

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗВИЛКИ ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

Н. С. Григорьева^a, Т. В. Чубарова^b

^a Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова,
г. Москва, Россия, grigorieva@spa.msu.ru

^b Институт экономики, Российская академия наук, г. Москва, Россия

Гендерный подход к анализу здравоохранения остается недостаточно разработанным направлением в науке. Совершенствование клинической практики и биомедицинских исследований позволило значительно продвинуться в изучении взаимосвязи пола и здоровья. Но основная часть различий в обществе между мужчинами и женщинами имеет не столько биологический, сколько социальный характер, что демонстрирует их социально-культурную обусловленность. Авторы выделяют и актуализируют понятие «гендерные развилки», для того чтобы показать ключевые проблемы связки «гендер — здоровье — здравоохранение», а также необходимость взаимодействия с другими секторами социальной сферы с целью достижения устойчивого развития. Выявление гендерных развилоч важно не только для сохранения потенциала здоровья в течение всего жизненного цикла мужчин и женщин, но и для повышения эффективности систем здравоохранения на основе применения гендерного подхода.

Ключевые слова: гендерные развилки, устойчивое развитие, гендерный подход в здравоохранении, гендерные исследования здоровья и здравоохранения, гендерные стереотипы, гендерное равенство.

GENDER ROAD JUNCTION OF HEALTH AND HEALTHCARE IN RUSSIA

N. S. Grigorieva^a, T. V. Chubarova^b

^a Lomonosov Moscow State University,
Moscow, Russian Federation, grigorieva@spa.msu.ru

^b Institute of Economics, Russian Academy of Sciences,
Moscow, Russian Federation

Gender approach to health and healthcare analysis remains an underdeveloped area of social research. Improved clinical practice and biomedical research have allowed for significant progress in studying the relationship between gender and health. However, differences between men and women in society are mostly social rather than biological in nature, which demonstrates

their social and cultural conditionality. However, gender issues in healthcare are difficult to analyze since biological and social differences in this area are closely intertwined. Nevertheless, it is important to understand the methodology of gender approach to health and healthcare and the mechanisms of its practical application. It is the consideration of gender balance in development and implementation of national health policy that should become the basis for working out multi-purpose strategies aimed at promoting gender equality in health and creating appropriate institutional arrangements. The purpose of this article is to identify technologies that should be applied in health system based on gender approach to support health status of women and men in different periods of their lives, to improve the effectiveness of health system based on interdisciplinary, intersectoral interaction of all stakeholders. In the first part of the article, based on a review of the main trends and methodologies of promoting gender approach in health and health care, a definition of “gender point” is suggested and justifications of its application to the development of health policy are proposed. The second part considers gender points in healthcare in the context of the interaction of mechanisms for setting and achieving sustainable development goals, their coherence and interdependence, emphasizing the role of gender as a cross-cutting theme of social development of modern society. And finally, in the third part, starting conditions are analyzed for the application of the gender points technology in the practice of promoting a gender approach in Russian healthcare policy, through the analysis of situations where the need for such technology arises. The authors develop the notion of gender points in order to show the key problems of the linkages between gender, health status and healthcare system as well as their interaction with other social determinants of health in order to achieve sustainable health outcomes.

Key words: gender points, sustainable development, gender approach in healthcare, gender studies of health and healthcare, gender stereotypes, gender equality.

Понятие «гендер» относится к социально отведенным ролям, поведению, действиям и качествам, которые общество считает надлежащими для мужчин и женщин, и отражает распределение власти в отношениях между ними. При таком подходе понимание пола требует осмысления сложных социальных процессов, посредством которых люди связаны между собой и которые осуществляются на межличностном и институциональном уровнях и в обществе в целом [Connell, 2012]. На всех этих уровнях пол является важной, развивающейся и изменяемой детерминантой здоровья.

Гендерные проблемы в здравоохранении анализировать сложно, так как биологические и социальные различия в этой сфере тесно переплетаются. Тем не менее важно знать и понимать методологию подхода к гендерному измерению здравоохранения и технологию ее применения. Именно учет гендерного баланса в формировании и реализации национальной политики в области здравоохранения может стать основой для разработки многоцелевых стратегий, направленных на продвижение равноправия мужчин и женщин в вопросах здоровья, и создания с этой целью соответствующих институциональных механизмов.

Цель данной статьи — определить технологии, применяя которые в системе здравоохранения можно учесть гендерный фактор, чтобы поддержать потенциал здоровья женщин и мужчин и добиться повышения эффективности принимаемых мер за счет усиления междисциплинарного, межсекторного взаимодействия всех заинтересованных сторон.

В первой части статьи на основании обзора главных тенденций и методологии продвижения гендерного подхода в решении проблем здоровья и здравоохранения предлагается определение понятия гендерных развилки и обоснование потребности в его применении. Во второй части рассматриваются гендерные развилки здравоохранения в контексте взаимодействия механизмов постановки и достижения целей устойчивого развития, их согласованности и взаимообусловленности, что подчеркивает значение гендера как сквозной темы социального развития современного общества. И наконец, в третьей части анализируются исходные положения для применения технологии гендерных развилки в практике продвижения гендерного подхода в России через демонстрацию тех ситуаций, где необходимость в такой технологии возникает.

