



Марія Щербина



Олег Марущенко

DOI: <https://doi.org/10.31874/2309-1606-2020-26-1-20>

УДК 376

Марія Щербина, Олег Марущенко

Огляд результатів проведення круглого столу «Метаморфози центру та периферії в медичному, гендерному і віковому вимірах інклюзії»

**(Харківський національний медичний університет,
28 травня 2020 року)**

28 травня 2020 року на онлайн-платформі Харківського національного медичного університету в рамках науково-практичної онлайн-конференції з міжнародною участю «Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах» успішно пройшов **круглий стіл «Метаморфози центру та периферії в медичному, гендерному і віковому вимірах інклюзії»**. У центрі уваги був феномен інклюзії, зокрема, з проекцією на освіту. Інклюзія трактувалася учасниками і учасницями максимально широко – як включення будь-яких людей і груп людей, що дискриміновані та/або потребують певних механізмів адаптації, в соціальне життя, а також як теоретична модель взаємодії всіх людей у різних сферах життя суспільства на засадах рівності прав і можливостей. Присутні намагалися дати поштовх такому трактуванню, що виходить за рамки традиційно-стереотипної тотожності інклюзія = інвалідність і зосередилися на проблемі стереотипів, які існують в освіті та медицині щодо трансгендерних та гомосексуальних людей, осіб з інвалідністю, дітей з порушеннями слуху, дітей з ООП та ін. Інклюзія є визнанням унікальних ознак кожної особистості, створенням культури, що прагне та докладає зусилля для забезпечення рівності можливостей та водночас акцептує та цінує відмінності. Медичні університети формують нову культуру інклюзивності, взаємоповаги та толерантності у майбутніх фахів-

ців та фахівчинь, що, у свою чергу, має вплинути і на рівноправність та демократичність суспільства у цілому, і, зокрема, на недискримінацію, безпечність простору, рівний доступ усіх до охорони здоров'я. Дискусія також зосередилася навколо освітньої підготовки лікарської спільноти, однак були також виявлені лакуни у правовому полі України, нереалізований потенціал розвитку інклюзивної освіти у системі освіти в цілому. Розглянуто наявні у суспільстві моделі інвалідності: благодійну, медичну, соціальну, правозахисну.

Ключові слова: інклюзія, права людини, інклюзивна освіта, культура інклюзивності, моделі інвалідності.

До виступів на круглому столі були запрошені відомі в науці та практиці постаті, які, зокрема, працюють із зазначеними соціальними групами: **Дарина Дмитрієвська** – сімейна лікарка (Медичний центр «Мій лікар», Київ); **Василь Маліков** – кандидат історичних наук, доцент кафедри українознавства, культурології та історії науки НТУ «ХПІ»; **Марія Ясеновська** – президентка Харківської обласної фундації «Громадська Альтернатива», експертка з прав людини та інклюзії; **Анастасія Нестеренко** – генетикиня, академічна письменниця, перекладачка та експертка з освіти нечуючих дітей; **Оксана Трушик** – психологиня, корекційний педагог, керівниця центру «Ладо» для дітей з ООП, членкиня експертно-консультативної ради з питань аутизму при Міністерстві освіти і науки України.

Модераторкою круглого столу виступила завідувачка кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ, докторка медичних наук, професорка **Ганна Кожина**, яка, зокрема, відзначила впевнену ходу університету з розробки та закріплення у освітньому та медичному дискурсах тематики, винесеної на круглий стіл¹.

Дарина Дмитрієвська у своїй доповіді «**Гендерні стереотипи в лікуванні. Проблеми доступу трансгендерних людей до медицини**» зосередилась на доступі до лікування, який виявляється геть не однаковим для всіх через стереотипізацію. Нерівність у доступі до охорони здоров'я веде за собою різну тривалість та якість життя. Стереотипізована маскуліність призводить до ігнорування чоловіками профілактичних оглядів і навіть лікування, що веде до погіршення стану їхнього здоров'я, тоді як жінки проявляють більший комплаєнс та рідше ризикують. З іншого боку, через нерівність у ставленні до пацієнтів з боку лікарської спільноти, жінки потерпають від нехтування болем, гінекологічного насильства, недовіри. І тому, а також через виховану конформ-

¹ У квітні 2019 року в рамках VI Міжнародної науково-практичної конференції «Гендер. Екологія. Здоров'я» відбулася запрошена сесія «Медичні послуги для трансгендерних людей: кращі практики в Україні та світі», проблематика якої багато в чому перекликається з цим круглим столом.

