

УДК 316.346.2-021.23:613/614](045)

DOI: 10.12958/1817-3764-2024-4-99-110

Чернов Андрій Борисович,

здобувач третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти
кафедри філософії факультету соціології і права
Національного технічного університету України
«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»,
м. Київ, Україна.

Chandrewdoc@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-3156-6260>

Кальченко Лариса Володимирівна,

доктор педагогічних наук, доцент,
професор кафедри філософії факультету соціології і права
Національного технічного університету України
«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»,
м. Київ, Україна.

kalchenko.larysa@lil.kpi.ua

<https://orcid.org/0000-0002-7763-5851>

**СОЦІАЛЬНИЙ КОНТЕКСТ ЖІНОЧОГО ЗДОРОВ'Я:
АНАЛІЗ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ТА РЕАЛІЙ УКРАЇНИ
ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ГЕНДЕРУ**

Постановка проблеми. Здоров'я є багатогранним феноменом, на який впливають як біологічні, так і соціальні фактори. Особливості жіночого здоров'я формуються під впливом соціально-економічних умов, гендерних відносин та культурних традицій (Дашковська, 2015). Водночас, розуміння взаємозв'язку між соціальними детермінантами та станом здоров'я жінок є важливим для розробки ефективних політик у сфері охорони здоров'я, які враховують специфіку гендерної нерівності. Знання цих взаємозв'язків є важливими для формування ефективних стратегій змін і політик, а також для майбутніх досліджень, моніторингу даних та впровадження інновацій у сфері охорони здоров'я та соціального забезпечення.

Актуальність дослідження зумовлена тим, що соціальні детермінанти здоров'я, такі як рівень доходу, умови праці, доступ до медичних послуг, рівень освіти та соціальна підтримка, істотно впливають на добробут жінок. Особливо це стосується України, де проблеми нерівності в доступі до ресурсів,

низька якість умов праці для жінок, а також гендерно обумовлені ризики (насильство, подвійне навантаження через неоплачувану домашню працю) залишаються серйозними викликами (Маєрчик, 2015). Ситуація ускладнюється наслідками воєнних дій, які впливають на соціальну та економічну стабільність, а також доступ до медичних послуг у регіонах, постраждалих від бойових дій.

Термін «стать» широко використовується для позначення біологічних відмінностей між жінками і чоловіками, він є недостатнім для відображення складності гендерних ролей, які формуються під впливом соціокультурних чинників. У статті розглядається гендерний аспект соціальних детермінант здоров'я, а також аналізується, яким чином нерівність у доступі до ресурсів, соціальна ізоляція та культурні особливості впливають на здоров'я жінок. Ця дискусія підводить до двох основних питань: 1) що нам відомо про соціальні детермінанти здоров'я жінок і чоловіків?; 2) чи існують гендерні відмінності

у проблемах зі здоров'ям, і якщо так, то як вони можуть бути пояснені?

Окреслюючи проблему соціального контексту жіночого здоров'я, у своєму дослідженні ми спробуємо проаналізувати міжнародний досвід і особливу увагу приділимо досвіду Канади, оскільки ця країна має розвинену систему моніторингу соціальних аспектів здоров'я та значний обсяг досліджень у цій сфері. Канада демонструє успішний приклад інтеграції гендерного підходу у політиці охорони здоров'я, що включає врахування соціально-економічних умов, гендерних відносин та доступу до ресурсів, аналізуючи які ми зможемо виокремити перспективи можливих реформ в галузі охорони здоров'я і соціального забезпечення щодо покращення якості здоров'я жінок в Україні. Крім того, соціально-економічна структура Канади, зокрема в аспекті умов життя до війни, має певні подібності до довоєнної України. Це дозволить, на наш погляд, провести релевантний порівняльний аналіз і розробити рекомендації для адаптації канадського досвіду до українських реалій.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Розкриваючи проблему дослідження, проаналізуємо наукові розвідки, які розглядають різні аспекти ролі жінки у суспільстві, в тому числі й важливість гендеру, як соціально закріплених ролей, поведінку, діяльність і характерні ознаки, що певне суспільство вважає належними для жінок і чоловіків (Гендер, 2018).

Так, N. Charles, наголошує, що стать має значення (Charles, 2002). Народження хлопчиком чи дівчинкою має глибокий вплив на формування майбутнього життя немовляти. Порівняно з чоловіками, жінки рідше працюють повний робочий день, частіше виконують роль доглядальниць і частіше переривають своє трудове життя через вагітність та обов'язки по догляду за дитиною. Жінки, як правило, працюють на низькооплачуваних роботах, і вони мають менший контроль на цих роботах.

Гендерні дослідження охоплюють переважно декілька галузей. Зокрема, дослідження фокусують свою увагу на гендерному знеціненні жінок: вони рідше займають вищі посади в суспільстві, бо їх частіше вважають

ірраціональними, емоційними і непридатними для відповідальних посад. Незважаючи на те, що жінок стало більше на ринку праці, вони все ще беруть на себе більшу частину відповідальності за виконання домашніх обов'язків. а також мають менший доступ до стратегічних ролей у бізнесі та на державній службі. Також частіше жінки стикаються з явищем «скляного даху», коли їхній кар'єрний зріст обмежений через упереджене ставлення до їхніх здібностей та соціальну роль, яку вони повинні виконувати в родині (Armstrong & Armstrong, 1996)

Про економічну залежність жінок від чоловіків свідчать кардинальні зміни в їхньому житті після розлучення або розставання з чоловіком. Не дивно, що жінки також мають нижчу самооцінку і більш схильні до занепокоєння щодо образу тіла.

J. Aronson & S. Neysmith наголошують, що життя жінок також формується під впливом расової та етнічної приналежності, сексуальної орієнтації, віку та стадії життєвого циклу. Вони представляють різноманітні структури нерівності, які разом із гендерною ознакою можуть поглиблювати несприятливе становище та дискримінацію, з якими жінки все ще стикаються. Найбільш вразливими є літні жінки та самотні матері (і ті й інші, найімовірніше, живуть за межею бідності або близько до неї), а також жінки, які працюють на низькооплачуваних роботах, і ті, що зазнають расової дискримінації. Деякі жінки наражаються на ризик насильства, особливо з боку їхніх партнерів-чоловіків, і це є одним із крайніх проявів дисбалансу влади, який характеризує гендерні відносини (Aronson & Neysmith, 1997).

