



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Основные тезисы

Принятие мер для осуществления одной из ЦУР способствует осуществлению других: интересы здоровья учтены в каждой ЦУР.

3 ХОРОШЕЕ ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ



ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И СОДЕЙСТВИЕ БЛАГОПОЛУЧИЮ ДЛЯ ВСЕХ В ЛЮБОМ ВОЗРАСТЕ

5 ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО



ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА И РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВСЕХ ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК

ЗДОРОВЬЕ И ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО

В тринадцатой общей программе работы ВОЗ, утвержденной Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2018 г., подчеркивается необходимость усиления руководящей роли в целях обеспечения гендерного равенства и заявляется о том, что «ВОЗ принимает на себя обязательство на всех уровнях способствовать применению подходов к здравоохранению, ориентированных на обеспечение гендерного равенства и равноправия, а также на защиту прав человека. Речь идет о подходах, которые стимулируют участие, способствуют устойчивости и расширению прав и возможностей общин. ВОЗ серьезно относится к всестороннему учету гендерной проблематики, что подразумевает не только дезагрегирование данных по полу, но и учет гендерных аспектов при анализе потребностей и разработке программ» (1).

Государства-члены в Европейском регионе ВОЗ демонстрируют одни из самых высоких уровней гендерного равенства среди регионов ВОЗ, но внутри Региона наблюдаются различия. Согласно существующим индексам гендерного равенства (2–4), полное равенство пока еще не достигнуто ни одним из государств-членов. Гендерное неравенство – это не просто вопрос соблюдения прав человека. Фактические данные свидетельствуют о том, что оно оказывает значительное неблагоприятное воздействие на здоровье и благополучие людей.

Гендерно-обусловленные властные отношения, а также гендерные нормы и стереотипы влияют на подверженность женщин и мужчин определенным рискам в отношении здоровья и их уязвимость перед этими рисками, на их поведение в отношении здоровья, способность получать доступ к услугам здравоохранения, а также на то, как системы здравоохранения реагируют на их нужды и потребности. Более справедливые гендерные нормы, роли и отношения могут существенно улучшить показатели здоровья как женщин, так и мужчин.



- Цели в области устойчивого развития (ЦУР) создают уникальную возможность для обеспечения гендерного равенства и одновременно для улучшения здоровья и благополучия всех людей без исключения. Эта основа отражает двуединый подход, фокусируясь на обеспечении гендерного равенства в качестве отдельной цели (ЦУР 5), но в то же время признавая его важность для обеспечения прогресса в рамках осуществления всех остальных целей и задач, в том числе ЦУР 3 (обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте). Если не обеспечить прогресс на пути осуществления задач, которые призваны устранить условия, приводящие к гендерному неравенству, достичь гендерного равенства не удастся.
- В Европейском регионе ВОЗ Стратегия в поддержку здоровья и благополучия женщин (5) и Стратегия в поддержку здоровья и благополучия мужчин (6) способствуют укреплению связи между ЦУР 3 и ЦУР 5, формируя комплексную рабочую основу для улучшения здоровья и повышения благополучия в Европе с помощью подходов, учитывающих гендерные аспекты.

Здоровье и гендерное равенство: взаимосвязи

Гендер – это социальное явление, которое взаимосвязано с биологическим полом, но отличается от него. Речь идет о социально сформированных нормах, ролях, поведении, свойствах и взаимоотношениях, которые конкретное общество считает подходящими для женщин и мужчин. Они влияют на распределение обязанностей, характер предпринимаемых действий, доступ к ресурсам и контроль над ними, а также на возможности для принятия решений. Когда отдельные лица или группы людей не соблюдают установленные гендерные нормы, роли и взаимоотношения, зачастую они подвергаются стигматизации, дискриминации или социальной изоляции. Однако гендерные нормы, роли и взаимоотношения меняются со временем и различаются в зависимости от культурной и популяционной специфики, следовательно они могут быть преобразованы и стать более справедливыми (7,8).

В условиях гендерного равенства мужчины и женщины имеют одинаковые возможности доступа к таким социальным и экономическим ресурсам, как активы, услуги, законы и политика здравоохранения, и пользования их преимуществами (7,9). Неравенство гендерно обусловленных властных отношений, а также вредные гендерные нормы и стереотипы оказывают значительное негативное влияние на здоровье и благополучие женщин и мужчин. ЦУР создают уникальную возможность для обеспечения гендерного равенства и одновременно для улучшения здоровья и благополучия всех людей без исключения благодаря своему двуединому подходу.



Гендерное равенство и расширение прав и возможностей женщин и девочек ускоряют достижение всех ЦУР, воздействуя на ситуацию в области участия и возможностей в экономической сфере, образования, политических прав и возможностей, а также здоровья. Гендерные факторы пересекаются с другими социальными детерминантами здоровья и формами дискриминации, влияющими на экспозицию к рискам для здоровья, поведение в отношении здоровья, а также возможности доступа к услугам здравоохранения.



Гендерное равенство является отдельной целью, но в то же время способствует обеспечению прогресса на пути осуществления всех остальных целей и задач (10). Сокращение гендерного неравенства позволит значительно ускорить достижение ЦУР 3, но решение ряда задач ЦУР 3 будет невозможным, если не будут осуществляться связанные с ними задачи в рамках ЦУР 5 (вставка 1). Задачи в рамках ЦУР 5 акцентируют последствия структурного гендерного неравенства, неблагоприятным образом влияющие на показатели здоровья женщин, и служат призывом к расширению прав и возможностей женщин и девочек (11):

- // дискриминация и насилие в отношении женщин, а также вредные виды практики (задачи 5.1, 5.2, 5.3);
- // неравный доступ к экономическим ресурсам и недооценка неоплачиваемого труда женщин (задачи 5.4 и 5.а);
- // неравные возможности для принятия решений (задача 5.5) и неравный доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и к реализации репродуктивных прав (задача 5.6).

Гендерные нормы и стереотипы обуславливают различия в уровне экспозиции женщин и мужчин к факторам риска заболеваний и травм, а также в уровне воздействия этих факторов риска. Уровень физической активности, питания, потребления табака и алкоголя, сексуального поведения, вовлеченности в акты насилия и подверженности травмам в значительной степени определяется нормами и стереотипами в отношении того, что представляет собой типично мужское и типично женское поведение (9,12).

Гендерные факторы влияют на поведение в отношении здоровья и определяют то, как потребности женщин и мужчин в области здоровья воспринимаются ими самими и другими людьми. Потребности женщин в области охраны здоровья зачастую воспринимаются исключительно как относящиеся к сфере охраны репродуктивного и материнского здоровья, хотя в действительности основной причиной нарушений здоровья как женщин, так и мужчин в Европейском регионе ВОЗ являются НИЗ (13). Традиционное восприятие маскулинности может не позволять мужчинам обращаться за первичной медико-санитарной помощью и контролировать свое состояние при НИЗ, а также в части сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе в вопросах тестирования на ВИЧ и заболевания, передающиеся половым путем, а также в отношении использования контрацептивов.

Неотъемлемое право на наивысший достижимый уровень здоровья закреплено Уставом ВОЗ и международным правом прав человека (14). Тем не менее, при выборе, разработке и организации услуг зачастую не учитываются гендерные нормы, роли и соотношения прав и возможностей, что препятствует оптимальному удовлетворению потребностей женщин и мужчин в услугах здравоохранения. Гендерные факторы влияют на проектирование систем здравоохранения и их способность эффективно удовлетворять потребности людей в услугах по охране здоровья. Работники здравоохранения часто не осознают степени воздействия гендерных норм и ролей и не занимаются устранением

преград, осложняющих женщинам и мужчинам доступ к услугам и их использование. Большинство работников здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ – женщины, но гендерное неравенство в рамках системы здравоохранения сохраняется (12). Женщины, работающие в сфере здравоохранения, по-прежнему сталкиваются с серьезными препятствиями в части назначения на руководящие должности, равенства доходов и преодоления гендерных стереотипов в отношении видов работы, которая традиционно выполняется женщинами. Неравное распределение неоплачиваемого труда по уходу оказывает негативное влияние на здоровье женщин, расширение их экономических прав и возможностей и качество жизни, особенно в пожилом возрасте, в то же время способствуя относительно низкому участию мужчин в оказании ухода (12). В последние годы подчеркивается гендерная предвзятость при проведении научных исследований и недостаточная репрезентативность женщин в клинических испытаниях, а также звучат призывы обеспечить равное участие мужчин и женщин, чтобы гарантировать учет биологических и гендерно-обусловленных различий и предоставление безопасной и эффективной диагностики и лечения как женщинам, так и мужчинам (12,15). Так, например, существующая структура первичной медико-санитарной помощи может не учитывать потребности мужчин, подверженных наиболее высокому риску высокого артериального давления.