Методология гендерных исследований здоровья и здравоохранения: к вопросу о гендерных развилках

Ряд проблем в состоянии здоровья мужчин и женщин объективно определяется биологическими причинами. Неслучайно большинство исследований влияния пола на здоровье и заболеваемость проводятся внутри полов, и этот раскол в полной мере отражен в самих понятиях «женское здоровье» и «мужское здоровье». Хотя в последнее время гендерная составляющая все активнее включается в исследовательские темы и практику. Гендерные различия возникают тогда, когда появляется проблема доступа к ресурсам здравоохранения [Handbook on Gender and Health, 2016].

Различие в продолжительности жизни мужчин и женщин — один из важнейших гендерных показателей. Средняя разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин составляет 4,6 года, причем во всех странах женщины живут дольше мужчин, в некоторых случаях — более чем на 10 лет [Life Expectancy... , 2018]. Кроме того, глобальное бремя болезней непропорционально сказывается на мужчинах с точки зрения продолжительности жизни с поправкой на инвалидность [GBD Compare... , 2016], показывая, что женщины с инвалидностью живут дольше [Gender and Blindness... , 2002]. Частично эти различия связаны с биологическими различиями между мужчинами и женщинами в росте, обмене веществ, репродуктивных циклах, половых гормонах и процессах старения [Colchero et al., 2016]. Однако, даже если мужчины и женщины в равной степени подвержены риску или заболеванию, последствия для здоровья могут быть разными для каждого пола. Например, у женщин, которые курят, тяжелая хроническая обструктивная болезнь легких развивается в более молодом возрасте и при более низком совокупном воздействии сигаретного дыма [The Health Consequences of Smoking... , 2014].

Изучение вопросов здоровья с точки зрения гендерной перспективы продвигалось крайне медленно. Наука была сконцентрирована на мужском генотипе, и потому как «абсолютная норма» рассматривался среднестатистический европеец мужского рода [Галимов, Галимова, 2005]. Только в конце XX в. в исследованиях стали идентифицировать различия мужчин и женщин в сфере здоровья и доступности для них услуг здравоохранения, а проблемы здоровья начали связывать с широким кругом вопросов, относящихся к гендерным ролям,

и с охраной здоровья на рабочем месте. Постепенно исследования социальных факторов переместились в центр изучения гендерных проблем здравоохранения, что подчеркивает необходимость учета самой широкой корреляции между социально-экономической ситуацией и возможностями жизни и здоровья (см.: [Здоровье и здравоохранение... , 2007]).

При гендерном анализе систем здравоохранения отмечается перекокс в сторону исследований женского здоровья. Это связано с особенностями женских отличий в эпидемиологическом профиле полов. В настоящее время доказана важность заботы не только о репродуктивном здоровье женщины, но и о сохранении женского здоровья в течение всего жизненного цикла. Исследования показали, что мероприятия по охране женского здоровья, если они начинаются в раннем возрасте и длятся на всем протяжении развития девочки-женщины, приводят к сокращению затрат. В последнее время стали чаще говорить о мужском здоровье, однако акцент на здоровье женщин с учетом гендера сохраняется, что не преуменьшает его влияния на здоровье мужчин, а исправляет исторический дисбаланс в направлении достижения равенства [Training Manual... , 2002].

Исследователи выделяют три основных направления влияния гендера на здоровье и благополучие мужчин и женщин [Raune, 2006; Hawkes, Buse, 2013; Григорьева, Чубарова, 2001; Здоровье и здравоохранение... , 2007; Григорьева, 2015]:

- гендерные детерминанты здоровья, их пересечение с другими социальными и структурными детерминантами;
- гендерное поведение в отношении здоровья;
- гендерный характер реагирования системы здравоохранения (доступность и качество оказываемых услуг).

Необходимо отметить, что государственная система здравоохранения в СССР не допускала неравенства в предоставлении медицинских услуг по половому признаку. Более того, охрана здоровья матери и ребенка была выделена в самостоятельное направление государственной политики. Поэтому необходимость гендерного подхода в России проявилась в полной мере только с началом 1990-х гг., в период реформ, когда весь комплекс социально-экономических проблем затронул в первую очередь женщин, их социальный статус и заставил говорить о дискриминации в обществе по отношению к ним.

Задача гендерного подхода в здравоохранении — выявить влияние на здоровье мужчин и женщин той или иной болезни или медицинского вмешательства, а также их социальные последствия, иначе говоря, показать, как доступ к ресурсам сказывается на различиях в состоянии здоровья и получении медицинской помощи [Григорьева, Чубарова, 2001]. Таким образом, гендерный подход в здравоохранении позволяет системно изучать социальные факторы, влияющие на здоровье мужчин и женщин [Hankivsky, 2012].

С начала 1990-х гг. исследования с учетом гендерных аспектов здоровья по различным нозологиям позволили опровергнуть некоторые устойчивые стереотипы [Gender and Health... , 2015]¹. Например, в рамках проекта WHO

¹ В течение длительного периода клинические испытания в контексте исследований в основном проводились на мужчинах. Современное законодательство многих стран обязывает осуществлять клинические испытания на представителях обоих полов, что уже делается на протяжении последних 30 лет в США и 15 лет в Европе. Так появилась новая

MONICA (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease, 1998) были изучены тенденции классических факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, а также установлено, насколько изменения смертности могут быть связаны с изменениями заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС), качеством лечения острых коронарных осложнений. В исследовании принимали участие 37 популяций в 21 стране. По данным проекта, за 20 лет у мужчин смертность от ИБС снизилась в 25 популяциях, а возросла в 11, у женщин — в 22 и 13 популяциях соответственно. По результатам проекта было выявлено, что в обеих группах снижение смертности от ИБС (в тех популяциях, где оно произошло) было связано с улучшением лечения острых коронарных событий на 1/3 и на 2/3 определялось уменьшением частоты острых коронарных эпизодов.

