УДК 316.65:614/23/.25:365.2.314.3:614.2:311.21

*А.А. Крапівіна* (Київ)

# СТАВЛЕННЯ ЛІКАРІВ ДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ (ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)

**ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»**

*Наведено результати соціологічного дослідження серед лікарів закладів охорони здоров'я м. Житомира та Житомирської області з приводу обізнаності стосовно гендерної рівності та забезпечення рівних прав і можливостей для чоловіків та жінок в отриманні медичної допомоги.*

***Ключові слова:*** *гендерна рівність, охорона здоров'я, жінки, чоловіки.*

Кінець XX століття ознаменувався новим напрямом суспільного розвитку – забезпеченням рівності прав та можливостей чоловікам і жінкам, забезпеченням гендерної рівності в усіх сферах людського життя [5;6]; зокрема, в охороні здоров'я [4;11].

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, під гендерною рівністю розуміють рівний доступ до медичної допомоги, рівне використання медичних послуг залежно від потреб людини та забезпечення їх однакової якості для всіх [14]. Наразі політика охорони здоров'я має бути спрямована на задоволення потреб як чоловіків, так і жінок [13].

Для детального аналізу забезпечення гендерної рівності в галузі охорони здоров'я проблему потрібно вивчати в різних аспектах, в тому числі і за суб'єктивною оцінкою. Становище жінок і чоловіків варто оцінювати з позицій осіб, які отримують послуги системи охорони здоров'я (пацієнтів); провайдерів, що надають послуги у сфері охорони здоров'я, та осіб (лікарів), які приймають рішення на рівні законодавчої чи виконавчої влади [10].

**Мета роботи** – вивчити ставлення лікарів щодо забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України.

## Матеріали та методи

Соціологічне дослідження проведено в межах репрезентативної вибірки серед лікарів закладів охорони здоров'я м. Житомира та Житомирської області під проведення засідань обласних товариств лікарів і робочих засідань. в анкетуванні взяло участь 412 лікарів, з них 153 (37,1%) чоловіки та 259 (62,9%) жінок, переважно працездатного віку (відповідно 85,6% і 82,6%).

У дослідженні використано бібліосемантичний, соціологічний, статистичний **методи**.

## Результати дослідження та їх обговорення

Соціально-демографічна характеристика респондентів наведена у таблиці 1.

Як видно із таблиці 1, залежно від кваліфікаційної категорії більшість респондентів мали вищу категорію. Зокрема, їх частка була дещо вищою серед лікарів-чоловіків (50,3% проти 40,9%). Кількість лікарів з першою категорію була більшою серед жінок (29,7% і 20,3% відповідно). Частки тих, які мали другу категорію або взагалі не атестовані, суттєво не різнилися залежно від статі. Двоє респондентів отримали звання заслуженого лікаря України.

За стажем лікарської роботи до 25 років респонденти розподілились практично рівномірно: близько третини (29,4%) чоловіків і четверта частина жінок мали понад 25 років лікарського стажу. Відповідно до спеціальності в дослідженні взяли участь лікарі 18 спеціальностей. Чоловіки мали перевагу у спеціальностях хірургічного профілю (64,7%), а жінки – терапевтичного (83,0%).

Першим етапом дослідження стало вивчення обізнаності респондентів стосовно ключових понять, які використовувалися у межах анкетування: «гендер», «гендерна рівність» і «гендерна медицина». При цьому лікарі обирали максимально вірні, на їх думку, відповіді із запропонованих варіантів (табл. 2).

Позитивно, що доволі значна частка лікарів продемонструвала достатню обізнаність у цих питаннях.