Гендерные аспекты пересекаются с другими социальными детерминантами здоровья и иными основаниями для дискриминации, такими как образование, доход, этническая принадлежность, сексуальная ориентация, гендерная идентичность и место проживания, что влияет на степень воздействия рисков для здоровья, поведение в отношении здоровья и возможности доступа к услугам здравоохранения. На доступ женщин к услугам здравоохранения может влиять распределение прав и возможностей в семье (5,6,15–17), а гендерные стереотипы и неравные властные отношения могут не позволять женщинам обговаривать использование контрацептивов (12). Если в обществе превалирует гегемония маскулинности, могут увеличиваться воздействие факторов риска, уязвимость и стигматизация мальчиков и мужчин, относящихся к числу мигрантов или представителей этнических меньшинств, имеющих нетрадиционную сексуальную ориентацию или гендерную идентичность (геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов) или живущих в определенных условиях, например бездомных или находящихся в местах лишения свободы (9).

Вставка 1. Взаимосвязи между ЦУР 3 и ЦУР 5

Приводимые ниже примеры синергии между задачами не являются исчерпывающими и носят иллюстративный характер.

Задача 3.1 (материнская смертность) и задача 5.1 (дискриминация в отношении женщин и девочек).

Материнская смертность давно считается вопросом, относящимся к сфере прав человека и восходящим к дискриминационной практике, которая не позволяет женщинам стремиться к получению надлежащей помощи, а также обращаться за такой помощью и получать ее. Политика и практика здравоохранения, направленные на сокращение материнской смертности, должны развивать, подкреплять и включать в себя стратегии по искоренению дискриминации в отношении женщин и расширению прав и возможностей женщин.

Задачи 3.3–3.5 (здоровье и благополучие женщин) и задача 5.2 (ликвидация всех форм насилия в отношении женщин и девочек).

Ликвидация всех форм насилия в отношении женщин и девочек имеет важное значение для обеспечения психического здоровья и благополучия женщин (задача 3.4), борьбы со злоупотреблением алкоголем (задача 3.5) и, в определенных условиях, сокращения числа случаев ВИЧ (задача 3.3).

Задачи 3.1, 3.2 и 3.7 (охрана здоровья женщин и детей) и задача 5.3 (ликвидация вредных видов практики, наносящих ущерб женщинам и детям).

Борьба с такими вредными видами практики, как детские, ранние и принудительные браки и калечащие операции на женских половых органах, имеет решающее значение для снижения материнской смертности (задача 3.1), сокращения смертности новорожденных и детей раннего возраста (задача 3.2), а также для обеспечения девочкам и женщинам доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья (задача 3.7).

Задачи 3.4, 3.5 и 3.8 (охрана здоровья и всеобщий охват услугами здравоохранения) и задачи 5.4 и 5.5 (неоплачиваемый труд женщин по уходу, а также реальное участие женщин и реальные для них возможности для лидерства на всех уровнях принятия решений).

Признание и справедливая оценка неоплачиваемого труда женщин по уходу (задача 5.4), в частности, по уходу за хроническими больными и другого долгосрочного труда по уходу, напрямую связаны с обеспечением всеобщего охвата услугами здравоохранения (задача 3.8). В целом, большая часть неоплачиваемого труда по уходу выполняется женщинами, что зачастую не признается и не ценится, но неблагоприятным образом сказывается на их здоровье (задачи 3.4, неинфекционные заболевания (НИЗ), и 3.5, злоупотребление психоактивными веществами, в частности), их экономических и политических правах и возможностях (задача 5.5) и качестве их жизни, в то же время закрепляя практику менее активного участия мужчин в труде по уходу.

Задача 3.4 (НИЗ) и все задачи ЦУР 5 (гендерное равенство и расширение прав и возможностей женщин и девочек).

В Европейском регионе ВОЗ НИЗ являются основной причиной ухудшения здоровья как женщин, так и мужчин, но между мужчинами и женщинами на всех этапах жизни наблюдаются существенные различия, которые невозможно объяснить исключительно биологией. Уровни воздействия и уязвимости мужчин и женщин перед факторами риска НИЗ различаются под влиянием гендерных норм. На доступ к ресурсам здравоохранения и их использование, а также на предпринимаемые службами здравоохранения меры влияют гендерные стереотипы и неравенство, причем усилия по укреплению здоровья могут способствовать увеличению таких различий.

Задачи 3.7 и 5.6 относятся к всеобщему охвату услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

Всеобщий охват услугами по охране сексуального и репродуктивного здоровья (задача 3.7) имеет решающее значения для обеспечения здоровья и благополучия женщин и девочек, а также гендерного равенства. Это расширяет их возможности в сфере принятия решений, касающихся их собственного сексуального и репродуктивного здоровья (задача 5.6). Сексуальное и репродуктивное здоровье столь же важно и для мужчин, и улучшение доступа мальчиков и мужчин к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья способствует большему гендерному равенству при распределении ответственности за здоровую половую жизнь, что важно для сохранения здоровых взаимоотношений.

Задача 3.8 (всеобщий охват услугами здравоохранения) и задачи 5.2 и 5.4 (насилие в отношении женщин и девочек и неоплачиваемый труд по уходу и работа по ведению домашнего хозяйства).

Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения принципиально важно для удовлетворения биологических и гендерно обусловленных потребностей женщин и мужчин и обеспечения им доступа к услугам медико-санитарной помощи. Женщинам, ставшим жертвами торговли людьми или подвергшимся жестокому обращению, (задача 5.2) необходим доступ к комплексной и учитывающей нужды и потребности женщин медицинской помощи, чтобы они имели возможность восстановить здоровье и благополучие и поддерживать надлежащий уровень жизни в дальнейшем. Обеспечение предоставления финансируемых государством услуг по уходу (задача 3.8) влияет на объем и распределение неоплачиваемого труда по уходу (задача 5.4).

Факты и цифры

Гендерное равенство и расширение прав и возможностей всех женщин и девочек



- Согласно оценке гендерного равенства, ни одно из государств-членов в Европейском регионе ВОЗ не достигло гендерного равенства. Гендерное неравенство особенно очевидно в том, что касается расширения экономических прав и возможностей, а также возможностей в области политики. Лидером рейтинга гендерного равенства, по данным ежегодного отчета ВЭФ о глобальном гендерном разрыве за 2018 г., является Исландия, но и там разрыв между мужчинами и женщинами составляет более 33% (18). В стране Региона, занявшей наиболее низкое место в этом рейтинге, Венгрии, разрыв составляет 95,5%, и нет ни одной женщины на посту министра. В число 14 стран в мире, которые смогли преодолеть не менее 80% экономического разрыва между мужчинами и женщинами, входят 4 страны из Европейского региона ВОЗ (Беларусь, Латвия, Норвегия и Швеция) (18).
- Детские браки по-разному влияют на мальчиков и девочек, и в детском возрасте в брак чаще вступают девочки. По оценкам, в Центральной Азии и на Южном Кавказе наблюдается увеличение числа детских браков, а текущие данные показывают, что 10% девочек в Восточной Европе и Центральной Азии вступают в брак в возрасте до 18 лет. Показатели значительно варьируются в зависимости от страны, а также от социальной группы внутри страны (12).
- Основное большинство жертв гендерного насилия, совершаемого мужчинами, составляют женщины и девочки, что является ярким примером гендерного неравенства в соотношении сил (12).
- Если жертвами насилия становятся представительницы меньшинств, они могут столкнуться с дополнительными преградами при обращении за медицинской помощью (12).
- Девочки, вынужденные рано вступить в брак, раньше рожают детей и чаще страдают от осложнений при родах, а также обладают меньшими возможностями для принятия решений в отношении собственной сексуальности и обращения за медицинской помощью по сравнению с девочками, вступающими в брак в более старшем возрасте (12). Из-за ранних браков девочки часто отказываются от образования, а дети в возрасте до 5 лет, чьи матери не имеют среднего образования, умирают в 3 раза чаще, чем дети матерей со средним или высшим образованием (19).
- Хотя данные о соотношении полов при рождении довольно ограничены (20), отклоняющиеся от нормы показатели выявлены в Азербайджане, Албании, Армении, Грузии, Таджикистане и Черногории (21). Соотношении полов при рождении – одна из переменных, которые используются при расчете показателя здоровья и выживаемости в рамках Глобального индекса гендерного разрыва ВЭФ, и 12 из 20 стран с наиболее низким рейтингом в мире по этому показателю в 2015 г. были странами из Европейского региона ВОЗ (22).
- Почти во всех странах Европейского союза (ЕС) женщины подвергаются более высокому риску бедности, чем мужчины. В 2015 г. в среднем каждая третья одинокая пожилая женщина жила на грани бедности, при том, что у мужчин соответствующему риску подвержен лишь каждый пятый мужчина (12).

