

Канатбекова Г.К., Жунушалиева Г.И.

САЛАМАТТЫКТЫ САКТООДОГУ ГЕНДЕРДИК ТЕҢЧИЛИК

Канатбекова Г.К., Жунушалиева Г.И.

ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

G. Kanatbekova, G. Zhunushaliev

ENDER EQUALITY IN HEALTH CARE

УДК: 614.2:314.42:314.96

Саламаттыкты сактоодо гендердик мамиле – бул саламаттык сактоо системасын талдоодо жана коомдук саламаттыкты сактоо тармагындагы саясатты калыптандырууда гендердик айырмачылыктарды эске алуу болуп саналат. Кыргыз Республикасы боюнча шаарда жашаган калктын арасында аялдардын саны басымдуу, ал эми айыл жеринде эркектер басымдуулук кылат. Калктын орточо жашоо узактыгынын жогорулашы байкалат, гендердик айырмачылык менен 8 жылга. Өлүмдүн көрсөткүчүнүн тенденциясынын жогоорулашы байкалат – эркектерде 11,3% га, аялдарда 9,1% га. Оорунун класстары боюнча өлүмдүн көрсөткүчү эркектерде жогору. Саламаттыкты сактоо жана калкты социалдык жактан тейлөө чөйрөсүндө негизинен аялдар (81,3%) эркектерге караганда (18,7%) иштешет. Калкка көрсөтүлүүчү медициналык жардамдын сапатын жакшыртуу, коомдук саламаттык сактоо жаатындагы гендердик ажырымды жоюу жана гендердик теңчиликти илгерилетүү үчүн гендердик айырмачылыктарды эсепке алуу зарыл.

Негизги сөздөр: гендердик теңчилдик, аялдар, оорундуулук, эркектер, орточо жашоонун узактыгы, өлүмдүн көрсөткүчү, калктын саны.

Гендерный подход в здравоохранении – это учет гендерных различий при анализе системы здравоохранения и формировании политики в области охраны здоровья населения. По Кыргызской Республике в городской местности преобладает женское население, сельской – мужское. Наблюдается рост средней продолжительности жизни населения с разницей по полу 8 лет. Смертность имела тенденцию увеличения у мужчин на 11,3%, женщин на 9,1%. Частота смертности по классам болезней выше у мужчин. В сфере здравоохранения и социального обслуживания населения в основном занято женское население (81,3%), чем мужское (18,7%). Для улучшения качества оказываемой медицинской помощи населению, преодоления гендерного разрыва в области общественного здравоохранения и продвижения гендерного равенства необходимо учет гендерных различий.

Ключевые слова: гендерное равенство, женщины, заболеваемость, мужчины, средняя продолжительность жизни, смертность, численность населения.

A gender perspective in health care is the integration of gender differences in the analysis of the health system and the formulation of public health policies. In the Kyrgyz Republic, the urban area is dominated by the female population and the rural area by the male population. There is an increase in the average life expectancy of the population with a sex difference of 8 years. Mortality tended to increase in men by 11.3%, women by 9.1%. Mortality rates by disease class are higher in men. In the area of health and social services, the female population (81.3 per cent) is mostly employed than the male population (18.7 per cent). To improve the quality of health care provided to the population, bridge the gender gap in public health, and promote gender equality, gender disparities need to be addressed.

Key words: gender equality, women, men, incidence, life expectancy, mortality, population.

Гендерный подход в здравоохранении заключается в учете гендерных различий при анализе системы здравоохранения и формировании политики в области охраны здоровья населения. Это различия между женщинами и мужчинами в параметрах, определяющих состояние здоровья, в доступе к медицинским услугам и качестве оказываемой медицинской помощи, в охвате профилактическими мероприятиями, образе жизни и отношении к здоровью, обусловленных социально-экономическими условиями жизни общества и существующими в нем этническими, культурными и историческими традициями [1, 2]. Подход к общественному здравоохранению с учетом гендера необходим для определения рисков, последствий для здоровья [1, 3].

