

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНДЕРНОЙ АСИММЕТРИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ

© 2020 Камашева Анастасия Васильевна

старший преподаватель кафедры управления человеческими ресурсами
Института управления, экономики и финансов
Казанский (Приволжский) федеральный университет, Россия, Казань

© 2020 Кузнецова Алсу Мунировна

кандидат социологических наук
старший преподаватель кафедры управления человеческими ресурсами
Института управления, экономики и финансов
Казанский (Приволжский) федеральный университет, Россия, Казань
E-mail: alsu@legenda.travel

© 2020 Рыжова Ася Сергеевна

ассистент кафедры управления человеческими ресурсами
Института управления, экономики и финансов
Казанский (Приволжский) федеральный университет, Россия, Казань

Авторами проведен анализ понятийного аппарата, используемого при изучении проблем индивидуального и общественного здоровья, а также с применением гендерного подхода и гендерного анализа рассмотрено проявление гендерной асимметрии в сфере здравоохранения

Ключевые слова: гендер, гендерный анализ, гендерный подход в здравоохранении, гендерное равенство и неравенство в здравоохранении.

В Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г. [1], указано, что улучшение здоровья населения является одним из основных целей развития нашей страны и заключается не только в оказании медицинской помощи заболевшему населению, но и в реализации различных программ по профилактике заболеваний, а также формированию здорового образа жизни, поэтому это направление должно быть направлено на социум в целом, а не только отдельных популяций. Согласно документов ВОЗ «здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие физических дефектов и болезней» [1]. Современными учеными предлагаются различные определения понятия общественного здоровья. По мнению Шабуновой А.А. « общественное здоровье представляет собой комплекс научных и практических мер и обеспечивающих их структур медицинского или немедицинского характера, направленный на реализацию концепции охраны и укрепления здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности жизни и трудоспособности», а «благополучие — динамическое состояние ума,

характеризующееся некоторой психической гармонией между способностями, потребностями и ожиданиями работающего и теми требованиями и возможностями, которые предъявляет и предоставляет окружающая среда» [20].

Для характеристики состояния здоровья общества необходимо изучить главные вопросы системы здравоохранения, среди которых анализ демографических показателей и показателей здоровья населения. С целью оценки общественного здоровья ООН предложила свою систему социальных показателей здоровья, коррелирующих с таким понятием как ожидаемая продолжительность жизни в состоянии здоровья и нездоровья в возрасте 1 года, 20 лет, 40 лет, 60 лет; а также учитывать долю лиц, пребывающих в состоянии нездоровья (%) и др. [20, с.321–352].

Изучение состояния здоровья всегда находится в центре внимания государства, ответственности, так как оказывает большое влияние на происходящие в обществе демографические процессы и на национальную безопасность страны.

В современных условиях общепризнано, что существует гендерная асимметрия в здоровье мужчин и женщин, и поэтому этому явлению

посвящены многочисленные исследования ученых.

В 1990-е годы наблюдалось резкое ухудшение здоровья населения, в качестве показателей использовали увеличение заболеваемости туберкулезом, СПИДом, наркоманией, а также младенческую смертность; «сверхсмертность» мужчин в трудоспособном возрасте и другие проблемы [15].

Гендерный подход и гендерный анализ в сфере общественного здоровья, применяются для исследования выше перечисленных социальных процессов, в том числе здоровья мужчин и женщин, с точки зрения гендерного равенства в доступе к системе здравоохранения и в уровне здоровья и продолжительности жизни, их равных возможностей в сфере жизнедеятельности, экономике, семье и других сферах.

В настоящее время понятие «гендер» широко используется в России в научном мире, в средствах массовой информации, в популярных изданиях, в интернете. ВОЗ рекомендует использовать именно гендерный подход к здоровью. Однако, гендерный подход в здравоохранении требует разработки из-за разных подходов учеными и специалистами.

Вопросами здоровья с точки зрения экономики, статистики, демографии и социологии в России занимались такие ученые, как Аганбегян А. Г., Андреев Е. М., Афанасьев А. А., Бедный М. С., Волков А. Г., Вишневский А. Г., Давыдовский И. В., Каминский Л. С., Клупт М. А., Лисицин Ю. П., Медик В. А., Мерков А. М., Назарова И. Б., Римашевская Н. М., Решетников А. В., Улумбекова Г. Э., Фахрутдинова Е. В., Ягудин Р. Х. и др. Зарубежными исследователями G. S. Becker, A. Bowling, L. M. Verbugge, S. E. Wilson и др. также проводятся исследования, посвященные гендерному аспекту здоровья.

