків (%)

Наступним етапом стало визначення ставлення лікарів до існування гендерних особливостей безпосередньо щодо лікарських спеціальностей. Спочатку вивчалось їх ставлення до необхідності врахування такої ознаки як стать у виборі тієї чи іншої спеціальності. Більше половини лікарів обох статей ($59,2 \pm 2,4\%$) стверджували, що цей критерій абсолютно не важливий. Четверта частина серед них ($26,1 \pm 3,6\%$ чоловіків та $22,8 \pm 2,6\%$ жінок) вказували на необхідність врахування гендерного аспекту у виборі спеціальності. Решта ($15,7 \pm 2,9\%$ та $17,4 \pm 2,4\%$ відповідно) не визначились (рис.7.16).

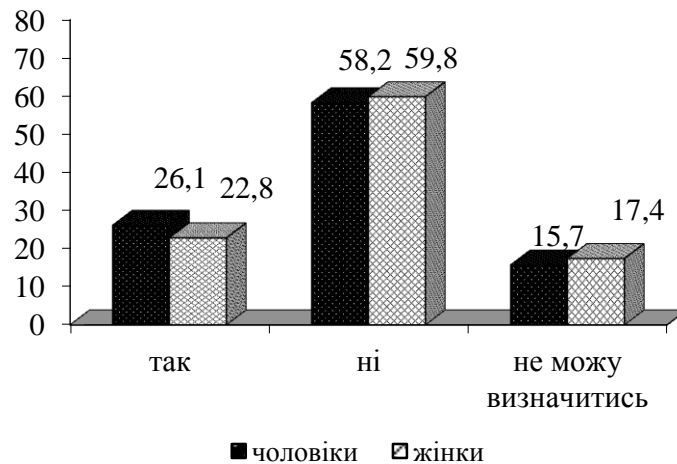


Рис. 7.16. Думки лікарів щодо необхідності включення гендерного аспекту при виборі спеціальності в залежності від статі (%)

Далі респондентам запропонували визначитись чи існують лікарські спеціальності, які повинні займати лише чоловіки та лише жінки. Наразі думки про те, що повинні бути «чоловічі» спеціальності дотримувались $19,7 \pm 2,5\%$ серед жінок та $22,2 \pm 3,4\%$ серед чоловіків. В той же час щодо «жіночих» спеціальностей лише $11,2 \pm 2,0\%$ жінок та $10,5 \pm 2,5\%$ чоловіків вказували на їх існування. В той же час деякі лікарі зазначили, що до «жіночих» спеціальностей повинні належати педіатрія, терапія, акушерство та гінекологія і лабораторна справа, тобто здебільшого з терапевтичного профілю. А до «чоловічих» - урологія, травматологія, анестезіологія, андрологія, хірургія; спеціальності так званого хірургічного профілю. Це в свою чергу підтверджує існування серед певної частини лікарів стереотипу того, що «жіночі» спеціальності повинні обиратись з терапевтичного профілю, а «чоловічі» – з хірургічного. Проте основна частина лікарів жіночої та чоловічої статей не розподіляли лікарські спеціальності на суто «чоловічі» чи суто «жіночі», що і реально існує в системі охорони здоров'я (рис.7.17).

7.3. Ставлення організаторів охорони здоров'я до проблеми забезпечення гендерної рівності в галузі

Соціологічне дослідження проводилось серед спеціалістів Житомирської області та м. Житомира під час проведення засідань колегії департаменту охорони здоров'я, товариств організаторів охорони здоров'я та робочих засідань.

В цілому було роздано 250 анкет, проте, на відміну від попередніх груп респондентів, активність серед організаторів охорони здоров'я була не досить високою. Лише 151 спеціаліст (60,4%) прийняв активну участь у анкетуванні.

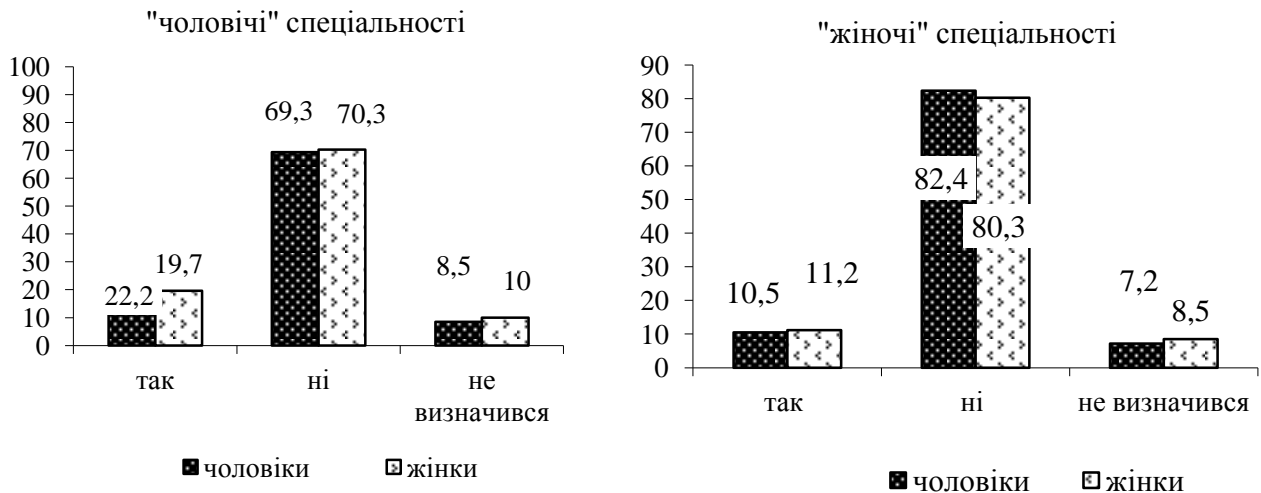


Рис. 7.17. Ставлення респондентів до розподілу спеціальностей на «жіночі» та «чоловічі» залежно від статі (%)

Традиційно респондентів було розподілено за статтю: частка чоловіків склала 52,3%, а жінок – 47,7%. Більшість серед них були особи працездатного віку (84,8% та 87,5% відповідно). Відповідно до займаної посади респонденти розподілились нерівномірно. Серед чоловіків, на відміну від жінок, більшість були представниками вищого керівного складу. Наразі 17,7% чоловіків обіймали посаду заступника начальника управління; 26,6% – головного лікаря; 38% – заступника головного лікаря; 2,5% – завідуючого поліклініки та 15,2% – завідуючого відділення. Водночас серед жінок половину склали завідувачі відділень, 38,9% – заступники головних лікарів, та лише по 5,6% – головні лікарі та завідувачі поліклінік.

За стажем роботи за спеціальністю серед чоловіків 39,2% мали більше 25 років лікарського стажу, тоді як серед жінок їх було вдвічі менше (16,7%). Переважна частка респондентів жіночої статі (31,9%) зазначили наявність 6-10 років стажу. Мінімальний досвід роботи (до 5 років) мали 5,1% лікарів-чоловіків та 13,9% лікарів-жінок. За рівнем кваліфікаційної категорії більшість серед респондентів атестовані на вищу категорію (73,4% та 40,3% відповідно). Водночас на наявність

першої категорії вказали 13,9% чоловіків та 33,3% жінок; другої – 7,6% та 16,7% відповідно. Не атестованими за даною спеціальністю були 5,1% серед лікарів першої групи та 9,7% серед другої. З загального числа організаторів охорони здоров'я десятеро чоловіків мали звання заслуженого лікаря України та двоє – вчений ступінь кандидата медичних наук (табл.7.12).

Таблиця 7.12

Соціально-демографічна характеристика респондентів

Показник		чоловіки		жінки	
		абс.	%	абс.	%
Вік	працевдатний	67	84,8	63	87,5
	старше працевдатного	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

Анкетування розпочиналось з визначення обізнаності респондентів щодо ключових понять дослідження: «гендер», «принцип гендерної рівності» та «гендерна медицина». Фахівцям було запропоновано обрати з переліку відповідей максимально достовірні визначення цих понять. Не дивлячись на відносну «молодість» та складність термінів, переважна більшість організаторів охорони

здоров'я продемонстрували хороший рівень розуміння ключових дефініцій (табл.7.13).

Таблиця 7.13

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

Ознаки	Чоловіки		Жінки	
	абс.	% $\pm \Delta\%$	абс.	% $\pm \Delta\%$
«гендер»				
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
«гендерна рівність»				
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
«гендерна медицина»				
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

Як видно із таблиці 7.13 щодо трактування поняття «гендер» 84,8 \pm 4,0% чоловіків та 59,7 \pm 5,8% жінок обрали найбільш достовірне визначення. Проте, на думку 15,2 \pm 4,0% респондентів чоловічої статі та 19,4 \pm 4,7% жіночої під цим поняттям розглядаються питання пов'язані лише з особливостями та потребами осіб жіночої статі. Водночас п'ята частина серед анкетованих жінок взагалі не мали уявлення щодо значення цього терміну.

Трактування наступного поняття «гендерна рівність» для переважної частини не склало труднощів. Незначна перевага за рівнем правильних відповідей була серед

чоловіків ($89,9 \pm 3,4\%$ проти $80,6 \pm 4,7\%$ ($p=0,107$)). Решта респондентів чоловічої статі ($10,1\%$) вказали, що цей принцип визначає рівність громадян не залежно від соціального статусу. Серед жінок варіанти відповідей були дещо більш різноманітними. $8,3\%$ них обрали визначення, що «гендерна рівність» – це рівність незалежно від віку; а $2,8\%$ зазначили, що це рівність незалежно від соціального статусу. Однак, $8,3\%$ відмітили, що не знають достовірного значення.

На думку переважної частини респондентів ($70,9 \pm 5,1\%$ серед чоловіків та $72,2 \pm 5,3\%$ серед жінок) «гендерна медицина» займається вивченням особливостей стану здоров'я та перебігу захворювань залежно від статі людини. Однак, решта серед них мали інші переконання. Наразі $10,1\%$ чоловіків та $8,3\%$ жінок повідомляли, що «гендерна медицина» вивчає вікові особливості стану здоров'я. Тоді як $6,3\%$ та $8,3\%$ відповідно серед опитаних вважали, що це галузь яка займається жіночими проблемами зі здоров'ям. В той же час $12,7 \pm 3,7\%$ лікарів-чоловіків та $8,3\%$ лікарів-жінок не були ознайомлені з цим поняттям.

Наступним кроком дослідження стало визначення думки фахівців щодо забезпечення національною системою охорони здоров'я рівних прав та можливостей для чоловіків та для жінок при отриманні медичних послуг. За їх оцінкою ($88,6\%$ серед лікарів чоловічої та $72,2\%$ жіночої статі) вітчизняна галузь реалізовує цей принцип. Водночас частина респондентів ($7,6\%$ та $8,3\%$ відповідно) зазначила про наявність перешкод та існування випадків нерівності (рис. 7.18).

В той же час, на думку переважної більшості фахівців ($86,1 \pm 3,9\%$ чоловіків та $72,2 \pm 5,3\%$ жінок), сучасною галуззю охорони здоров'я не приділяється достатня увага репродуктивному здоров'ю чоловіків, тобто існує нерівність можливостей для чоловіків при потребі відповідних медичних послуг. Тоді як $7,6\%$ серед чоловіків та $16,7 \pm 4,4\%$ жінок вважали, що репродуктивні права чоловічої статі охороною здоров'я не пригнічуються (рис. 7.19).

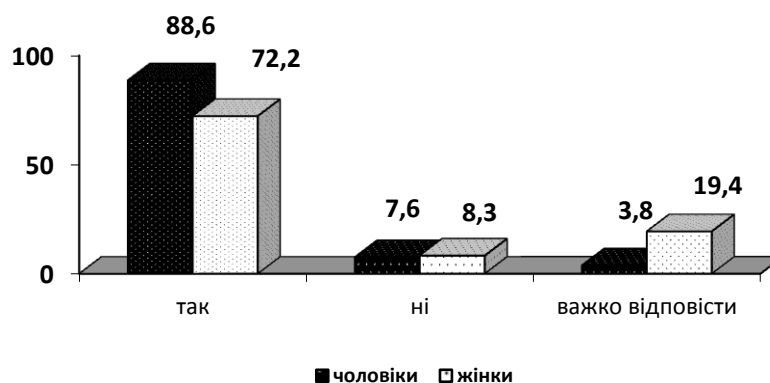


Рис.7.18. Відповіді організаторів охорони здоров'я щодо забезпечення охороною здоров'я рівних можливостей для жінок та чоловіків (залежно від статі, %)

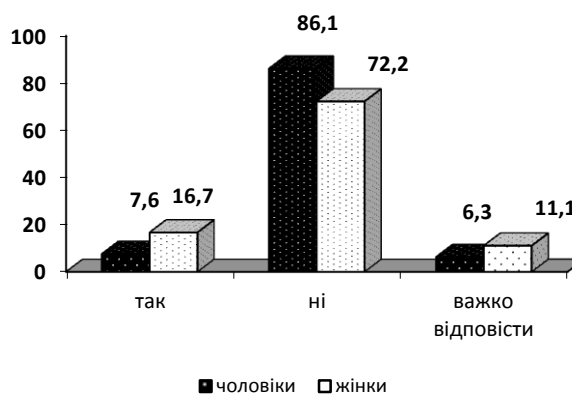


Рис. 7.19. Результати відповідей щодо забезпечення достатньої уваги репродуктивному здоров'ю чоловіків (залежно від статі, %)

З боку власне системи охорони здоров'я однією з причин, що провокують порушення прав чоловіків на отримання кваліфікованих послуг, в тому числі і щодо репродуктивного здоров'я, є відсутність мережі андрологічної служби. Водночас існуюча мережа лікарів урологів та сексопатологів не охоплює всі чоловічі репродуктивні потреби.

Про наявність спеціаліста, який займається питаннями чоловічого репродуктивного здоров'я, вказали близько п'ятої частини серед чоловіків (21,5%) та вдвічі менше серед жінок (9,7%). Проте, при деталізації його спеціальності, вони вказали, що це здебільшого урологи та менше сексопатологів. Однак доволі значна більшість серед жінок ($90,3 \pm 3,5\%$) та чоловіків ($75,9 \pm 4,8\%$) повідомляли про відсутність відповідного спеціаліста (лікаря-андролога) у їхніх лікувально-профілактичних закладах та наголошували ($81,9 \pm 1,5\%$ та $74,7 \pm 4,9\%$ відповідно) на

необхідності запровадження такої лікарської посади, що визначає важливість та актуальність даного питання не залежно від статі (рис.7.20).

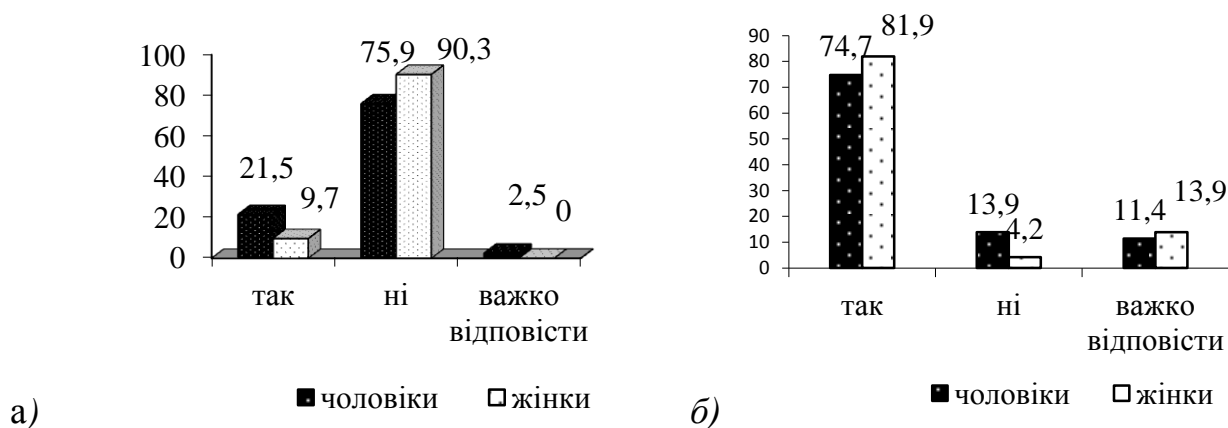


Рис. 7.20. Розподіл відповідей щодо наявності (а) та потреби у впровадженні (б) посади лікаря-андролога (залежно від статі, %)

Незважаючи на достатню обізнаність організаторів охорони здоров'я щодо основних гендерних понять, визначалась потреба додаткової інформації з питань гендерної рівності в охороні здоров'я та чи розглядалися такі питання під час проходження курсів підвищення кваліфікації. Переважна більшість респондентів як чоловіків ($73,4 \pm 5,0\%$), так і жінок ($70,8 \pm 5,4\%$) визнали, що мають необхідність в отриманні відповідної інформації. Водночас найбільшу зацікавленість серед них мали питання нормативно-правового забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я. Крім того, про бажання покращити свої знання з гендерних питань щодо клінічного перебігу захворювань вказали $73,6 \pm 5,2\%$ жінок та $65,8 \pm 5,4\%$ чоловіків повідомили; фармакотерапії та принципів лікування – $69,4 \pm 5,4\%$ і $69,6 \pm 5,2\%$; законодавчої бази – $75,0 \pm 5,1\%$ і $75,9 \pm 4,8\%$ та всіх запропонованих блоків – $68,0 \pm 5,5\%$ та $70,9 \pm 5,1\%$ відповідно (табл.7.14).