ність, вони частіше вдаються до езотеричних практик та гомеопатії, і таким чином втрачають (іноді критично необхідний) час.

Експертка зосередилася на проблемі доступу трансгендерних людей до медицини. Д. Дмитрієвська зазначила, що вона є лікаркою, дружною до ЛБГТ+, точніше до всіх людей, але акцентує увагу саме на трансгендерних людях, бо вони потребують медичних маніпуляцій (при опитуванні були названі як найважливіші наступні спеціалісти/-ки: сімейні лікарі/-ки, психіатри/-ні, ендокринологи/-ні, хірурги/-ні, урологи/-ні, гінекологи/-ні), перебувають в групі ризику щодо ВІЛ (особливо протистуйовані особи), але не мають рівного доступу до медичних послуг. Причинами цього лікарка назвала страх дискримінації та аутінгу, а також досвід стигматизації, з якою трансгендерні люди стикаються постійно. Дарина Дмитрієвська наводить сумні приклади, коли швидка відмовилася від допомоги людині зі струсом мозку через «неправильні» документи; коли людей примушували до аутінгу в черзі до реєстратури (вам не потрібно записуватися до гінеколога, бо в вас борода та коротка стрижка). Як сімейна лікарка, Д. Дмитрієвська наголошує на необхідності *«зниження градусу патерналізму»* та впровадження викладання принципів доказової медицини, партнерського сервісу та взаємоповаги ще з університету, організації тренінгів для сімейних лікарів та лікарок, молодшого персоналу та вузьких спеціалістів, причому не тільки з приватних закладів, бо тільки тоді стає можливим рівний доступ до безоплатної медицини.

Дискусія зосередилася навколо освітньої підготовки лікарської спільноти. Василь Маліков запитав, як ми можемо надати системну, адміністративну підтримку лікарській спільноті? Д. Дмитрієвська наголосила, що лікарі та лікарки, які на персональному рівні впроваджують принципи недискримінації, стикаються з опором з боку системи та начальства, а також з булінгом. І саме тому ситуація, коли адекватних лікарів та лікарок «передають з рук в руки» є неприйнятною, потрібно навчання, співробітництво Міністерства охорони здоров'я з університетами, післядипломна освіта, конференції, вебінари, сприяння певним курсам з боку держави, артикулювання офіційної позиції міністерства щодо гендерної рівності. І ці кроки вже поступово починають впроваджуватися. Ганна Кожина уточнила, які саме спеціальності мають першими впроваджувати протоколи недискримінації. На думку Д. Дмитрієвської, *«насправді, всі»*, бо у більшості закладів медичної освіти ведеться певна документація, і тому перед трансгендерними пацієнтами постає загроза аутінгу та зайвих пояснень, починаючи з реєстратури. Але першими мають бути ті лікарі/-ки, хто мають безпосередній доступ до тіла, а також психіатрична спільнота, тому що зараз перебування у психіатричному стаціонарі є умовою трансгендерного переходу. Психологиня Оксана

Партенадзе розповіла про досвід роботи в миколаївській групі підтримки трансгендерних людей, чий емоційний досвід значно перекликався із доповіддю і доповнила, що є велика статистика камінг-аутів під час ЗНО та на перших курсах університетів, тому впровадження культури толерантності серед молоді необхідно ще й з цієї причини.