Цель исследования: рассмотреть гендерные различия в показателях здоровья населения.

Материал и методы исследования. Использованы данные научных литературных источников, данные Национального статистического комитета Кыргызской Республики. Рассчитаны интенсивный показатель, экстенсивный показатель, показатель наглядности, показатели динамического ряда.

Результаты и обсуждение. С 2016 по 2020 годы численность населения республики увеличилась на 8,1%. На 1 января 2021 года, численность населения составила 6 637 000 человек, из них 3 343 000 женщин и 3 294 000 – мужчин. Распределение населения по полу в республике неравнозначно. Так, в городской местности удельный вес женщин (52,3%) превышает долю мужчин (47,7%), сельской местности, наоборот, преобладает мужское население (50,7%) над женским (49,3%).

Преобладание женского населения в общей численности происходит примерно к 40 годам и уже в возрасте 80 лет почти в 2 раза превышает численность мужчин. Это обусловлено различиями в возрастной смертности обоих полов [4].

В Кыргызской Республике наблюдается рост средней продолжительности жизни [5] населения в целом с 1979 (66,0 лет) по 2020 годы (71,7 лет), так и среди мужчин (с 61,5 до 67,8 лет) и женщин (с 70,2 до 76,0). Во все годы наблюдалась разница по полу в 8 лет и более, за исключением 1999 года, когда разрыв составил 7,7 лет. Следует отметить, что в период с 2017 по 2020 годы разница стабильна (8,2 лет). Анализ динамики показал максимальный прирост в 1989

ИЗВЕСТИЯ ВУЗОВ КЫРГЫЗСТАНА, № 6, 2022

году в целом (+3,7%), так и у мужчин (+4,5%) и женщин (+3,1%). Также в 2016 году наблюдался прирост общей средней продолжительности жизни населения на +2,6%, у мужчин на +2,7% и у женщин на +2,5%. Для остальных лет характерна незначительная тенденция увеличения показателя.

Гендерный разрыв показателя средней продолжительности жизни по полу связан с различиями в смертности мужчин и женщин, которая почти в 1,5

раза выше у мужчин. Вероятность дожить до пенсионного возраста у женщин составляет 90,0%, у мужчин - 70,0% [6].

Общая смертность [6] имела тенденцию увеличения в 2020 году (607,5‰) по отношению к 2016 году (550,6‰) на 10,3% (табл. 1). По полу наблюдалась аналогичная тенденция, у мужчин на 11,3% и у женщин на 9,1%.

Таблица 1

Общая смертность по полу на 100 000 населения

№ пп	Пол	Годы					Показатель наглядности (%)
		2016	2017	2018	2019	2020	
1.	Оба пола	550,6	535,1	521,7	515,7	607,5	110,3
2.	Мужчины	616,4	606,5	588,6	584,4	686,2	111,3
3.	Женщины	486,0	464,9	455,9	448,0	530,5	109,1

Анализ рассмотренных ведущих причин смертности по полу [6] показал, что практически по всем классам частота смертности выше у мужчин (табл. 2). Ведущее место по частоте причин смертности занимают болезни органов кровообращения во все годы, с максимальным темпом прироста на +19,3% в 2020 году, новообразования с волнообразной динамикой, но приростом на +5,4% в 2018 году. Число случаев смертности от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин имело тенденцию снижения, за исключением 2017 года, когда наблюдалось незначительное увеличение на +0,6%.