Деякі дослідники, аналізуючи статус жінки в суспільстві, зазначають, що багато в чому особливості повсякденного життя жінок тривалий час були майже непомітними і часто сприймалися як належне. У зв'язку з цим, жіночий рух і феміністичні дослідження відіграли важливу роль у висвітленні того, що роблять жінки, і того, як гендерні відносини сприяють увічненню несприятливого становища, в якому перебувають жінки. Одним із ключових внесків є визнання домашніх обов'язків домашньою працею або неоплачуваною роботою, яка

забирає багато часу у жінок і є важливим економічним внеском (Waring, 1990). Це більше, ніж праця з любові (Doyal, 1999; Walters et al., 2002). Проте за стільки років суспільство все ще не розробило способів визначення компонентів і характеру цієї роботи. Попри те, що дослідження бюджету часу рухаються в цьому напрямку, все ще дуже нечасто урядові опитування вимірюють зміст, навантаження або внесок цієї роботи. Аналогічно у великому масиві досліджень, присвячених соціальній організації оплачуваної праці, майже не приділяється увага концептуалізації домашньої праці (Дашковська, 2015).

Інший важливий аспект досліджень торкається питань документації (фіксації) природи оплачуваних ролей жінок (Messing, 1998). Від більш ранніх досліджень, які ставили питання про те, чи має зайнятість жінок негативний вплив на здоров'я дітей та добробут сім'ї (відповідь на збільшення кількості жінок, які виходять на ринок праці), ми перейшли до розгляду жінок як працівників, соціальної організації роботи, яку вони виконують, а також фізичних та психосоціальних ризиків, з якими вони стикаються на робочому місці (Messing et al., 1995) У свою чергу, цей новий фокус відкрив можливість порівнювати вплив робочих ролей як на жінок, так і на чоловіків, хоча це залишається методологічно складним завданням, частково через гендерну сегрегацію на ринку праці (Emslie et al., 1999).

Отже, проведений аналіз джерел засвідчив, що питання пошуку соціальних чинників, які впливають на здоров'я жінок є ще мало дослідженим, а тому метою нашого наукового пошуку стане виявлення соціальних факторів, що впливають на стан здоров'я жінок, а також розробка рекомендацій щодо впровадження гендерно-чутливих підходів у систему охорони здоров'я України задля покращення добробуту жінок через інтеграцію соціального та гендерного підходів у політику охорони здоров'я.

Методи дослідження. Дослідження спирається на аналіз вторинних даних (статистичні дані, соціологічні опитування, аналітичні звіти), а також міжнародний досвід гендерного аналізу у сфері охорони здоров'я; порівняльний

аналіз політик охорони здоров'я Канади та України, моделювання та контент-аналіз.

Виклад основного матеріалу. В Україні, як і в багатьох інших країнах, гендерна нерівність все ще є значною проблемою, яка впливає на трудову діяльність жінок, доступ до освіти, здоров'я та соціальних благ. Зокрема, в Україні жінки, як правило, частіше зіштовхуються з викликами через відсутність рівних можливостей у кар'єрному зростанні та економічній незалежності. Подібно до багатьох європейських країн та країн американського континенту, в Україні спостерігається певний прогрес у визнанні важливості жінок на ринку праці та в політиці, але все ще є численні бар'єри, які перешкоджають досягненню повної гендерної рівності (Макарук, 2017). Погляди на гендер та здоров'я, особливо в контексті таких країн, як Канада, надають цінні уроки для розвитку наукових досліджень та політичних ініціатив в Україні.

Розглядаючи канадський досвід, можемо зазначити що Канада є однією з країн, що активно досліджує взаємозв'язок між гендерними ролями та здоров'ям громадян, і в її дослідженнях можна знайти цікаві практики, що можна адаптувати в українському контексті. Як показує досвід Канади, важливо зібрати точні дані та розробити стратегії, які б могли забезпечити більш точне розуміння впливу гендеру на здоров'я населення, а також врахувати складність гендерних відносин у структурі соціального забезпечення.

Спираючись на звіт NPHS Канади (аналогом якого в Україні є Національна служба здоров'я України), можемо констатувати, що у відкритому доступі представлено інформацію з національних джерел про дані щодо гендеру та здоров'я канадців. В Україні ж наявні дані часто є неповними, недоступними або подані не в повній змістовній формі. У більшості випадків офіційна статистика включає розбивку за окремими статтями, але не містить достатніх показників, які б дозволили дослідити вплив гендеру.

Як показують численні дослідження гендерний аспект соціального здоров'я українського виміру дослідниками не був раніше досліджений, що лише актуалізує наше дослідження.

Принагідно зазначити, що гендер відноситься до складної мережі мінливих соціокультурних ролей і відносин, і використання статі як проксі для гендеру дасть дуже обмежене розуміння того, як «гендер і здоров'я» пов'язані між собою. Необхідно розробити інші заходи, які ґрунтуються на більш глибокому розумінні того, як життя жінок і чоловіків структуроване за гендерною ознакою, а це, в свою чергу, може бути відображено в моніторингу здоров'я жінок та інших соціально-політичних ініціативах.

Розвиваючи думку й розкриваючи мету нашого дослідження, розглянемо далі питання здоров'я населення і соціальних детермінант здоров'я.