Василь Маліков у своїй доповіді «**Інклюзія ЛГБТ-людей в медичній освіті: український вимір і світовий досвід**» зосередився на темі інклюзії ЛГБТ+ людей в Україні. Цю тему він розробляє як теоретично (його науковим інтересом є дослідження з історії ЛГБТ+ людей в Україні та досвіду їхньої інклюзії в університетському середовищі), так і практично, працюючи як консультант та соціальний супровідник у сфері профілактики ВІЛ для чоловіків, які практикують секс з чоловіками (ЧСЧ) – однієї з ключових груп у подоланні епідемії СНІДу в Україні. Експерт зазначив, що саме від успішної взаємодії медичної та активістської спільнот залежить профілактика ВІЛ, і університет, на його погляд, може бути *«ланкою побудови ефективної взаємодії між ними та просування нового досвіду соціальної інклюзії як у власному освітньому середовищі, так і в професійному колі своїх випускників та випускниць»*. Експерт наголосив, що інклюзія є визнанням унікальних ознак кожної особистості, створенням культури, що прагне та докладає зусилля для забезпечення рівності можливостей та водночас акцептує та цінує відмінності. У виступі він зосередився на реалізації політики недискримінації в університетському середовищі, оскільки саме медичні університети формують нову культуру інклюзивності, взаємоповаги та толерантності у майбутніх фахівців та фахівчинь, що, у свою чергу, має вплинути і на рівноправність та демократичність суспільства у цілому, і, зокрема, на недискримінацію, безпечність простору, рівний доступ усіх до охорони здоров'я. Василь Маліков вважає, що така політика передбачає конкретні дії, а саме:

- регулярний внутрішній моніторинг щодо несправедливих переваг або бар'єрів в академічній кар'єрі чи навчанні за ознаками віку, статі, сексуальної орієнтацією та ін.;
- участь у загальнонаціональних рейтингах (на кшталт британської Athena SWAN Charter) для розуміння та оцінки прогресу;
- планування та реалізація конкретних програм (як загальноуніверситетських, так і для окремих підрозділів);
- чіткі механізми дії у випадках дискримінації;
- упровадження низки дисциплін відповідної тематики – на кшталт «Нерівність та дискримінація у суспільстві» (ХНМУ);
- діяльність мереж (об'єднань), ЛГБТ+ людей з викладацької та студентської спільнот.

Успішним прикладом такої мережі експерт вважає студентську ЛГБТК+ групу Out In Medicine медичного факультету університету Торонто, що займається захистом прав людини, адвокаційною діяльністю, створенням безпечних просторів, профілактикою ВІЛ-інфекції / СНІДу та підтримкою ініціатив з протидії дискримінації під час роботи та навчання.

Марія Ясеновська свою доповідь «**Інклюзія та моделі інвалідності в сучасному світі**» розпочала з визначення самого терміну «інклюзія». На її думку, інклюзією можна вважати співіснування та взаємодію «на рівних» абсолютно різних людей, що виходить з принципів права та поваги до гідності людини, а не є результатом співчуття. Усе інші варіанти не можуть вважатися інклюзією. Так, наприклад, ситуація, коли діти з інвалідністю не співіснують разом з іншими дітьми, а для них створюються якісь «проміжні умови», є радше інтеграцією, а не інклюзією.

Кому потрібна інклюзія? Відповідь експертки однозначна – усім людям. Адже фактично, говорячи про інклюзію, ми маємо на увазі процеси, технологічні та логістичні рішення, які допомагають усім виключеним включитися у загальний процес, і в такій ролі може перебувати будь-хто. Той стереотип, що термін «інклюзія» стосується лише людей з інвалідністю, на рівні закладів освіти заважає, наприклад, повноцінному включенню в освітній процес деяких соціальних груп (дітей з ромських родин, дітей з сімей мігрантів/-ок та ін.).

Власне, термін «особливі освітні потреби», підкреслює доповідачка, допомагає розрізнити та класифікувати бар'єри, що заважають людям бути інтегрованими, а не самих людей. Йдеться, передусім, про основні людські потреби, які у людей з інвалідністю реалізуються в різний спосіб: наприклад, потреба у пересуванні – за допомогою інвалідного візочка, потреба у навчанні – через використання пандусу у будівлі закладу освіти. Поширеність цього терміну в освітньому дискурсі дає можливість педагогам звертати увагу на потенціал здобувачів та здобувачок освіти, на те, які форми і методи є більш прийнятними у роботі з ними, без акценту на формі інвалідності.