Таблица 2

Динамика частоты причин смертности по ведущим классам болезней по обим полам на 100 000 населения

№ пп	Класс болезней	Годы				
		2016	2017	2018	2019	2020
1.	Болезни органов кровообращения	279,7	276,0	265,7	266,2	317,7
	Показатель темпа прироста	-	-1,3	-3,7	+0,1	+19,3
2.	Новообразования	64,4	62,2	65,6	64,1	63,8
	Показатель темпа прироста	-	-3,4	+5,4	-2,2	-0,4
3.	Болезни органов дыхания	32,9	30,7	27,9	28,8	41,3
	Показатель темпа прироста	-	-6,6	-9,1	+3,2	+43,4
4.	Болезни органов пищеварения	35,0	33,8	33,1	31,9	31,5
	Показатель темпа прироста	-	-3,4	-2,0	-3,6	-1,2
5.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	45,7	46,0	40,7	39,3	34,2
	Показатель темпа прироста	-	+0,6	-11,5	-3,4	-12,9
6.	Коронавирусная инфекция (COVID-19)	-	-	-	-	37,2

Для смертности от болезней органов пищеварения была характерна отрицательная динамика во все годы. В 2020 году отмечалась высокая частота смертности от коронавирусной инфекции – 37,2‰.

Для мужчин была характерна высокая частота смертности от болезней органов кровообращения по сравнению с женщинами (табл. 3).

Таблица 3

Динамика частоты причин смертности по ведущим классам болезней по полу на 100 000 населения

№ пп	Класс болезней	Годы				
		2016	2017	2018	2019	2020
Мужчины						
1.	Болезни органов кровообращения	284,6	284,3	273,8	275,7	336,5
	Показатель темпа прироста	-	-0,1	-3,6	+0,6	+22,0
2.	Новообразования	69,3	65,9	67,3	66,3	67,6
	Показатель темпа прироста	-	-4,9	+2,1	-1,4	+1,9
3.	Болезни органов дыхания	37,3	35,8	33,2	34,2	46,9
	Показатель темпа прироста	-	-4,0	-7,2	+9,0	+37,1
4.	Болезни органов пищеварения	46,0	45,3	44,2	41,4	42,7
	Показатель темпа прироста	-	-1,5	-2,4	-6,3	+3,1

ИЗВЕСТИЯ ВУЗОВ КЫРГЫЗСТАНА, № 6, 2022

5.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	70,9	71,0	63,8	63,2	53,7
	Показатель темпа прироста	-	+0,1	-10,1	-0,9	-15,0
6.	Коронавирусная инфекция	-	-	-	-	44,5
Женщины						
1.	Болезни органов кровообращения	275,0	267,7	257,8	256,9	299,2
	Показатель темпа прироста	-	-2,6	-3,6	-0,3	+13,4
2.	Новообразования	59,7	58,6	63,9	61,9	60,0
	Показатель темпа прироста	-	-1,8	+9,0	-3,1	-3,0
3.	Болезни органов дыхания	28,6	25,8	22,6	23,6	35,8
	Показатель темпа прироста	-	-9,7	-12,4	+4,4	+51,6
4.	Болезни органов пищеварения	24,2	22,5	22,2	22,6	20,6
	Показатель темпа прироста	-	-7,0	-1,3	+1,8	-8,8
5.	Беременность, роды и послеродовый период	30,3	31,9	28,6	24,8	38,6
	Показатель темпа прироста	-	+5,2	-10,3	-13,2	+55,6
6.	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	24,8	20,3	23,7	24,7	22,0
	Показатель темпа прироста	-	-18,1	+16,7	+4,2	-10,9
7.	Коронавирусная инфекция	-	-	-	-	30,0

Хотя у мужчин прирост показателя был в 2019 году на +0,6% и 2020 году на +22,0%, а у женщин только в 2020 году на +13,4%.

Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин составляли значительное число случаев с характерной тенденцией снижения по годам, кроме 2017 года (темп прироста +0,1%). У женского пола смертность от данного класса болезней составляла незначительную часть. Также мужчины чаще умирали от новообразований, прирост был в 2018 и 2020 году на +2,1% и +1,9%, соответственно, у женщин высокая частота случаев смерти была довольно-таки меньше по сравнению с мужчинами, но прирост был только в 2018 году на +9,0%.