Исследование австралийских ученых показало, что женщины умирают после инфаркта миокарда в два раза чаще, чем мужчины, они чаще оказываются недообследованы, им реже назначают коронарную ангиографию и другие диагностические процедуры, они реже получают надлежащие препараты в больнице и после выписки. Однако причины такой ситуации до конца не выяснены [Ehsan et al., 2018].

Поскольку гендерный мейнстрим определен в документах ООН как основная глобальная стратегия содействия гендерному равенству, то очевидно, что для ее реализации нужны определенные технологии. В этом контексте ставится задача инкорпорации гендерного подхода во все политики и практики и на всех уровнях общества. Для того чтобы ее решить, необходимо фиксировать ситуации, которые мы обозначили как гендерные развилки, *т. е. состояния здоровья мужчин и женщин, а также развитие систем здравоохранения, где применение гендерного подхода позволит выявить, как одинаковые действия могут влиять на здоровье мужчин и здоровье женщин и необходимость по-разному воздействовать на их здоровье для решения одних и тех же задач здравоохранительной политики.*

Введение понятия «гендерные развилки» призвано подчеркнуть, что для движения в направлении достижения гендерного равенства в здоровье и системе здравоохранения допустимо использовать различные инструменты в отношении женщин и мужчин. При этом сходства и различия между ними в рамках гендерного подхода не противопоставляются друг другу, а находятся в диалектическом единстве, смещая фокус внимания с какой-то одной целевой группы на гендерное равенство как цель. В данном случае принцип равенства включает в себя и право на различное отношение.

В статье представлены два примера возможностей технологии гендерных развилки. Во-первых, рассмотрен потенциал определения гендерных развилки в процессе интеграции гендера с другими социальными детерминантами здоровья. Для этого авторы использовали пример взаимодействия в достижении Целей устойчивого развития, утвержденных ООН. Показано, как цели 3 (здоровье) и 5 (гендер) согласуются с другими 15 целями устойчивого развития в основных доменах: домене социальных детерминант, развития системы здравоохранения и оценки здоровья.

возможность ставить вопросы относительно обоснованности моделей, традиционно используемых в протоколах исследований, оспаривать существующие методы и разрабатывать более надежные для повышения качества испытаний.

Во-вторых, на примере России проанализированы показатели, по которым наблюдается различие в гендерном разрезе, что позволяет отнести их к гендерным развилкам. На основании данных официальной статистики и социологических опросов были выбраны три основных показателя, а именно: продолжительность жизни, уровень смертности и самооценка состояния здоровья [Women and Health, 2009; Magar, 2015].

Гендерные развилки в здравоохранении в контексте достижения Целей устойчивого развития

Обеспечение равенства — одна из важнейших общепризнанных задач, стоящих перед мировым сообществом. В таком контексте гендерное равенство, т. е. равенство женщины и мужчины в отношении прав, ресурсов и власти, является составной частью этого процесса.

Данные вопросы занимают центральное место в Целях устойчивого развития до 2030 г. (ЦУР), принятых Генеральной Ассамблеей ООН в 2015 г. Они предназначены, в частности, для решения глобальных проблем обеспечения здоровья и благополучия всех людей (цель 3), гендерного равенства (цель 5), снижения уровня неравенства внутри стран и между ними (цель 10) и представляют собой своеобразную дорожную карту достижения устойчивого прогресса.

Новая повестка дня релевантна для всех стран и отражает расширенное толкование гендера, в которое включается целый ряд неравенств и обоснование необходимости конкретных действий по их устранению как в политике, так и на практике. В области здравоохранения это означает, что важно достигнуть такого состояния, при котором всеобщий охват услугами здравоохранения и меры финансовой защиты исключают любые источники неравенств. Таким образом, другие ЦУР включают широкий спектр действий в интересах здоровья, в этом смысле они или напрямую связаны с ним, или влияют на политику здравоохранения [Hosseinpoor et al., 2015]. Важно показать примеры взаимодействия ЦУР 3 (здравоохранение) и 5 (гендер) с другими глобальными целями в указанных трех областях (табл. 1), с тем чтобы понять, каким образом и с помощью каких инструментов можно добиться повышения эффективности, широты охвата и справедливости принимаемых и реализуемых программ. Такое интегрирование демонстрирует учет различных потребностей женщин и мужчин на всех стадиях разработки политики и программ для достижения гендерного равенства.

Как следует из таблицы 1, при рассмотрении динамики расходов на здравоохранение с позиций гендерного подхода становится очевидно, что расходы «привязаны» к положению женщин на рынке труда, уровню их образования, доступу к ресурсам и т. д., т. е. усилия в одном направлении даже при положительном результате не решат проблему в целом. На примере структурирования взаимосвязи между ЦУР представлено, как домены взаимодействуют друг с другом. Так, управление (область социальных детерминант) определяет реакцию системы здравоохранения на ситуацию (область системы здравоохранения) и действия граждан (поведенческий компонент). Все домены также проявляются в более широком социально-политическом, культурном и историческом контексте, формируя ряд межсекторальных факторов неравенства, изоляции и дискриминации, которые могут создавать серьезные последствия для здоровья.