В той же час не дивлячись на достатню потребу фахівців щодо гендерних питань в охороні здоров'я, на жаль, більше половини серед них вказали, що не отримували подібну інформацію. Однак, близько третини респондентів повідомили про висвітлення на них гендерних особливостей клінічного перебігу серцево-судинних та неврологічних захворювань (рис.7.21).

Таблиця 7.14

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±5,0	51	70,8±5,4
	ні	9	11,4±3,6	7	9,7
	важко відповісти	12	15,2±4,0	14	19,4±4,7
Область знань, яка потребує додаткового вивчення	клінічні аспекти перебігу захворювань	52	65,8±5,4	53	73,6±5,2
	особливості фармакотерапії	55	69,6±5,2	50	69,4±5,4
	законодавча база	60	75,9±4,8	54	75,0±5,1
	все перераховане	56	70,9±5,1	49	68,0±5,5

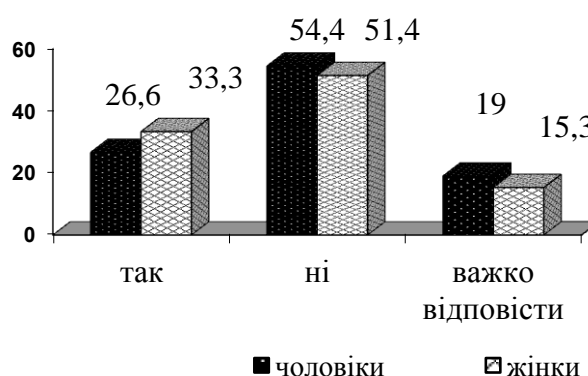


Рис. 7.21. Результати відповідей респондентів щодо висвітлення гендерної проблематики на курсах підвищення кваліфікації (стать, %)

Наступною частиною анкетування став блок питань присвячених виявленню проблеми гендерної нерівності при працевлаштуванні медичних фахівців: лікарів, середніх та молодших медичних спеціалістів. Так більшість серед анкетованих зазначали, що для них неважлива стать лікаря при прийомі його на роботу. Водночас так в 1,3 рази частіше вважали жінки (91,7±3,3% проти 68,4±5,2% ($p<0,001$)). Про те, що вагомим цей критерій є лише для окремих спеціальностей, вказали вдвічі більше чоловіків ($p<0,001$). Зокрема в хірургічних спеціальностях

вони надавали перевагу чоловікам. Хоча більшість серед лікарів-чоловіків стверджували, що стать не є провідним критерієм у питаннях працевлаштування спеціаліста – $16,5 \pm 4,2\%$ наголосили на важливості для них даної ознаки. В той же час більшість з них віддають перевагу лікарям-чоловікам. Щодо середнього медичного персоналу знову ж таки більшість респондентів стверджували, що не керуються статтю спеціаліста при його працевлаштуванні. Проте 5-а частина таки визнали, це важливим для себе. Водночас $7,6\%$ серед чоловіків зазначили, що такий вибір характерний для певних спеціальностей. Так при прийомі на роботу медичних сестер перевагу надавали жінкам, а у випадку фельдшерів – чоловікам. Для молодшого медичного персоналу теж не існувало гендерних переваг. Однак третина серед чоловіків ($31,6 \pm 5,2\%$) та четверта частина жінок ($25 \pm 5,1\%$) зауважили, що враховують стать людини і в таких випадках краще на роботу приймуть жінок (7.15).

Таблиця 7.15

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

Далі в управлінців поцікавилися, кому віддають перевагу у виборі свого заступника відповідно до статі. Основна частина і чоловіків ($62,0 \pm 5,5\%$), і жінок ($68,1 \pm 5,5\%$) зазначили, що це абсолютно не має значення. Водночас дещо

більше чверті серед чоловіків ($27,8 \pm 5,1\%$) вказали, що це жінки, тоді як чоловіків обирали вдвічі менше. Тоді як для жінок організаторів охорони здоров'я суттєвої різниці в цьому не було (7.22).

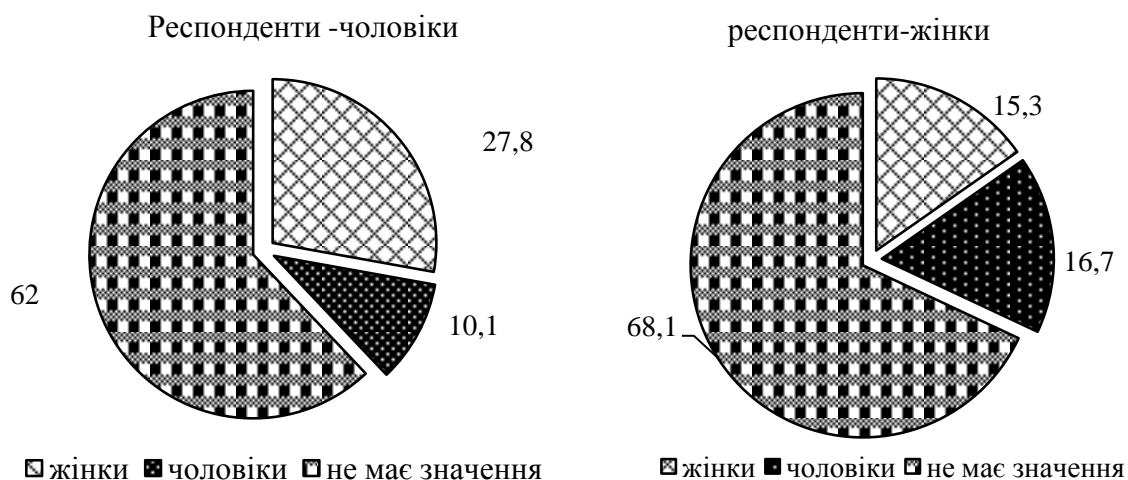


Рис. 7.22. Розподіл відповідей респондентів щодо вибору заступника (залежно від статі,%)

Висновки за розділом:

1. Соціологічне дослідження було проведене серед респондентів 3-х груп: осіб, що отримують послуги системи охорони здоров'я – пацієнтів; провайдерів, які надають послуги в сфері охорони здоров'я – лікарів та осіб, які приймають рішення на рівні законодавчої чи виконавчої влади – спеціалістів з організації та управління охороною здоров'я.

2. Серед пацієнтів чоловіки краще оцінили стан здоров'я, ніж жінки. Наразі останні вдвічі частіше вказували на поганий та вкрай поганий його рівень.

3. На думку пацієнтів жінки більшої мірою стурбовані станом здоров'я. Вони частіше порівняно з чоловіками дотримуються здорового способу життя ($54,7 \pm 3,2\%$ проти $45,9 \pm 3,7\%$; $p=0,260$); більш відповідально ставляться до здоров'я ($40,4 \pm 3,1\%$ порівняно $37,7 \pm 3,6\%$; $p=0,772$). Щодо проходження щорічних профілактичних медичних оглядів суттєвої гендерної відмінності не виявлено. Однак жінки вдвічі частіше здійснюють це за власним бажанням, а не через примус роботодавця ($77,1 \pm 3,6\%$ проти $37,8 \pm 4,6\%$; $p<0,001$).

4. Репродуктивне здоров'я є складовою загального здоров'я. Його оцінка є важливим елементом вивчення забезпечення гендерної рівності. Більшість серед

респондентів, як жінок ($87,8 \pm 2,1\%$), так і чоловіків ($98,4 \pm 0,9\%$), вказали, що не мали жодних проблем із репродуктивним та/або сексуальним здоров'ям. Хоча результати спеціальних досліджень у цій галузі демонструють зростання рівнів захворюваності у представників обох статей та особливо серед чоловічої частини. Крім того, мінімальна кількість анкетованих обох статей повідомляли про звертання до центрів планування сім'ї. Така ситуація може бути пов'язана з особливостями питань, які розглядаються. Адже вони носять доволі інтимний характер та важко оцінити ступінь ширості відповідей респондентів.

5. Щодо використання контрацептивів виявлене деяке переважання серед жіночої статі. Вони майже в 1,4 рази частіше застосовували контрацептиви ($p=0,085$). Найбільш прийнятним засобом для респондентів обох статей були презервативи. Також достатня частка анкетованих, не дивлячись на деякі психологічні та фізичні незручності, обирали перерваний статевий акт. Зокрема їх більше серед чоловіків в 1,7 рази ($p<0,001$).

6. Лікарі та організатори охорони здоров'я продемонстрували достатній рівень обізнаності щодо основних понять («гендер», «гендерна рівність», «гендерна медицина») використаних в дослідженні. При цьому серед респондентів обох груп суттєвих гендерних розбіжностей не виявлено.

7. Сучасна система охорони здоров'я України, на думку більшості анкетованих з усіх груп, забезпечує рівність прав та можливостей для жінок та чоловіків при отриманні необхідних медичних послуг. Цієї точки зору дотримувались $75,5 \pm 2,7\%$ жінок та $60,6 \pm 3,6\%$ чоловіків серед пацієнтів. Водночас у групі лікарів їх частки 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.

8. Водночас значна частина лікарів та організаторів охорони здоров'я зазначали, що недостатня увага приділяється репродуктивному здоров'ю чоловіків. Серед перших такої думки дотримувались $75,8 \pm 3,5\%$ чоловіків та $71,4 \pm 2,8\%$ жінок. Наразі серед управлінців їх частка дещо вища серед чоловіків ($86,1 \pm 3,9\%$ проти $72,2 \pm 5,3\%$).

9. Відсутність лікаря-андролога констатували основна більшість серед лікарів та організаторів охорони здоров'я. Зокрема в 1,2 рази частіше ($p=0,178$) на це вказували респонденти 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 доволі значна частка не змогли визначитись щодо ситуації, при цьому значних розбіжностей не виявлено.

10. Переважна більшість серед анкетованих усіх груп висловлювали пропозиції щодо необхідності впровадження посади лікаря –андролога та однаковою мірою це було важливо для чоловіків та жінок.

11. Думки, що не повинні бути суто «жіночі» або суто «чоловічі» лікарські спеціальності, підтримують переважна більшість лікарів та організаторів охорони здоров'я. Так останні ($91,7\pm 3,3\%$ жінок та $68,4\pm 5,2\%$ чоловіків) не вважали провідним критерієм при працевлаштуванні лікарів його стать. Також більшість лікарів-управлінців зазначали, що статева ознака не є вагомим критерієм при прийомі на роботу середнього та молодшого медичного персоналу.

12. Певним чином негативний характер щодо забезпечення рівних прав для пацієнтів різних статей носить недостатня досить не часте висвітлення пов'язаних з цим питані під час курсів підвищення кваліфікації. Так серед лікарів на цьому наголосили $83,7\pm 3,0\%$ чоловіків та $80,7\pm 2,5\%$ жінок. Наразі серед організаторів охорони здоров'я про це зауважили дещо більше половини як чоловіків так і жінок. Крім того, для більшості управлінців необхідно дещо більше інформації в області законодавчого забезпечення проблеми.

13. На завершення варто зазначити, що хоча в системі охорони здоров'я існують певні недоліки у забезпеченні репродуктивних потреб чоловічого населення, загалом принцип гендерної рівності при організації медичної допомоги дорослому населенню на думку респондентів дотримується.

За матеріалами розділу опубліковані особисті наукові роботи [6,8,17]:

РОЗДІЛ 8

ОБГРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Під час виконання заключного сьомого етапу відповідно до програми дослідження, що наведена розділі 2 та базуючись на отриманих даних з джерел наукової літератури та отриманих в ході особистих досліджень результатах, було розроблено та обгрунтовано якісно нову модель забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України.

Обгрунтування проводилось в два етапи. Під час першого етапу проведено теоретичне обгрунтування концептуальних підходів до розробки моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України. В ході другого етапу була здійснена розробка моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України.

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

В умовах реформування системи надання медичної допомоги ключовим завданням охорони здоров'я є забезпечення рівних прав та можливостей для чоловіків та для жінок при отриманні послуг охорони здоров'я з урахуванням їх особливих потреб, що забезпечить збереження здоров'я населення.

В основу концептуальних підходів до обгрунтування нової моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України були покладені:

- положення міжнародних законодавчих документів з питань гендерної рівності в охороні здоров'я, а саме: Декларація Тисячоліття ООН (2000р.); Стратегія включення гендерного аналізу і дій в роботу ВООЗ (2007р.); Рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи про включення гендерних відмінностей в політиці в галузі охорони здоров'я (2008 р.); Стратегія в області репродуктивного здоров'я ВООЗ (2004 р.);

- окремі положення національних нормативно-правових документів з питань гендерної рівності: Постанови Кабінету Міністрів України (1997 р., 1998 р.); Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» (2005 р.), Державна програма з утвердження 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 (2004 р., 2006р., 2013р.);
- результати аналізу системи охорони здоров'я щодо забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України;
- результати власних досліджень.

В умовах реформування системи охорони здоров'я у напрямку надання медичної допомоги населенню ключовим аспектом є забезпечення рівних прав та можливостей при наданні медичних послуг населенню з урахуванням особливих потреб кожної зі статей. Це можливе за умови розвитку системи охорони здоров'я з включенням гендерного підходу як ключового елементу на всіх рівнях діяльності галузі охорони здоров'я.

Метою розробки концептуальної моделі визначено впровадження принципу гендерної рівності в охорону здоров'я та забезпечення рівних можливостей для чоловіків та жінок при отриманні послуг охорони здоров'я залежно від їх потреб, а головним завданням – збереження та покращення стану здоров'я населення з урахуванням потреб кожної із статей в охороні здоров'я.

В ході дослідження було встановлено ряд недоліків з питань забезпечення гендерної рівності при наданні послуг охорони здоров'я, зокрема:

1. Недосконалість вітчизняної нормативно-правової бази щодо гендерних питань в охороні здоров'я України. В національному законодавстві принцип рівності прав та можливостей отримання медичної допомоги та послуг охорони здоров'я закріплений в статті 4 Основ законодавства про охорону здоров'я України (1992 р.), Законом України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» (2005р.) та низкою міжнародних документів ратифікованих Україною. Однак в ході дослідження виявлено, що цей принцип залишається реалізованим

лише де-юре, тоді як де-факто не розроблена жодна Державна програма саме в галузі охорони здоров'я, яка б враховувала проблеми та особливі потреби чоловіків і жінок в охороні здоров'я повною мірою.

Законом України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» було визначено заходи по впровадженню принципу в політичній, економічній, соціальній та освітній галузях. Щодо охорони здоров'я, не дивлячись на існування окремих проблем стану здоров'я чоловіків та жінок, жодних цільових завдань не визначалось. В той же час в міжнародних документах, зокрема в Стратегії включення гендерного аналізу і дій в роботу ВООЗ (2007р.) [6,P5] та Рекомендаціях Комітету Міністрів Ради Європи про включення гендерних відмінностей в політику в галузі охорони здоров'я (2008 р.) [7,P5], чітко окреслені механізми досягнення та утвердження гендерної рівності в охороні здоров'я. ВООЗ зазначає, що всі держави-члени організації повинні інтегрувати принцип гендерної рівності у свою діяльність. Його досягнення повинно стати провідним завданням у системі управління та діяльності галузі охорони здоров'я. Для забезпечення рівних прав та можливостей чоловікам і жінкам в охороні здоров'я необхідно враховувати потреби кожної зі статей при наданні послуг охорони здоров'я. Це сприятиме виявленню можливих проблем та розробці механізмів їх усунення. Реалізація поставленого завдання не можлива без визнання гендерного аспекту новим ключовим вектором діяльності галузі, що повинно бути обов'язково визнано та юридично закріплено на державному та галузевому рівнях.

