

# СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

## РАЗЛИЧИЯ В ПОКАЗАТЕЛЯХ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН В РОССИИ

*Наталья Александровна Лебедева-Несевря*<sup>ab</sup>

(natnes@fcrisk.ru),

*Михаил Юрьевич Цинкер*<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения, Пермь, Россия

<sup>b</sup>Пермский государственный национальный исследовательский университет, Пермь, Россия

**Цитирование:** Лебедева-Несевря Н., Цинкер М.Ю. (2018) Различия в показателях здоровья работающих женщин и мужчин в России. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 21(3): 7–25. <https://doi.org/10.31119/jssa.2018.21.3.1>

**Аннотация.** Исследуются особенности проявления «гендерного парадокса» здоровья работающих россиян. Проверяется предположение о несовпадении объективных и субъективных характеристик их здоровья. На основе двух типов данных — социологических (результаты Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ, с 21-й по 25-ю волну) и статистических (материалы федерального статистического наблюдения, форма № 16-ВН) — проанализирована пятилетняя динамика (2012–2016) и возрастные особенности здоровья официально работающих мужчин и женщин в современной России. Показано, что здоровье женщин отличается от здоровья мужчин и по субъективным (самооценка здоровья), и по объективным (заболеваемость с временной утратой трудоспособности — ВУТ) показателям, однако значимость выявленных различий неодинакова в молодых, средневозрастных и старших группах. В частности, в самой молодой группе (20–24 года) высокие показатели заболеваемости с ВУТ сочетаются с максимально положительным восприятием собственного здоровья. В данной группе также наблюдаются существенные различия в показателях заболеваемости мужчин и женщин при отсутствии статистически достоверных различий в самооценке здоровья. Структура заболеваемости в самой молодой возрастной группе у мужчин и женщин схожа — около половины всех случаев приходится на болезни органов дыхания. Наименьшие отличия в объективных и субъективных показателях здоровья мужчин и женщин наблюдаются в самой старшей возрастной группе (60 лет и старше). Установлено, что на протяжении последних пяти лет наблюдалось последовательное снижение уровня заболеваемости работающего населения, при этом самооценка их здоровья фактически не изменилась. Выдвигается предположение о модифицирующем влиянии латентной нетрудоспособности на показатели заболеваемости работающих россиян,

а также о гендерно-преломленном восприятии здоровья, трансформирующем его самооценку в группах мужчин и женщин.

**Ключевые слова:** работающие, самооценка здоровья, заболеваемость, гендерные различия.

### Введение

Декларируемые стратегические цели развития России — рост продолжительности здоровой, активной жизни граждан, снижение смертности населения в трудоспособном возрасте (Послание Президента РФ 2018), развитие человеческого потенциала (Стратегия национальной безопасности 2015). Определяют постановку этих целей не только стремление достичь уровня социального развития, соответствующего «статусу России как ведущей мировой державы XXI века» (Концепция долгосрочного социально-экономического развития 2008), но и объективные угрозы национальной безопасности и устойчивому развитию страны — сдвиг возрастной структуры в сторону постарения, неуклонное сокращение доли населения в молодых и средневозрастных когортах (15–59 лет), численность которого к 2025–2027 гг. достигнет своего минимума (Захаров 2017). Прогнозируемая структура населения при сохраняющемся возрастном пороге выхода на пенсию неизбежно негативно скажется на величине и динамике валового национального продукта и сформирует неподъемную нагрузку на трудоспособных граждан. В этой связи сбережение здоровья тех, кто работает сегодня и, скорее всего, должен будет оставаться экономически активным в старшем возрасте, становится важным направлением деятельности в сфере сохранения и укрепления здоровья граждан.

Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008–2017 гг., утвержденный Шестидесятой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2007 г., подчеркивал необходимость минимизации «неравенств между различными группами работающих» в состоянии здоровья и уровне риска (Здоровье работающих 2007), в том числе речь шла о гендерном неравенстве. Дифференцированный подход к решению задачи охраны здоровья работающих граждан обосновывается в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г., в частности через повышенное внимание к женщинам, занятым во вредных и опасных условиях труда. Опасность «гендерного нейтралитета» в сфере здравоохранения связывается с игнорированием различий в факторах риска здоровью мужчин и женщин, их поведении в отношении здоровья (Римашевская 2007), «ответах» со стороны здоровья на действие неблагоприятных факторов среды и особенностях протекания заболеваний (Гороховская и др. 2011; Корнеева, Воевода 2017; Ливенцева 2012).

В целом, значимость гендерного подхода в здравоохранении обуславливается многократно описанными, например, через «гендерный парадокс здоровья — выживаемости» (Nathanson 1975) различиями в здоровье мужчин и женщин (Bird, Rieker 1999; Rieker, Bird 2005). Социологическое объяснение выявляемых различий дается с помощью «теории неравного воздействия» (женщины имеют ограниченный доступ к ресурсам здоровьесбережения) и «теории уязвимости» (женщины и мужчины по-разному реагируют на внешние факторы риска здоровью) (Браун, Панова, Русинова 2007). Значимую роль могут играть гендерные стереотипы. Так, шведское исследование смертности пациентов, переживших острый инфаркт миокарда, выявило избыточную смертность женщин вследствие менее строгого соблюдения врачами медицинских рекомендаций, чем при лечении мужчин (Alabas et al. 2017).

Помимо социальной детерминированности, объяснение различий в здоровье мужчин и женщин может лежать в биологической плоскости. Например, более высокий уровень младенческой смертности среди мальчиков определяется большей вероятностью наличия у них врожденных патологий и хромосомных аномалий (Waldron 1998). Склонность к формированию зависимости от психоактивных веществ связана с полом в силу особенностей нервной системы мужчин и женщин (Becker, Perry, Westenbroek 2012).

