



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО



От высокой продолжительности жизни

к общему улучшению здоровья
женщин в Европе





**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

От высокой
продолжительности жизни
к общему улучшению здоровья женщин в Европе

РЕЗЮМЕ

В странах Европейского региона ВОЗ у женщин показатели здоровья лучше, чем большинстве стран мира, однако углубляющееся неравенство между мужчинами и женщинами в распределении услуг здравоохранения можно наблюдать как внутри отдельных стран, так и при сравнении стран региона. Неравенство не только сказывается на состоянии здоровья, но и имеет отрицательные социальные и экономические последствия. Сократить неравенство невозможно без инвестирования в охрану здоровья девочек и женщин, поэтому требуется больше информации о причинах неравенства для разработки политики и программы мероприятий. Европейское региональное бюро ВОЗ в настоящее время исследует основные вопросы здоровья женщин в регионе, в том числе различия в состоянии здоровья у женщин разных возрастов, а также влияние гендерной принадлежности и социальных детерминантов на состояние здоровья женщин на протяжении всей жизни. В этом кратком докладе представлены некоторые предварительные результаты исследования, в частности основные причины смертности и заболеваемости женщин четырех возрастных категорий – девочки раннего возраста, девочки-подростки, взрослые женщины и пожилые женщины, – а также роль воздействующих на здоровье факторов в каждый из этих периодов. В докладе показано влияние гендерной принадлежности и социально-экономических детерминантов на возможности девочек и женщин в регионе в плане реализации своего права на здоровье и благополучие в течение всей жизни, а также представлена основа для определения приоритетных действий во всех государственных и общественных секторах.

Ключевые слова

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ

ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ

ЖЕНЩИНЫ

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 год

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Редактирование текста: Alex Mathieson.

Дизайн: Damian Mullan, soitbegins.co.uk

Обложка: © iStock.

Содержание

	Стр.
Выражение признательности	iv
1. Введение	1
2. Показатели здоровья девочек и женщин стран Европейского региона ВОЗ	3
3. Здоровье женщин на протяжении всей жизни	11
Девочки раннего возраста	12
Подростки	15
Взрослые женщины	20
Пожилые женщины	24
4. От высокой продолжительности жизни к общему улучшению здоровья: перспективы	29
Развить успех: неоконченная повестка дня	30
Заставить системы здравоохранения работать на благо девочек и женщин	31
Каковы перспективы?	32
Библиография	33

Выражение признательности

Настоящий краткий доклад основан на более обширной работе, выполненной под руководством независимого консультанта Sarah Simpson при участии Lourdes Cantarero, Копенгагенский университет, Дания, и консультанта Дарьи Уховой.

Участники со стороны Европейского регионального бюро ВОЗ:

- Gauden Galea, директор, Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на протяжении всей жизни;
- Isabel Yordi Aguirre, технический сотрудник;
- Åsa Nihlen, технический сотрудник;
- Gunta Lazdane, руководитель программы;
- Vivian Barnekow, консультант; и
- Ivo Rakovac, и. о. руководителя программы.



Глава первая Введение

Введение

Показатели здоровья женщин в странах Европейского региона ВОЗ выше показателей здоровья женщин в большинстве других стран мира (1), но это касается не всех женщин. Неравенство между мужчинами и женщинами – устранимые, исправимые и несправедливые систематические различия – усиливается во всем регионе и по-разному проявляется в каждой стране региона. Неравенство не только сказывается на состоянии здоровья, но и требует социальных и экономических затрат.

Сократить неравенство невозможно без инвестирования в охрану здоровья девочек и женщин, поэтому необходимо больше информации о причинах неравенства для разработки политики и программы мероприятий.

В соответствии с целями европейской политики здравоохранения и благополучия "Здоровье–2020" (1), а также обязательствами, изложенными 20 лет назад в Пекинской платформе действий (2) и в Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию (3), Европейское региональное бюро ВОЗ предлагает разработать региональную стратегию поддержки женского здоровья, которая будет представлена Европейскому региональному комитету ВОЗ в 2016 году. Важно определить четкие сроки, чтобы обозначить переход от Целей развития тысячелетия Организации Объединенных Наций к Целям устойчивого развития и подчеркнуть необходимость принятия мер для достижения гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин и девочек.

Предлагается разработать стратегию, рассчитанную на всю продолжительность жизни человека, в рамках которой будут оцениваться преимущества и недостатки, связанные с воздействием защитных факторов и рисков, а также будут определяться приоритетные действия в зависимости от возраста и стадии развития.

На данный момент Региональное бюро занимается изучением следующих вопросов:

- основные проблемы охраны здоровья женщин в регионе;
- изменения показателей здоровья среди женщин разных возрастов;
- влияние гендерной принадлежности и социальных детерминантов на состояние здоровья женщин на протяжении всей жизни.

Цель исследования – отследить прогресс в сохранении имеющихся достижений, подготовиться к решению будущих задач и поддержать расстановку приоритетов в рамках предложенной региональной стратегии. Данные, полученные в ходе исследования, не предназначены для сравнения мужчин и женщин. Влияние гендерного неравенства на другие детерминанты здоровья, такие как образование и уровень дохода, будет упоминаться только при необходимости.

В настоящем кратком докладе представлены некоторые предварительные результаты исследования. Доклад разработан для информационного обеспечения дискуссии на техническом брифинге по вопросам женского здоровья, который состоится на 65-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ 14–17 сентября 2015 года в Вильнюсе, Литва, и станет отправной точкой процесса разработки региональной стратегии по вопросам женского здоровья, которая будет представлена на 66-й сессии Регионального комитета в 2016 году в Копенгагене, Дания.



Глава вторая Показатели здоровья девочек и женщин стран Европейского региона ВОЗ

Показатели здоровья девочек и женщин стран Европейского региона ВОЗ

Более половины из 900 миллионов человек, живущих в странах Европейского региона ВОЗ (463 миллиона), – женщины.

Сравнительные показатели продолжительности жизни, грамотности, образования, стандартов и качества жизни в разных странах региона существенно различаются. В регионе происходят важные демографические и эпидемиологические изменения, например снижение рождаемости, увеличение доли стареющего населения, миграционные потоки и урбанизация. Изменения происходят с разной скоростью и интенсивностью в разных группах стран и народов, но каждое изменение оказывает влияние на потребности в охране здоровья, профилактике заболеваний и уходе.

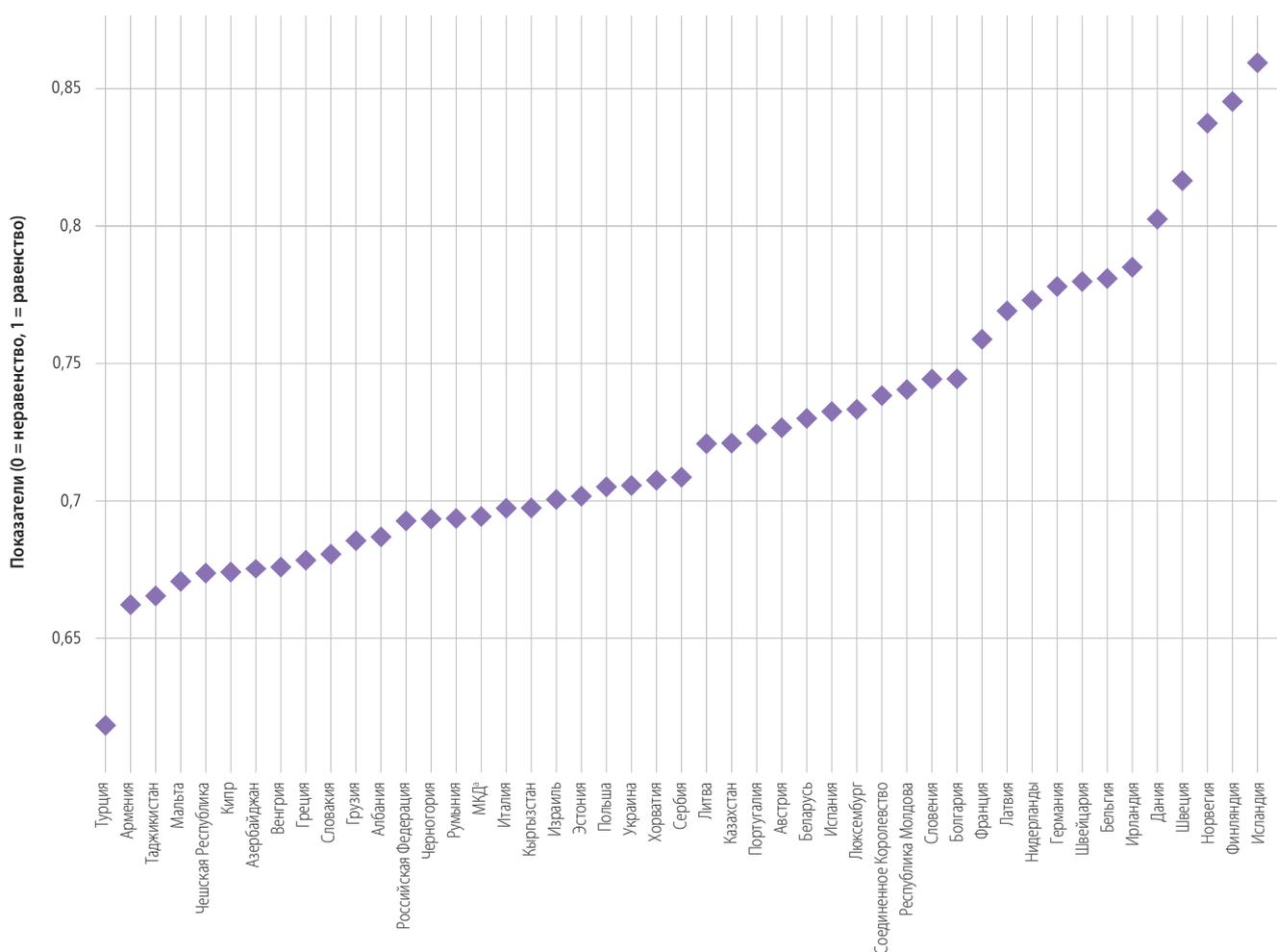
Некоторые европейские женщины живут в странах с высоким уровнем гендерного равенства, другие – в обществах с ярко выраженным неравенством. Индекс гендерного разрыва по версии Всемирного экономического форума показывает уровень гендерного неравенства в области экономики, политики, образования и здравоохранения. На **рис. 1** показаны результаты по 47 странам региона в 2014 году, где 0 означает полное неравенство, а 1 – полное равенство (4).

Рис. 1

Источник: World Economic Forum (4).

Гендерный разрыв в некоторых странах Европы

Гендерный разрыв в глобальном масштабе для 47 государств – членов Европейского региона ВОЗ (2014 год)



* Бывшая югославская Республика Македония (МКД – сокращение Международной организации по стандартизации).

В регионе общий гендерный разрыв сократился на 72%. По этим показателям регион занимает второе место в мире (4), но в период 2013–2014 годов в 18 странах все еще наблюдались отрицательные тенденции в вопросах гендерного равенства. Полное равенство не наблюдается ни в одной из стран с наивысшими показателями.

В регионе повышается продолжительность жизни как женщин, так и мужчин. В период с 2000 по 2012 год продолжительность жизни женщин увеличилась во всех странах (кроме одной). При этом во всех 53 государствах-членах она превышает продолжительность жизни мужчин (5). Это называют преимуществом женщин по показателям смертности (6), но данное преимущество может нивелироваться меньшим количеством дополнительных лет без инвалидности или ограничением активности: в эти годы здоровье может быть плохим. На **рис. 2** представлены данные за 2012 год по предполагаемой продол-

жительности предстоящей здоровой жизни женщин при рождении и по годам жизни с плохим состоянием здоровья. Период жизни с плохим состоянием здоровья составляет 8–12 лет (в среднем 10) (5).

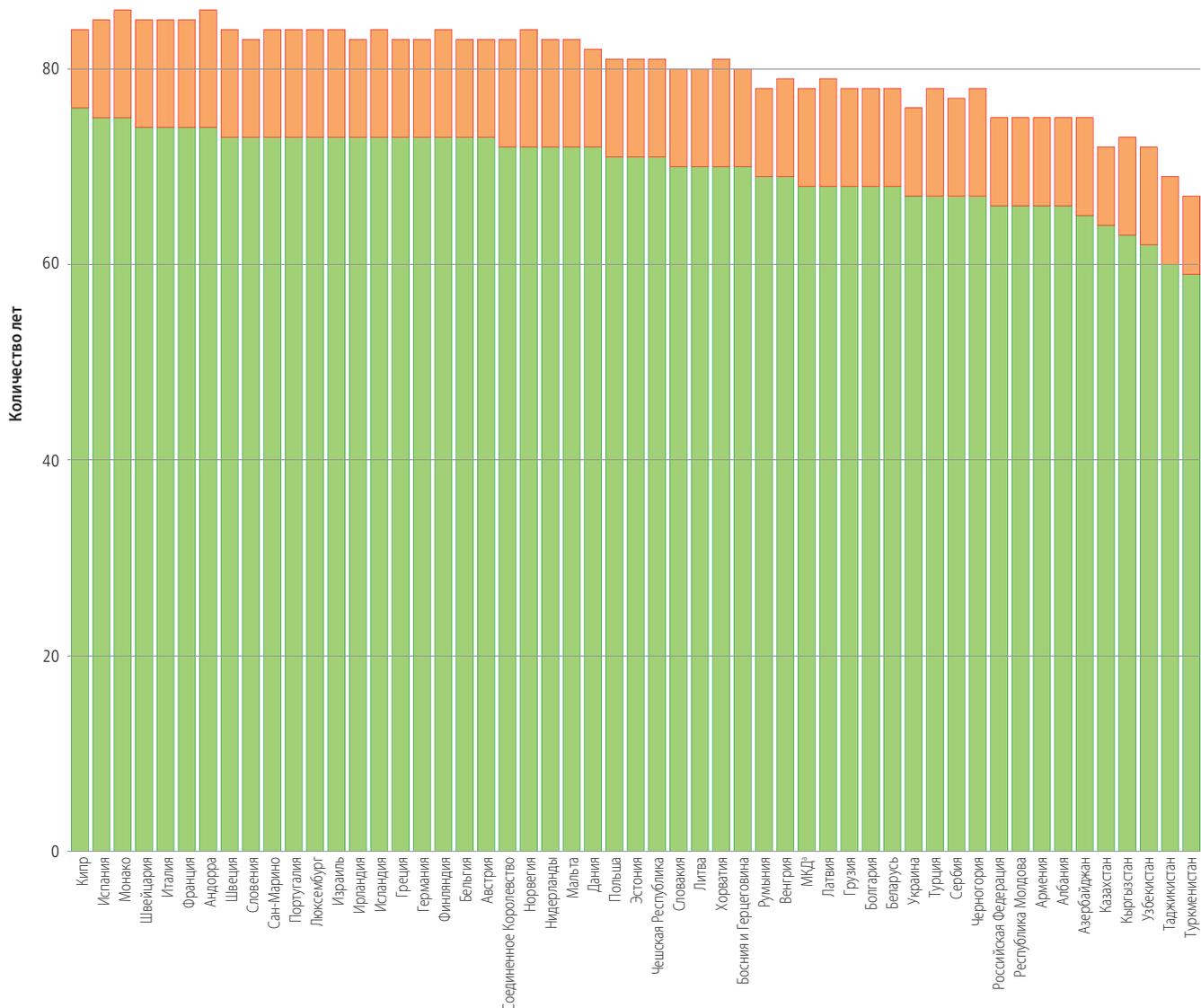
Рис. 2

Источник: WHO (5).

От высокой продолжительности жизни к общему улучшению здоровья

Продолжительность предстоящей здоровой жизни женщин при рождении и годы жизни с плохим состоянием здоровья (2012 год)

Годы жизни с плохим состоянием здоровья
Продолжительность предстоящей здоровой жизни женщин при рождении



^a Бывшая югославская Республика Македония.

Взаимосвязь между продолжительностью предстоящей жизни и уровнем дохода показывает, что в целом чем выше уровень дохода населения, тем выше продолжительность жизни. Однако уровень дохода не может быть единственным фактором, влияющим на продолжительность жизни (рис. 3) (7). Например, предполагаемая продолжительность жизни женщин в Испании и Франции при рождении выше, чем в более богатых странах, таких как Норвегия и Дания (7). Поэтому необходимо рассмотреть другие детерминанты, помимо уровня дохода, чтобы лучше понять важные факторы. Неравенство в отношении продолжительности здоровой жизни женщин чаще всего проявляется в пожилом возрасте, когда уровень дохода снижается, а взаимосвязь между неравенством и материальными трудностями (домашние хозяйства вынуждены отказываться как минимум от трех из девяти экономически необходимых товаров и предметов длительного пользования) усиливается.

Основные причины плохого состояния здоровья (заболеваемости) и смерти (смертности) среди женщин зависят от периода жизни и страны проживания. Показатели физического здоровья высоки в раннем возрасте, у молодых женщин при переходе во взрослую жизнь развиваются депрессивные и тревожные расстройства, а в более старшем возрасте чаще встречаются боли в нижней части спины, ишемическая болезнь сердца и рак.