Вже давно визнано, що умови, в яких люди працюють і живуть, впливають на їхнє здоров'я (Frank & Mustard, 1995). Це стало основою для розвитку громадського здоров'я, і в певний момент у XIX столітті такі ідеї кинули виклик біомедицині, що зароджувалася (Brown, 1979). Вже понад століття існують переконливі документальні докази зв'язку між смертністю та економічним розвитком, доходами і рівнем життя. Ініціативи в галузі охорони здоров'я призвели до значного покращення показників дитячої смертності та тривалості життя ще до того, як біомедицина почала впливати на здоров'я населення (McKeown, 1979). В останні десятиліття такі ж зв'язки були встановлені і щодо захворюваності. Наприклад, M. Marmot & R.G. Wilkinson (1999) та їхні колеги надали широку документацію щодо впливу на здоров'я протягом життя бідності, соціальної ізоляції та статусу меншини, безробіття та незахищеності робочих місць, соціальної організації праці, соціальної підтримки та соціальної згуртованості, транспорту, продуктів харчування та тютюну (Marmot & Wilkinson et al., 1999). Деякі з останніх досліджень підкреслюють важливість ступеня нерівності в доходах, а не рівня доходу як такого (Kawachi et al., 1999). Проте, незважаючи на такий акцент на соціальних аспектах здоров'я, в цій літературі надзвичайно мало уваги приділяється ролі гендеру. S. Macintyre (2001) ілюструє як гендер часто ігнорувався в дослідженнях, і показує, як це шкодило

і жінкам, і чоловікам. Вона стверджує, що якби ми включили гендер в аналіз, ми б також краще зрозуміли соціально-економічні відмінності у здоров'ї. Соціально-економічний градієнт у різних показниках здоров'я менш помітний для жінок (за винятком ішемічної хвороби серця та форми тіла), і це може свідчити не про артефакт, а про гендерні відмінності у вразливості або схильності до впливу.

Один з нещодавніх аналізів британських даних вирізняється тим, що він зосереджується як на гендерній, так і на етнічній належності у зв'язку з соціально-економічним статусом і станом здоров'я. Він виявляє значні відмінності у стані здоров'я між чоловіками та жінками в етнічних групах більшості та меншин (Cooper, 2002).

Література про соціальні детермінанти здоров'я має важливе значення для привернення уваги до соціальних причин поганого здоров'я. Розглядаючи наслідки цієї моделі, J. McKinlay (1994) стверджував, що важливо зосередитися «на витоках» того, що спричиняє хворобу в першу чергу, а не просто лікувати хворі тіла, витягнуті з потоку. Такий фокус відкриває можливість для більш змістовного спостереження за соціальними факторами, які сприяють погіршенню здоров'я жінок і чоловіків, що дозволяє краще контролювати і спрямовувати втручання «на висхідному потоці».

Ці спостереження спонукають до обговорення широких тем у дослідженнях гендеру та здоров'я, соціальних детермінант здоров'я жінок і чоловіків та ступеня відмінностей у проблемах зі здоров'ям, з якими стикаються обидві статі, що і стане наступним аспектом нашої роботи.

Одним із ключових аспектів є вивчення соціальних детермінантів здоров'я. Це дає можливість краще зрозуміти, чому різні соціальні групи мають різні показники здоров'я, а також як ці умови можуть визначати поведінкові практики, що впливають на здоров'я. Розглянемо декілька важливих запитань, які дозволяють детальніше вивчити цей зв'язок.

По-перше, що ми знаємо про соціальні детермінанти здоров'я жінок і чоловіків? В якій мірі їхнє здоров'я можна пояснити

поведінковими впливами, а в якій мірі вирішальними є соціальні структурні впливи?

Ці питання є важливими, оскільки вони можуть допомогти сформуванню стратегій змін та заходів з нагляду за здоров'ям. Британське дослідження здоров'я та способу життя у 1990-х роках проаналізувало дані про ключові детермінанти здоров'я і довело, що обставини, в яких перебувають жінки та чоловіки, мають більш глибокий вплив на їхнє здоров'я, ніж їхня поведінка (National Population Health Survey 1994–1995, 1995). Аналіз даних Національного дослідження здоров'я населення Британії (NPHS), наведений у розділах цього звіту, підтверджує, що соціальні структурні фактори, такі як дохід, освіта, рід занять, структура сім'ї та соціальна підтримка є особливо важливими для пояснення здоров'я жінок і чоловіків (Townsend, 2001). Деякі фактори безпосередньо формують здоров'я, а також впливають на індивідуальну поведінку, наприклад такі, як куріння, вживання алкоголю, вага і фізична активність. В інших розділах, що описують, як ширший соціальний контекст впливає на поведінку, зазначається, що жінки, які перебувають у вразливому становищі, наприклад, матері-одиначки піддаються особливому ризику особистого та хронічного стресу, а також поганого стану здоров'я.

H. Graham (1994) стверджує, що куріння сконцентроване серед тих, хто перебуває в найбільш несприятливому становищі. Її дослідження показало, що серед жінок споживання тютюну є найвищим серед тих, хто стикається з високим рівнем стресу – молодих матерів, особливо тих, хто є самотніми матерями. Серед чоловіків алкоголь є поширеним способом подолання несприятливого становища та стресу. Жінки та чоловіки вдаються до різних механізмів подолання стресу, і всі вони можуть зашкодити їхньому здоров'ю, не впливаючи на соціальні та матеріальні умови, які спричиняють таку поведінку. Такий «нездоровий» спосіб життя є культурно прийнятною відповіддю на соціальний контекст, який спонукає до депресії та відчаю (Graham, 1994).

Якщо ми хочемо запобігти проблемам зі здоров'ям, наша основна увага має бути

зосереджена на соціальних і матеріальних умовах життя чоловіків і жінок. Т. McKeown (1979) і Р. Townsend (2001) у своїх проєктах реформ системи охорони здоров'я в Уельсі стверджували, що найбільший вплив на нерівність у сфері охорони здоров'я матиме усунення основних соціально-економічних детермінант поганого здоров'я. Це означає, що необхідно розвивати соціальну політику, спрямовану на подолання нерівності у сфері охорони здоров'я. Це означає, що важливо розробити індекси соціальної підтримки та соціальної згуртованості, а також здійснювати моніторинг таких ключових питань, як: безробіття; бідність; рівень доходу (зарплати); житлові умови; продовольча безпека; умови праці; регіональні відмінності; групи населення, які можуть наражатися на особливий ризик матеріальної депривації та соціальної ізоляції (жінки, люди похилого віку, расові та етнічні меншини, неповні сім'ї).

