

Анализ гендерных различий в показателях ожидаемой продолжительности жизни и роль индивидуальных ценностных ориентаций

Shulgin, Sergey; Korotaev, Andrey; Zinkina, Yulia

Preprint / Preprint

Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Shulgin, S., Korotaev, A., & Zinkina, Y. (2021). *Анализ гендерных различий в показателях ожидаемой продолжительности жизни и роль индивидуальных ценностных ориентаций*. Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA), Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3861734>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Коротаев А.В., Шульгин С.Г., Зинькина Ю.В.

**АНАЛИЗ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В ПОКАЗАТЕЛЯХ
ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ
И РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ**

Москва 2020

Аннотация

В данной работе представлены результаты исследования связей между гендерным разрывом в ОПЖ, с одной стороны, и различиями в ценностных установках на здоровый образ жизни между мужчинами и женщинами, с другой. На основании микроданных мы приходим к заключению о том, что ценностные установки на здоровый образ жизни значимо влияют на здоровьесберегательное поведение. Корреляции между ценностью здоровья и различными исследованными нами аспектами здоровьесберегательного поведения оказались в предсказанном направлении: чем выше люди ценят здоровье, тем скорее они будут (1) употреблять в пищу свежие овощи и фрукты, (2) заниматься физкультурой и спортом, (3) обращаться к врачам при заболевании/недомогании; и тем менее они будут склонны (4) курить, (5) употреблять крепкие алкогольные напитки, (6) употреблять различные наркотические вещества. Проведенный нами анализ показал, что в подавляющем большинстве субъектов РФ (а именно в 79 из 83 субъектов) женщины в среднем склонны ценить свое здоровье выше, чем мужчины.

Анализ корреляции между разрывом в ценности здоровья у мужчин и женщин, с одной стороны, и гендерным разрывом в ОПЖ, с другой, показал, что эта корреляция оказывается в теоретически предсказанном направлении – чем выше в данном субъекте РФ разрыв между мужчинами и женщинами в субъективной ценности здоровья, тем выше там гендерный разрыв по ОПЖ. Однако анализ значимости данной корреляции показывает, что она не достигает критического уровня. Данная корреляция оказывается хотя и в предсказанном направлении, но статистически незначимой после введения контролей на ВРП на душу населения, потребление крепкого алкоголя (оцененное через число алкогольных психозов на 100 тыс. населения), число врачей на 10 тыс. населения (total.doctor.p10000c.2013), распространенность табакокурения (оцененную через долю курильщиков), долю людей, ведущих здоровый образ жизни (агрегированная переменная), долю мужчин и долю женщин старше 15 лет, ежедневно потребляющих не менее 400 граммов овощей и фруктов, а также географическую широту центров субъектов Российской Федерации. Вместе с тем, проведенный нами регрессионный анализ показал высокую статистическую значимость следующих предикторов гендерного разрыва в ОПЖ: сильными статистически значимыми положительными предикторами данного гендерного разрыва оказались высокие уровни потребления в соответствующих регионах крепких алкогольных напитков и табакокурения. Таким образом, сокращение потребления крепких алкогольных напитков и табакокурения должно вести к сокращению гендерного разрыва в ОПЖ между мужчинами и женщинами, что, кстати, и наблюдалось в период после 2006 года. С другой стороны, статистически значимым негативным предиктором

является численность врачей на душу населения – чем выше доступность медицинской помощи, тем меньше гендерный разрыв в ОПЖ. Соответственно, увеличение доступности медицинской помощи является еще одним эффективным способом сокращения гендерного разрыва в ОПЖ наряду с мерами по сокращению потребления крепких алкогольных напитков и уменьшению распространенности табакокурения. Увеличение ценности здоровья среди российских мужчин имеет здесь лишь очень ограниченное значение.

Ключевые слова: ОПЖ, ОПЖ мужчин, ОПЖ женщин, гендерный разрыв в ОПЖ, пол, ценностные ориентации, потребление алкоголя, потребление табака, занятия спортом, потребление овощей и фруктов, численность врачей на душу населения.

Международная лаборатория демографии и человеческого капитала ИПЭИ РАНХиГС

А.В. Коротаев, в.н.с., д.и.н., akorotayev@gmail.com

С.Г. Шульгин, Зам. заведующего лабораторией, к.э.н., sergey@shulgin.ru

Ю.В.Зинькина с.н.с., к.и.н., juliazin@list.ru

Теоретическая часть: обзор исследований различий женщин и мужчин в смертности и в ценностных ориентациях

В первой части работы представлен обзор основных теорий, объясняющих различия в ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами, а также роль гендерного фактора в попытке объяснить различия в ценностных ориентациях людей.

1.1 Обзор исследований факторов гендерных различий в смертности

Хотя разница в ожидаемой продолжительности жизни женщин и мужчин значительно различается в разных странах мира, женщины живут дольше мужчин почти в каждой стране.

Исследования тенденций гендерного различия в смертности показали, что в течение первых трех четвертей двадцатого века гендерный разрыв увеличился в большинстве промышленно развитых стран [1, 2, 3]. К примеру, в 1955 году Джефф Н. Моррис показал, что во второй половине XIX века в Соединенном Королевстве (Великобритания) показатели смертности были высокими и увеличивались среди людей среднего возраста [4]. У мужчин смертность была лишь на 10% выше, чем у женщин того же возраста. После этого благодаря улучшениям условий жизни уровень смертности начал падать с 1900 года и продолжал снижаться до 1920-х годов. Начиная с 1920-х годов, показатели смертности все более расходились в зависимости от пола: показатели смертности среди мужчин не изменились, а среди женщин они продолжали снижаться. В 1950-х годах мужчины среднего возраста имели почти вдвое более высокий уровень смертности по сравнению с женщинами того же возраста. Моррис показал, что смертность от всех причин (кроме ишемической болезни сердца и рака дыхательной системы) среди мужчин продолжала снижаться с 1920 по 1950 годы, что позволяет предположить, что увеличение различий в смертности мужчин и женщин населения Великобритании было связано, прежде всего, с началом современной эпидемии коронарной болезни сердца и рака легких, связанной с ростом курения среди мужчин [4]. В США разрыв в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин составлял 1 год в 1920 году и вырос до 7,8 лет к 1975 году [5].

С 1970-х годов различия в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин начинают сокращаться в большинстве развитых стран, хотя время начала сужения этих различий в смертности различалось от страны к стране [6]. Только в Японии разница в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин продолжает

увеличиваться из-за относительно небольших улучшений смертности от болезней кровообращения и увеличения смертности от рака и внешних причин среди мужчин [7]. Что касается развивающихся стран, заслуживает внимания исследование М. Каллена и соавторов, разделивших 182 страны мира на 5 групп в зависимости от их положения в 2010 году в рейтинге Индекса человеческого развития, модифицированного таким образом, чтобы исключить уровень ОПЖ в качестве основной меры, чтобы избежать автокорреляции (наиболее развитая группа 1). Переходя от развитых стран к странам с низким и средним уровнем дохода, Каллен с соавторами выделили три различных модели. В наиболее развитых из них (Группа 2, включая такие страны, как Бразилия, Мексика, Таиланд и Южная Африка), соотношение мужской и женской ОПЖ демонстрировало устойчивый спад в течение периода 1970-2010 гг., напоминающий страны группы 1 в период с 1900 по 1970 г. с предполагаемым «переворотом» этого тренда в 2000 г., напоминающим смену тренда в странах группы 1 примерно 2-3 десятилетия назад. Страны группы 3, напротив, демонстрируют высокое соотношение мужской и женской ОПЖ вплоть до снижения, которое, по-видимому, начинается примерно в 1990-2000 годах; в странах же группы 4 – самых бедных в мире – соотношение мужской и женской ОПЖ, остается высоким в течение всего периода и для некоторых фактически превышает 1,0 (страны Африки к югу от Сахары, данные не представлены) [8].

Женское преимущество в ОПЖ встречается во всем мире, несмотря на различия в условиях жизни, положении женщин и других факторах. Однако это преимущество уменьшилось в последние годы в странах с низким уровнем смертности. Лишь немногие исследователи смотрели на гендерный разрыв в ОПЖ в пожилом возрасте (65 лет) в более длительной исторической перспективе. Одной из таких работ является исследование М. Торслунда и соавторов, в котором были оценены данные по ОПЖ для 17 стран из базы данных Human Mortality Database с 1751 по 2007 год. Поскольку большинство изменений в ОПЖ, происходящих сегодня, обусловлено снижением смертности в старости, гендерное различие в ОПЖ было рассчитано в возрасте 65 лет. Большинство стран с низкой смертностью демонстрируют одинаковую историческую тенденцию – рост и последующее падение преимуществ женщин в ОПЖ в возрасте 65 лет. Исследователями были выделены три этапа, которые прошли все рассмотренные страны, кроме двух (Японии и Испании). После долгой фазы, на протяжении которой женщины имели преимущество в ОПЖ в 65 лет размером менее 1 года, гендерный разрыв значительно увеличился в течение двадцатого века. Увеличение произошло во всех странах, но в разные моменты времени. В некоторых странах, таких как Англия и Франция, преимущество женщин начало расти раньше (1900–1919 гг.); 50 лет спустя это произошло

в Швеции, Норвегии и Нидерландах. Наконец, на третьей фазе последовало более синхронное падение женского преимущества в исследованных странах к концу столетия, за исключением Японии и Испании. Различия в сроках увеличения преимущества для женщин указывают на то, что факторы, специфичные для конкретной страны, могли стать причиной увеличения преимущества для женщин, тогда как факторы, общие для всех стран, могут лежать в основе одновременного падения [9].

При этом давно установлено, что, хотя женщины живут дольше мужчин, уровень заболеваемости (morbidity) у них выше. Мужчины испытывают больше опасных для жизни хронических заболеваний и умирают моложе, тогда как женщины живут дольше, но имеют больше несмертельных острых и хронических состояний и инвалидности, оказывающих заметное отрицательное влияние на качество их жизни в старших возрастах. Так, статистические данные по США в начале 2000-х годов показывали, что три основные причины смерти с поправкой на возраст одинаковы для мужчин и женщин (болезни сердца, рак и инсульт). Однако у мужчин наблюдались более опасные для жизни хронические заболевания в более молодом возрасте, включая ишемическую болезнь сердца, рак, цереброваскулярные заболевания, эмфизему, цирроз печени, заболевание почек и атеросклероз. Напротив, женщины сталкивались с более высоким уровнем хронических расстройств, таких как аутоиммунные заболевания и ревматологические расстройства, а также с менее опасными для жизни заболеваниями, такими как анемия, заболевания щитовидной железы, заболевания желчного пузыря, мигрени, артрит и экзема. Женщины также имеют более острые состояния, такие как инфекции верхних дыхательных путей, гастроэнтерит и другие краткосрочные инфекционные заболевания [10].

Существует значительное число исследований, позволяющих в совокупности с уверенностью утверждать, что в основе данного парадокса лежат как биологические факторы, так и социальные явления и процессы. Однако на настоящий момент в нашем понимании отсутствует достаточно полное и системное объяснение того, как сочетаются и взаимодействуют друг с другом социальные и биологические факторы, создавая эти парадоксальные различия в здоровье и продолжительности жизни мужчин и женщин.

Гендерный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни: биологические факторы и объяснения

Предполагается, что различия в биохимических конституциях, таких как более высокий уровень эстрогена у женщин, способствуют гендерному дисбалансу. Эстроген защищает женщин от сердечно-сосудистых заболеваний до наступления менопаузы [11].

Было показано, что биологические факторы влияют на гендерный разрыв в ОПЖ, особенно в младенческом возрасте [12].