Показатели здоровья девочек и женщин стран Европейского региона ВОЗ

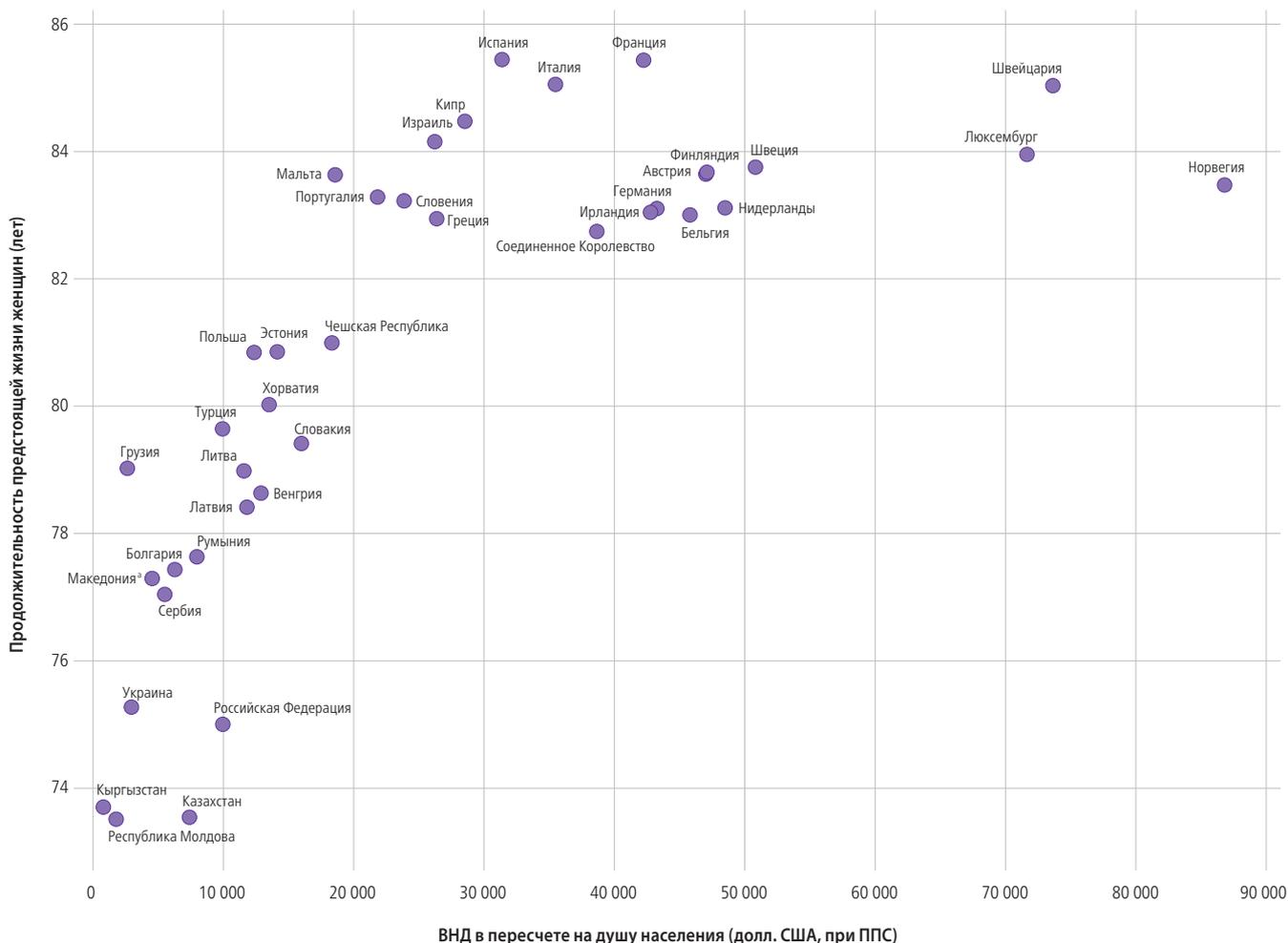
Рис. 3

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (7).

Продолжительность предстоящей жизни женщин в зависимости от валового национального дохода (ВНД)

Ожидаемая продолжительность жизни женщин при рождении (2013 год) по оценкам ВНД

при паритете покупательной способности (ППС в долл. США) в пересчете на душу населения (2011 год)



^а Бывшая югославская Республика Македония.

Изучение здоровья и болезней женщин в разные периоды жизни позволяет определить специальные мероприятия, которые могут свести риски к минимуму и максимально усилить воздействие защитных факторов и активов. В **таблице 1** (стр. 8) (8) представлены данные по пяти возрастным группам и четырем субрегионам (Центральная Азия и Центральная, Восточная и Западная Европа) (8, 9). Возрастные группы не полностью совпадают с группами, описанными в настоящем кратком докладе, поскольку многие факторы, влияющие на здоровье девочек и женщин, не являются точными или исключительными соответствиями этих групп. Тем не менее в **таблице 1** показаны основные причины смертности и бремени болезней в соответствующие периоды жизни и выделен ряд приоритетных проблем, связанных со здоровьем женщин в регионе, описание которых по периодам жизни представлено в главе 3.

На протяжении всей жизни на здоровье женщин влияют многие факторы, включая уровень гендерного равенства, образование, занятость, условия работы и доступ к экономическим ресурсам. Несмотря на существенный прогресс в таких областях, как образование и участие в трудовой деятельности, гендерное неравенство в области занятости, качество работы и сегрегация на рынке труда продолжают оказывать отрицательное воздействие. На **рис. 4** показано, что в 2012 году показатель участия в трудовой деятельности среди женщин в возрасте старше 15 лет превышал 50% только в 29 странах, а среди мужчин – в 47 (10). Неравенство в оплате труда и пенсиях существует во всех странах, что ограничивает доступ женщин к ресурсам, связанным с состоянием здоровья: на **рис. 5** показан гендерный разрыв в оплате труда в ряде европейских стран в 2013 году (11). Разница между средним валовым заработком сотрудников мужского и женского пола за час представлена в виде процента от валового заработка сотрудников мужского пола за час. В расчет принимались все сотрудники предприятий с 10 и более сотрудниками.

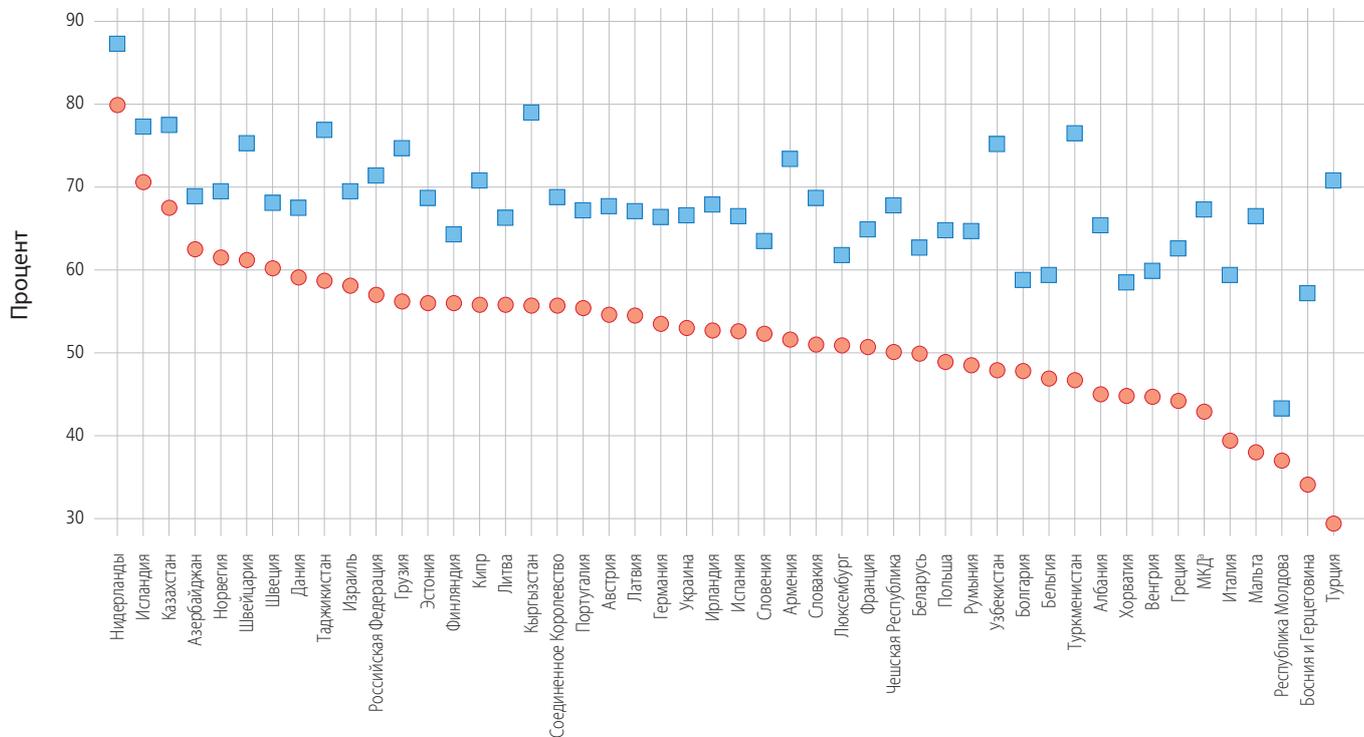
Рис. 4

Источник: Программа развития Организации Объединенных Наций (UNDP) (10).

В полной ли мере используют ли Европейские страны свое преимущество в образовании?

Уровень участия в рабочей силе для мужчин и женщин (2000–2012 годы)

Женщины ●
Мужчины ■



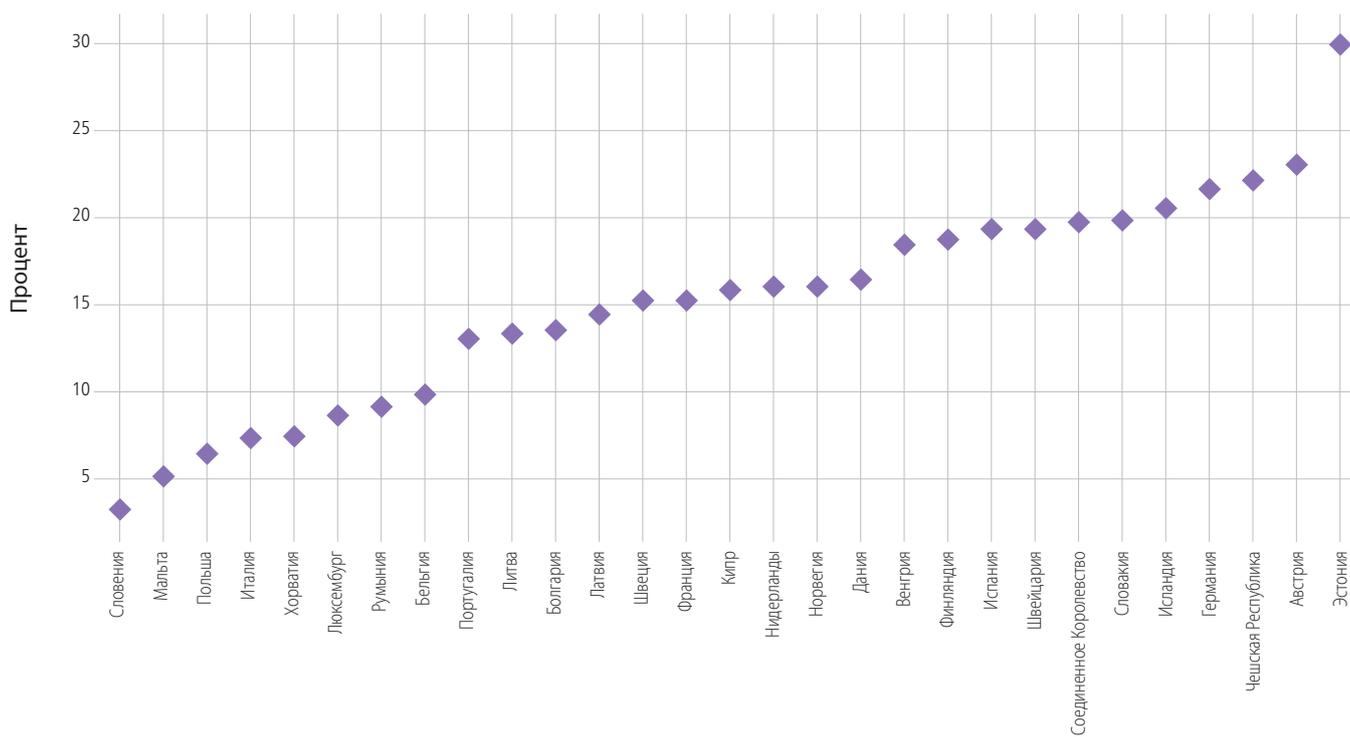
* Бывшая югославская Республика Македония.

Рис. 5

Источник: Eurostat (11).

Разница в оплате труда мужчин и женщин

Гендерный разрыв в оплате труда в 29 странах Европы (2013 год)



Показатели здоровья девочек и женщин стран Европейского региона ВОЗ

Таблица 1

Основные проблемы со здоровьем женщин в регионе в порядке приоритетности

Уровень смертности и бремя заболеваний в годы жизни с поправкой на инвалидность (DALY)^a среди женщин с разбивкой по субрегионам^b, возрастным группам и основным причинам (2010)^c

Субрегион	Центральная Азия						Центральная Европа						
	Приоритетность	Причина	DALYs		Количество смертей		Причина	DALYs		Количество смертей			
			Всего	На 1 000	Всего	На 1 000		Всего	На 1 000	Всего	На 1 000		
До 5 лет	1	Инфекции нижних дыхательных путей	770 482	207,23	Инфекции нижних дыхательных путей	9 016	2,42	Врожденные аномалии	84 944	28,79	Врожденные аномалии	975	0,33
	2	Неонатальный энцефалит	401 712	108,04	Неонатальный энцефалит	4 624	1,24	Осложнения в связи с ранними родами	80 045	27,13	Осложнения в связи с ранними родами	918	0,31
	3	Осложнения в связи с ранними родами	310 761	83,58	Осложнения в связи с ранними родами	3 597	0,96	Инфекции нижних дыхательных путей	57 341	19,43	Инфекции нижних дыхательных путей	649	0,21
	4	Врожденные аномалии	268 876	72,31	Врожденные аномалии	3 103	0,83	Железодефицитная анемия	41 702	14,13	Неонатальный энцефалит	268	0,09
	5	Диарейные заболевания	136 220	36,63	Диарейные заболевания	1 317	0,35	Неонатальный энцефалит	24 611	8,34	Неонатальный сепсис	114	0,03
5–14 лет	1	Железодефицитная анемия	74 551	11,56	Инфекции нижних дыхательных путей	537	0,08	Клинические депрессивные расстройства	40 128	6,80	Дорожно-транспортный травматизм	127	0,02
	2	Клинические депрессивные расстройства	53 882	8,35	Дорожно-транспортный травматизм	310	0,04	Астма	28 528	4,83	Рак мозга	66	0,01
	3	Инфекции нижних дыхательных путей	42 067	6,52	Утопление	236	0,03	Тревожные расстройства	24 146	4,09	Инфекции нижних дыхательных путей	63	0,01
	4	Дорожно-транспортный травматизм	28 094	4,35	Лейкемия	169	0,02	Боли в нижней части спины	22 627	3,83	Врожденные аномалии	62	0,01
	5	Астма	23 801	3,69	Врожденные аномалии	143	0,02	Железодефицитная анемия	20 147	3,41	Лейкемия	57	< 0,01
15–49 лет	1	Клинические депрессивные расстройства	352 383	16,17	Ишемическая болезнь сердца	3 843	0,17	Боли в нижней части спины	438 782	14,92	Рак груди	1 990	0,06
	2	Боли в нижней части спины	223 736	10,27	Цирроз	2 853	0,13	Клинические депрессивные расстройства	385 911	13,12	Ишемическая болезнь сердца	1 674	0,05
	3	Ишемическая болезнь сердца	194 631	8,93	Инсульт	2 677	0,12	Тревожные расстройства	259 529	8,82	Инсульт	1 616	0,05
	4	Железодефицитная анемия	173 135	7,94	Рак молочной железы	1 632	0,07	Мигрень	236 610	8,04	Рак шейки матки	1 353	0,04
	5	Тревожные расстройства	181 017	8,30	Туберкулез	1 679	0,07	Скелетно-мышечные патологии	190 344	6,47	Цирроз	1 314	0,04
50–69 лет	1	Ишемическая болезнь сердца	424 913	78,02	Ишемическая болезнь сердца	15 032	2,76	Ишемическая болезнь сердца	546 811	35,83	Ишемическая болезнь сердца	19 362	1,26
	2	Инсульт	290 886	53,41	Инсульт	10 583	1,94	Инсульт	419 540	27,49	Инсульт	16 007	1,04
	3	Диабет	119 882	22,01	Цирроз	3 387	0,62	Боли в нижней части спины	411 713	26,98	Рак молочной железы	8 227	0,53
	4	Боли в нижней части спины	105 287	19,33	Рак молочной железы	2 183	0,40	Рак молочной железы	242 125	15,86	Рак легких	6 965	0,45
	5	Цирроз	99 105	18,19	Диабет	2 102	0,38	Диабет	216 687	14,20	Цирроз	5 164	0,33
70 лет и старше	1	Ишемическая болезнь сердца	701 455	331,89	Ишемическая болезнь сердца	67 114	31,75	Ишемическая болезнь сердца	1 453 610	187,78	Ишемическая болезнь сердца	154 332	19,93
	2	Инсульт	383 217	181,31	Инсульт	36 334	17,19	Инсульт	1 244 150	160,72	Инсульт	131 551	16,99
	3	Хронические обструктивные легочные заболевания	85 516	40,46	Хронические обструктивные легочные заболевания	4 714	2,23	Боли в нижней части спины	241 328	31,17	Гипертензивная кардиопатия	21 186	2,73
	4	Диабет	66 029	31,24	Гипертензивная кардиопатия	3 558	1,68	Падения	223 443	28,86	Другие сердечно-сосудистые проблемы и болезни системы кровообращения	13 912	1,79
	5	Боли в нижней части спины	51 491	24,36	Цирроз	2 978	1,40	Диабет	218 397	28,21	Хронические обструктивные легочные заболевания	12 162	1,57

^a Основные причины смертности и бремени заболевания можно измерить в годах жизни с поправкой на инвалидность (DALY). Это количественное выражение бремени заболеваний отдельно от смертности и заболеваемости. Один DALY можно считать одним утраченным годом здоровой жизни. Сумму DALY по населению или бремя заболеваний можно считать количественной мерой разрыва между фактическим состоянием здоровья и идеальным состоянием здоровья, в котором все население доживает до преклонного возраста без болезней и инвалидности.

^b К Центральной Азии относятся Армения, Азербайджан, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан. К Центральной Европе относятся Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Польша, Румыния, Сербия, Словакия, Словения, Хорватия, Черногория и Чешская Республика. К Восточной Европе относятся Беларусь, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация и Украина. К Западной Европе относятся Австрия, Андорра,

Источник: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (8).