Дані, отримані в багатьох країнах протягом більш ніж століття, свідчать про те, що такі матеріальні чинники мають вирішальне значення для розуміння рівня здоров'я населення і причин, через які деякі жінки і чоловіки піддаються підвищеному ризику хвороб, інвалідності та смерті. Однак, це не є закликом до скорочення інвестицій у секторі охорони здоров'я. Незважаючи на те, що більшість профілактичних стратегій лежать поза межами сектору охорони здоров'я, медична допомога може полегшити симптоми і вплинути на ступінь тяжкості захворювання. Як стверджує Т. McKeown (1979), медичне втручання часто є менш ефективним, ніж вважалося, і жодним чином не применшує клінічну функцію. Коли люди хворіють, вони хочуть, щоб для них було зроблено все можливе і невеликі переваги вітаються, коли більші недоступні.

Вкрай важливо виявляти тих, хто має найбільший ризик погіршення здоров'я, і заохочувати їх користуватися будь-якими скринінговими, профілактичними, діагностичними та лікувальними послугами, що довели свою ефективність (Marmot & Wilkinson, 1999). Крім того, якщо служби охорони здоров'я можуть створювати альянси з іншими секторами для подолання соціальних причин хвороб, всі ці

сектори можуть мати більше можливостей впливати на рівень здоров'я населення. Структурні зв'язки на найвищому рівні між охороною здоров'я та іншими секторами можуть стати поштовхом для розробки спільних стратегій і сприяти співпраці на рівні громад між тими, хто займається такими питаннями як здоров'я, бідність, житло та розвиток громад.

Важливими є також політики та послуги, спрямовані на зміцнення здоров'я на індивідуальному рівні, які намагаються досягти змін у поведінці. Зусилля, спрямовані на покращення здоров'я, мають бути зосереджені як на індивідуальному, так і на суспільному рівнях. На останньому наголошується тому, що соціальні структурні детермінанти здоров'я дуже часто ігноруються в дискусіях про здоров'я. Завдання, яке стоїть перед нами, полягає в тому, щоб розробити рамки розуміння, які дозволять нам побачити шляхи впливу з суспільного рівня на індивідів та їхній досвід хвороби, а також задокументувати, як цей вплив протікає в обох напрямках, яким чином біологічний досвід хвороби має соціальні наслідки.

По-друге, чи існують відмінності у проблемах зі здоров'ям, з якими стикаються жінки і чоловіки, і якщо так, то як ми можемо їх пояснити?

Існує поширена думка, що «жінки хворіють більше, але чоловіки помирають швидше»: жінки частіше повідомляють про проблеми зі здоров'ям, тоді як чоловіки мають меншу тривалість життя. Інші нещодавні дослідження показують, що гендерні відмінності у стані здоров'я менш очевидні, ніж прийнято вважати. Загальні показники стану здоров'я, а також специфічні показники проблем психічного та фізичного здоров'я, що використовуються в NPHS (National Population Health Survey 1994–1995, 1995), вказують на різні гендерні закономірності: в одних випадках відмінностей між жінками та чоловіками немає, в інших – невеликі або непостійні відмінності. Проте жінки частіше повідомляють про короткочасну непрацездатність, дистрес, депресію, мігрень, біль, артрит або ревматизм і нехарчові алергії (Walters, 2002).

Такі спостереження в кількох країнах призвели до закликів приділяти набагато більше

уваги гендеру та зміні характеру гендерних ролей. Стверджується, що зі зміною гендерних ролей і визнанням різноманітності як серед чоловіків, так і серед жінок, деякі чоловіки можуть мати більше спільного з деякими жінками (Denton & Walters, 1999). Але існують і досить стійкі гендерні відмінності, і нам потрібно більше підтверджень про них, а також про те, в чому чоловіче і жіноче здоров'я схожі між собою. Щоб зрозуміти такі дані і закласти основу для змістовного аналізу гендеру і здоров'я, важливо простежити гендерні відносини в часі.

Ми недостатньо знаємо про те, як змінювалися гендерні відносини протягом останніх кількох десятиліть, і це ускладнює завдання простежити зв'язок між здоров'ям і гендером (Blaxter, 1990). Жінки вийшли на ринок праці в більшій кількості, хоча вони, як правило, зайняті на неповний робочий день і на низькооплачуваних «жіночих роботах», які часто дають працівницям менше автономії та контролю над своєю роботою. Хоча зараз жінки можуть мати більший ступінь економічної незалежності, ніж раніше, їхній зв'язок з ринком праці все ще слабший, ніж у чоловіків. Однак чоловіки, які колись могли розраховувати на майже безперервну зайнятість аж до виходу на пенсію у 65 років, тепер стикаються з перспективою скорочення та довготривалого безробіття внаслідок реструктуризації та змін на ринку праці. Чарльз стверджує, що ці та інші зміни у гендерних відносинах означають, що «старі способи бути чоловіком більше неможливі» (Charles, 2002) Зростання кількості розлучень глибоко вплинуло на багатьох жінок, які одразу після розлучення стикаються зі значним падінням доходу сім'ї та втратою інших ресурсів. Як одинокі матері, вони піддаються високому ризику жити в бідності.

Для жінок і чоловіків, які мають роботу, є свідчення того, що в результаті реструктуризації робочі навантаження зросли, і це може мати критичні наслідки для здоров'я (Macintyre, 2001). Жінки, які працюють у державному секторі, страждають подвійно. Як працівниці вони стикаються з більшим робочим навантаженням і підвищеною нестабільністю зайнятості, а в умовах скорочення

надання державних послуг зменшується кількість послуг, які могли б підтримати їх у виконанні домашніх обов'язків і турботі про себе. Реструктуризація в ім'я ефективності створила дефіцит догляду вдома.

Доповідь про прогрес жінок у світі наводить аргументи на користь більш цілісних визначень «ефективності», які враховують більше, ніж фінансові витрати, і визнають цінність жіночої праці (UNIFEM Biennial Report, 2000). Забезпечення доступного догляду за дітьми все ще залишається вкрай недостатнім, і це також має наслідки для жінок, які продовжують вважатися основними піклувальницями порівняно з чоловіками.