Гендерное насилие



- Около 25% женщин в Европейском регионе ВОЗ на том или ином этапе жизни подвергаются гендерно-обусловленному насилию. Эта оценка относится к распространенности физического и/или сексуального насилия со стороны нынешнего или бывшего интимного партнера на протяжении жизни находящейся в отношениях женщины в возрасте от 15 лет (диапазон в Регионе составляет от 23,2% до 25,4%) (23).
- Насилие оказывает серьезное неблагоприятное воздействие на физическое и психическое здоровье женщин. Помимо физических травм, инвалидности или смерти, следствием насилия являются материнская и перинатальная заболеваемость, а также физиологические травмы, стресс и депрессия (12). Женщины, пережившие насилие со стороны интимного партнера, имеют в 1,5 раза больше шансов заразиться ВИЧ и в 2 раза чаще испытывают депрессию и расстройства, связанные с употреблением алкоголя (15).
- По имеющимся данным, в 2014 г. наиболее высокая распространенность насилия со стороны интимного партнера (6%) или лица, не являющегося партнером, (9%) наблюдалась в возрастной группе женщин от 18 до 29 лет (24).
- Значительные различия, по имеющимся данным, в 2014 г. были выявлены в государствах-членах ЕС применительно к насилию со стороны лица, не являющегося партнером, среди женщин с различной занятостью. Наиболее высокий уровень (28–30%) наблюдался среди специалистов, менеджеров, директоров и руководителей различного уровня. Более низкие показатели (17%) были зафиксированы среди женщин, занятых квалифицированным ручным трудом, или тех, у кого никогда не было оплачиваемой работы (13%) (24).
- Виновниками убийства женщин зачастую являются их партнеры (25). В 2013 г. 38% убийств женщин было совершено их партнерами-мужчинами, в то время как соответствующий показатель применительно к мужчинам составил 6% (23).
- Появляется все больше данных о связи насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия, совершаемого мужчинами в отношении женщин, со злоупотреблением алкоголем (26,27).
- Хотя сопоставимых данных на общеевропейском уровне не имеется, национальные отчеты свидетельствуют о наличии специфических форм насилия в отношении женщин, таких как калечащие операции на женских половых органах, так называемые убийства в защиту чести, похищение невест и торговля людьми (12).
- Мужчины составляют непропорционально высокую долю погибших в результате насилия, а также являются главными виновниками межличностного насилия (28). Мальчики чаще становятся жертвами и виновниками буллинга и физического насилия в школах, а также, в некоторых странах, чаще сообщают о том, что стали жертвами кибербуллинга (29).

Сексуальное и репродуктивное здоровье и права



В среднем, по расчетам, коэффициент материнской смертности в Европейском регионе ВОЗ за период с 2000 по 2015 гг. снизился более чем в 2 раза (с 33 до 17 случаев смерти на 100 000 живорождений) (12). Несмотря на общее сокращение в Регионе наблюдаются существенные различия: по оценкам, в некоторых государствах-членах материнская смертность в 25 раз выше, чем в других (например, в 2015 г. на 100 000 живорождений в Кыргызстане приходилось примерно 76 случаев материнской смертности, в то время как в Греции, Исландии, Польше и Финляндии этот показатель составлял 3 случая на 100 000 живорождений) (30).

Коэффициент рождаемости среди подростков (годовой показатель числа живорождений на 1000 девушек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет), по данным на 2015 г., в Регионе варьировался от приблизительно 3,2 в Нидерландах до 47,9 в Таджикистане, составив в среднем по Региону 16,6 (по данным, полученным из 36 государств-членов) (31). Высокий коэффициент рождаемости среди подростков может быть следствием ограниченного доступа к контрацепции или ее недостаточного использования, ограниченного всестороннего сексуального образования и/или практики детских браков. Подростковая рождаемость связана с более низкими возможностями образования и занятости для женщин и девочек (12).

В большинстве стран Региона узаконен доступ к безопасному прерыванию беременности. За исключением случаев, когда от этого зависит жизнь женщины, аборт запрещен в Андорре и Сан-Марино и при любых обстоятельствах противозаконен на Мальте. В Монако и Польше аборт разрешен лишь при определенных ограниченных обстоятельствах. Таким обстоятельством может быть беременность в результате изнасилования или инцеста, а также в связи с нарушениями у плода. В ряде государств-членов, где аборт узаконен, женщины по-прежнему сталкиваются с множеством преград при доступе к услугам по прерыванию беременности (32).

В Европейском регионе ВОЗ наблюдаются значительные различия в отношении доступа женщин к выбору современных средств контрацепции. В рамках проводившегося в 16 странах ЕС исследования по реализации 8 мер в области политики (формирование политики и стратегия; общая информированность о вопросах сексуального и репродуктивного здоровья, соответствующих прав и выбора современных средств контрацепции; просвещение в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья и выбора современных средств контрацепции для молодежи разного возраста; обучение и подготовка работников здравоохранения и поставщиков соответствующих услуг; предоставление индивидуального консультирования и услуг высокого качества; наличие схем возмещения расходов; предупреждение дискриминации; расширение прав и возможностей женщин в отношении доступа к современным средствам контрацепции) Германия была признана страной с самыми высокими показателями, а Литва – с самыми низкими (33).

- Использование мужских презервативов в государствах-членах в Регионе варьируется, но, в целом, является низким в сравнении с использованием других современных и традиционных методов контрацепции (на международном уровне сопоставимые данные ограничены опросным исследованием с участием замужних и состоящих в отношениях женщин репродуктивного возраста) (34). Среди подростков, однако, уровень использования презервативов гораздо выше и в среднем достигает 68% среди 15-летних юношей, сообщивших о том, что они живут половой жизнью и пользовались презервативом во время последнего полового сношения (29).
- Оценка ситуации в области сексуального образования в 25 государствах-членах в Европейском регионе ВОЗ выявила необходимость включения в программы и учебные планы в области сексуального образования вопросов гендерного равенства, сексуальности и социальных СМИ, насилия в целом и сексуального насилия, прав человека и сексуальности других людей (35).
- Доказано, что непосредственное воздействие дискриминации по признаку сексуальной ориентации и гендерной идентичности имеет обратно пропорциональную связь с самооценкой состояния здоровья и благополучия однополых пар в Европе (9). Они также могут подвергаться дискриминации и жестокому обращению в медицинских учреждениях, включая навязывание неэтичного и вредного «лечения» с целью изменения сексуальной ориентации, насильственную или принудительную стерилизацию, принудительный осмотр гениталий и анальной области, а также ненужные хирургические операции и лечение интерсексуальных детей без их согласия (9).

Неинфекционные заболевания



- В Европейском регионе ВОЗ НИЗ являются основной причиной ухудшения здоровья как женщин, так и мужчин, но показатели отражают существенные различия между мужчинами и женщинами на всех этапах жизни во всех государствах-членах. Хотя биологические факторы играют важную роль в формировании этих различий, полным объяснением различий они не являются. Гендерные нормы влияют на уровень экспозиции мужчин и женщин к факторам риска НИЗ и уязвимости перед ними, а также определяют то, как они пользуются услугами и насколько удовлетворяются их потребности.
- По оценкам, 18% смертности от НИЗ в Регионе может быть связано с употреблением табака. Расчетная процентная доля у мужчин в 4 раза превышает соответствующую долю у женщин (28% и 7%, соответственно). Хотя распространенность курения среди мужчин в Регионе снижается, применительно к женщинам ситуация носит смешанный характер, и в некоторых странах распространенность увеличивается (36–38).
- Распространенность сахарного диабета среди мужчин превышает его распространенность среди женщин в возрасте до 70 лет, после чего более высокие показатели распространенности наблюдаются среди женщин. Наиболее высокая распространенность как среди женщин, так и среди мужчин наблюдается в возрастной группе от 70 до 79 лет и составляет примерно 20% (36).