Восточная Европа						Западная Европа							
Причина	DALYs		Причина	Количество смертей		Причина заболевания	DALYs		Причина заболевания	Количество смертей			
	Всего	На 1000		Всего	На 1000		Всего	На 1000		Всего	На 1000		
Врожденные аномалии	289 131	52,03	Врожденные аномалии	3 338	0,60	Врожденные аномалии	470 170	33,75	Осложнения в связи с ранними родами	4 738	0,34	1	До 5 лет
Осложнения в связи с ранними родами	178 865	32,18	Осложнения в связи с ранними родами	2 053	0,36	Осложнения в связи с ранними родами	412 248	29,59	Врожденные аномалии	5 415	0,38	2	
Неонатальный энцефалит	149 109	26,83	Неонатальный энцефалит	1 692	0,30	Неонатальный энцефалит	127 279	9,13	Неонатальный энцефалит	1 422	0,10	3	
Инфекции нижних дыхательных путей	93 248	16,78	Инфекции нижних дыхательных путей	1 060	0,19	Диарейные заболевания	100 097	7,18	Неонатальный сепсис	959	0,06	4	
Железодефицитная анемия	90 407	16,26	Неонатальный сепсис	628	0,11	Серповидно-клеточная анемия	71 299	5,11	Синдром внезапной детской смерти	503	0,03	5	
Клинические депрессивные расстройства	87 260	9,18	Дорожно-транспортный травматизм	333	0,03	Клинические депрессивные расстройства	40 128	6,80	Дорожно-транспортный травматизм	127	0,02	1	5–14 лет
Железодефицитная анемия	62 384	6,56	Утопление	239	0,02	Астма	28 528	4,83	Рак мозга	66	0,01	2	
Боли в нижней части спины	31 942	3,36	Врожденные аномалии	184	0,01	Тревожные расстройства	24 146	4,09	Инфекции нижних дыхательных путей	63	< 0,01	3	
Астма	30 999	3,26	Лейкемия	133	0,01	Боли в нижней части спины	22 627	3,83	Врожденные аномалии	62	< 0,01	4	
Дорожно-транспортный травматизм	29 205	3,07	Рак мозга	111	0,01	Железодефицитная анемия	20 147	3,41	Лейкемия	57	< 0,01	5	
Клинические депрессивные расстройства	1 021 990	18,92	ВИЧ/СПИД	17 701	0,32	Боли в нижней части спины	2 080 214	17,80	Рак молочной железы	10 148	0,08	1	15–49 лет
ВИЧ/СПИД	879 182	16,27	Ишемическая болезнь сердца	8 464	0,15	Клинические депрессивные расстройства	1 905 176	16,30	Членовредительство	6 132	0,05	2	
Боли в нижней части спины	724 974	13,42	Цирроз	6 227	0,11	Тревожные расстройства	1 025 651	8,78	Дорожно-транспортный травматизм	3 901	0,03	3	
Ишемическая болезнь сердца	423 044	7,83	Дорожно-транспортный травматизм	4 860	0,08	Боли в шейном отделе	913 634	7,82	Рак легких	3 759	0,03	4	
Скелетно-мышечные патологии	373 769	6,92	Межличностное насилие	4 405	0,08	Скелетно-мышечные патологии	860 346	7,36	Цирроз	2 929	0,02	5	
Ишемическая болезнь сердца	2 224 090	81,09	Ишемическая болезнь сердца	81 238	2,96	Боли в нижней части спины	1 571 949	28,16	Ишемическая болезнь сердца	31 782	0,56	1	50–69 лет
Инсульт	1 279 850	46,66	Инсульт	48 090	1,75	Ишемическая болезнь сердца	999 113	17,90	Рак молочной железы	31 142	0,55	2	
Боли в нижней части спины	642 110	23,41	Рак молочной железы	16 165	0,58	Рак молочной железы	924 955	16,57	Рак легких	22 891	0,41	3	
Клинические депрессивные расстройства	538 476	19,63	Цирроз	12 042	0,43	Клинические депрессивные расстройства	916 105	16,41	Инсульт	18 923	0,33	4	
Рак молочной железы	480 073	17,50	Колоректальный рак	10 503	0,38	Скелетно-мышечные патологии	763 190	13,67	Колоректальный рак	15 398	0,27	5	
Ишемическая болезнь сердца	5 312 700	356,25	Ишемическая болезнь сердца	528 990	35,47	Ишемическая болезнь сердца	3 014 445	187,78	Ишемическая болезнь сердца	369 936	10,86	1	70 лет и старше
Инсульт	3 227 140	216,40	Инсульт	321 666	21,56	Инсульт	2 137 985	160,72	Инсульт	257 998	7,57	2	
Боли в нижней части спины	441 133	29,58	Колоректальный рак	19 042	1,27	Болезнь Альцгеймера	1 517 636	31,17	Болезнь Альцгеймера	101 493	2,98	3	
Болезнь Альцгеймера	307 921	20,64	Хронические obstructивные легочные заболевания	15 634	1,04	Боли в нижней части спины	1 071 956	28,86	Инфекции нижних дыхательных путей	80 990	2,37	4	
Хронические obstructивные легочные заболевания	290 799	19,50	Гипертензивная кардиопатия	13 825	0,92	Падения	1 014 591	28,21	Другие сердечно-сосудистые проблемы и болезни системы кровообращения	69 261	2,03	5	

Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Соединенное Королевство, Турция, Финляндия, Франция, Швейцария, Швеция и Эстония.

Основные причины смертности и бремени заболеваний можно измерить в годах жизни с поправкой на инвалидность (DALY). Это количественное выражение бремени заболеваний отдельно от смертности и заболеваемости. Один DALY можно считать одним утраченным годом здоровой жизни. Сумму DALY по населению, или бремени заболеваний, можно считать количественной мерой разрыва между фактическим состоянием здоровья и идеальным состоянием здоровья, в котором все население доживает до преклонного возраста без болезней и инвалидности.

Показатели здоровья девочек и женщин стран Европейского региона ВОЗ

Женщины всех возрастов несут несоразмерно большее бремя неформального ухода за детьми и пожилыми людьми. Во многих странах возможности формального ухода невелики и могут быть недоступны, слишком дороги или низкого качества. В результате на женщин всех возрастов ложится бремя, связанное с ожиданиями по обеспечению межпоколенческой поддержки. Под общим воздействием таких факторов, как отложенная рождаемость и долголетие, возникает так называемое "поколение сэндвич" – поколение матерей и бабушек, которые обеспечивают уход за родственниками младшего и старшего поколений (12).

Наиболее поразительным проявлением неравенства между мужчинами и женщинами является существующее во всех странах и среди всех групп населения насилие в отношении женщин. Это является нарушением прав человека, а также основным препятствием в достижении гендерного равенства. Насилие прямо или косвенно вызывает серьезные и долгосрочные последствия для физического и психического здоровья женщин, которые ведут к физическим и психологическим травмам, стрессу, страху и множеству проблем, связанным со здоровьем и самочувствием (13).

Проживание в городской или сельской местности, несовершеннолетний возраст и инвалидность также относятся к важным факторам, которые необходимо учитывать при изучении проблемы неравенства в отношении здоровья женщин. Кроме того, определенные процессы – такие как изменение климата, конфликтные ситуации, миграция и торговля людьми – повышают уязвимость женщин к ухудшению состояния здоровья.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ

- Факторы, влияющие на состояние здоровья женщин, носят комплексный характер и требуют всестороннего анализа.
- Неравенство в отношении здоровья женщин сохраняется как внутри отдельно взятых стран, так и по всему региону. Системы здравоохранения должны надлежащим образом реагировать на потребности женщин, живущих в сельской местности, пожилых женщин, женщин, подвергающихся насилию, социальной изоляции и экономической депривации, а также сразу нескольким видам дискриминации.
- Для настоящего исследования требуются данные с разбивкой по полу и другим детерминантам, основанные на подробном изучении влияния гендерных аспектов и других социальных детерминантов на состояние здоровья и неравенство в отношении здоровья.
- Многие из этих детерминантов не относятся к сфере здравоохранения, поэтому необходимо разработать механизмы межотраслевого сотрудничества для сбора и анализа данных, а также принятия соответствующих мер.



Глава третья Здоровье женщин на протяжении всей жизни

Здоровье женщин на протяжении всей жизни

Сложное взаимодействие биологических, поведенческих, психологических и социальных защитных факторов и факторов риска оказывает влияние на показатели здоровья на протяжении всей жизни человека. В данной главе изложены основные причины смертности и заболеваемости женщин четырех возрастных категорий – девочки раннего возраста, девочки-подростки, взрослые женщины и пожилые женщины, – а также роль влияющих на здоровье факторов в каждый из этих периодов.

Девочки раннего возраста

В этом возрасте существует возможность предотвратить будущее ухудшение состояния здоровья и полностью реализовать потенциал здоровья и хорошего самочувствия. Имеются убедительные доказательства в поддержку соответствующих мероприятий, но неравенство в отношении здоровья, связанное с такими гендерными и социальными факторами, как место жительства, социально-экономический статус матери и семьи, этническая принадлежность и миграционный статус, продолжает влиять на состояние здоровья девочек в регионе.

Европейские страны характеризуются самым низким уровнем младенческой и детской смертности в мире, но между ними сохраняются существенные различия. Так, уровень смертности в странах с самыми высокими показателями в 25 раз превышает уровень смертности в странах с самыми низкими показателями. В регионе снижаются общие показатели младенческой смертности, а также показатели смертности среди младенцев мужского и женского пола, а различия в этих показателях в зависимости от пола в период с 2000 по 2012 год существенно не изменились. Имеются данные, свидетельствующие о значительных различиях внутри стран, но информации на этот счет недостаточно.

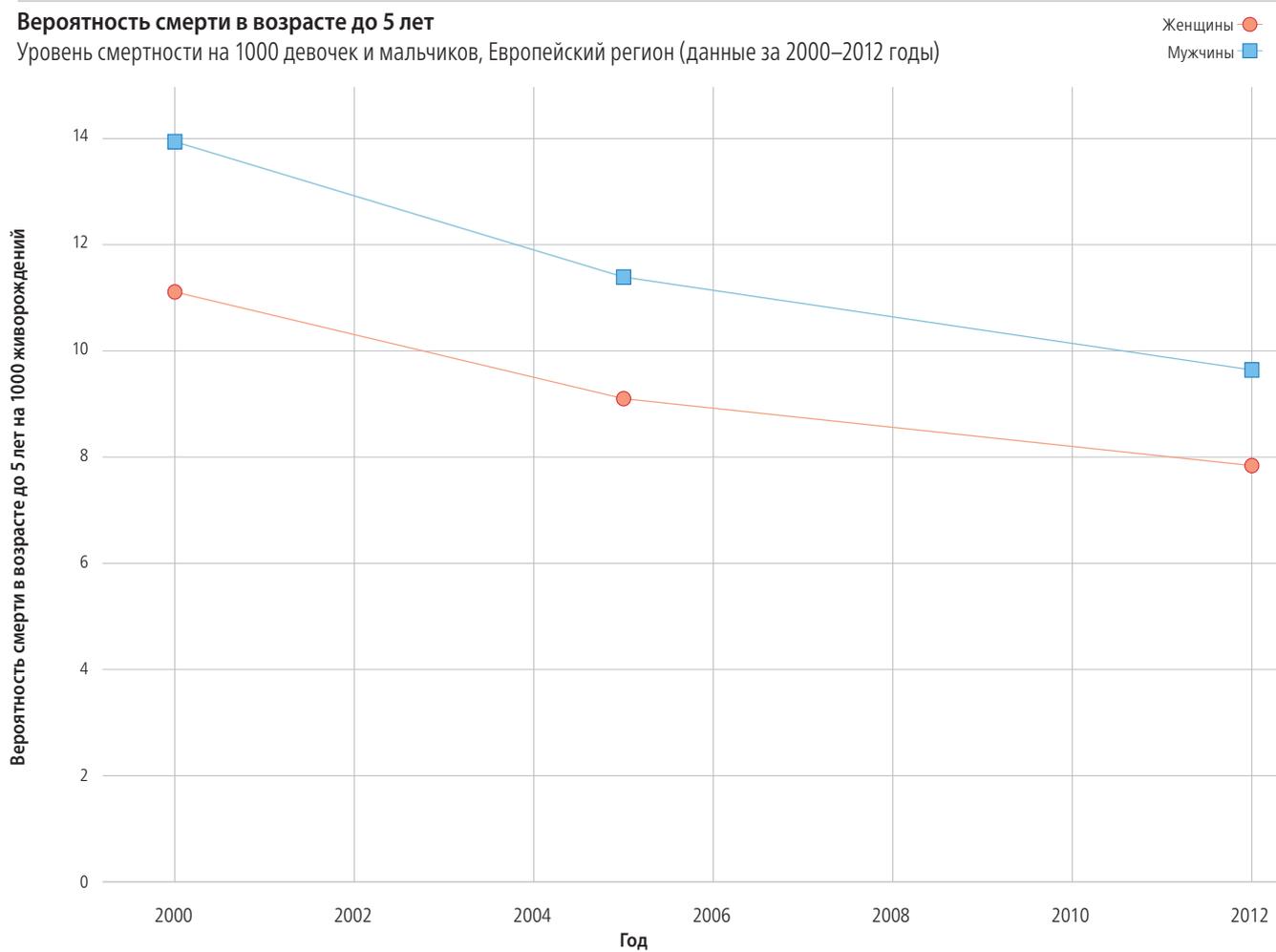
Основные причины смертности среди мальчиков и девочек в возрасте до 5 лет в регионе – патологии в неонатальном периоде, травмы, пневмония и диарея (14). Девочки в возрасте до 5 лет умирают реже, чем мальчики (рис. 6) (7), хотя разрыв между смертностью детей мужского и женского пола сокращается (8). Основные причины смертности среди девочек и мальчиков в возрасте старше 5 лет существенно различаются в разных областях региона.

Рис. 6

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (7).

Вероятность смерти в возрасте до 5 лет

Уровень смертности на 1000 девочек и мальчиков, Европейский регион (данные за 2000–2012 годы)



Основные причины заболеваемости среди девочек в возрасте до 5 лет – врожденные аномалии, осложнения в связи с преждевременными родами, инфекции нижних дыхательных путей, неонатальный энцефалит и сепсис, железодефицитная анемия, диарейные заболевания и синдром внезапной смерти младенца (см. **таблицу 1**, стр. 8). Среди девочек в возрасте 5–14 лет распространенными причинами являются дорожно-транспортный травматизм, астма, клинические депрессивные и тревожные расстройства (15).

СВЯЗЬ МЕЖДУ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ И БЕДНОСТЬЮ

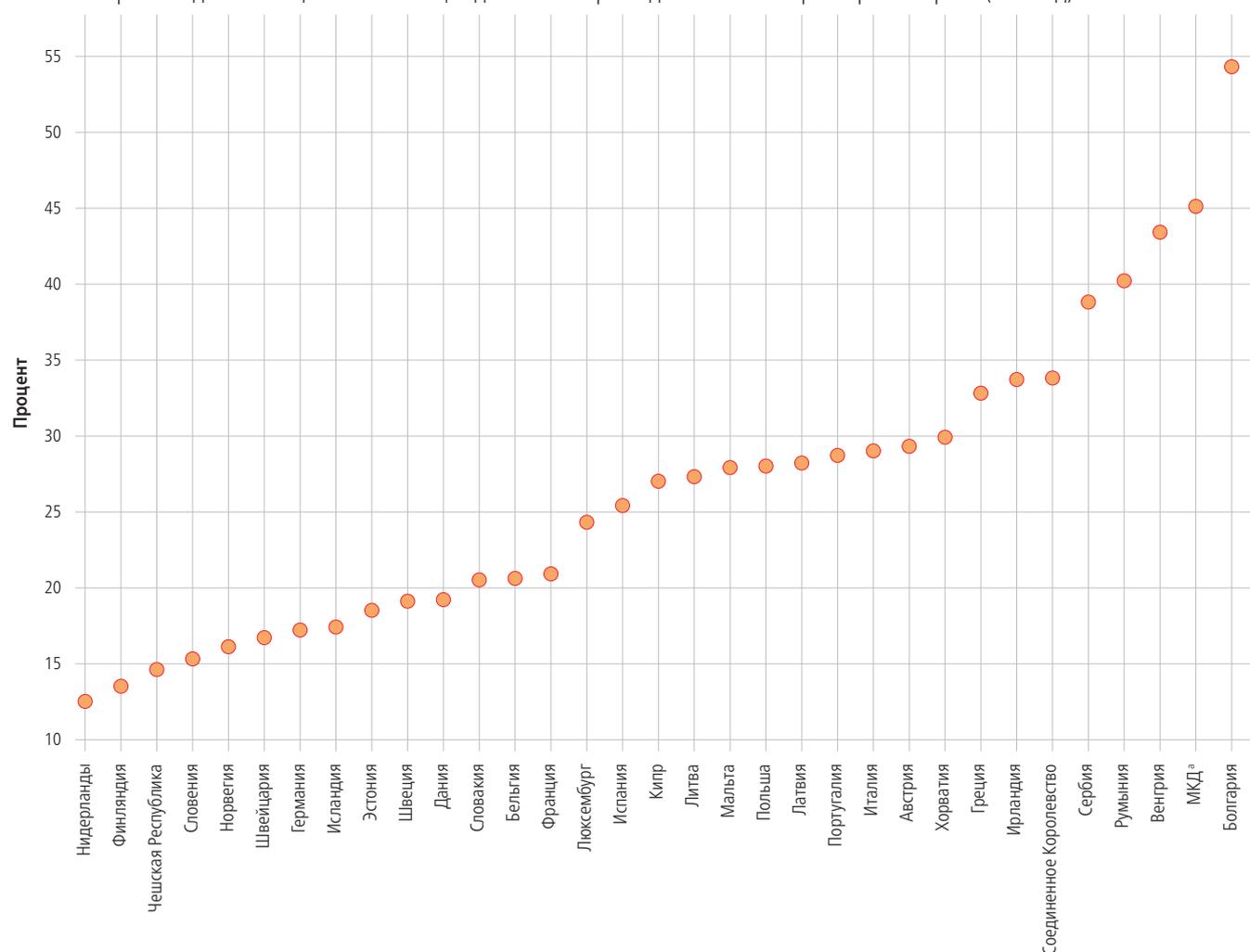
Бедность усугубляет целый ряд проблем, таких как уровень младенческой смертности, особенности питания и доступ к чистой питьевой воде, санитарно-гигиенические условия. На **рис. 7** представлены показатели риска бедности или социальной изоляции девочек в возрасте до 6 лет в ряде европейских стран в 2013 году в процентном выражении (16).

Рис. 7

Источник: Eurostat (16).

Показатели риска бедности и социальной изоляции девочек

Показатели риска бедности и социальной изоляции девочек в возрасте до 6 лет в некоторых странах Европы (2013 год)



^a Бывшая югославская Республика Македония.

Гендерно дифференцированные особенности питания в некоторых странах непосредственным образом влияют на пищевой статус девочек и их будущий рост и развитие. Недостаточное питание среди девочек влияет на состояние их здоровья в более старшем возрасте, а также на здоровье будущих поколений, поскольку оно связано с материнской смертностью и низкой массой тела детей при рождении.

Влияние на состояние здоровья девочек таких факторов, как избыточный вес и ожирение, связанных с социально-экономическим статусом матерей и другими социальными детерминантами, возрастает по мере перехода в следующие возрастные группы. В регионе существенно сократилось число девочек в возрасте 2–10 лет с ожирением с 17% в 2005 году до 10% в 2012 году (17).

Здоровье женщин на протяжении всей жизни

ЦЕННОСТЬ ДЕВОЧЕК: ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЕ ДЕВОЧЕК

В ряде европейских стран наблюдается ярко выраженное предпочтение сыновей дочерям. Это одно из наиболее явных проявлений гендерной дискриминации, основанное на различной ценности, которая присваивается девочкам и мальчикам в обществе. При патриархальном семейном укладе предпочтение сыновей является распространенным явлением. В некоторых странах региона существует проблема предвзятости при выборе пола ребенка, которая свидетельствует о значительной гендерной дискриминации. Модернизация репродуктивных технологий усугубляет проблему предвзятости при выборе пола ребенка, но не является причиной ее возникновения (18). Государственные власти должны взять на себя ответственность за устранение первопричин дискриминации путем проведения мероприятий по повышению уровня информированности, законодательных, политических и других действий в интересах женщин и девочек.