В нашей стране превышение числа женщин наблюдается чаще в старших рабочих возрастах после 45 лет, а в более старшем возрасте разрыв может достигать более 3 раз [19]. Демографические процессы также можно рассматривать с применением гендерного подхода, с точки зрения проблем процесса естественного воспроизводства и демографического старения населения, влияющие на процессы модернизации экономики, уменьшение численности населения молодого возраста и увеличение численности населения старшего возраста.

С 70-х годов XX века программы здоровья

рассматривали женщину с точки зрения материнства. В конце XX века стали говорить о различиях женщин и мужчин в вопросах здоровья, доступности услуг здравоохранения и сформировался биомедицинский подход, рассматривающий эту проблему с точки зрения нарушения здоровья у мужчин и женщин.

Мы согласны с мнением Григорьевой Н. С. [3], что состояние здоровья у женщин и мужчин различно. Для женщин характерна более длительная продолжительность жизни, чем у мужчин, если даже они находятся в одинаковых социально-экономических условиях. Однако, качество жизни женщины с точки зрения здоровья хуже, вызванное частыми нарушениями здоровья репродуктивной системы и заражения заболеваниями, передающимися половым путем. Наблюдающееся различие здоровья полов формирует неоднозначность по отношению к различным заболеваниям и задачей гендерного подхода в здравоохранении является изучение причин и обеспечение равного доступа к ресурсам здравоохранения по получению качественной медицинской помощи [3].

Так же мы разделяем мнение ряда ученых [19, 22], что в стране имеется значительный разрыв в показателях ожидаемой продолжительности предстоящей жизни мужчин и женщин, и в 2003 году этот показатель составлял 13 лет, а по рекомендациям ВОЗ допустимой величиной является показатель в 5 лет [22]. С целью изучения различий в положении мужчин и женщин в процессе жизнедеятельности человека, по мнению Хоткиной З. А., Доброхлеб В. Г. и Русановой Н. Е. [19], Программа развития ООН (ПРООН) предлагает специальные индикаторы, например, индекс человеческого развития и индекс гендерного неравенства. У Российской Федерации эти показатели низкие. Для достижения гендерного равенства в здравоохранении часто требуется разработка нормативных документов, направленных на решение проблем в конкретной сфере. Введение в 2015 году «Дорожной карты действия вопросов гендера, прав человека и социальных детерминант в работу ВОЗ» должно обеспечить комплексный подход, учитывающий права человека и гендерные аспекты укрепления справедливости [19].

В основе нашего исследования использованы данные государственной статистики за ряд лет [4, 6, 9]. Проводился сравнительный анализ некоторых показателей по РФ в разрезе феде-

ральных округов. Например, изучение динамики численности населения в нашей стране по округам за период 2015 [10, с.39–42] – 2018 [12, с.58] г.г. В 2018 году имеется уменьшение численности населения в следующих округах: Приволжском на 277,0 тыс. чел., в Сибирском на 2139, 0 тыс.чел. В Южном, Северо-Кавказском, Центральном, Дальневосточном округах, и в РФ динамика положительная.

Сравнительный анализ изменения численности населения в субъектах России за 2018 [13] –2019 [14] гг. с учетом миграции свидетельствует что, за анализируемый период естественный прирост наблюдается только в Уральском и Северо- Кавказском федеральном округе. Рассматривая соотношение численности мужчин и женщин по возрастным группам, следует отметить, что число женщин резко в возрасте 50–54 лет, соотношение достигает 1:2 в возрастной группе 70 и более и то же самое наблюдается в возрастной группе старше трудоспособного возраста.

Показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении представлен в таблице 1.

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин ниже приблизительно на 10 лет, что имеет положительную динамику в сравнении с 2003 годом, где разрыв составлял 13 лет.