2. Відсутність стратегічного відділу з гендерних питань в міністерстві охорони здоров'я, завдання якого полягатиме у чіткій координації механізмів інтеграції принципу гендерної рівності в секторі охорони здоров'я, розробці нормативно-правових документів, цільових завдань і їх реалізації та індикаторів їх досягнення.

3. Недостатній рівень використання статистичних даних медико-демографічних показників для розробки цільових програм.

В ході власного дослідження було виявлено, що жінки мають вищі рівні захворюваності та поширеності хвороб в цілому та за більшістю класів хвороб.

Наразі поширеність хвороб крові та кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму в 3,11 разу ($p<0,001$) вища серед жінок 18-ти років і старше, ніж серед чоловіків цієї ж вікової групи; хвороб сечостатевої системи – в 2,87 разу ($p<0,001$); хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин – в 2,37 разу ($p<0,001$); новоутворень – 1,80 разу ($p<0,001$); хвороб системи кровообігу – в 1,30 разу ($p<0,001$); хвороб кістково-м'язевої системи та сполучної тканини – в 1,32 разу ($p<0,001$); хвороб нервової системи – в 1,27 разу ($p<0,001$), хвороб ока і придаткового апарату – в 1,23 разу ($p<0,001$); хвороб органів травлення – в 1,19 разу ($p<0,001$); хвороб системи дихання – в 1,10 разу ($p<0,1$); деяких інфекційних і паразитарних хвороб – в 1,09 разу ($p<0,001$). В той же час серед чоловіків частіше, ніж серед жінок розвиваються розлад психіки і поведінки (2,15 разу; $p<0,001$) та травми і отруєння та ін. (1,61 разу; $p<0,001$). Серед жінок частіше, ніж серед чоловіків розвивається цукровий діабет (1,5 рази), гіпертонічна та ішемічна хвороб (1,3 разу); хвороби щитоподібної залози (тиреоїдит в 6,1 разу; тиреотоксикоз в 4,3 разу; набутий гіпотиреоз в 4,7 разу) та жовчовивідних шляхів (жовчно-кам'яна хвороба в 1,8 разу). Тоді як у чоловіків інфаркт міокарда виникає в 1,8 разу частіше, хронічні гепати – в 1,8 разу; виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки – в 1,7 разу.

В той же час серед чоловіків реєструються вищі рівні смертності у всіх вікових групах порівняно з жінками. Максимальні індекси надсмертності (3-3,1 разу; $p<0,001$) виявлені серед чоловіків працездатного віку (20-54 роки). Смертність чоловіків від зовнішніх причин смерті в 4,3 разу ($p<0,001$) вища, ніж серед жінок; від деяких інфекційних та паразитарних хвороб – в 3,3 разу ($p<0,001$); від хвороб системи дихання – в 3,1 разу ($p<0,001$); від хвороб органів травлення – в 2,0 рази ($p<0,001$) та від новоутворень – в 1,5 разу ($p<0,001$). Тоді як смертність від хвороб системи кровообігу в 1,1 разу ($p=0,068$) була вищою серед жінок.

Високі рівні смертності, захворюваності та поширеності хвороб обумовлені як анатомо-фізіологічними відмінностями, так і гендерними особливостями та їх складною взаємодією. Якщо перші являються незмінними в процесі життя, то другі

є модифікованими факторами, що повинно бути враховане при розробці цільових програм в галузі охорони здоров'я.

4. Недосконала структура організації послуг охорони здоров'я, зокрема з питань репродуктивного та сексуального здоров'я чоловіків, що полягає у відсутності профільного спеціаліста та медичного закладу, який безпосередньо займається питаннями чоловічого репродуктивного та сексуального здоров'я.

Традиційно питання збереження репродуктивного здоров'я та планування сім'ї зосереджено здебільшого на жінках, що пов'язане з функцією дітонародження. Чоловіки є рівноправними партнерами з жінками в репродуктивному процесі. Проте в існуючій системі охорони здоров'я жінки мають перевагу у реалізації репродуктивного права. Хоча юридично держава гарантує паритетні можливості стосовно збереження репродуктивного здоров'я та питань планування сім'ї.

В сучасній структурі охорони здоров'я питанням жіночого репродуктивного здоров'я та планування сім'ї займаються фахівці різних рівнів надання 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 забезпечують первинну медико-консультативну допомогу з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. На вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги акушер-гінекологи на рівні в жіночих консультацій і перинатальних центрів забезпечують кваліфіковану та спеціалізовану допомогу. Для жінок структура організації допомоги з питань репродуктивного здоров'я представлена широкою мережею фахівців та лікувальних закладів на різних рівнях надання медичної допомоги, що забезпечує їм доступність отримання необхідних послуг в охороні здоров'я. В той же час організація надання послуг з питань репродуктивного здоров'я для чоловіків розвинена недостатньо. Медико-консультативну допомогу з цих питань їм надають лікарі – урологи. Хоча відповідно до кваліфікаційної характеристики дані спеціалісти забезпечують надання кваліфікованої спеціалізованої урологічної допомоги. Тоді як проблеми репродуктивного здоров'я чоловіків лежать поза компетенцією лікарів урологів. В міжнародній практиці питанням репродуктивного,

сексуального здоров'я чоловіків займаються лікарі андрологи. Однак у вітчизняній системі охорони здоров'я в класифікаторі лікарських спеціальностей відсутня відповідна спеціальність.

В ході власного соціологічного дослідження було виявлено, що $93,7 \pm 3,1\%$ опитаних зазначили, що в галузі охорони здоров'я недостатня увага приділяється організації послуг з питань збереження репродуктивного здоров'я чоловіків. В той же час $80 \pm 10,3\%$ чоловіків, що зазначали про потребу у медичній чи консультативній допомозі з даного питання за нею не звертались, головним чином аргументуючи це відсутністю потрібного фахівця. $64,7 \pm 2,3\%$ висловили пропозицію щодо потреби організації посади лікаря-андролога.

Серед чоловіків за даними дослідників частка безплідних складає від 20 до 50% та має тенденцію до зростання. В ході дослідження виявлено, що за даними 2017 р. чоловіче безпліддя склало близько 33%. Крім того, серед чоловіків частіше реєструються інфекції, що передаються статевим шляхом, зокрема сифіліс в 1,6 разу ($p=0,603$) частіше зустрічається у чоловіків, ніж у жінок (11,4 на 100 тис. дорослого населення проти 7,2 відповідно), а гонококова інфекція – в 2,5 ($p=0,072$) разу (22,3 на 100 тис. дорослого населення проти 9,0 відповідно). Чоловіки рідше порівняно з жінками використовують засоби контрацепції (33,3% проти 56,0% відповідно; $p=0,085$).

Вище наведені результати дослідження демонструють недосконалість організації надання послуг з питань збереження репродуктивного здоров'я чоловіків. Для реалізації права з питань репродуктивного здоров'я повинен бути комплексним підхід з урахуванням особливих потреб як жінок так і чоловіків.

5. Відсутня стратегія врахування особливих потреб жінок та чоловіків при отриманні послуг охорони здоров'я (цільова диспансеризація).

6. Відсутність врахування питань гендерних особливостей стану здоров'я, перебігу захворювань та підходів до діагностики, лікування та профілактики хвороб в навчальних програмах на до дипломному та післядипломному рівнях. Реалізації принципу гендерної рівності можлива за умови достатньої обізнаності та компетентності фахівців галузі охорони здоров'я щодо гендерних питань. В ході

дослідження виявлено, що серед лікарів існує нагальна потреба у підвищенні рівня знань з питань гендерних особливостей перебігу захворювань. Про це повідомили близько половини опитаних ($47,1 \pm 4,0\%$ чоловіків та $48,3 \pm 3,1\%$ жінок). Крім того, $83,7 \pm 3,0\%$ з них зазначали, що ці питання не розглядались на курсах підвищення кваліфікації чи тематичного удосконалення. Однак в своїй практичній діяльності лікарі частіше ($76,5 \pm 3,4\%$ чоловіків та $66,8 \pm 2,9\%$ жінок) звертають увагу на наявність особливостей перебігу захворювань залежно від статі пацієнта.

7. Низький рівень вітчизняних наукових досліджень з питань гендерних особливостей стану здоров'я населення. Така ситуація можливо обумовлена нерозумінням гендерних питань в охороні здоров'я та важливості їх врахування при діяльності галузі в цілому. Включення гендерної складової у наукові дослідження є складним організаційним процесом, який повинен бути вирішений перш за все на державному рівні та реалізований в галузі охорони здоров'я. Першочерговими завданнями для відділу з гендерних питань є забезпечення законодавчої ініціативи наукових досліджень, вирішення питання фінансування та розробки методології та напрямків дослідження. Важливим кроком у вирішенні даного питання є підтримка наукових досліджень на державному рівні, яка перш за все полягатиме у навчанні дослідників, розробці методичних рекомендацій щодо інтеграції гендерної складової при реалізації досліджень.

Використання гендерного підходу при проведенні наукових досліджень сприятиме нарощуванню науково-дослідницького потенціалу з гендерних питань в охороні здоров'я України, досягненню нових підходів при наданні медичних послуг відповідно до міжнародних стандартів, зростанню знань та покращенню якості послуг в охороні здоров'я. Інтеграція гендерного підходу в наукові дослідження сприятиме виявленню прогалин в знаннях з гендерних питань, що може бути використане для розробки стратегій і програм охорони здоров'я щодо забезпеченні рівних можливостей для чоловіків та для жінок при отриманні послуг охорони здоров'я.

8. Низька зацікавленість та мотивація населення щодо формування відповідального ставлення до власного здоров'я та використання профілактичних

здоров'язберігаючих технологій та програм. Жінки та чоловіки по-різному ставляться до власного здоров'я та заходів його збереження. В ході дослідження встановлено, що чоловіки оцінюють свій стан здоров'я краще, ніж жінки. В той же час вони менш схильні дотримуватись принципів здорового способу життя: їх не дотримуються 23% чоловіків проти 9,8% жінок. Крім того, чоловіки втричі частіше ($62,2 \pm 4,6\%$ проти $22,9 \pm 3,6\%$) проходили профілактичні медичні огляди через примус роботодавця, що свідчить про їх більш низьку стурбованість щодо власного здоров'я.

Системний аналіз виявлених в ході дослідження недоліків щодо забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я продемонстрував, що більшість із них належать до організаційних та повинні реалізовуватись як в галузі охорони здоров'я, так і на загальнодержавному рівні.

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

Базуючись на отриманих в ході дослідження результатах і запропонованих концептуальних підходах до розробки моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України було розроблено якісно нову модель забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України.

Розроблена модель забезпечення гендерної рівності при наданні медичної допомоги в охороні здоров'я України представлена на рис.8.1.

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 запропонованої моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я покладено взаємозв'язок 5 наступних блоків: правової складової, організаційна структура охорони здоров'я, наукової, освітньої складових та зацікавленості населення та проведення моніторингу і оцінки забезпечення гендерної рівності за визначеними індикаторами.

Правова складова розробленої моделі 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 зарубіжному досвіді. В її основу повинні бути покладені ключові принципи міжнародних документів та документів ВООЗ щодо інтеграції гендерного підходу в охорону здоров'я, адаптовані до національних потреб, та існуючі вітчизняні нормативно-правові документи з питань гендерної рівності. ВООЗ рекомендує усім державам – членам організації сприяти включенню гендерного підходу в діяльність галузі охорони здоров'я. Стратегією включення гендерного аналізу і дій в роботу ВООЗ (ВООЗ, 2007 р.) визначені пріоритетні напрями та завдання для національних програм. Серед яких першочерговим є сприяння інтеграції гендерного аналізу в діяльність галузі, що повинно бути закріплене на загальнодержавному рівні. Не менш важливим на шляху утвердження принципу гендерної рівності повинно стати проведення навчання співробітників галузі щодо гендерних питань та проблем жінок і їх здоров'я, а також заохочення науковців до досліджень з питань вивчення чинників, що провокують розвиток гендерної нерівності, тощо. Врахування зазначених принципів є обов'язковим при розробці Державної програми та сприятиме не лише виявленню можливих випадків гендерної нерівності або несприятливого становища чоловіків і жінок в галузі, а й забезпечить ефективне функціонування галузі. Метою національної Державної програми є досягнення прогресу на шляху утвердження гендерної рівності в секторі охорони здоров'я та формування системи охорони здоров'я, в якій будуть визнаватись особливі потреби та проблеми кожної із статей окремо, а їх вирішення лежатиме в основі діяльності галузі із формуванням гендерно-чутливої системи охорони здоров'я.

Організаційна структура системи охорони здоров'я є центральною складовою розробленої моделі. Вона прямо або опосередковано впливає на можливості населення щодо збереження свого здоров'я та доступу до отримання медичних послуг. З метою досягнення та забезпечення гендерної рівності в галузі необхідним

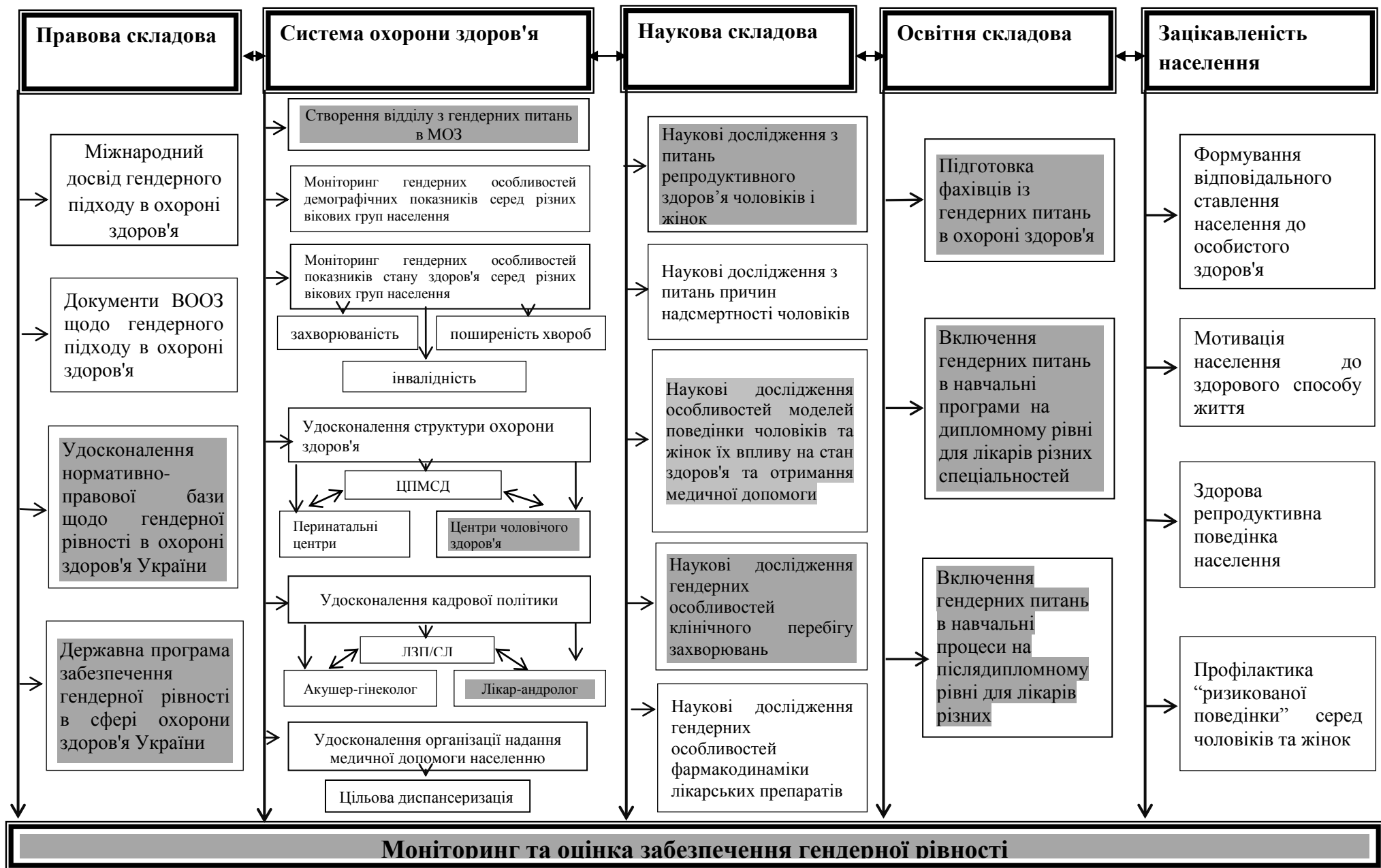


Рис. 8.1. Модель гендерної рівності в охороні здоров'я України

є впровадження в систему охорони здоров'я гендерного підходу на всіх рівнях діяльності, що є якісно новим підходом діяльності системи.