Гендерные стереотипы закладываются в раннем возрасте и оказывают отрицательное воздействие на здоровье, ожидания и возможности девочек на протяжении всей их жизни. Гендерные стереотипы оказывают огромное влияние на социальные и экономические аспекты жизни женщин с точки зрения их благополучия, уверенности в себе, психического здоровья, возможностей трудоустройства, баланса между работой и личной жизнью, гендерной дискриминации и насилия. Стереотипы также влияют на реагирование системы здравоохранения на потребности женщин и мужчин, включая недостаточную диагностику и гипердиагностику некоторых заболеваний. Политика социальной защиты, например оплачиваемый отпуск в связи с материнством и отцовством, не только улучшают уход за ребенком, но и разрушают гендерные стереотипы.

УСПЕШНОЕ НАЧАЛО ЖИЗНИ: РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Воспитание и образование детей раннего возраста является определяющим фактором состояния их здоровья, поскольку создает благоприятные условия для начала жизненного пути. В регионе существенно увеличился уровень социального участия – в 2006 году 87% детей в возрасте 4 лет и 93% детей в возрасте 5 лет посещали официальные детские образовательные учреждения. На **рис. 8** показаны различия в образовании детей раннего возраста в разных странах, выраженные в виде коэффициента общего охвата образованием (19). Несмотря на улучшение возможности получения услуг, сохраняется неравенство в охвате и доступности этих услуг для некоторых групп девочек, например рома, жителей отдаленных сельских районов и девочек с инвалидностью. Перед этими группами стоит задача получения доступа к здравоохранению, образованию и социальным услугам, включая воспитание и уход за детьми раннего возраста (20).

Европейская стратегия ВОЗ по охране здоровья детей и подростков на 2015–2020 годы призывает обеспечить всем детям и подросткам, рожденным и/или проживающим в регионе, доступ к информации о здоровье и сексуальному воспитанию в соответствии с их возрастом и полом и оказывать им поддержку для повышения их самооценки и развития навыков принятия осознанных решений и осуществления осознанного выбора, а также формирования позитивных связей и участия в принятии решений, касающихся их здоровья и благополучия (14).

НАСИЛИЕ В ОТНОШЕНИИ ДЕВОЧЕК

Жестокое обращение с детьми и другие нежелательные явления в детстве могут иметь серьезные далекоидущие последствия для психического и физического здоровья и социальных условий жизни девочек. Появляется все больше данных, свидетельствующих о передаче насилия от поколения к поколению, поскольку женщины, подвергавшиеся насилию в детском возрасте, склонны к построению насильственных отношений с собственными детьми (21).

По определению ВОЗ и других учреждений Организации Объединенных Наций под женским обрезанием понимают “частичное или полное удаление женских наружных половых органов или другие травмы женских гениталий по немедицинским причинам” (22). Женское обрезание считается общественной нормой, которая соответствует социокультурным представлениям, в основном в ряде стран Африки и Среднего Востока. Девочки и женщины в Европе также подвергаются этой форме насилия (23). К самым распространенным непосредственным последствиям для здоровья относятся сильная боль, шок, кровотечение, отек и инфекции. К долгосрочным последствиям относятся рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей, болезненные менструации, кисты и абсцессы, проблемы с сексуальным здоровьем, бесплодие и осложнения при родах (24, 25).

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ

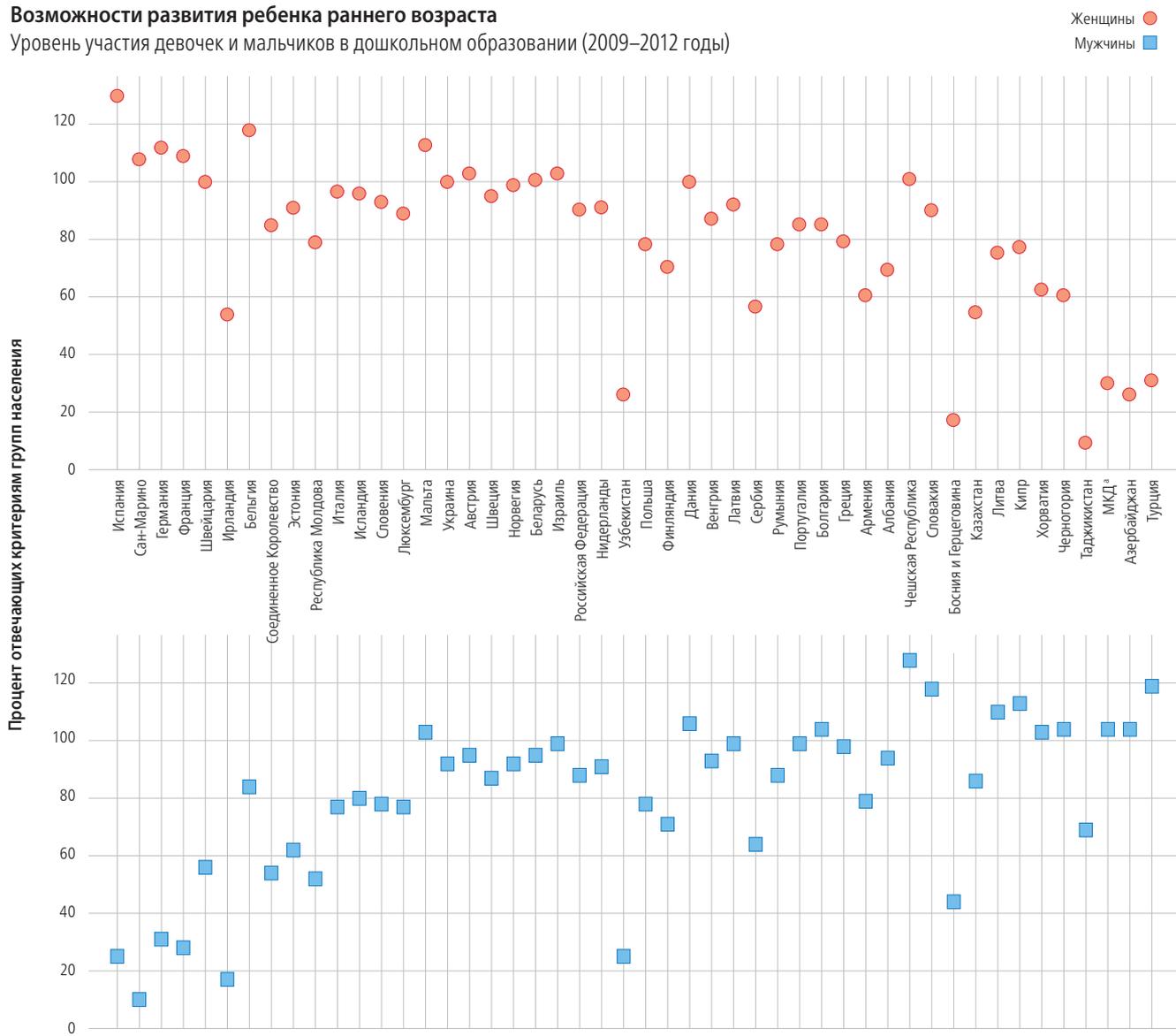
- Необходимо больше усилий для обеспечения восприимчивости системы здравоохранения и приоритизации оказания медицинской помощи девочкам и их матерям.
- Для информационного обеспечения инициатив по расширению охвата требуется систематический сбор и использование данных, связанных с социально-экономическими факторами, с разбивкой по полу и возрасту.
- Эти действия должны сопровождаться повышенным финансированием и усиленной работой над преодолением гендерных стереотипов и видов практики, которые не только вредны для здоровья девочек и женщин, но и нарушают права человека. Необходимы политические, законодательные и социальные мероприятия по повышению осведомленности, искоренению вредных видов практики и сокращению неравенства среди девочек.

Рис. 8

Источник: Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) (19).

Возможности развития ребенка раннего возраста

Уровень участия девочек и мальчиков в дошкольном образовании (2009–2012 годы)



^a Бывшая югославская Республика Македония.

Подростки

Подростковый возраст обычно ассоциируется с крепким здоровьем и развитием, но в этот период происходят и серьезные биологические, социальные и эмоциональные изменения, которые значительно влияют на благополучие, самооценку и поведение девочек. Около 35% глобального бремени болезней имеет корни в подростковом возрасте (26), что делает этот период жизни решающим для осуществления мероприятий по укреплению здоровья.

К причинам смертности и заболеваемости среди девочек-подростков относятся психические и поведенческие расстройства, патологии опорно-двигательного аппарата, неврологические расстройства, преднамеренные травмы и дорожно-транспортный травматизм. К основным факторам относят насилие со стороны сексуального партнера, сексуальную эксплуатацию детей, незащищенный сексуальный контакт, профессиональные риски, употребление наркотиков и алкоголя и железодефицитную анемию (см. **таблицу 1**, стр. 8).

Важно понимать влияние гендерных и социально-экономических факторов для минимизации рисков и использования преимуществ. Основным источником данных о поведении в отношении здоровья и благополучия среди подростков в возрасте 11, 13 и 15 лет в большинстве стран региона является исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (НБС). Международный доклад НБС по результатам обследования за 2010 год посвящен социальным детерминантам здоровья и благополучия среди молодых людей (27).

Здоровье женщин на протяжении всей жизни

Улучшению здоровья и благополучия способствуют такие факторы, как получение среднего и высшего образования и грамотность, но в некоторых странах существует неравенство в доступе к образованию для девочек в зависимости от места их проживания и социально-экономических и культурных условий. Девочки из финансово неблагополучных семей, живущие в неблагоприятных условиях, меньше удовлетворены жизнью, поэтому для обеспечения охвата этой группы мероприятия должны выходить за пределы школьной среды. Для улучшения состояния здоровья и благополучия девочек важно реализовывать информационно-просветительские программы, которые предполагают полную вовлеченность подростков.

СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Среди девочек-подростков велик риск вступления в незащищенные и часто нежелательные сексуальные контакты, что может привести к незапланированной беременности, заражению инфекциями, передаваемыми половым путем, и небезопасным абортam. Коэффициент рождаемости среди подростков снижается, но в некоторых странах и/или в некоторых группах населения он остается достаточно высоким. Коэффициент беременности у подростков является важным индикатором неравенства в отношении матерей и их детей внутри страны. Женщины, которые забеременели и родили ребенка в раннем возрасте, часто подвергаются повышенным рискам, включая риск преждевременной смерти (28): для матерей-подростков риск преждевременной смерти от любых причин повышается на 30%, а риск неестественной смерти (самоубийства) – почти на 60%. Матери-подростки также подвергаются повышенному риску смерти от рака легких и рака шейки матки (29). Кроме того, отмечается снижение жизненного потенциала, если девочка не может продолжить обучение или окончить среднюю школу, поступить в университет или получить профессионально-техническое образование.

На **рис. 9** представлены коэффициенты рождаемости среди подростков региона с указанием среднего показателя продолжительности обучения в системе школьного образования (30). В целом чем выше средний показатель продолжительности обучения в школе, тем ниже уровень рождаемости у подростков. Однако в нескольких странах региона наряду с высоким средним показателем продолжительности школьного обучения у женщин отмечается один из самых высоких уровней рождаемости среди подростков (31). Это подчеркивает необходимость поиска решения проблемы за пределами системы образования.

Начало половой жизни также повышает опасность инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД. Существует масса пробелов в оказании подросткам услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, в частности низкий уровень доступности услуг и недостаточный доступ к современным методам контрацепции, ограниченность схем компенсации затрат на лечение, что является препятствием для получения медицинских услуг.

Определяющим фактором является половое воспитание. Крайне важно, чтобы молодые люди были осведомленными и ощущали поддержку в подростковом возрасте. У подростков есть доступ к множеству новых источников информации, особенно к информации о сексуальной жизни, но немало источников предоставляют искаженную информацию, пропагандируют гендерные стереотипы и унижают женщин (32).

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ: РАСТУЩЕЕ БЕСПОКОЙСТВО

Более 10% подростков в регионе страдают теми или иными формами психических расстройств (14), причем психоневрологические заболевания являются основной причиной инвалидности. Клинические депрессивные расстройства являются наиболее распространенным психическим заболеванием среди детей и подростков, которое приводит к тревожным, поведенческим (кондуктивным) расстройствам и расстройствам, вызванным употреблением психоактивных веществ. В регионе есть страны с самым высоким уровнем самоубийств среди подростков во всем мире: в некоторых странах самоубийства являются одной из основных причин смертности среди молодых людей.

Исследование выявило явные гендерные различия в отношении психического здоровья в возрасте старше 13 лет: девочки и мальчики страдают от разных заболеваний, причем больше проблем обычно наблюдается у девочек. Симптомы депрессивных и тревожных расстройств в два раза чаще встречаются у девочек, при этом у мальчиков-подростков более высокие показатели по шкале самооценки. Уровень смертности в результате самоубийства выше среди мальчиков, а нанесение себе увечий и попытки самоубийства чаще предпринимают девочки (33).

ФАКТОРЫ РИСКА: ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ БИОЛОГИЧЕСКИМИ, ГЕНДЕРНЫМИ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

В большинстве европейских стран среди девочек-подростков чаще наблюдается поведение, способствующее укреплению здоровья, например включение в рацион фруктов и ограничение употребления сладких прохладительных напитков (27), при этом физическая активность девочек ниже, причем она существенно сокращается в возрасте 11–15 лет. В возрасте 11–13 лет у девочек происходит более резкое сокращение физической активности, чем в возрасте 13–15 лет (27), что свидетельствует о том, что возможности для проявления физической активности могут быть основаны на гендерных факторах. Кроме того, традиционные гендерные стереотипы могут препятствовать занятиям девочек-подростков и женщин организованной физической активностью (34).

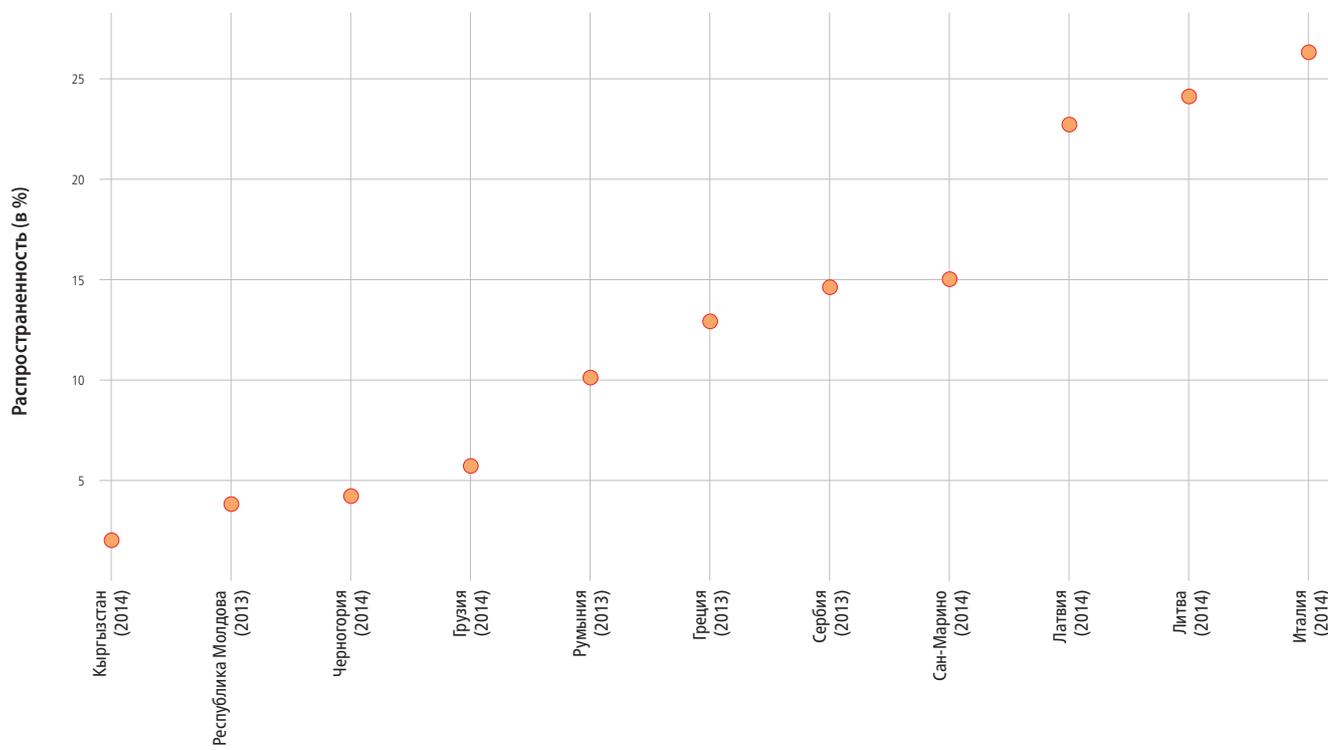
Здоровье женщин на протяжении всей жизни

Рис. 10

Источник: ВОЗ, неопубликованные данные, 2015 год.

Табакочурение среди девочек-подростков

Текущие показатели употребления табака, девочки-подростки в возрасте 13–15 лет в отдельных странах



сотрудничества и развития (ОЭСР), начали употреблять алкоголь в возрасте до 15 лет, а 40% хотя бы однажды находились в состоянии алкогольного опьянения. В докладе указано, что в отношении алкоголя девочки “догоняют” мальчиков (35). Стигматизация, связанная с гендерными стереотипами, касающимися пагубного и опасного употребления алкоголя женщинами, могут помешать молодым женщинам обратиться за помощью или получить лечение на ранней стадии заболевания (36).

Гендерные стереотипы также способствуют развитию у девочек отрицательного отношения к своему телу. Почти 40% участников исследования HBSC выразили недовольство своим телом, что почти в два раза превышает аналогичный показатель среди мальчиков. Двадцать два процента 15-летних девочек утверждали, что сидят на диете, хотя только 10% имели избыточный вес (среди мальчиков только 9% сидели на диете и 18% имели избыточный вес). Попытки сбросить вес становятся привычной составляющей образа жизни девочек к 13 годам и усиливаются с возрастом (27).

Последние исследования свидетельствуют о том, что использование девочками-подростками социальных сетей может отрицательно сказаться на здоровье, например привести к снижению самооценки, возникновению беспокойства, тревожности, проблем с отдыхом и сном, а также к ухудшению навыков личного общения (37, 38). В первую очередь это связано с отрицательными эмоциями, вызванными постоянным сравнением себя с ровесниками и так называемым страхом что-то упустить. Социальные сети также оказывают серьезное воздействие на здоровье, например вызывают привыкание (39), повышают риск стать жертвой киберзапугивания.

ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ НАЧИНАЕТСЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

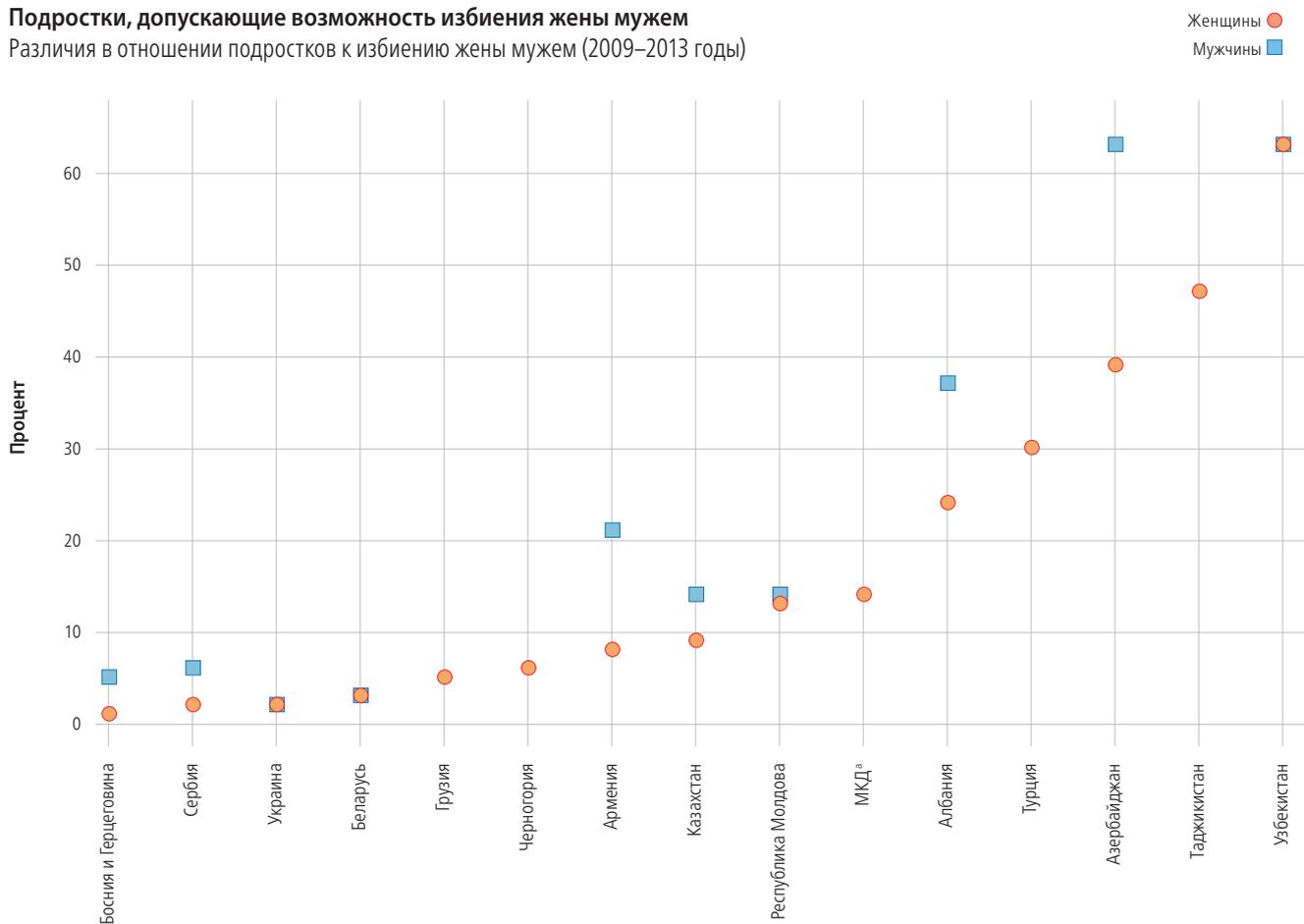
Страх перед гендерным насилием, включая ранние браки по принуждению, изнасилование и похищение невест, а также проблемы с конфиденциальностью в маленьких или сельских общинах могут помешать девочкам-подросткам обратиться за помощью в службы сексуального и репродуктивного здоровья (40).

Как и гендерные стереотипы, гендерное и сексуальное насилие начинается в раннем возрасте. Насилие в отношении девочек широко распространено в школах, где виновниками чаще всего становятся мальчики. Важным отправным моментом является изменение в подростковом возрасте жизненных позиций, которые подкрепляются стереотипными взглядами на мужскую и женскую идентичность. На рис. 11 показано процентное соотношение мальчиков и девочек в возрасте 15–19 лет, которые оправдывают мужа, ударившего или избившего свою жену по крайней мере по одной из следующих причин: по вине жены подгорела еда, жена спорит с мужем, жена выходит из дома, не сообщив об этом мужу, жена не заботится о детях или отка-

Рис. 11

Источник: ЮНИСЕФ (19).

Подростки, допускающие возможность избиения жены мужем
Различия в отношении подростков к избиению жены мужем (2009–2013 годы)



^a Бывшая югославская Республика Македония.

зывается от сексуальных контактов с мужем. Довольно высок процент мальчиков-подростков, которые считают, что избиение жены оправдано, если по ее вине подгорел обед, но такой же процент девочек-подростков в некоторых странах разделяют это мнение (19).

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЛЯ РЕШЕНИЯ

- Особое внимание следует уделить воздействию мероприятий, выходящему за рамки детского возраста, и их межпоколенческий аспект.
- Девочкам-подросткам должен быть предоставлен доступ к всестороннему сексуальному воспитанию, которое даст им возможность вести здоровую, доставляющую удовольствие сексуальную жизнь без принуждения, незапланированных беременностей и заболеваний (41). Для достижения этой цели очень важно обеспечить обучение мальчиков.
- Необходимо принять политические меры по ограничению потребления табака и алкоголя, пропаганде здорового питания и физической активности, но еще больше внимания требует увеличение охвата девочек из неблагополучных семей и/или находящихся за пределами официальной системы.
- Для обеспечения полного охвата необходимо принять меры и за пределами школьной среды. Чрезвычайно важно организовать информационно-просветительские мероприятия, использовать социальные сети и привлечь подростков к участию в программах.
- Девочки нуждаются в защите от гендерного насилия, в том числе от ранних браков, эксплуатации, жестокого обращения, насилия со стороны сексуального партнера и сексуального насилия.
- При разработке политики по укреплению здоровья и профилактике болезней среди подростков необходимо принимать во внимание гендерные стереотипы, которые оказывают отрицательное влияние на поведение и возможности девочек.
- Улучшение разбивки медицинской информации по возрасту и полу, а также анализ мероприятий в сочетании с социально-экономическими детерминантами поможет выявить конкретные потребности девочек-подростков и определить методы их удовлетворения.

Здоровье женщин на протяжении всей жизни

Взрослые женщины

Применение подхода, рассчитанного на всю продолжительность жизни человека, предполагает изучение потребностей женщин в медицинской помощи не только в связи с их потенциальным материнством. Женщины живут дольше, но подвергаются повышенному риску более раннего развития заболеваний и инвалидности. Частично это связано с угрозой возникновения неинфекционных заболеваний и сопутствующими факторами риска, а также с тем, что их индивидуальная реакция на такие заболевания до последнего времени не учитывалась и соответствующие меры не принимались.

Гендерные риски и уязвимость женского организма, которые чаще проявляются в зрелом возрасте, могут осложняться недостаточной осведомленностью медиков и работников здравоохранения в вопросах повышенных и/или специфических рисков возникновения определенных заболеваний и патологий у женщин. Например, у женщин возникают различные симптомы сердечно-сосудистых заболеваний и повышается риск возникновения астмы в зрелом возрасте из-за связанных с полом и гендерных факторов, включая менструальный цикл и более частый контакт с химическими веществами, которые содержатся в бытовой химии (42, 43).

Вероятность смерти среди женщин в возрасте 15–60 лет низка, но показатели смертности распределяются неравномерно: в некоторых странах региона этот показатель составляет 110 смертей на 1000 жителей женского пола, в других странах – меньше 50 (5). К основным причинам заболеваемости среди взрослых женщин относятся психические и поведенческие расстройства, скелетно-мышечные и неврологические патологии, но в настоящее время также увеличивается доля сердечно-сосудистых проблем и болезней системы кровообращения, онкологических заболеваний, хронических респираторных заболеваний, циррозов, ВИЧ/СПИДа и туберкулеза (в некоторых областях региона). Основные факторы – употребление алкоголя, табака и наркотиков, насилие со стороны сексуального партнера, высокий индекс массы тела (ИМТ) и низкая физическая активность (см. **таблицу 1**, стр. 8). В странах Восточной Европы ВИЧ/СПИД является распространенной причиной заболеваемости среди женщин в возрасте 15–49 лет и одной из причин смерти среди женщин этой возрастной группы, проживающих в субрегионах Восточной Европы и Центральной Азии (44).

Высокий процент женщин в большинстве стран оценивают собственное здоровье как плохое или неважное. Различия становятся более существенными при учете таких факторов, как образование и, в особенности, уровень доходов и возраст. Наибольшие сдвиги в оценке состояния собственного здоровья наблюдаются у женщин в возрасте 26–40 лет с высоким уровнем доходов. На **рис. 12** показан крутой отрицательный градиент между женщинами из квинтильных групп с самым высоким и самым низким уровнем доходов в разных странах (45). Существенным фактором является гендерное неравенство на рабочем месте (например, неравенство в оплате труда), дома (неравная нагрузка в ведении домашнего хозяйства и неофициальном уходе за родственниками) и в обществе (продолжающееся принятие обществом широко распространенного насилия в отношении женщин).

Недавний доклад ОЭСР о благоприятном влиянии снижения неравенства на всех членов общества рекомендует расширить участие женщин в экономической жизни в качестве одной из четырех основных областей, в которых требуется осуществлять политические действия (46). Это предполагает ликвидацию неравноправного обращения, устранение препятствий при найме женщин на работу и их продвижении по службе, а также потенциальное повышение оплаты труда женщин с низкой зарплатой.

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА И НЕРАВЕНСТВО

Изменение норм поведения и целенаправленные мероприятия производителей привели к тому, что женщины “догнали” мужчин по уровню употребления алкоголя и табака в некоторых областях региона. Употребление алкоголя и табака и низкий уровень физической активности – важные причины заболеваемости в зрелом возрасте. По мере взросления женщины возрастает значимость таких факторов, как низкая физическая активность, высокий ИМТ, риски, связанные с режимом питания, и высокое кровяное давление.

Социальные детерминанты, такие как низкий уровень образования, особенности местной культуры и низкий уровень доходов, способствуют выбору рискованных моделей поведения. Например, ожирение становится более распространенным явлением среди женщин с низким уровнем образования: так, только 26% случаев ожирения у мужчин, проживающих в странах Европейского союза (ЕС), связано с неравенством в образовательном статусе, в то время как аналогичный показатель среди женщин составляет 50%. Социально-экономические детерминанты пагубного и опасного употребления алкоголя необязательно совпадают с детерминантами табакокурения и ожирения. Так, люди с более низким уровнем образования и/или доходов необязательно пьют больше, но пагубное употребление имеет серьезные последствия для здоровья и социальной жизни женщин (47).

Несмотря на улучшения, рак молочной железы остается распространенной причиной заболеваемости среди женщин во всех субрегионах, кроме Центральной Азии. Инициативы по улучшению скрининга и/или результатов лечения рака молочной

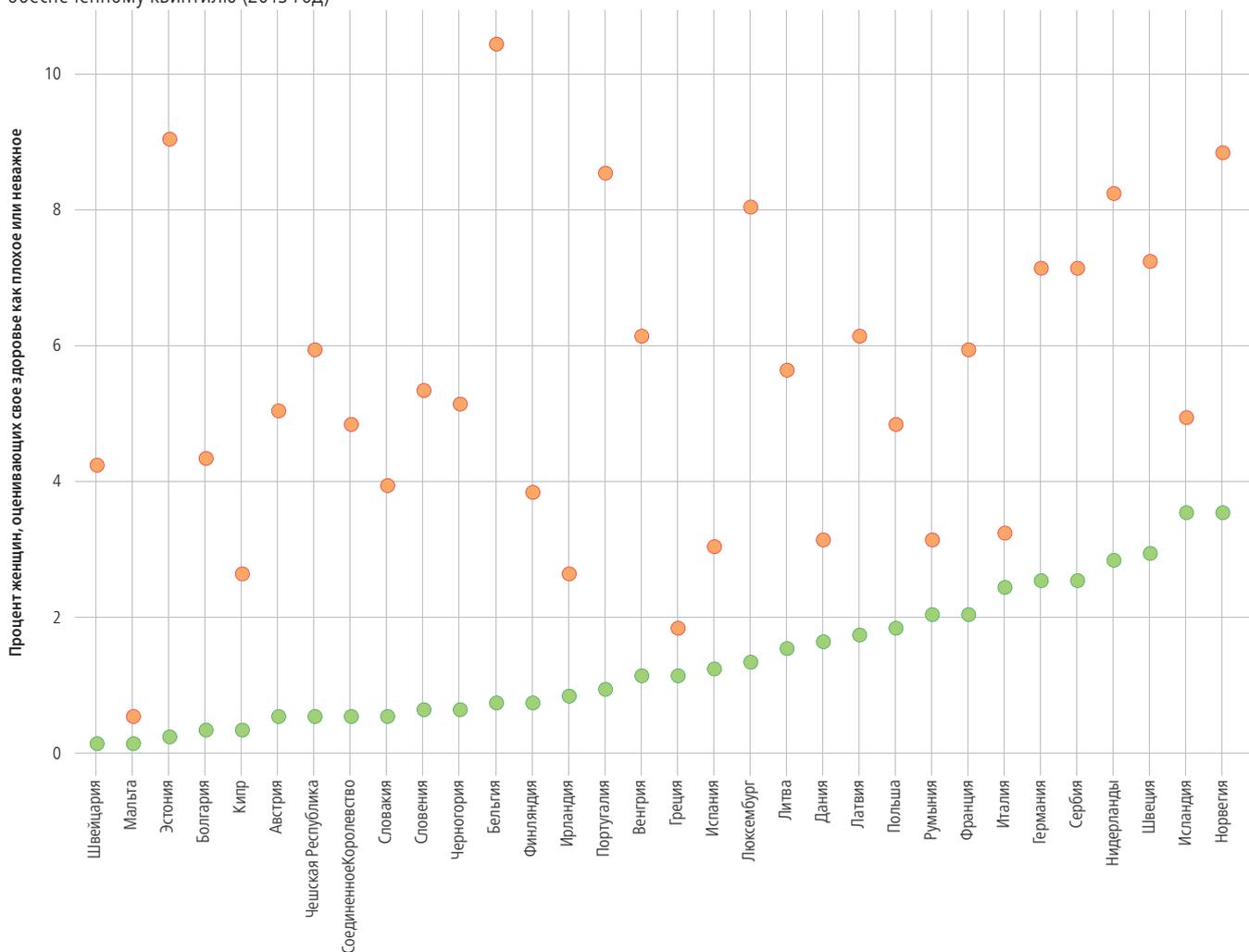
Рис. 12

Источник: Eurostat (45).

Женщины с высоким уровнем дохода в Европе, которые высоко оценивают состояние своего здоровья

Женщины с высоким уровнем доходов ●
Женщины с низким уровнем доходов ●

Оценка собственного здоровья женщинами в возрасте 18–44 лет с разбивкой по самому обеспеченному квинтилю (2013 год)



железы и шейки матки должны быть взаимосвязаны с рядом социальных факторов, включая образование, социально-экономический статус/положение, социальное окружение, статус иммигранта и городская окружающая среда (48, 49).

Загрязнение воздуха вредными веществами при использовании твердого топлива для приготовления пищи и отопления на открытом огне или в традиционных печах приводит к несоразмерным последствиям для здоровья женщин и детей, которые подвергаются наиболее сильному воздействию этих факторов (50). Исследования профессиональных заболеваний способствовали определенному прогрессу в лечении рака и решении проблем в области репродуктивного здоровья, но пока еще не изучались условия труда женщин, а также такие проблемы со здоровьем, как патологии опорно-двигательного аппарата (51).

Депрессивные расстройства являются одной из основных причин заболеваемости у взрослых женщин, но медицинские данные и результаты анализа влияния социально-экономических детерминантов пока отсутствуют.

СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ВЗРОСЛЫХ ЖЕНЩИН

Проблемы материнского здоровья, включая осложнения после небезопасных абортов, относятся к одной из существенных причин смертности и заболеваемости. Материнская смертность в регионе сократилась почти в два раза в период с 1990 по 2006 год, но этот прогресс был неравномерным. Сохраняются ярко выраженные различия в показателях среди женщин в регионе и в каждой отдельно взятой стране (52), несмотря на то что меры, необходимые для предотвращения подобных проблем, хорошо известны и малозатратны.

Здоровье женщин на протяжении всей жизни

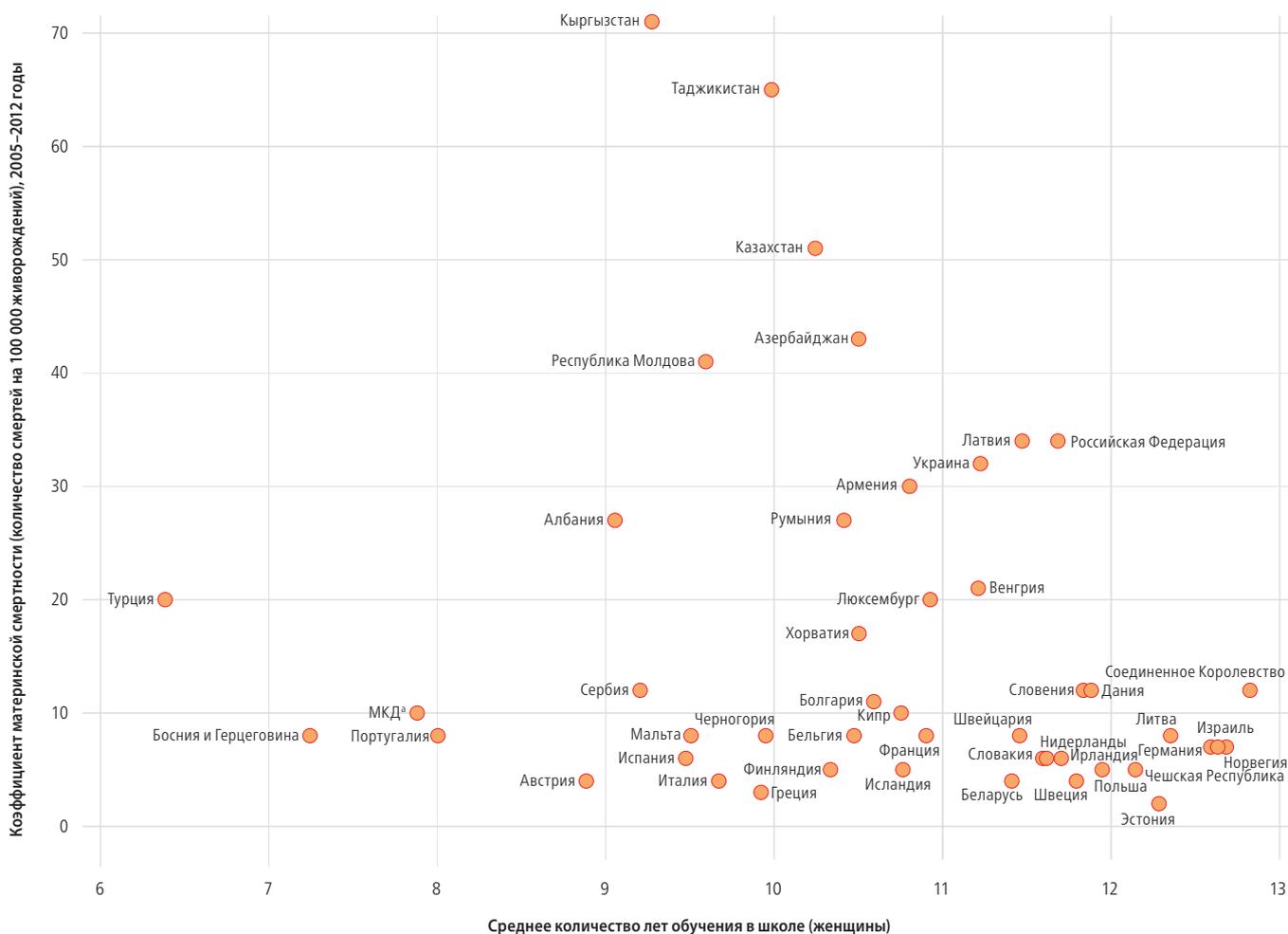
Исследования выявили взаимосвязь (и часто с отрицательным градиентом) между перинатальной смертностью, социально-экономическим статусом матери (этническая принадлежность, статус иммигранта и уровень образования) и социальным окружением (районы, где проживают этнические меньшинства и депривация) (53, 54). На **рис. 13** представлены данные по рискам материнской смертности в регионе с разбивкой по уровню образования в период 2005–2012 годов (30, 55). Образование – лишь косвенный показатель расхождений в коэффициентах материнской смертности, но данный коэффициент относительно высок в некоторых странах с высоким уровнем среднего образования среди женщин. Это особо подчеркивает необходимость изучить другие факторы, такие как доступность ухода и качество услуг по охране здоровья матери, которые во многих случаях чрезмерно медикализированы. Во многих странах косвенные факторы (такие как сердечно-сосудистые заболевания) становятся ведущей причиной материнской смертности (56).