- Среди 15-летних подростков 43% девочек не удовлетворены своим телом в отличие от лишь 22% мальчиков. Среди девочек 26% сообщают о том, что придерживаются диеты, хотя лишь у 13% наблюдается избыточная масса тела (в сравнении с 11% мальчиков, придерживающихся диеты, и 22% мальчиков с избыточной массой тела) (29).
- Показатель распространенности нервной анорексии среди молодых женщин составляет 0,3% и является причиной высокой смертности, но только 30% молодых женщин с анорексией получают лечение в системе здравоохранения (39).
- Социальные нормы, относящиеся к традиционным представлениям о маскулинности, могут препятствовать обращению мужчин за помощью по поводу проблем психического здоровья, что может приводить к отсроченной постановке диагноза или невыявлению симптомов психического расстройства, в том числе депрессии (40).
- Распространенность расстройств, вызванных употреблением алкоголя, значительно различается среди мужчин и среди женщин в Европейском регионе ВОЗ и составляет 14,8% у мужчин и 3,5% у женщин (27).
- Социально-экономические факторы в значительно большей степени влияют на распространенность избыточной массы тела и ожирения среди женщин, чем среди мужчин, и у женщин в стесненных социально-экономических обстоятельствах чаще развивается ожирение, чем у мужчин (12,41). В 2014 г. в странах Региона наиболее низкие показатели ожирения среди женщин в возрасте от 15 до 29 лет наблюдались среди женщин с более высоким уровнем дохода (12,41).
- Показатели суицида в Регионе в 4 раза выше среди мужчин, чем среди женщин (17,4% и 4,2% соответственно) (31). Причинение вреда самому себе является второй по частоте причиной смерти среди молодых женщин в возрасте от 15 до 19 лет в Регионе (38).

Гендерный дисбаланс в осуществлении оплачиваемого и неоплачиваемого ухода



- Системы здравоохранения могут способствовать сохранению многих существующих гендерных предубеждений и социальных неравенств между медицинскими профессиями и в рамках профессий (12). Так, наблюдаются существенные различия между медицинскими работниками мужского и женского пола в том, что касается выбора специальности (горизонтальная сегрегация), поскольку женщины недостаточно представлены на престижных руководящих позициях и в таких хорошо оплачиваемых профессиональных областях, как хирургия (42).
- Фактические данные свидетельствуют о том, что семейные обязанности ограничивают женщин больше, чем мужчин. Женщины-медики, как правило, слишком широко представлены в тех областях, которые благоприятствуют семейной жизни в силу более гибкого графика работы (например, в общей практике и педиатрии), но хуже оплачиваются и являются менее престижными среди коллег (43).
- Гендерная сегрегация также очевидна применительно к медицинской иерархии (вертикальная сегрегация): женщины значительно шире представлены в таких профессиональных сферах услуг и ухода, как сестринское дело и акушерство, в то

время как мужчины гораздо чаще работают в профессиональных областях с более высокой оплатой труда – врачами и стоматологами (12).

- /// Обзор данных о заработной плате работников здравоохранения, проведенный в 2016 г. в 16 государствах-членах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), показал, что женщины не только в целом получают более низкую заработную плату, чем мужчины, но, выполняя точно такую же или сходную работу, что и мужчины, в той же профессиональной области, получают за свой труд меньше (44).
- /// Более справедливое в гендерном отношении распределение неоплачиваемого труда по уходу оказывает положительное влияние на здоровье как женщин, так и мужчин. Так, например, мужчины, принимающие активное участие в воспитании детей, менее склонны к употреблению алкоголя и наркотиков, реже попадают в аварии и в целом реже сталкиваются с нарушениями физического и психического здоровья и дольше живут (9).
- /// Глобальный финансовый кризис 2008 г. привел к значительному сокращению государственного финансирования и обеспечению мер социальной защиты во многих странах, что оказало значительное воздействие и привело к увеличению объемов неоплачиваемого труда по уходу, выполняемого женщинами, особенно в бедных семьях (45).
- /// Неравное распределение неоплачиваемого труда по уходу оказывает негативное влияние на здоровье женщин, ограничивает расширение их экономических прав и возможностей и ухудшает качество жизни, особенно в пожилом возрасте, в то же время закрепляя относительно низкое участие мужчин в осуществлении ухода (38).
- /// Женщины берут на себя основную долю неформального ухода за пожилыми людьми практически во всех странах, но доля осуществляющих уход мужчин с возрастом увеличивается. В большинстве государств-членов в Европейском регионе ВОЗ мужчины чаще принимают на себя неформальные обязанности по уходу за лицами в возрасте старше 75 лет, в то время как женщины составляют основную долю лиц, осуществляющих неформальный уход за представителями возрастной группы от 50 до 74 лет (12,46).
- /// Несбалансированность гендерного состава участников очевидна также в сфере формального долгосрочного ухода, поскольку в странах ОЭСР в Регионе, обследованных в 2016 г., более 80% трудовых ресурсов в сфере формального долгосрочного ухода составляют женщины (47).
- /// Большую часть работников здравоохранения в Регионе составляют женщины, но это не отражается на структуре руководящего состава здравоохранения: только 30% министров здравоохранения – женщины (48).

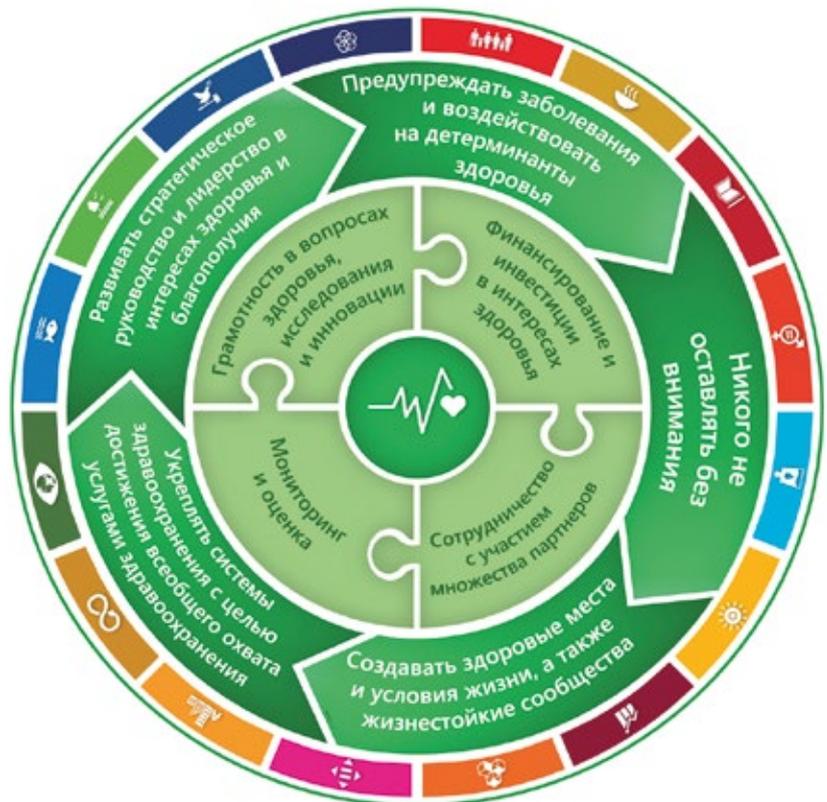
Первоочередность действий: что сейчас?



Государства-члены в Европейском регионе ВОЗ взяли на себя обязательства в соответствии с Повесткой дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. (49) и Дорожной картой по ее реализации (50). Благодаря принятию стратегий в поддержку здоровья и благополучия женщин и мужчин в Регионе (5,6) государства-члены располагают комплексной рамочной основой для работы по улучшению здоровья и благополучия с помощью учитывающих гендерные аспекты подходов, способствующих укреплению взаимосвязей между ЦУР 3 и ЦУР 5.

Некоторые из включенных в эти стратегии основных рекомендаций озвучены в рамках пяти стратегических направлений Дорожной карты по осуществлению ЦУР (рис. 1). Применительно ко всем стратегическим направлениям имеется потребность в улучшении сбора и анализа данных в отношении ЦУР, дезагрегированных по полу и возрасту.