*Таблиця 1*

**Розподіл респондентів-лікарів за віком, стажем роботи та кваліфікаційною категорією залежно 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 |
| | старший за працездатний | 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 |
| Спеціальність | уролог | 13 | 3,2 | 10 | 6,5 | 3 | 1,2 |
| | травматолог | 15 | 3,6 | 13 | 8,5 | 2 | 0,8 |
| | хірург | 62 | 15,0 | 57 | 37,3 | 5 | 1,9 |
| | акушер-гінеколог | 31 | 7,5 | 6 | 3,9 | 25 | 9,7 |
| | отоларинголог | 4 | 1,0 | 4 | 2,6 | 0 | 0,0 |
| | офтальмолог | 6 | 1,5 | 1 | 0,7 | 5 | 1,9 |
| | анестезіолог | 12 | 2,9 | 8 | 5,2 | 4 | 1,5 |
| | сімейний лікар | 83 | 20,1 | 14 | 9,2 | 69 | 26,6 |
| | терапевт | 50 | 12,1 | 6 | 3,9 | 44 | 17,0 |
| | кардіолог | 39 | 9,5 | 8 | 5,2 | 31 | 12,0 |
| | невролог | 53 | 12,9 | 17 | 11,1 | 36 | 13,9 |
| | ревматолог | 17 | 4,1 | 3 | 2,0 | 14 | 5,4 |
| | пульмонолог | 6 | 1,5 | 2 | 1,3 | 4 | 1,5 |
| | ендокринолог | 8 | 1,9 | 0 | 0 | 8 | 3,1 |
| | дерматолог | 2 | 0,5 | 1 | 0,7 | 1 | 0,4 |
| | гастроентеролог | 3 | 0,7 | 1 | 0,7 | 2 | 0,8 |
| | інфекціоніст | 5 | 1,2 | 1 | 0,7 | 4 | 1,5 |
| | психіатр | 3 | 0,7 | 1 | 0,7 | 2 | 0,8 |

Щодо поняття «гендер» переважна більшість (68,6±3,8% чоловіків і 73,7±2,7% жінок) зазначила, що це соціокультурна характеристика статі людини та її соціальної ролі у суспільстві. Водночас, п'ята частина (20,9±3,3%) лікарів-чоловіків, що у 1,6 разу більше ($p \leq 0,05$), ніж серед жінок, відмітила, що це поняття висвітлює особливості та потреби лише жіноцтва. Така переконаність, скоріше за все, зумовлена створеними

*Таблиця 2*

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

| Ознаки | Обидві статі | | Чоловіки | | Жінки | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | абс. | %±Δ% | абс. | %±Δ% | абс. | %±Δ% |
| *«Гендер»* | | | | | | |
| Характеризує вік людини | 8 | 1,9 | 3 | 2,0 | 5 | 1,9 |
| Характеризує жіночу стать | 66 | 16,0±1,8 | 32 | 20,9±3,3 | 34 | 13,1±2,1 |
| Характеризує соціокультурні особливості статі людини | 296 | 71,8±2,2 | 105 | 68,6±3,8 | 191 | 73,7±2,7 |
| Не знаю значення | 42 | 10,2±1,5 | 13 | 8,5±2,3 | 29 | 11,2±1,9 |
| *«Гендерна рівність»* | | | | | | |
| Рівність не залежно від віку | 12 | 2,9±0,8 | 3 | 2,0 | 9 | 3,5±1,1 |
| Рівність не залежно від соціального статусу | 29 | 7,0±1,3 | 11 | 7,2±2,1 | 18 | 6,9±1,6 |
| Рівність не залежно від статі | 338 | 82,0±1,9 | 128 | 83,7±3,0 | 210 | 81,1±2,4 |
| Рівність не залежно від рівня освіти | 5 | 1,2 | 3 | 2,0 | 2 | 0,8 |
| Не знаю значення | 28 | 6,8±1,2 | 8 | 5,2 | 20 | 7,7±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±1,9 | 127 | 83,0±3,0 | 205 | 79,2±2,5 |
| Вивчає вікові особливості стану здоров'я | 30 | 7,3±1,3 | 10 | 6,5±2,0 | 20 | 7,7±1,7 |
| Не знаю значення | 38 | 9,2±1,4 | 10 | 6,5±2,0 | 28 | 10,8±1,9 |

у суспільстві стереотипами, коли під гендерними питаннями розглядаються лише «жіночі» потреби та проблеми. Крім того, серед учасників дослідження були і такі, що не знали значення терміну, зокрема, їх було незначно більше серед жінок (11,2±1,9% проти 8,5±2,3% ($p \leq 0,05$)). Решта респондентів (2,0%) висловила припущення, що під цим терміном розглядаються певні особливості, зумовлені віком людини.