Несмотря на общее признание различий в здоровье мужчин и женщин, интенсивность и направленность данных различий существенно варьируется в зависимости от используемых для анализа показателей (Oksuzyan et al. 2014). Женщины в целом ниже оценивают свое здоровье — это касается как общей самооценки здоровья, так и сравнительной оценки своего здоровья и здоровья людей такого же возраста и оценки влияния здоровья на физическую активность (Finkel et al. 2018). Однако при оценке популяционного здоровья по показателям заболеваемости отдельными классами болезней различия между мужчинами и женщинами проявляются не всегда (Singh-Manoux et al. 2008). Кроме того, ряд исследований подвергают сомнению возможности адекватной характеристики здоровья на основе субъективных показателей в силу специфического (неодинакового) восприятия своего здоровья мужчинами и женщинами (Case, Paxson 2005).

**Целью** исследования являлся динамический анализ различий в субъективных и объективных показателях здоровья работающих мужчин и женщин в современной России. Гипотезой исследования выступило предположение о том, что здоровье работающих женщин и по субъективным, и по объективным оценкам будет находиться на более низком уровне,

чем здоровье мужчин, однако пятилетняя динамика показателей и их совпадение/расхождение будут неодинаковы в различных возрастных группах.

### Материалы и методы

Эмпирическую базу исследования составили, во-первых, результаты социологического опроса работающих россиян в возрасте 20 лет и старше\* (Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ, с 21-й по 25-ю волну, 2012–2016 гг.), во-вторых, данные федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения (форма № 16-ВН) за период с 2012 по 2016 г. в целом по РФ.

В качестве субъективного показателя здоровья использовалась общая самооценка здоровья (показатель, часто встречающийся в социологических исследованиях состояния и обусловленности популяционного и индивидуального здоровья (см., например: Кислицына 2015), определяемая на основе вопроса «Как Вы оцениваете Ваше здоровье? Оно у Вас...», варианты ответа: «очень хорошее», «хорошее», «среднее, не плохое, но и не хорошее», «плохое», «совсем плохое». Также привлекались результаты ответа на вопрос «Есть ли у вас какие-либо хронические заболевания?», дававший респондентам возможность высказаться по отдельным классам заболеваний\*\*.

Статистические данные представляли собой сведения о причинах временной нетрудоспособности (на основе выданных работающим граж-

---

\* Из общего массива респондента по каждому году были сформированы подвыборки, включившие официально работающих респондентов в возрасте 20 лет и старше. Объем выборочной совокупности в 2012 г. составил 6118 человек, в 2013 г. — 5797 человек, в 2014 г. — 4547 человек, в 2015 г. — 4359 человек, в 2016 г. — 4261 человек.

\*\* Существуют ограничения в использовании результатов ответов на вопрос о хронических заболеваниях, связанные с размытостью критериев «хроничности». В медицинском дискурсе хроническим считается «длительное заболевание, поддающееся контролю, но не полному излечению». Что понимается респондентами под «хроническим заболеванием» в рамках социологических опросов — неясно. Как следствие — значимые различия в уровне распространенности хронических заболеваний, определяемой на основе субъективных суждений опрошенных. Например, согласно исследованию Росстата «Комплексное наблюдение условий жизни населения 2016», в 2016 г. лишь 16 % граждан, занятых в экономике, заявили о наличии у них хронических заболеваний. В возрастной группе 20–24 года таковых было 7,9 %, в группе «25–29 лет» — 8,9 %, в группе «30–34 года» — 9,9 %.

данам листков временной нетрудоспособности). Из анализа исключалась временная нетрудоспособность по причине «отпуск по беременности и родам»\*. Анализировались показатели «число случаев временной нетрудоспособности в расчете на 100 работающих» и «средняя длительность одного случая нетрудоспособности». Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности часто используются для характеристики здоровья населения в рамках эпидемиологических и социально-гигиенических исследований (см., например: Измеров 2005; Рукавишников и др. 2004; Степанов 2008), несмотря на наличие ограничений, связанных с распространенностью в России латентной нетрудоспособности (Варламова, Седова 2009). Важно, что достоверных различий в ее уровне между мужчинами и женщинами на российских выборах не выявлено.

### Результаты и их обсуждение

Сравнение состояния здоровья работающих мужчин и женщин показало наличие достоверных различий и в субъективных, и в объективных показателях. Так, по данным социологического опроса в 2016 г. суммарные позитивные оценки здоровья (варианты ответа «очень хорошее» и «хорошее») давали 50 % мужчин и 38 % женщин. Уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) в 2016 г. среди женщин был в 1,5 раза выше, чем среди мужчин (32,2 сл. и 21,7 сл. на 100 работающих среди женщин и мужчин соответственно).

За период с 2012 по 2016 г. заболеваемость с ВУТ устойчиво снижалась в обеих группах, тогда как различия между ними нарастали. Если в 2012 г. заболеваемость с ВУТ среди женщин была в 1,4 раза выше (34,7 сл. на 100 работающих против 24,9 сл. среди мужчин), то в 2015 г. женщины болели уже в 1,5 раз чаще, чем мужчины (32,3 сл. на 100 работающих против 21,9 сл. среди мужчин)\*\*. Самооценка здоровья такой динамики

---

\* Важно, что в структуре женской заболеваемости с ВУТ значимую долю составляет заболеваемость по классу «беременность, роды и послеродовой период» (класс XV по МКБ-10). В некоторых возрастных подгруппах (например, «25–29 лет») данная причина находится на втором месте по частоте после заболеваний органов дыхания.

\*\* При этом заболеваемость по классу «беременность, роды и послеродовой период» за период с 2012 по 2016 г. не только не росла, но даже снизилась. Если в 2012 г. на 100 работающих женщин приходилось в среднем 3,17 сл. временной нетрудоспособности по указанной причине, то в 2016 г. данный показатель находился на уровне 2,86 сл. на 100 работающих. Среднее число дней временной нетрудоспособности по данному классу также снизилось — с 48 дней в 2012 г. до 40 дней в 2016 г.