Рис. 1. Стратегические направления и сопутствующие факторы, перечисленные в Дорожной карте ВОЗ по осуществлению ЦУР



Стратегическое руководство и лидерство в интересах здоровья и благополучия



Улучшение здоровья и повышение уровня благополучия женщин и мужчин и содействие обеспечению гендерного равенства – это взаимодополняющие задачи, выполнение которых потребует изменений в сфере стратегического руководства в интересах здоровья. Это подразумевает создание новых и адекватных механизмов стратегического руководства, которые будут учитывать взаимоотношения, объединяющие мужчин и женщин как социальные группы одного и того же сообщества. Для того, чтобы добиться большего равноправия в вопросах здоровья, меры политики и инициативы должны строиться на достижениях, ставших возможными благодаря воздействию на гендерные и социальные детерминанты здоровья. Также они должны всячески способствовать укреплению и защите здоровья и женщин, и мужчин, устраняя, а не выстраивая барьеры между программами.

В настоящее время лишь немногие стратегии в поддержку гендерного равенства включают охрану здоровья в качестве своего основного приоритета. Аналогичным образом инициативы в области гендерного равенства получили недостаточное отражение в существующих отчетных и стратегических документах здравоохранения. Вовлечение мужчин в процесс достижения гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин позволит не только повысить уровень гендерного равенства, но и будет способствовать улучшению здоровья всех людей без исключения.

Примерами таких изменений, которые могут быть осуществлены и уже осуществляются в государствах-членах в Европейском регионе ВОЗ, могут служить:

- ✓ интеграция целей в области гендерного равенства и справедливости в отношении здоровья в национальные планы в области развития, национальные стратегии здравоохранения и многосекторальные планы действий;
- ✓ обеспечение того, чтобы стратегии в области гендерного равенства учитывали воздействие гендера в качестве детерминанты здоровья и обеспечивали расширение прав и возможностей женщин и мужчин как активных проводников перемен;
- ✓ применение принципа гендерного бюджетирования в политике и программах здравоохранения в целях более эффективного финансирования приоритетных мер, касающихся здоровья и мужчин и женщин, а также в целях поддержки гендерного равенства;
- ✓ улучшение сбора дезагрегированных по полу и возрасту данных в отношении задач ЦУР, связанных с охраной здоровья;
- ✓ расширение опыта лиц, формирующих политику, по вопросам гендерного равенства и здоровья путем сотрудничества с научно-исследовательскими институтами, специализирующимися в этой области;
- ✓ укрепление сотрудничества и партнерского взаимодействия между сектором здравоохранения и гражданским обществом, в частности с организациями, активно работающими в сфере расширения прав и возможностей женщин, активного отцовства, вовлечения мужчин в деятельность по уходу, а также в области репродуктивного здоровья и предупреждения насилия (вставка 2).

Вставка 2. Сотрудничество с участием множества партнеров: Целевая рабочая коалиция по вопросам гендерного равенства

Целевые рабочие коалиции выступают в качестве межведомственных целевых групп, призванных укреплять сотрудничество между ведомствами Организации Объединенных Наций и другими партнерами. В Регионе Европы и Центральной Азии имеется 6 таких коалиций, сформированных для решения междисциплинарных вопросов в таких областях политики, как здравоохранение, социальная защиты или молодежь и подростки (51). Основная задача Целевой рабочей коалиции по вопросам гендерного равенства в Регионе Европы и Центральной Азии состоит в том, чтобы обеспечить применение скоординированного подхода в целях поддержки гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин в Регионе. Членами Целевой рабочей коалиции по вопросам гендерного равенства являются ведомства Организации Объединенных Наций и связанные с ними структуры регионального уровня (52). Во главе Коалиции совместно находятся представитель структуры «ООН-Женщины» и представитель еще одного из ведомств Организации Объединенных Наций (определяемого на ротационной основе) (52,53).

Деятельность целевой рабочей коалиции по вопросам гендерного равенства включает:

- /// поддержку гендерного равенства с помощью таких региональных и международных инициатив, как анализ и принятие последующих мер в рамках Комиссии по положению женщин и Пекинской платформы действий;
- /// содействие в проведении миссий по интеграции, ускорению и поддержке в области политики путем предоставления экспертных знаний и поддержки по гендерным вопросам;
- /// содействие в осуществлении информационно-разъяснительной работы и координацию мероприятий совместно с региональными партнерами, занимающимися реализацией стратегий и программ в области гендерного равенства, такими как ЕС и Всемирный банк;
- /// содействие в проведении ежегодного Регионального форума по устойчивому развитию, организуемого Европейской экономической комиссией Организации Объединенных Наций, с тем чтобы обеспечить включение гендерных вопросов в основную повестку дня;
- /// обмен ключевыми ресурсами и материалами по гендерным вопросам и ЦУР со страновыми представительствами Организации Объединенных Наций;
- /// содействие в разработке программ, стратегических руководств и нормативных документов, а также оказание технической поддержки по гендерным вопросам на региональном и страновом уровнях;
- /// повышение эффективности и действенности использования людских и финансовых ресурсов внутри и между учреждениями-членами в рамках реализации гендерно-ориентированных инициатив и мероприятий;
- /// улучшение координации, коммуникации и обмена информацией применительно к извлеченному опыту и примерам передовой или перспективной практики всех регионов среди ведомств-членов на региональном и страновом уровнях, с тем чтобы помочь в осуществлении целей в области гендерного равенства, установленных странами в Регионе;
- /// выявление пробелов в программах по обеспечению гендерного равенства и разработка инновационных региональных механизмов в целях ликвидации этих пробелов, в том числе путем разработки стратегий по осуществлению совместных программ.

Публикации Целевой рабочей коалиции по вопросам гендерного равенства включают рекомендации по интеграции вопросов гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин и девочек в процессы национализации и локализации ЦУР (11), аналитический обзор 18 документов Рамочной программы Организации Объединенных Наций по оказанию помощи в целях развития и общестранового анализа с гендерных позиций в целях оценки учета гендерных вопросов в рамках общестрановых мероприятий Организации Объединенных Наций по планированию программ на уровне отдельных стран Региона (54), а также тематическое исследование с использованием данных, полученных в ходе миссии по интеграции, ускорению и поддержке в области политики в Республике Молдова, позволившее оценить фактор гендерного равенства в качестве стимулирующего фактора на пути осуществления ЦУР (55).

Предупреждение заболеваний и воздействие на детерминанты здоровья



Здоровье определяется не только факторами, выявляемыми клиническим путем, но и тем, что окружает человека дома, на рабочем месте, в школе, на улице и в окружающей среде, а также тем, как общество относится к своим гражданам. На протяжении жизни на здоровье и благополучие людей влияет множество факторов как на общественном, так и на индивидуальном уровне, и гендерный фактор является одним из наиболее значимых. ЦУР создают прекрасную возможность для включения мер воздействия на детерминанты здоровья в деятельность всех секторов политики с привлечением широкого круга заинтересованных сторон. Перечисленные ниже меры будут полезны как с точки зрения охраны здоровья, так и с позиций обеспечения гендерного равенства:

- /// взаимодействие с секторами социальной защиты и образования для продвижения положительных и здоровых гендерных норм и ролей и противодействия гендерным неравенствам и вредным стереотипам с раннего детского возраста, с обучением жизненным и родительским навыкам и проведением программ на уровне местных сообществ;
- /// мониторинг влияния политики в области образования и трудоустройства на здоровье и благополучие женщин и мужчин на всех этапах жизни для планирования необходимых действий;
- /// укрепление механизмов межсекторального взаимодействия между сферами здравоохранения, социального обеспечения и труда с целью сократить неблагоприятное воздействие нестабильной занятости и опасных условий труда;
- /// предоставление матерям и отцам оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам с целью защитить здоровье и повысить благополучие женщин до и после родов, улучшить здоровье и повысить благополучие детей, а также содействовать активному участию мужчин в выполнении родительских обязанностей и осуществлении ухода с учетом признания важности и ценности неоплачиваемого труда по уходу;
- /// повышение роли системы здравоохранения в рамках реализации национальных многосекторальных мер по борьбе с межличностным насилием, в особенности с насилием в отношении женщин и девочек, а также детей.