Недавняя литература связывает рискованное поведение с уровнями тестостерона. Было показано, что тестостерон оказывает влияние на широкий спектр социальных форм поведения, включая доминирование и агрессию [13], и было показано, что он оказывает модулирующее влияние на эмоциональные и поведенческие реакции на угрозу [14]. Более высокий уровень тестостерона коррелирует с более низкими оценками серьезности и распространенности угроз для здоровья [15], а также связан с преследованием вознаграждения и игнорированием угрозы [16].

Хотя старение является закономерным явлением для эволюционно далеких видов, было обнаружено, что аспекты процесса старения у мужчин и женщин одного и того же вида различны. Действительно, наблюдения за исследованиями на млекопитающих выявили существование различий в продолжительности жизни и состоянии здоровья между полами, в том числе у людей (то есть с преимуществом у женщин или мужчин). Тем не менее, лежащие в основе механизмы этих половых различий в здоровье и продолжительности жизни остаются недостаточно понятными, и неясно, какие аспекты этого диморфизма обусловлены гормональными различиями (то есть преобладанием эстрогенов по сравнению с андрогенами) или кариотипическими различиями (то есть набор хромосом XX по сравнению с XY). В этом обзоре мы обсуждаем состояние знаний с точки зрения полового диморфизма в различных аспектах старения и возрастных заболеваний человека. В тех случаях, когда взаимосвязь между половыми различиями и возрастными различиями изучена не полностью, мы представляем состояние поля, чтобы выделить важные направления будущих исследований. Мы также обсуждаем различные диетические, лекарственные или генетические вмешательства, которые, как было показано, улучшают продолжительность жизни различным образом для разных полов. Наконец, также кратко обсуждаются новые инструменты и модели, которые можно использовать для расшифровки механизмов, лежащих в основе половых различий при старении [17].

Изучение биологических механизмов, обеспечивающих преимущество женщин в ожидаемой продолжительности жизни, является активной областью исследования; однако до сих пор трудно доказать относительную важность какого-либо одного конкретного фактора. Тем не менее, биологические различия между полами действительно существуют и включают в себя различия в генетических и физиологических факторах, таких как прогрессивное искажение инактивации X-хромосомы, истощение теломер, митохондриальное наследование, гормональные и клеточные ответы на стресс, иммунная

функция и обработка метаболитического субстрата среди других. Эти факторы могут объяснять, по крайней мере, часть преимуществ женщин в продолжительности жизни человека.

Женщины имеют генетическое преимущество при зачатии: хотя половой диморфизм в долголетию наблюдается не у всех видов животных, он имеет тенденцию отдавать предпочтение гомогаметному полу (например, у людей – женщинам, у птиц – мужским особям) по сравнению с гетерогаметным полом (например, у людей – мужчинам, у птиц – женским особям). Инактивация X-хромосомы обычно защищает от двойной дозы экспрессии гена X-хромосомы у женщин; однако, это также защищает женщин от неблагоприятных генов на первой X-хромосоме [18].

Истощение теломер (то есть прогрессирующее уменьшение длины хромосом, которое происходит с клеточным делением / репликацией и повреждением) коррелирует с более короткой продолжительностью жизни некоторых видов животных. У людей у взрослых мужчин теломеры короче, чем у женщин [19].

Митохондрии люди наследуют только от матерей; было высказано предположение, что митохондриальный геном оптимизировался для функционирования с женским геномом посредством естественного отбора, действующего преимущественно на взаимодействия митохондриального и нуклеарного генома у женщин. Такая оптимизация митохондриальной «приспособленности» в женских клетках может обеспечить преимущество в продолжительности жизни, учитывая, что митохондриальная дисфункция вовлечена в старение и заболевания, такие как рак, сердечно-сосудистые и нейродегенеративные заболевания.

Половые гормоны: после зачатия и генетического определения пола основными модуляторами полового развития являются эндогенные половые гормоны - тестостерон и эстроген. Гормональные влияния на женскую биологию в период раннего развития плода и в детстве, а также после полового созревания приводят к благоприятным для женщин отличиям от мужчин в иммунной функции, окислительном стрессе и антиоксидантном статусе, метаболизме липопротеинов, накоплении и метаболизме липидов, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковом (НРА) ответе на стресс, а также способности женских клеток поддерживать целостность перед лицом нескольких стрессов. Комбинация этих факторов может быть компонентом преимущества продолжительности жизни женщины [20].

Гендерный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни: поведенческие факторы и объяснения

Многие ученые-медики утверждают, что поведение в отношении здоровья является одним из наиболее важных факторов, влияющих на здоровье, и что изменение поведения в отношении здоровья является «наиболее эффективным способом» предотвращения болезней [21]. Независимая научная группа, созданная правительством США, которая провела оценку тысяч научных исследований, определила в 1996 году, что половину всех смертей в Соединенных Штатах можно предотвратить с помощью изменений в практике личного здоровья [22].

Использование системы здравоохранения: регулярные медицинские осмотры имеют решающее значение для раннего выявления многих потенциально смертельных заболеваний. Мужчины посещают врачей реже, чем женщины, и они пользуются значительно меньшим количеством медицинских услуг.

Профилактика заболеваний: гендерные различия обнаруживаются для различных скринингов и профилактических обследований. Мужчины реже, чем женщины, проверяют уровень холестерина. Значительно меньше мужчин, чем женщин регулярно проверяют свое кровяное давление, и больше мужчин, чем женщин, никогда вообще не измеряли артериальное давление. Хотя данные, касающиеся скрининга на рак, не совсем последовательны, ряд исследований показывает, что в среднем мужчины обследовались реже, чем женщины. Регулярный скрининг считается критически важным для выявления гипертонии. Будучи основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, гипертония также является контролируемым фактором риска номер один для инсульта. Мужчины в США, по данным исследований, имели более высокий уровень гипертонии, чем женщины, в любом возрасте и этнической группе, примерно до 60 или 70 лет, когда только самые здоровые мужчины остаются живы. В исследовании, охватившем около 10 000 мужчин, британские исследователи обнаружили, что гипертония в раннем взрослом возрасте связана с риском смерти от сердечных заболеваний и инсульта в более позднем возрасте. Раннее выявление и лечение значительно снижают смертность от сердечных заболеваний. Поскольку мужчины с меньшей вероятностью проходят скрининг или регулярно посещают врача, на 20% меньше мужчин, чем женщин, получают лечение от гипертонии, и женщины в 1,5 раза чаще, чем мужчины, держат гипертонию под контролем.

Другие формы профилактического ухода: мужчины реже, чем женщины, используют различные методы профилактики и заботы о своем здоровье. Они реже, чем женщины, ограничивают свою деятельность или остаются в постели как при острых, так и при хронических заболеваниях, и они с меньшей вероятностью будут продолжать заботиться о серьезной проблеме со здоровьем. Меньше мужчин, чем женщин с

гипертонией, пытаются контролировать ее, ограничивая потребление соли, уменьшая вес или занимаясь физическими упражнениями, что способствует более высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин. Мужчины реже, чем женщины, принимают витаминные добавки, хотя у них зачастую менее питательный рацион, чем у женщин, и, следовательно, они потребляют меньше адекватного количества витаминов и минералов. Мужчины потребляют значительно меньше клетчатки, фруктов и овощей, чем женщины.

Жиры и холестерин: ограничение жиров в рационе считается основным средством для улучшения здоровья, снижения веса и предотвращения болезней сердца, инсульта, диабета и рака. Мужчины всех возрастов потребляют больше насыщенного жира и пищевого холестерина, чем женщины, даже если половые различия скорректированы с учетом размера тела. Высокий уровень холестерина связан с болезнями сердца и является причиной 43% всех случаев смерти от болезней сердца. Подсчитано, что снижение холестерина на 1% приводит к снижению риска сердечных заболеваний на 2%. Потребление холестерина у мужчин заметно чаще, чем у женщин, оказывается значительно выше рекомендуемого уровня.

Рискованное поведение: опасное вождение, вождение в нетрезвом виде, отказ от использования ремней безопасности (как при вождении, так и при поездках в качестве пассажира), отказ от использования шлема при поездках на велосипеде, драки, владение оружием и его использование, криминальная деятельность и др. [23].

Гендерный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни: курение как поведенческий фактор

Исследование Дж. МакКартни и соавторов ставило перед собой цель сравнить величину гендерного разрыва в смертности от всех причин в 30 европейских странах и оценить вклад смертей, связанных с курением и алкоголем. Данные о смертности от всех причин, связанных с курением и употреблением алкоголя, для 30 европейских стран были взяты из базы данных Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех» за год, ближайший к 2005 году. Коэффициенты были стандартизированы прямым методом с использованием европейского стандарта населения для всех возрастных групп. Затем была рассчитана доля гендерного разрыва в смертности от всех причин, обусловленная смертностью от курения и алкоголя. Результаты показали, что в Европе наблюдался значительный разброс величины «избытка» мужской смертности от всех причин – от 188 на 100 000 человек в год в Исландии до 942 на 100 000 человек в год в Украине. Смертность, связанная с курением, обуславливала от 40% до 60% гендерного разрыва.

Курение по-прежнему является наиболее важной причиной гендерных различий в смертности в Европе, хотя его важность в качестве объяснения этого различия часто затмевается предположениями о других объяснениях. Изменения в структуре курения по полу предполагают, что гендерный разрыв в смертности уменьшится в ближайшие десятилетия [24].

О роли курения в разрыве продолжительности жизни мужчин и женщин исследователи говорят уже достаточно долго. Так, Т. Вальконен и Ф. ван Поппель в своем исследовании пяти стран Северной Европы пришли к следующим оценкам: вклад курения в межполовые различия в ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 35 лет в период 1970-1989 г. варьировался от 14% в Швеции в период 1985/89 гг. до 72% в Нидерландах в 1970/74 гг. [25]. Оценки для населения США, на которые ссылаются большинство существующих исследований, варьируются от 50% до 62% для 1960-х и 1970-х годов [26] и от 22% до 25% для 1990-х [27].

Исследование населения 44 европейских стран за 55-летний период наблюдений (с 1955 по 2009 год) позволило оценить вклад отдельных компонентов, в том числе воздействия курения и других небιологических факторов, на тенденции и общие масштабы гендерного разрыва в ОПЖ. Во всех 44 европейских странах и периодах наблюдения разница в ожидаемой продолжительности жизни по полу варьировалась от 1,7 года в Македонии в 1955/59 гг. до 13,2 года в России в 2000/04 гг. Оценки воздействия биологических факторов варьируются от 0,5 до 1,6 года и, таким образом, находятся в диапазоне всех существующих количественных оценок воздействия биологических факторов. Соответственно, большая часть разницы в ожидаемой продолжительности жизни по полу должна быть отнесена на счет небιологических факторов, одним из которых является курение. Наименьшее оценочное влияние курения на межполовые различия в ожидаемой продолжительности жизни составляет 0,02 года для Таджикистана в 1955/59 году, а самое высокое – 5,0 лет для России в 1990/94 году [28].