Ці зміни в гарантії зайнятості, структурі сім'ї, рівні доходів, залежності від пільг і доступності державних послуг є ключовими аспектами гендерних відносин. Вони формують очікування щодо ролей чоловіків і жінок та ресурсів, які вони мають для того, щоб відповідати цим очікуванням. Коли стаття використовується в аналізі даних про здоров'я, вона слугує проксі для гендеру, і це деякі з неписаних, невизначених елементів гендерних відносин. Проблема, з якою ми стикаємося, полягає в тому, що такий єдиний показник не може охопити всю складність гендеру або те, як гендерні відносини змінюються з часом і призводять до виникнення або загострення проблем зі здоров'ям (Townsend et al., 1988).

Одним із кроків у визначенні змін у гендерних відносинах є документування широких змін у становищі жінок у канадському суспільстві. Відправною точкою для цього є підхід, прийнятий Організацією Об'єднаних Націй у глобальному моніторингу становища жінок. Він показує Канаду в контексті інших країн, що знаходяться на різних етапах економічного розвитку. Використовувані показники включають наступні: охоплення жінок з середньою освітою; участь жінок у робочій силі за секторами економіки; частка жінок на адміністративних та управлінських посадах; частка жінок у національному парламенті; заробітна плата жінок у відсотках до заробітної плати чоловіків за секторами; співвідношення гендерної бідності та бідності; поширеність насильства

щодо жінок; поширеність ВІЛ/СНІДу.

До цих індексів можна було б додати й інші, що фіксують доступність догляду за дітьми та гендерний розподіл домашніх обов'язків. Проте ці індекси не можуть забезпечити повне розуміння природи гендерних відносин, тому дослідники закликають до проведення більш якісних досліджень, які можуть краще врахувати нюанси гендеру і які можуть призвести до розробки більш досконалих індексів (Poraу et al., 1993; Clarke, 1983).

Зосередження уваги на гендері в такий спосіб вимагає переосмислення нашого підходу до розуміння здоров'я. До цього часу основний акцент робився на біомедичних втручаннях по відношенню до індивіда, які керувалися моделлю, що базується на захворюванні. Але якщо цілі втручання є соціально-економічними, то ми повинні взяти за відправну точку особливості суспільного життя. Ми повинні зробити основний акцент на боротьбі з бідністю, соціальною ізоляцією, безробіттям, поганими умовами праці та гендерною нерівністю, кожна з яких може впливати на спосіб життя і спричиняти або загострювати низку різних проблем зі здоров'ям. Doyal (1995) вказує на те, що традиційні епідеміологічні методи мають бути перевернуті з ніг на голову. Замість того, щоб виявляти хвороби, а потім шукати їхню причину, ми повинні почати з визначення основних сфер діяльності, з яких складається життя жінок. Потім ми можемо перейти до аналізу впливу цих видів діяльності на їхнє здоров'я і благополуччя.

Це не означає, що ми відкидаємо роль медицини та біологічних наук, адже нам потрібно розуміти, як втілюється соціальне, і ми повинні реагувати на хронічні та гострі захворювання. Однак це вимагає серйозних змін у тому, як ми думаємо про здоров'я і відкриває можливість для громад визначати проблеми та генерувати відповіді на них.

Розкриємо досвід розв'язання зазначеної проблеми шляхом аналізу соціальних аспектів здоров'я в Канаді і спробуємо зрозуміти – наскільки цей досвід підходить для України.

Соціальні детермінанти здоров'я, відповідно до канадських досліджень, відіграють

ключову роль у формуванні здоров'я різних соціальних груп. Дослідження, проведені в Канаді, підтверджують, що такі соціальні фактори, як дохід, рівень освіти, рід занять, соціальна підтримка та структура сім'ї, значно впливають на загальний стан здоров'я як чоловіків, так і жінок. Для України ці соціальні детермінанти мають надзвичайно важливе значення. Соціально-економічні умови в країні часто характеризуються високим рівнем бідності, безробіттям та недостатньою соціальною підтримкою, що може мати ще більш виражений вплив на здоров'я населення порівняно з Канадою. В умовах економічної нестабільності та соціальної нерівності, багато українців змушені стикатися з такими проблемами, як низький рівень доходу, обмежений доступ до медичних послуг, а також відсутність ефективних механізмів соціальної підтримки. Це спричиняє не тільки матеріальні труднощі, але й психологічний тиск, що, в свою чергу, може привести до збільшення захворювань, пов'язаних із стресом, таких як серцево-судинні захворювання, розлади харчування, депресії та інші психічні порушення.

Особливо важливим є те, що в Україні значна частина населення перебуває у складних матеріальних умовах, що створює додаткові труднощі в підтриманні здорового способу життя. Низький рівень доходів та соціальна ізоляція ведуть до зростання залежностей від шкідливих звичок, таких як куріння, вживання алкоголю та наркотиків тощо. Ці фактори можуть створювати замкнене коло бідності та погіршення здоров'я, що ускладнює вирішення проблеми на рівні індивідуального здоров'я та національної охорони здоров'я загалом.

Таким чином, адаптація канадських стратегій, які орієнтуються на поліпшення соціальних умов, надаючи особливу увагу зниженню рівня бідності, забезпеченню доступу до освіти та медичних послуг, розвитку соціальних мереж підтримки, може стати важливим кроком для покращення загального стану здоров'я громадян в Україні. Важливо звертати увагу на розробку національних політик, які б враховували ці соціальні детермінанти та

забезпечували б умови для зниження соціальної нерівності, що в результаті може призвести до покращення якості життя та зниження рівня захворюваності серед населення.

Висновки. Дослідження підтверджує, що жіноче здоров'я є багатограним поняттям, яке виходить за межі суто біологічних показників і включає широкий спектр соціальних, економічних та культурних факторів. Поняття «жіноче здоров'я» у цьому контексті охоплює не лише фізичний і психічний стан жінки, але й соціальне середовище, у якому вона живе, працює та взаємодіє. Це включає умови праці, рівень доходів, доступ до медичних послуг, соціальну підтримку, гендерну рівність, а також зміну традиційних гендерних ролей. Саме тому під поняттям «жіноче здоров'я» ми розуміємо сукупність інтеграційних процесів фізичного, психічного та соціального добробуту жінки, який формується через вплив соціальних детермінант. Задля його покращення необхідно враховувати не лише біомедичні фактори, але й соціальні умови, які є вирішальними для добробуту жінок.