Рис. 13

Источник: UNDP (55).

Риск материнской смертности в зависимости от обучения в системе школьного образования

Коэффициент материнской смертности в соотношении со средним количеством лет обучения в системе школьного образования (2005–2012 годы)



^а Бывшая югославская Республика Македония.

Период репродуктивного возраста женщин оказывает огромное воздействие на общее состояние их здоровья и благополучия. Для контроля рождаемости необходимо расширение прав и возможностей женщин (1). Однако лишь в немногих странах реализованы комплексные стратегии поддержки сексуального и репродуктивного здоровья и обеспечения прав женщин с особым вниманием к планированию семьи и обеспечению доступа к современным средствам контрацепции. Во многих странах региона потребность в контрацепции не удовлетворена (1), что является одним из показателей Цели тысячелетия в области развития 5 (улучшение охраны материнства). Этот фактор оказывает огромное влияние на состояние здоровья и благополучие женщин на протяжении всей жизни.

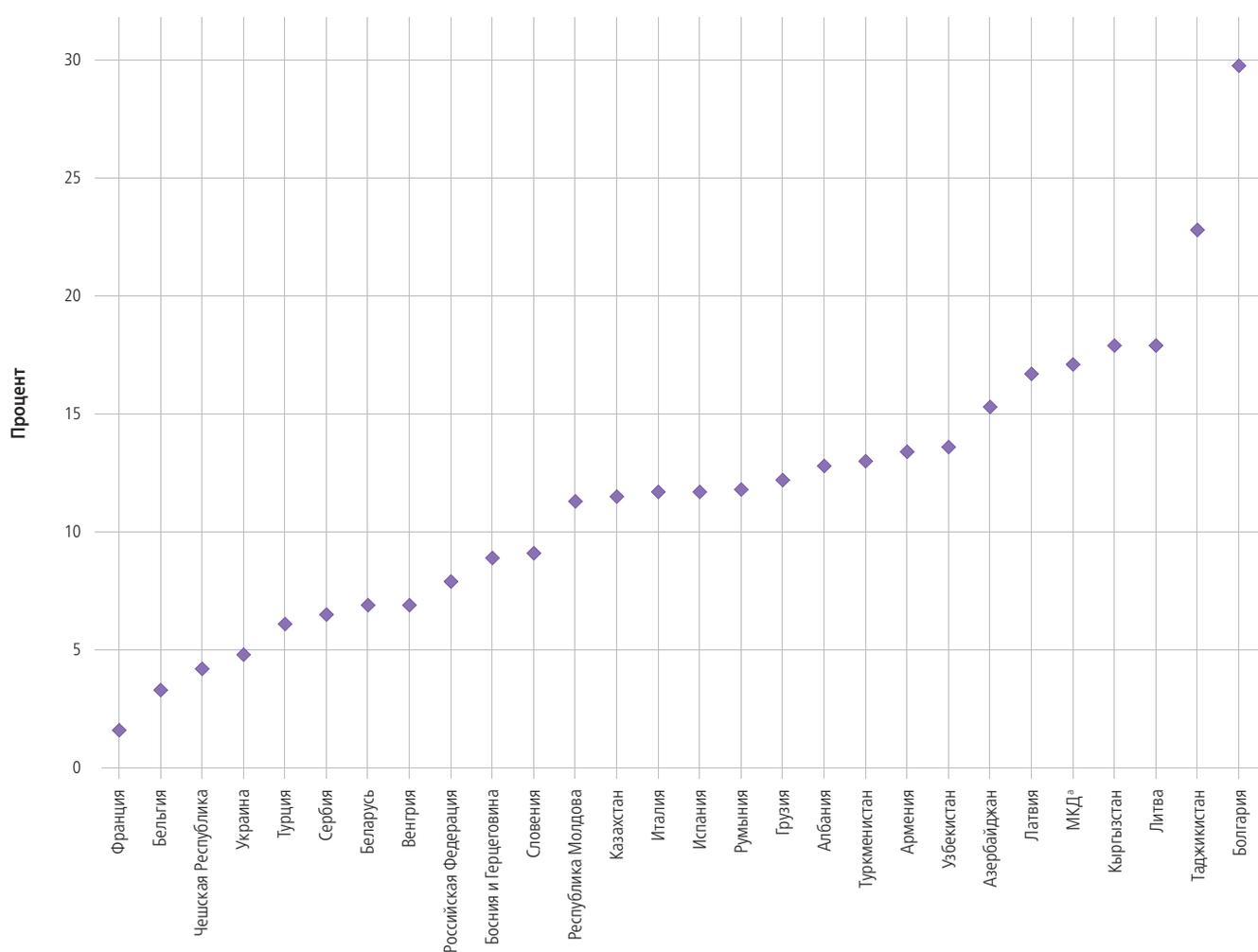
Как показано на **рис. 14**, неудовлетворенная потребность в услугах по планированию семьи в государствах-членах, по которым имеются данные, составляет от 5 до почти 23% (57). Неудовлетворенная потребность определяется как процент женщин репродуктивного возраста, ведущих половую жизнь, но не пользующихся никакими методами контрацепции, которые сообщают, что не хотят больше детей или хотят отсрочить рождение следующего ребенка. Следует отметить, однако, что исследования являются единственным надежным источником данных по ряду показателей сексуального и репродуктивного здоровья, включая показатели, связанные с Целью тысячелетия в области развития 5 (например, неудовлетворенные потребности в услугах по планированию семьи, распространенность контрацептивов и оценка сексуального здоровья). Во многих случаях исследования либо не проводились, либо их результаты не являются репрезентативными, а следовательно, такая информация отсутствует.

Рис. 14

Источник: Статистический отдел Организации Объединенных Наций (57).

Неудовлетворенные потребности в услугах по планированию семьи могут значительно различаться

Неудовлетворенные потребности в услугах по планированию семьи (доступны данные за последний год)



^а Бывшая югославская Республика Македония.

НАСИЛИЕ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН

Насилие в отношении женщин является широко распространенным нарушением прав человека с огромными последствиями для состояния здоровья женщин на протяжении всей их жизни. Согласно оценке ВОЗ, каждая четвертая женщина в регионе хотя бы один раз в жизни подвергалась насилию со стороны сексуального партнера. К факторам риска относятся социальная изоляция, пагубное употребление алкоголя, жестокое обращение в детском возрасте и неблагоприятные социально-этические нормы и принципы, связанные с половой принадлежностью и насилием (58). Защитными факторами являются права женщин на получение образования и официальную занятость, владение собственностью и сильная нормативно-правовая база, препятствующая насилию (59).

Здоровье женщин на протяжении всей жизни

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЛЯ РЕШЕНИЯ

- Можно сказать, что системы здравоохранения слепы к различным потребностям женщин в области здоровья, которые не касаются их репродуктивности.
- При формировании систем здравоохранения необходимо уделять больше внимания социальным, экономическим и культурным условиям, в которых живут взрослые женщины и которые влияют на состояние их здоровья и благополучие, с особым вниманием к женщинам, находящимся в неблагоприятных условиях.
- Во всем регионе и в отдельно взятых странах меняются защитные факторы и риски, связанные с неинфекционными заболеваниями у женщин. Пропаганда здорового образа жизни и ответные меры системы здравоохранения должны отразить эти изменения, с тем чтобы предотвратить и разрешить медицинские проблемы женщин.
- Политика играет решающую роль в обеспечении доступа к информации и услугам, чтобы дать женщинам возможность принимать осознанные решения о собственном сексуальном и репродуктивном здоровье.
- Связанные с беременностью смертность и заболеваемость продолжают оказывать влияние на женщин в регионе. Политика, информация на основе фактических данных и действия медицинских служб должны быть направлены на устранение лежащих в основе проблем неравенств.
- С такими проблемами, как насилие в отношении женщин, в результате которого страдает их здоровье, сектор здравоохранения не в состоянии справиться самостоятельно – необходимо сотрудничество с другими секторами.

Пожилые женщины

В 2010 году в Европейском регионе на 131 млн. человек в возрасте старше 65 лет приходилось почти 80 млн. женщин. К 2030 году ожидается увеличение этого показателя до 108 млн., что соответствует глобальной тенденции – явление, известное как феминизация старения (60). Хотя сейчас считается, что пожилой возраст начинается позже, здесь мы говорим о женщинах в возрасте старше 60 лет, который соответствует как прошлому, так и настоящему возрасту выхода на пенсию в регионе, по которому имеются данные.

Главные причины заболеваемости среди пожилых женщин в регионе в основном одинаковы во всех четырех субрегионах, как показано в **таблице 1** (стр. 8): сердечно-сосудистые заболевания и болезни системы кровообращения, рак, хронические респираторные заболевания (включая хронические обструктивные легочные заболевания), диабет и другие неинфекционные заболевания. Рассматриваемые здесь различия между двумя возрастными группами (50–69 лет и 70 лет и старше), к которым относятся психические и поведенческие расстройства и скелетно-мышечные и неврологические патологии, с возрастом постепенно сокращаются, а ишемическая болезнь сердца, инсульт, болезнь Альцгеймера и диабет встречаются все чаще. К основным причинам и рискам относятся употребление алкоголя и табака, высокое кровяное давление, высокий ИМТ, риски, связанные с режимом питания, низкая физическая активность, высокий уровень общего холестерина и глюкозы в плазме крови натощак, а также загрязнение воздуха в домах (44).

Как и в других возрастных группах, женщины считают состояние собственного здоровья плохим, а различия в показателях обусловлены такими детерминантами, как уровень образования и доходов. На **рис. 15** показано, что чем выше уровень доходов, тем больше вероятность, что женщина считает состояние собственного здоровья очень хорошим или хорошим (45).

РИСК БЕДНОСТИ: ГЕНДЕРНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Риск бедности среди пожилых женщин связан с неравенством в предыдущих периодах жизни, включая гендерные различия в оплате труда, которые существенно влияют на размер пенсии и возможность реализовать весь потенциал здоровья (61). На **рис. 16** показаны различия в риске бедности или социальной изоляции среди пожилых женщин в ряде стран Европы в 2013 году (16). В некоторых странах риск бедности среди женщин намного выше, чем в других странах. В большинстве случаев этот показатель увеличивается с возрастом в каждой отдельно взятой стране. Отдельно проживающие одинокие люди более всего подвержены риску бедности.

Гендерные стереотипы продолжают оказывать отрицательное воздействие на здоровье и благополучие женщин в отношении таких показателей, как оценка собственного здоровья, и усугубляются дискриминацией по возрастному признаку. Отношение медицинских специалистов к пожилым людям может повлиять на методы лечения женщин. Например, в ходе одного исследования было установлено, что вероятность прохождения пожилой женщиной с раком молочной железы химиотерапии зависит от специализации и пола врача, типа учреждения по уходу, мнения врача о том, в каком возрасте пациент становится пожилым, а также его или ее знаний об обследованиях для пожилых людей. Это значит, что некоторые врачи не всегда прописывают пожилым пациентам то лечение, которое может дать благоприятный результат (62).

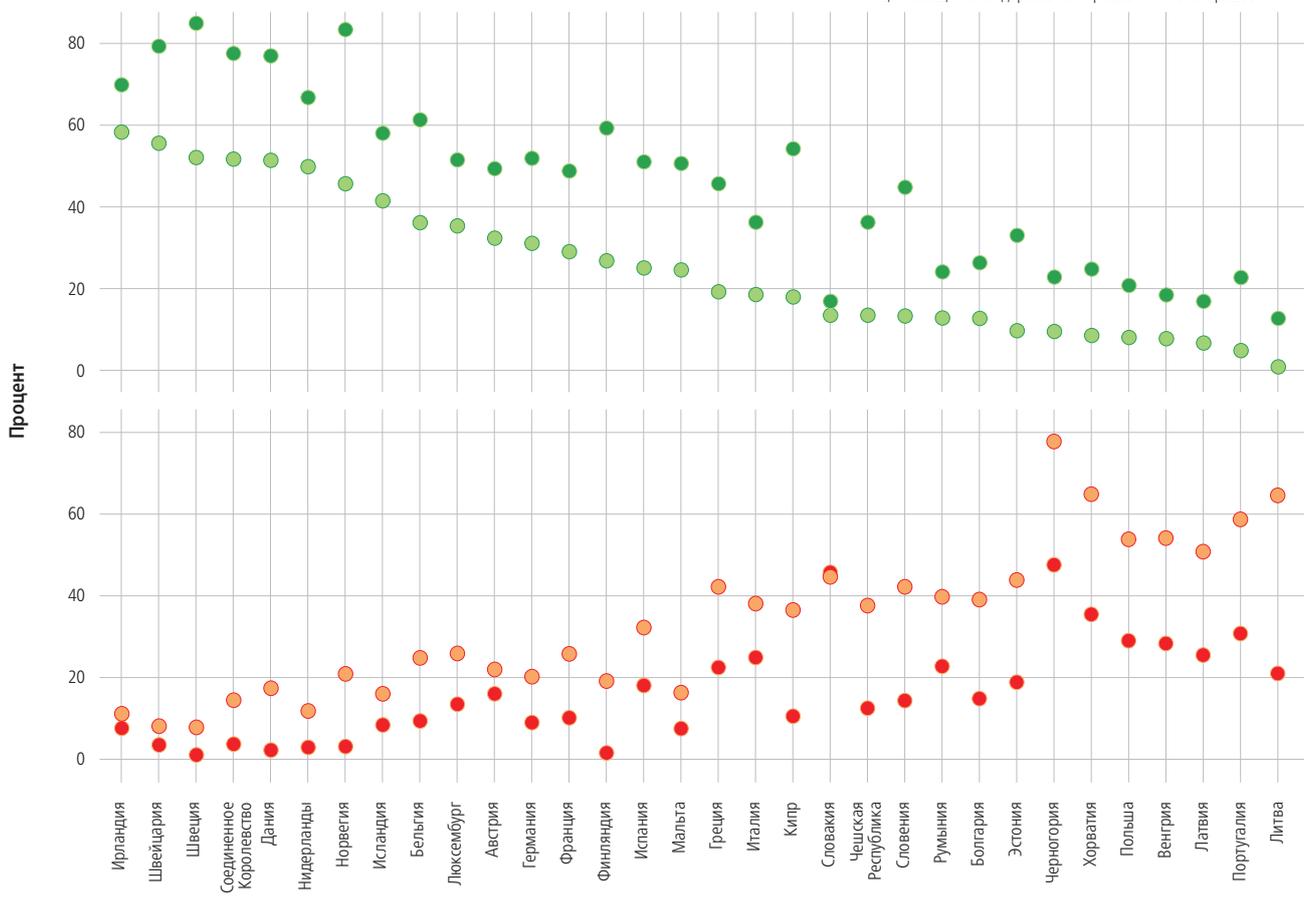
Рис. 15

Источник: Eurostat (45).

Собственная оценка здоровья пожилыми женщинами с разбивкой по уровню дохода

Разница в оценке здоровья у женщин в возрасте старше 65 лет с разбивкой по квинтильным группам с разным уровнем благополучия (2013 год)

- Квинтильная группа с высоким уровнем дохода, оценивающая свое здоровье как плохое или очень плохое
- Квинтильная группа с низким уровнем дохода, оценивающая свое здоровье как плохое или очень плохое
- Квинтильная группа с низким уровнем дохода, оценивающая свое здоровье как хорошее или очень хорошее
- Квинтильная группа с высоким уровнем дохода, оценивающая свое здоровье как хорошее или очень хорошее



ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ИНВАЛИДНОСТЬ

К основным проблемам пожилых женщин относятся нарушения психического здоровья и инвалидность. Депрессия является распространенным заболеванием, но ее симптомы могут отличаться от симптомов, которые наблюдаются в более раннем возрасте: например, она может проявляться в виде необъяснимых физических симптомов, таких как общие боли и страдания. Эти физические проявления психического расстройства в сочетании с сопутствующей заболеваемостью (одновременное развитие нескольких заболеваний или патологий) могут осложнить точную и своевременную диагностику депрессии у пожилых людей. Количество случаев болезни Альцгеймера и других форм деменции резко увеличивается в возрасте старше 60 лет, причем эти болезни быстрее развиваются у женщин.

Старение также связано с увеличением количества случаев инвалидности, особенно в возрасте старше 80 лет. К распространенным причинам инвалидности среди пожилых женщин относятся сенсорные нарушения, патологии опорно-двигательного аппарата, одряхление, недержание, боли и расстройства сна. Сенсорные нарушения чаще всего касаются слуха и зрения, а на патологии опорно-двигательного аппарата, такие как боли в поясничном и шейном отделе, приходится 13–17% от общего количества лет жизни с инвалидностью среди пожилых людей в регионе.