Показательным примером в плане влияния курения на разрыв в ОПЖ мужчин и женщин на постсоветском пространстве является Беларусь. В 1955/59 году женщины здесь жили дольше мужчин на 9,3 года. Межполовой разрыв увеличивался почти непрерывно как минимум до 2009 года. Эта тенденция была лишь временно прервана во второй половине 1980-х годов, когда межполовые различия в ОПЖ сократились до 8,9 лет. В 2005/09 году ОПЖ женщин превысила ОПЖ мужчин на 11,8 года. Биологические факторы играют лишь незначительную роль в возникновении разрыва между полами: их предполагаемый вклад составляет от 1,4 до 1,5 лет. Оценка воздействия курения увеличилась с 0,8 года в 1955/59 году до 4,7 года в 1995/99 году, а затем снизилась до 4,0

года в 2005/09 году. Нерегулярный тренд гендерного разрыва в ОПЖ в Беларуси в основном связан с другими небιологическими факторами. Их предполагаемое воздействие колеблется от 3,3 года в 1985/89 году до 7,1 года в 1955/59 году. В среднем за период 1950-2009 гг. в Беларуси женщины переживали мужчин на 10,1 года. Вклад курения составил 3,9 года, а других небιологических факторов – 3,8 года [28].

Более позднее исследование 31 европейской страны дало более подробные результаты. В 2014 году межполовая разница в ОПЖ при рождении составляла в среднем 7,0 лет в 31 изученной европейской стране, но значительно варьировалась – от 11,2 года в России до 3,0 лет в Исландии. Смертность, связанная с курением, в среднем обуславливала 3,0 года (43,5%) в отношении межполовой разницы в ОПЖ при рождении. Абсолютный вклад смертности от курения был самым высоким в России (5,3 года) и самым низким в Швеции (ноль) и Исландии (-0,1). Относительный вклад смертности от курения составлял 50% или выше в Греции, Болгарии, Хорватии, Венгрии и Украине. В среднем вклад смертности, связанной с курением, в межполовую разницу в ОПЖ при рождении составил 4,6 года (47,5%) в Восточной Европе, 2,0 года (39%) в Южной Европе, 1,3 года (28%) в Западной Европе и 0,4 года. (10%) в Северной Европе [29].

При этом ни межполовая разница в ОПЖ при рождении, ни вклад смертности от курения не были стабильными с течением времени. В 1956 году межполовая разница в ОПЖ при рождении была меньше, чем в 2014 году, в большинстве стран; в то время как вклад смертности от курения был больше, за исключением Франции, Португалии, Испании и Венгрии. Средняя межполовая разница в ОПЖ при рождении составляла 7,8 года в 1985 году и была самой высокой в 1995 году – 9,0 года. Средний относительный вклад связанной с курением смертности в половые различия в ожидаемой продолжительности жизни в 1985 году составил почти 60%, после чего он снизился. Абсолютный вклад смертности, связанной с курением, был в среднем самым высоким примерно в 1995 году – 5,2 года, после чего он снижался параллельно с тенденцией к снижению межполовой разницы в ОПЖ при рождении. Максимальный средний вклад смертности, связанной с курением, варьировался по всей Европе и наблюдался в среднем в Западной Европе в 1975 г. (4,2 года), в Северной Европе в 1981 г. (3,0 года), в Южной Европе в 1985 г. (3,8 года), в Центрально-Восточная Европа в 1990 году (5,2 года), а в бывших советских республиках в 1995 году (7,3 года). Вклад смертности, связанной с курением, оставался стабильным на уровне примерно 3,9 года с 1995 года. В Северной Европе такая стабильная тенденция наблюдалась уже с 1985 года; в то время как в Восточной Европе устойчивая тенденция еще четко не видна. В бывших советских республиках вклад смертности, связанной с курением, был высоким в течение всего

периода исследования (5,7 года в 2014 году); тогда как в Южной и Западной Европе его вклад составлял около 3,2–3,4 года с 1995 года [29].

Гендерный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни: употребление алкоголя как поведенческий фактор

В каждом обществе, где употребление алкоголя женщинами и мужчинами измерялось или обследовалось, мужчины пьют больше, чем женщины, а пьянство у мужчин приводит к большему количеству социальных проблем, чем у женщин. Каждое крупное количественное исследование, сравнивающее употребление или злоупотребление алкоголем в разных обществах и культурах, подтверждает, что мужчины превосходят женщин. В большинстве исследований, посвященных употреблению алкоголя мужчинами и женщинами, изучались общества в Северной Атлантике, однако сообщения о том, что употребление алкоголя в больших количествах и проблемы являются преимущественно моделями поведения мужчин, также поступили из разных регионов Африки, Азии, Океании и Латинской Америки [30].

В большинстве стран Европы мужчины сообщали, что употребляли в два-четыре раза больше алкоголя, чем женщины. Соотношения полов для различных типов напитков варьировались, как и частота употребления алкоголя. Мужчины также сообщали о сильном эпизодическом употреблении алкоголя примерно в три-шесть раз чаще, чем женщины. В Северной Европе это соотношение было несколько меньше, чем в других странах, то есть разница между мужчинами и женщинами в употреблении большого количества алкоголя была меньше. Это имело место во всех возрастных группах. Во всей Европе наименьшее соотношение полов было обнаружено в молодых возрастных группах, то есть в более старших возрастных группах гендерный разрыв в употреблении алкоголя в больших количествах был даже более выраженным, чем в младших возрастных группах. Таким образом, наименьшая разница между тяжелым эпизодическим алкоголизмом среди мужчин и женщин была обнаружена среди молодежи в северных странах [31].

Наборы данных Международной исследовательской группы по гендеру и алкоголю (IRGGA) подтверждают некоторые основные результаты более ранних исследований, сравнивающих поведение мужчин и женщин с алкоголем. Исследование Р. Уилснека и соавторов на этих данных показало, что мужчины пили чаще, чем женщины, а пьющие мужчины употребляли алкоголь чаще, в больших количествах и с более высоким риском неблагоприятных последствий, чем пьющие женщины. Постоянные доказательства этих гендерных различий в обществах, где исторические и культурные изменения сделали алкоголь более доступным для женщин (например, благодаря более широкому участию

женщин в рабочей силе), указывают на то, что любое сближение употребления алкоголя мужчинами и женщинами имело незначительное влияние на модели потребления алкоголя во многих обществах. Сохранение гендерных различий и постоянные закономерности таких различий на всех этапах взрослой жизни дают основание полагать, что гендерные различия в употреблении алкоголя, по крайней мере, частично связаны с биологическими различиями между женщинами и мужчинами [32].

Более позднее исследование Р. Уилснека и соавторов ставило своей целью оценить многонациональные модели потребления алкоголя в зависимости от пола и возраста. В крупных опросах населения в отношении употребления алкоголя у мужчин и женщин ($n > 900$) в 35 странах в 1997–2007 годах использовалась стандартизированная анкета (25 стран) или меры, сопоставимые с показателями стандартизированной анкеты. Были охвачены такие страны, как Аргентина, Австралия, Белиз, Бразилия, Канада, Коста-Рика, Чешская Республика, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Великобритания, Венгрия, Исландия, Индия, Ирландия, остров Человек, Израиль, Италия, Япония, Казахстан, Мексика, Нидерланды, Новая Зеландия, Никарагуа, Нигерия, Норвегия, Перу, Испания, Шри-Ланка, Швеция, Швейцария, Уганда, США и Уругвай. В одной стране (Великобритания) использовались части двух обследований, чтобы обеспечить более полное измерение переменных потребления алкоголя. Данные, полученные от мужчин и женщин в трех возрастных группах (18–34, 35–49, 50–65), показали распространенность пьющих, бывших пьющих и воздержавшихся на всю жизнь; а также распространенность высокочастотного, большого объема и сильного эпизодического пьянства среди нынешних пьющих. В результате анализа были изучены гендерные соотношения показателей распространенности и направление изменений в показателях распространенности среди возрастных групп. Пьянство как таковое и употребление алкоголя в больших количествах были неизменно более распространены среди мужчин, чем среди женщин, но воздержание от алкоголя в течение жизни было неизменно более распространенным среди женщин. Среди респондентов, которые когда-либо были пьющими, женщины во всех возрастных группах неизменно чаще бросали пить, чем мужчины. Среди пьющих распространенность высокочастотного употребления алкоголя была неизменно наибольшей в самой старшей возрастной группе, особенно среди мужчин. Как и ожидалось, мужчины по-прежнему превосходят женщин в пьянстве и употреблении алкоголя в больших объемах, хотя соотношение полов варьируется [33].

Исследование Дж. МакКартни и соавторов ставило перед собой цель сравнить величину гендерного разрыва в смертности от всех причин в 30 европейских странах и оценить вклад смертей, связанных с курением и алкоголем. Данные о смертности от всех

причин, связанных с курением и употреблением алкоголя, для 30 европейских стран были взяты из базы данных Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех» за год, ближайший к 2005 году. Результаты показали, что в Европе наблюдался значительный разброс величины «избытка» мужской смертности от всех причин – от 188 на 100 000 человек в год в Исландии до 942 на 100 000 человек в год в Украине. Смертность, связанная с алкоголем, обычно обуславливала от 20% до 30% гендерного разрыва в Восточной Европе и от 10% до 20% в других странах Европы [34].

Гендерные различия в ожидаемой продолжительности жизни традиционно были значительными в Центральной и Восточной Европе (ЦВЕ), и было выдвинуто предположение, что алкоголь является одним из основных определяющих факторов. Сравнительно недавно исследователи изучили роль алкоголя в гендерных различиях в ОПЖ в восьми странах: Эстонии, Литве, Латвии, Молдове, Польше, Румынии, России и Украине, измерив эту роль в период с 1965 по 2012 год. Для этого гендерные различия в ОПЖ при рождении были разложены на смертность, связанную и не связанную с алкоголем. Были изучены причины смерти, полностью связанные с алкоголем, в течение всего периода, и для периода с 1990 по 2012 год была оценена дополнительная смертность, связанная с алкоголем, на основе обследования Global Burden of Disease. Результаты показали, что в восьми странах ЦВЕ преимущество женщин в ОПЖ по сравнению с мужчинами увеличилось с 7,3 года в среднем в 1965 году до 10,0 года в среднем в 2012 году. Вся связанная с алкоголем смертность обусловила в среднем 1,9 года (интервалы неопределенности: 1,2– 2,5; 18,8%) гендерных различий в ОПЖ в период с 1990 по 2012 год. Ее относительный вклад в большинстве стран увеличивался примерно до 2005 года, а затем уменьшался, что привело к вкладу не менее 15% в 2012 году. Абсолютный вклад алкоголя в гендерный фактор разрыв сильно коррелировал с общими гендерными различиями в ОПЖ, за исключением Польши и Эстонии [35].

Факторы, объясняющие различия в употреблении алкоголя мужчинами и женщинами, привлекали внимание многих исследователей, предлагавших различные гипотезы.

Что касается биологически обусловленных различий, имеется значительное число исследований, показывающих различия в воздействии алкоголя на мужчин и женщин, связанные с гормонами, нейротрансмиттерами и т.д. Так, обзорное исследование 266 научных статей из баз MEDLINE, PubMed, Web of Science, SCOPUS, PsycINFO, CINAHL, проведенное А. Эролом и В. Карпяком, подтверждает наличие различий между мужчинами и женщинами, связанных с употреблением алкоголя и его влиянием на мужчин и женщин. Имеются различия в зависимости от пола в потреблении алкоголя,

связанных с ним поведении и последствиях. Меньшая доля регулярно выпивающих женщин прогрессирует к развитию связанных с алкоголем проблем по сравнению с мужчинами. Однако сильно пьющие женщины имеют больше проблем со здоровьем и психических расстройств, связанных с алкоголем, и психические расстройства по сравнению с мужчинами-пьяницами. Женщины, как правило, становятся зависимыми от алкоголя в более старших возрастах, чем мужчины. Более ранние сообщения о более быстром прогрессировании алкоголизма среди женщин ставятся под сомнение в недавних исследованиях. Женщины раньше стремятся начать лечение и имеют в нем лучшие результаты, чем мужчины. Недавние исследования указывают на то, что различия в потреблении алкоголя и алкогольных расстройствах между мужчинами и женщинами снижаются. По мере того как новые поколения становятся все более гомогенизированными в отношении социальных, экономических и культурных характеристик, гендерный разрыв в паттернах употребления алкоголя становится менее значительным. Это может указывать на уменьшение влияния известных психосоциокультурных факторов на поведение, связанное с алкоголем, и его последствия [36].