Смертность от болезней органов дыхания преобладала среди мужского пола, но тенденция роста показателя отмечалась в 2019 и 2020 годы, как среди мужчин (+9,0% и +37,1%, соответственно), так и женщин (+4,4% и +51,6%, соответственно). Следует отметить значительный прирост в 2020 году у обоих полов. Болезни органов пищеварения явились чаще причиной смерти у мужчин, при этом, прирост в 2020 году составил +3,1%, а у женщин в 2019 году на +1,8%. Пандемия COVID-19 в 2020 году унесла больше жизней мужчин (44,5‰), чем женщин (30,0‰). Значительное число случаев пришлось на смертность среди женщин от беременности, родов и послеродовом периоде (прирост в 2017 году на +5,2% и 2020 году на +55,2%), а также отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде (2018 году на +16,7% и 2019 году на +4,2%).

Таким образом, частота причин смертности от ведущих классов болезней преобладала среди мужчин, чем у женщин.

Полученные данные согласуются с данными Ивановой Е.И. (2010). Два класса причин смерти привлекают особое внимание с точки зрения их вклада в

общую смертность населения России - болезни системы кровообращения и внешние причины: несчастные случаи, отравления и травмы. С ними связаны резкие колебания ожидаемой продолжительности жизни в 1985-1994 гг., особенно ее чрезвычайное падение в 1992-1994 гг., при этом наиболее сильным было негативное воздействие последних. При этом, смертность мужчин от этих причин превышает смертность женщин, особенно это касается внешних причин. Рост смертности мужчин в молодом возрасте зависит от структурных факторов, в том числе региональных различий в социально-экономическом положении [7, с. 87].

Вопрос взаимосвязи гендера, здоровья и материального положения остается открытым. В большей степени распространены объяснения этого явления, основанные на поиске общих причин, связанных с ростом социальных неравенств и т.д. Суть гендерного подхода состоит в осознании того, что явления, которые происходят в обществе, по-разному влияют на женское и мужское население. В гендерной политике в здравоохранении при рассмотрении положения мужчин и женщин выделяют три позиции. Такие как, пациенты или получатели медицинских услуг, провайдеры по оказанию услуги, лица, принимающие решения на законодательном и исполнительном уровне. Григорьева Н.С. и соавт. (2001) считают, что дифференцированное отношение в здравоохранении – это не проявление гендерной дискриминации [8].

Унаследованная система гендерных ролей в обществе утверждает условия воспроизводства бедности среди женщин, стимулируя структурные условия бедности. Отсутствие должной социальной политики, регулирующей гендерные отношения в обществе, приводит к обострению гендерных неравенств: растут проблемы бедных семей и домохозяйств-одиночек, снижаются возможности профессиональной карьеры,

профессионального роста женщин, по-прежнему высоки рискогенные факторы в условиях труда, влияющие на сверхсмертность мужчин и т.д. необходимо отметить, что по данным ряда исследований, женская бедность имеет глобальный характер и ее сокращение во многом зависит от направленности социальной политики и присутствия в ней гендерного аспекта. На основании сравнения уровня феминизации бедности в различных странах, можно прийти к выводу, что "сильная социальная и гендерная политика существенно снижала и снижает риск женщин оказаться в бедности, тогда как нейтралитет и свободный рынок его повышают" [9].

Общественное здравоохранение является гендерно-ориентированной сферой. Гендерное равенство остается проблемой на различных рынках труда, и рынок здравоохранения не является исключением [10]. Хотя женщины составляют большинство работников общественного здравоохранения, они сталкиваются с дисбалансом власти и имеют несопоставимые возможности в рамках профессии [11]. Несмотря на возросший приток женщин в медицинские профессии, сохраняется горизонтальное и вертикальное гендерное неравенство в сфере занятости [10]. В сфере здравоохранения и социального обслуживания населения в Кыргызской Республике по данным 2020 года в основном занято женское население (81,3%), чем мужское (18,7%). Преобладание мужчин отмечается в сфере деятельности органов государственного управления (60,8%) [4]. Наряду с этим преобладание числа женщин, занятых в органах государственной власти и управления Кыргызской Республики, над числом занятых мужчин наблюдается в Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (67,7%) [4].