Але, звісно, правда полягає і в тому, що люди з інвалідністю є пріоритетною групою, яка найбільше потребує інклюзії, що, на думку М. Ясеновською, не є дивним. Саме ця соціальна група історично здобула права відносно нещодавно. І навіть маючи права, люди з інвалідністю були тотально виключені з усіх рівнів взаємодії: так, наприклад, за часів СРСР мати інвалідність вважалося чимось ганебним, тому таких людей усіляко «приховували» та сегреговували, створюючи для них окремі установи – інтернати.

Доповідачка підкреслила, що хоча за офіційними даними в Україні люди з інвалідністю складають 6 % населення, насправді реальна цифра

є більшою, адже статистика рахує лише офіційно зареєстровану інвалідність. Натомість, за оцінкою Всесвітньої організації охорони здоров'я, щонайменше 15 % людей в світі мають ту чи іншу форму інвалідності. Такі люди продовжують бути виключеними, адже інвалідність, на думку експертки, це соціальний конструкт, результат взаємодії особистісних факторів та факторів сфери проживання, і окрім суто фізичних бар'єрів, які заважають повноцінній інтеграції, не менш важливими є бар'єри ментальні, і навіть мовні (М. Ясеновська розповіла про значні зусилля, які були докладені для того, щоб на законодавчому рівні змінити назву цієї соціальної групи – з «інваліди» на «люди з інвалідністю»). Яскравим прикладом, на думку доповідачки, є так звані моделі інвалідності, що відображають сприйняття суспільством людей з інвалідністю.

Так, скажімо, благодійна модель, що відображає сприйняття через співчуття, насправді, не враховує думок та реальних потреб людей з інвалідністю (*«Благодійника цікавить він сам»*), відтворюючи класичну вертикальну систему відносин – «зверху вниз». Схожою є і медична модель, яка взагалі кожну людину з інвалідністю сприймає як хвору, що неодмінно потребує виліковування, чим, фактично, позбавляє людину права на прийняття своє інвалідності.

Інші дві моделі, на думку М. Ясеновської, є значно більш прогресивними. Згідно соціальної моделі, інвалідність є результатом неправильної організації суспільства, тому прибирання усіх перешкод, що заважають людині повноцінно реалізувати власні базові потреби і права, є нашим спільним завданням. Правозахисна модель звертає увагу на дискримінацію людей з інвалідністю, підкреслюючи необхідність закріплення методів подолання дискримінації на законодавчому рівні.

Наостанок експертка розповіла про роботу Харківської обласної фундації «Громадська Альтернатива», що акцентовано працює з інклюзією в сфері культури, зокрема, створюючи аудіогіди для людей з порушеннями зору.

Анастасія Нестеренко свою доповідь «Проблеми інклюзії слабочуючих дітей в освітніх закладах» розпочала із розповіді про власний досвід втрати слуху, який призвів її до зацікавлення освітою слабочуючих дітей у «стандартному» освітньому просторі. Експертка зазначила, що стоїть на позиції визначення інвалідності як соціального конструкту, коли проблеми, викликані певними порушеннями здоров'я, сприймаються і суспільством ззовні, і самою особистістю зсередини в залежності від соціокультурних умов та вчасності втручання. І подолання бар'єрів між людиною та її оточенням можливо тоді, коли враховані ті особливості, що властиві при тому чи іншому порушенні здоров'я. Педагогиня вважає, що від розуміння та врахування цих рис залежить справжня інклюзія, тим більше, коли йдеться не про дорослу людину, а

про дитину із порушеннями слуху, яка відвідує школу. Серед таких рис А. Нестеренко перераховує наступні:

- слабчучі люди, особливо із одностороннім ураженням слуху, не в змозі визначити джерело звуку;
- оскільки вестибулярний апарат теж є частиною внутрішнього устрою вуха, у слабчучих людей розповсюджені проблеми із координацією та орієнтацією у просторі;
- основним каналами отримання інформації для таких людей є зір, а додатковими – дотик та вібрації, і саме тому їм недоступне вчасне попередження про небезпеку (від сирени до шуму машини позаду), якщо воно є звуковим;
- порушення слуху означають комунікаційну ізоляцію через істотне ускладнення спілкування із декількома людьми – у групі практично неможливо уважно дивитися у обличчя кожного та кожної, і тому потрібні механізми подолання цієї проблеми;
- знижена здатність чути означає підвищену психологічну та фізичну напругу: слабчуча людина має застосовувати зір, слух та постійно концентруватися, застосовуючи набагато більше енергії у порівнянні із чуучою людиною;
- через порушення слуху в дитини, як правило, існують проблеми із дикцією, вимовою та інтонацією: вона може говорити нечітко, занадто гучно або занадто тихо, що може стати проблемою і для спілкування, і для шкільної дисципліни, до того ж слабчучі діти не можуть оцінити, як їхні дії впливають на інших – чи вони грають занадто гучно, чи в них, наприклад, бурчить живіт та це чують інші, і це впливає на сприйняття таких людей з боку вчительства та учнівства;
- слабчучі діти через переважно схильні до сильних емоційних проявів або до «виключення» з процесу навчання;
- слабчучі діти можуть мати інший асоціативний ряд, ніж діти без порушень слуху, що може впливати на бажану подачу навчального матеріалу.
- порушення слуху не дозволяють повною мірою отримувати інформацію при розмові – складно сприймати підтексти, іронію, гумор тощо, якщо вони передаються інтонаційно; до того ж, навіть, коли слабчучі діти отримують учбову інформацію письмово, вона часто є обмеженою та скороченою.

(Розповідаючи про власні враження від події, експертка провела аналогію між учбовою інформацією та доповідями круглого столу. Для інклюзивності всім учасникам та учасницям були доступні короткі тексти доповідей, але без субтитрів розуміння було погіршене, до того ж частина діалогу, що не була письмовою, виключала Анастасію із кому-

нікаційного процесу. На жаль, функціональні можливості дистанційної платформи не дозволили якісно розпізнати голос.)

Інклюзія для дітей із порушеннями слуху неможлива без урахування усіх цих особливостей та відповідної адаптації учбової атмосфери та матеріалу. В ідеалі, вчительство, тьютори/-ки та батьківство мають працювати разом заради досягнення умов, які б врахували інтереси всіх дітей.

Дискусія між учасниками та учасницями після доповіді порушила конкретні практичні питання. Наприклад, під час обговорення того, як (зсередини та ззовні явища) писати і говорити коректніше – «з вадами слуху» (відповідно, і зору та ін.) чи «з порушеннями...». Зійшлися на думці, що саме другий варіант є правильним, адже несе в собі значно менше негативного забарвлення, дає радше «механістичну» оцінку, відображає певний стан людини («Інвалідність не робить людину гіршою.»).

Оксана Трушик у своїй доповіді «**Діти з ООП в освітньому просторі. З якими труднощами стикаються учасники освітнього процесу**» переважно приділила вчительству як групі, зокрема тим проблемам, з якими стикаються її представниці/-ки, маючи справу з інклюзією. Базуючись на власному практичному досвіді (доповідачка впродовж останніх двох років особисто провела чимало семінарів, лекцій, тренінгів з педагогами з різних областей України). О. Трушик виділила дві групи проблем пов'язаних з інклюзією:

- системні (недостатнє ресурсне забезпечення шкіл з боку органів влади);
- проблеми сприйняття інклюзії з боку різних учасниць/-ків освітнього процесу.

Експертка зазначила, що обидві групи проблем є взаємопов'язаними: невирішення одних тягне за собою інші. Наприклад, при наявній законодавчій базі стосовно інклюзії, не прописані механізми її втілення, через що батьки, наприклад, не можуть реалізувати право на інклюзивну освіту, а вчительство відчуває труднощі при організації індивідуальної освітньої програму для дітей з ООП. Невдалою доповідачка вважає назву посади «Асистент вчителя», бо складається враження, начебто ця посада статусно є нижчою за вчительську, але в цьому разі це не так, бо асистент вчителя такий же рівноправний учасник освітнього процесу, як і сам вчитель.