Про те, що «гендерна рівність» характеризує забезпечення рівних прав і можливостей не залежно від статі людини, повідомила значна більшість респондентів (82,0±1,9%). При цьому не виявлено суттєвої різниці залежно від статі спеціалістів ($p \leq 0,05$). Водночас, 7,2±2,1% чоловіків і 6,9±1,6% жінок вважали, що цим принципом закріплюється рівність не залежно від соціального статусу особи. Незважаючи на те, що більшість анкетованих відповіли вірно, 5,2% та 7,7±1,7% відповідно зазначили, що не розуміють значення цього терміну. Незначна решта зазначила, що під цим принципом прописане забезпечення рівних прав і можливостей не залежно від віку людини та її освітнього рівня.

Щодо «гендерної медицини» переважна більшість обрала правильне твердження, при цьому суттєвої гендерної розбіжності не виявлено ($p \leq 0,05$). Хоча досить значна частина спеціалістів обрала вірне значення, жодного уявлення що до цього не мали 10,8±1,9% жінок і 6,5±2,0% чоловіків. Крім того, 6,5±2,0% чоловіків і 7,7±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. Слід зазначити, що переважна більшість лікарів обох статей володіють достатніми знаннями щодо ключових питань дослідження, що може засвідчити актуальність тематики та зацікавленість респондентів з цього приводу.

Далі ми запропонували лікарям визначитись стосовного того, чи забезпечуються у сучасній охороні здоров'я рівні можливості для жінок і чоловіків при отриманні необхідних медичних послуг. Більшість лікарів обох статей були одностайними та відповіли на це ствердно, при цьому значних розбіжностей залежно від статі не виявлено ($p \leq 0,05$). Не визначились із пробле-

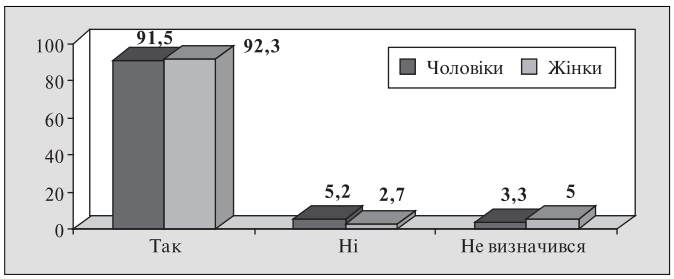


**Рис. 1.** *Розподіл відповідей респондентів щодо забезпечення рівних можливостей жінкам і чоловікам в охороні здоров'я (%)*

мою лише 5,0±1,3% жінок і 3,3% чоловіків. Частка тих, які вважали, що все ж таки існують нерівні можливості, була незначною і майже вдвічі більшою серед чоловіків (5,2% проти 2,7%), (рис. 1).

Попри те, що більшість анкетованих лікарів вказали на гендерну рівність при отриманні необхідних послуг у системі охорони здоров'я, в межах анкетування приділялася достатня увага репродуктивному здоров'ю чоловіків. Серед опитаних 3/4 лікарів, як жінок (71,4±2,8%), так і чоловіків (75,8±3,5%), відповіли негативно. Не визначились щодо цього дещо більше жінок (16,2±2,3% проти 11,1±2,5%, p≤0,05). Наразі близько 8-ї частини спеціалістів вважали, що репродуктивному здоров'ю чоловіків приділяється достатня увага, при цьому суттєвих розбіжностей залежно від статі лікарів не виявлено, p≤0,05 (рис. 2).

Одним із чинників, який впливає на забезпечення рівних можливостей для пацієнтів в охороні здоров'я, є кадрова ситуація, тобто наявність лікаря необхідної спеціальності (в даному випадку андролога). Щодо його присутності у лікувальних закладах більшість спеціалістів зазначили, що такого спеціаліста немає. Проте майже кожен із них (90,8±2,3% чоловіків і 82,6±2,4% жінок) висловили пропозиції стосовно необхідності та доцільності введення цієї лікарської посади. Слід зазначити, що дана проблема однаково актуальна як для чоловіків, так і для жінок (рис. 3).