Согласно данным проведенного исследования Chapple-McGruder T. (2020) женщины составляли 72,0% от общего числа сотрудников государственных органов здравоохранения и занимали 67,1% руководящих должностей. У женщин были более низкие шансы (отношение шансов = 0,55, 95% доверительный интервал: 0,39-0,78) занимать руководящие должности, чем у мужчин, и более низкие шансы (отношение шансов = 0,64, 95% доверительный интервал: 0,50-0,81) получения более высокой годовой зарплаты более 95 000 долларов. Хотя женщины были представлены в той же пропорции, что и на руководящих должностях, гендерное неравенство все еще существовало на руководящих должностях. Необходимо активизировать усилия для обеспечения того, чтобы для женщин существовали возможности занимать руководящие должности и обеспечивать равенство в оплате труда. При приверженности общественного здравоохранения социальной справедливости и преимуществах разнообразия политики и программ учреждений важно обеспечить равное представительство

женщин на всех уровнях руководства [3].

Полноправное участие женщин в качестве поставщиков медицинских услуг признано во всем мире критически важным для благоприятных результатов на всех уровнях системы здравоохранения, для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и достижения целей в области устойчивого развития к 2030 году. Однако системные проблемы, гендерные предубеждения и неравенства существуют для женщин [12] в системе здравоохранения с точки зрения планирования, развития и управления кадрами [10].

Страны и учреждения здравоохранения во всем мире сталкиваются с растущими трудностями при наборе и удержании кадров здравоохранения в соответствии с текущими и будущими потребностями населения в области здравоохранения. Для достижения этой цели требуется всеобъемлющая приверженность устранению потенциальных диспропорций и содействию инклюзивным рабочим местам, чтобы помочь обеспечить высокоэффективные кадры здравоохранения. Растет признание того, что достижение гендерной инклюзивности и справедливости в здравоохранении влечет за собой преобразование систем, в которых работают женщины Центра гендерного равенства Всемирной организации здравоохранения [13].

Разрыв в доходах мужчин и женщин может со временем может сократиться. Средний гендерный разрыв в оплате труда работников здравоохранения с поправкой на профессию и рабочее время составляет 11%. Такая необъяснимая разница в оплате труда, возможно, связана с целым рядом факторов, включая меньшее количество возможностей для карьерного роста. Некоторые исследования показали, что женщины-медсестры и акушерки гораздо реже, чем их коллеги-мужчины, получают доступ к обучению без отрыва от производства [14]. Общеизвестно, что женщины недостаточно представлены на руководящих должностях. Менее известно, какие политические рычаги, скорее всего, приведут к жизнеспособным изменениям. Основное внимание уделяется результатам для здоровья, гендерно-специфические и особенно гендерно-специфические (социально сконструированные) соображения остаются гораздо менее распространенными в исследованиях человеческих ресурсов в системах здравоохранения.

Основные направления гендерной политики должны быть направлены на методы определения оплаты труда медицинских работников с учетом гендерного разрыва в оплате труда; гендерные различия доступности рабочей силы к финансовым стимулам для оказания медицинской помощи (премии); гендерные различия в предпрофессиональном образовании и возможностях профессиональной подготовки; гендерные различия в доступе к социальным пособиям среди работников здравоохранения (отпуск по уходу

за ребенком, пенсия); последствия передачи задач от более специализированных медицинских работников (традиционно мужских профессий) менее специализированным работникам (преимущественно женских) [1].