Інтеграція гендерного аналізу в діяльність галузі потребує створення нового структурного підрозділу – відділу з гендерних питань в міністерстві охорони здоров'я України, що забезпечить стратегічне планування діяльності галузі та чітку координації заходів з питань реалізації рівних прав та можливостей чоловіків та жінок у охороні здоров'я. Створення нового відділу дозволить більш якісно та ефективно виявляти та в процесі діяльності усувати можливі причини, що призводять до нерівності для чоловіків та для жінок в охороні здоров'я.

В вітчизняній системі охорони здоров'я підходи до організації та надання послуг охорони здоров'я однакові для чоловіків та жінок. Таку систему можна охарактеризувати як гендерно нейтральну. Традиційно відмінні підходи у організації медичних послуг з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. Однак вони здебільшого зосередженні на потребах жінок, що представлено наявністю широкої мережі діючих профільних лікувально-профілактичних закладів (жіночі консультації, гінекологічні стаціонари, перинатальні центри) та відповідних кадрових ресурсів (акушер-гінекологи, акушерки). Також послуги з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї жінкам надають на первинному рівні лікарі загальної практики/сімейні лікарі. В той же час чоловіки практично мають обмеження щодо реалізації репродуктивних прав, не дивлячись на те, що вони є рівноправними поряд із жінками учасниками репродуктивного процесу. Існуюча мережа закладів охорони здоров'я неспроможна забезпечити повною мірою консультативно-діагностичну та лікувальну допомогу чоловікам у питаннях репродуктивного та сексуального здоров'я. З цією метою, а також для забезпечення рівних можливостей та доступності для чоловіків реалізації права на збереження репродуктивного та сексуального здоров'я запропоновано удосконалення структури надання їм медичної допомоги за рахунок створення нової медичної структури – центру чоловічого здоров'я з функціонуванням у них спеціалістів, що забезпечуватимуть повний спектр медичних послуг репродуктивного здоров'я чоловіків. Центр чоловічого здоров'я – це якісно новий у структурі охорони

здоров'я заклад, що здійснюватиме організаційно-методичну та лікувально-діагностичну роботу щодо профілактики та збереження репродуктивного та сексуального здоров'я чоловіків, а також надання послуг з питань планування сім'ї. Центр чоловічого здоров'я представляє собою сучасний лікувально-профілактичний заклад, що забезпечить надання вторинної спеціалізованої медичної допомоги чоловікам різного віку у питаннях профілактики, діагностики та лікування хвороб сечостатевої сфери, а також забезпечуватиме психологічну та реабілітаційну допомогу при уроандрологічних проблемах. Завданнями новоствореного Центру має стати: надання кваліфікованої медичної допомоги чоловікам при хворобах сечостатевої системи; надання консультативно-діагностичної допомоги пацієнтам з захворюваннями сечостатевої сфери відповідно до сучасних клінічних протоколів; забезпечення організаційно-методичної роботи з питань комплексної медичної допомоги при уроандрологічних захворюваннях; здійснювати чітку координацію та взаємозв'язок зі спеціалістами первинного рівня надання медичної допомоги з питань розробки профілактичних програм щодо збереження здоров'я чоловіків та раннього виявлення хвороб сечостатевої сфери, тощо. Забезпечення діяльності Центру чоловічого здоров'я не можливе без кваліфікованих кадрів. Рішення кадрової складової перш за все потребує запровадження в сучасній номенклатурі лікарської спеціальності лікаря-андролога з розробкою відповідної кваліфікаційної характеристики його посади; забезпечення спеціалізації лікаря-андролога та можливості їх безперервного професійного розвитку.

Створення Центрів дозволить забезпечити чоловікам доступність до послуг зі збереження репродуктивного здоров'я, а також сприятиме забезпеченню принципу гендерної рівності в охороні здоров'я. Примірне положення Центру чоловічого здоров'я наведене у додатку Б-1.

Наступним кроком в запропонованій моделі є удосконалення організації надання медичної допомоги, яке буде здійснюватись шляхом запровадження цільової диспансеризації. Основним завданням якої буде врахування особливостей та проблем в охороні здоров'я кожної із статей та як результат розробка сучасних програм для збереження їх здоров'я.

Важливим аспектом у забезпеченні гендерної рівності є моніторинг гендерних відмінностей демографічних показників (смертності) та показників стану здоров'я населення (захворюваності, поширеності хвороб, інвалідності). Наразі в існуючій системі охорони здоров'я здійснюється моніторинг та аналіз медико-демографічних показників. Однак його метою є не лише порівняння рівнів захворюваності, поширеності хвороб, смертності, тощо з урахуванням статі. Ці показники повинні стати ключовими аргументами при розробці комплексних програм в галузі охорони здоров'я. Гендерна рівність полягає не в досягненні рівних рівнів смертності, захворюваності чи поширеності хвороб, а в забезпеченні рівних можливостей жінок і чоловіків до гарного здоров'я та якісних медичних послуг. Моніторинг медико-демографічних показників дозволить виявити особливі потреби кожної із статей, ідентифікувати чинники впливу на здоров'я та сприятиме більш ефективній розробці механізмів для усунення їх негативного впливу.

Наукова складова є важливим компонентом моделі, що забезпечує її наукове інформаційне підґрунтя. Медичні та наукові досягнення повинні сприяти покращенню здоров'я і враховуватись при плануванні та реалізації цільових програм. Відсутність достовірних даних щодо гендерних проблем у галузі ускладнює розробку заходів для впровадження принципу гендерної рівності при надання послуг в сфері охорони здоров'я. Проте чисельні дослідження демонструють наявність відмінностей в питаннях етіопатогенезу, клінічного перебігу захворювань, дії фармакологічних препаратів на організм чоловіків та жінок. Необхідним є проведення наукових досліджень стосовно особливостей моделей поведінки чоловіків та жінок, їх впливу на стан здоров'я та отримання медичної допомоги; аналіз причин надсмертності чоловіків від основних причин смерті; дослідження стану репродуктивного здоров'я чоловіків та жінок, основних причин чоловічого та жіночого безпліддя. В той же час потрібно сприяти проведенню досліджень щодо гендерних особливостей клінічного перебігу, методів лікування захворювань, особливостей фармакодинаміки лікарських препаратів залежно від статі. В ході дослідження виявлено, що зростає зацікавленість

вітчизняних науковців до гендерних питань стану здоров'я населення та збільшується частка наукових досліджень з цієї тематики.

Не менш важливим фактором, що сприяє існування гендерної нерівності є відсутність знань серед медичних спеціалістів щодо гендерно специфічних потреб чоловіків та жінок. Медичні працівники повинні чітко розуміти яким чином гендер впливає на здоров'я та поведінку пацієнтів щодо його збереження. В ході дослідження було виявлено, що фахівці охорони здоров'я мають дефіцит знань з гендерних питань, так як жодним чином на дипломному та післядипломному рівнях ці питання не висвітлювались. Інтеграція принципу гендерної рівності неможлива без забезпечення освітнього процесу майбутніх та діючих медичних працівників. Якісно новим в розробленій моделі є 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.

Завдання освітньої складової полягає в забезпеченні інформацією спеціалістів галузі з гендерних питань в охороні здоров'я, сприяти реалізації пропаганди гендерної політики та гендерно чутливих програм на національному рівні. Зростання обізнаності та поінформованості серед фахівці охорони здоров'я дозволить більш ефективно реагувати на особливі потреби жінок і чоловіків у здоров'ї, покращуючи таким чином загальний стан здоров'я населення держави.

Досягнення рівності чоловіків та жінок не можливе без участі громадян – власне зацікавленості населення. Науковці визнають, що існує гендерна різниця в ставленні населення до власного здоров'я та стурбованості ним. В ході власного дослідження було виявлено 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 підтримці серед населенням здорового способу життя, усуненню шкідливих звичок, збереженню репродуктивного здоров'я.

8.3. Експертна оцінка запропонованих інновацій

Запропонована модель гендерної рівності в охороні здоров'я України була оцінена незалежними експертами за допомогою медико-соціологічного дослідження після проведеної дискусії. Дискусія, з докладним знайомством експертів з матеріалами наукового дослідження після доповіді дисертанта, проводилося напередодні його проведення. Результати медико-соціологічного дослідження наведено в табл. 8.1.

Таблиця 8.1

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

При позитивній оцінці експертами запропонованої моделі в цілому (9,3±1,0) експерти найнижче оцінили підготовку фахівців із гендерних питань в охороні здоров'я (9,1±0,8) та створення центрів чоловічого здоров'я і проведення цільової диспансеризації (9,2±0,9), а найвище - 9,6±1,1 балів удосконалення нормативно-правової бази щодо гендерної рівності в охороні здоров'я України.

Наступним кроком дослідження за загально прийнятою формулою на основі одержаних даних були проведені розрахунки узгодженості думок експертів. В

результаті проведених розрахунків встановлено, що коефіцієнт варіації узгодженості експертів до запропонованих інновацій становить менше 10 %. Це вказує на високий рівень їх узгодженості в своєму рішенні щодо позитивної оцінки обґрунтованої та запропонованої моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України.

Таким чином, враховуючи відповідність запропонованої системи законодавству України, реформі системи медичної допомоги населенню, яка наразі проводиться в країні, міжнародним підходам до призначення та підготовки керівних кадрів в системі охорони здоров'я, її позитивну оцінку незалежними експертами запропоновану оптимізовану систему призначення на посаду та підготовки керівних кадрів в системі охорони здоров'я можна рекомендувати для впровадження в сфері охорони здоров'я України.

Висновки за розділом:

1. Сучасна система охорони здоров'я України залишається гендерно нейтральною. Відсутність чітких механізмів виявлення проблем та особливих потреб чоловіків та жінок в охороні здоров'я створює перешкоди при отриманні необхідних послуг та сприяє формуванню гендерної нерівності в охороні здоров'я.

2. На основі комплексного медико-соціального дослідження розроблено та обґрунтовано якісно нову концептуальну модель забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України. В основу якої покладено взаємозв'язок 5 рівноцінних компонентів: правова складова, організаційна структура системи охорони здоров'я, наукова складова, освітня складова та зацікавленість населення, інноваційними елементами в яких є:

- правова складова має на меті створення Державної програми забезпечення гендерної рівності в сфері охорони здоров'я України, як основного юридичного та організаційно-методичного документа з гендерних питань;
- в системі охорони здоров'я запропоновано створення стратегічного відділу з гендерних питань як провідного структурного підрозділу галузі щодо інтеграції гендерної рівності в охорону здоров'я;

- удосконалення 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 передбачає підвищення зацікавленості науковців до досліджень з питань репродуктивного здоров'я чоловіків та жінок, особливостей моделей поведінки чоловіків та жінок їх впливу на стан здоров'я та отримання медичної допомоги;

- 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;

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

3. При позитивній оцінці експертами запропонованої моделі в цілому ($9,3 \pm 1,0$) експерти найнижче оцінили підготовку фахівців із гендерних питань 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 найвище - $9,6 \pm 1,1$ балів удосконалення нормативно-правової бази щодо гендерної рівності в охороні здоров'я України.

4. 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.

За матеріалами розділу опубліковані наступні наукові роботи [31, 32]:

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.

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 років 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 – уrogenітальний мікоплазмоз (82,3 проти 34,8 100000 відповідного населення); при цьому у чоловіків в 2,3 ($p=0,702$) 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 $75,8 \pm 3,5\%$ чоловіків та $71,4 \pm 2,8\%$ 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: $90,8 \pm 2,3\%$ чоловіків та $82,6 \pm 2,4\%$ жінок із числа опитаних лікарів та $73,4 \pm 5,0\%$ чоловіків та $70,8 \pm 5,4\%$ 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 ($73,4 \pm 5,0\%$ чоловіків та $70,8 \pm 5,4\%$ жінок), зокрема щодо нормативно - правового забезпечення гендерної рівності при наданні медичної допомоги ($75,9 \pm 4,8$ та $75,0 \pm 5,1\%$); особливостей клінічного перебігу захворювань в залежності від статі пацієнтів ($65,8 \pm 5,4\%$ та $73,6 \pm 5,2\%$); особливостей фармакотерапії та принципів лікування в залежності від статі пацієнтів ($69,4 \pm 5,4\%$ і $69,6 \pm 5,2\%$) та всіх вказаних питань ($70,9 \pm 5,1\%$ та $68,0 \pm 5,5\%$ 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 ($9,3 \pm 1,0$ балів) дозволяє рекомендувати запропоновану модель для впровадження в систему охорони здоров'я України в процесі її реформування галузі.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати наукового дослідження дозволяють рекомендувати

1. Міністерству охорони здоров'я України:

- Передбачити створення організаційних структур з забезпечення чоловіків спеціальними медичними послугами.
- Впровадити спеціальність «Лікар-андролог» та забезпечити держане замовлення на їх підготовку.

2. Національній службі здоров'я України:

- Передбачити державне фінансування обстеження молодих чоловіків на безпліддя та надання послуг з забезпечення репродуктивного здоров'я.

3. Вищим медичним навчальним закладам післядипломної освіти:

- Запровадити цикли тематичного удосконалення для лікарів та організаторів охорони здоров'я з гендерних питань в охороні здоров'я.

Список використаних джерел літератури

1. Global Health 50/50 Report 2018. URL: <https://globalhealth5050.org/report/>
2. Цілі розвитку тисячоліття: Україна: 2000-2015. Національна доповідь. 2015. 73 с.
3. Цілі сталого розвитку: Україна. Національна доповідь 2017. 176 с. URL: http://www.un.org.ua/images/SDGs_NationalReportUA_Web_1.pdf
4. Shannon G., Jansen M., Williams K., Cáceres C., Motta A., Odhiambo A., Eleveld A., Mannell J. Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter?. Lancet. 2019. Vol. 393. P. 560–69. URL: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2933135-0>
5. The Global Gender Report 2018. 355 p. URL: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2018
6. Здоровье 21 – здоровье для всех в 21-ом столетии. Европейская серия «Здоровье для всех». №5. ВОЗ. Копенгаген, 1998. 44 с.
7. Gender and health: technical paper. World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63998>
8. Гендерная политика ВОЗ. Включение гендерной проблематики в деятельность ВОЗ. 2002. URL: <https://www.who.int/gender/mainstreaming/Russianwhole.pdf>
9. Стратегия включения гендерного анализа и действий в работу ВОЗ. ВОЗ. 2009. 17 с.
10. Практическое руководство по внедрению гендерного подхода. Методология, обзор по секторам, сборник примеров из практики, 3-е издание. 2007. 295 с.
11. 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.
12. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. Київ, 2012. 440 с.

13. Чепелевська Л. А., Ященко Ю. Б. Статеві-вікові тенденції смертності населення від хвороб системи кровообігу в регіонах України. Україна. Здоров'я нації. 2014. № 2. С. 14-21.
14. Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. Київ: Версо-04, 2009. 72 с.
15. Круглий стіл на тему: «Становище чоловіків в Україні». К.: «К.І.С.», 2009. 64 с.
16. Основні причини високого рівня смертності в Україні. К.: Версо-04, 2010. 60 с.
17. Рингач Н.О. Надсмертність чоловіків: нагальна проблема українського соціуму. Журнал української лікарської еліти. 2009. № 1 (07). С. 75–78.
18. Слабкий Г.О., Ященко Ю.Б., Орда О.М., Шевченко М.В. Аналіз надсмертності чоловіків Львівської області залежно від причин смерті. Здоров'я мужчин. 2011. № 1. С. 47-50.
19. Рингач Н. О. Погляд на проблему передчасної смертності населення України крізь призму національної безпеки. Стратегічні пріоритети, 2008. №1 (6) С. 102-111.
20. Смертність населення України у трудоактивному віці: колективна монографія / відп. ред. Е. М. Лібанова. К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАНУ, 2007. 211 с.
21. Lindahl-Jacobsen R., Hanson H.A., Oksuzyan A., Mineau G.P., Christensen K., Smith K.R. The male-female health-survival paradox and sex differences in cohort life expectancy in Utah, Denmark, and Sweden 1850-1910. *Annals of Epidemiology*. 2013. Vol. 23. P. 161–166.
22. 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.
23. Lagro-Janssen T. Sex, gender and health: Developments in research. *Eur. J. Womens Stud*. 2007. Vol. 14. P. 9–20.
24. Phillips S. Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come. *Int. J. Equity Health*. 2005. Vol. 4. P. 1–4.