Таблица 1

Отдельные примеры взаимодействия целей 3 и 5
с другими глобальными целями устойчивого развития²

| Домены здоровья (ЦУР 3) | Гендер (ЦУР 5) | Отдельные примеры | Ссылки на другие ЦУР |
|--|---|--|---|
| <p>Домен социальных детерминант:</p> <p>преждевременная смертность</p> <p>предотвратимая заболеваемость</p> | <p>Гендерные различия в доходах часто связаны с ухудшением состояния здоровья</p> <p>Гендерные различия в профессии могут привести к рискам преждевременной смертности и предотвратимой заболеваемости</p> <p>Изменение климата может оказать непропорциональное влияние на женщин и мужчин</p> | <p>Во всем мире 122 женщины в возрасте 25—34 года живут в условиях крайней нищеты (на каждые 100 мужчин той же возрастной группы). На 30 % неравенство в доходах обусловлено неравенством в домохозяйствах, в том числе между мужчинами и женщинами, причем женщины с большей вероятностью, чем мужчины, живут менее чем на 50 % от среднего национального дохода.</p> <p>Женщины имеют меньший стаж формальной оплачиваемой работы (роды, уход за детьми и опекунов). Разрыв в оплате труда мужчин и женщин широко распространен, что делает женщин менее обеспеченными.</p> <p>Девочки и женщины в случае связанных с климатом бедствий, таких как наводнения, подвергаются большему риску, чем мальчики и мужчины, потому что у них меньше шансов спастись.</p> | <p>ЦУР 1 (жизнь без бедности), ЦУР 7 (доступная и чистая энергия), ЦУР 8 (достойный труд и экономический рост), ЦУР 10 (уменьшение неравенства)</p> <p>ЦУР 1 (жизнь без бедности), ЦУР 10 (уменьшение неравенства), ЦУР 13 (климат)</p> |
| <p>психическое и физическое здоровье</p> | <p>Образование девочек и их низкое социально-экономическое положение могут влиять на здоровье</p> | <p>Во всем мире 15 млн девочек младшего школьного возраста никогда не смогут научиться читать или писать в начальной школе по сравнению с 10 млн мальчиков.</p> <p>Доля времени, затрачиваемого женщинами на неоплачиваемую работу по дому и уходу, в 2,6 раза больше, чем у мужчин</p> | <p>ЦУР 1 (жизнь без бедности), ЦУР 4 (качественное образование), ЦУР 6 (чистая вода и санитария), ЦУР 8 (достойный труд и экономический рост), ЦУР 16 (мир, справедливость и сильные институты)</p> |

² Адаптировано авторами из: Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. 2018. Вып. 96, № 9. С. 644—653.

Продолжение табл. 1

| Домены здоровья (ЦУР 3) | Гендер (ЦУР 5) | Отдельные примеры | Ссылки на другие ЦУР |
|---|---|---|---|
| питание | Гендерные нормы и практика распределения продуктов питания часто ставят девочек и женщин в невыгодное положение | Женщины на 11 п.п. чаще, чем мужчины, сообщают о нехватке продовольствия. Мужчинам и мальчикам часто дают больше еды и более питательную пищу, чем женщинам и девочкам | ЦУР 2 (нулевой голод), ЦУР 6 (чистая вода и санитария) |
| <i>Домен здорового поведения</i> | Гендерные особенности подверженности риску употребления вредных для здоровья продуктов (алкоголь, табак), как правило, увеличивают заболеваемость и смертность среди мужчин | Гендерные особенности подверженности риску неинфекционных заболеваний и плохому поведению, связанному с обращением за медицинской помощью, способствуют увеличению мужской смертности. Корпоративные стратегии по расширению рынков табака и алкоголя все чаще разрабатываются с учетом охвата женщин, особенно молодых, из стран с низким и средним уровнем дохода | ЦУР 2 (нулевой голод), ЦУР 12 (ответственное потребление и производство) |
| <i>Домен системы здравоохранения:</i> всеобщее медицинское страхование | Гендерные модели занятости могут повлиять на доступ женщин к медицинским услугам | Женщины имеют большую продолжительность жизни, но зачастую меньший стаж работы и низкие пенсии. Поэтому у женщин может быть меньший доступ к медицинским услугам в старости | ЦУР 1 (жизнь без бедности), ЦУР 4 (качественное образование), ЦУР 8 (достойный труд и экономический рост), ЦУР 10 (уменьшение неравенства), ЦУР 16 (мир, справедливость и сильные институты), ЦУР 17 (партнерства для достижения целей) |
| | Динамика расходов на здравоохранение | Женщины имеют более низкую покупательную способность, чем мужчины. Это влияет на риск возникновения у женщин катастрофических расходов на здравоохранение | |

Окончание табл. 1

| Домены здоровья (ЦУР 3) | Гендер (ЦУР 5) | Отдельные примеры | Ссылки на другие ЦУР |
|----------------------------------|---|---|---|
| | Гендерные нормы могут влиять на использование услуг женщинами | | ЦУР 1 (без бедности), ЦУР 4 (качественное образование), ЦУР 8 (достойный труд и экономический рост), ЦУР 10 (уменьшение неравенства), ЦУР 16 (мир, справедливость и сильные институты), ЦУР 17 (партнерства для достижения целей) |
| | Системы здравоохранения могут не учитывать, как неравные гендерные нормы, роли и отношения влияют на здоровье | Анализ эпидемии болезни, вызванной вирусом Эбола, в 2013—2016 гг. выявил отсутствие данных с разбивкой по полу. На ранних этапах реагирования на эпидемию игнорировались разные роли мужчин и женщин (например, мужчины хоронили мертвых, в то время как женщины ухаживали за больными людьми), следовательно, были разные пути передачи вируса. Гендерные предрассудки, стигматизация и дискриминация в обществе удерживают трансгендерное население и мужчин с вирусом иммунодефицита человека от обращения за медицинской помощью. | |
| трудовые ресурсы здравоохранения | Гендерные аспекты занятости | Сегрегация на рынке труда | ЦУР 8 (достойный труд и экономический рост) |

