

ББК 60.542.2

С. А. Судьин

## ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ И ЗДОРОВЬЯ

Утверждение о биопсихосоциальной природе человека привело к пониманию здоровья как совокупности физического, психического и социального благополучия. Трехединый характер здоровья обусловил необходимость использования не только медицинских, но психологических и социологических категорий, а также включение в анализ макросоциологических переменных.

Категория «гендер» среди них занимает особое место. Это связано с тем, что, являясь изначально чисто биологической характеристикой, пол стал одним из основных факторов социальной картины личности, предписывающих определенные социальные статусы, роли и ожидания. Таким образом, при анализе различий в состоянии здоровья мужчин и женщин необходимо учитывать как биологические, так и социально-психологические их различия.

Несмотря на очевидность данного тезиса, отметим, что гендерный аспект здоровья стал предметом рассмотрения Всемирной организации здравоохранения лишь в 2002 г., т. е. более чем через полвека после ее основания. В соответствующем документе отмечается, что «существуют различия в факторах, определяющих здоровье и бремя болезней у женщин и мужчин. В связи с этим особую важность приобретает динамика гендерных аспектов здоровья, на которую в течение длительного времени не обращалось внимания» [1]. С целью скомпенсировать сложившееся отставание «организация будет включать гендерную проблематику во все аспекты своей деятельности как в плане политики, так и в плане надлежащей практики общественного здравоохранения. Эти действия согласуются также с решением о том, что включение гендерных соображений, то есть учет гендерной проблематики, должно стать общепризнанной практикой политики и программ, осуществляемых в настоящее время во всех организациях системы ООН» [1]. Это, в свою очередь, означает повышение внимания к ранее игнорируемым медицинским сообществом вопросам, лежащим преимущественно в сфере социальных отношений.

При анализе связи гендера со здоровьем человека принято выделять несколько аспектов.

Прежде всего детальному анализу подвергается связь пола с продолжительностью жизни, а также факторы, определяющие данную взаимозависимость. Общеизвестно, что в большинстве стран мира женщины живут дольше. Особенности гормонального статуса сильной половины человечества обуславливают большую мужскую виктимность и ведут к половозрастной диспропорции. Исключения составляют лишь некоторые страны Юго-Восточной и Центральной Азии, где расхождение с общемировой статистикой определяется объективными социально-экономическими причинами. Подобное неравенство также можно рассматривать как результат воздействия двух групп факторов: биологических и

социально-психологических, которые, действуя в одном направлении, оказывают взаимно потенцирующее действие. Биологически мужчина слабее женщины, что подтверждается, например, первичным и вторичным соотношением полов и, следовательно, более высокой смертностью в перинатальном периоде (см. об этом, например, в книге В. М. Медкова «Введение в демографию»). Однако основную роль здесь играют факторы социально-психологического характера, связанные с поведением, установками и образом жизни. Сюда относятся повышенная виктимность мальчиков в детском и подростковом возрасте, игнорирование риска в различных обстоятельствах, мужская склонность к вредным привычкам и деструктивным способам преодоления стресса.

Анализ статистических данных не только иллюстрирует текущее состояние и динамику показателей здоровья населения, но и дает богатый материал для связи этих процессов и поведенческих практик сохранения здоровья с социально-политическим контекстом и другими макросоциологическими переменными. Это выводит нас на новый уровень анализа с использованием социологических категорий и позволяет делать весьма оригинальные выводы.

Например, в исследовании У. Кокерхэма, М. К. Снид, Д. де Вааля, посвященном России, речь идет о влиянии социалистического образа жизни на снижение ее продолжительности на современном этапе [7, 8]. Опираясь на работы М. Вебера, П. Бурдьё, авторы показывают невозможность автономного функционирования в обществе, которое формирует определенные способы восприятия окружающей действительности. Следовательно, массовую алкоголизацию, рост числа ДТП со смертельным исходом нельзя понимать лишь как совокупность отдельных случаев, пусть и весьма внушительную.