25. Sen G., George A., Ostlin P. The case for gender equity in health research. *J. Health Manag.* 2002. Vol. 4. P. 99–117.
26. Turschen M. Commentary: Gender and health. *J. Public Health Policy.* 2007. Vol. 28. P. 319–321.
27. Wood S.F., Blehar M.C., Mauery R. Policy implications of a new National Institutes of Health Agency for Women's Health Research, 2010–2020. *Women's Health Iss.* 2011. Vol. 21. P. 99–103.
28. Lawrence K., Rieder A. Methodologic and ethical ramifications of sex and gender differences in public health research. *Gender Med.* 2007. Vol. 4. P. 96–105
29. Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ.* 2001. Vol.323. P. 1061-1063. URL: <http://www.bmj.com/content/323/7320/1061>
30. Літературознавча енциклопедія: У двох томах. Т.1. / авт.-уклад. Ю.І. Ковалів. К.: ВЦ «Академія», 2007. 608 с.
31. Введение в гендерные исследования: учеб. пособие для студентов вузов / И. В. Костикова. и др.; под общ. ред. И. В. Костиковой. М.: Аспект Пресс, 2005. 235 с.
32. Основи теорії гендеру: Навчальний посібник. К.: "К.І.С.", 2004. 536 с.
33. 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.
35. Emslie, C., Hunt, K. and Macintyre, S. Problematising gender, work and health; the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science and Medicine.* 1999. Vol. 48 (1). P. 33–48.
36. Annandale E., Hunt K. Gender inequalities in health. 2000. 220 p.
37. Keleher H. Policy scorecard for gender mainstreaming: gender equity in health policy. *Aust N Z J Public Health.* 2013. Vol. 37. P. 111-117. DOI: 10.1111/1753-6405.12027.
38. Women's Health. Report of the Public Health Service Task Force on Women's Health Issues. *Public Health Rep.* 1985; 100:73–106. Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424718/> (дата звернення 25.07.2019)

- 39.Добропас І. Проблема біологічного та соціального в людині: гендерний аспект. Соціогуманітарні проблеми людини. 2008. № 3. С. 55-64.
40. Великий тлумачний словник сучасної української мови /уклад.: І голов. ред. В. Т. Бусел. Ірпінь: ВТФ «Перун», 2007. 1736с.
- 41.Енциклопедія освіти. Акад. пед. Наук України / голов. ред. В. Г. Кремень. –К.: Юрінком Інтер, 2008. 1040 с.
- 42.Психологічна енциклопедія / автор–упорядник: Степанов О. М. К.: «Академвидав». 2006. 424 с.
- 43.Большая психологическая энциклопедия. М.: Эксмо, 2007. 544 с.
- 44.Судьин С.А Гендерный аспект социологии медицины и здоров'я. Женщина в российском обществе. 2012. № 4 (65). С. 24-31.
- 45.Скочко Т.П Гендерні аспекти формування здоров'я підлітків. Медичні перспективи. 2011. Т. XVI. № 1. С. 109-113.
46. Включение гендерной проблематики в деятельность ВОЗ. Гендерная политика ВОЗ. URL: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/Russianwhole.pdf> (дата доступа: 15.05.2012). Название с экрана.
47. Герасименко Г.В. Гендерні аспекти соціальної політики в Україні. Умань: Візаві (СПД Сочинський), 2008. 252 с.
48. Гордиенко С.М. Гендерные проблемы в обществе и медицине. Здоров'я України. 2007. №. 1. С. 23.
49. Браун Дж. В., Панова Л. В., Русинова Н. Л Гендерные различия в здоровье Социологические исследования. 2007. № 6. С. 114-122.
- 50.Галимов Ш. Н., Галимова Э.Ф. Вымирающий пол – иллюзия или реальность? Управления здравоохранением. 2005. № 1-2. С. 35-41
- 51.Penning M.J., Wu Z. Caregiver stress and mental health: impact of caregiving relationship and gender. Gerontologist. 2015. Vol. 56. P.1102-1113.
- 52.Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. Áurea Redondo-Sendino, Pilar Guallar-Castillón, José Ramón Banegas and Fernando Rodríguez-Artalejo. BMC Public Health 2006, 6:155. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/155>. (дата звернення: 09.09.2014).

53. Бурмыкина О. Н. Гендерные различия в практиках здоровья: подходы к объяснению и эмпирический анализ. Журнал исследований социальной политики. 2006. Т. IX. № 2. С. 101-119.
54. Krieger N: Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. Journal of Epidemiology and Community Health. 2004. Vol. 59. P. 350-355.
55. Springer K.W., Hankivsky O., Bates L.M. Gender and health: relational, intersectional, and biosocial approaches. Soc Sci Med. 2012. Vol. 74. P.1661–1666. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.03.001.
56. Springer K.W., Stellman J.M., Jotdan-Young R.M.: Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. Soc Sci Med 2011. DOI:10.1016/j.socscimed.2011.05.033.
57. Marmot M., Field S., Bell R., Houweling T., Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008. Vol. 372. P. 1661-1669. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
58. Ostrowska A. Gender and social determinants of health. Acta universitatis Lodzensis. Folia sociologica. 2012. № 43. P.11-124.
59. Krieger N: Genders, sexes, and health: what are the connections – and why does it matter? International Journal of Epidemiology 2003. Vol. 32, Is.4. P. 652–657. URL: <https://doi.org/10.1093/ije/dyg156>
60. Великий енциклопедичний юридичний словник / за ред ак. НАН України Ю. С Шемчушенка. К.: ТОВ «Юридична думка». 2007. 992с.
61. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. Copenhagen:WHO, 2000. 18 p.
62. Баллаева Е.А. Гендерный анализ политики в сфере здравоохранения и индикаторы гендерного равенства в сфере охраны здоровья [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://ecsocman.hse.ru/text/16209417> (дата обращения 8.04.2013). Название с экрана.
63. Римашевская Н. М. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении. Москва, 2007. 240 с.
64. <http://www.paho.org/genderhealth/>

65. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final report of the Women and Gender Equity Knowledge Network (WGEKN). World Health Organization, Geneva. 2007. 127p. URL: https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf?ua=1
66. Lagro-Janssen T. Sex, gender and health. Developments in research. European Journal of Women's Studies. 2007.Vol. 14. P. 9–20. URL: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00571293/document>
67. 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.
68. Gender Equality Policies in Public Research. Based on a survey among Members of the Helsinki Group on Gender in Research and Innovation, 2013. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014. 52 p.
69. Третьякова О. В. Здравоохранение и здоровье: о гендерных и возрастных особенностях взаимодействия. Вестник Новосибирского государственного университета экономики и управления. 2011. N 2. С. 67-72
70. 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
71. 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
72. 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>
73. Theobald S., Elsey H., Tolhurst R. Gender, health and development I: gender equity and sector wide approaches. Progress in Development Studies. 2004. Vol. 4. P. 58–63. URL: <https://doi.org/10.1191/1464993404ps076pr>

74. Практическое руководство по внедрению гендерного подхода. Методология, обзор по секторам, сборник примеров из практики, 2-е издание. 2005. 296 с.
75. Гендерні перетворення в Україні / укл. і ред. М. Скорик. К.: ТОВ «АДЕФ-Україна», 2007. 165 с.
76. Барна О. Н. Гендерные аспекты лечения ишемической болезни сердца. Новости медицины и фармации. 2009. № 274. С. 84-89.
77. Ritz SA, Antle DM, Côté J, Deroy K, Fraleigh N, Messing K, et al. First steps for integrating sex and gender considerations into basic experimental biomedical research. *Feder Am Soc Exp Biol*. 2014. Vol. 28. P. 4–13. URL: <https://doi.org/10.1096/fj.13-233395>.
78. Sharman Z, Johnson J. Towards the inclusion of gender and sex in health research and funding: an institutional perspective. *Soc Sci Med*. 2012. Vol. 74. P. 1812–1816. URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.039>.
79. Гендерные вопросы, женщины и здоровье: включение гендерной перспективы в основное направление политики и программ ВОЗ: доклад Секретариата. 2005. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/21039>
80. 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).
81. 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.
82. Schenck-Gustafsson K., DeCola P.R., Pfaff D.W., Pisetsky D.S.? (eds). *Gender Effects on Health and Healthcare: Handbook of Clinical Gender Medicine*. Basel, Karger, 2012. P. 10–17
83. Yang Y., Carlin A.S., Faustino P.J. et al. Participation of women in clinical trials for new drugs approved by the Food and Drug Administration in 2000–2002. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009. Vol. 18. P. 303–310.

84. Labots G., Jones A., de Visser S.J., Rissmann R., Burggraaf J. Gender differences in clinical registration trials: is there a real problem? *Br J Clin Pharmacol*. 2018. Vol. 84 (4). P. 700-707. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5867082/>
85. Иванов Д.Д. Гендерные особенности в доказательной медицине. Медицинские аспекты здоровья женщин. 2011. № 3 (42). С. 21-23.
86. Барна О.М. Гендерна медицина: проєкція на серцево-судинну фармакотерапію. *Ліки України*. 2008. № 4 (120). С. 165-171.
87. AHA Scientific Statement. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women. *Circulation*. 2004. Vol. 109. P. 672-693.
88. Stramba-Badiale M., Fox K. M., Priori S. G., Collins P., Daly C., Graham I., Jonsson B., Schenck-Gustafsson K., Tendera M. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*. 2006. Vol. 27. P. 994–1005. URL: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi819>
89. Framingham heart study. URL: <http://www.framinghamheartstudy.org/about/history.htm>
90. 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.
91. Pai J. K., Pischon T., Ma J., Manson J.E., Hankinson S.E., Joshipura K., et al. Inflammatory markers and the risk of coronary heart disease in men and women. *N Engl J Med*. 2004. Vol. 351 (25). P. 2599-2610. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15602020>.
92. Harris D.J., Douglas P.S. Enrollment of women in cardiovascular clinical trials *N. Engl. J. Med*. 2000. Vol.343. P.475 – 480.
93. Buring J.E. Women in clinical trials – a portfolio for success.*N.Engl.J.Med*. 2000. Vol. 343. P.505 – 506.
94. Шатковська А.С., Шиманська О.Г. Медичні аспекти застосування комбінованих оральних контрацептивів. *Медицинские аспекты здоровья женщины*. 2010. № 2. С. 5- 8.

95. Кваша О.О. Популяційна оцінка внеску факторів ризику серцевосудинних захворювань в смертність за даними 20 річного проспективного дослідження: автореф. дис. на здоб. наук. ступеня д-ра мед. наук:14.01.11 / Нац. наук. центр "Ін-т кардіології ім. академіка М.Д.Стражеска" АМН України. К., 2008. 40 с.
96. Barrent-Connor E. Sex differences in coronary heart disease. Why are women superior? *Circulation*. 1997. Vol. 95. P. 252–264.
97. Mendelsohn M.E., Karas R.H. Molecular and cellular basis of cardiovascular gender differences. *Review. Science*. 2005. №10. P.1583–1587
98. Сметник В.П. Защитное влияние эстрогенов на сердечно-сосудистую систему. *Consillium medicum. Экстравыпуск*. 2002. С. 3-6.
99. Быстрова М. М., Бритов А. Н., Горбунов В. М. и соавт. Заместительная гормонотерапия у женщин с артериальной гипертензией в пери- и постменопаузе: гемодинамические эффекты. *Терапевтический архив*. 2001. № 10. С. 33-38.
100. Митченко Е. И., Татарчук Т. Ф., Барна О. Н. Гендерные особенности сердечно-сосудистых заболеваний. *Репродуктивная эндокринология*. 2012. № 5. С. 46–52.
101. Овчаренко Л.К., Циганенко І.В. Вплив естрогенів на клініку мікроvasкулярної стенокардії у жінок. *Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2017. № 2 (58). Т. 17. С. 151-155.
102. Кудряшова О.Ю., Затейщиков Д.А., Сидоренко Б.А. Возможная роль эстрогенов в профилактике и лечении атеросклероза у женщин после наступления менопаузы. *Кардиология*. 1998. № 4. С. 51-58.
103. Налетов С.В., Беренфус В.Я. Состояние обмена углеводов и липидов у женщин с первичной артериальной гипертензией в постменопаузальном периоде. *Вестник неотложной и восстановительной медицины*. 2005. Т. 6. № 2. С. 354-356.
104. 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
105. Аничков Д.А., Шостак Н.А, Журавлева А.Д. Менопауза и сердечнососудистый риск. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2005. №1. С.37–42

106. Ильяш М. Г., Несукай В.Г. Артериальная гипертензия после менопаузы. Украинский кардиологический журнал. 1999. № 2. С. 21-24.
107. Коваленко В. М. Серцево-судинні захворювання у жінок: підводна частина айсбергу. Нова медицина. 2005. №4 (21). С.12-13.
108. Jones T. H. Testosterone Deficiency in Men. Oxford University Press, 2008. 163 p.
109. Лучицький Є.В., Лучицький В.Є. Сучасні погляди на віковий андрогенодефіцит у чоловіків. Ендокринологія. 2012. № 4. С. 56-60.
110. Shores M. M., Matsumoto A. M., Shores M. M., Sloan K. L. et al. Low serum testosterone and mortality in male veterans. Arch. Intern. Med. 2006. Vol. 166 (15). P. 1660–1665. Doi:10.1001/archinte.166.15.1660
111. Василькова О. Н., Мохорт Т. В., Рожко А. В. Возрастной андрогенный дефицит, метаболический синдром и сахарный диабет 2–го типа: есть ли взаимосвязь? Медицинские новости. 2008. № 3. С. 3–6
112. Гвасалия Б. Р., Щеплев П. А. Поздний гипогонадизм, метаболический синдром и сердечно–сосудистая патология. Лечащий врач. 2009. № 11. С. 4–8;
113. Арина Е.Н., Колосова Е.С., Моргунов Л.Ю. Кардиоваскулярная патология и дефицит андрогенов. Терапевт. 2006. N 4. С. 53-60;
114. Горпинченко И.И. Заместительная гормональная терапия в жизни мужчины пожилого возраста. Здоров'я України. 2008. № 22. С. 58;
115. Моргунов Л.Ю. Воздействие тестостерона на факторы риска ишемической болезни сердца у пациентов с андрогенным дефіцитом. II Съезд кардиологов Сибирского федерального округа: материалы съезда кардиологов Сибирского федерального округа. г. Томск, 6-7 июня 2007, 2007. С. 86.
116. 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.
117. Jones T. H. Testosterone deficiency: a risk factor for cardiovascular disease? Trends. Endocrinol. Metab. 2010. Vol. 21. P. 496–503.
118. Jones T. H., Saad F. The effect of testosterone in risk factors, and the mediators of the atherosclerosis process. Atherosclerosis. 2009. Vol. 207. P. 318–327.

119. Ковальова О.М., Амбросова Т.М. Гендерні особливості перебігу серцево-судинних захворювань: фокус на гормони. Кровообіг і гемостаз. 2012. № 3. С. 45-50.
120. Верткин А.Л., Аринина Е.Н. и др., Возрастной гипогонадизм у пациентов в клинике внутренних болезней: материалы Международного конгресса по андрологии, 24-26 мая 2006, Сочи, 2006 С. 10-11.
121. Heras M. Ischemic heart disease in women: clinical presentation, non-invasive testing and management of acute coronary syndromes. Rev. Esp. Cardiol. 2006. Vol. 59. P. 371-381.
122. Волков В.И., Исаева А.С. Отдаленный прогноз у мужчин и женщин, перенесших острый коронарный синдром. Український терапевтичний журнал. 2007. № 4. С. 12-17
123. Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (Global Adult Tobacco Survey – GATS) (укр. мова). Київ, 2017. 240 с.
124. Шаповалова Э. Б., Максимов С. А., Артамонова Г. В. Половые и гендерные различия сердечно-сосудистого риска. Российский кардиологический журнал. 2019. № 24 (4). С.99–104
125. Grundtvig M., Hagen T.P., German M., Reikvam A. Sex-based differences in premature first myocardial infarction caused by smoking: twice as many years lost by women as by men. Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehab. 2009. Vol. 16. P.174-179.
126. Бугаенко В.В., Голикова И.П., Шеремет М.Ю. Гендерные особенности диагностики, течения и лечения ишемической болезни сердца. Практическая ангиология. 2015. № 2 (69). С. 55-69.
127. 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
128. Ілюшина Г.Я., Мітченко О.І., Романов В.Ю. Порушення вуглеводного обміну та компоненти метаболічного синдрому в пацієнток із гіпертонічною хворобою на тлі фізіологічної та постхірургічної менопаузи. Міжнародний ендокринологічний журнал. 2015. №4 (68). С.28-33.