В результате можно сделать вывод о том, что применение технологии гендерных развилки к реализации Целей устойчивого развития в полной мере отвечает задачам, поставленным в докладе структуры «ООН-женщины» с символическим названием «Превращение обещаний в действия...» где подчеркивается: 1) что гендерное равенство играет ключевую роль в достижении всех 17 ЦУР, а следовательно, нужен комплексный подход к их осуществлению; 2) пробелы в гендерных

данных, препятствующие надежному мониторингу, требуют определения отправных точек и тенденций по ряду гендерных показателей; 3) политика и обязательства государств по обеспечению гендерного равенства на глобальном, региональном и национальном уровнях должны придерживаться синергизма в достижении всех целей [Turning Promises into Action... , 2018].

Основы применения технологии гендерных развилок (на примере России)

Средняя продолжительность жизни в России по итогам 2018 г. составила более 73 лет. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении составляет сейчас 67,66 года, женщин — 77,87 года. Таким образом, в России в целом гендерный разрыв в продолжительности жизни очень высокий — почти 11 лет (2017 г.)³. Кроме того, данные показывают, что средняя продолжительность предстоящей жизни практически по всем возрастным группам у женщин выше и выравнивается только после 75 лет.

В 2017 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась в России почти на 8 лет по сравнению с 2003 г. (с 64,8 до 72,7 года), однако, если проводить сравнение с результатами, которые были достигнуты в 1986—1987 гг., рост данного показателя в настоящее время составляет всего 2,6 года. В то же время в большинстве развитых стран мира ожидаемая продолжительность жизни в течение последних десятилетий значительно увеличилась, и в настоящее время она в Европейском союзе превышает российские показатели на 8 лет.

Официальные данные по *среднему возрасту смерти* показывают, что средний возраст смерти от всех причин в 2016 г. составил в России 66,4 года у мужчин и 76,9 года у женщин, и такая тенденция выдерживается при рассмотрении среднего возраста смерти от отдельных групп заболеваний (табл. 2).

Таблица 2

Средний возраст смерти по основным классам причин в 2016 г., лет⁴

| | От всех причин | Класс I (коды A00— B99) | Класс II (коды C00— D48) | Класс IX (коды I00— I99) | Класс X (коды J00— J99) | Класс XI (коды K00— K93) | Класс XX (коды V01— Y98) |
|----------------------|----------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Мужчины | | | | | | | |
| Российская Федерация | 66,4 | 43,8 | 68,1 | 71,0 | 67,6 | 60,3 | 47,8 |
| ЦФО | 67,8 | 44,4 | 68,8 | 72,0 | 68,9 | 61,1 | 48,8 |
| г. Москва | 72,5 | 47,0 | 73,6 | 77,5 | 73,5 | 66,2 | 53,3 |
| Женщины | | | | | | | |
| Российская Федерация | 76,9 | 44,2 | 70,0 | 79,9 | 72,8 | 68,9 | 55,7 |
| ЦФО | 77,7 | 45,7 | 70,8 | 80,6 | 74,7 | 70,0 | 57,8 |
| г. Москва | 79,8 | 49,8 | 74,7 | 83,8 | 78,4 | 74,8 | 65,1 |

³ Наиболее благоприятная ситуация в г. Москва, где гендерный разрыв несколько ниже — 7 лет.

⁴ Демографический ежегодник России. М.: Росстат, 2017.

Анализ структуры смертности обнаруживает, что основные ее причины у мужчин и женщин в России одинаковые: на первом месте — болезни системы кровообращения, на втором — новообразования, на третьем — внешние причины. Однако если по первым двум позициям доли сопоставимы — около 50 и 25 %, то доля внешних причин смерти в стандартизованном коэффициенте смертности у мужчин почти в два раза больше — 8,7 и 4,3 % соответственно.

Исследования показывают, что различия смертности, например от болезней системы кровообращения, варьируются в зависимости от типа заболевания и анализируемого периода жизненного цикла. Хотя основные причины смерти (заболевания сердечно-сосудистой системы) одинаковы для мужчин и женщин, у мужчин в более молодом возрасте чаще отмечаются опасные для жизни хронические заболевания, включая ишемическую болезнь сердца, инсульт и т. д., напротив, у женщин чаще встречаются хронические изнурительные расстройства, такие как аутоиммунные заболевания и ревматологические расстройства, а также меньше угрожающих жизни заболеваний (анемия, проблемы со щитовидной железой, мигрень, артрит, заболевания желчного пузыря и экземы) [Rieker, Bird, 2005].

Смертность в трудоспособном возрасте существенно различается по полу: у мужчин она заметно выше. Определенную роль играет более длинный возрастной интервал трудоспособности (у мужчин он на 5 лет больше), но важнее более высокая интенсивность смертности мужчин; в 2017 г. смертность мужчин в трудоспособных возрастах превышала смертность женщин в этих же возрастах в 3,5 раза.