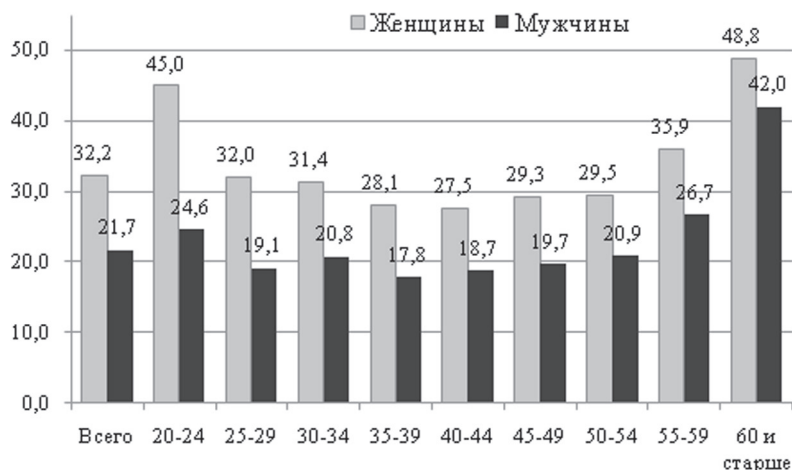


Рис. 1. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности в различных по возрасту и полу группах (случаев на 100 работающих, 2016 г.)

не демонстрировала: доли мужчин и женщин, описывающих свое здоровье как «очень хорошее» и «хорошее», с 2012 по 2016 г. изменились несущественно — произошел рост с 48 до 50 % у мужчин и с 35 до 38 % у женщин. Также остались прежними доли респондентов, характеризующих свое здоровье как «плохое» и «очень плохое» (и в 2012, и в 2016 г. таковых было 3 % среди мужчин и 5 % среди женщин).

Разрыв в состоянии здоровья мужчин и женщин неодинаков в различных возрастных группах. Так, согласно данным медицинской статистики, наиболее существенные расхождения в 2016 г. по показателю заболеваемости наблюдались в подгруппе «20–24 года», где женщины в 1,8 раза чаще, чем мужчины, оказывались временно нетрудоспособными (рис. 1).

При этом структура заболеваемости в самой молодой возрастной группе у мужчин и женщин схожа — около половины всех случаев приходится на болезни органов дыхания. Для мужчин скорее, чем для женщин, характерна заболеваемость по классу «травмы, отравления и другие последствия внешних причин»: в 2016 г. распространенность среди женщин составляла 2,29 сл. на 100 работающих, а среди мужчин — 3,86 сл. на 100 работающих. Около 7 случаев на 100 работающих в заболеваемости женщин вносит причина «беременность, роды и послеродовой период». Однако анализируемая форма статистического наблюдения не позволяет

понять, были ли случаи нетрудоспособности по данной причине связаны с родоразрешением или с какими-либо патологиями\*.

Наименьшие различия в заболеваемости мужчин и женщин зафиксированы в возрастной группе «60 лет и старше»: женщины здесь болеют лишь в 1,2 раза чаще, чем мужчины. Данная группа характеризуется наиболее близкими показателями заболеваемости на протяжении всего анализируемого периода. Так, в 2012 г. женщины болели чаще мужчин в 1,2 раза (49,8 сл. на 100 работающих в группе женщин против 43,3 сл. в группе мужчин), в 2013–2015 гг. — в 1,1 раза (51,5 сл. на 100 работающих женщин против 45,5 сл. среди мужчин в 2013 г., 49,9 сл. в группе женщин против 44,9 сл. среди мужчин в 2014 г. и 50,2 сл. в группе женщин против 44,3 сл. среди мужчин в 2015 г.). Однако в данной возрастной группе самый высокий уровень заболеваемости с ВУТ, превышающий значения по иным когортам работающих в 1,5–2 раза.

Анализ субъективных оценок здоровья работающих респондентов демонстрирует иную картину. Возрастная группа «20–24 года» — единственная, в которой не выявлено статистически значимых различий в самооценке здоровья\*\*. Согласно опросу 2016 г., среди женщин самой молодой когорты описывали свое здоровье как «очень хорошее» и «хорошее» 69 %, а среди мужчин этого же возраста положительную характеристику своему здоровью давали 77 %. Максимальное различие в самооценке здоровья обнаружено в группе «35–39 лет» — 13 % (среди мужчин данной когорты позитивно свое здоровье воспринимают 59 %, тогда как среди женщин — 46 %) (рис. 2).

---

\* Если исключить из анализа заболеваемость женщин по классу «беременность, роды и послеродовой период» (что не вполне верно, так как речь идет о специфичном, но значимом для здоровья женщин классе заболеваний), различия между мужчинами и женщинами все равно останутся существенными (заболеваемость с ВУТ среди женщин будет в 1,5 выше, чем среди мужчин). В класс «беременность, роды и послеродовой период» входят «беременность с абортным исходом», «родоразрешение», «осложнения родов и родоразрешения», «осложнения послеродового периода», «медицинская помощь матери, связанная с состоянием плода» и различные болезни матери, связанные с беременностью.

\*\* На основе оценки достоверности различий средних значений на выборке 2016 г. Результаты исследования распределений самооценки здоровья в 2012–2015 гг. иные. Например, в выборке 2015 г. отсутствуют статистически достоверные различия в самооценке здоровья у мужчин и женщин 25–29 лет, 55–59 лет и 60 лет и старше.