В отличие от психосоциокультурных факторов, биологические основы гендер-специфических различий во влиянии алкоголя и связанных с ним проблем проявляются независимо от влияния разных стран и поколений. Хотя большинство рассмотренных исследований было проведено по субъектам европейского происхождения, значительное количество исследований допускает кросс-культурные сравнения. Результаты таких сравнений в целом подтверждают межкультурное сходство связанных с полом различий, что согласуется с интерпретацией этих различий в русле связи с биологическими факторами, а не культурными влияниями. Не претендующий на исчерпывающую полноту перечень этих биологических факторов включает в себя различия в фармакокинетике алкоголя, влиянии алкоголя на мозг, уровни половых гормонов. Обзорное исследование указывает на различия в потреблении, выведении и распределении алкоголя, обуславливающие повышенную концентрацию алкоголя в крови у женщин по сравнению с мужчинами. Исследования специфических для различных полов различий в функции метаболизирующих алкоголь ферментов, играющих важную роль в фармакокинетике алкоголя, привели к противоречивым результатам. Необходимы тщательно разработанные исследования с достаточными размерами выборки, чтобы уточнить эту проблему. Гендер-специфическое влияние алкоголя на мозг может вносить свой вклад в различия в эффекты острого алкогольного опьянения и в расстройства, связанные с алкоголем. Результаты исследований указывают на значительные различия между мужчинами и женщинами,

связанные с употреблением алкоголя, включая нарушение межполушарного коркового взаимодействия у женщин и усиление артериальной перфузии во фронтальных областях у мужчин. Кроме того, потеря объемов мозга, вызванная хроническим злоупотреблением алкоголем, развивается у женщин быстрее, чем у мужчин [36].

Особый интерес представляет влияние алкоголя на уровень гормонов. Половые гормоны влияют на все системы организма прямо или косвенно через влияние на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, внося свой вклад в различия в поведении, в том числе в связанные с алкоголем. Имеющиеся данные подтверждают прямое влияние острого употребления алкоголя на уровень тестостерона у мужчин, что может потенциально способствовать усилению агрессивности (которая, как известно, коррелирует с уровнем тестостерона) у мужчин во время алкогольной интоксикации. И наоборот, хроническое употребление алкоголя и алкоголизм у мужчин связаны со снижением уровня тестостерона и повышением уровня эстрадиола, что может приводить к остеопорозу, сексуальной дисфункции и бесплодию. У женщин как острое, так и хроническое употребление алкоголя связано с увеличением уровня тестостерона и эстрадиола в крови. Эти изменения способствуют поведенческим изменениям во время интоксикации (половому возбуждению), а также прогрессированию к алкоголизму и связанным с ним осложнениям [36, 37].

Представляется разумным предполагать, что биологические факторы, такие как более высокие концентрации алкоголя в крови, которые, как правило, сохраняются в течение более продолжительных периодов времени у женщин по сравнению с мужчинами, могут приводить к различным субъективным ощущениям при потреблении алкоголя и по-разному влиять на поведение женщин, связанное с алкоголем. Также возможно, что чувство алкогольного опьянения при меньшем потреблении алкоголя может послужить препятствующим механизмом для женщин, потребляющих большое количество алкоголя, в сочетании с социально-культурными ограничениями, которые затрагивают женщин больше, чем мужчин. Эти биологические механизмы могут также объяснить, почему женщины более подвержены негативным последствиям алкоголя для здоровья по сравнению с мужчинами. Кроме того, различия между мужчинами и женщинами в кортикальном взаимодействии, артериальной перфузии и скорости потери объемов мозга, вызванной злоупотреблением алкоголем, могут быть среди причин, которые вызывают у женщин больше сопутствующих психических расстройств по сравнению с мужчинами (также во взаимодействии с социокультурными факторами). С другой стороны, половые гормоны не только взаимодействуют с алкоголем, но и влияют

на нейротрансмиттерные системы, которые, в свою очередь, могут влиять на настроение и поведение) [38].

Однако различия в гендерных показателях и соотношениях, наблюдаемые в разных исследованиях и показателях употребления алкоголя, не могут быть легко объяснены одной лишь какой-либо современной биологической теорией или эффектами старения. Кроме того, теории, основанные исключительно на гендерных различиях в метаболизме или воде организма, не объясняют, почему гендерные отношения в частотах употребления алкоголя были такими же большими или большими, чем гендерные отношения в типичных количествах выпиваемого алкоголя, или почему различия между тем, как женщины и мужчины пьют или воздерживаются, по-видимому, увеличиваются при более высоком уровне потребления алкоголя или в более длительные периоды воздержания. Эти данные позволяют предположить, что гендерные различия в употреблении и воздействии алкоголя могут сильно зависеть от социально-культурных факторов.

Гендерные различия в употреблении алкоголя слишком последовательны в направлении для объяснений, основанных исключительно на переменных социальных или культурных влияниях, но слишком различаются по размеру для объяснений, основанных исключительно на биологических влияниях. Синтетическая точка зрения, которая признает как биологическое, так и культурное влияние на питье мужчин и женщин, может приблизиться к объяснению того, почему гендерные различия в употреблении алкоголя столь универсальны и так разнообразны. В качестве стимула для дальнейших исследований Р. Уилснек с соавторами предлагает возможный путь к такому теоретическому синтезу. Этот подход начинается с предположения, что общества используют биологические явления в качестве основы для создания правил социального поведения и отношений. Люди интерпретируют, систематизируют и уточняют то, что они наблюдают в природе, чтобы трансформировать различия в систематические и абсолютные классификации людей и поведения. Таким образом, общества неоднократно дихотомизируют поведение мужчин и женщин на основе предполагаемых внутренне присущих или биологических различий между полами. Уникальные способности женщин рожать и воспитывать детей обычно становятся основой для гораздо более сложных различий в социальных ролях мужчин и женщин. Даже небольшие наблюдаемые биологические различия в том, как мужчины и женщины реагируют на потребление алкоголя, могут обеспечить универсальную основу для культурных разработок, в которых указывается, что мужчины и женщины должны различаться в том, как они употребляют алкоголь и как они ведут себя, когда пьют. Небольшие гендерные различия в чувствительности к алкоголю могут быть использованы для обоснования не только более

низких нормативных ограничений на количество, которое женщины должны потреблять, но также и более строгих ограничений на то, где и когда женщины могут пить. Такая культурная проработка склонна усиливать гендерные различия в поведении, связанном с употреблением алкоголя, но в разной степени и по-разному [39].

Этнографические исследования показывают, что в тех случаях, когда гендерные роли наиболее четко разделены (например где женщины в основном сидят дома, выполняя домашние обязанности, и женщины должны подчиняться и контролироваться своими мужьями, которые свободно передвигаются на публике, выполняя экономические и политические роли, в которых в основном отказано женщинам), оказываются наиболее четко разделенными и паттерны женского и мужского потребления алкоголя. Мужчины могут пить больше, чем женщины, отчасти потому, что употребление алкоголя является демонстрацией мужественности: своим поведением после употребления алкоголя, мужчины могут (или могут быть обязаны) демонстрировать свою выносливость, самоконтроль, готовность рисковать. Употребление алкоголя группами, состоящими только из мужчин, рассматривается в таких случаях как важный способ, благодаря которому мужчины могут избежать контроля со стороны других, игнорировать социальные различия, получать социальную поддержку и устанавливать прочные личные связи друг с другом. На употребление алкоголя женщинами часто накладываются более жесткие социальные ограничения, из-за страха, что пьянство может более негативно повлиять на социальное поведение и обязанности женщин. Часто опасались, что опьянение снижает социальный контроль над сексуальностью женщин; опьяняющее воздействие алкоголя считалось несовместимым с традиционными домашними обязанностями женщин и могло указывать на опасный отказ от социального контроля над семейными отношениями и общественным поведением женщин [40, 41].

Гендерный разрыв в ОПЖ и ценности

Исследование гендерного разрыва в ожидаемой продолжительности жизни, основанное на данных Индекса человеческого развития ООН, показателей мирового развития Всемирного банка и четвертой волны (1999–2004 гг.) Всемирного обследования ценностей (World Values Survey) по 54 странам показало, что такие социально-экономические факторы, как валовой внутренний продукт (ВВП) страны или коэффициент Джини, не являлись предикторами этого разрыва. При этом гендерный разрыв в ОПЖ на уровне стран был больше там, где было выше потребление алкоголя и меньше гендерных различий в уровне удовлетворенности жизнью. Уровень продолжительности жизни мужчин в стране зависел от ВВП, коэффициента Джини,

социальной активности, употребления табака и удовлетворенности жизнью, в то время как показатели продолжительности жизни женщин зависели только от ВВП и потребления алкоголя [42].

Однако ценностные объяснения факторов различия в ОПЖ между мужчинами и женщинами не ограничены лишь данными кросс-национальных обследований ценностей. Представляется, что в эту же категорию целесообразно отнести объяснения, связанные с доминирующими (гегемонистскими) представлениями о мужественности (маскулинности).

Пол является ключевым компонентом в формировании жизни мужчин, и доминирующие идеи мужественности влияют на мужчин через негативное поведение в отношении здоровья. Гегемонистская мужественность должна быть достигнута посредством взаимодействия в определенных социальных условиях и в ответ на динамические отношения между государством и людьми. Маскулинность – это набор конфигураций и практик, которые достигаются в социальных действиях и, следовательно, могут различаться в зависимости от гендерных отношений в конкретном социальном окружении. Большинство мужчин не отражают идеализованные культурой идеалы гегемонистской маскулинности, но именно эти идеалы мотивируют большинство мужчин поддерживать их или стремиться к их достижению. Таким образом, этот культурный идеал или выражение доминирующей мужественности легитимизируется и санкционирует существующую гендерную иерархию в целом [43].

Например, для приобретения власти от мужчин требуется, чтобы они подавляли свои потребности и отказывались признавать свою боль. Другие убеждения и виды поведения, связанные со здоровьем, которые могут быть использованы при демонстрации гегемонистской маскулинности, включают отрицание слабости или уязвимости, эмоциональный и физический контроль, проявление силы и крепости, отказ от любой потребности в помощи, постоянный интерес к сексу, проявление агрессивного поведения и физического доминирования. Эти связанные со здоровьем демонстрации пола и власти представляют собой формы практики власти на микроуровне [44, 45, 46]. Показывая или воплощая гегемонистские идеалы маскулинности в поведении, связанном со здоровьем, мужчины укрепляют твердо устоявшиеся культурные убеждения, что мужчины более могущественны и менее уязвимы, чем женщины, и что самые влиятельные люди среди мужчин – это те, для кого здоровье и безопасность не имеют значения. Растущий объем исследований свидетельствует о том, что мужчины, которые поддерживают доминирующие нормы маскулинности, ведут себя хуже в отношении своего здоровья и

имеют более высокий риск для здоровья, чем их сверстники с менее традиционными убеждениями [47].