Никого не оставить без внимания



Стремление никого не оставить без внимания положено в основу всех ЦУР. Для осуществления ЦУР 3 в этой связи требуется принятие политических решений, направленных на сокращение неравенств в отношении здоровья, что позволит обеспечить выравнивание возможностей и будет способствовать улучшению здоровья и повышению благополучия всех без исключения людей в любом возрасте. Борьба с гендерным неравенством в отношении здоровья является одним из наиболее прямых и действенных способов сокращения несправедливости в отношении здоровья (вставка 3) (15). Разработанные с учетом гендерных факторов и позволяющие никого не оставить без внимания подходы в области политики и практики здравоохранения включают:

- // выработку и осуществление многосекторальных мер политики, в рамках которых признается ценность девочек и искореняются вредные практики, в том числе развитие стратегий и мер, направленных на сокращение масштабов насилия в отношении женщин;
- // удовлетворение потребностей в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья мужчин и женщин на всех этапах жизни и без какой-либо дискриминации;
- // осуществление ориентированных специально на подростков вмешательств, которые позволяют минимизировать влияние дискриминирующих гендерных факторов и ролей на здоровье и склонность к опасным видам поведения, а также предоставляют возможности для прогрессивных преобразований;
- // обеспечение того, чтобы при стремлении к равноправию в отношении здоровья особенно учитывался тот факт, что гендерные нормы и роли могут способствовать социальной изоляции, например в силу существующих проблем со здоровьем (таких как психическое заболевание или инвалидность), принадлежности к числу мигрантов или представителей этнического меньшинства, жизни в особых условиях (например безработицы, бездомности или пребывания в местах лишения свободы), а также в силу иной сексуальной ориентации или гендерной идентичности (лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры, интерсексуалы);
- // привлечение особого внимания к проблемам женщин, сталкивающимся с множественными рисками и серьезной изоляцией, таких как женщины-мигранты, представительницы меньшинств, те, кто не получил среднего образования, женщины, проживающие в сельских и отдаленных районах, жертвы торговли людьми и работницы коммерческого секса, женщины старшего возраста, женщины, подвергающиеся дискриминации в связи с их сексуальной ориентацией или гендерной идентификацией, а также те, кто проживает в условиях гуманитарных кризисов и нестабильности.

Вставка 3. Оценка степени гендерного равенства

Все существующие инструменты оценки гендерного равенства, в том числе Глобальный индекс гендерного разрыва по версии ВЭФ (2), Индекс гендерного неравенства Программы развития ООН (3) и Индекс гендерного равенства Европейского института гендерного равенства (4), показывают, что женщины в Европейском регионе ВОЗ по-прежнему подвергаются дискриминации по половому признаку, а некоторые из женщин сталкиваются с дискриминацией по нескольким признакам, таким как возраст, этническая принадлежность, инвалидность, социально-экономический статус, сексуальная ориентация или гендерная идентичность, одновременно. Глобальный индекс гендерного разрыва ВЭФ позволяет оценить гендерный разрыв в четырех критических областях неравенства, а именно:

- ▀ участие и возможности в экономической сфере (оценка участия в принятии решений, разрыва в заработной плате мужчин и женщин, а также доступа к высококвалифицированной занятости);
- ▀ образование (оценка различий в доступности образования для женщин и мужчин, отражаемая в виде соотношения учащихся начальной, средней и высшей школы мужского и женского пола);
- ▀ политические права и возможности (оценка разрыва, существующего между мужчинами и женщинами на высшем уровне принятия политических решений, отражаемая в виде соотношения женщин и мужчин на должности министров и в парламенте);
- ▀ здоровье и продолжительность жизни (обзор различий между мужчинами и женщинами в соотношении полов при рождении и ожидаемой продолжительности здоровой жизни).

Хотя индексы гендерного равенства, неравенства, паритета и разрыва чрезвычайно важны для отслеживания прогресса, интерпретировать их следует с учетом контекста. Так, например, во многих европейских странах наблюдаются высокие показатели гендерного паритета в области образования, но выбор образования зачастую по-прежнему отражает существующие в обществе гендерные стереотипы, что в дальнейшем воспроизводится в форме сегрегации при трудоустройстве. Что касается показателей здоровья, сходные у женщин и мужчин уровни ожидаемой продолжительности жизни (особенно низкие), курения и употребления алкоголя не всегда свидетельствуют о более высокой степени гендерного равенства. Таким образом, при выработке первоочередных мер политики на основе оценки гендерного равенства необходим качественный анализ (помимо учета соответствующих показателей).

В 2019 г. будет опубликован Доклад ВОЗ о положении дел в области обеспечения справедливости в отношении здоровья и комплект сопутствующих инструментов, что позволит получить фактическую информацию о путях устранения преград на пути к достижению оптимального уровня здоровья и о том, каковы условия, позволяющие обеспечить процветание всех людей без исключения (56). Комплект инструментов позволит странам осуществлять мониторинг и оценку прогресса на пути к обеспечению справедливости в отношении здоровья (56).

Создание благоприятных для здоровья мест и условий, а также жизнестойких сообществ



Достижение ЦУР зависит от участия местных сообществ, в том числе школ, местных предприятий или групп граждан. Для принятия мер, позволяющих обеспечить как борьбу с гендерным неравенством, так и охрану здоровья, необходимо вести диалог с государственными учреждениями, градостроителями, общественными организациями, бизнес-сообществом, промышленностью и другими структурами. Такие меры могут включать:

- /// оптимизацию мер политики и наращивание потенциала местных сообществ на уровне стран, областей и городов с учетом интересов здоровья и благополучия женщин и мужчин из групп риска в городах и сельской местности;
- /// развитие учитывающих гендерные факторы школьных программ в поддержку благополучия и здорового образа жизни, которые способствуют разумному использованию социальных сетей и интернета и позволяют противодействовать буллингу (включая кибербуллинг) и применению насилия в конфликтных ситуациях;
- /// осуществление вмешательств в трудовых коллективах как в важнейших условиях для применения широкого круга инициатив в области здоровья, разработанных на основании инклюзивных консультаций с мужчинами и женщинами;
- /// улучшение среды, влияющей на здоровье (например, жилищных условий, учреждений здравоохранения и образования, мест работы), в том числе санитарных и гигиенических удобств (особенно для женщин и девочек);
- /// осуществление инициатив по укреплению здоровья в местах для отдыха и занятий спортом (что зачастую особенно эффективно для охвата мужчин и мальчиков) в целях активизации участия в преобразованиях, направленных на улучшение собственного здоровья и формирование здоровых сообществ;
- /// создание на местном уровне благоприятных для всех возрастных групп сообществ и пространств, которые будут способствовать благополучию и уменьшать риск одиночества и социальной изоляции, угрожающей людям разного возраста и из разных социально-экономических групп;
- /// использование опыта инициатив в области цифрового здравоохранения (например, по онлайн-консультированию), которые позволяют удовлетворять потребности женщин и мужчин на всех этапах жизни и с учетом гендерных и социальных детерминант здоровья, в частности – в вопросах психического здоровья, употребления психоактивных веществ, родительских обязанностей, сексуального и репродуктивного здоровья, эмоционального благополучия и осуществления ухода.

Укрепление систем здравоохранения в целях обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения



Государства-члены в Европейском регионе ВОЗ обязались стремиться к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения. Цель состоит в обеспечении всему населению доступа к необходимым высококачественным услугам по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, лечению, реабилитации и паллиативной помощи, который не будет связан с финансовыми трудностями. Посредством укрепления здоровья и предоставления услуг здравоохранения с учетом гендерных факторов системы здравоохранения могут существенно продвинуться на пути устранения дискриминации и содействия гендерному равенству (9,12), в том числе речь идет о:

- /// внедрении такой модели оказания помощи, которая будет учитывать, что различные потребности и поведение женщин и мужчин в отношении здоровья, а также соответствующие действия систем здравоохранения обусловлены гендерными нормами и ролями и связаны с другими детерминантами здоровья;
- /// внедрении такой модели оказания помощи, которая обеспечивает удовлетворение потребностей женщин и мужчин в отношении здоровья на всех этапах их жизненного пути с помощью учитывающих гендерные факторы программ, услуг и мер политики;
- /// принятии позитивных мер по установлению гендерного баланса для всех категорий кадровых ресурсов здравоохранения, которые обеспечат гендерно-сбалансированные и устойчивые модели помощи и позволят противодействовать трудовой сегрегации, при которой сохраняются укоренившиеся стереотипы и неравная оплата труда;
- /// поддержке гендерно-преобразовательных мер политики, которые гарантируют поддержку людям, осуществляющим уход, и обеспечивают такие модели ухода, которые не увеличивают давление на женщин и не подвергают их риску социальной изоляции (например меры политики, которые расширяют участие мужчин в заботе о своих семьях благодаря предоставлению им отпуска по уходу за ребенком и другим мерам);
- /// укреплению роли системы здравоохранения и потенциала работников здравоохранения в распознавании случаев насилия в отношении женщин и принятии соответствующих мер на основании руководящих принципов и протоколов ВОЗ;
- /// обеспечении всеобщего доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья;
- /// выработке конкретных мер в рамках универсальных программ и мер политики, которые обеспечили бы доступ к ним для маргинализированных групп населения (например, специальные услуги первичной медико-санитарной помощи для представителей меньшинств, позволяющие преодолевать географические и культурные барьеры, а также расизм при предоставлении услуг здравоохранения);

- /// стимулировании научных исследований и инновационных подходов, касающихся связанной с полом и гендерной принадлежностью необъективности при предоставлении услуг здравоохранения, использовании лекарственных средств и укреплении здоровья;
- /// использовании цифрового здравоохранения для повышения качества и расширения охвата услуг здравоохранения и социальных услуг для женщин и мужчин путем применения новых технологий и устранения социальных и организационных препятствий для получения таких услуг некоторыми группами населения.