Далі ми вивчили думку лікарів щодо потреби диференціації принципів лікування пацієнтів з урахуванням гендерного підходу. Половина респондентів обох статей вказала, що потреби у такій диференціації немає. Третина зазначила, що підходи до лікування обов'язково мають враховувати статеву ознаку. Частка таких респондентів була незначно більшою серед жінок (34,0±2,9% проти 29,4±3,7% (p≤0,05)). Решта (15,7±2,9% чоловіків і 17±2,3% жінок) зазначила, що

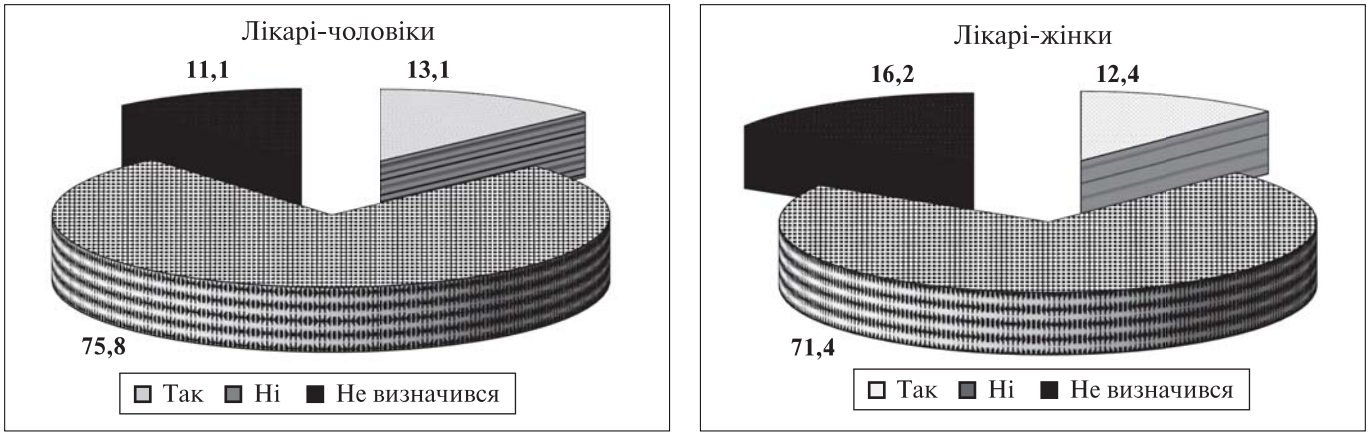


**Рис. 2.** *Відповіді лікарів щодо приділення достатньої уваги репродуктивному здоров'ю чоловіків у сучасній системі охорони здоров'я (%)*

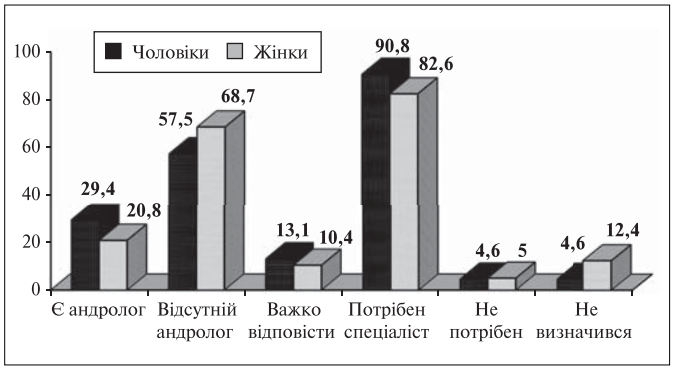


**Рис. 3.** *Наявність лікаря-андролога та потреба введення його посади у лікувальні заклади (%)*

це стосується лише окремих патологій; зокрема, захворювань репродуктивної сфери та органів кровообігу (рис. 4).

Хоча більшість лікарів стверджувала, що не потрібно враховувати гендерний аспект у визначенні підходів до лікування, із них значна частка вказала, що у своїй практичній роботі вони звертали увагу на особливості перебігу захворювань залежно від статі пацієнтів. Про це повідомило дещо більше лікарів-чоловіків (76,5±3,4% проти 66,8±2,9%, p≤0,05). А лікарі-жінки, навпаки, не зосереджувались на цьому. Їх частка була трохи більшою порівняно з чоловіками (21,6±2,6% проти 16,3±3,0%). Серед решти, яка не визначилась, суттєвих розбіжностей не виявлено (рис. 5).