129. 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.
130. Чернявська І.В., Скрипник Н.В., Боцюрко В.І., Дідушко О.М. Цукровий діабет-епідемія ХХІ століття (огляд літератури). «Art of medicine». 2017. №3. С. 95-98
131. Волков В.И., Строна В.И., Горб Ю.Г. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у жени. Мистецтво лікування. 2014. № 2 (108). С.24-27
132. Нетяженко В.З., Барна О.М. Ішемічна хвороба серця у жінок: особливості факторів ризику. Український кардіологічний журнал. 2003. № 2. С. 17–24.
133. 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.
134. Бакалец Н. Ф., Ковальчук Л. С., Ковальчук П. Н. Влияние гендерных факторов на некоторые аспекты лечения сердечно-сосудистых заболеваний (обзор литературы). Проблемы здоровья и экологии. 2015. № 4 (46). С. 13-19.
135. Stampfer M. J., Hu F. B., Manson J. E., Rimm E. B., Willett W. C. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. N. Engl. J. Med. 2000. Vol. 343 (1). P. 16-22. DOI: 10.1056/NEJM200007063430103
136. Волков В.І., Строна В.І. Гендерні та вікові особливості ішемічної хвороби серця. Здоров'я України. 2007. № 12 / 1. С. 33-35.
137. Алмазов В.А., Беркович О.О., Ситніков М.Ю. та співавт. Ішемічна хвороба серця. Ендотеліальна дисфункція у хворих з дебютом ішемічної хвороби серця у різному віці. Кардіологія. 2001. № 5. С. 20-24.
138. Daly C., Clemens F., Lopez Sendon J.L., Tavazzi L., Boersma E., Danchin N. et al. Gender differences in the management and clinical outcome of stable angina. Circulation. 2006. Vol. 113. P. 490-498. URL: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.561647>
139. Мітченко О.І., Мамедов М.Н., Колесник Т.В., Дєєв А.Д., Романов В.Ю., Ілюшина Г.Я. Особливості поширеності чинників серцево-судинного ризику в жінок

залежновід наявності менопаузи. Український кардіологічний журнал. 2015. № 4. С. 96-102

140. Бугаенко В. В. Гендерные особенности диагностики, течения и лечения ишемической болезни сердца. Український кардіологічний журнал. 2015. № 6. С. 100-112.

141. Mc Sweeny J. C., Cody M., Crany P. B. et al. Do you know them then you see them? Women's prodromal and acute symptoms of myocardial infarction. J. Cardiovasc. Nurs. 2001. Vol. 15. P. 26-38.

142. Canto J.G., Shlipak M.G., Rogers W.J., et al. Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. JAMA. 2000. Vol. 283. P. 3223–3229: Doi:10.1001/jama.283.24.3223

143. Мураталиев Т. М., Звенцова В. К., Неклюдова Ю. Н., Раджапова З. Т., Мухтаренко С. Ю. Гендерные особенности течения острого инфаркта миокарда. Клиницист. 2016. №3.Т. 10. С.58-63.

144. 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.

145. 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.

146. Комплексний демографічний прогноз України на період до 2050 р.: колект. моногр./ за ред. чл.-кор. НАНУ, д.е.н., проф. Е.М. Лібанової. К.: Український центр соціальних реформ, 2006. – 138 с.

147. 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.

148. Конвенція про ліквідацію Всіх форм дискримінації Щодо жінок Та Факультативний протокол До конвенції з ліквідації Всіх форм дискримінації Щодо жінок. Київ. 2009. 43 с.

149. Сергеева С. М. Міжнародно-правовий захист прав жінок: історія і сучасність. Часопис Київського університету права. 2011. № 3. С. 284-288.

150. ПРООН УКРАЇНА: огляд та рекомендації щодо впровадження гендерних підходів. Програма розвитку ООН в Україні, 2006. 44 с.
151. Пекінська декларація: Прийнята на четвертий Всесвітній конференції зі становища жінок 15 вересня 1995 року. Бібліотека голови профспілкового комітету. 2005. № 5. С. 213-217.
152. Платформа дій: доповідь Четвертої всесвітньої конференції зі становища жінок (Пекін, 4 – 15 вересня 1995 р.). Н.-Й.: ООН, 1996. С. 1-145.
153. Recommendation CM/Rec (2008)1 of the Committee of Ministers to member states on the inclusion of gender differences in health policy. (Adopted by the Committee of Ministers on 30 January 2008 at the 1016th meeting of the Ministers' Deputies). URL: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1241743>. (Last accessed: 17.07.2019).
154. Гендерна статистика України: сучасний стан, проблеми, напрями удосконалення. Київ. 2009. 180 с.
155. Сербіна Н. Реалізація гендерної політики в Україні. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Міжнародні відносини. 2009. № 37. С.12-17
156. Організаційні та правові елементи інституційного механізму забезпечення гендерної рівності в Україні. Запоріжжя: Друкарський світ. 2011. 140 с.
157. Конституція України. К., 2004. 50 с.
158. Основи законодавства про охорону здоров'я. Відомості Верховної Ради України 26.01.1993 р. № 4. ст. 19
159. Магдюк Л. Б. Гендерний рух в Україні: історико-правові аспекти. Науковий вісник Волинського національного університету імені Лесі Українки. 2010. № 1. С. 147-157.
160. Про затвердження Національного плану дій на 1997-2000 роки щодо поліпшення становища жінок і підвищення їх ролі у суспільстві: постанова Кабінету Міністрів України № 993 від 8.09.1997 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/993-97-%D0%BF> (дата звернення: 22.05.2018).

Назва з екрана

161. 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> (дата звернення: 22.05.2018). Назва з екрана.
162. Гендерний розвиток в Україні. Реалії і перспективи. ПРООН. К., 2003. 104 с.
163. Національний план дій щодо поліпшення становища жінок та сприяння впровадженню гендерної рівності у суспільстві на 2001-2005 роки: постанова Кабінету Міністрів України від 6.05.2001 № 479. Вісник державної служби України. 2001. № 2. С. 11-19.
164. 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.
165. 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.
166. Коментар до Закону України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» Запоріжжя: Друкарський світ, 2011. 167 с.
167. Актуальні питання гендерної рівності в Україні. Збірник аналітичних документів та законопроектів. К., 2008. 96 с.
168. 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.
169. Кращий зарубіжний досвід щодо інтеграції гендерної складової до процесу публічної політики / уклад. О. Рудік. К. : К. І. С., 2013. 60 с.
170. План заходів щодо виконання Державної програми з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 року: Наказ МОЗ України №121 від 15.03.2007 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/> (дата звернення: 10.07.2014). Назва з екрана.
171. Громадський моніторинг Державної програми з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві (до 2010 р.). Жіночий консорціум України. К., 2011. 69 с.

172. Стан забезпечення гендерної рівності в українському суспільстві. Щорічна державна доповідь. К., 2007. 223 с.
173. 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.
174. Про Рекомендації парламентських слухань «Становище жінок в Україні: реалії та перспективи»: постанова Верховної Ради України від 29.06.2004 № 1904-IV. Відомості Верховної Ради України. 2004. № 50. ст. 542
175. Нормативно-законодавче забезпечення гендерної рівності в Україні: Посібник для державних службовців, представників органів місцевого самоврядування та ЗМІ. Харків: Райдер, 2007. 56 с.
176. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Рівні права та рівні можливості в Україні: реалії та перспективи»: Постанова Верховної Ради України від 27.06.2007 № 1241-V. Відомості Верховної Ради України. 2007. № 45. С. 522
177. 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
178. Довідник з питань репродуктивного здоров'я / Н.Ф. Гойда та ін.; за ред.: Гойди Н. Г. К.: Раєвського, 2004. 128с.
179. Стратегия в области репродуктивного здоровья. В целях ускорения прогресса в направлении достижения международных целей и задач в области развития. ВОЗ. Женева. 2004. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68754/WHO_RHR-04/8_rus.pdf?sequence=4/ (дата обращения: 22.07.2019).
180. Гойда Н. Г., Бісярін О.Ю. Нормативно-правове регулювання діяльності служби планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я. Український медичний часопис. 2012. № 4 (90). С. 20-25. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/38690/>. (дата звернення: 25.07.2019 р.). Назва з екрана.

181. Про національну програму «Репродуктивне здоров'я 2001–2005» [Електронний ресурс]: Указ Президента України від 26.03.2001 р. № 203/2001. Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення 24.07.2019 р.). Назва з екрану.
182. Жилка Н. Я. Аналітичний огляд законодавчого забезпечення охорони репродуктивного забезпечення в Україні. К.: Раєвського, 2005. 96 с.
183. Репродуктивне та статеве здоров'я чоловіків в Україні (соціологічний аналіз). Фонд Народонаселення ООН. К., 2005. 60 с.
184. Лук'янова О.М. Науковий супровід виконання національної програми "Репродуктивне здоров'я 2001—2005": зб. матеріалів "Національні громадські слухання з питань виконання національної програми "Репродуктивне здоров'я 2001—2005" / за ред. А. Гука, Н. Жилки та ін.; Київ: Раєвського. 2005. С. 52—55
185. 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.
186. 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
187. Рекомендації слухань у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я на тему: «Про виконання Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року та заходи, що вживаються МОЗ України з метою забезпечення охорони репродуктивного здоров'я населення». Здоров'є жінщини. 2017. №2 (118). С. 36-40.
188. Гойда Н.Г., Моїсеєнко Р.О., Майструк Г.П. Основні досягнення виконання Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» за 2005–2015 рр. Здоров'є жінщини. 2016. № 4 (110). С. 14-16.
189. Звіт про результати оцінювання політик та послуг в галузі репродуктивного го здоров'я та виконання Державної про грами «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року. Проект «Репродуктивне здоров'я в Україні». К., 2015. 220 с.

190. 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.
191. The health and well-being of men in the WHO European Region: better health troug^ha gender approach. 2018. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf?ua=1[^]
192. Данкович Н.О., Воробей-Вихівська В.М. Причини та форми безпліддя. Сучасні можливості лікування. Здоров'я жінки. 2013. № 3. С. 192–197.
193. 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.
194. Wong W.Y., Thomas C.M.G., Mercus G.M., et al. Male factor subfertility: possible causes and the impact of nutritional factors. Fertile Steri. 2000. Vol. 73. P. 435-442
195. Гамидов С. И., Иремашвили В.В., Тхагабсоева Р. А. Мужское бесплодие:современное состояние проблемы. Фарматека. 2009. № 9. С. 12-17.
196. Золотухин В.Н. Оксидативний стрес як фактор порушення сперматогенезу. Проблеми ендокринної патології. 2003. № 1. С. 13–17.
197. Данкович Н.А. Лечение бесплодия в Украине: от врача женской консультации к репродуктологу. Здоров'я України. Педіатрія. Акушерство. Гінекологія. 2010. № 4. С. 3.
198. Інформаційно–статистичний довідник про допоміжні репродуктивні технології в Україні. 2018. 24 с.
199. Горпинченко И.И., Никитин О.Д. Бесплодный брак в Украине. Новые реальности. Здоровье мужчины. 2010. № 3. С. 184–190.
200. Жигунова О. Профилактика возрастного гипогонадизма Медицинские аспекты здоровья мужчины. 2011. № 2. С. 55–62.
201. Лучицький Є.В., Лучицький В.Є., Рибальченко В.М. Чоловіче безпліддя: погляд ендокринолога андролога. 2014. № 3 (27). С. 34-39.

202. Горпинченко І.І., Нуріманов К.Р., Сайдакова Н.О., Кононова Г.Є., Онисків О.О. Чоловіче безпліддя в Україні: статистика та тенденції. Здоров'є мужчини. 2012. №4. С. 132-141.
203. Стусь В.П., Сайдакова Н.О., Поліон М.Ю. Епідеміологія чоловічого безпліддя в Україні: особливості, тенденції. Урологія. 2016. № 2. Т. 20. С. 42–53
204. 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
205. Поворознюк М.В. Поширеність та основні причини безпліддя у чоловіків. Медичні аспекти здоров'я чоловіка. 2012. № 3 (5). С. 62-73.
206. Епанчинцева Е.А., Селятицкая В.Г., Свиридова М.А., Лутов Ю.В. Медико-социальные факторы риска бесплодия у мужчин. Андрология и генитальная хирургия. 2016. N 3. С.47-53.
207. Сайдакова Н.О., Стусь В.П, Поліон М.Ю. Епідеміологія чоловічого безпліддя в Україні: особливості, тенденції. Урологія. 2016. N 2. С.42–52
208. Авраменко Н. В., Нікіфоров О. А., Ломейко О. О. Сперматогенез після екстремальних гіпертермічних, гіпотермічних і травматичних впливів і можливість його медикаментозної корекції в експерименті. Запорожский медицинский журнал. 2013. №6 (81). С. 54-57
209. Чадаев В.Е., Козуб Н.И., Мироненко М.В. Мужское бесплодие: современные аспекты. Международный медицинский журнал. 2007. № 4. Т. 13. С. 79–82.
210. Нікітін О. Д. Андрологічні аспекти безплідного шлюбу: діагностика, лікування. Здоров'є мужчини. 2011. № 1. С. 51-61.
211. Льовкіна О.Л. Клініко-анамнестичні, соціальні та психологічні особливості жінок репродуктивного віку із первинним стрес-індукованим безпліддям. Здоров'є женщины. 2013. № 2 (78). С. 174-180.
212. Камінський А.В. Гормональний фон у жінок з безпліддям та психосоматичними порушеннями. Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Українська медична стоматологічна академія. 2018. № 3 (63).Т. 18. С. 62-65.

213. 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
214. Моїсеєнко Р.О., Мокрецов С.Є., Дудіна О.О., Кризина 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.
215. Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні [Електронний ресурс]: Наказ МОЗ від 15.07.2011 р. № 417. URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110715_417.html (дата звернення: 22.07.2019). Назва з екрану
216. Калинченко С. Ю., Тюзиков И. А. Практическая андрологія. М.: Практическая медицина, 2009. 399 с.
217. 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.
218. Гендерні аспекти здоров'я чоловіків в Україні: посібник з адвокації. Фонд народонаселення ООН. К.: UNFPA, 2006. 144 с.
219. 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.
220. Вороненко О. Репродуктивне здоров'я чоловіків. Круглий стіл на тему «Становище чоловіків в Україні» 19 лютого 2009 р. К.: «К.І.С.», 2009. С. 27-29

ДОДАТКИ

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. Аніщенка. 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-практична конференція, 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. Крапивина // 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 asistencia 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. Крапівіна // 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.Крапівіна // № 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.Крапівіна, 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. Чепелевська, А.А. Крапівіна // 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. Крапівіна // 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.

Анкета опитування лікарів.

Шановні лікарі!

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України проводить дослідження щодо гендерної політики в охороні здоров'я. Просимо Вас в рамках даного дослідження відповісти на питання анкети. Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас як на автора відповіді зроблено не буде. Результати будуть використані в наукових цілях. Відповіді на питання просимо надавати шляхом обведення (підкреслення) відповіді або вписування відповідної інформації у вільні строки.

1. Вік
(число повних років) _____
2. Стать:
а) жіноча б) чоловіча
3. Спеціальність: _____
4. Стаж роботи за спеціальністю:
а) до 5 років; б) 6-10 років в) 11-15 років; д) 16-20 років; е) 21-25 років; ф) більше 25 років
5. Кваліфікаційна категорія:
а) вища категорія; б) I категорія; в) II категорія; д) заслужений лікар; е) категорії немає
6. Що таке «гендер»?
а) категорія, яка характеризує вік людини; б) категорія, яка характеризує жіночу стать; в) категорія, яка характеризує соціальну стать людини та її соціальні ролі;
д) не знаю значення
е) інше _____
7. Що таке принцип «гендерної рівності»?
а) Забезпечення рівних можливостей не залежно від віку людини;
б) Забезпечення рівних можливостей не залежно від соціального статусу;
в) Забезпечення рівних можливостей не залежно від статі;
г) Забезпечення рівних можливостей не залежно від рівня освіти людини;
д) не знаю значення
е) інше _____
8. Що таке «гендерна медицина»?
а) розділ медицини, що вивчає здоров'я жінок
б) розділ медицини, що вивчає відмінності стану здоров'я чоловіків та жінок
в) розділ медицини, що вивчає вікові особливості стану здоров'я
г) не знаю значення
е) інше _____
9. Чи забезпечується рівні можливості при отриманні медичних послуг для жінок і чоловіків?
а) так б) ні в) не могу визначитись
10. Якщо «ні» – то вкажіть за якою спеціальністю, на Вашу думку, цей принцип порушений?