Одним из показателей, наиболее часто используемых при сравнении здоровья женщин и мужчин, является *самооценка здоровья*. Эта субъективная глобальная оценка состояния здоровья самим человеком состоит из одноэлементной меры с пятиуровневым вариантом ответов по порядковой шкале [El-Ansari, Stock, 2016]. Самооценка здоровья — многомерная концепция, которая включает, помимо оценки физических аспектов, степень, в которой участники действуют (функциональное измерение), степень, в которой они адаптированы, или их отношение к существующему заболеванию (измерение выживания), а также то, как они себя чувствуют (измерение благосостояния) [Simon et al., 2005].

Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения (2018)⁵, выполненное Росстатом (табл. 3), только подтверждает общемировые тенденции: повсеместно мужчины оценивают свое здоровье выше, чем женщины.

Мужчины чаще, чем женщины, определяют свое здоровье как «очень хорошее» (7,6 и 3,7 %) и «хорошее» (38,9 и 31,2 %) и соответственно женщины чаще оценивают его как «плохое» (13,1 и 9,0 %) и «очень плохое» (1,9 и 1,2 %). При определении здоровья как «удовлетворительное» разница в ответах мужчин и женщин минимизируется (48,0 и 49,8 % соответственно), а при затруднении с ответом и те и другие демонстрируют полное единодушие (0,3 %). В целом это отвечает результатам исследований, выполненных ранее [Паутова, Паутов, 2015].

⁵ Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения, было проведено в 2018 г. во всех субъектах РФ с охватом 15 тыс. домохозяйств.

Таблица 3

Самооценки здоровья мужчин и женщин, %⁶

| Как в целом Вы оцениваете состояние своего здоровья в настоящее время? | Мужчины | Женщины | Всего |
|--|---------|---------|-------|
| Очень хорошее | 7,6 | 3,7 | 5,3 |
| Хорошее | 38,9 | 31,2 | 34,3 |
| Удовлетворительное | 48,0 | 49,8 | 47,1 |
| Плохое | 9,0 | 13,1 | 11,5 |
| Очень плохое | 1,2 | 1,9 | 1,7 |
| Затрудняюсь ответить | 0,3 | 0,3 | 0,3 |

На самооценку влияет и то, как мужчины и женщины понимают термины, которые используются для характеристики здоровья. В качестве примера можно сослаться на исследование ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Министерства здравоохранения РФ, в котором участвовали 70 пациентов (39 мужчин и 31 женщина), находившихся на стационарном лечении (средний возраст 60,0 ± 11,5 года). Все они страдали ИБС и/или артериальной гипертензией (АГ), имели высшее или среднее образование (табл. 3). Пациентам предлагалось описать свое понимание 16 медицинских терминов, которое оценивалось по 55-балльной системе [Бубнова, 2016].

Таблица 4

Понимание некоторых медицинских терминов мужчинами и женщинами с сердечно-сосудистыми заболеваниями⁷

| Термин | Различия в понимании |
|----------------------------|--|
| Здоровье | 35,8 % мужчин и 29 % женщин не понимали термин «здоровье» в психологическом и социальном аспектах. 63,9 % мужчин и 71 % женщин попытались описать его на конкретных примерах |
| Стенокардия | 56,4 % мужчин и 45,2 % женщин вообще не знали, что означает это слово. Другая часть пациентов (28,2 % мужчин и 54,8 % женщин) считали, что «стенокардия» — это «боли в сердце». Никто из пациентов не расшифровал термин как «приступ грудных болей» |
| Ишемическая болезнь сердца | 61,3 % женщин и 61,5 % мужчин не смогли дать его точную трактовку. Подавляющее большинство описывали термин ИБС как «болезнь сердца», не понимая ее сути |
| Факторы риска | 51,3 % мужчин и 51,6 % женщин не знали, что такое «факторы риска» |
| Кардиореабилитация | 35,9 % мужчин и 54,8 % женщин не знали этот термин. Чаще всего фигурировало определение «восстановление сердечно-сосудистой системы (работоспособности сердца)» |

⁶ Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Factors2018_2812/index.html (дата обращения: 20.06.2019).

⁷ Адаптировано авторами из: [Бубнова, 2016].

Результаты показали, что существенное число мужчин и женщин, страдающих ИБС и/или АГ и находящихся в стационаре по поводу своего заболевания, либо не знают, либо неправильно понимают значение большинства кардиологических терминов, которые используются и в разговорах с врачами, и в научно-популярной информации. А это означает, что трудно рассчитывать на их приверженность лечению, соблюдению рекомендаций врача по изменению образа жизни, на их понимание факторов риска и длительный контроль над ними.

Выводы

В конце XX — начале XXI в. был совершен прорыв в использовании гендерных измерений в сфере медицины и здравоохранения. Расширенное понимание гендера и здоровья, определяемое экономическими, политическими и культурными отношениями, обозначило новую отправную точку для прогресса в области устойчивого развития. Анализ показал, что количество и качество гендерных данных улучшаются с течением времени, но, несмотря на прогресс, сохраняются концептуальные и методологические недостатки, которые тормозят продвижение гендерного подхода на всех уровнях принятия решений.

Гендерный подход пересекается по крайней мере с тремя областями здоровья, его применение только в одной из них не может эффективно решить проблему неравенства в сфере здоровья. Поэтому необходим комплексный подход на протяжении всего жизненного цикла — определение гендерных развилки (опорных точек), когда нужен специфический подход к мужчинам и женщинам. Однако это потребует перестройки системы здравоохранения, выработки стандартов ведения пациентов — мужчин и женщин. Например, возможно, имеет смысл отказаться от сплошной диспансеризации, а проводить скрининг по определенным факторам риска, связанным в том числе с естественными биологическими различиями (рак молочной железы у женщин, рак предстательной железы у мужчин). Важно выявить гендерные развилки, чтобы определить лучшие маршруты для мужчин и женщин в поддержании здоровья, лечении или реабилитации. С этой целью необходимо учитывать существующие различия между мужчинами и женщинами, но не для того, чтобы их абсолютизировать, а для того, чтобы преодолевать их отрицательные последствия. Однако гендерная составляющая практически не прослеживается в усилиях Министерства здравоохранения РФ по увеличению продолжительности жизни. Логично предположить, что если мужчины живут меньше, то на этом необходимо сфокусировать усилия.