Основний акцент у статті зроблено на важливості усунення соціальних і економічних причин, які погіршують здоров'я жінок. Бідність, соціальна ізоляція, безробіття, нерівний доступ до ресурсів та гендерна нерівність є ключовими чинниками, що негативно впливають на стан здоров'я. Для ефективного вирішення цих проблем політика охорони здоров'я має бути інтегрованою у ширший контекст соціальної політики. Це вимагає співпраці між урядовими структурами, громадськими організаціями та місцевими громадами, які мають змогу активно залучатися до вирішення проблем на місцевому рівні.

Проаналізований нами досвід Канади демонструє важливість системного моніторингу соціальних чинників здоров'я, таких як економічна стабільність, доступність медичних і освітніх послуг, а також гендерна рівність. Разом із цим, специфіка українського контексту, зокрема наслідки війни, економічна криза, та соціальна нерівність, потребує розробки адаптованих стратегій. Зокрема, важливо зосередитися на створенні системи

моніторингу здоров'я жінок, яка враховуватиме культурні, економічні та регіональні особливості країни.

Важливим висновком є те, що соціальний контекст має бути першою точкою втручання задля запобігання проблемам зі здоров'ям жінок і населення взагалі. Служби охорони здоров'я, у співпраці з соціальними структурами, повинні ідентифікувати групи ризику, забезпечувати скринінгові та діагностичні послуги, а також розвивати програми соціальної підтримки. Водночас, дослідження

підкреслює необхідність розробки індикаторів, які відобразатимуть зміну гендерних ролей і соціальних відносин.

Майбутні дослідження мають зосереджуватися на уточненні матеріальних маркерів змін, таких як доступ до медичних і соціальних послуг, участь жінок у ринку праці, а також соціальна згуртованість. Особливу увагу слід приділити використанню кількісних і якісних методів, що дозволять більш глибоко дослідити, як соціальні й економічні чинники формують здоров'я жінок в Україні.

Література

1. Дашковська О., Кочемировська О., Пищуліна О. Жінки на ринку праці в період реформування економіки: правовий та соціологічний аспекти : монографія. Харків : Курсор, 2015. 354 с.
2. Маєрчик М. Феміністична політична теорія як основа гендерної політики. Гендер для медій : підручник із гендерної теорії для журналістики та інших соціогуманітарних спеціальностей / за ред. М. Маєрчик, О. Плахотнік, Г. Ярманової. Київ : Критика, 2013. Розд. 11. С. 179–186. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/15671>
3. Макарук Н. Гендерна рівність в Україні. *Report UNICEF Україна*, 2017. URL: <http://ukraine.ureport.in/v2/story/392/>
4. Що таке гендер? 2018. URL: <https://1547.ukc.gov.ua/dovidkova-informatsiya/protydiya-nasylstva-zaoznakoyu-stati/shho-take-gender/>
5. Annandale E., Hunt K. *Gender inequalities in health: research at the cross roads*. Buckingham : Open University Press, 2000.
6. Armstrong P., Armstrong H. *Wasting away: the undermining of Canadian health care*. Toronto : Oxford University Press, 1996.
7. Aronson J., Neysmith S. M. The retreat of the state and long-term care provision: implications for frail elderly people, unpaid family caregivers and paid home care workers. *Studies in Political Economy*. 1997. Vol. 53, Issue 1. P. 37–66. DOI: <https://doi.org/10.1080/19187033.1997.11675315>
8. Blaxter M. *Health and lifestyles*. London : Routledge, 1990.
9. Brown R. E. *Rockefeller medicine man*. Berkeley CA : University of California Press, 1979.
10. Charles N. *Gender in modern Britain*. Oxford : Oxford University Press, 2002.
11. Clarke J. N. Sexism, feminism and medicalism: a decade review of the literature on gender and illness. *Sociology of Health & Illness*. 1983. Vol. 5, Issue 1. P. 62–82. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11340067>
12. Cooper H. Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Social Science & Medicine*. 2002. Vol. 54, Issue 5. P. 693–706. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00118-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00118-6)
13. Denton M., Walters V. Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*. 1999. Vol. 48, Issue 9. P. 1221–1235. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00421-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00421-3)
14. Doyal L. What makes women sick? Gender and the political economy of health. London : Macmillan, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-1-349-24030-2>
15. Doyal L. Women and domestic labour: setting a research agenda. In: Daykin N., Doyal L. (Eds), *Health and work: critical perspectives*. (pp. 21–34). London : Macmillan, 1999. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-349-27625-7_2
16. Emslie C., Hunt K., Macintyre S. Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science & Medicine*. 1999. Vol. 48, Issue 1. P. 33–48. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00287-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00287-1)
17. Frank J. W., Mustard J. F. The determinants of health from a historical perspective. *Daedalus*. 1995. Vol. 123(4). P. 1–17.
18. Graham H. Surviving by smoking. In: Wilkinson S., Kitzinger C. (Ed.), *Women and health: feminist perspectives*. London : Taylor and Francis, 1994a.
19. Graham H. When life's a drag: women, smoking and disadvantage. London : HMSO, 1994b. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4615-1907-2_153