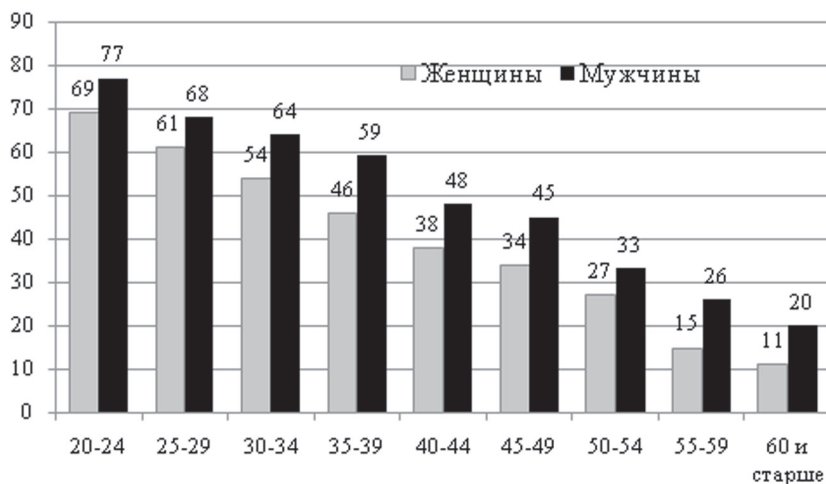


Рис. 2. Доли респондентов, оценивающих свое здоровье как «очень хорошее» или «хорошее» (в % к общему числу валидных ответов в группе, 2016 г.)

Проанализируем пятилетнюю динамику субъективных и объективных показателей здоровья в отдельных половозрастных группах.

Самооценка здоровья в самой молодой группе работающих мужчин стабильно положительная. Так, в 2012 и 2013 г. мужчины 20–24 лет в 68 % случаев говорили о своем здоровье как об «очень хорошем» и «хорошем», в 2014 г. доля мужчин, выбиравших позитивные характеристики здоровья, составила 71 %, в 2015 г. — 70 %. Ощутимый прирост (на 9 % по сравнению с 2012 г.) положительных оценок произошел в 2016 г., когда 77 % респондентов младшей когорты выбрали варианты «очень хорошее» и «хорошее». При этом заболеваемость в ВУТ в группе самых молодых мужчин снижалась с 2012 по 2015 г. довольно последовательно (в 2012 г. показатель составлял 29,5 сл. на 100 работающих, в 2013 г. — 26,7 сл., в 2014 г. — 25,2 сл., 2015 г. — 23,7 сл. на 100 работающих), а в 2016 г. обнаружился прирост значений заболеваемости по сравнению с 2015 г. на 0,9 сл. на 100 работающих. Таким образом, в группе мужчин 20–24 лет субъективные и объективные показатели здоровья изменялись непротиворечиво в период с 2012 по 2015 г. (заболеваемость с ВУТ снижалась, самооценка здоровья улучшалась), а в 2016 г., несмотря на рост заболеваемости с ВУТ, наблюдалось увеличение доли респондентов, положительно оценивающих свое здоровье.



В группе работающих женщин 20–24 лет в 2012 г. оценивали свое здоровье как «очень хорошее» и «хорошее» 59 % опрошенных, а в 2013 г. таких было уже на 5 % больше (64 %). В 2014 г. доля респондентов, дававших положительные оценки, немного сократилась (до 57 %) и в 2015 г. осталась прежней (58 %), а вот в 2016 г. снова возросла до 69 %. Вместе с тем заболеваемость с ВУТ в данной группе последовательно снижалась с 2012 до 2015 г. (значение показателя в 2012 г. составляло 46,9 сл. на 100 работающих, в 2013 г. — 43,7 сл., в 2014 г. — 42,8 сл., в 2015 г. — 42,2 сл. на 100 работающих). В 2016 г. заболеваемость работающих женщин, так же как и работающих мужчин, возросла (до 45 сл. на 100 работающих). Таким образом, направленность динамики субъективных и объективных показателей здоровья женщин возрастной когорты от 20 до 24 лет не совпадала.

В группе молодых работающих наблюдается самое интенсивное нарастание разрыва в показателях заболеваемости с ВУТ мужчин и женщин за последние пять лет. Если в 2012 и 2013 гг. уровень заболеваемости женщин в данной когорте был в 1,6 раза выше, чем мужчин, то в 2014 г. отличие составляло уже 1,7 раза, а в 2015 г. достигло 1,8 раза. При этом самооценки здоровья мужчин и женщин то сближаются (в 2013 г. по сравнению с 2012 г. и в 2016 г. по сравнению с 2015 г.), то расходятся (в 2014 г. по сравнению с 2013 г.).

Возрастная когорта 25–29 лет отличается от самой молодой группы работающих, во-первых, меньшим разрывом в показателях заболеваемости с ВУТ мужчин и женщин и менее интенсивным его нарастанием с 2012 г. по 2016 г. Во-вторых, достоверным различием показателей самооценки здоровья мужчин и женщин ( $p < 0,05$ )\*.

Число случаев заболеваемости с ВУТ в расчете на 100 работающих среди женщин 25–29 лет отличается от аналогичного показателя среди женщин 20–24 лет в рассматриваемый период в среднем на 10–12 случаев в меньшую сторону. Так, в 2016 г. заболеваемость с ВУТ среди 25–29-летних женщин составлял 32 сл. на 100 работающих против 45 сл. на 100 работающих 20–24-летних\*\*. Различия в заболеваемости с ВУТ в двух самых молодых группах мужчин не столь значительны и составляют от 4 (в 2013 г.) до 7 (в 2012 г.) случаев в расчете на 100 работающих.

---

\* Проведено сравнение средних по всем подвыборкам с 2012 по 2016 г. Достоверные различия в самооценке здоровья мужчин и женщин в возрасте от 25 до 29 лет обнаружены во всех случаях, кроме 2014 г.

\*\* Заболеваемость в данных подгруппах по классу «беременность, роды и послеродовой период» практически одинаковая (7,16 сл. на 100 работающих женщин 20–24 лет и 7,38 сл. на 100 работающих женщин 25–29 лет, 2016 г.).