По их мнению, нездоровый образ жизни россиян отражает габитус, сформированный социализацией в условиях социализма, с одной стороны, и жизненным опытом — с другой. Постоянное воспроизводство данного стиля жизни превращалось в способ выживания в условиях ограниченных ресурсов и возможностей. Можно выделить несколько особенностей социалистического стиля жизни и мировоззрения, на которые ссылаются авторы. Во-первых, бесплатный характер медицины, пусть даже частично декларируемый, снижал личную ответственность индивидов за собственное здоровье, проблема сохранения которого становилась государственной задачей. В расчет не брались возможные расходы, связанные с лечением, не анализировались риски хронических состояний. Во-вторых, ограниченные ресурсы социалистической экономики не давали возможности нормально питаться или придерживаться принципов здорового питания, что особенно было заметно в зимний и весенний периоды, когда подходили к концу прошлогодние запасы овощей и фруктов. В третьих, особенности мужской социализации в трудовых коллективах предполагали усвоение главным образом негативных практик: увеличение потребления алкоголя и табака из-за многочисленных внутрикорпоративных и спонтанных праздников, перекуров и т. д.

Наконец, свой вклад внесла и коллективная идеология, ориентировавшая индивидов на игнорирование собственного здоровья, культивировавшая идею самопожертвования, объяснявшая достоинства советского медицинского обслуживания. Другой стороной негативного вклада государственной идеологии являлось то, что популяризация здорового образа жизни не была приоритетной те-

мой партийной работы, и это не позволило использовать ее авторитет в деле сохранения здоровья нации. Необходимо отметить и относительную закрытость советской науки, в том числе медицины, которая вплоть до конца 1970-х гг. оставалась во многом в стороне от достижений зарубежных специалистов.

Тем сильнее оказался стресс, пришедший с крушением советской системы, показавший различия в поведении мужчин и женщин при реакциях на резко меняющиеся жизненные условия. Рост потребления алкоголя, производственный травматизм и нездоровое питание стали распространенной формой преимущественно мужского поведения [8].

Однако крушение социализма и демократизация общества со временем предоставили гражданам куда более широкий выбор поведенческих альтернатив: появились частные медицинские клиники, фитнес-центры, улучшились возможности диагностики и лечения и др. Тем не менее фундаментальные показатели благополучия, такие как средняя продолжительность жизни и ее разница у мужчин и женщин, структура причин смерти, оказались на более низком уровне, чем в позднее советское время. Следовательно, несмотря на важность включения в анализ глобальных культурно-исторических переменных, отметим, что именно пол является одной из важнейших переменных при оценке здоровья.

Это связано с тем, что женщины более склонны к здоровому питанию, меньше курят, чаще обращаются к врачу с профилактическими целями, вопреки стереотипам более аккуратны за рулем. Женский репертуар здоровьесберегающих технологий богаче мужского. Доказательством этого могут служить разнообразие и тиражи так называемых женских журналов, значительная доля публикаций в которых посвящена вопросам сохранения здоровья, молодости, сексуальной привлекательности. Все это неотделимо от здорового образа жизни, правильного питания, физической активности. По данным интернет-сайта «Планета СМИ», «рынок глянцевого журнала для мужчин не столь обширен, как для женщин (один только тираж Cosmopolitan в 10 раз превышает тираж самого популярного мужского журнала MAXIM)» [2].

Различия в поведении мужчин и женщин носят универсальный характер и не являются прерогативой лишь постсоциалистического образа жизни. Мужская полоролевая идентификация в типичных современных («западных») обществах в большей степени связана с установками на социальные достижения и успех. Но эти же установки создают постоянное давление на эмоционально-волевую сферу личности, провоцируют страх неудач и негативные фрустрационные переживания на фоне неполного или недостаточного подтверждения мужского социального статуса. Свою роль в этом играют устойчивые стереотипы маскулинного поведения, препятствующие обращению за помощью даже в серьезных случаях. Более того, «сам факт возникновения необходимости обращения за помощью вступает в конфликт с традиционными ролевыми ожиданиями, а признание таковой необходимости ведет к еще более сильным фрустрационным расстройствам. По тем же причинам обращение за помощью мужчины может спровоцировать его субъективную потерю статуса и автономии, привести к зависимости и идентификационному срыву со всеми возможными последствиями» [4].