20. Kawachi I., Kennedy B. P., Wilkinson R. G. The society and population health reader: volume I, income inequality and health. New York : The New Press, 1999.
21. Macintyre S., Hunt K., & Sweeting H. Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? *Social Science & Medicine*. 1996. Vol. 42, Issue 4. P. 617–624. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00335-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00335-5)
22. Macintyre S. Inequalities in health: Is research gender blind? In: Leon D., Walt G. (Eds), *Poverty, inequality and health: an international perspective*. (pp. 283–293). Oxford : Oxford University Press, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780192631961.003.0014>
23. Marmot M., Wilkinson R. G. The social determinants of health. Oxford : Oxford University Press, 1999.
24. McKeown T. The role of medicine: dream, mirage or nemesis? Princeton : Princeton University Press, 1979. DOI: <https://doi.org/10.1515/9781400854622>
25. McKinlay J. A case for refocussing upstream: the political economy of illness. In: Conrad P., Kern R. (Eds), *Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*. (pp. 502–516). New York : St Martin's Press, 1994.
26. Messing K., Neis B., Dumais L. Invisible: issues in women's occupational health. Charlottetown : Gynergy Books, 1995.
27. Messing K. One-eyed science: Occupational health and working women. Philadelphia : Temple University Press, 1998.
28. National Population Health Survey 1994–1995. *Statistics Canada*, 1995. URL: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/82F0001X>
29. Popay J., Bartley M., Groves K. Gender inequalities in health: Social position, affective disorders and minor physical morbidity. *Social Science & Medicine*. Vol. 36, Issue 1. P. 21–32. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90302-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90302-K)
30. Townsend P., Phillimore P., Beattie A. *Health and deprivation*. London : Croom Helm, 1988.
31. Townsend P. NHS resource allocation review: targeting poor health. 2001. URL: [https://business.senedd.wales/Data/Health%20and%20Social%20Services%20Committee%20-%20First%20Assembly/20010704/Agenda/HSS-11-01\(p.2\)%20Townsend%20Report%20-%20Annex%20A%20Volume%201,%20Targeting%20Poor%20Health.pdf](https://business.senedd.wales/Data/Health%20and%20Social%20Services%20Committee%20-%20First%20Assembly/20010704/Agenda/HSS-11-01(p.2)%20Townsend%20Report%20-%20Annex%20A%20Volume%201,%20Targeting%20Poor%20Health.pdf)
32. UNIFEM Biennial Report. (2000). Progress of the world's women. URL : <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Media/Publications/UNIFEM/152preface.pdf>
33. Walters V., Lenton R., McKeary M. Women's health in the context of women's lives. Ottawa : Health Canada, 1995.
34. Walters V., McDonough P., Strohschein L. The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. *Social Science & Medicine*. 2002. Vol. 54, Issue 5. P. 677–692. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00117-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00117-4)
35. Waring M. If women counted: a new feminist economics. New York : HarperCollins, 1990.

References

1. Dashkovska, O., Kochemyrovska, O., & Pyschulina, O. (2015). Zhinky na rynku pratsi v period reformuvannya ekonomiky: pravovyy ta sotsiolohichnyy aspekty [Women in the labor market during the period of economic reform: legal and sociological aspects]. Kharkiv: Kursor [in Ukrainian].
2. Mayerchyk, M. (2013). Feministychna politychna teoriya yak osnova hendernoyi polityky. Hender dlya mediy [Feminist political theory as the basis of gender policy]. Za red. M. Mayerchyk, O. Plakhotnik, H. Yarmanovoyi. Kyiv: Krytyka. Rozd. 11. pp. 179–186. Retrieved from <https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/15671> [in Ukrainian].
3. Makaruk, N. (2017). Henderna rivnist v Ukrayini [Gender equality in Ukraine]. *Report UNICEF Ukraine*. Retrieved from <http://ukraine.ureport.in/v2/story/392/> [in Ukrainian].
4. Shcho take gender? [What is gender?] (2018). Retrieved from <https://1547.ukc.gov.ua/dovidkova-informatsiya/protydiya-nasylstva-za-oznakoyu-stati/shho-take-gender> [in Ukrainian].
5. Annandale, E., & Hunt, K. (2000). Gender inequalities in health: research at the cross roads. Buckingham: Open University Press.
6. Armstrong, P., & Armstrong, H. (1996). Wasting away: the undermining of Canadian health care. Toronto: Oxford University Press.
7. Aronson, J., & Neysmith, S. M. (1997). The retreat of the state and long-term care provision: implications for frail elderly people, unpaid family careers and paid home care workers. *Studies in Political Economy*, 53(1), 37–66. DOI: <https://doi.org/10.1080/19187033.1997.11675315>
8. Blaxter, M. (1990). Health and lifestyles. London: Routledge.
9. Brown, R. E. (1979). Rockefeller medicine man. Berkeley CA: University of California Press.

10. Charles, N. (2002). *Gender in modern Britain*. Oxford: Oxford University Press.
11. Clarke, J.N. (1983). Sexism, feminism and medicalism: a decade review of the literature on gender and illness. *Sociology of Health & Illness*, 5(1), 62–82. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11340067>
12. Cooper, H. (2002). Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 54(5), 693–706. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00118-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00118-6)
13. Denton, M., & Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1221–1235. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00421-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00421-3)
14. Doyal, L. (1995). *What makes women sick? Gender and the political economy of health*. London: Macmillan. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-1-349-24030-2>
15. Doyal, L. (1999). Women and domestic labour: setting a research agenda. In: Daykin N., Doyal L. (Eds.), *Health and work: critical perspectives*. (pp. 21–34). London: Macmillan. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-349-27625-7_2
16. Emslie, C., Hunt, K., & Macintyre, S. (1999). Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science & Medicine*, 48(1), 33–48. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00287-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00287-1)
17. Frank, J. W., & Mustard, J. F. (1995). The determinants of health from a historical perspective. *Daedalus*, 123(4), 1–17.
18. Graham, H. (1994a). Surviving by smoking. In: Wilkinson S., Kitzinger C. (Eds.). *Women and health: feminist perspectives*. London : Taylor and Francis.
19. Graham, H. (1994b). When life's a drag: women, smoking and disadvantage. London : HMSO. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4615-1907-2_153
20. Kawachi, I., Kennedy, B. P., Wilkinson, R. G. (1999). *The society and population health reader: volume I, income inequality and health*. New York : The New Press.
21. Macintyre, S., Hunt, K., & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? *Social Science & Medicine*, 42(4), 617–624. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00335-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00335-5)
22. Macintyre, S. (2001). Inequalities in health: Is research gender blind? In: Leon D., Walt G. (Eds.), *Poverty, inequality and health: an international perspective*. (pp. 283–293). Oxford: Oxford University Press. DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780192631961.003.0014>
23. Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (1999). *The social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
24. McKeown, T. (1979). *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* Princeton: Princeton University Press. DOI: <https://doi.org/10.1515/9781400854622>
25. McKinlay, J. (1994). A case for refocussing upstream: the political economy of illness. In: Conrad P., Kern R. (Eds.), *Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*. (pp. 502–516). New York : St Martin's Press.
26. Messing, K., Neis, B., & Dumais, L. (1995). *Invisible: issues in women's occupational health*. Charlottetown : Gynergy Books.
27. Messing, K. (1998). *One-eyed science: Occupational health and working women*. Philadelphia : Temple University Press.
28. National Population Health Survey 1994–1995. (1995). *Statistics Canada*. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/82F0001X>
29. Popay, J., Bartley, M., & Groves, K. (1993). Gender inequalities in health: Social position, affective disorders and minor physical morbidity. *Social Science & Medicine*, 36(1), 21–32. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90302-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90302-K)
30. Townsend, P., Phillimore, P., & Beattie, A. (1988). *Health and deprivation*. London: Croom Helm.
31. Townsend, P. (2001). NHS resource allocation review: targeting poor health. Retrieved from [https://business.senedd.wales/Data/Health%20and%20Social%20Services%20Committee%20-%20First%20Assembly/20010704/Agenda/HSS-11-01\(p.2\)%20Townsend%20Report%20-%20Annex%20A%20Volume%201,%20Targeting%20Poor%20Health.pdf](https://business.senedd.wales/Data/Health%20and%20Social%20Services%20Committee%20-%20First%20Assembly/20010704/Agenda/HSS-11-01(p.2)%20Townsend%20Report%20-%20Annex%20A%20Volume%201,%20Targeting%20Poor%20Health.pdf)
32. UNIFEM Biennial Report (2000). *Progress of the world's women*. Retrieved from <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Media/Publications/UNIFEM/152preface.pdf>
33. Walters, V., Lenton, R., & McKeary, M. (1995). *Women's health in the context of women's lives*. Ottawa: Health Canada.
34. Walters, V., McDonough, P., & Strohschein, L. (2002). The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. *Social Science & Medicine*, 54(5), 677–692. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00117-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00117-4)
35. Waring, M. (1990) *If women counted: a new feminist economics*. New York: HarperCollins.