За период с 2013 г. по 2016 г. заболеваемость с ВУТ женщин 25–29 лет устойчиво сокращалась (значение показателя в 2013 г. находилось на уровне 35,9 сл. на 100 работающих женщин соответствующего возраста, в 2014 г. — 34 сл., в 2015 г. — 32,1 сл., в 2016 г. — 32 сл. на 100 работающих). В группе мужчин динамика заболеваемости иная — небольшое последовательное снижение с 2013 до 2015 г., в 2016 г. — рост с 18,7 до 19,1 сл. на 100 работающих. При этом самооценка здоровья в группах и женщин, и мужчин на протяжении периода с 2012 по 2016 г. изменялась мало. Так, в 2012 г. свое здоровье описывали как «хорошее» и «очень хорошее» 57 % работающих женщин и 69 % мужчин 25–29 лет. В 2013 г. данный показатель составлял 55 % для женщин и 63 % для мужчин, в 2014 г. — 56 % для женщин и 62 % для мужчин, в 2015 г. — 58 % для женщин и 61 % для мужчин (наиболее близкие за все пять лет значения). В 2016 г. доля положительно описывающих свое здоровье женщин достигла максимального значения 60 %, мужчины давали аналогичные ответы в 68 % случаев.

Начиная с группы работающих в возрасте от 30 до 34 лет разрыв в объективных показателях здоровья мужчин и женщин становится меньше. Так, во всех когортах от 30 до 49 лет работающие женщины болели в 1,5 раза чаще, чем мужчины. В группе работающих «50–54 года» заболеваемость среди женщин была в 1,4 раза выше, чем среди мужчин, в группе «55–59 лет» — в 1,3 раза, а среди работающих в возрасте 60 лет и старше — в 1,2 раза выше.

Последовательный рост заболеваемости с ВУТ среди мужчин начинается с возрастной группы «35–39 лет», где в расчете на 100 работающих в 2016 г. приходилось 17,8 сл. временной нетрудоспособности. В группе «40–44 года» данный показатель составлял 18,8 сл., в группе «45–49 лет» — 19,7 сл., в группе «50–54 года» — 20,9 сл., в группе «55–59 лет» — 26,7 сл. и в группе «60 лет и старше» — 42 сл. на 100 работающих соответствующего возраста. При этом структура заболеваемости достаточно стабильна — на первом месте находятся заболевания органов дыхания, формирующие от 30 до 50 % случаев нетрудоспособности в разных группах. В возрастных когортах мужчин от 30 до 44 лет на втором и третьем местах находятся такие причины нетрудоспособности, как «заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани» и «травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин». Начиная с возрастной группы «45–49 лет» на второе место в структуре заболеваемости с ВУТ выходят болезни системы кровообращения. Среди работающих мужчин 60 лет и старше число случаев нетрудоспособности по причине болезней системы дыхания и болезней системы кровообращения фактически

одинаковое (10,87 сл. и 10,37 сл. по указанным причинам соответственно, на 100 работающих, 2016 г.).

Самооценка здоровья мужчин с возрастом также последовательно снижается — если в группе 30–34-летних «очень хорошим» и «хорошим» свое здоровье называли в 2016 г. 64 % работающих респондентов, то в группе 40–44-летних таковых было уже 48 %, а в самой старшей возрастной группе «60+» — лишь 20 %. Сокращение доли положительных оценок сопровождается увеличением доли респондентов, называющих свое здоровье «средним, не плохим, но и не хорошим». Если в группе 30–34-летних выбравших данный вариант ответа было 34 %, то среди 40–44-летних уже половина опрошенных давали средние оценки здоровью, а в когорте «60 лет и старше» таковых было 72 %. Доля мужчин, описывающих свое здоровье в негативных характеристиках, с возрастом меняется мало — варианты ответа «плохое» и «очень плохое» при оценке здоровья выбирали 1,5 % респондентов 30–34 лет, 3,5 % среди 50–54-летних и 7 % респондентов в возрасте 60 лет и старше.

Возрастная динамика заболеваемости с ВУТ среди женщин носит противоречивый характер. Так, в группе женщин «40–44 года» число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих в 2016 г. было ниже аналогичного показателя в более молодой группе «35–39 лет» (27,5 сл. против 28,1 сл. в указанных группах соответственно). В когортах «45–49 лет» и «50–54 года» уровень заболеваемости практически одинаковый — в 2016 г. показатель заболеваемости с ВУТ составлял 29,3 сл. и 29,5 сл. на 100 работающих в указанных группах соответственно. Лишь в двух самых старших группах, «55–59 лет» и «60 лет и старше», заболеваемость ощутимо возрастает.

Динамика самооценки здоровья женщин более очевидна — с возрастом сокращается доля тех, кто оценивает свое здоровье положительно, нарастают доли характеризующих его как среднее и плохое. Так, среди 30–34-летних называют свое здоровье «очень хорошим» и «хорошим» половина (54 %) работающих женщин, среди 40–44-летних позитивно описывают здоровье 38 %, а среди 55–59-летних — уже лишь 15 %. Высокие оценки здоровья преимущественно трансформируются в средние; доля тех, кто полагает свое здоровье «плохим» и «очень плохим» у женщин относительно низка (максимальное значение — 10 % в группе «60 лет и старше») и сопоставима с аналогичным показателем в группе мужчин.

Различия в здоровье мужчин и женщин могли бы прояснить данные о причинах заболеваемости, состоянии отдельных органов и систем. Например, согласно результатам опроса 2016 г. 23 % женщин и 14 % мужчин полагают, что страдают «хронической гипертонической болезнью, повы-

шенным артериальным давлением»; хронические заболевания сердца имелись у 7 % женщин и 5 % мужчин. Сердечно-сосудистые заболевания — самый часто называемый вид хронических заболеваний среди опрошенных. При этом заболеваемость с ВУТ по классу «болезни системы кровообращения» формирует лишь 2,68 сл. нетрудоспособности среди женщин и 2,23 сл. среди мужчин (на 100 работающих, 2016 г.). Правомерно ли из этого сделать вывод о том, что наличие у работающих граждан хронических заболеваний не означает высокий уровень фактической заболеваемости с ВУТ по данным классам? Проверим на примере заболеваний пищеварительной системы. В ходе опроса 18 % женщин и 13 % мужчин сказали, что у них есть хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (2016 г.). Однако в структуре причин заболеваемости с ВУТ болезни системы пищеварения у женщин находятся лишь на шестом месте (1,39 сл. на 100 работающих, 2016 г.) после болезней органов дыхания (13,15 сл. на 100 работающих, 2016 г.), болезней костно-мышечной и соединительной ткани (3,89 сл. на 100 работающих, 2016 г.), болезней системы кровообращения (2,68 сл. на 100 работающих, 2016 г.), травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин (2,26 сл. на 100 работающих, 2016 г.) и болезней мочеполовой системы (2,06 сл. на 100 работающих, 2016 г.). У мужчин заболеваемость с ВУТ по причине болезней системы пищеварения встречается реже, чем болезни органов дыхания (8,39 сл. на 100 работающих, 2016 г.), болезни костно-мышечной и соединительной ткани (3,5 сл. на 100 работающих, 2016 г.), травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (3,02 сл. на 100 работающих, 2016 г.) и болезни системы кровообращения (2,23 сл. на 100 работающих, 2016 г.).