Необходимо отметить, что приведенные данные свидетельствуют о наличии «гендерного парадокса» здоровья населения России, а также здоровья работающих граждан. Много исследований посвящено показателям здоровья женщин и мужчин, а также факторам, оказывающим влияние на состояние здоровья. Дифференцированный подход к решению здоровья работающих женщин отражен в Концепции демографической политики РФ на период до 2025 г. [7]. Мужчины и женщины различно относятся к своему здоровью, игнорируют факторы риска, что формирует опасность «гендерного нейтралитета» в сфере здравоохранения [8]. Значимость гендерного подхода в здравоохранении

обуславливается описанным в работах ученых (Nathanson,1975) «гендерным парадоксом здоровья» (Bird, Rieker 1999, Bird, Rieker 2005). Ученые тракуют выявленные различия с помощью «теории неравного воздействия [8, с.8].

Рассмотрим некоторые интересные индикаторы здоровья в сравнении полов. Первым индикатором является показатель смертности по основным классам причин смерти среди мужчин и женщин [6]. В 2016 году в количественном выражении умерших от всех причин мужчин больше на 1,47%, чем женщин. В количественном выражении женщин умирает больше от заболеваний системы кровообращения, в 2016 году на 14,9%. Резкий диапазон смерти между полами наблюдается у мужчин в количественном измерении в группе смерти от внешних причин более, чем в 3 раза в сравнении с женщинами. В 2017 году количество умерших женщин от всех причин больше на 0,5%, а от болезней системы кровообращения на 14,5% [6]. Интересным представляется изучить этот показатель в зависимости от возраста. Смертность мужчин значительно выше во всех группах заболеваний в несколько раз. Рассмотрим заболеваемость новообразованиями по возрастным группам среди мужчин и женщин в 2017 году. Заболеваемость новообразованиями выше среди женщин и наблюдается в более раннем возрасте, чем у мужчин.

Согласно статистическим данным [6, с. С.54–56] мужчины болеют следующими видами новообразований: рак предстательной железы (100%), гортани 93%, легкие-79%. пищевода 78%, рак мочевого пузыря 77%, губы, полости рта, глотки 75%, печени 58%, желудка 57%, почек 55%. Женщины: рак молочной железы, рак яичника-100%, желчного пузыря и желчных протоков 65%, кожи 62%, ободочной кишки 57%, лимфатической и кроветворной системы 52%, поджелудочной железы 51%, другие локализации – 58%.

Согласно статистическим данным за 2017 г. [6, с.57] заболеваемость активным туберкулезом по возрастным группам также имеет особен-

Таблица 1. Ожидаемая продолжительность жизни в РФ, 2014–2018.

Годы	Всего	Мужчины	Женщины
2014	70,9	65,3	76,5
2015	71,4	65,9	76,7
2016	71,9	66,5	77,1
2017	72,7	67,5	77,6
2018	72,9	67,8	77,8

ности, в возрасте 0–14 и 15–17 женщины более подвержены заболеваемости туберкулезом, а мужчины в возрастной группе 18–34, 35–54, 55–64, 65 и более, т.е. женщины подвержены в раннем молодом возрасте, а мужчины начиная с 18 лет и более. Заболеваемость, передающаяся половым путем тоже представляет интерес с точки зрения полов: мужчины больше болеют сифилисом, чем женщины. У женщин заболеваемость выше в возрастной группе 15–17 лет. Женщины в возрастной группе 0–14 лет занимает 90% заболеваемости гонококковой инфекцией, в остальных возрастных группах лидируют мужчины. ВИЧ-инфекцией больше болеют мужчины. За период с 2000 по 2017 гг. заболеваемость уменьшилась среди них с 78% до 57% на 26%.

В статистическом сборнике «Женщины и мужчины в 2018 году» [6, с.59] указано, что в 2017 году женщин инвалидов было 7050 человек, это больше на 33%, чем мужчин. В 2018 году женщин больше на 32,5%, чем мужчин. В диапазоне трудоспособного возраста мужчин инвалидов больше, чем женщин на 41% в 2017 году, а в 2018 году тенденция сохраняется на том же уровне.