11. Чи повинні відокремлюватися підходи у лікуванні пацієнтів в залежності від статі?
а) так б) ні
в) тільки для окремих патологій (вкажіть яких) _____
12. Чи існує необхідність у впровадженні гендерного підходу при наданні медичної допомоги для жінок та чоловіків?
а) так б) ні в) не могу визначитись
13. Чи звертається на Вашу думку достатня увага репродуктивній функції чоловіків?
а) так б) ні в) не могу визначитись
14. Чи існує у Вашому лікувальному закладі спеціаліст, який займається питанням збереження репродуктивного здоров'я чоловіків?
а) так б) ні в) не могу визначитись
15. Чи вважаєте Ви за доцільне впровадження посади лікаря - андролога ?
а) так б) ні в) не могу визначитись

16. Чи звертаєте Ви увагу у своїй практичній роботі на особливості перебігу захворювань в залежності від статі?

- а) так б) ні с) не можу визначитись

17. Чому на Вашу думку в охороні здоров'я серед лікарів більшість складають жінки, вкажіть з чим це пов'язане?

18. Чи існують на Вашу думку лікарські спеціальності, які повинні займати тільки жінки?

- а) так б) ні с) не можу визначитись

19. Якщо «так» – то вкажіть будь-ласка які?

20. Чи існують на Вашу думку лікарські спеціальності, які повинні займати тільки чоловіки?

- а) так б) ні с) не можу визначитись

21. Якщо «так» – то вкажіть, будь-ласка, які?

22. Чи вважаєте Ви за необхідне використовувати гендерний підхід при виборі спеціальності?

- а) так б) ні с) не можу визначитись

23. Хто на Вашу думку більш відповідально відноситься до свого здоров'я ?

- а) жінки б) чоловіки с) однаково обидві статі
д) не можу визначитись

24. Пацієнти якої статі частіше самостійно звертаються за медичною допомогою (у Вашій практичній роботі)?

- а) жінки б) чоловіки с) немає значення
д) важко відповісти

25. Пацієнти якої статі більш ретельно виконують призначення лікаря?

- а) жінки б) чоловіки с) однаково обидві статі
д) не можу визначитись

26. Пацієнти якої статі ведуть більш здоровий спосіб життя ?

- а) жінки б) чоловіки с) однаково обидві статі
д) не можу визначитись

27. В чому на Вашу думку причини високої смертності чоловіків у порівнянні з жінками в працездатному віці? (можна відмітити декілька відповідей)?

- а) важка фізична праця; б) шкідливі(небезпечні) умови праці;
с) зловживання алкоголем д) тютюнопаління; е) токсикоманія(наркоманія);
ф) низька стурбованість власним здоров'ям; г) рідке звернення до лікарів;
h) стресові ситуації;
j) інше

28. В чому причини більш низької середньої тривалості життя чоловіків у порівнянні з жінками (впишіть)?

29. Чи розглядалися питання особливостей надання медичної допомоги пацієнтам в залежності від статі під час проходження Вами курсів підвищення кваліфікації?

- а) так б) ні

Дякуємо за проведenu роботу та допомогу!

Анкета опитування організаторів охорони здоров'я

Шановні організатори охорони здоров'я !

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України проводить дослідження щодо гендерної політики в охороні здоров'я. Просимо Вас в рамках даного дослідження відповісти на запитання анкет. Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас як на автора відповіді зроблено не буде. Результати анкетування будуть використані в наукових цілях. Відповіді на питання просимо надавати шляхом обведення (підкреслення) відповіді або вписування її у вільні строки.

1. Вік (число повних років) _____
2. Стать
 а) жіноча б) чоловіча
3. Посада _____
4. Спеціальність _____
5. Стаж роботи за спеціальністю
 а) до 5 років; б) 6-10 років в) 11-15 років; д) 16-20 років; е) 21-25 років;
 ф) більше 25 років
6. Вчений ступінь
 а) доктор медичних наук; б) кандидат медичних наук в) без ступеня
7. Кваліфікаційна категорія:
 а) вища категорія; б) I категорія; в) II категорія;
 г) заслужений лікар; д) категорії немає
8. Що таке «гендер»?
 а) категорія, яка характеризує вік людини; б) категорія, яка характеризує жіночу стать; в) категорія, яка характеризує соціальну стать людини та її соціальні ролі;
 г) не знаю значення
 д) інше _____
9. Що таке принцип «гендерної рівності»?
 а) Забезпечення рівних можливостей не залежно від віку людини;
 б) Забезпечення рівних можливостей не залежно від соціального статусу;
 в) Забезпечення рівних можливостей не залежно від статі;
 г) Забезпечення рівних можливостей не залежно від рівня освіти людини;
 д) не знаю значення
 е) інше _____
10. Що таке гендерна медицина?
 а) розділ медицини, що вивчає здоров'я жінок
 б) розділ медицини, що вивчає відмінності стану здоров'я чоловіків та жінок
 в) розділ медицини, що вивчає вікові особливості стану здоров'я
 г) не знаю значення
 д) інше _____

11. Чи повинні відокремлюватися підходи у лікуванні пацієнтів в залежності від статі?
а) так б) ні с) важко відповісти
12. Чи необхідно впроваджувати гендерний підхід в охороні здоров'я?
а) так б) ні с) важко відповісти
13. Як на Вашу думку чи забезпечуються рівні можливості для жінок і чоловіків при отриманні медичних послуг?
а) так б) ні с) важко відповісти
14. Скажіть, будь ласка, чи має можливість сучасна охорона здоров'я України надавати необхідну медичну допомогу жінкам і чоловікам, враховуючи статеві особливості?
а) так б) ні с) важко відповісти
15. Якщо «ні», то вкажіть будь-ласка, які причини перешкоджають цьому?
16. Чи звертається достатня увага репродуктивній функції чоловіків ?
а) так б) ні с) важко відповісти
17. Чи існує у Ваших ЛПЗ спеціаліст, який займається репродуктивним та сексуальним здоров'ям чоловіків?
а) так б) ні с) важко відповісти
18. Якщо «так», то вкажіть за якою спеціальністю він працює?
-
19. Чи потрібно ввести спеціальність та посаду лікаря – андролога у лікувальних закладах України?
а) так б) ні с) не можу визначитись
20. Чи є для Вас важливим стать при прийомі на роботу лікарів?
а) так б) ні
с) для окремих спеціальностей (впишіть яких та вкажіть стать)
21. Якщо «так» – то працівникам якої статі Ви надаєте перевагу?
а) жінкам б) чоловікам
22. Чи є для Вас важливим стать при прийомі на роботу середніх медичних працівників?
а) так б) ні
с) для окремих спеціальностей (впишіть яких та вкажіть стать)
-
23. Якщо «так» – то працівникам якої статі Ви надаєте перевагу?
а) жінкам б) чоловікам
24. Чи є для Вас важливим стать при прийомі на роботу молодших медичних працівників?
а) так б) ні
25. Якщо «так» – то працівникам якої статі Ви надаєте перевагу?
а) жінкам б) чоловікам
26. Чи є для Вас важливим стать при прийомі на роботу обслуговуючого персоналу?
а) так б) ні

27. Якщо «так» – то працівникам якої статі Ви надаєте перевагу?

- а) жінкам б) чоловікам

28. Працівники якої статі складають більшість у Вашому управлінському апараті?

- а) жінки б) чоловіки с) рівна кількість

29. Кому Ви надаєте перевагу при виборі свого заступника?

- а) чоловікам б) жінкам с) не має значення

30. Чому більшість серед лікарів складають жінки, з чим це пов'язане? _____

31. Під час проведення курсів підвищення кваліфікації чи розглядалися питання забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я?

- а) так б) ні с) важко відповісти

32. В чому на Вашу думку причини високої смертності чоловіків у порівнянні з жінками в працездатному віці (можна відмітити декілька відповідей)?

- а) важка фізична праця; б) шкідливі(небезпечні) умови праці;
 с) зловживання алкоголем д) тютюнопаління; е) токсикоманія(наркоманія);
 ф) низька стурбованість власним здоров'ям; г) рідке звернення до лікарів;
 h) стресові ситуації; j) інше

Дякуємо за проведену роботу та допомогу !

*Анкета опитування пацієнтів.**Шановні пацієнти!*

На сьогодні в українському суспільстві актуальним постало питання дослідження гендерної рівності (рівності за статевою ознакою) у всіх сферах людської діяльності. Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України проводить дослідження щодо гендерної політики в охороні здоров'я. Просимо Вас в рамках даного дослідження відповісти на запитання анкети. Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас як на автора відповіді зроблено не буде. Результати будуть використані в наукових цілях. Відповіді на питання просимо надавати шляхом обведення (підкреслення) відповіді або вписування відповідної інформації у вільні строки.

1. Вік(число повних років
2. Стать:
 - чоловік; б)жінка.
 - Освіта :
 - неповна середня; б)загальна середня ; с)середня спеціальна;
 - d)неповна вища; е)вища.
 - Соціальний статус :
 - а) студент; б)робітник; с) службовець; d)підприємець;
 - е)домогосподарка f) безробітний
 - г)інше(впишіть)_____
 - Чи проходить ви щорічні медичні огляди
 - а) так б) ні с) не завжди
 - Якщо ви проходитье медичні огляди чи є вони вашим власним рішенням чи через примус (роботодавця, навчального закладу)?-підкресліть
 - Як часто ви відвідуєте лікаря?
 - а)1 раз на місяць або частіше б) рідше одного разу на місяць
 - с) 1 раз в квартал d)1 раз на півроку е)1 раз на рік
 - ф)інше _____
8. Чи є для Вас вагомим стать медичного працівника при зверненні за медичною допомогою?
 - а). так б)ні с) не замислювався
9. Якщо «так» - то перевагу якій статі Ви віддаєте при виборі спеціаліста?
 - а) жінкам б) чоловікам
10. Чи згодні Ви з тим , що жінки і чоловіки мають рівні можливості при отриманні послуг у сфері охорони здоров'я?
 - а) так б)ні с)важко відповісти
11. Якщо «ні», то стану здоров'я якої статі приділяється недостатня увага?
 - а) жінкам б) чоловікам

12. Якщо Ви вважаєте, що при наданні медичних послуг відмічається нерівність за статтю, то за якою спеціальністю це відбувається (вкажіть)

13. Чи зустрічалися Ви з проявами нерівності за статтю при отриманні медичних послуг?

- а) так б) ні с) не можу визначитись

14. Чи вважаєте Ви, що в охороні здоров'я повинні бути суто чоловічі чи суто жіночі спеціальності:

- а) так б) ні с) це немає вагомого значення

15. Якщо «так», то виберіть будь-ласка які це спеціальності та стать спеціаліста:
(підкресліть необхідне або впишіть у вільні графи власну думку)

- акушер-гінекологи: – чоловіки; – жінки;
- хірурги: – чоловіки; – жінки;
- травматологи : – чоловіки; – жінки;
- урологи: – чоловіки; – жінки;
- сімейні лікарі: - чоловіки; – жінки;
- анестезіологи: – чоловіки; – жінки;
- кардіологи: – чоловіки; – жінки;
- педіатри: – чоловіки; – жінки;

16. Чи відповідально Ви ставитесь до свого здоров'я?

- а) так б) ні с) важко відповісти

17. Чи ретельно Ви виконуєте призначення лікаря?

- а) так б) ні с) частково

18. Чи веде Ви здоровий спосіб життя ?

- а) так б) ні с) важко відповісти

19. Чи підлягали Ви в своєму житті будь-якому із проявів насилля в сім'ї (побиття, знущання , сексуальні домагання , інше) ?

- а) так б) ні с) не маю бажання відповідати

20. Якщо «так» – то в якому віці?

- а) дитячий б) підлітковий с) дорослий

21. Чи маєте(мали) ви проблеми з репродуктивним здоров'ям (здатністю до народження дітей) ?

- а) так б) ні

22. Якщо «так» – то до якого спеціаліста Ви зверталися за допомогою? _____

23. Чи маєте(мали) ви проблеми із сексуальним (статевим) здоров'ям ?

- а) так б) ні

24. Якщо «так» – то до якого спеціаліста Ви зверталися за допомогою? _____

25. Чи зверталися Ви з дружиною (чоловіком) за консультацією у центри планування сім'ї?

- а) так б) ні

26. Чи використовуєте Ви засоби контрацепції?

- a) так b) ні

27. Якщо «так» – то які ?

- a) презервативи; b) пероральні контрацептиви; c) перерваний статевий акт;
d) фізіологічний метод(календарний) e) сперміциди (внутрішньо піхвові креми, гелі ,
таблетки) ; f) внутрішньо маткові спіралі;
g) інше _____

28. У якого спеціаліста ви отримуєте консультацію з приводу даного питання? _____

29. Чи є у Вашому лікувальному закладі спеціаліст, який займається проблемою чоловічого репродуктивного та сексуального здоров'я ?

- a) так b) ні c) важко відповісти

30. Чи вважаєте Ви за потрібне ввести таку посаду?

- a) так b) ні c) не визначився

31. В чому на Вашу думку причини високої смертності чоловіків у порівнянні з жінками в працездатному віці(можна відмітити декілька відповідей)?

- a) важка фізична праця; b) шкідливі(небезпечні) умови праці;
c) зловживання алкоголем; d) тютюнопаління; e) токсикоманія(наркоманія);
f) низька стурбованість власним здоров'ям;
g) рідке звернення до лікарів; h) стресові ситуації;
j) інше _____

32. Чому на Вашу думку більшість серед лікарів складають жінки?

Дякуємо за проведену роботу та допомогу!

**Розрахунки
вибіркової сукупності респондентів**

$$n = \frac{Nt^2\sigma^2}{N\Delta_x^2 + t^2\sigma^2},$$

де N – чисельність генеральної сукупності;

n – чисельність вибіркової сукупності, необхідне число спостережень;

σ^2 – середньоквадратичне відхилення (дисперсія 0,25);

t – довірчий коефіцієнт (дорівнює 2);

Δ_x – гранична похибка вибірки (0,05, що забезпечує достовірність результатів в 95 випадках зі 100 із граничної похибкою $\pm 5\%$).

Пацієнти

19855 – генеральна сукупність

$$N = \frac{19855 \times 2^2 \times 0,25}{19855 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,25} \approx 400$$

Лікарі

4272 – генеральна сукупність

$$N = \frac{4272 \times 2^2 \times 0,25}{4272 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,25} \approx 400$$

Організатори охорони здоров'я

1402 – генеральна сукупність

$$N = \frac{1402 \times 2^2 \times 0,25}{1402 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,25} \approx 400$$

ПРИМІРНЕ ПОЛОЖЕННЯ

про Центр чоловічого здоров'я

I. Загальні положення

1.1. Центр чоловічого здоров'я (далі – Центр) є комплексним лікувальним закладом, що передбачає надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в умовах консультативно-діагностичного центру та цілодобового стаціонару дорослим та дітям з гострими станами та загостреннями хвороб чоловічої сечостатевої системи, що потребують чи відновного лікування.

1.2. Заклад є організаційно-методичним центром з питань профілактики, раннього виявлення, диспансеризації, всіх видів лікування уроандрологічних хвороб, чоловічого безпліддя та сексуальних розладів для закладів охорони здоров'я в тому числі первинної медико-санітарної допомоги закріпленої для обслуговування території.

1.3. Центр та адміністративна територія, що ним обслуговується, визначається органом управління охорони здоров'я, якому Центр підпорядковується, залежно від потреби населення в даному виді медичної допомоги, чисельності населення, зони обслуговування, фактичного забезпечення населення ліжковим фондом та його спеціалізацією.

1.4. Центр розміщується в спеціально збудованих або пристосованих будівлях, які за набором та площею службових приміщень відповідають чинним санітарно-гігієнічним і будівельним нормам, вимогам техніки безпеки та пожежної безпеки.

1.5. Центр є юридичною особою, користується правом оперативного управління щодо закріпленого майна, має штамп, печатку, статут, який затверджуються згідно з чинним законодавством України, поточним та інші рахунки у фінансових установах, здійснює бухгалтерський і первинний статистичний облік.

1.6. Надання медичної допомоги всім, хто її потребує в Центрі, здійснюється незалежно від громадянства, місця проживання, роботи тощо.

1.7. У своїй діяльності Центр керується Конституцією України, актами Президента та Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України та іншими нормативно-правовими актами щодо специфіки діяльності Центру.