Один из способов, с помощью которого мужчины могут демонстрировать культурно-значимые (или доминирующие в данной культуре) формы мужественности – это отрицание уязвимости, принятие рисков, которые могут нанести вред их здоровью, и отказ от тех поведенческих паттернов и убеждений в области здоровья, которое в данной культуре ассоциируются с женщинами [48]. Так, мужчины в Соединенных Штатах страдают более тяжелыми формами хронических заболеваний, имеют более высокий уровень смертности по всем 15 основным причинам смерти и умирают почти на 7 лет моложе женщин. Связанные со здоровьем убеждения и поведение являются важными факторами, способствующими этим различиям. Мужчины в Соединенных Штатах с большей вероятностью, чем женщины, принимают убеждения и поведение, повышающие их риск, и менее склонны к поведению, связанному со здоровьем и долголетием. В попытке объяснить эти различия исследователи предлагают реляционную теорию здоровья мужчин с точки зрения социального конструкционизма. В рамках этой теории предполагается, что связанные со здоровьем убеждения и поведение, как и другие социальные практики, в которые вовлечены женщины и мужчины, являются средством для демонстрации женственности и мужественности. При рассмотрении конструкций мужественности и здоровья в реляционном контексте, эта теория предполагает, что поведение в отношении здоровья используется в повседневных взаимодействиях в социальной структуризации пола и власти. Далее предполагается, что социальные практики, которые подрывают здоровье мужчин, часто являются признаками мужественности и инструментами, которые мужчины используют при переговорах о социальной власти и статусе [49].

В частности, модели и практика употребления алкоголя служат для поддержания и воспроизводства социальных структур, которые его закрепляют. Выходя за локальные контексты социального взаимодействия, динамика, связанная с гегемонистской мужественностью, действует институционально через семью, рабочее место и экономику. Силы социализации в семье рабочего класса были тесно связаны с развитием мужской идентичности, многие из которых были связаны с алкоголем. Мальчиков поощряли или подталкивали к употреблению алкоголя в качестве ритуала перехода в мужчины, служащего для того, чтобы дистанцировать юношей от детей и от вмешивающегося материнского (т. е. женского) влияния. Неспособность применить эти ритуализированные методы вызвала социальные санкции, насмешки и разочарование. Через эти ранние проблемы мужественности отцы и более широкая сеть мужчин, окружающих семью,

настоятельно поощряли молодых мужчин выпитывать и обычно инициировали эти практики в возрасте от пятнадцати до девятнадцати лет. Не случайно эти годы пересекались со вступлением молодого человека в рабочую силу, подчеркивая важную и динамичную связь между семьей и работой в условиях этих разворачивающихся влияний [50].

Подобно нездоровому поведению, доминирующие или идеализированные представления о маскулинности также предоставляют средства для демонстрации гендера. Эти признаки «настоящей» мужественности легко доступны мужчинам, которые в противном случае могли бы иметь ограниченные социальные ресурсы для выстраивания своей мужественности. Многими исследованиями было показано, что среди молодых людей в США такие факторы, как низкий уровень образования, низкий доход семьи и этническая принадлежность к афроамериканцам, связаны с традиционными доминирующими нормами маскулинности [49].

Еще одно объяснение основано на концепции ограниченного выбора, отличающей социологию выбора от экономических моделей теории рационального выбора. Вкратце суть концепции такова: ограничения, влияющие на повседневный выбор и возможности сделать здоровье своим приоритетом, различны для мужчин и женщин. Соответственно, для объяснения гендерных различий в здоровье и ОПЖ необходимо изменить модели детерминант здоровья так, чтобы они учитывали эти ограничения. Так обеспечивается учет преобладающего в общественном здравоохранении понимания неравенства в отношении здоровья, а также роли личного выбора и поведения в отношении здоровья в усилении или уменьшении способности человека прожить долгую и здоровую жизнь. Ограниченный выбор может также повлиять на позитивное и негативное поведение в отношении здоровья и способы преодоления проблем, которые влияют как на психологическое, так и на физическое функционирование. Таким образом, гендерные различия в ограничениях способствуют неравенству в отношении здоровья как прямо, так и косвенно, влияя на выбор как мужчин, так и женщин и их совокупный биологический риск [51].

Гендерный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни: показатели развития как факторы и объяснения

Исследование, проведенное Рамом (1993) по гендерному разрыву в ожидаемой продолжительности жизни, охватывает 83 развивающихся страны за период 1960–1980 гг. Рам рассматривает несколько показателей статуса женщины, в том числе коэффициент рождаемости, коэффициент охвата средним образованием (женщины / мужчины) и

коэффициент участия в рабочей силе (женщины / мужчины), приходя к выводу, что все три показателя являются важными предикторами гендерного разрыва: соотношение образования и рабочей силы увеличивает разрыв, а коэффициент рождаемости сокращает его [52]. В более исследовании Р. Кларк и Б.М. Пек также предположили, что показатели статуса женщин (коэффициент рождаемости, коэффициент начальной школы и коэффициент рабочей силы) существенно повлияют на разницу между мужчинами и женщинами в ожидаемой продолжительности жизни. Кроме того, они учитывали процент мест в парламенте, занимаемых женщинами. В этом исследовании были описаны межнациональные модели и лонгитюдные тренды в гендерном разрыве в ОПЖ в 195 странах в период 1985–2005 годов. Показатели статуса женщин продемонстрировали хорошие результаты, отражая важность моделей гендерных ролей в нескольких измерениях (включая показатели рождаемости и участие женщин в формальном образовании и оплачиваемую работу). Было также обнаружено, что экономический рост и демократизация расширяют разрыв в ОПЖ между мужчинами и женщинами, но эти последствия носят в основном долгосрочный характер. Наконец, модели показывают, что неравенство в доходах увеличивает гендерный разрыв в ОПЖ, в то время как парламентское представительство женщин уменьшает его. Возможно, это является функцией большего воздействия бедности на мужскую смертность – то есть, по мере увеличения неравенства в доходах, большие слои населения проживают в более уязвимых экономических положениях, что непропорционально наносит вред мужчинам [53].

В целом, можно отметить, что, хотя в последние десятилетия корпус научных работ, изучающих гендерный разрыв в ОПЖ и его факторы, предлагающих возможные объяснения этого явления с позиции различных дисциплин, существенно расширился, остается верным наблюдение, сделанное Л. Фербрюгге и Д. Уингардом еще в 1987 году – ни одна строго биомедицинская интерпретация данных о различии ожидаемой продолжительности жизни у мужчин и женщин, равно как и ни одна гипотеза, основанная исключительно на социальных факторах, не способны полностью объяснить данное явление [54]. Природа гендерного разрыва ОПЖ объясняется комплексом разноплановых факторов.

Для выяснения влияния гендерных различий в ценностных установках на разрыв в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин нам необходимо решить следующие задачи:

- 1) установить, в какой степени ценностные установки на здоровый образ жизни влияют на здоровьесберегающее поведение
- 2) установить масштаб разрыва в ценностных установках на здоровый образ жизни между мужчинами и женщинами для разных субъектов Российской Федерации
- 3) выяснить, в какой степени гендерные различия в ценностных установках в разных субъектах Российской Федерации объясняют разрыв в ОПЖ между мужчинами и женщинами в этих субъектах.

1.1.1 Ценностные установки на здоровый образ жизни и их влияние на здоровьесберегающее поведение

Для оценки влияния ценностей здоровья на различные аспекты здоровьесберегающего поведения были проведены множественные регрессии с использованием МНК и логистических моделей, где в качестве зависимых переменных выступали те или иные характеристики актуального здоровьесберегающего поведения, а в качестве основной независимой переменной выступала оценка ценности собственного здоровья. Для этого использовались ответы на вопрос 18.4 «Оцените, пожалуйста, по пятибалльной шкале, насколько важно для Вас крепкое здоровье как жизненная цель».

Для операционализации здоровьесберегающего поведения были использованы следующие вопросы анкеты:

«23. Какие основные продукты чаще всего входят в Ваш рацион питания? – 5. Свежие овощи и фрукты» (в этом вопросе положительный ответ кодировался как 1, отрицательный как 0, что означает, что положительное значение коэффициента в регрессионной таблице будет означать, что чем больше человек ценит свое здоровье, тем больше он потребляет овощей и фруктов).

«42. Занимаетесь ли Вы физкультурой или спортом в свободное время?» (в этом вопросе положительный ответ кодировался как 1, отрицательный как 0, что означает, что положительное значение коэффициента в регрессионной таблице будет означать, что чем больше человек ценит свое здоровье, тем больше он занимается физкультурой и спортом).

«13. В случае недомогания (болезни) каким образом Вы лечитесь?» (в этом вопросе ответ «обращаюсь к врачам» кодировался как 0, все остальные ответы кодировались как 1, что означает, что положительное значение коэффициента в регрессионной таблице будет означать, что чем больше человек ценит свое здоровье, тем больше он склонен обращаться к врачам в случае болезни).

«53. Курите ли Вы в настоящее время?» (в этом вопросе отрицательный ответ «нет, совсем не курю» кодировался как 0, все остальные ответы кодировались как 1, что означает, что отрицательное значение коэффициента в регрессионной таблице будет означать, что чем больше человек ценит свое здоровье, тем меньше он курит).

«61. Сколько раз за последние 30 дней Вы употребляли какие-нибудь из ниже перечисленных напитков? 3. Крепкие напитки: водка, коньяк, виски, ликер и т.д. (включая содержащие алкоголь коктейли)» (в этом вопросе ответ «0 раз» кодировался как 0, все остальные ответы кодировались как 1, что означает, что отрицательное значение коэффициента в регрессионной таблице будет означать, что чем больше человек ценит свое здоровье, тем меньше он употребляет крепких алкогольных напитков).

«65. Сколько раз в жизни (если такое случалось) Вы употребляли какое-либо из перечисленных веществ?» (в этом вопросе ответ «0 раз» на все перечисленные группы веществ кодировался как 0, все остальные варианты ответов, отличные от нуля хотя бы для одной группы веществ, кодировались как 1, что означает, что отрицательное значение коэффициента в регрессионной таблице будет означать, что чем больше человек ценит свое здоровье, тем меньше он употребляет наркотических веществ).

В качестве контрольных использовались следующие переменные: тип населенного пункта, возраст, уровень образования и вид занятости.

Проведенный регрессионный анализ дал следующие результаты – см. Табл. 4.16-4.21.

В моделях, построенных с использованием микроданных мы также приводим МНК (OLS) оценки коэффициентов модели и оценки коэффициентов логистической (*logistic*) модели. МНК оценки получены помощью модели множественной линейной регрессии (см. таблицы 4.16 столбец и).

Для МНК модели спецификация уравнения приведена ниже

$$\text{Вопрос.23.5} = b_0 + b_1 \text{«Место жительства: город»} + b_2 \text{«Населенный пункт: центр региона»} + b_3 \text{«Возраст»} + b_4 \text{«Пол: женский»} + [b_5:b12] 'x[\text{«Образование 1:8»}] + [b13:b18] 'x[\text{«Занятость 2:7»}] + b19 \text{«Вопрос_18_4»} + e$$

$$\text{Value} = \beta_0 + \beta_1 \text{age} + \beta_2 \text{cohort} + \beta_3 \text{education} + \beta_4 \text{sex} + \beta_5 \text{income} + \sum_{m=2}^8 \gamma_m D_m + \sum_{l=2}^8 \delta_l D_l + \sum_{cw=2}^{45} \mu_{cw} D_{cw} + e$$

(1)

Где зависимая переменная «Вопрос.23.5» – это ответ респондента относительно его потребления овощей и фруктов (0: Нет, 1: Да).

«Место жительства: город» – это дамми переменная, описывающая, что местом жительства является город (1), 0 – если респондент живет в сельском поселении.

«Населённый пункт: центр региона» – это дамми переменная, описывающая, если населенный пункт, в котором живет респондент является центром региона (столицей региона), 0 в противном случае.

«Возраст» – это целочисленная переменная, описывающая возраст респондента (полных лет, на момент опроса)

«Пол:женский» – это дамми переменная, описывающая пол респондента (1 для женщин и 0 для мужчин)

«Образование X» – это дамми переменная, описывающая соответствующий уровень образования респондента (принимает значение 1 для данного уровня)

«Занятость X» – это дамми переменная, описывающая соответствующий статус респондента на рынке труда (принимает значение 1 для определенной формы занятости)

«Вопрос_18_4» – это ответ респондента на вопрос 18.4 относительно важности ценностей крепкого здоровья по шкале от 1 до 5.

В логистической и порядковой логистической модели полученные оценки ответов на «Вопрос.23.5» – это вероятность выбора соответствующего ответа респондентом.

Таблица 1.1 - Модели влияния ценности собственного здоровья на потребление овощей и фруктов

	<i>Зависимая переменная:</i>	
	Вопрос.23.5 (фрукты и овощи)	
	<i>МНК</i> (1)	<i>логистическая</i> (2)
Населенный пункт: городской	0.007	0.043
Населенный пункт: центр региона	-0.013 ^{***}	-0.091 [*]
Возраст	-0.0001 ^{***}	-0.001
Пол:женский	0.089	0.577 ^{***}
Образование 1. Начальное общее (начальное)	-0.023 ^{***}	-0.121
Образование 2. Основное общее (неполное среднее)	0.014	0.093
Образование 3. Среднее (полное) общее	0.039	0.246
Образование 4. Начальное профессиональное	0.020	0.137
Образование 5. Среднее профессиональное (среднее специальное)	0.060	0.377
Образование 6. Неполное высшее профессиональное (незаконченное высшее)	0.076	0.493
Образование 7. Высшее профессиональное (высшее)	0.094	0.631 [*]
Образование 8. Послевузовское профессиональное	0.196	1.668 ^{***}
Занятость 2: Занимаюсь предпринимательской деятельностью	-0.017 ^{***}	-0.125
Занятость 3: Безработный/ая, ищу работу	-0.086 ^{***}	-0.465 ^{***}
Занятость 4: Занимаюсь домашним хозяйством	-0.006 ^{***}	-0.036
Занятость 5: На пенсии	-0.007 ^{***}	-0.056
Занятость 6: Студент, учащийся	0.028	0.174
Занятость 7: Другое	-0.023 ^{***}	-0.149
Вопрос_18_4: Насколько важно для Вас крепкое здоровье как жизненная цель?	0.090	0.514 ^{***}
Константа	0.296	-1.491 ^{***}
Observations	15,829	15,829
R ²	0.046	
Adjusted R ²	0.045	
Log Likelihood		-7,457.055
Akaike Inf. Crit.		14,954.110
Residual Std. Error	0.387 (df = 15809)	
F Statistic	39.894 ^{***} (df = 19; 15809)	
<i>Примечания:</i>	[*] p<0.1; ^{**} p<0.05; ^{***} p<0.01	
<i>для занятости базовый уровень (1: Работаю по найму).</i>		

Таблица 1.2 - Модели влияния ценности собственного здоровья на занятие спортом

	<i>Зависимая переменная:</i>	
	Вопрос.42 (Спорт)	
	<i>МНК</i> (1)	<i>логистическая</i> (2)
Населенный пункт: городской	0.024	0.141***
Населенный пункт: центр региона	0.031	0.156***
Возраст	-0.006***	-0.035***
Пол:женский	-0.057***	-0.366***
Образование 1. Начальное общее (начальное)	0.020	0.755
Образование 2. Основное общее (неполное среднее)	-0.003***	1.053
Образование 3. Среднее (полное) общее	-0.010***	1.167
Образование 4. Начальное профессиональное	-0.015***	1.139
Образование 5. Среднее профессиональное (среднее специальное)	0.018	1.394
Образование 6. Неполное высшее профессиональное (незаконченное высшее)	0.114	1.780*
Образование 7. Высшее профессиональное (высшее)	0.136	2.003*
Образование 8. Послевузовское профессиональное	0.211	2.353**
Занятость 2: Занимаюсь предпринимательской деятельностью	0.039	0.179*
Занятость 3: Безработный/ая, ищу работу	-0.034***	-0.163*
Занятость 4: Занимаюсь домашним хозяйством	-0.063***	-0.335***
Занятость 5: На пенсии	-0.004***	-0.174**
Занятость 6: Студент, учащийся	0.219	0.925***
Занятость 7: Другое	-0.050***	-0.257*
Вопрос_18_4: Насколько важно для Вас крепкое здоровье как жизненная цель?	0.051	0.346***
Константа	0.239	-2.623**
Observations	15,798	15,798
R ²	0.144	
Adjusted R ²	0.143	
Log Likelihood		-7,590.926
Akaike Inf. Crit.		15,221.850
Residual Std. Error	0.398 (df = 15778)	
F Statistic	139.836*** (df = 19; 15778)	
<i>Примечания:</i>	*p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01	

Таблица 1.3 - Модели влияния ценности собственного здоровья на посещение врача как основного способа лечения

	<i>Зависимая переменная:</i>	
	Вопрос.13.1 (Лечатся у врача)	
	<i>МНК</i> (1)	<i>логистическая</i> (2)
Населенный пункт: городской	0.003	0.012
Населенный пункт: центр региона	0.023**	0.099**
Возраст	0.001***	0.004***
Пол:женский	0.064***	0.275***
Образование 1. Начальное общее (начальное)	0.067	0.292
Образование 2. Основное общее (неполное среднее)	0.049	0.218
Образование 3. Среднее (полное) общее	0.056	0.251
Образование 4. Начальное профессиональное	0.093	0.410
Образование 5. Среднее профессиональное (среднее специальное)	0.085	0.373
Образование 6. Неполное высшее профессиональное (незаконченное высшее)	0.046	0.212
Образование 7. Высшее профессиональное (высшее)	0.154**	0.675**
Образование 8. Послевузовское профессиональное	0.338***	1.721***
Занятость 2: Занимаюсь предпринимательской деятельностью	-0.036*	-0.149*
Занятость 3: Безработный/ая, ищу работу	-0.080***	-0.321***
Занятость 4: Занимаюсь домашним хозяйством	-0.054***	-0.224***
Занятость 5: На пенсии	0.069***	0.306***
Занятость 6: Студент, учащийся	0.146***	0.630***
Занятость 7: Другое	0.035	0.154
Вопрос_18_4: Насколько важно для Вас крепкое здоровье как жизненная цель?	0.073***	0.312***
Константа	0.069	-1.867***
Observations	15,829	15,829
R ²	0.035	
Adjusted R ²	0.034	
Log Likelihood		-10,275.670
Akaike Inf. Crit.		20,591.340
Residual Std. Error	0.478 (df = 15809)	
F Statistic	30.034*** (df = 19; 15809)	
<i>Примечания:</i>	* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01	

Таблица 1.4 - Модели влияния ценности собственного здоровья на курение

	<i>Зависимая переменная:</i>	
	Вопрос.53 (курение)	
	<i>МНК</i> (1)	<i>логистическая</i> (2)
Населенный пункт: городской	0.023***	0.144***
Населенный пункт: центр региона	0.032***	0.200***
Возраст	-0.005***	-0.029***
Пол:женский	-0.317***	-1.729***
Образование 1. Начальное общее (начальное)	0.018	0.384
Образование 2. Основное общее (неполное среднее)	0.064	1.009
Образование 3. Среднее (полное) общее	0.062	0.997
Образование 4. Начальное профессиональное	0.086	1.115*
Образование 5. Среднее профессиональное (среднее специальное)	0.017	0.746
Образование 6. Неполное высшее профессиональное (незаконченное высшее)	0.033	0.751
Образование 7. Высшее профессиональное (высшее)	-0.082	0.149
Образование 8. Послевузовское профессиональное	-0.060	0.323
Занятость 2: Занимаюсь предпринимательской деятельностью	-0.041**	-0.235**
Занятость 3: Безработный/ая, ищу работу	0.053***	0.211**
Занятость 4: Занимаюсь домашним хозяйством	-0.032**	-0.062
Занятость 5: На пенсии	-0.065***	-0.485***
Занятость 6: Студент, учащийся	-0.328***	-1.892***
Занятость 7: Другое	-0.024	-0.071
Вопрос_18_4: Насколько важно для Вас крепкое здоровье как жизненная цель?	-0.065***	-0.377***
Константа	1.006***	2.394***
Observations	15,788	15,788
R ²	0.232	
Adjusted R ²	0.231	
Log Likelihood		-7,456.959
Akaike Inf. Crit.		14,953.920
Residual Std. Error	0.395 (df = 15768)	
F Statistic	250.407*** (df = 19; 15768)	
<i>Примечания:</i>	* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01	

Таблица 1.5 - Модели влияния ценности собственного здоровья на потребление крепкого алкоголя

	<i>Зависимая переменная:</i>	
	Вопрос.61.3 (алкоголь)	
	<i>МНК</i> (1)	<i>логистическая</i> (2)
Населенный пункт: городской	-0.007	-0.041
Населенный пункт: центр региона	0.023***	0.129***
Возраст	0.001***	0.006***
Пол:женский	-0.253***	-1.291***
Образование 1. Начальное общее (начальное)	0.067	0.969
Образование 2. Основное общее (неполное среднее)	0.123*	1.465**
Образование 3. Среднее (полное) общее	0.134**	1.533**
Образование 4. Начальное профессиональное	0.164**	1.690**
Образование 5. Среднее профессиональное (среднее специальное)	0.154**	1.654**
Образование 6. Неполное высшее профессиональное (незаконченное высшее)	0.162**	1.692**
Образование 7. Высшее профессиональное (высшее)	0.137**	1.579**
Образование 8. Послевузовское профессиональное	0.050	1.083
Занятость 2: Занимаюсь предпринимательской деятельностью	0.003	-0.015
Занятость 3: Безработный/ая, ищу работу	0.023	0.095
Занятость 4: Занимаюсь домашним хозяйством	-0.081***	-0.439***
Занятость 5: На пенсии	-0.143***	-0.793***
Занятость 6: Студент, учащийся	-0.228***	-1.545***
Занятость 7: Другое	-0.092***	-0.479***
Вопрос_18_4: Насколько важно для Вас крепкое здоровье как жизненная цель?	-0.052***	-0.276***
Константа	0.543***	-0.543
Observations	15,829	15,829
R ²	0.131	
Adjusted R ²	0.130	
Log Likelihood		-8,316.296
Akaike Inf. Crit.		16,672.590
Residual Std. Error	0.419 (df = 15809)	
F Statistic	125.303*** (df = 19; 15809)	

Примечания:

* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

Таблица 1.6 - Модели влияния ценности собственного здоровья на потребление наркотиков

	<i>Зависимая переменная:</i>	
	Вопрос.65 (наркотики)	
	<i>МНК</i> (1)	<i>логистическая</i> (2)
Населенный пункт: городской	-0.0002	-0.031
Населенный пункт: центр региона	0.008 ^{***}	0.796 ^{***}
Возраст	-0.0001 [*]	-0.013 [*]
Пол:женский	-0.009 ^{***}	-0.965 ^{***}
Образование 1. Начальное общее (начальное)	0.003	11.573
Образование 2. Основное общее (неполное среднее)	-0.001	11.175
Образование 3. Среднее (полное) общее	0.005	11.701
Образование 4. Начальное профессиональное	0.002	11.521
Образование 5. Среднее профессиональное (среднее специальное)	-0.001	11.169
Образование 6. Неполное высшее профессиональное (незаконченное высшее)	0.0003	11.269
Образование 7. Высшее профессиональное (высшее)	-0.003	11.006
Образование 8. Послевузовское профессиональное	-0.016	-2.109
Занятость 2: Занимаюсь предпринимательской деятельностью	-0.001	-0.162
Занятость 3: Безработный/ая, ищу работу	0.012 ^{***}	0.526 ^{**}
Занятость 4: Занимаюсь домашним хозяйством	-0.003	-0.166
Занятость 5: На пенсии	-0.006 ^{**}	-1.633 ^{***}
Занятость 6: Студент, учащийся	-0.007 [*]	-0.613
Занятость 7: Другое	-0.001	0.037
Вопрос_18_4: Насколько важно для Вас крепкое здоровье как жизненная цель?	-0.010 ^{***}	-0.666 ^{***}
Константа	0.067 ^{***}	-12.080
Observations	15,829	15,829
R ²	0.013	
Adjusted R ²	0.012	
Log Likelihood		-733.141
Akaike Inf. Crit.		1,506.283
Residual Std. Error	0.095 (df = 15809)	
F Statistic	11.138 ^{***} (df = 19; 15809)	
<i>Примечания:</i>	* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01	

Как мы видим, все корреляции между ценностью здоровья и различными исследованными нами аспектами здоровьесберегательного поведения оказались в предсказанном направлении: чем выше люди ценят здоровье, тем скорее они будут (1) употреблять в пищу свежие овощи и фрукты, (2) заниматься физкультурой и спортом, (3) обращаться к врачам при заболевании/недомогании; и тем менее они будут склонны (4) курить, (5) употреблять крепкие алкогольные напитки, (6) употреблять различные наркотические вещества. Отметим, вместе с тем, что связь между ценностями здоровья, с одной стороны, и потреблением свежих овощей и фруктов, а также занятиями физкультурой и спортом, с другой, проявляется хотя и в предсказанном направлении, но оказывается незначимой статистически при использовании МНК-модели, но при этом значимой при использовании логистической модели. Вместе с тем, связь между ценностью здоровья и обращением к врачам при заболевании/недомогании, а также воздержанием от курения, употребления крепких алкогольных напитков и наркотических веществ не просто проявляется в предсказанном направлении, но и является безусловно статистически значимой при использовании как МНК-модели, так и логистической модели.

Таким образом, ценностная установка на важность крепкого здоровья действительно оказывает значимое влияние на здоровьесберегающее поведение.

Таким образом, различия в ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами могут действительно объясняться тем, что для женщин ценность крепкого здоровья имеет значимо более высокое значение, чем для мужчин.

Постараемся теперь установить масштаб разрыва в ценностных установках между мужчинами и женщинами и его влияние на здоровый образ жизни для Российской Федерации в целом и для разных субъектов РФ.

1.1.2 Влияние различий в ценностных установках между мужчинами и женщинами на гендерный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни для разных субъектов Российской Федерации

Масштабы различия в ценности собственного здоровья между мужчинами и женщинами для разных субъектов Российской Федерации и страны в целом были количественно оценены нами в разделе 4.1. Постараемся теперь выяснить, в какой степени это различие может объяснять разрыв в ОПЖ между женщинами и мужчинами в соответствующих субъектах РФ.

В таблице 4.24 «Региональные модели оценки разрыва в ОПЖ мужчин и женщин» приведены МНК оценки моделей, в которых в качестве зависимой переменной выступают региональные различия в уровне ОПЖ между мужчинами и женщинами в 2013 году, а в качестве независимых переменных – различия в ценностях здоровья (ggap_Вопрос_18_4), ВРП на душу населения (GDP.PC.2013), число алкогольных психозов на 100 тыс. населения (alco.psych.2014.p100000c), число врачей на 10 тыс. населения (total.doctor.p10000c.2013).

Таблица 1.7 - Региональные модели оценки разрыва в ОПЖ мужчин и женщин

	<i>Dependent variable:</i>			
	IE.diff.2013			
	(1)	(2)	(3)	(4)
ggap_Вопрос_18_4	1.463	1.262	1.631	1.684
GDP.PC.2013		<0.0001	>-0.0001	>-0.0001
alco.psych.2014.p100000c			0.021***	0.021***
total.doctor.p10000c.2013				-0.021
Constant	11.068***	11.044***	9.940***	10.886***
Observations	83	83	83	83
R ²	0.008	0.010	0.228	0.244
Adjusted R ²	-0.004	-0.014	0.199	0.205
Residual Std. Error	1.599 (df = 81)	1.607 (df = 80)	1.428 (df = 79)	1.423 (df = 78)
F Statistic	0.684 (df = 1; 81)	0.414 (df = 2; 80)	7.774*** (df = 3; 79)	6.294*** (df = 4; 78)

Note: * p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

Как мы видим, для субъектов РФ (по состоянию на 2013 год) разрыв в ценностях здоровья между мужчинами и женщинами коррелирует с гендерным разрывом в ОПЖ в теоретически предсказанном направлении (чем выше в данном субъекте РФ разрыв между мужчинами и женщинами в субъективной ценности здоровья, тем выше там гендерный разрыв по ОПЖ), но эта корреляция не является статистически значимой. Отметим, что в рассмотренных выше моделях единственным статистически значимым фактором оказывается потребление крепкого алкоголя, оцененное через число алкогольных психозов на 100 тыс. населения.

В таблице 4.25 приведены МНК оценки моделей, в которых в качестве зависимой переменной выступают региональные различия в уровне ОПЖ между мужчинами и женщинами в 2013, а в качестве независимых переменных – различия в ценностях здоровья (ggap_Вопрос_18_4), ВВП на душу населения (GDP.PC.2013), число алкогольных психозов на 100 тыс. населения (alco.psych.2014.p100000c), число врачей на 10 тыс. населения (total.doctor.p10000c.2013), оценки доли курильщиков (smokers.2018 - по данным Выборочного наблюдения поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения, Росстат 2018), доля людей, ведущих здоровый образ жизни (зож.2018.share – в этой переменной агрегируется: Отсутствие курения, потребление соли не более 5 гр. NaCl сутки, потребление овощей и фруктов ежедневно не менее 400 гр., умеренная и высокая физическая активность (не менее 150 мин. умеренной или 75 мин. интенсивной физической нагрузки в неделю), потребление алкоголя не более 168 грамм чистого этанола в неделю для мужчин и не более 84 грамм для женщин; по данным Выборочного наблюдения поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения, Росстат 2018). Среди независимых переменных также учитывается доля мужчин (VF.DIET.2019.male) и доля женщин (VF.DIET.2019.female) в возрасте от 15 лет, ежедневно потребляющих не менее 400 граммов овощей и фруктов. Учитывается также широта Geo.N и долгота (Geo.E) центров субъектов Российской Федерации.

Таблица 1.8 - Региональные модели оценки разрыва в ОПЖ мужчин и женщин

	<i>Dependent variable:</i>			
	LE.diff.2013			
	(1)	(2)	(3)	(4)
ggap_Вопрос_18_4	1.338	1.351	1.590	0.074
GDP.PC.2013	>-0.0001	>-0.0001	>-0.0001	>-0.0001
alco.psych.2014.p100000c	0.014***	0.014***	0.013**	0.014***
total.doctor.p10000c.2013	-0.029*	-0.033**	-0.033**	-0.020
smokers.2019	0.090***	0.079**	0.075**	0.132***
зож.2019.share		-0.024	0.042	0.053
VF.DIET.2019.male			-0.042	-0.041
VF.DIET.2019.female			0.0002	-0.009
Geo.N				-0.006
Geo.E				-0.018***
Constant	9.494***	10.249***	10.587***	10.192***
Observations	83	83	83	83
R ²	0.314	0.322	0.349	0.428
Adjusted R ²	0.269	0.269	0.278	0.348
Residual Std. Error	1.364 (df = 77)	1.365 (df = 76)	1.355 (df = 74)	1.288 (df = 72)

F Statistic	7.045 ^{***} (df = 5; 77)	6.017 ^{***} (df = 6; 76)	4.955 ^{***} (df = 8; 74)	5.381 ^{***} (df = 10; 72)
-------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Note: * p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

Как мы видим, и в этих моделях для субъектов РФ (по состоянию на 2013 год) разрыв в ценностях здоровья между мужчинами и женщинами коррелирует с гендерным разрывом в ОПЖ в теоретически предсказанном направлении (чем выше в данном субъекте РФ разрыв между мужчинами и женщинами в субъективной ценности здоровья, тем выше там гендерный разрыв по ОПЖ), но эта корреляция и здесь не является статистически значимой. С другой стороны, значимыми предикторами гендерного разрыва в ОПЖ в субъектах РФ оказываются высокий уровень потребления крепкого алкоголя, измеряемый через число алкогольных психозов на 100 тыс. населения, а также доля курильщиков в населении и географическая долгота. Число врачей на 10 тыс. населения также действует в теоретически предсказанном направлении – чем больше в субъекте РФ врачей на душу населения, тем меньше гендерный разрыв в ОПЖ.

В таблице 4.26 результаты МНК оценки моделей, описывающих уровень ОПЖ для мужчин и женщин в 2013.

Таблица 1.9 - Региональные модели уровня ОПЖ мужчин и женщин

	<i>Dependent variable:</i>	
	LE2013.M.T	LE2013.F.T
	(1)	(2)
GDP.PC.2013	<0.0001 ^{***}	<0.0001 ^{***}
alco.psych.2014.p100000c	-0.026 ^{***}	-0.012 ^{**}
total.doctor.p10000c.2013	0.057 ^{**}	0.037 ^{**}
smokers.2019	-0.222 ^{***}	-0.089 ^{**}
зож.2019.share	0.011	0.064
VF.DIET.2019.male	-0.008	-0.049
VF.DIET.2019.female	0.049	0.040
Geo.N	-0.060	-0.065 [*]
Constant	71.161 ^{***}	81.353 ^{***}
Observations	83	83
R ²	0.692	0.687
Adjusted R ²	0.649	0.643
Residual Std. Error (df = 72)	1.770	1.271
F Statistic (df = 10; 72)	16.166 ^{***}	15.791 ^{***}

Note: * p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

Таблица 4.26 помогает объяснить, почему гендерный разрыв в ОПЖ значимо положительно коррелирует с потреблением крепкого алкоголя и высокой долей курильщиков в населении, но значимо отрицательно коррелирует с числом врачей на душу населения. Дело в том, что потребление крепкого алкоголя и курение в значимо большей степени отрицательно сказываются на ОПЖ мужчин, а рост числа врачей на душу населения в большей степени положительно сказывается на ОПЖ мужчин.

Подводя итоги, на основании микроданных мы приходим к заключению о том, что ценностные установки на здоровый образ жизни значимо влияют на здоровьесберегательное поведение. Корреляции между ценностью здоровья и различными исследованными нами аспектами здоровьесберегательного поведения оказались в предсказанном направлении: чем выше люди ценят здоровье, тем скорее они будут (1) употреблять в пищу свежие овощи и фрукты, (2) заниматься физкультурой и спортом, (3) обращаться к врачам при заболевании/недомогании; и тем менее они будут склонны (4) курить, (5) употреблять крепкие алкогольные напитки, (6) употреблять различные наркотические вещества. Прделанный нами анализ показал, что в подавляющем большинстве субъектов РФ (а именно в 79 из 83 субъектов) женщины в среднем склонны ценить свое здоровье выше, чем мужчины.

Анализ корреляции между разрывом в ценности здоровья у мужчин и женщин, с одной стороны, и гендерным разрывом в ОПЖ, с другой, показал, что эта корреляция оказывается в теоретически предсказанном направлении – чем выше в данном субъекте РФ разрыв между мужчинами и женщинами в субъективной ценности здоровья, тем выше там гендерный разрыв по ОПЖ. Однако анализ значимости данной корреляции показывает, что она не достигает критического уровня. Данная корреляция оказывается хотя и в предсказанном направлении, но статистически незначимой после введения контролей на ВРП на душу населения, потребление крепкого алкоголя (оцененное через число алкогольных психозов на 100 тыс. населения), число врачей на 10 тыс. населения (total.doctor.p10000c.2013), распространенность табакокурения (оцененную через долю курильщиков), долю людей, ведущих здоровый образ жизни (агрегированная переменная), долю мужчин и долю женщин старше 15 лет, ежедневно потребляющих не менее 400 граммов овощей и фруктов, а также географическую широту центров субъектов Российской Федерации. Вместе с тем, проведенный нами регрессионный анализ показал высокую статистическую значимость следующих предикторов гендерного разрыва в ОПЖ: сильными статистически значимыми положительными предикторами данного гендерного разрыва оказались высокие уровни потребления в соответствующих регионах крепких алкогольных напитков и табакокурения. Таким образом, сокращение потребления

крепких алкогольных напитков и табакокурения должно вести к сокращению гендерного разрыва в ОПЖ между мужчинами и женщинами, что, кстати, и наблюдалось в период после 2006 года. С другой стороны, статистически значимым негативным предиктором является численность врачей на душу населения – чем выше доступность медицинской помощи, тем меньше гендерный разрыв в ОПЖ. Соответственно, увеличение доступности медицинской помощи является еще одним эффективным способом сокращения гендерного разрыва в ОПЖ наряду с мерами по сокращению потребления крепких алкогольных напитков и уменьшению распространенности табакокурения. Увеличение ценности здоровья среди российских мужчин имеет здесь лишь очень ограниченное значение.

Литература

1. Nathanson C. A. Illness and the feminine role: a theoretical review // *Social Science & Medicine* (1967). – 1975. – Т. 9. – №. 2. – С. 57-62.
2. Waldron I. What do we know about causes of sex differences in mortality? A review of the literature // *Population Bulletin of the United Nations*. – 1985. – №. 18. – С. 59-76.
3. Rigby J. E., Dorling D. Mortality in relation to sex in the affluent world // *Journal of Epidemiology & Community Health*. – 2007. – Т. 61. – №. 2. – С. 159-164.
4. Morris JN (1955) Uses of epidemiology. *BMJ* 2(4936):395–401.
5. Arias, E. 2007. “United States Life Tables, 2004.” *National Vital Statistics Reports* 54(14):1–40.
6. Gleit D. A., Horiuchi S. The narrowing sex differential in life expectancy in high-income populations: effects of differences in the age pattern of mortality // *Population studies*. – 2007. – Т. 61. – №. 2. – С. 141-159.
7. Oksuzyan A., Brønnum-Hansen H., Jeune B. Gender gap in health expectancy. – 2010. – №. 7. – С. 213-218.
8. Cullen, M. R., Baiocchi, M., Eggleston, K., Loftus, P., & Fuchs, V. (2015). *The weaker sex? Vulnerable men, resilient women, and variations in sex differences in mortality since 1900* (No. w21114). National Bureau of Economic Research.
9. Thorslund, M., Wastesson, J. W., Agahi, N., Lagergren, M., & Parker, M. G. (2013). The rise and fall of women’s advantage: a comparison of national trends in life expectancy at age 65 years. *European journal of ageing*, 10(4), 271-277.
10. National Center for Health Statistics. (2003). *Health United States*. Hyattsville, MD: U.S. Public Health Service.

-
11. Philips, S.P. (2006). Risky business: Explaining the gender gap in longevity. *The Journal of Men's Health & Gender*, 3, 43–46.
 12. Kaplan, R.M., & Erickson, P. (2000). Gender differences in quality-adjusted survival using a health-utilities index. *American Journal of Preventive Medicine*, 18, 77–82.
 13. Mehta, P.H., & Josephs, R.A. (2011). Social endocrinology: Hormones and social motivation. In D. Dunning (Ed.), *The handbook of social motivation* (pp. 171–189). New York, NY: Psychology Press.
 14. van Wingen, G.A., Ossewaarde, L., Bäckström, T., Hermans, E.J., & Fernández, G. (2011). Gonadal hormone regulation of the emotion circuitry in humans. *Neuroscience*, 191, 38–45.
 15. Ristvedt, S.L., Josephs, R.A., & Liening, S.H. (2012). Endogenous testosterone levels are associated with assessments of unfavourable health information. *Psychology & Health*, 27, 507–514
 16. Stanton, S.J., Liening, S.H., & Schultheiss, O.C. (2011). Testosterone is positively associated with risk taking in the Iowa Gambling Task. *Hormones & Behaviour*, 59, 252–256.
 17. Sampathkumar, N. K., Bravo, J. I., Chen, Y., Danthi, P. S., Donahue, E. K., Lai, R. W., Lu R., Randall L.T., Vinson N., Benayoun, B. A. Widespread sex dimorphism in aging and age-related diseases // *Human genetics*. – 2019. – C. 1-24.
 18. Marais, G. A., Gaillard, J. M., Vieira, C., Plotton, I., Sanlaville, D., Gueyffier, F., & Lemaitre, J. F. (2018). Sex gap in aging and longevity: can sex chromosomes play a role?. *Biology of sex differences*, 9(1), 33.
 19. Gardner M. et al. Gender and telomere length: systematic review and meta-analysis // *Experimental gerontology*. – 2014. – T. 51. – C. 15-27.
 20. Seifarth J. E., McGowan C. L., Milne K. J. Sex and life expectancy // *Gender medicine*. – 2012. – T. 9. – №. 6. – C. 390-401. Austad S. N. Why women live longer than men: sex differences in longevity // *Gender medicine*. – 2006. – T. 3. – №. 2. – C. 79-92.
 21. Woolf, S.H., Jonas, S., Lawrence, R.S. (Eds.), 1996. *Health Promotion and Disease Prevention in Clinical Practice*. Williams and Wilkins, Baltimore, MD. Koop, C.E., 1996. Foreword. In: Woolf, S.H., Jonas, S., Lawrence, R.S. (Eds.), *Health Promotion and Disease Prevention in Clinical Practice*. Williams and Wilkins, Baltimore, MD, pp. 7-9.
 22. U.S. Preventive Services Task Force, 1996. *Guide to Clinical Preventive Services*, 2nd ed. Williams and Wilkins, Baltimore, MD.

-
23. Courtenay W. H. Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: Evidence and implications for prevention //The Journal of Men's studies. – 2000. – T. 9. – №. 1. – С. 81-142.
24. McCartney, G., Mahmood, L., Leyland, A. H., Batty, G. D., & Hunt, K. (2011). Contribution of smoking-related and alcohol-related deaths to the gender gap in mortality: evidence from 30 European countries. *Tobacco control*, 20(2), 166-168.
25. Valkonen, T. & van Poppel, F. 1997. The contribution of smoking to sex differences in life expectancy. Four nordic countries and the Netherlands 1970-1989. *European Journal of Public Health*, 7, 302- 310.
26. Retherford, R. D. 1972. Tobacco smoking and the sex mortality differential. *Demography*, 9, 203-216. Waldron, I. 1986. The contribution of smoking to sex differences in mortality. *Public Health Reports*, 101, 163-173.
27. Rogers, R. G., Everett, B. G., Saint Onge, J. M. & Krueger, P. M. 2010. Social, behavioral, and biological factors, and sex differences in mortality. *Demography*, 47, 555-578.
28. Luy M., Wegner-Siegmundt C. The impact of smoking and other non-biological factors on sex differences in life expectancy in Europe. – Vienna Inst. of Demography, 2013.
29. Janssen, F. (2020). Changing contribution of smoking to the sex differences in life expectancy in Europe, 1950–2014. *European Journal of Epidemiology*, 1-7.
30. Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., & Harris, T. R. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction*, 95(2), 251-265.
31. Mäkelä, P., Gmel, G., Grittner, U., Kuendig, H., Kuntsche, S., Bloomfield, K., & Room, R. (2006). Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol and Alcoholism*, 41(suppl_1), i8-i18.
32. Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., & Harris, T. R. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction*, 95(2), 251-265.
33. Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., Kristjanson, A. F., Vogeltanz-Holm, N. D., & Gmel, G. (2009). Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction*, 104(9), 1487-1500.
34. McCartney, G., Mahmood, L., Leyland, A. H., Batty, G. D., & Hunt, K. (2011). Contribution of smoking-related and alcohol-related deaths to the gender gap in mortality: evidence from 30 European countries. *Tobacco control*, 20(2), 166-168.

-
35. Trias-Llimós, S., & Janssen, F. (2018). Alcohol and gender gaps in life expectancy in eight Central and Eastern European countries. *The European Journal of Public Health*, 28(4), 687-692.
36. Erol, A., & Karpyak, V. M. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and alcohol dependence*, 156, 1-13.
37. Erol, A., Ho, A. M. C., Winham, S. J., & Karpyak, V. M. (2019). Sex hormones in alcohol consumption: a systematic review of evidence. *Addiction biology*, 24(2), 157-169.
38. Erol, A., & Karpyak, V. M. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and alcohol dependence*, 156, 1-13.
39. Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., & Harris, T. R. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction*, 95(2), 251-265.
40. Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., & Harris, T. R. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction*, 95(2), 251-265.
41. Holmila, M., & Raitasalo, K. (2005). Gender differences in drinking: why do they still exist?. *Addiction*, 100(12), 1763-1769.
42. Rochelle T. L. et al. Predictors of the gender gap in life expectancy across 54 nations // *Psychology, health & medicine*. – 2015. – T. 20. – №. 2. – C. 129-138.
43. Hinote, B. P., & Webber, G. R. (2012). Drinking toward manhood: masculinity and alcohol in the former USSR. *Men and Masculinities*, 15(3), 292-310.
44. Courtenay W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health // *Social science & medicine*. – 2000. – T. 50. – №. 10. – C. 1385-1401.
45. Kaufman, M., 1994. Men, feminism, and men's contradictory experiences of power. In: Brod, H., Kaufman, M. (Eds.), *Theorising Masculinities*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, pp. 142-163.
46. Pyke, K.D., 1996. Class-based masculinities: the interdependence of gender, class and interpersonal power. *Gender and Society* 10, 527-549.
47. Courtenay W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health // *Social science & medicine*. – 2000. – T. 50. – №. 10. – C. 1385-1401.

-
48. Emslie C., Hunt K. The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: a qualitative study // *Social Science & Medicine*. – 2008. – T. 67. – №. 5. – С. 808-816.
49. Courtenay W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health // *Social science & medicine*. – 2000. – T. 50. – №. 10. – С. 1385-1401.
50. Hinote, B. P., & Webber, G. R. (2012). Drinking toward manhood: masculinity and alcohol in the former USSR. *Men and Masculinities*, 15(3), 292-310.
51. Rieker P. P., Bird C. E. 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*. – 2005. – T. 60. – №. Special_Issue_2. – С. S40-S47.
52. Ram, Bali. 1993. “Sex Differences in Mortality as a Social Indicator.” *Social Indicators Research* 29:83–108.
53. Clark, R., & Peck, B. M. (2012). Examining the Gender Gap in Life Expectancy: A Cross-National Analysis, 1980–2005. *Social Science Quarterly*, 93(3), 820-837.
54. Verbrugge, L. M., Wingard, D. L. (1987). Sex differentials in health and mortality. *Women & health*, 12(2), 103-145.