Низкая распространенность хронических заболеваний органов дыхания в выборке сочетается с высоким уровнем заболеваемости с ВУТ по причине болезней органов дыхания. Подобная ситуация объясняется невысокой тяжестью данных заболеваний — значительная доля здесь приходится на острые респираторные инфекции дыхательных путей\*. Как следствие, средняя длительность одного случая нетрудоспособности по

---

\* Например, в самой молодой возрастной группе «20–24 года» заболеваемость с ВУТ по классу «болезни органов дыхания» в 2016 г. составила 18,8 сл. на 100 работающих, в том числе 15 случаев приходилось на острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей. В средневозрастной группе «35–39 лет» заболеваемость с ВУТ по данному классу составила в 2016 г. 9,4 сл. на 100 работающих, в том числе 7 случаев по причине острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей.

причине болезней органов дыхания составила в 2016 г. 8,9 дней у женщин и 8,5 дней у мужчин. Для сравнения, средняя длительность одного случая нетрудоспособности по причине болезней костно-мышечной и соединительной ткани в том же году составила 15,4 дня у женщин и 14,5 дней у мужчин.

### **Заключение**

Проведенный анализ показал, что работающие женщины в современной России в целом оценивают свое здоровье хуже, чем работающие мужчины. Уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности среди женщин также выше. Причем различия сохраняются и при исключении из анализа заболеваемости по классу «беременность, роды и послеродовой период», вносящего дополнительно от 3,5 до 8 случаев временной утраты трудоспособности в расчете на 100 работающих в группах женщин в возрасте от 20 до 39 лет.

Динамический анализ субъективных и объективных показателей здоровья мужчин и женщин за период с 2012 по 2016 г. выявил небольшие улучшения в обеих группах. Так, зафиксирован рост (не превысивший, правда, нескольких процентов) суммарных положительных оценок респондентами своего здоровья. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности сократилась — на 2,5 сл. в расчете на 100 работающих снизилось значение показателя числа случаев нетрудоспособности в группе женщин, на 3,2 сл. — в группе мужчин. Динамика различий в самооценке здоровья мужчин и женщин не носила выраженного характера, в отличие от объективных показателей здоровья — в 2016 г. заболеваемость с ВУТ среди женщин отличалась от заболеваемости среди мужчин сильнее, чем в 2012 г.

Выявлены особенности показателей здоровья в различных возрастных группах. В самой молодой группе («20–24 года») высокие показатели заболеваемости с ВУТ сочетаются с максимально положительным восприятием собственного здоровья. Кроме того, наблюдаются существенные различия в показателях заболеваемости мужчин и женщин при отсутствии статистически достоверных различий в самооценке здоровья. Наименьшие отличия показателей заболеваемости мужчин и женщин наблюдаются в самой старшей возрастной группе («60 лет и старше»).

Проведенный анализ позволяет сформулировать ряд вопросов, ответы на которые следует искать в будущих исследованиях. Во-первых, почему нарастающий за последние пять лет разрыв в объективных показателях здоровья мужчин и женщин не нашел своего отражения в субъективных оценках работающих граждан? Во-вторых, каковы

факторы, влияющие на высокий уровень оценки собственного здоровья в молодых когортах работающих, характеризующихся при этом более высоким уровнем заболеваемости? В-третьих, если верна гипотеза о большей распространенности латентной нетрудоспособности среди женщин (Варламова, Седова 2009), то означает ли это, что фактический разрыв в объективных показателях здоровья мужчин и женщин еще выше, чем обнаруженный? В-четвертых, чем объясняется сближение показателей заболеваемости в старших возрастных когортах мужчин и женщин при сохраняющихся отличиях в самооценке здоровья, если структура заболеваемости одинакова? Ответы на поставленные вопросы следует искать не только в специфике используемых для анализа здоровья показателей, но и в социальных контекстах его формирования и реализации.

### Выражение благодарности

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых — докторов наук (проект МД-281.2017.6).

### Литература

Браун Дж., Панова Л.В., Русинова Н.Л. (2007) Гендерные различия в здоровье. *Социологические исследования*, 6: 114–122.

Варламова С.Н., Седова Н.Н. (2009) Латентная нетрудоспособность — характер, факторы, масштабы. *Социологические исследования*, 5: 51–58.

Гороховская Г.Н., Соколова Е.С., Петина М.М. (2011) Гендерные аспекты ишемической болезни сердца: реальная клиническая практика и перспективы. *CardioСomатика*, 4: 54–60.

Захаров С.В. (ред.) (2017) *Население России 2015: двадцать третий ежегодный демографический доклад*. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ.

Измеров Н.Ф. (2005) Здоровье трудоспособного населения России. *Медицина труда и промышленная экология*, 11: 2–8.

Кислицына О.А. (2015) Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений. *Журнал исследований социальной политики*, 13(2): 289–302.

Корнеева Е.В., Воевода М.И. (2017) Гендерные аспекты метаболических процессов среди молодых пациентов с ожирением. *Уральский медицинский журнал*, 7(151): 75–80.

Ливенцева М.М. (2012) Гендерные особенности сердечно-сосудистых заболеваний. *Медицинские новости*, 9(216): 11–14.