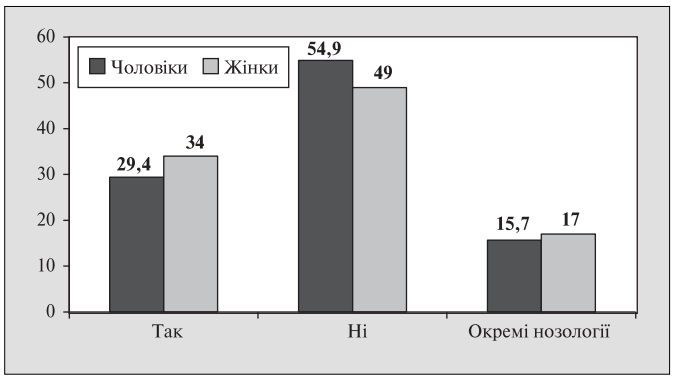


**Рис. 4.** *Думки лікарів щодо необхідності диференціювання принципів лікування залежно від статі пацієнта (%)*

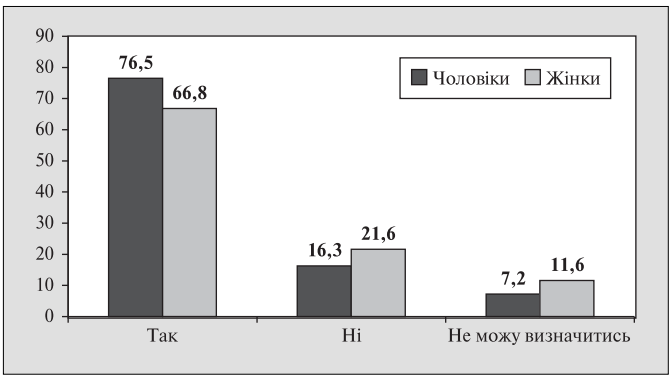


**Рис. 5.** *Чи звертали увагу на особливості перебігу захворювань залежно від статі пацієнта (%)*

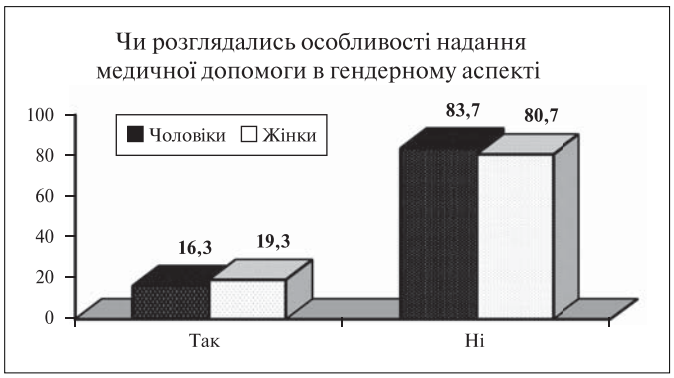

**Рис. 6.** *Розподіл відповідей щодо вивчення гендерних особливостей перебігу захворювань під час курсів підвищення кваліфікації та потреби таких знань, залежно від статі (%)*

Така ситуація може зумовлюватися новизною тематики та можливим дефіцитом необхідних знань. Щодо того, чи розглядались особливості надання медичної допомоги в гендерному аспекті на курсах підвищення кваліфікації, більшість лікарів, як жінок (80,7±2,5%), так і чоловіків (83,7±3,0%), відповіли негативно. Про це вказали переважно лікарі-кардіологи, неврологи та сімейні лікарі. Така ситуація певною мірою може бути пов'язана з більшою часткою як світових, так і вітчизняних наукових досліджень саме у цих галузях медицини [1–3, 7–9, 12]. Слід зазначити, що близько половини лікарів (47,1±4,0% чоловіків і 48,3±3,1% жінок) висловили думку про необхідність таких знань для їх практичної діяльності (рис. 6).

## Висновки

Проведене соціологічне дослідження продемонструвало достатню обізнаність респондентів щодо розуміння ключових понять дослідження, при чому суттєвої розбіжності залежно від статі лікарів не виявлено.

На думку більшості спеціалістів (91,5±2,3% чоловіків і 92,3±1,7% жінок), сучасна система охорони здоров'я забезпечує рівні права та можливості при отриманні медичної допомоги представникам обох статей. Проте існують деякі труднощі у рівних можливостях отримання послуг у сфері репродуктивного здоров'я для чоловіків. Серед опитаних 3/4 лікарів, як жінок (71,4±2,8%), так і чоловіків (75,8±3,5%), зауважили, що даній проблемі приділяється недостатньо уваги. Проблема певною мірою пов'язана з відсутністю у більшості закладів охорони здоров'я лікаря-андролога, на що вказала більшість анкетованих (57,5±4,0% чоловіків і 68,7±2,9% жінок). Водночас, майже кожен із лікарів висловив пропозицію щодо необхідності запровадження цієї лікарської посади.