Гендерные развилки должны быть не только выявлены и обозначены, но и стать отправными точками для формирования политики в отношении здоровья мужчин и женщин, выбора технологий преодоления различий и достижения равенства с учетом специфики государственного управления и институциональных особенностей системы здравоохранения России.

Библиографический список

- Бубнова М. Г. Понимание некоторых медицинских терминов мужчинами и женщинами с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Проблемы женского здоровья. 2016. Т. 11, № 3. С. 5—13.
- Галимов Ш. Н., Галимова Э. Ф. Вымирающий пол — иллюзия или реальность? // Управление здравоохранением. 2005. № 1—2. С. 35—42.
- Григорьева Н. С. Гендерный подход в здравоохранении: методологический комментарий // Управление здравоохранением. 2015. № 1. С. 10—27.
- Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Гендерный подход в здравоохранении. М.: Альфа-Принт, 2001. 96 с.
- Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / под общ. ред. Н. М. Римашевской. М.: Соц. проект, 2007. 240 с.
- Паутова Н. С., Паутов И. С. Гендерные особенности самооценки здоровья и его восприятия как социокультурной ценности: (по данным 21-й волны RLMS-HSE) // Женщина в российском обществе. 2015. № 2. С. 60—75.
- Colchero F., Rau R., Jones O. R., Barthold J. A., Conde D. A., Lenart A. et al. The emergence of ligneous populations // Proceedings of the National Academy of Sciences. 2016. Vol. 113, iss. 48. P. 7681—7690.
- Connell R. Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective // Social Science & Medicine. 2012. Vol. 74, iss. 11. P. 1675—1683.
- Ehsan K., Brieger D., Amerena Jo., Atherton Jo. J., Chew D., Farshid Ah., Ilton M., Juergen C., Kangaharan N., Rajaratnam R., Sweeny A., Walters D., Chow C. Differences in management and outcomes for men and women with ST-elevation myocardial infarction // Medical Journal of Australia. 2018. Vol. 209, iss. 3. P. 118—123.
- El-Ansari W., Stock C. Gender differences in self-rated health among university students in England, Wales and Northern Ireland: do confounding variables matter? // Global Journal of Health Science. 2016. № 8. P. 168—177.
- GBD Compare: Data Visualization Hub. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation: University of Washington, 2016. URL: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> (дата обращения: 20.06.2019).
- Gender and Blindness. Gender and Health Information Sheet. Geneva: World Health Organization, 2002. URL: <http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/a85574/en> (дата обращения: 05.03.2018).
- Gender and Health: Taking Differences into Account, to Fight Inequality More Effectively: Report Drawn up in Collaboration with Jennifer Merchant and Catherine Vidal, Joint Managers of the Inserm Ethics Committee “Gender and Health Research” Group. URL: <https://www.inserm.fr/en/health-information/health-and-research-from-z/gender-and-health> (дата обращения: 05.03.2018).
- Handbook on Gender and Health / ed. by J. Gideon. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Ltd, 2016. 640 p.
- Hankivsky O. Women’s health, men’s health, and gender and health: implications of intersectionality // Social Science & Medicine. 2012. Vol. 74, iss. 11. P. 1712—1720.
- Hawkes S., Buse K. Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths // The Lancet. 2013. Vol. 381, № 9879. P. 1783—1787.
- Hosseinpour A., Bergen N., Magar V. Monitoring inequality: an emerging priority for health in the post-2015 era // Bulletin of the World Health Organization. 2015. Vol. 93, № 9. P. 591—591.
- Life Expectancy. Global Health Observatory Data. 2018. URL: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends_text/en/ (дата обращения: 20.02.2018).

- Magar V. Gender, health and the sustainable development goals // *Bulletin of the World Health Organization*. 2015. Vol. 93. № 11. P. 743.
- Payne S. *The Health of Men and Women*. Cambridge: Polity Press, 2006. 224 p.
- Rieker P. P., Bird C. E. Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives // *Journal of Gerontology*. 2005. Vol. 60B. P. 40—47.
- Simon J. G., De Boer J. B., Joung I. M. A., Bosma H., Mackenbach J. P. How is your health in general?: a qualitative study on self-assessed health // *European Journal of Public Health*. 2005. Vol. 15. P. 200—208.
- The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress: a Report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2014. URL: <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf> (дата обращения: 20.01.2019).
- Traning Manual for Gender Mainstreaming in Health / Medical Women's International Association. 2002. URL: <https://mwia.net/wp-content/uploads/2013/07/TrainingManualonGenderMainstreaminginHealth.pdf> (дата обращения: 20.02.2018).
- Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development: UN Women's New Report. 2018. URL: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/2/gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018> (дата обращения: 05.06.2019).
- Women and Health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda. Geneva: World Health Organization, 2009. 91 p.