Римашевская Н.М. (ред.) (2007) *Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении*. М.: Агентство «Социальный проект».

Рукавишников В.С., Шаяхметов С.Ф., Панков В.А., Колычева И.В. (2004) Здоровье работающих в горнодобывающей промышленности Сибири и Крайнего севера. *Медицина труда и промышленная экология*, 6: 6–9.

Степанов Е.Г. (2008) Психосоциальные факторы и здоровье работников производственной и непроизводственной сферы. *Медицина труда и промышленная экология*, 5: 7–10.

Alabas O.A., Gale C.P., Hall M., Rutherford M.J., Szummer K., Lawesson S.S., Alfredsson J., Lindahl B., Jernberg T. (2017) Sex differences in treatments, relative survival, and excess mortality following acute myocardial infarction: national cohort study using the SWEDHEART registry. *Journal of the American Heart Association*, 6(12).

Becker J.B., Perry A.N., Westenbroek C. (2012) Sex differences in the neural mechanisms mediating addiction: a new synthesis and hypothesis. *Biology of sex differences*, 3(1): 14.

Bird Ch.E., Rieker P.P. (1999) Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Social Science and Medicine*, 48(6): 745–755.

Case A., Paxson C. (2005) Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*, 2(2): 189–214.

Finkel D., Franz C.E., Christensen K., Reynolds C.A., Pedersen N.L. (2018) Longitudinal twin study of subjective health: differences in genetic and environmental components of variance across age and sex. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, March 24. doi: 10.1093/geronb/gby030.

Nathanson C.A. (1975) Illness and the feminine role: a theoretical review. *Social science and medicine*, 9: 57–62.

Oksuzyan A., Shkolnikova M., Vaupel J., Christensen K., Shkolnikov V. (2014) Sex differences in health and mortality in Moscow and Denmark. *European journal of epidemiology*, 29(4): 243–252.

Rieker P.P., Bird Ch.E. (2005) Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 60(2): 40–47.

Singh-Manoux A., Guéguen A., Ferrie J., Shipley M., Martikainen P., Bonenfant S., Goldberg M., Marmot M. (2008) Gender differences in the association between morbidity and mortality among middle-aged men and women. *American journal of public health*, 98(12): 2251–2257. doi: 10.2105/AJPH.2006.107912

Waldron I. (1998) Sex differences in infant and early childhood mortality: major causes of death and possible biological causes. In: *Too young to die: genes or gender?* N.Y.: United Nations: 64–83.

### Источники

Здоровье работающих: глобальный план действий (2007). *Всемирная организация здравоохранения*. [[http://www.who.int/occupational\\_health/WHO\\_health\\_assembly\\_ru\\_web.pdf?ua=1](http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_ru_web.pdf?ua=1)] (дата обращения: 13.05.2018).



Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (2007). *КонсультантПлюс* [[http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_71673/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_71673/)] (дата обращения: 14.05.2018).

Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (2008). *КонсультантПлюс* [[http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_82134/28c7f9e359e8af09d7244d8033c66928fa27e527/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/28c7f9e359e8af09d7244d8033c66928fa27e527/)] (дата обращения: 10.05.2018).

Послание Президента Федеральному собранию 1 марта 2018 г. Официальный сайт Президента РФ (2018). *Президент России* [<http://kremlin.ru/events/president/news/56957>] (дата обращения: 11.05.2018).

Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE)», проводимый НИУ «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН [<http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> и <http://www.hse.ru/rlms>] (дата обращения: 1.05.2018).

Стратегия национальной безопасности Российской Федерации (2015). *КонсультантПлюс* [[http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_191669/61a97f7ab0f2f3757fe034d11011c763bc2e593f/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191669/61a97f7ab0f2f3757fe034d11011c763bc2e593f/)] (дата обращения: 14.05.2018).

## SEX DIFFERENCES IN HEALTH OF WORKING POPULATION IN RUSSIA

*Natalya Lebedeva-Nesevrya*<sup>ab</sup>

([natnes@fcrisk.ru](mailto:natnes@fcrisk.ru)),

*Mikhail Tsinker*<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Federal Scientific Center for Medical  
and Preventive Health Risk Management Technologies, Perm, Russia

<sup>b</sup>Perm State National Research University, Perm, Russia

**Citation:** Lebedeva-Nesevrya N., Zinker M. (2018) Razlichiya v pokazatelyakh zdorov'ya rabotayushchikh zhenshchin i muzhchin v Rossii [Sex differences in health of working population in Russia]. *The Journal of Sociology and Social Anthropology*, 21(3): 7–25 (in Russian). <https://doi.org/10.31119/jssa.2018.21.3.1>

**Abstract.** The study explored the dynamics (2012–2016) and specifics of health in different age and gender groups of working population in modern Russia. The aim of the



study was to describe the difference between women and men health characterized by two types of indicators — subjective (self-reported health) and objective (annual average number of cases of morbidity with temporary work incapacity per 100 working persons). The authors used the data of Russian Longitudinal Monitoring Survey — Higher School of Economics (RLMS-HSE) and of Russian Federal statistic observation “Morbidity with temporal work incapacity”. The authors show that self-reported health is better in a group of men and morbidity is higher in a group of women. The greatest sex difference in morbidity levels is detected in a group of 20–24 years (women are sick 1.8 times as often as men), the least — in a group of 60 years and older. There is no relationship between gender determined perception of health and age group. The authors demonstrate that morbidity had been progressively decreased from 2012 to 2016. At the same time there was no strong difference in self-reported health in 2012 and 2016. The part of working respondents that named their health as “very good” or “good” changed from 48% (2012) to 50% (2016) in a group of men and from 35% (2012) to 38% (2016) in a group of women. The authors revealed the difference in morbidity structure in groups of men and women as well as the gender difference in number of chronic diseases (based on the survey results).

**Keywords:** health, working population, self-reported health, morbidity with temporary work incapacity, gender difference.