Несправедливость в отношении здоровья – это несправедливые и предотвратимые различия в состоянии здоровья, возникающие в результате той или иной формы дискриминации или отсутствия доступа к определенным ресурсам. Часто несправедливые результаты в отношении здоровья систематически испытывают подгруппы населения, которые находятся в неблагоприятном положении в результате таких факторов, как экономический статус, уровень образования, пол, место жительства, раса, этническая принадлежность, возраст или статус инвалидности. Сторонники справедливости в отношении здоровья стремятся улучшить положение обездоленных подгрупп, обеспечив всем доступность к необходимым медицинским вмешательствам и устранив основные причины дискриминации и неблагоприятия. Принятие конструктивных мер для достижения справедливости в отношении здоровья является моральным императивом, но оно может также принести и другие блага обществу за счет улучшения здоровья населения, улучшения экономических условий и условий жизни [2].

Вывод. Для улучшения качества оказываемой медицинской помощи населению, преодоления гендерного разрыва в области общественного здравоохранения и продвижения гендерного равенства необходим учет гендерных различий.

Литература:

- Morgan R. How to do (or not to do) ... gender analysis in health systems research / R. Morgan, A. George, S. Sali et al. // *Health Policy Plan.* - 2016. - Vol. 31(8). - P. 1069-1078.
- Hosseinpoor A. Promoting health equity: WHO health inequality monitoring at global and national levels / A. Hosseinpoor, N. Bergen, A. Schlottheuber // *Global Health Action.* - 2015. - Vol. 8, Issue 1. - С. 1-8.
- Chapple-McGruder T. Leadership Disparities in State Governmental Public Health Workforce: Examining the Influence of Gender / T. Chapple-McGruder, Z.V. Mendoza, G. Miles et al. // *Public Health Manag Pract.* – 2020. - Vol. 26(1). - P. 46-51.
- Мужчины и женщины Кыргызской Республики 2016-2020 / Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. - Бишкек, 2021. - 308 с.
- Статистический ежегодник Кыргызской Республики 2016-2020 / Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. - Бишкек, 2021. - 75 с.
- Демографический ежегодник Кыргызской Республики / Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. - Бишкек, 2021. - 312 с.
- Иванова Е.И. Смертность российских мужчин (мужчины и региональные различия) / Е.И. Иванова // *Социологические исследования.* - 2010. - № 5. - С. 87-99.
- Григорьева Н.С. Гендерный подход в здравоохранении / Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова. - 2001 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://userdocs.ru/pravo/36985/-index.html>.
- Ярошенко С.С. Локальные контексты глобальной проблемы феминизации бедности. В кн.: *Глобализация и гендерные отношения: вызовы для постсоветских стран.* - Самара, 2005. - С. 112-118.
- Arnaout E.L.N. Gender equity in planning, development and management of human resources for health: a scoping review / N. Arnaout, R.F. Chehab, B. Rafii, M. Alameddine // *Hum Resour Health.* – 2019. - Vol. 17(1). - P. 52.
- Yassine B.B. Gender Inequity in the Public Health Workforce / B. Yassine, J.W. Rojewski, M.M. Ransom // *J Public Health Manag Pract.* – 2022. – Vol. 28(2). – P. E390-E396.
- Ayaz B. Participation of women in the health workforce in the fragile and conflict-affected countries: a scoping review / B. Ayaz, M.A. Martimianakis, C. Muntaner, S. Nelson // *Hum Resour Health.* - 2021. - Vol. 19(1). - P. 94.
- World Health Organization. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce / *Human Resources for Health Observer Series No. 24.* - Geneva. 2019.
- Gupta N. Research to support evidence-informed decisions on optimizing gender equity in health workforce policy and planning / N. Gupta // *Hum Resour Health.* - 2019. - Vol. 17. - P. 46.
- Нарматова Э.Б. Клинико-эпидемиологическая характеристика вич-инфекции у детей ошской области кыргызской республики / Нарматова Э.Б. // *Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана.* 2016. - №.7. - С. 52-56.