Чернов А. Б., Кальченко Л. В. Соціальний контекст жіночого здоров'я: аналіз міжнародного досвіду та реалій України через призму гендеру

У статті розглядаються ключові аспекти формування здоров'я жінки в соціальному вимірі. Автори підкреслюють актуальність аналізу соціальних детермінант здоров'я, зокрема їх впливу на якість життя та добробут жінок. Проблема, що розглядається, зумовлена необхідністю глибокого розуміння гендерних аспектів у сфері охорони здоров'я та їх ролі у формуванні ефективної соціальної політики. У дослідженні аналізуються дослідження гендерних відмінностей у здоров'ї, економічні та соціальні фактори, що впливають на його рівень. Серед виділених факторів – дослідження гендерної нерівності, умов праці, рівня доходів, соціальної ізоляції та доступу до ресурсів. У статті розглядається досвід Канади як країни, яка проводить широкі дослідження соціальних аспектів здоров'я громадян. Водночас це підкреслює відсутність подібних досліджень в українському контексті. Виявлено кілька невирішених проблем, зокрема: як зміни в гендерних ролях і структурна нерівність впливають на здоров'я жінок; як міжнародний досвід адаптувати до українських реалій; та які матеріальні показники необхідно враховувати для моніторингу здоров'я жінки. Основною метою дослідження є виявлення соціальних факторів, що впливають на здоров'я жінок, і розробка рекомендацій щодо впровадження гендерно-чутливих підходів до системи охорони здоров'я України для покращення добробуту жінок шляхом інтеграції соціальних та гендерних аспектів у політику охорони здоров'я. Методологія дослідження базується на огляді літератури, контент-аналізі наукових праць, порівнянні міжнародного та національного досвіду, інтерпретації існуючих соціально-економічних показників. Отримані дані свідчать про те, що гендерна нерівність, соціальна ізоляція, безробіття та нерівний доступ до ресурсів є ключовими факторами, що визначають якість здоров'я жінок. Висновки підкреслюють важливість інтеграції гендерної перспективи у формулювання соціальної політики та політики охорони здоров'я країни. Перспективи подальших досліджень пов'язані з необхідністю розробки інструментів для моніторингу соціального здоров'я жінок в українському суспільстві та адаптації найкращих практик із міжнародного досвіду.

Ключові слова: соціальні детермінанти здоров'я, здоров'я жінок, гендерна нерівність, міжнародний досвід, гендерно-чутлива соціальна політика.

Chernov A. B., Kalchenko L. V. The social context of women's health: an analysis of international experience and Ukrainian realities through the lens of gender

The article examines key aspects shaping women's health in the social dimension. The authors emphasize the relevance of analyzing social determinants of health, particularly their impact on women's quality of life and well-being. The issue addressed stems from the need for a deeper understanding of gender aspects in healthcare and their role in forming effective social policy. The study analyzes research on gender differences in health, economic and social factors influencing its levels. Among the highlighted factors are studies on gender inequality, working conditions, income levels, social isolation, and access to resources. The article reviews Canada's experience as a country with extensive research on the social aspects of citizens' health. At the same time, it highlights the lack of similar studies in the Ukrainian context. Several unresolved issues are identified, including: how changes in gender roles and structural inequality affect women's health; how international experience can be adapted to Ukrainian realities; and which material indicators should be considered for monitoring women's health.

The main purpose of the study is to identify social factors affecting women's health and to develop recommendations for implementing gender-sensitive approaches into Ukraine's healthcare system to improve women's well-being through the integration of social and gender perspectives into health policy. The research methodology is based on a literature review, content analysis of academic works, a comparison of international and national experiences, and an interpretation of existing socio-economic indicators.

The findings indicate that gender inequality, social isolation, unemployment, and unequal access to resources are key factors determining women's health quality. The conclusions highlight the importance of integrating a gender perspective into the formulation of the country's social and healthcare policies. Future research perspectives are linked to the need for developing tools to monitor women's social health in Ukrainian society and adapting best practices from international experience.

Key words: social determinants of health, women's health, gender inequality, international experience, gender-sensitive social policy.

Стаття надійшла до редакції 18.12.2024 р.

Прийнято до друку 20.12.2024 р.