Значна частка лікарів, як чоловіків (80,7±2,5%), так і жінок (83,7±3,0%), зазначила, що на курсах підвищення кваліфікації не розглядались питання гендерних особливостей перебігу та надання медичної допомоги. Близько половини (відповідно 47,1±4,0% і 48,3±3,1%) опитаних висловили думку про необхідність таких знань.

Результати соціологічного дослідження демонструють актуальність обраної проблеми та достатню зацікавленість медичних представників.

**Перспективи подальших досліджень** полягатимуть у вивченні думки пацієнтів та організаторів охорони здоров'я щодо забезпечення гендерної рівності у сфері охорони здоров'я України.

## Список літератури


1. *Барна О. М.* Гендерна медицина: проекція на серцево-судинну фармакотерапію / О. М. Барна // Ліки України. – 2008. – № 4. – С. 165–171.
2. *Бобров В. А.* Лечение артериальной гипертензии: гендерные подходы. Вып. 2 / В. А. Бобров, И. В. Давыдова // Мистецтво лікування. – 2008. – № 2. – С. 17–24.
3. *Вейн А. А.* Гендерная проблема в неврологии / А. А. Вейн, Ал. Б. Данилов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2003. – № 10. – С. 4–11.
4. *Включение* гендерной проблематики в деятельность ВОЗ. Гендерная политика ВОЗ. 2002. – 6 с.
5. *Гендерний* розвиток в Україні. Реалії і перспективи. – К., 2003. – 104 с.
6. *Гордиенко С.* Гендерная политика в Украине в контексте международного опыта / С. Гордиенко // Здоровье женщины. – 2007. – № 1. – С. 17–19.
7. *Лєбєдь Є. І.* Гендерні особливості клінічного перебігу та діагностики ІХС: стенокардії напруги / Є. І. Лєбєдь // Кримський терапевтичний журнал. – 2009. – № 2. – С. 69–71.
8. *Питецкая Н. И.* Гендерные особенности метаболических нарушений у пациентов с артериальной гипертензией / Н. И. Питецкая // Кровообіг та гемостаз. – 2008. – № 3. – С. 16–20.
9. *Ряполова Т. Л.* Гендерні відмінності соціально-демографічних і клінічних характеристик хворих на шизофренію і розлади шизофренічного спектру, що вперше госпіталізовані у психіатричний стаціонар / Т. Л. Ряполова // Арх. психіатрії. – 2009. – Т. 15, № 2. – С. 38–41.
10. *Римашевская Н. М.* Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / Н. М. Римашевская. – М., 2007. – 240 с.
11. *Стратегия* включения гендерного анализа и действий в работу ВОЗ. – Женева, 2009. – 16 с..
12. *Целуйко В. Й.* Гендерні особливості провідних факторів ризику, які визначають розвиток і перебіг інфаркту міокарда / В. Й. Целуйко, Л. М. Яковлева, С. О. Строкова // Укр. кардіол. журнал. – 2009. – № 1. – С. 16–19.
13. *Payne S.* Каким образом системы здравоохранения могут содействовать достижению гендерной справедливости? / S. Payne. – 2009. – 49 с.
14. *Whitehead M.* The Concepts and Principles of Equity and Health / M. Whitehead. – Copenhagen : WHO, 2000.


*Дата надходження рукопису до редакції:* 11.04.2013 р.

## Отношение врачей к обеспечению гендерного равенства в здравоохранении Украины (по результатам социологического исследования)

*А.А. Крапивина* (Киев)

Приведены результаты социологического исследования среди врачей учреждений системы здравоохранения г. Житомира и Житомирской области по поводу осведомленности относительно гендерного равенства и обеспечения равных прав и возможностей для мужчин и женщин при получении медицинской помощи.

**Ключевые слова:** гендерное равенство, здравоохранение, женщины, мужчины.

## The attitude of doctors to ensure of gender equality in health care of Ukraine (according to sociological survey)

*A.A. Krapivina* (Kyiv)

The results of sociological survey among physicians of health care facilities of Zhytomyr and Zhytomyr region on their knowledge of problems in gender equality and equal rights and opportunities for men and women in obtaining of medical care have been presented.

**Key words:** gender equality, health care, women, men.