Интересным показателем является прерывание беременности женщинами в возрасте 15–17 лет 2,8 на 1000 женщин, в 18–44 показатель составляет 27,2 на 1000 женщин, в 45 и более показатель уменьшается до 1,7 [6]. Рассмотрим наличие вредных привычек, имеющих место среди полов. Курящих мужчин больше, а женщины составляют 16,2%. Изучим употребление алкогольных напитков у женщин и мужчин по возрастным группам согласно статистических данных: в возрасте 15 лет и более 53,2% мужчин; 15–19 лет 61,3% мужчин; 20–24 лет — 57% мужчин; 25–29 лет — 55,7%; 30–34 лет — 55,9%; 35–44 лет — 52,1%, 45–54 лет — 52,2%, 55–59 лет — 53,8% мужчин, 60–69 лет — 50,5%, 70 и более — 49,9% мужчин. Из данных заключаем, что 50% мужчин употребляют алкоголь. Если рассматривать по частоте употребления: только по праздникам 62,7% женщин, 37,3% — мужчин. Если 1–2 раза в месяц — 62,8% мужчин, 1 раз в неделю — 79,9% мужчин, несколько раз в неделю — 86,8% мужчин, практически каждый день — 87,1% мужчин. Естественно, такие данные позволяют заключить, что здоровье подрывается каждый день, и мужчины не считают употребление алкоголя болезнью, требующая врачебного вмешательства [6].

В последние годы общественностью уделя-

ется большое внимание психическому здоровью общества. Психическими расстройствами больше страдают женщины. А если смотреть конкретные проявления болезни, то алкоголизмом и алкогольными психозами (76%), а также наркоманией и токсикоманией (85%) страдают мужчины, что подтверждается статистическими данными употребления алкоголя, где практически каждый день алкоголь употребляют 87,1% мужчин [6].

Интересно привести данные оценки состояния здоровья женщин и мужчин в зависимости от места проживания в 2016 году по данным комплексного наблюдения условий жизни населения в процентном выражении, опубликованные в статистическом сборнике.

По критерию «очень хорошее и хорошее состояние» лучше показатель здоровья у мужчин и женщин, проживающих в городе. По показателю «удовлетворительно» выше у женщин, проживающих и в городе и на селе. «Плохое и очень плохое» одинаково у всех женщин, и города и села.

Нами в качестве источников информации использованы статистические сборники за ряд лет. Проведенный анализ статистических данных показывает, что они не совершенны. При рассмотрении смертности населения статистикой учитываются случаи, имеющие летальный исход, эти данные не позволяют отслеживать динамику изменения контингента больных с хроническими заболеваниями, которые пока не имеют летального исхода [20]. Статистическая информация позволяет анализировать закономерности и противоречия показателей, например: оценка состояния здоровья проводится по уровню заболеваемости, не учитывается текущая заболеваемость, также требующая обращения за оказанием медицинской помощи. Для большей информативности оценки состояния здоровья на макро- и микроуровнях необходимо разработать объективные и субъективные критерии, позволяющие отслеживать состояние заболеваемости населения повседневно, оценить влияние факторов на формирование общественного и индивидуального здоровья.

В эпоху информационных технологий с целью получения объективных показателей оценки здоровья рациональным было бы проведение социологического обследования пациента при посещении им лечебного учреждения при получении медицинской помощи. Это позволило бы проводить оценку состояния индивидуаль-

ного здоровья, т.е. объединить субъективную и объективную оценку. Важным моментом, способствующим изучению здоровья населения является проведение социологического исследования части населения, не обращающихся за медицинской помощью.

Для получения более информативной и достоверной информации по состоянию здоровья населения, а также в разрезе полов необходимо с использованием единой методологии провести исследования в разрезе округов, крупных городов, мегаполисов и сельских поселений, с последующим сравнением позитивных и негативных критериев оценки.

Таким образом, гендерная асимметрия здоровья населения требует более детального изучения с целью выявления факторов, вызывающих диспропорции не только в целом по России, но и в разрезе округов и городов. Официальная статистика оперирует только данными, которые

формируются в соответствующих ведомствах и медицинских учреждениях. Остаются неучтенными многие факторы, оказывающие влияние на показатели. Так например, заболеваемость алкоголизмом, психическими заболеваниями формируется только из числа лиц, обратившихся в медицинское учреждение и не учитывает других лиц, не обращающихся за помощью. В этой области не учитывается распространение патологий в пограничной форме, а также не учитывается патология психических заболеваний на ранних стадиях развития, что также сказывается на показателях в дальнейшем общественного здоровья. Также, необходимо изучать состояние показателей общественного здоровья в конкретных округах, регионах, областях, где ситуация отличается от ситуации в целом по стране. Необходимо разрабатывать методологии оценки объективных и субъективных показателей, характеризующих реальную ситуацию в стране.