На думку О. Трушик, в українській освіті домінує вже згадана М. Ясеновською медична модель, яка виявляється, зокрема, в тому, що педагоги сегрегують учнівство за діагнозом, ігноруючи фактор різноманіття дітей, що заважає побачити реальні освітні потреби конкретної дитини.

Доповідачка також зазначила, що освітянська спільнота відчуває труднощі в побудові будь-яких горизонтальних зв'язків, зокрема, з батьків-

ством та учнівством. Як наслідок, педагогам вкрай важко сприйняти цих учасників/-ць освітнього процесу у рівноправному партнерстві. І коли до класу, наприклад, приходять дитина з ООП, вчителі/-ки не завжди прислухаються до порад батьків або інших осіб з числа супроводу дитини, що можна вважати недостатньою відповідальністю вчительства. У цій ситуації не слід розмовляти з позиції влади: індивідуальна програма розвитку дитини у такому випадку стане просто папірцем, який підкладуть до особливої справи, а коли прийде час оцінювати освітню діяльність дитини, це буде зроблено формально за індивідуальною програмою, яку дитина не опанувала, бо та фактично і не стала індивідуальною.

З іншого боку, зазначає О. Трушик, буває й аналогічна недбалість з боку батьківства, коли ті заперечують певні проблеми своєї дитини з розвитком і не консультуються з цього приводу з педагогом (що особливо характерно для великих міст).

На думку експертки, казати про якусь вину педагога у ситуаціях, пов'язаних з інклюзією, не варто. У вчительства обмаль ресурсів (емоційних, фізичних) для вирішення таких проблем: *«Уся відповідальність лежить на педагогові, але його думка, на жаль, не почута. Надайте, будь ласка, учительству підтримку і допомогу!»*.

У рамках дискусії, було поставлено запитання щодо дітей з епілепсією та ступенем їх виключення / залучення до будь-яких процесів в освіті. О. Трушик у відповідь зазначила, що таких людей бояться у закладах освіти – рівень поінформованості щодо епілепсії є вкрай низьким. Тому рідні іноді приховують відповідний діагноз дитини, а це може стати критичним.

Наприкінці круглого столу **Катерина Карпенко** подякувала усім учасницям/-кам за глибокі й змістовні доповіді, а Ганні Кожиній – за фахову модерацію та організацію високого наукового рівня дискусії, висловивши при цьому сподівання, що усі теоретичні напрацювання круглого столу знайдуть своє втілення у освітньому та медичному дискурсах як надважливі та першочергові, а принцип інклюзивності активно впроваджуватиметься у повсякденність освіти.

Марія Щербина, Олег Марущенко. Обзор результатов проведения круглого стола «Метаморфозы центра и периферии в медицинском, гендерном и возрастном измерениях инклюзии» (Харьковский национальный медицинский университет, 28 мая 2020 года)

28 мая 2020 на онлайн-платформе Харьковского национального медицинского университета в рамках научно-практической онлайн-конференции с международным участием «Проблема человека в социально-гуманитарном и медицинском дискурсе» успешно прошел круглый стол «Метаморфозы центра и периферии в медицинском, гендерном и возраст-

ном измерениях инклюзии». В центре внимания был феномен инклюзии, в частности, с проекцией на образование. Инклюзия трактовалась участниками и участницами максимально широко – как включение любых людей и групп людей, дискриминированы и / или требуют определенных механизмов адаптации, в социальную жизнь, а также как теоретическая модель взаимодействия всех людей в различных сферах жизни общества на принципах равноправия и равных возможностей. Присутствующие пытались дать толчок такой трактовке, которая выходит за рамки традиционно стереотипного тождества инклюзия = инвалидность и сосредоточились на проблеме стереотипов, которые существуют в образовании и медицине касательно трансгендерных и гомосексуальных людей, лиц с инвалидностью, детей с нарушениями слуха, детей с ООП и др. Инклюзия является признанием уникальных признаков каждой личности, созданием культуры, которая стремится и прилагает усилия для обеспечения равенства возможностей и одновременно акцептует и ценит различия. Медицинские университеты формируют новую культуру инклюзивности, взаимоуважения и толерантности у будущих специалистов, что, в свою очередь, должно повлиять и на равноправие и демократичность общества в целом, и, в частности, недискриминацию, безопасность пространства, равный доступ всех к охране здоровья. Дискуссия также сосредоточилась вокруг образовательной подготовки врачебного сообщества, однако были также обнаружены лакуны в правовом поле Украины, нереализованный потенциал развития инклюзивного образования в системе образования в целом. Были рассмотрены имеющиеся в обществе модели инвалидности: благотворительная, медицинская, социальная, правозащитная.