Традиционная женская роль не содержит столь жестких стандартов социальных успехов и неудач, более размыта и связана в первую очередь с семейны-

ми проблемами, рождением и сохранением потомства. Ответственность женщины за здоровье семьи определяет высокую ценность здоровья в ее иерархии ценностей и соответственно высокий уровень культуры самосохранительного поведения женщин, а следовательно, и лучшее состояние здоровья и большую продолжительность жизни. Таким образом, традиционные ролевые функции женщин западной цивилизационной модели способствуют развитию более высокой, чем у мужчин, культуры самосохранения. Например, по данным американских исследователей, женщины в большей степени подвержены информационному воздействию в контексте собственного здоровья, реагируя на получаемую информацию не только познавательным, но и изменениями в поведении. Узнавая о конкретных факторах риска, женщины чаще мужчин повышают уровень физических нагрузок, переходят на здоровое питание и бросают курить [6].

Данные отечественных исследователей во многом схожи с приведенными выше. Например, в исследовании А. М. Калининой, А. В. Концевой и М. Г. Омеляненко анализируются модели профилактического поведения при сердечно-сосудистых заболеваниях и гендерные различия при их принятии. Опишем их подробнее. Модель 1 — это неосознанная потребность или отсутствие потребности в коррекции поведения. Пациенты, зная о наличии у них факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (курение, избыточная масса тела, низкая физическая активность, стресс), не желают его корректировать. Модель 2 отражает осознанную потребность в смене образа жизни и поведения, нереализованную самим пациентом: пациенты знают о наличии у них факторов риска, хотят это исправить, считают, что могут сделать это сами, однако пока ничего не предпринимают (возможно, и не знают, что делать) для снижения риска. Модель 3 — это осознанная неудовлетворенная потребность: пациенты знают о наличии у них факторов риска, хотят это исправить и считают, что им необходима для этого помощь специалиста, т. к. сами они не справятся. В результате замеров, произведенных на территории Московской и Ивановской областей, было выяснено, что модели профилактического поведения пациентов в отношении ряда поведенческих факторов имеют гендерные различия. Среди пациентов с избыточной массой тела выявлены существенные гендерные различия распространенности моделей профилактического поведения: не желали снижать массу тела 33,7 % мужчин и только 17,2 % женщин. Мужчины достоверно реже (21,7 %) по сравнению с женщинами (37,7 %) были готовы к снижению избыточной массы тела самостоятельно. Также выявлено различие распространенности изучаемых моделей профилактического поведения при высоком стрессе в зависимости от пола. Так, не было ни одной женщины с высоким уровнем стресса, которая не хотела бы его корригировать, в то время как среди мужчин доля таких лиц составила 60,9 %. Соответственно у женщин по сравнению с мужчинами достоверно чаще встречалась модель 2 [3]. Отметим, однако, что эти данные были собраны у посетителей поликлиник, что явно смещает выборку в сторону лиц, проявляющих хотя бы минимальную заботу о своем здоровье.

При рассмотрении общих последствий действия стресса на представителей разных полов можно отметить, что женщины более устойчивы к разнообразным видам стресса по сравнению с представителями противоположного пола, что проявляется в числе прочего и в большей продолжительности жизни женщин. Лучшая приспособленность женского организма к стрессорным воз-

действиям в немалой степени обусловлена меньшей частотой соматических осложнений как последствий реакций на острый и хронический стресс. Например, риск развития инфарктов миокарда и различных инсультов на фоне высокого напряжения гораздо выше у лиц мужского пола [3].

Гендер оказывает решающее влияние на выбор профессии, что также в конечном итоге имеет отношение к здоровью. Самые опасные профессии, связанные с повышенным риском для здоровья и жизни, — шахтер, милиционер, военный и др. — мужская прерогатива и ожидать каких-либо радикальных изменений в ближайшее время было бы нелогично.

Нельзя забывать и о гендерной социализации: мальчики, осознанно и неосознанно, перенимают отцовские модели поведения, в том числе связанные со здоровьем, в то время как девочки склоняются в большинстве к материнским. Степень взаимного доверия у матерей и дочерей в совокупности выше, нежели у мальчиков и отцов, что повышает роль групп сверстников в процессе социализации. Конечно же, эти эффекты обусловлены рядом факторов: состав семьи, уровень образования родителей, особенности внутрисемейных связей. Но гендерный характер преемственности, отмечающийся и зарубежными исследователями, налицо (см., напр.: [11]).