Одряхление – это состояние повышенной уязвимости к плохому восстановлению равновесия после воздействия стрессового фактора (например, падения) с повышенным риском неблагоприятного исхода, в том числе повторных падений, бредовых состояний и инвалидности (63). Одряхление можно считать переломным моментом, после которого связанные с возрастом ухудшения функций организма ускоряются, а естественные механизмы удержания равновесия тела начинают нарушаться. Однако одряхление – это не исключительно биологическое и естественное явление; оно развивается с годами (63) под влиянием важных социальных детерминантов. Женщины в возрасте старше 65 лет с низким уровнем образования подвержены повышенному риску одряхления (слабость, потеря веса, упадок сил, медлительность и снижение активности).

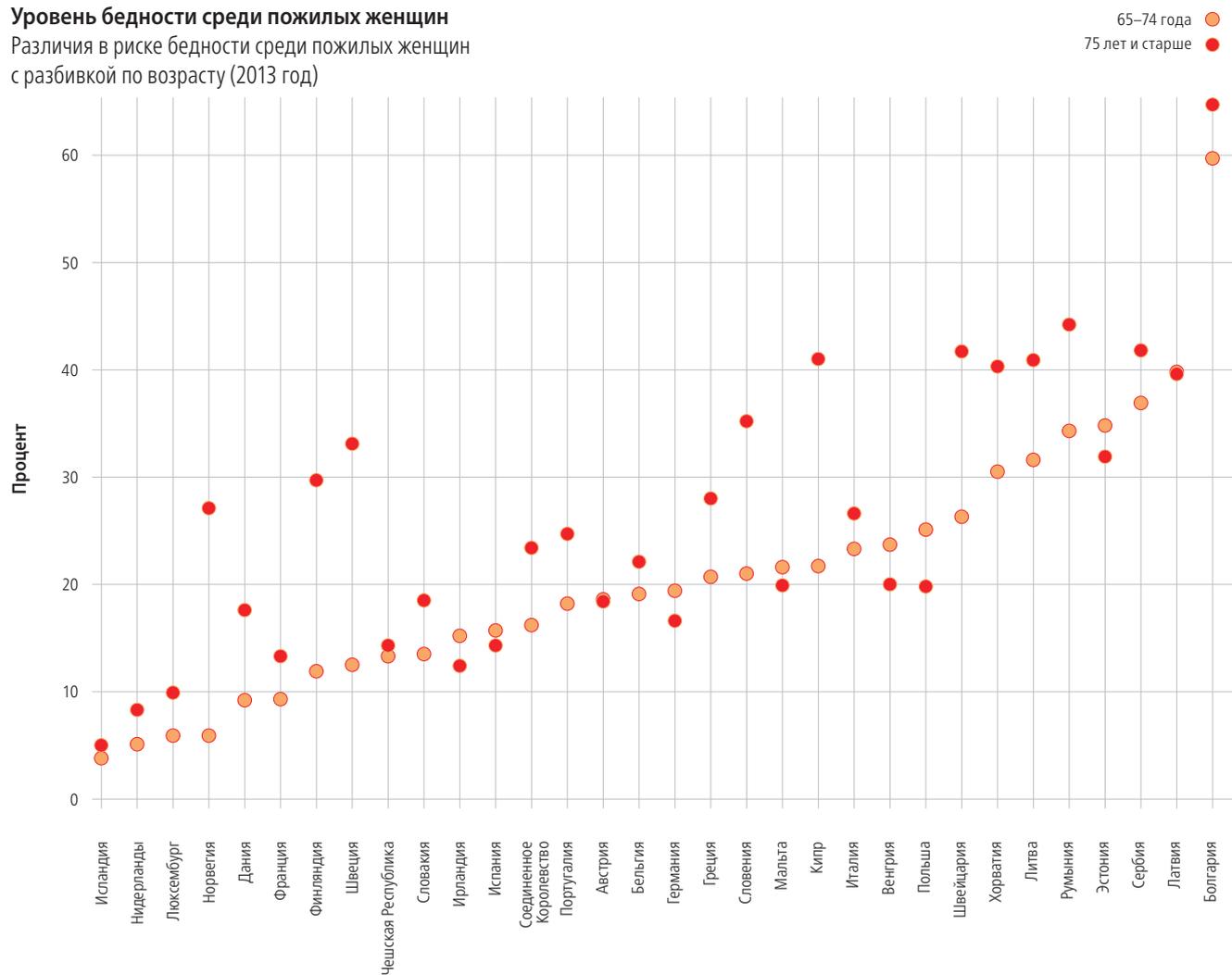
Здоровье женщин на протяжении всей жизни

Рис. 16

Источник: Eurostat (16).

Уровень бедности среди пожилых женщин

Различия в риске бедности среди пожилых женщин с разбивкой по возрасту (2013 год)



Два других нарушения, которые оказывают существенное влияние на качество жизни (физической и социальной) пожилых женщин, – недержание мочи, боли и расстройства сна. Примерно треть пожилых женщин страдают недержанием мочи, которое связано с повышенной социальной изоляцией, падениями, переломами и помещением в стационары длительного пребывания. Боли и расстройства сна являются распространенной проблемой среди женщин и мужчин пожилого возраста, но женщины используют различные способы самостоятельного решения таких проблем, находят ряд альтернативных способов восстановления сна, а также стратегий изменения поведения (64).

ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: УХОД ЗА УХАЖИВАЮЩИМИ

Одинокие пожилые женщины часто не могут самостоятельно оплатить длительный уход и в то же время испытывают повышенную потребность в официальном уходе из-за недостаточной поддержки со стороны близких родственников. Данные по разным странам свидетельствуют о том, что женщины в большей степени уязвимы перед изменениями в системе общедоступных медицинских услуг из-за их традиционной роли ухаживающих за другими (61). Пожилые люди подвержены наибольшему риску возникновения неблагоприятных реакций на медицинские препараты – 20% посещений врача и до 30% случаев госпитализации в Европе происходят по этой причине (65). Возрастная граница для участников клинических испытаний – около 65 лет – и низкий уровень участия женщин в испытаниях (62) приводят к ослаблению доказательной базы для принятия клинических решений в отношении пожилых женщин.

НАСИЛИЕ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН: ДВОЙНАЯ ДИСКРИМИНАЦИЯ

Пожилые женщины, которые подвергались насилию в более раннем возрасте, могут продолжать страдать от долгосрочных психологических последствий. Кроме того, сами становятся объектом жестокого обращения и гендерного насилия в резуль-

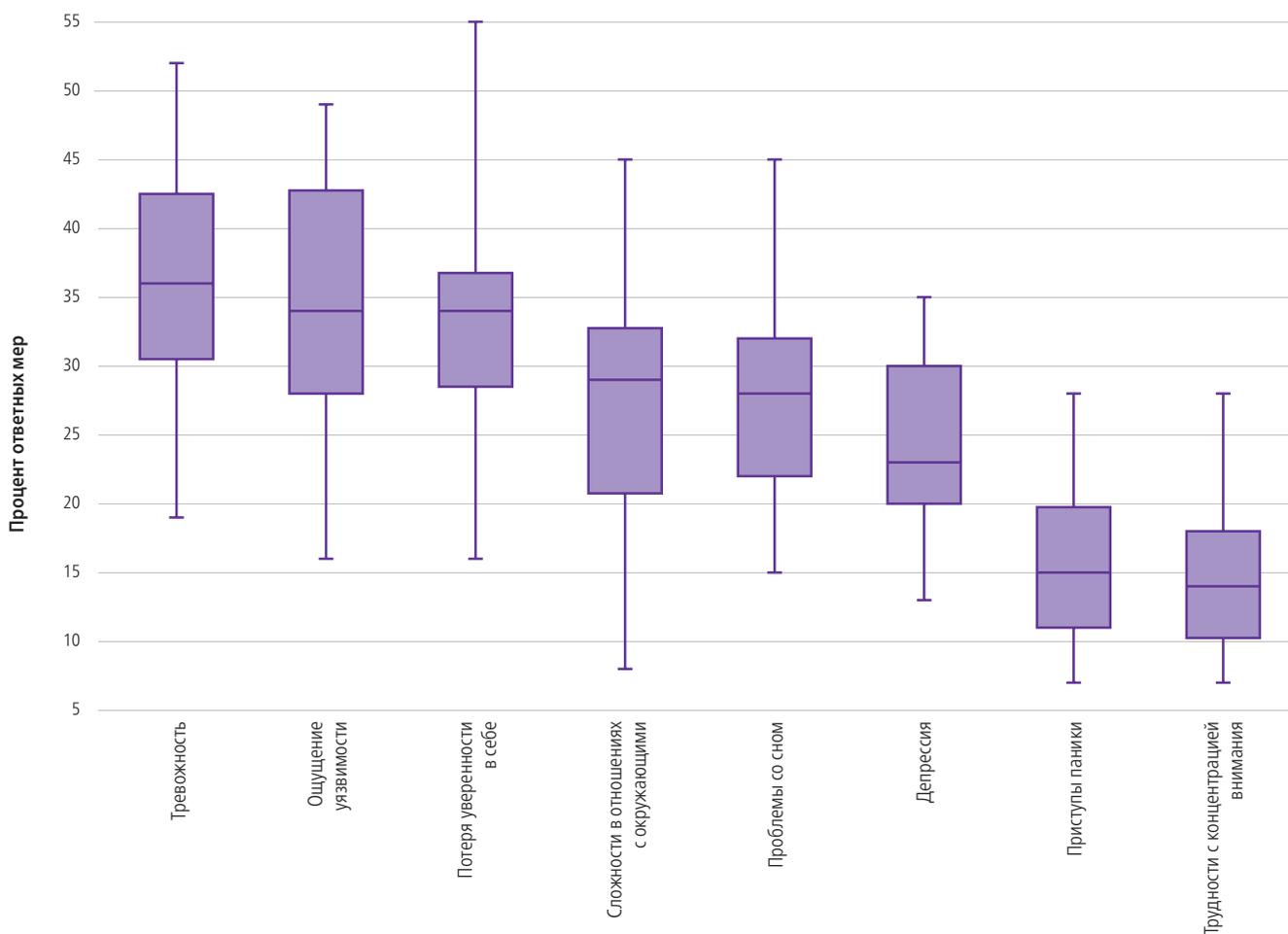
тате дискриминации по полу и возрасту. На **рис. 17** представлены долгосрочные психологические последствия насилия со стороны партнера, о которых сообщили женщины в возрасте старше 60 лет в странах ЕС (66). Здесь показаны последствия для здоровья, которые определены выше как основные причины заболеваемости среди женщин: депрессия, тревожность, ощущение уязвимости и расстройство сна.

Рис. 17

Источник: Агентство Европейского союза по основным правам (66).

Эмоциональные последствия опасного психического или сексуального насилия в возрасте после 15 лет

Долгосрочные психологические последствия опасного психического или сексуального насилия со стороны партнера, о которых сообщили женщины в возрасте старше 60 лет в странах ЕС



ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЛЯ РЕШЕНИЯ

- Пожилые женщины составляют значительную часть населения. Необходимо повысить качество сбора данных и анализа влияния гендерных и социальных детерминантов на здоровье пожилых женщин, особенно женщин, проживающих за пределами ЕС, и женщин старше 85 лет.
- Системы и службы здравоохранения в сотрудничестве с социальными службами должны направить мероприятия для поддержки здорового старения на более ранние возрастные группы.
- Системы и службы должны обеспечивать пожилым женщинам наличие доступных, приемлемых и качественных услуг, с тем чтобы предоставить им возможность вести здоровую жизнь и наслаждаться пожилым возрастом. При этом необходимо принимать во внимание, что пожилые женщины подвержены более высокому риску бедности, который обусловлен неравенством на более ранних этапах жизненного пути.
- Низкий уровень участия женщин в клинических испытаниях приводит к возникновению гендерных предрассудков и недостатку осведомленности медицинских специалистов о важности обусловленных половой принадлежностью различий на протяжении всей жизни женщины. Пожилые женщины, принимающие несколько медицинских препаратов в связи с развитием сопутствующих заболеваний и повышением продолжительности жизни, должны быть включены в клинические испытания.



© NADOFOTOS

Глава четвертая От высокой продолжительности жизни к общему улучшению здоровья: перспективы

От высокой продолжительности жизни к общему улучшению здоровья: перспективы

Общая цель политики “Здоровье-2020” – “значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенство в отношении здоровья” (1) – не может быть достигнута, если страны не будут вкладывать соответствующие средства для снижения воздействия на здоровье женщин неравенства, связанного с возрастом, уровнем образования, местом проживания, доходом, этнической принадлежностью и другими социальными детерминантами.

Бездействие обходится дорого. Оно подрывает социальную сплоченность и губительно сказывается на экономическом росте в долгосрочной перспективе (1, 46). Страны не могут позволить себе бездействовать. Здоровье представляет собой главный общественный ресурс и актив, который используется во всех сферах жизни, но существенно ослабляется существующим неравенством. Для решения проблемы неравенства важно рассмотреть воздействие гендерного фактора и социальных детерминантов на здоровье женщин.

Необходим подход, основанный на правах человека. Женщины составляют более 50% населения стран Европейского региона и заслуживают равного доступа к факторам стимулирования, защиты и обеспечения хорошего здоровья, включая образование, участие в экономической деятельности, возросшую потенциальную способность зарабатывать и право голоса в принятии политических решений. Чтобы все сделать правильно, необходима политическая воля и инвестиции в проведенные на практике мероприятия и программы, а также в устранение структурных, политических и социальных барьеров, которые мешают реализации полного потенциала здоровья и благополучия женщин.

Развить успех: неоконченная повестка дня

ЛИДЕРСТВО

Правительствам следует взять на себя руководящую роль в обеспечении равной возможности для мужчин и женщин в регионе достичь полного потенциала здоровья.

Более длительная продолжительность жизни женщин часто воспринимается как преимущество, хотя многие женщины в регионе проводят значительную часть дополнительного срока жизни не в лучшем здравии. В процессе обзора платформы действий “Пекин+20” особо отмечается значительный прогресс в содействии укреплению здоровья женщин и его охране, а в докладах приводится масса сведений об успешных действиях, предпринятых на этом пути. До сих пор страны в основном занимались созданием фундамента для изменений, но сейчас необходимо приложить больше усилий и добиться лучшего результата (67).

Инвестирование в здоровье – такой же политический выбор, как и обеспечение гендерного равенства. Европе по-прежнему следует возглавлять действия, осуществляемые во всем мире для достижения гендерного равенства, но в то же время не забывать о девочках и женщинах, живущих в Европейском регионе. Показатели гендерного равенства/равноправия показывают, что, несмотря на достигнутый прогресс, есть место для улучшений на региональном и страновом уровнях.

РАСШИРЕНИЕ ПРАВ, ВОЗМОЖНОСТЕЙ И УЧАСТИЯ ЖЕНЩИН: ПРАВО ГОЛОСА

Девочки и женщины имеют право участвовать и быть вовлеченными в жизнь общества. Это далеко не новость и вполне совпадает с существующими обязательствами государств-членов принимать меры с целью покончить с дискриминацией женщин во всех ее проявлениях.

Тональность задают такие инициативы, как страница “Мнения и портреты” на веб-сайте Пекинской платформы действий 20, на которой приводятся жизнеутверждающие изображения и сообщения, ломающие гендерные стереотипы (68). Такие инициативы должны в полной мере отражать все многообразие девочек и женщин в регионе и использовать информацию с их собственных слов. Так, например, в Lanning et al. (69) утверждается, что:

“Большинство споров о гендерном равенстве сводится либо к узкому кругу женщин, занимающих высокое положение, либо к абстрактным вопросам... нам остается лишь слабый политический голос в коллективных требованиях, необходимых для преобразования жизни большинства женщин. Необходимо пересмотреть значение гендерного равенства, чтобы сместить акцент обсуждения на перспективы и интересы женщин разного общественного положения и способы их вовлечения в преобразование мира, в котором они живут... нам необходимо... меньше думать о том, как женщины могут преуспеть в играх, придуманных мужчинами, и больше о том, как поменять правила игры.”

Лидерам необходимо обеспечить доступность разных способов и возможностей для девочек и женщин быть услышанными и оказывать влияние, извлекать необходимые уроки и совершенствовать существующие механизмы, такие как принятие законодательства, учитывающего гендерные аспекты, квоты на участие, изменения в законодательстве, преобразующие мероприятия (включая отпуск отцу в связи с рождением ребенка) и новый взгляд на фактические данные.

Расширение прав и возможностей женщин означает вовлечение мужчин в деятельность, направленную на обеспечение гендерного равенства. Гендерные стереотипы и основанные на неравенстве структуры имеют негативные последствия для здоровья не только женщин, но и мужчин.

РАЗВИТИЕ ПОДОТЧЕТНОСТИ

Обязательства не конвертируются в действия в отсутствие подотчетности. Необходимую основу для развития подотчетности обеспечивают такие механизмы, как процесс обзора платформы “Пекин+20”, Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, и Цели в области устойчивого развития, договоры о правах человека и деятельность по мониторингу реализации политики “Здоровье-2020”. Необходимо в полной мере включить в эти процессы разработчиков политики в области здравоохранения для содействия устойчивым улучшениям в сфере здоровья женщин.

Усиление подотчетности в области здоровья женщин предполагает более систематический сбор и анализ данных и информации с разбивкой по полу, возрасту и другим факторам стратификации, необходимым для отслеживания прогресса, выявления и сокращения пробелов в знаниях, а также реализации и оценки соответствующих мер политики. В настоящий момент отсутствуют данные и информация о гендерных и других социальных детерминантах для девочек и женщин, живущих в Европейском регионе. Особого внимания требуют следующие направления:

- выход за рамки описания гендерных различий для выявления того, как они пересекаются с другими социальными факторами в создании неравноправного отношения к женщинам; и
- выход за рамки социально-экономических детерминантов к более комплексной взаимосвязи гендерных, социально-экономических и культурных факторов для всех возрастных периодов.

В данных направлениях работы необходимо использовать фактические данные в поддержку анализа, действий, мониторинга и оценки.

РАБОТА С ДРУГИМИ СЕКТОРАМИ

Необходимо рассмотреть воздействие образования, занятости и политики в области семейной и социальной защиты на здоровье женщин. Следует определить возможности в системе образования для сокращения гендерного неравенства, устранения конкретных рисков для здоровья и создания благоприятной среды для пропаганды здорового образа жизни, а также усилить комплексные услуги в системе здравоохранения и социального обслуживания для женщин, матерей и их детей и обеспечить доступ к социальной защите для снижения риска бедности на протяжении всей жизни.

Сектор образования играет ключевую роль в разрушении гендерных стереотипов, которые навязывают женщинам традиционные роли и карьерные пути. Необходимо развивать систему образования таким образом, чтобы предоставить возможность девочкам и женщинам менять более широкие социокультурные нормы.