Приверженность действиям



Имеется целый ряд формальных обязательств, способствующих осуществлению ЦУР 5.

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, 1979 г. (57)

Здоровье-2020: Основы европейской политики и стратегия для XXI века, 2013 г. (58)

Action Plan for Sexual and Reproductive Health: Towards Achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe, 2016 (10)

Глобальный план действий ВОЗ по усилению роли системы здравоохранения в рамках межсекторальных ответных мер по борьбе с межличностным насилием, в частности, в отношении женщин и девочек, а также детей, 2016 г. (59)

Стратегия в поддержку здоровья и благополучия женщин в Европейском регионе ВОЗ, 2016 г. (5)

Дорожная карта по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. с опорой на европейскую политику в поддержку здоровья и благополучия – Здоровье-2020, 2017 г. (50)

Стратегия в поддержку здоровья и благополучия мужчин в Европейском регионе ВОЗ, 2018 г. (6)

Здоровье и благополучие женщин в Европе: от высокой продолжительности жизни к всеобщему улучшению показателей, 2016 (на англ. яз.)

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/318147/EWHR16_interactive2.pdf?ua=1

Здоровье и благополучие мужчин в Европейском регионе ВОЗ: улучшение здоровья в рамках гендерного подхода, 2018 (на англ. яз.)

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf

Ключевые определения

Гендер

Социальное явление, которое взаимосвязано с биологическим полом, но отличается от него. Речь идет о социально сформированных нормах, ролях, поведении и свойствах, которые конкретное общество считает подходящими для женщин и мужчин. Отдельные лица или группы людей, которые не соответствуют установленным гендерным нормам, часто подвергаются стигматизации, дискриминации или социальной изоляции (7).

Равные для женщин и мужчин шансы или возможности доступа к социальным, экономическим и политическим ресурсам (например, к услугам здравоохранения, образованию и избирательным правам) и контроля таких ресурсов, включая защиту этих шансов или возможностей по закону (7).

Гендерное равенство

Гендерное равенство в отношении здоровья

Равные условия для женщин и мужчин, позволяющие им полностью реализовать свои права и возможности быть здоровыми, способствовать развитию здравоохранения и пользоваться его результатами. Для обеспечения гендерного равенства требуются конкретные меры, разработанные в поддержку групп населения, обладающих ограниченным доступом к соответствующим товарам и ресурсам (9,12).

Убеждения в отношении женщин и мужчин, мальчиков и девочек, которые передаются из поколения в поколение в процессе социализации (7). Гендерные нормы различаются в зависимости от культуры и населения, а также изменяются со временем. Гендерные нормы могут приводить к неравенству, если они способствуют укреплению жестокого обращения с представителями одной группы или пола в отличие от другой/другого или ведут к различиям в части власти или возможностей.

Гендерные нормы

Гендерный паритет

Относительное равенство (численное и пропорциональное) мужчин и женщин, девочек и мальчиков. Зачастую он рассчитывается как соотношение между мужчинами и женщинами применительно к конкретному показателю, такому как доход, образование, политическое влияние (7).

Социальные отношения между женщинами и мужчинами и среди них, основанные на гендерных нормах и ролях, которые часто способствуют формированию иерархий, что может приводить к неравному распределению властных полномочий, ставя одну группу в невыгодное положение по отношению к другой (7).

Гендерные отношения

Гендерно-ориентированная

Стратегия или программа, которая учитывает гендерные нормы, роли и неравенство, с тем чтобы включенные в нее конкретные мероприятия позволяли действительно сокращать их вредное воздействие.

Социальные и поведенческие нормы, которые, в рамках конкретной культуры, считаются социально приемлемыми для лиц конкретного пола (например, в быту, в рамках сообщества или на рабочих местах) (7).

Гендерные роли

Гендерные стереотипы

Обобщенный взгляд или предвзятое мнение в отношении свойств, характеристик или ролей, которыми обладают (или должны обладать) или которые выполняются (или должны выполняться) женщинами и мужчинами (7). Гендерные стереотипы вредны, когда ограничивают возможности женщин и мужчин в сфере личного развития, профессионального роста и жизненного выбора.

Любое поведение в рамках интимных отношений, причиняющее физический, сексуальный или психологический вред, включая физическую агрессию, сексуальное принуждение, психологическое насилие и различные проявления контролирующего поведения. Это определение включает насилие со стороны как нынешнего, так и бывшего супруга или партнера (59).

Насилие со стороны интимного партнера

Соотношение полов при рождении

Соотношение рождений мальчиков и девочек в той или иной популяции, умноженное на сто. Этот коэффициент может несколько варьироваться вследствие биологических факторов, но нормальное соотношение составляет 104–106, при этом в ряде популяций наблюдаются колебания в диапазоне от 102 до 107. Несбалансированным или искаженным считается соотношение, выходящее за пределы этого нормального спектра (60).

«Любой сексуальный акт, попытка его совершения или другие действия, направленные в отношении сексуальности человека с использованием принуждения, совершаемые любым человеком, независимо от его взаимоотношений с жертвой, в любом месте. Оно включает изнасилование, определяемое как насильственное или иное принудительное проникновение внутрь вульвы или ануса с использованием пениса, других частей тела или предмета» (59).

Сексуальное насилие

Список использованной литературы

1. Тринадцатая общая программа работы на 2019–2023 гг. [вебсайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (страница на англ. яз. со ссылкой на документ на рус. яз.: <https://www.who.int/about/what-we-do/gpw-thirteen-consultation/en/>, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
2. Global gender gap index 2018 [website]. Geneva: World Economic Forum; 2018 (<http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2018/the-global-gender-gap-index-2018/>, accessed 30 May 2019).
3. Gender Inequality Index (GII) [website]. New York: United Nations Development Programme; 2019 (<http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii>, accessed 30 May 2019).
4. Gender Equality Index 2017 [website]. Vilnius: European Institute for Gender Equality; 2019 (<https://eige.europa.eu/gender-equality-index/about>, accessed 30 May 2019).
5. Стратегия в поддержку здоровья и благополучия женщин в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/333913/strategy-womens-health-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
6. Стратегия в поддержку здоровья и благополучия мужчин в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/394895/MHR_strategy_Rus_online.pdf?ua=1, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
7. Gender equality glossary [website]. New York: UN Women; 2018 (<https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=36>, accessed 30 May 2019).
8. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Participant's notes. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44516/9789241501064_eng.pdf;jsessionid=FA05BF025CE373090039B4E1C843A1B0?sequence=2, accessed 30 May 2019).
9. The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf, accessed 30 May 2019).
10. План действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья: В поддержку выполнения повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европе – никого не оставить без внимания. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/323210/Action-plan-sexual-reproductive-health-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
11. IBC-Gender. SDGs and gender equality: UN interagency guidance note for the Europe and Central Asia Region. New York: United Nations Sustainable Development Group; 2017 (<https://undg.org/wp-content/uploads/2017/11/UNFPA-EECARO-SDGs-GENDER-WEB.pdf>, accessed 30 May 2019).
12. Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/318147/EWHR16_interactive2.pdf?ua=1, accessed 30 May 2019).
13. Global burden of disease (GBD) [website]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2016 (<http://www.healthdata.org/gbd>, accessed 30 May 2019).
14. Leading the realization of human rights to health and through health. Report of the High-level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255540/9789241512459-eng.pdf?sequence=1>, accessed 30 May 2019).
15. От обещаний к действиям: гендерное равенство в повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: ООН Женщины; 2018 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2018/sdg-report-gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018-ru.pdf?la=en&vs=3624>, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
16. Sen G, Östlin P, George A. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health : why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2007 (https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf?ua=1, accessed 30 May 2019).
17. Strategy for integrating gender analysis and actions in the work of WHO. Geneva: World Health Organization; 2009 (https://www.who.int/gender/GM_strategy_jun08.pdf, accessed 30 May 2019).
18. Global gender gap report 2018. Geneva: World Economic Forum; 2018 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2018.pdf, accessed 30 May 2019).
19. 2017 HLPF thematic review of SDG3: ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. New York: High-level Political Forum; 2017 (https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/14367SDG3format-rev_MD_OD.pdf, accessed 30 May 2019).
20. Preventing gender-biased sex selection: an interagency statement OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44577/9789241501460_eng.pdf;jsessionid=BF06D7CCB4E3FAE0DE138BA59906635E?sequence=1, accessed 30 May 2019).