1.8. Керівництво Центром здійснює головний лікар, що призначається на посаду і звільняється з посади в установленому законодавством порядку, який в своїй діяльності керується відповідними діючими положеннями про головного лікаря.

1.9. Центр може бути клінічною та навчальною базою вищих медичних навчальних закладів, медичних факультетів, вищих медичних навчальних закладів післядипломної освіти та науково-дослідних закладів.

1.10. Центр забезпечує ведення статистичного обліку та звітності.

II. Основні завдання Центру

2.1. Основним завданням Центру є реалізація державної політики у сфері охорони репродуктивного здоров'я чоловіків, що передбачає надання медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару та амбулаторних умовах хворим при уроандрологічних хворобах, що загрожують життю, з гострим та хронічним перебігом уроандрологічних хвороб, що не загрожують життю;

2.2. Своєчасне та якісне проведення планового, інтенсивного та відновного лікування хворих з використанням комплексу необхідних і доступних методів, диференційований підхід до вибору методів та засобів лікування пацієнтів із уроандрологічними хворобами із забезпеченням принципів безперервності, послідовності та етапності, індивідуального підходу в організації та здійсненні лікування;

2.3. Надання консультативно-діагностичної медичної допомоги пацієнтам, які звернулись за направленням лікарів загальної практики-сімейної медицини, лікарів інших закладів охорони здоров'я території обслуговування;

2.4. Забезпечення та контроль якості медичної допомоги хворим в межах затверджених МОЗ України клінічних протоколів;

2.5. Надання в повному обсязі спеціалізованої стаціонарної і консультативної спеціалізованої медичної допомоги дитячому та дорослому населенню території обслуговування з вродженими хворобами чоловічої статеві системи відповідно до вторинного рівня у структурних підрозділах центру;

2.6. Надання консервативного і хірургічного лікування чоловічого безпліддя та сексуальних розладів, консультування чоловіків з питань планування сім'ї ;

2.7. Забезпечення ранньої діагностики, лікування та профілактики доброякісних та злоякісних новоутворень передміхурової залози та інших органів чоловічої сечостатевої системи;

2.8. Надання психолого-реабілітаційної допомоги чоловікам при уроандрологічних хворобах та сексуальних розладах;

2.9. Проведення необхідних консультацій та обстежень для підтвердження діагнозу, визначення стану пацієнта і за необхідності направлення пацієнтів на госпіталізацію в стаціонарні відділення Центру.

2.10. Забезпечення наступності в наданні медичної допомоги хворим між іншими закладами охорони здоров'я первинного, вторинного (спеціалізованого) та третинного (високоспеціалізованого) рівнів.

2.11. Координація діяльності та організаційно-методичне керівництво закладами охорони здоров'я визначеної території з питань комплексної медичної допомоги при уроандрологічних хворобах та питань планування сім'ї;

2.12. Інформування місцевих органів виконавчої влади та управління охорони здоров'я у випадках, обумовлених чинним законодавством, відповідними директивними і нормативними документами, в тому числі при виникненні масових уражень людей та виявленні хворих з підозрою на карантинні і особливо небезпечні інфекції.

III. Функції Лікарні

3.1. Цілодобовий прийом хворих, які звертаються безпосередньо у приймальне або консультативно-діагностичне відділення, в тому числі за направленнями діагностично-консультативного відділення Центру або інших закладів охорони здоров'я;

3.2. Організація і надання консультативно-діагностичної, лікувальної та психолого-реабілітаційної допомоги чоловікам різного віку при хворобах сечостатевої системи, розладах сексуальної функції, а також госпіталізація до відділень Центру за показаннями;

3.3. Забезпечення пацієнтів медико-консультативною допомогою з питань планування сім'ї, безпечного статевого життя, профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом;

3.4. Забезпечення раннього виявлення, діагностики та лікування вроджених захворювань сечостатевої сфери;

3.5. За потреби надання високоспеціалізованої допомоги, Центр направляє хворих до відповідних закладів охорони здоров'я третинного рівня;

3.6. Проведення консультативно-діагностичного прийому амбулаторних хворих з уроандрологічними хворобами;

3.7. Надання телемедичної консультативної допомоги іншим закладам охорони здоров'я території обслуговування з питань медичної допомоги при уроандрологічних хворобах;

3.8. Впровадження в роботу Центру ефективних методів діагностики та лікування уроандрологічних хвороб;

3.9. Ведення затвердженої в установленому порядку облікової та звітної документації, проведення постійного моніторингу якості надання медичної допомоги та складання звітів за затвердженою формою;

3.10. Забезпечення прав пацієнтів та конфіденційності інформації про них;

3.11. Забезпечення лікувально-охоронного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів;

3.12. Проведення медичних втручань за інформованою згодою пацієнта або його законного представника;

3.13. Забезпечення безперервного підвищення професійного рівня медичним персоналом Центру;

3.14. Створення безпечних умов перебування пацієнтів та безпечних умов праці персоналу;

3.15. Забезпечення структурних підрозділів і служб усім необхідним для роботи: лікарськими засобами, витратними матеріалами, виробами медичного призначення тощо. Створення належних умов праці, техніки безпеки, протипожежної безпеки та профілактика у них професійних захворювань працівникам Центру;

3.16. Участь у впровадженні нових науково - обґрунтованих методів організації, профілактики, діагностики і надання всіх видів медичної допомоги при уроандрологічних хворобах;

3.17. Забезпечення безпеки лікувально-діагностичного процесу та умов перебування пацієнтів в Центрі;

3.18. Матеріально-технічне забезпечення діагностичного і лікувального процесів, впровадження затверджених нових доведено ефективних медичних технологій на догоспітальному і госпітальному етапах, раціональне і ефективне використання трудових, матеріальних і фінансових ресурсів;

3.19. Проведення аналізу організації та якості лікувально-діагностичної діяльності, здійснення організаційно-методичної роботи з питань надання всіх видів та рівнів медичної допомоги при хворобах сечостатевої системи чоловіків в закладах охорони здоров'я визначеної території;

3.20. Вивчення, аналіз основних інтегральних показників роботи та ефективності медичного обслуговування населення при уроандрологічних хворобах, стану захворюваності населення на уроандрологічні хвороби та їх поширеності серед чоловічого населення та надання пропозицій Уповноваженому органу управління щодо їх покращання;

3.21. Участь у розробці прогнозів потреби населення регіону обслуговування в усіх видах медичної допомоги при уроандрологічних хворобах;

3.22. Участь у розробці пропозицій з удосконалення організаційних форм, методів діагностики і лікування хворих з уроандрологічними хворобами на догоспітальному і госпітальному етапах;

3.23. Участь у розробці рекомендацій з профілактики та зниження впливу негативних факторів, що впливають на виникнення хвороб чоловічої сечостатевої системи;

3.24. Забезпечення належного лікувально-охоронного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму роботи Центру;

3.25. Організація підготовки, перепідготовки та підтримання належного кваліфікаційного рівня медичного персоналу Центру;

3.26. Проведення профілактичної та санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань профілактики і надання допомоги при уроандрологічних хворобах;

3.27. Створення постійного запасу виробів медичного призначення та лікарських засобів для забезпечення сталої роботи Центру з надання цілодобової інтенсивної медичної допомоги пацієнтам;

3.28. Забезпечення органів виконавчої влади та управління охорони здоров'я інформацією про надзвичайні ситуації та випадки, передбачені чинним законодавством та інструктивно-директивними документами;

3.29. Центр може бути клінічною та навчальною базою вищих і середніх медичних учбових закладів I-II та III-IV рівнів акредитації, медичних факультетів, інститутів удосконалення лікарів та науково-дослідних закладів.

IV. Керівництво Центром

4.1. Керівництво діяльністю Центром здійснює головний лікар, який є лікарем-організатором охорони здоров'я і має не нижче першої кваліфікаційну категорію.

4.2. Головний лікар Центру працює на умовах контракту, в якому прописано: строк найму, права, обов'язки, відповідальність, умови його матеріального забезпечення тощо.

4.3. Головний лікар Центру:

діє без довіреності від імені Центру, представляє його інтереси в органах виконавчої влади, інших організаціях, у відносинах з юридичними особами та

громадянами, формує адміністрацію центру і вирішує питання діяльності Центру у межах та у визначеному законодавством порядку;

розпоряджається коштами та майном Центру у відповідності до чинного законодавства України;

укладає договори (у тому числі щодо надання спеціалізованої медичної допомоги), видає довіреності, відкриває рахунки в органах Державної казначейської служби, в установах банків в установленому порядку;

призначає своїх заступників та розподіляє обов'язки між ними;

визначає організаційну структуру Центру, граничну чисельність працівників, штатний розпис;

встановлює працівникам Центру розміри премій, винагород, надбавок і доплат на передбачених колективним договором та законодавством України умовах та заохочувальних виплат медичним працівникам, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи;

укладає колективний договір з працівниками відповідно до чинного законодавства;

вирішує інші питання діяльності Центру у відповідності до чинного законодавства.

V. Організаційна структура Центру

5.1. Центр є лікувально-профілактичним закладом, який має в своєму розпорядженні будівлі з відповідною територією, обладнанням, інвентарем, іншим майном, надає консультативну, діагностичну, стаціонарну медичну допомогу населенню хворому уроандрологічними хворобами території обслуговування та проводить організаційно-методичну роботу з визначеного напрямку діяльності.

5.2. Структура Центру визначається залежно від потреб населення у спеціалізованій медичній допомозі та затверджується управлінням охорони здоров'я міської державної адміністрації.

5.3. Основними структурними підрозділами Центру є:

5.3.1 Адміністративна частина / управління Центром.

Керівництво Центром (головний лікар, його заступники, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія).

5.3.2. Консультативно-діагностичне відділення (поліклініка):

реєстратура;

кабінет лікаря-андролога

кабінет лікаря-уролога

кабінет анонімного обстеження

денний стаціонар з ліжками для обстеження;

кабінет планування сім'ї

кабінет лікаря-психотерапевта;

кабінет лікаря-реабілітолога;

кабінет діагностики

процедурний кабінет.

кабінет централізованої видачі листків непрацездатності;

5.3.3. Приймально-діагностичне відділення:

кабінет лікарського прийому;

маніпуляційна;

процедурна

оглядовий кабінет

5.3.4. Діагностична служба:

- клініко-біохімічна лабораторія, включаючи ургентну службу;

- бактеріологічна та вірусологічна лабораторії;

- генетична лабораторія;

- цитологічна, гістологічна лабораторії;

- експрес-лабораторія;

- кабінет ЕКГ;

-кабінет УЗД;

-ендоскопічний кабінет

-кабінети променевої діагностики та магніторезонансної терапії (рентген, можливо МРТ, КТ).

5.3.5. Стаціонарні відділення:

урологічне відділення;

андрологічне відділення;

відділення анестезіології та інтенсивної терапії;

відділення реабілітації;

5.3.6. Допоміжні відділення:

операційний блок;

кабінет трансфузіології;

централізоване стерилізаційне відділення;

кабінет телемедицини консультацій;

тренінговий кабінет;

відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги

архів

5.3.7. Організаційно-методичний кабінет.

5.3.8. Господарча частина:

відділ технічного обслуговування;

харчоблок;

пральня;

гараж.

5.3.9. Пансіонат для родичів хворих, що перебувають на стаціонарному лікуванні у стаціонарі

VI. Контроль та перевірка діяльності Центру

6.1. Внутрішній контроль якості надання спеціалізованої медичної допомоги хворим Центру організовується на принципах безперервного її підвищення і здійснюється шляхом експертизи відповідності якості наданої допомоги вимогам державних стандартів, нормативів, уніфікованих та локальних клінічних протоколів і здійснюється шляхом моніторингу за визначеними індикаторами використання медико-організаційних технологій уніфікованих і локальних клінічних протоколів.

6.2. Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги покладається на завідувачів відділень Центру з використанням матеріалів лікувально-консультативних комісій, контрольних оглядів пацієнтів та експертизи медичної документації.

6.3. Вибірковий внутрішній контроль якості роботи підрозділів Центру покладається на заступників головного лікаря за напрямками їх діяльності та обов'язково включає експертизу летальних випадків, випадків ускладнень, випадків захворювань з подовженими чи укороченими термінами лікування (чи тимчасової непрацездатності), випадків з розбіжністю діагнозів, випадків, що супроводжувалися скаргами пацієнтів чи їх родичів.

6.4. Для забезпечення контролю якості медичної допомоги в Центрі створюється контрольно-експертна комісія, до складу якої включаються провідні спеціалісти.

6.5. Координуюча, консультативна та дорадча функції з питань організації діяльності Центру та управління якістю медичної допомоги в Центрі покладаються на медичну раду закладу, яку очолює головний лікар.

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Перший проректор Української медичної
стоматологічної академії

професор В.М.Дворник

20 19 року



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я».
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Інститут стратегічних досліджень МОЗ України. Київ, провулок Волго-Донський, 3. **Автор:** Крапівіна А.А., аспірант.
3. **Джерело інформації:**
 - Медико-соціальне обґрунтування моделі гендерної рівності в сфері охорони здоров'я України (інформаційний лист) /Чепелевська Л.А. Крапівіна А.А. Закрутько Л.Ф. // №46-2014, Укрмедпатентінформ, 2014. – 5 с.
 - Гендерний аспект захворюваності дорослого населення за регіонами України / Слабкий Г. О., Медведовська Н.В., Горбань А.С., Крапівіна А.А. // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 329-2012. Укрмедпатентінформ. – К. – 2012.- 4с.
 - Модель гендерної рівності в охороні здоров'я України / Чепелевська Л.А., Крапівіна А.А. // Реєстр галузевих нововведень. Реєстр № 345/1/14 с. 211–212
 - Аналіз захворюваності та поширеності хвороб дорослого населення у гендерному аспекті / Слабкий Г. О. Медведовська Н.В. Горбань А.С. Крапівіна А.А // Реєстр галузевих нововведень. Реєстр № 333/1/14, с. 203.
4. **Ким та коли впроваджено:** кафедрою соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою Української медичної стоматологічної академії протягом 2019 року (протокол №2 від 03.09.2019 р.).
5. **Ефективність впровадження:** Результати наукових досліджень використані при формуванні методичного забезпечення процесу викладання дисциплін організаційно-економічного циклу за спеціальністю «Соціальна медицина» для студентів медичного факультету, лікарів-інтернів, лікарів-спеціалістів.
6. **Використання розробки показало,** що ефективність впровадження відповідає критеріям, які наведені у джерелах інформації.
7. **Зауваження, пропозиції:** Пропонується продовження використання інформаційних розробок з тематики «Забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я» у навчальному процесі на кафедрі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою Української медичної стоматологічної академії», м. Полтава. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри соціальної медицини,
організації та економіки охорони здоров'я
з біостатистикою
д.мед.н., професор

І.А.Голованова



“Затверджую”

Перший проректор Ужгородського
національного університету,
професор

О.Г.Сливка

Вересень 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Назва пропозиції:** Забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я.
2. **Заклад, що їх розробив, поштова адреса:** Інститут стратегічних досліджень МОЗ України. Київ, провулок Волго-Донський, 3.
3. **Джерела інформації:**
Медико-соціальне обґрунтування моделі гендерної рівності в сфері охорони здоров'я України (інформаційний лист) /Чепелевська Л.А. Крапівіна А.А. Закрутько Л.Ф. // №46-2014, Укрмедпатентінформ, 2014. – 5 с.
Гендерний аспект захворюваності дорослого населення за регіонами України / Слабкий Г. О., Медведовська Н.В., Горбань А.Є., Крапівіна А.А. // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 329-2012. Укрмедпатентінформ. – К. – 2012.- 4с
Модель гендерної рівності в охороні здоров'я України / Чепелевська Л.А., Крапівіна А.А. // Реєстр галузевих нововведень. Реєстр № 345/1/14 с. 211–212
Аналіз захворюваності та поширеності хвороб дорослого населення у гендерному аспекті / Слабкий Г. О. Медведовська Н.В. Горбань А.Є. Крапівіна А.А. // Реєстр галузевих нововведень. Реєстр № 333/1/14, с. 203
4. **Де впроваджено:** впроваджено у навчальний процес на кафедрі громадського здоров'я для слухачів циклу підвищення кваліфікації.
5. **Термін впровадження:** з 2017 року
6. **Ефективність впровадження:** покращення рівня знань спеціалістів з питань забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я.
7. **Зауваження та пропозиції:** рекомендувати до широкого впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:
доцент кафедри громадського здоров'я
к.мед.н., доцент

Л.О.Качала