Однако не все так однозначно, и трактовать вышеизложенное как свидетельство априорной женской жизнеспособности было бы ошибочно. Речь идет не только о чисто «женских» болезнях, случаи которых с лихвой компенсируются распространенностью чисто «мужских». Существует определенный набор патологических состояний и тенденций, в большей степени присущих женщинам.

Хотя мужчины и умирают раньше вследствие описанных выше причин, болеют чаще и тяжелее все-таки женщины. Например, данные международных сравнительных исследований свидетельствуют о высоком уровне распространенности среди женщин острых инфекционных и паразитарных заболеваний, нарушений систем пищеварения и дыхания. Лидируют женщины также по уровню распространенности хронических заболеваний, среди которых выделяются диабет, гипертония, болезни эндокринной системы, системы кровообращения, суставов, почек и кожи [10]. Травмы — единственные острые состояния, в статистике которых мужчины сохраняют пальму первенства.

Особенно показательными являются данные Национального центра по контролю над болезнями и Национального центра исследований здоровья, США. С середины 80-х гг. XX в. в США женские показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний значительно превышают мужские. Более того, сравнение основных параметров этой группы заболеваний показывает куда большую женскую виктимность. 35 % женщин умирают в течение года после первого сердечного приступа, в то время как у мужчин данный показатель составляет лишь 25 %. Среди выживших после первого приступа 35 % женщин и 18 % мужчин в течение шести лет переживут еще один приступ. Также в течение шести лет 46 % женщин и 22 % мужчин, выживших после первого приступа, станут инвалидами вследствие сердечной недостаточности. Наконец, женщины вдвое чаще мужчин умирают от осложнений после аортокоронарного шунтирования [9]. Анализируя эти результаты в контексте российской практики, еще раз обратим внимание на важность социальных факторов в продолжительности жизни.

В целом, однако, отметим относительный характер этих данных. Изменения поведения, жизненных стилей и привычек приводят к трансформации или коррекции ставших привычными корреляций. Женщины стали больше курить, больше употреблять алкоголь, в их поведении все больше прослеживаются унисексуальные тенденции. В конце концов, женщины стали овладевать профессиями, которые раньше считались исключительно мужскими. Мы бы обозначили данный процесс термином «феномен солдата Джейн» по имени главной героини известного фильма.

Определенно, все это будет иметь вполне конкретные последствия, оценить масштаб которых будет возможно лишь после ухода из жизни ныне живущих возрастных когорт.

Отдельно рассмотрим гендерный аспект в контексте психического здоровья. Здесь также необходимо выделить два основных аспекта. Во-первых, рассмотрим бытующие в обществе установки и представления, играющие важную роль в оценке психического здоровья и приписывании определенных свойств мужчинам и женщинам. Данный вопрос имеет большое значение вследствие весомой социально-культурной составляющей психических болезней и роли гендерного фактора в ее проявлении. Во-вторых, проанализировать статистику, показывающую распределение психических заболеваний по полу, и попытаться объяснить имеющиеся закономерности.

Для прояснения первого аспекта обратимся к результатам нашего исследования «Соотношение обыденных и научных представлений о психических болезнях», проведенного в 2005 г. и направленного на выявление социально-демографических характеристик, в большей или меньшей степени ассоциирующихся в сознании респондентов с психической болезнью. В ходе исследования было обнаружено, что пол является одним из факторов, подталкивающих респондентов к завышению оценок. Так, в массовом сознании с психической болезнью в значительно большей мере ассоциируются мужчины, чем женщины: средние значения оценок по сюжетам, в которых фигурировали мужчины, почти вдвое превышали аналогичные оценки для женщин. По всей видимости, им прощается больший набор поведенческих странностей и причуд, которые мужчины себе позволить не могут. Гендерные различия выразились и в том, что респонденты-женщины оказались несколько более толерантными к поведенческим особенностям, нежели мужчины.