Библиографический список

1. Всемирная организация здравоохранения. Режим доступа <https://www.who.int/ru> свободный (дата обращения 10.10.2020)
2. Григорьева Н. С. Гендерные проблемы в России по национальным публикациям 2004–2012 г.г. Глава D // Под ред. Калабихиной И. Е./ Москва. — 2012. 161с.
3. Григорьева Н. С. Гендерный подход в здравоохранении: методологический комментарий// Управление здравоохранением.—2015- № 1. С.10–27.
4. Демографический ежегодник России — 2017//Режим доступа <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13207> свободный (дата обращения 22.10.2020)
5. Ермаков С.П., Молчанова Е.В., Терехин П. А., Новгородова А. В. Оценка индикаторов здоровья населения в России и Финляндии// Вопросы социальной сферы.-2017.-С.86–107.
6. Женщины и мужчины России.2018: Стат.сб./Ж56. Росстат.-М.,2018. — 241с.
7. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года// Режим доступа http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_71673/7a46cb13de731db3333fcd77a4f7887e468287e3/ свободный (дата обращения 12.10.2020)
8. Лебедева-Несевря Н.А., Цинкер М. Ю. Различия в показателях здоровья работающих женщин и мужчин в России// Журнал социологии и социальной антропологии. 2018. Том 21. № 3. с.7–25.
9. Население России по полу и возрасту: статистика, распределения // Режим доступа http://www.statdata.ru/nasel_pol_vozr свободный (дата обращения 02.10.2020)
10. Регионы России. Социально-экономические показатели.2018: Стат.сб./Росстат.-М.,2018.-с.39–42. Режим доступа https://www.gks.ru/free_doc/doc_2018/region/reg-pok18.pdf свободный (дата обращения 11.10.2020)
11. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2019: Стат.сб. /Росстат.— М.— 2019.— с.91 Режим доступа https://gks.ru/bgd/regl/B19_14p/Main.htm свободный (дата обращения 14.10.2020)
12. Российский статистический ежегодник.2019: Стат.сб./Росстат.-М.-2019.-С.58. Режим доступа https://gks.ru/bgd/regl/b19_13/Main.htm свободный (дата обращения 13.10.2020)
13. Россия в цифрах.2017: Росстат.-М.,—2017—511с.
14. Россия в цифрах. 2019: Росстат.-М.,—2019—549с.
15. Тагаева Т.О., Казанцева Л.К. Общественное здоровье и здравоохранение в России: состояние и проблемы// В сборнике: Россия: тенденции и перспективы развития. Ежегодник. Ответственный редактор В.И.Герасимов. Москва, 2016. С. 549–556.
16. Фахрутдинова Е.В., Ягудин Р. Х., Рыбкин Л. И. Проблемы взрослого населения Республики Татарстан: медико-демографический аспект// Вопросы экономики и права. 2016. № 102. С.64–68.

17. *Фахрутдинова Е. В.* Качество жизни населения в системе социально-экономических отношений (институциональный подход)// диссертация на соискание ученой степени доктора экономических наук / Казанский финансово-экономический институт. Казань, 2010.— 420с.
18. Федеральная служба государственной статистики. Демография. Миграционный прирост(убыль)населения, абсолютные данные. [электронный ресурс].— <http://showdata.gks.ru/report/276654>
19. *Хоткина З. А., Доброхлеб В. Г., Русанова Н. Е.* Гендерные проблемы в России и методология их анализа //Народонаселение.-т.21.-№ 4.-2018.-с.135–149.
20. *Шабунова А. А.* Общественное и индивидуальное здоровье в современной России: состояние и динамика// диссертация на соискание ученой степени доктора экономических наук / Институт социально-экономических проблем народонаселения Российской академии наук. Москва, 2011.— 439с.
21. *Шабунова А. А.* Здоровье населения в России: состояние и динамика// Монография/ Вологда: ИСЭРТ РАН,2010.— 610с.
22. *Шабунова А. А.* Общественное здоровье и его измерение// Социологический альманах. 2011. № 2. С.173–181.