21. Концепция последующей деятельности в связи с программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию в период после 2014 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2014 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/framework_of_actions_for_the_follow-up_to_the_programme_of_action_of_the_icpd_beyond_2014_-_russian.pdf, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
22. Global gender gap report 2015. Geneva: World Economic Forum; 2015 (<http://www3.weforum.org/docs/GGGR2015/cover.pdf>, accessed 30 May 2019).
23. Глобальные и региональные оценки насилия в отношении женщин: распространенность и последствия для здоровья в связи с насилием со стороны интимного партнера и сексуального насилия со стороны лица, не являющегося партнером. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (полная версия на англ. яз.: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1; имеется резюме на русском языке: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85241/WHO_RHR_HRP_13.06_rus.pdf?sequence=5, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
24. Violence against women: an EU-wide survey. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights; 2014 (https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf 2014, accessed 30 May 2019).
25. Доклад о положении дел в мире в сфере профилактики насилия, 2014 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (полная версия на англ. яз.: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/; имеется резюме на рус. яз.: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145087/WHO_NMH_NVI_14.2_rus.pdf?sequence=2, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
26. Intimate partner violence and alcohol fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/ft_intimate.pdf, accessed 30 May 2019).
27. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>, accessed 30 May 2019).
28. Disease burden and mortality estimates: cause-specific mortality 2000–2016. In: Health statistics and information systems [online database]. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en, accessed 30 May 2019).
29. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Auguston L et al. Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): Международный отчет по результатам исследования 2013/2014 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, № 7; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/331711/HBSC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 11 сентября 2019 г.).
30. Оценка материнской смертности. В: Европейский портал информации здравоохранения: Путеводитель по базе данных «Здоровье для всех» [онлайн-база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (<https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/#BGJp2N81Ba>, по состоянию на 11 сентября 2019 г.).
31. Global health observatory data repository [online database]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://apps.who.int/gho/data>, accessed 30 May 2019).
32. The world's abortion laws 2019 [website]. New York: Center for Reproductive Rights; 2013 (<http://worldabortionlaws.com/>, accessed 30 May 2019).
33. Barometer of women's access to modern contraceptive choice in 16 EU countries, 2015. Brussels: International Planned Parenthood Federation European Network; 2015 (<http://www.ippfen.org/resources/barometer-2015-womens-access-modern-contraceptive-choice>, accessed 30 May 2019).
34. World contraceptive use 2018. New York: Department of Economic and Social Affairs, United Nations; 2018 (<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2018.shtml>, accessed 30 May 2019).
35. Regional overview of the status of sexuality education in 25 countries of the WHO European Region. Cologne: Federal Centre for Health Education; 2017 (https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BZgA_Regional_Overview_online_EN.pdf, accessed 30 May 2019).
36. Атлас диабета IDF, издание восьмое. Брюссель: Международная федерация диабета; 2017 (интерактивная версия на англ. яз.: https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, версия для скачивания на рус. яз.: <https://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
37. Употребление табака в Европе: отчет о тенденциях 2019 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (на англ. яз.) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENG-WEB.pdf?ua=1, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
38. Почему подход с учетом гендерных аспектов может способствовать активизации профилактики неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/399064/GenderApproachAndNCDsPreventionAndControl-rus.PDF, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
39. Hoek W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19:389–394.
40. Oliffe JL, Phillips MJ. Men, depression and masculinities: a review and recommendations. *J Mens Health*. 2008;5(3):194–202.

41. Eurostat. Self-perceived health by sex, age and educational attainment level. In: Eurostat [online database]. Brussels: European Commission; 2014 (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_02&lang=en, accessed 30 May 2019).
42. Alders M, van Leerdam L, Dielissen P, Lagro-Janssen A. Gendered specialities during medical education: a literature review. *Perspect Med Educ.* 2014;3(3):163–178.
43. Diderichsen S, Johansson EE, Verdonk P, Lagro-Janssen T, Hamberg K. Few gender differences in specialty preferences and motivational factors: a cross national Swedish study on last-year medical students. *BMC Med Educ.* 2013;13:39.
44. Tijdens K, de Vries D, Steinmetz S. Health workforce remuneration: comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries. *Hum Resour Health.* 2013;11:11.
45. Доклад Специального докладчика по вопросу о крайней нищете и правах человека Магдалены Сепульведы Кармоны: неоплачиваемый труд по уходу и права человека женщин. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2013 (Двадцать третья сессия Совета по правам человека Генеральной Ассамблеи A/HRC/23/36; <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/117/96/PDF/G1311796.pdf?OpenElement>, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
46. Rodrigues R, Huber M, Lamura G. Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2012.
47. Long-term care resources and utilisation. In: OECD Stat [online database]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2016 (https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTICR#, accessed 30 May 2019).
48. Международный женский день: женщины в здравоохранении осуществляют инновации во имя перемен. В: Вопросы и темы здравоохранения [вебсайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/gender/news/news/2019/3/international-womens-day-women-in-health-innovating-for-change>, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
49. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 (Резолюция Генеральной Ассамблеи 70/1; https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R, по состоянию на 10 августа 2019 г.).
50. Дорожная карта по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. с опорой на европейскую политику в поддержку здоровья и благополучия – Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (RC67/9; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/345604/67wd09r_SDGroadmap_170638.pdf, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
51. Issue-based coalitions for the Europe and Central Asia Region [website]. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2019 (<https://www.unece.org/runcwelcome/issue-based-coalitions.html>, accessed 30 May 2019).
52. Issue-based coalition on gender equality [website]. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2019 (<https://www.unece.org/runcwelcome/issue-based-coalitions/gender-equality.html>, accessed 30 May 2019).
53. The United Nations Europe and Central Asia (ECA) Issue-Based Coalition on Gender Equality (IBC-Gender): terms of reference. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2017 (https://www.unece.org/fileadmin/user_upload/TORs_IBC_Gender_Equality.pdf, accessed 30 May 2019).
54. IBC-Gender. Desk review of 18 UNDAFs in Europe and central Asia. New York: United Nations Sustainable Development Group; 2018 (https://undg.org/wp-content/uploads/2016/07/ECA-Gender-Desk-Review-UNDAFs_IBC-Gender-2018_22.02.18.pdf, accessed 30 May 2019).
55. IBC-Gender. Gender equality: a key SDG accelerator. A case study from the Republic of Moldova. New York: United Nations Sustainable Development Group; 2018 (<https://undg.org/wp-content/uploads/2018/01/Gender-equality-a-key-sdg-accelerator.pdf>, accessed 30 May 2019).
56. The health equity status report initiative (2018). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (Flyer; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/386922/hesri-flyer-eng.pdf?ua=1, accessed 30 May 2019).
57. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 1979 (Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций; <https://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
58. Здоровье-2020: Основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
59. Глобальный план действий ВОЗ по усилению роли системы здравоохранения в рамках межсекторальных ответных мер по борьбе с межличностным насилием, в частности, в отношении женщин и девочек, а также детей. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-ru.pdf#page=57, по состоянию на 11 августа 2019 г.).
60. Report of the international workshop on skewed sex ratios at birth: addressing the issue and the way forward. New York: United Nations Population Fund; 2011 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Report_SexRatios_2012.pdf, accessed 30 May 2019).

Координация и пересмотр: : д-р Amine Lotfi и д-р Bettina Menne (Программа «Здоровье и устойчивое развитие», Европейское региональное бюро ВОЗ).

Авторы и составители: Isabel Yordi Aguirre, Åsa Nihlén, Natalie Ward (Программа по гендерным вопросам и правам человека, Европейское региональное бюро ВОЗ) и Daria Ukhova (независимый консультант).

Редактор: Jane Ward; **Верстка:** Daniela Berretta.



URL: www.euro.who.int/en/SDG-policy-briefs

© Всемирная организация здравоохранения, 2019 г. Все права защищены.

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

**Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро**

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

Тел: +45 45 33 70 00 **Факс:** +45 45 33 70 01

Эл. адрес: sdgeurope@who.int