Ключевые слова: инклюзия, права человека, инклюзивное образование, культура инклюзивности, модели инвалидности.

Maria Shcherbyna, Oleg Marushchenko. Review of the results of the round table “Metamorphoses of the center and periphery in the medical, gender and age dimensions of inclusion” (Kharkiv National Medical University, May 28, 2020)

On May 28, 2020 on the online platform of Kharkiv National Medical University in the framework of scientific and practical online conference with international participation “The problem of man in socio-humanitarian and medical discourses” successfully held a round table “Metamorphoses of the center and periphery in medical, gender and age dimensions inclusion”. The focus was on the phenomenon of inclusion, in particular, with a projection on education. Inclusion was interpreted by the participants as broadly as possible – as the inclusion of any people and groups of people who are discriminated against and / or in need of certain mechanisms of adaptation in social life, as well as a theoretical model of interaction of all people in different spheres of society on the basis of equality of rights and opportunities. Attendees tried to give a nudge for an interpretation that goes beyond the traditional stereotypical identity of inclusion = disability and focused on the stereotypes that exist in education and medicine about transgender and

homosexual people, people with disabilities, children with hearing impairments, children with SEN, etc. Inclusion is the recognition of the unique characteristics of each individual, the creation of a culture that seeks and strives to ensure equality of opportunities and at the same time accents and values the differences. Medical universities are forming a new culture of inclusiveness, mutual respect and tolerance among future professionals, which, in turn, should affect the equality and democracy of society as a whole, and in particular non-discrimination, security of space, equal access to health care. The discussion also focused on the educational training of the medical community, but there were revealed also gaps in the legal field of Ukraine, the unrealized potential for the development of inclusive education in educational system in general. The existing models of disability in the society are considered: charitable, medical, social, human rights defending.

Key words: *inclusion, human rights, inclusive education, culture of inclusiveness, models of disability.*

Щербина Марія Михайлівна, кандидатка філософських наук, доцентка кафедри філософії ХНМУ, тренерка музею гендерної та жіночої історії, експертка з антидискримінації в освіті.

E-mail: shcherbina.beads@gmail.com

Maria Shcherbina, PhD in Philosophy of Culture, Associate Professor at the Philosophy Department, Kharkiv National Medical University, trainer at Gender-museum, expert on anti-discrimination in education.

E-mail: shcherbina.beads@gmail.com

Марущенко Олег Анатолійович, доцент кафедри філософії Харківського національного медичного університету, кандидат соціологічних наук, доцент. Є директором ГО «Гендерний інформаційно-аналітичний центр «КРОНА», членом Робочої групи з питань політики гендерної рівності та протидії дискримінації в освіті Міністерства освіти і науки України, сертифікованим експертом з антидискримінаційної експертизи освітнього контенту. Автор 112 друкованих праць, у тому числі (у співавторстві) «У пошуках гендерного виховання» (2013), «Гендерні шкільні історії» (2012).

E-mail: o.a.maruschenko@gmail.com

Oleg Marushchenko, associate professor of Philosophy Department of Kharkiv National Medical University, PhD on Sociology, docent. Director of NGO "Gender centre for information and analysis "KRONA", member of Working group on gender and anti-discrimination problems of Ministry of Education And Science of Ukraine, certified expert on Antidiscrimination Expertize of Educational Content. Author of 112 published works, including (as co-author) "In Search of Gender Education" (2013), "Gender School Stories" (2012).

E-mail: o.a.maruschenko@gmail.com