### Acknowledgements

The article was prepared with the financial support of the Grant of the President of the Russian Federation for young Russian scientists (project MD-281.2017.6).

### References

- Alabas O.A., Gale C.P., Hall M., Rutherford M.J., Szummer K., Lawesson S.S., Alfredsson J., Lindahl B., Jernberg T. (2017) Sex differences in treatments, relative survival, and excess mortality following acute myocardial infarction: national cohort study using the SWEDEHEART registry. *Journal of the American Heart Association*, 6(12).
- Becker J.B., Perry A.N., Westenbroek C. (2012) Sex differences in the neural mechanisms mediating addiction: a new synthesis and hypothesis. *Biology of sex differences*, 3(1): 14.
- Bird Ch.E., Rieker P.P. (1999) Gender matters: and integrated model for understanding men's and women's health. *Social Science and Medicine*, 48(6): 745–755.
- Brown J., Panova L.V., Roussinova N.L. (2007) Gendernye razlichiya v zdorovye [Gendered health differences]. *Sotsiologicheskiye issledovaniya* [Sociological studies], 6: 114–122 (in Russian).
- Case A., Paxson C. (2005) Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*, 2(2): 189–214.
- Finkel D., Franz C.E., Christensen K., Reynolds C.A., Pedersen N.L. (2018) Longitudinal twin study of subjective health: differences in genetic and environmental components of variance across age and sex. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, March 24. doi: 10.1093/geronb/gby030.

Gorokhovskaya G.N., Sokolova E.S., Petina M.M. (2011) Gendernye aspekty ishemicheskoy bolezni serdca: realnaya klinicheskaya praktika i perspektivy [Gender aspects of ischemic heart disease: actual clinical practice and perspectives]. *CardioSomatica* [CardioSomatics], 4: 54–60 (in Russian).

Kislitsyna O. (2015) Vliyanie socialno-ekonomicheskikh faktorov na sostoyanie zdorov'ya: rol' absolyutnykh ili otnositelnykh lisheniy [The Influence of Socio-Economic Factors on Health: the role of absolute or relative deprivation], *Zhurnal issledovaniy sotsialnoy politiki* [The journal of social policy studies], 13(2): 289–302 (in Russian).

Korneeva E.V., Voevoda M.I. (2017) Gendernye aspekty metabolicheskikh protsessov sredi molodykh patsientov s ozhireniem [Gender aspects of metabolic processes among young patients with obesity]. *Ural'skiy meditsinskiy zhurnal* [Ural medical journal], 7(151): 75–80 (in Russian).

Liventseva M.M. (2012) Gendernye osobennosti serdechno-sosudistyykh zabolevaniy [Gender features of cardiovascular diseases]. *Meditsinskie novosti* [Medical news], 9(216): 11–14 (in Russian).

Izmerov N.F. (2005) Zdorovye trudospособnogo naseleniya Rossii [Health of able-bodied population in Russia]. *Meditsina truda i promyshlennaia ekologiya* [Occupational medicine and industrial ecology], 11: 2–8 (in Russian).

Nathanson C.A. (1975) Illness and the feminine role: a theoretical review. *Social science and medicine*, 9: 57–62.

Oksuzyan A., Shkolnikova M., Vaupel J., Christensen K., Shkolnikov V. (2014) Sex differences in health and mortality in Moscow and Denmark. *European journal of epidemiology*, 29(4): 243–252.

Pautov I.S. (2016) Analiz vzaimosvyazi mezhdru sotsial'no-sredovymi faktorami lokal'nogo urovnya, pokazatelyami sostoyaniya zdorov'ya i povedeniem v otnoshenii zdorov'ya zhiteley sovremennoy Rossii [The analysis of the connection between factors of social environment on the local level, health indicators and health-related practices among the members of the modern russian society]. *Zdorov'e — osnova chelovecheskogo potentsiala: problemy i puti ikh resheniya* [Health is the basis of human potential: problems and ways to solve them], 11(1): 119–128 (in Russian).

Rieker P.P., Bird Ch.E. (2005) Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 60(2): 40–47.

Rimashevskaya N.M. (ed.) (2007) *Zdorov'e i zdravookhranenie v gendernom izmerenii* [Health and health care in gender dimension]. Moscow: Agency "Social project" (in Russian).

Rukavishnikov V.S., Shayakhmetov S.F., Pankov V.A., Kolytcheva I.V. (2004) Zdorov'e rabotayushchikh v gornodobyvayushchey promyshlennosti Sibiri i Kraynego severa [Health of workers engaged into mining industry in Siberia and Far North]. *Meditsina truda i promyshlennaia ekologiya* [Occupational medicine and industrial ecology], 6: 6–9 (in Russian).

Singh-Manoux A., Guéguen A., Ferrie J., Shipley M., Martikainen P., Bonenfant S., Goldberg M., Marmot M. (2008) Gender differences in the association between morbidity and mortality among middle-aged men and women. *American journal of public health*, 98(12): 2251–2257. doi: 10.2105/AJPH.2006.107912

Stepanov E.G. (2008) Psikhosotsial'nye faktory i zdorov'e rabotnikov proizvodstvennoy i neproizvodstvennoy sfery [Psycho-social factors and health state of production and nonproduction workers]. *Meditsina truda i promyshlennaia ekologiya* [Occupational medicine and industrial ecology], 5: 7–10 (in Russian).

Varlamova S.N., Sedova N.N. (2009) Latentnaya netrudospobnost' — kharakter, faktory, masshtaby [Latent incapacity — character, factors and scope]. *Sotsiologicheskiye issledovaniya* [Sociological studies], 5: 51–58 (in Russian).

Waldron I. (1998) Sex differences in infant and early childhood mortality: major causes of death and possible biological causes. In: *Too young to die: genes or gender?* New York: United Nations: 64–83.

Zakharov S.V. (ed.) (2017) *Naselenie Rossii 2015: dvadczat tretij ezhegodnyj demograficheskij doklad* [Russia population 2015: twenty-third annual demographic report]. Moscow: HSE Publishing House (in Russian).