Врачи-психиатры отмечают закономерности в подверженности мужчин и женщин определенным типам психических расстройств. Например, психические расстройства у мужчин встречаются чаще, чем у женщин. При этом у мужчин чаще наблюдаются травматические и алкогольные психозы, у женщин — маниакально-депрессивный психоз и инволюционные (предстарческие) психозы, депрессии. Врачи объясняют это не столько биологическими свойствами пола, сколько социальными факторами. Мужчины, как уже было отмечено, чаще злоупотребляют алкоголем, и в связи с этим, естественно, у них чаще наблюдаются алкогольные психозы. В такой же мере не от биологии пола, а от социальных условий зависит преобладание у мужчин психозов травматического происхождения. Упомянутый нами тезис о биопсихосоциальной природе человека позволяет нам объяснить зависимость психического благополучия от социально-экономических условий и практик преодоления стресса.

Что касается тяжелых эндогенных психических расстройств, а именно шизофрении, то однозначного ответа о гендерных «предпочтениях» болезни дать нельзя. Так, многими авторами указывается, что количественных различий в заболеваемости мужчин и женщин нет. Однако существует четкая зависимость в характере заболевания, из чего можно сделать вывод, что мужчины болеют шизофренией значительно тяжелее. Сложные формы заболевания, характеризующиеся непрерывным течением, быстро приводящие к дефекту личности, чаще встречаются у мужчин, в то время как для женщин характерно приступообразное течение болезни с относительно благоприятным прогнозом. Заболеваемость в детском возрасте (до 7 лет) также в три раза выше у мальчиков (см., напр.: [5]). Несмотря на то что заболеваемость шизофренией и ее распространенность являются в некотором роде биологическим инвариантом, важность психогигиены и заботы о своем душевном здоровье недооценивать нельзя, особенно в контексте иных психических нарушений, таких как неврозы, пограничные состояния и психосоматические нарушения. Таким образом, мужское население оказывается под двойным ударом: ослабление биологического потенциала усиливается невниманием к своему состоянию и постоянным саморазрушением.

Возникает справедливый вопрос об адекватных мерах, способных переломить сложившиеся тенденции. Его решение нужно искать не только в результатах медико-биологических или психологических исследований, но и в сфере макросоциальных переменных, таких как государственная идеология, важнейшим элементом которой должна стать забота о здоровье как конечной цели реализации всех государственных приоритетов. Внимание к гендерным аспектам должно стать дополнительным фактором успеха.

#### **Библиографический список**

1. Включение гендерной проблематики в деятельность ВОЗ. Гендерная политика ВОЗ. URL: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/Russianwhole.pdf> (дата обращения: 15.05.2012).
2. Журнал «МАХИМ» на рынке российских мужских журналов. URL: <http://planetasmi.ru/blogi/comments/2927.html> (дата обращения: 27.05.2012).
3. Калинина А. М., Концевая А. В., Омельяненко М. Г. Оценка моделей профилактического поведения пациентов первичного звена здравоохранения в отношении факторов риска основных сердечно-сосудистых заболеваний // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2008. № 4. С. 3—8.
4. Коган Б. М., Дроздов А. З., Дмитриева Т. Б. Механизмы развития соматических и психопатологических стрессовых расстройств : (половые и гендерные аспекты) // Системная психология и социология. 2010. Т. 1, № 1. С. 105—120.
5. Туганов А. С. Общая психопатология. М. : Мед. информ. агентство, 2006. 128 с.
6. Ashwin S., Lytkina T. Men in crisis in Russia: the role of domestic marginalization // Gender and Society. Vol. 18 (2004), № 2. P. 189—206.
7. Cockerham W. C. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure // J. of Health and Social Behavior. Vol. 46 (2005), № 1. P. 51—67.
8. Cockerham W. C., Snead Ch. M., Waal D. F. de. Health lifestyles in Russia and the socialist heritage // J. of Health and Social Behavior. Vol. 43 (2002), № 1. P. 42—55.
9. Einbinder L. Women and Heart Disease. URL: <http://www.acp-md-wim.org/ppoint-ACP-6.html> (дата обращения: 15.05.2012).

10. *Shkolnikov V., Mesle F., Vallin J.* Health crisis in Russia II. Changes in causes of death: a comparison with France and England and Wales (1970 to 1993) // *Population : an English Selection*. Vol. 8 (1996). P. 155—189.
11. The intergenerational transmission of health-risk behaviors : adolescent lifestyles and gender moderating effects / K. A. S. Wickrama, R. D. Conger, L. E. Wallace, G. H. Elder (Jr.) // *J. of Health and Social Behavior*. Vol. 40 (1999), № 3. P. 258—272.