В политике должно найти свое отражение признание разностороннего вклада женщин в охрану здоровья и стимулирование дальнейшего участия мужчин. Работа с социальным сектором, направленная на признание и подтверждение неоплачиваемой работы женщин в сфере здравоохранения, ухода за детьми, содействия здоровому образу жизни и социального обслуживания, не только улучшит шансы женщин вести более здоровый образ жизни, но также поможет устранить имеющееся неравенство в оказании услуг по уходу.

Устранение барьеров к оплачиваемой работе женщин и обеспечение более высокой безопасности в занятости и финансовом положении – главные приоритеты этого направления действий. Необходимо рассмотреть вопрос неравенства в пенсионном обеспечении женщин и мужчин, с тем чтобы снизить негативное воздействие этого фактора на здоровье пожилых женщин: не будучи ограниченным только сектором здравоохранения, это может привести к соответствующим действиям в этой области (46).

Заставить системы здравоохранения работать на благо девочек и женщин

Для женщин и мужчин биологические и гендерные факторы создают специфические риски, факторы уязвимости и потребности в охране здоровья. Системы здравоохранения во многих странах большей частью остаются “слепы” к тому, что эти различия требуют специальных ответных мер.

СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Важно пересмотреть структуру всеобщего охвата медицинскими услугами, механизмы финансирования и оказываемые услуги или пакеты услуг с целью выявления исключений и оснований для них.

От высокой продолжительности жизни к общему улучшению здоровья: перспективы

Всеобщий охват медицинскими услугами должен обеспечивать более широкий диапазон услуг, по сравнению с тем, что предоставляется в настоящее время в некоторых странах, когда, например, услуги в области контрацепции не подлежат возмещению. Это означает разработку политики в области сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека, учитывающей гендерные риски и факторы уязвимости на уровне страны, охватывающей всех мужчин и женщин и устраняющей основные пробелы, такие как неудовлетворенные потребности в контрацепции.

Политика также должна предусматривать решение проблем в следующих областях:

- всестороннее сексуальное просвещение;
- доступ к информации в отношении сексуального и репродуктивного здоровья и прав, основанной на фактических данных;
- выбор в отношении репродуктивной функции и предоставление консультаций и качественных услуг в сфере сексуального и репродуктивного здоровья;
- схемы финансового возмещения;
- безопасное материнство;
- борьба с инфекциями, передаваемыми половым путем, и ВИЧ/СПИДом;
- сексуальная эксплуатация и насилие;
- торговля женщинами;
- образование и обучение профессиональных работников здравоохранения и медработников;
- механизмы предотвращения дискриминации в предоставлении услуг; и
- специальные меры для расширения прав и возможностей женщин всех групп всех возрастных категорий.

УСЛУГИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ – ЭТО ТАКЖЕ УСЛУГИ ДЛЯ ЖЕНЩИН

Услуги, ориентированные на людей, должны предоставлять возможность универсального доступа к всеобъемлющему диапазону услуг, скоординированных по уровням и поставщикам услуг, отражать потребности в услугах здравоохранения всех девочек и женщин и содействовать обеспечению всеобщего охвата медицинским обслуживанием. Это включает интеграцию проблем сексуального и репродуктивного здоровья матерей и более широких вопросов здравоохранения с правами человека и социальными детерминантами охраны здоровья (70).

Услуги здравоохранения, на протяжении всей жизни должны учитывать гендерный фактор вне рамок роли женщины как матери и принимать во внимание такие приоритеты, как неинфекционные заболевания и психическое здоровье. Медицинский персонал должен быть компетентным в оценке более широкого круга факторов, влияющих на здоровье женщин, таких как сердечно-сосудистые заболевания, диабет и другие хронические заболевания, а также воздействие химических веществ на оплачиваемой работе или во время работы по дому (71).

ВДОХНОВЛЯТЬ СОБСТВЕННЫМ ПРИМЕРОМ

Проблема гендерного неравенства для сотрудников системы здравоохранения нуждается в самом пристальном внимании. Женщины слабо представлены на должностях руководящего звена и управленческого уровня, заняты чаще на менее оплачиваемых работах, где они сталкиваются с большей опасностью профессиональных заболеваний (71, 72). Поэтому необходимо оценивать, каким образом сотрудники системы здравоохранения и политика занятости способствуют гендерному неравенству в отношении женщин или даже усугубляют его. Пристального внимания требуют также вопросы гендерного баланса в управлении медицинской наукой, общественном здравоохранении и уходе за больными, при предоставлении отпуска отцу/матери по уходу за ребенком и организации ухода за детьми (70).

Каковы перспективы?

В настоящем кратком докладе показано, как гендерные и социально-экономические детерминанты влияют на возможности девочек и женщин в регионе реализовывать свое право на охрану здоровья и благополучие на протяжении всей жизни. Доклад обеспечивает основу для определения приоритетов действий, отвечающих требованиям политики "Здоровье-2020" и гендерно ориентированным рекомендациям, по результатам анализа социальных детерминантов и разграничений в системе здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ (67), а также для поддержки дискуссии о стремлении создать региональную стратегию в области охраны здоровья женщин для представления на 66-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в 2016 году.

Библиография

1. Здоровье-2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 год (EUR/RC62/9; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>, дата обращения: 24 июля 2012 года).
2. Fourth World Conference on Women. Beijing Declaration and Platform for Action [website]. New York (NY): UN Women; 2015 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>, дата обращения: 24 июля 2012 года).
3. Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5–13 сентября 1994 года: 20-е юбилейное издание. Нью-Йорк: Программа развития Организации Объединенных Наций; 2014 год (<http://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action/>, дата обращения: 24 июля 2015 года).
4. The global gender gap report 2014. Geneva: World Economic Forum; 2014 (<http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2014/rankings/>, accessed 12 August 2015).
5. Global health observatory data repository. Life expectancy. Data by country [online database]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.3?lang=en>, accessed 12 August 2015).
6. Van Oyen H, Nusselder W, Jagger C, Kolip P, Cambois E, Robine JM. Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the "health-survival" paradox. *Int J Public Health* 2013;58(1):143–55.
7. Европейская база данных "Здоровье для всех" (HFA-DB) [электронная база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 год (<http://data.euro.who.int/hfad/>, дата обращения: 12 августа 2015 года).
8. GBD 2010 comparison [online database]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2013 (<http://ihmeuw.org/3lw1>, accessed 29 August 2015).
9. GBD 2013 mortality and causes of death collaborators. Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;385(9963):117–71.
10. Human development reports. Labour force participation rate (female–male ratio) [online database]. New York (NY): United Nations Development Programme; 2013 (<http://hdr.undp.org/en/content/labour-force-participation-rate-female-male-ratio>, accessed 12 August 2015).
11. Gender pay gap in unadjusted form [online database]. Brussels: Eurostat; 2015 (<http://bit.ly/tsdsc340>, accessed 12 August 2015).
12. Sinnott E, Koettl J. What's next in aging Europe: ag'ing. Aging with growth in central Europe and the Baltics. New York (NY): World Bank Group; 2015 (<http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/Publications/ECA/aging%20europe.pdf>, accessed 24 July 2015).
13. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf, accessed 24 July 2015).
14. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 год (http://www.pnsd.mssi.gob.es/novedades/pdf/Investing_in_children_European_strategy.pdf, дата обращения: 24 июля 2015 года).
15. GBD data visualizations [online database]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2015 (<http://www.healthdata.org/gbd/data-visualizations>, accessed 24 July 2015).
16. People at risk of poverty or social exclusion [online database]. Brussels: Eurostat; 2014 (http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/t2020_50, accessed 12 August 2015).
17. Statistics on obesity, physical activity and diet: England 2014. London: Health and Social Care Information Centre; 2014 (<http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB13648/Obes-phys-acti-diet-eng-2014-rep.pdf>, accessed 24 July 2015).
18. Preventing gender-biased sex selection: an interagency statement OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501460_eng.pdf, accessed 24 July 2015).
19. State of the world's children report 2015 statistical tables [online database]. New York (NY): UNICEF; 2015 (<http://www.data.unicef.org/resources/the-state-of-the-world-s-children-report-2015-statistical-tables>, accessed 12 August 2015).
20. Economic Commission for Europe. Beijing+20 Regional Review Meeting. Regional review of progress: regional synthesis. New York (NY): United Nations Economic and Social Council; 2014 (<http://www.unecp.org/fileadmin/DAM/Gender/documents/Beijing%2B15/ECE.AC.28.2014.3.E.pdf>, accessed 24 July 2015).
21. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G, editors. European report on prevention of child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf, accessed 24 July 2015).

22. Сексуальное и репродуктивное здоровье. Классификация типов практики нанесения увечий женским гениталиям [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 год (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/en/>, дата обращения: 24 июля 2015 года).
23. Female genital mutilation in the European Union and Croatia. Brussels: European Institute for Gender Equality; 2013 (<http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/eige-report-fgm-in-the-eu-and-croatia.pdf>, accessed 24 July 2015).
24. An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM). Progress report. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/who_rhr_11.18_eng.pdf, accessed 24 July 2015).
25. Практика нанесения увечий женским гениталиям [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 год (Информационный бюллетень № 241; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>, дата обращения: 24 июля 2015 года).
26. Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section1/page4/why-a-new-report.html>, accessed 24 July 2015).
27. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al., editors. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2012/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>, accessed 24 July 2015).
28. Väisänen H, Murphy M. Social inequalities in teenage fertility outcomes: childbearing and abortion trends of three birth cohorts in Finland. *Perspect Sex Reprod Health* 2014;46(2):109–16.
29. Webb RT, Marshall CE, Abel KM. Teenage motherhood and risk of premature death: long-term follow-up in the ONS Longitudinal Study. *Psychol Med* 2011;41(9):1867–77.
30. Human development reports. Table 4. Gender inequality index [online database]. New York (NY): United Nations Development Programme; 2013 (<http://hdr.undp.org/en/content/table-4-gender-inequality-index>, accessed 12 August 2015).
31. Hadley A. The teenage pregnancy strategy for England: concerted effort can make a difference! *Entre Nous* 2014;80:28–9.
32. WHO Regional Office for Europe, Federal Centre for Health Education (BZgA). Standards for sexuality education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne: Federal Centre for Health Education (BZgA); 2010 (http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/andere_Publikationen/WHO_BZgA_Standards.pdf, accessed 24 July 2015).
33. Evidence for gender responsive actions to promote mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (Young People's Health as a Whole-of-society Response series; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/2011/young-peoples-health-as-a-whole-of-society-response-series/evidence-for-gender-responsive-actions-for-the-prevention-and-management-of-hiv-aids-and-sti>, accessed 24 July 2015).
34. Loring B, Robertson A. Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/policybrief_obesity_en.pdf, accessed 24 July 2015).
35. Policy brief – tackling harmful alcohol use. Paris: OECD; 2015 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/Policy-Brief-Tackling-harmful-alcohol-use.pdf>, accessed 24 July 2015).
36. De Visser RO, McDonnell EJ. "That's OK. He's a guy": a mixed-methods study of gender double-standards for alcohol use. *Psychol Health* 2012;27(5):618–39.
37. Kross E, Verduyn P, Demiralp E, Park J, Seungjae Lee D, Lin N et al. Facebook use predicts declines in subjective well-being in young adults. *PLoS ONE* 2013;8(8):e69841.
38. Pea R, Nass C, Meheula L, Rance M, Kumar A, Bamford H et al. Media use, face-to-face communication, media multitasking, and social well-being among 8- to 12-year-old girls. *Dev Psychology* 2012;48(2):327–36.
39. Andreassen CS, Torsheim T, Brunborg GS, Pallesen S. Development of a Facebook addiction scale. *Psychol Reps* 2012;110(2):501–17.
40. Colombini M, Mayhew SH, Rechel B. Sexual and reproductive health in eastern Europe and central Asia: exploring vulnerable groups' needs and access to services. *Entre Nous* 2011;73:16–7.
41. Sexual and reproductive health. Defining sexual health [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/, accessed 24 July 2015).
42. Gendered exposures and vulnerabilities. Reducing health risks for women and men by tackling gendered exposures and vulnerabilities. Brussels: The ENGENDER Project; 2011 (Policy Brief #3; <http://eurohealth.ie/wp-content/uploads/2012/02/PB3-Draft-2.pdf>, accessed 24 July 2015).

Библиография

43. Women and Диабет in the EU. Dublin: European Institute for Women's Health; 2013 (Gender and Chronic Diseases Policy Briefings; http://ec.europa.eu/health-eu/doc/women_Диабет.pdf, accessed 24 July 2015).
44. Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) data downloads [online database]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2015 (<http://ghdx.healthdata.org/global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-data-downloads>, accessed 24 July 2015).
45. Self-perceived health by sex, age and income quintile [online database]. Brussels: Eurostat; 2015 (http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_silc_10, accessed 12 August 2015).
46. In it together: why less inequality benefits all. Paris: OECD; 2015 (<http://www.oecd.org/els/soc/OECD2015-In-It-Together-Chapter1-Overview-Inequality.pdf>, accessed 24 July 2015).
47. Schmidt LA, Mäkelä P, Rehm J, Room R. Alcohol: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010:11–29 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf, accessed 24 July 2015).
48. Todorova ILG, Baban A, Balabanova D, Panayotova Y, Bradley J. Providers' constructions of the role of women in cervical cancer screening in Bulgaria and Romania. *Soc Sci Med* 2006;63(3):776–87.
49. Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Puigpinós R, Pons-Vigués M, Pasarín MI et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol* 2010;39(3):757–65.
50. Burden of disease from household air pollution for 2012. Summary of results. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/FINAL_HAP_AAP_BoD_24March2014.pdf?ua=1, accessed 24 July 2015).
51. Report on equality between women and men 2009. Brussels: European Commission; 2009 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=86&furtherPubs=yes>, accessed 24 July 2015).
52. Maternal mortality [website]. New York (NY): UNICEF; 2013 (<http://data.unicef.org/maternal-health/maternal-mortality>, accessed 12 August 2015).
53. Schölerich VLN, Erdem Ö, Borsboom G, Ghorashi H, Groenewegen P, Steegers EA et al. The association of neighborhood social capital and ethnic (minority) density with pregnancy outcomes in the Netherlands. *PLoS ONE* 2014;9(5):e95873.
54. Calling S, Li X, Sundquist J, Sundquist K. Socioeconomic inequalities and infant mortality of 46 470 preterm infants born in Sweden between 1992 and 2006. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2011;25(4):357–65.
55. Human development reports. Table 5. Gender-related development index (GDI) [online database]. New York (NY): United Nations Development Programme; 2013 (<http://hdr.undp.org/en/content/table-5-gender-related-development-index-gdi>, accessed 12 August 2015).
56. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014;2(6):e323–33.
57. Millennium Development Goals indicators. Unmet need for family planning, total, percentage [online database]. New York (NY): United Nations Statistics Division; 2015 (http://bit.ly/unmet_need_fp, accessed 12 August 2015).
58. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>, accessed 24 July 2015).
59. Heise LL, Kotsadam A. Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Glob Health* 2015;3(6):e332–40.
60. Yasamy M, Dua T, Harper M, Saxena S. Mental health of older adults. Addressing a growing concern. Geneva: World Health Organization; no date (http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/WHO_paper_wmhd_2013.pdf, accessed 24 July 2015).
61. Rodrigues R, Huber M, Lamura G, editors. Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Europe and North America. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2012 (http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf, accessed 24 July 2015).
62. Kim AM, Tinggen CM, Woodruff TK. Sex bias in trials and treatment must end. *Nature* 2010;465(7299):688–89.
63. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381(9868):752–62.
64. Venn S, Meadows R, Arber S. Gender differences in approaches to self-management of poor sleep in later life. *Soc Sci Med* 2013;79:117–23.
65. Position on revision of clinical trials directive. Dublin: European Institute for Women's Health; 2011 (<http://eurohealth.ie/wp-content/uploads/2012/02/Clinical-Trials-Directive-Sept-2011.pdf>, accessed 24 July 2015).
66. Violence against women: an EU-wide survey. Main results. Brussels: European Union Agency for Fundamental Rights; 2014 (<http://fra.europa.eu/en/vaw-survey-results>, accessed 11 August 2015).

67. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Updated reprint 2014. Copenhagen: World Health Organization; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf, accessed 24 July 2015).
68. Beijing platform for action turns 20. Voices and profiles [website]. New York (NY): UN Women; 2015 (<http://beijing20.unwomen.org/en/voices-and-profiles>, accessed 24 July 2015).
69. Lanning T, Bradley L, Darlington R, Gottfried G. Great expectations. Exploring the promises of gender equality. London: Institute for Public Policy Research; 2013 (http://www.ippr.org/files/images/media/files/publication/2013/04/great-expectations-gender-equality_Mar2013_10562.pdf?noredirect=1, accessed 24 July 2015).
70. Gender, women and primary health care renewal: a discussion paper. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564038_eng.pdf, accessed 24 July 2015).
71. Ramakrishnan A, Sambuco D, Jagsi R. Women's participation in the medical profession: insights from experiences in Japan, Scandinavia, Russia, and eastern Europe. *J Womens Health Gend Based Med* 2014;23(11):927–34.
72. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. Geneva: World Health Organization; 2009 (<http://screening.iarc.fr/doc/Womenandhealthreport.pdf>, accessed 24 July 2015).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – основанное в 1948 году специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, основная задача которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охране здоровья населения мира. Европейское региональное бюро ВОЗ – одно из шести региональных отделений по всему миру, каждое из которых работает по собственной программе, ориентированной на конкретные условия здравоохранения в странах работы отделения.

Государства-члены

Албания
Австрия
Азербайджан
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

От высокой продолжительности жизни

к общему улучшению здоровья женщин в Европе

В странах Европейского региона ВОЗ у женщин показатели здоровья лучше, чем в большинстве стран мира, однако углубляющееся неравенство между мужчинами и женщинами в распределении услуг здравоохранения можно наблюдать как внутри отдельных стран, так и при сравнении стран региона. Неравенство не только сказывается на состоянии здоровья, но и имеет отрицательные социальные и экономические последствия. Сократить неравенство невозможно без инвестирования в охрану здоровья девочек и женщин, поэтому требуется больше информации о причинах неравенства для разработки политики и программы мероприятий. Европейское региональное бюро ВОЗ в настоящее время исследует основные вопросы здоровья женщин в регионе, в том числе различия в состоянии здоровья у женщин разных возрастов, а также влияние гендерной принадлежности и социальных детерминантов на состояние здоровья женщин на протяжении всей жизни. В этом кратком докладе представлены некоторые предварительные результаты исследования, в частности основные причины смертности и заболеваемости женщин четырех возрастных категорий – девочки раннего возраста, девочки-подростки, взрослые женщины и пожилые женщины, – а также роль воздействующих на здоровье факторов в каждый из этих периодов. В докладе показано влияние гендерной принадлежности и социально-экономических детерминантов на возможности девочек и женщин в регионе в плане реализации своего права на здоровье и благополучие в течение всей жизни, а также представлена основа для определения приоритетных действий во всех государственных и общественных секторах.

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17

Факс: +45 39 17 18 18

Электронная почта: contact@euro.who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int