References

- Bubnova, M. G. (2016) Ponimanie nekotorykh meditsinskikh terminov muzhchinami i zhenshchinami s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [Understanding some of the medical terms men and women with cardiovascular diseases], *Problemy zhenskogo zdorov'ia*, vol. 11, no. 3, pp. 5—13.
- Colchero, F., Rau, R., Jones, O. R., Barthold, J. A., Conde, D. A., Lenart, A. et al. (2016) The emergence of ligneous populations, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 113, iss. 48, pp. 7681—7690.
- Connell, R. (2012) Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective, *Social Science & Medicine*, vol. 74, iss. 11, pp. 1675—1683.
- Ehsan, K., Brieger, D., Amerena, Jo., Atherton, Jo. J., Chew, D., Farshid, Ah., Ilton, M., Juergens, C., Kangaharan, N., Rajaratnam, R., Sweeny, A., Walters, D., Chow, C. (2018) Differences in management and outcomes for men and women with ST-elevation myocardial infarction, *Medical Journal of Australia*, vol. 209, iss. 3, pp. 118—123.
- El-Ansari, W., Stock, C. (2016) Gender differences in self-rated health among university students in England, Wales and Northern Ireland: do confounding variables matter?, *Global Journal of Health Science*, no. 8, pp. 168—177.
- Galimov, Sh. N., Galimova, È. F. (2005) Vymiraiushchiĭ pol — illiuziia ili real'nost'? [Dying sex — illusion or reality?], *Upravlenie zdavookhraneniem*, no. 1—2, pp. 35—42.
- GBD Compare: Data Visualization Hub* (2016), Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> (accessed 20.06.2019).
- Gender and Blindness. Gender and Health Information Sheet* (2002), Geneva: World Health Organization, available from <http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/a85574/en> (accessed 05.05.2018).
- Gender and Health: Taking Differences into Account, to Fight Inequality More Effectively: Report Drawn up in Collaboration with Jennifer Merchant and Catherine Vidal*, Joint

- Managers of the Inserm Ethics Committee “Gender and Health Research” Group, available from <https://www.inserm.fr/en/health-information/health-and-research-from-z/gender-and-health> (accessed 05.03.2018).
- Gideon, J. (ed.) (2016) *Handbook on Gender and Health*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing Ltd.
- Grigor’eva, N. S. (2015) Gendernyi podkhod v zdravookhraneniі: metodologicheskiі kommentariі [Gender approach in health care: methodological comments], *Upravlenie zdravookhraneniem*, no. 1, pp. 10—28.
- Grigor’eva, N. S., Chubarova, T. V. (2001) *Gendernyi podkhod v zdravookhraneniі* [Gender and health care], Moscow: Al’fa-Print.
- Hankivsky, O. (2012) Women’s health, men’s health, and gender and health: implications of intersectionality, *Social Science & Medicine*, vol. 74, iss. 11, pp. 1712—1720.
- Hawkes, S., Buse, K. (2013) Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths, *The Lancet*, vol. 381, no. 9879, pp. 1783—1787.
- Hosseinpoor, A., Bergen, N., Magar, V. (2015) Monitoring inequality: an emerging priority for health in the post-2015 era, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 93, no. 9, pp. 591—591A.
- Life Expectancy. Global Health Observatory Data* (2018), available from http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends_text/en/ (accessed 20.02.2018).
- Magar, V. (2015) Gender, health and the sustainable development goals, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 93, no. 11, p. 743.
- Pautova, N. S., Pautov, I. S. (2015) Gendernye osobennosti samootsenki zdorov’ia i ego vospriiatii kak sotsiokul’turnoi tseennosti: (Po dannym 21-i volny RLMS-HSE) [Gender characteristics of health selfassessment and perception as a socio-cultural value: (Based on the data of the 21st round of RLMS-HSE)], *Zhenshchina v rossiiskom obshchestve*, no. 2, pp. 64—79.
- Payne, S. (2006) *The Health of Men and Women*, Cambridge: Polity Press.
- Rieker, P. P., Bird, C. E. (2005) Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives, *Journal of Gerontology*, vol. 60B, pp. 40—47.
- Rimashevskaiia, N. M. (ed.) (2007) *Zdorov’e i zdravookhranenie v gendernom izmerenii* [Health and health care in gender dimension], Moscow: Sotsial’nyi proekt.
- Simon, J. G., De Boer, J. B., Joung, I. M. A., Bosma, H., Mackenbach, J. P. (2005) How is your health in general?: A qualitative study on self-assessed health, *European Journal of Public Health*, vol. 15, pp. 200—208.
- The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General* (2014), Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, available from <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf> (accessed 20.01.2018).
- Traning Manual for Gender Mainstreaming in Health* (2002), Medical Women’s International Association, available from <https://mwia.net/wp-content/uploads/2013/07/TrainingManualonGenderMainstreaminginHealth.pdf> (accessed 20.02.2018).
- Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development: UN Women’s New Report* (2018), available from <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/2/gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018> (accessed 03.06.2019).
- Women and Health: Today’s Evidence Tomorrow’s Agenda* (2009), Geneva: WHO.

Информация об авторах / Information about the authors

Григорьева Наталия Сергеевна — доктор политических наук, профессор кафедры политического анализа, Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова, г. Москва, Россия, grigorieva@spa.msu.ru (Dr. Sc. (Political Sc.), Professor at the Department of Political Analysis, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation).

Чубарова Татьяна Владимировна — доктор экономических наук, главный научный сотрудник, Институт экономики РАН, г. Москва, Россия, t_chubarova@mail.ru (Dr. Sc. (Econ.), Chief Researcher, Institute of Economy of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation).