

яснены влиянием лишь гендерных и возрастных характеристик. Немаловажное значение в их формировании имеют и другие факторы: институциональные, профессиональные, экономические, социальные, психологические. Уточнение механизма их воздействия на качество жизни, связанное с курением, требует дополнительных исследований для выяснения существующих взаимосвязей между множеством факторов, способствующих сохранению в индивидуальном и массовом сознании толерантного отношения к ведению нездорового образа жизни.

## ЛИТЕРАТУРА

- Арженовский С.В. *Социально-экономические детерминанты курения в современной России*. — М., 2005.
- Бабанов С.А. // *Экология человека*. — 2007. — № 6. — С. 44—48.
- Бурмыкина О.Н. // *Журн. исслед. соц. политики*. — 2006. — № 2. — С. 101—119.
- Вартанян Ф. Е., Шаховский К. П. // *Наркология*. — 2003. — № 4. — С. 2—4.
- Голога А.С., Крассий А.Б. // *Материалы Всероссийской науч. конф. «Проблемы современной эпидемиологии. Перспективные средства и методы лабораторной диагностики и профилактики актуальных инфекций»*. — СПб., 2009. — С. 39—41.
- Камардина Т. В. Эпидемия курения среди женщин России (опубликовано на сайте Российской программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI): [Электронный доступ]. Режим доступа: <http://www.cindi.ru/smoking-w003rus.doc>
- Камардина Т. В. // *Обществ. здоровье и профилактикт. забол.* — 2004. — № 2. — С. 29—34.
- Кваша Е. А. // *Укр. кардиол. журн.* — 2006. — № 2. — С. 24—28.
- Концевая А. В., Калинина А. М., Омеляненко М. Г. и др. // *Профилактикт. забол. и укреп. здоровья*. — 2006. - Т. 9, № 6. — С. 21—26.
- Решетников А. В. *Социология медицины: Руководство*. — М., 2010.
- Сахарова Г. М. // *Бол. органов дыхания*. — 2004. — № 1. — С. 12—25.
- Светличная Т. Г., Сивидова Н. С. // *Экология человека*. — 2008. - № 11. — С. 48—53.
- Bosma J.H.A. Cross-cultural Comparison of the Role of Some Psychosocial Factors in the Etiology of Coronary Artery Disease. Follow up to the Kaunas-Rotterdam Intervention Study (KRIS). — Maastricht, 1994.
- Griffin K. W., Botvin G. J., Doyle M. M. et al. // *J. Behav. Med.* — 1999. — Vol. 22, N 3. — P. 12—15.
- Hajdu P. et al. // *Eur. J. Publ. Hlth.* — 1995. — Vol. 5. — P. 259—264.
- Jiang Y., Hesser J.E. // *Hlth Qual. Life Outcom.* — 2006. — Vol. 4. — P. 14—18.
- McKee M., Bobak M., Rose R. et al. // *Tobacco Control.* — 1998. — N 7. — P. 22—26.
- Perlman F., Bobak M., Gilmore A., McKee M. // *Tobacco Control.* — 2007. — N 5. — P. 299—305.
- Pomerleau J., Gilmore A., McKee M. et al. // *Soc. Study Addit.* — 2004. — Vol. 99. — P. 1577—1581.
- Smith D.G. et al. // *J. Epidemiol. Commun. Hlth.* — 1990. — Vol. 44. — P. 265—270.
- Wilkinson R.G. // *Br. Med. J.* — 1992. — Vol. 304. — P. 165—168.

Поступила 07.11.11

© Д.А. ИЗУТКИН, 2013  
УДК 616-092.11-02-058

Д.А. Изуткин

## ПРОБЛЕМА ВЗАИМОСВЯЗИ ОБРАЗА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Нижегородская государственная медицинская академия, 603005, Нижний Новгород, Россия

Для корреспонденции: Изуткин Дмитрий Анатольевич (dan55@mail.ru).

В статье представлен анализ результатов современных зарубежных социологических исследований по проблеме взаимосвязи образа жизни и здоровья. Отмечается ряд сходных черт, присущих этим исследованиям, в частности изучение экономически значимых групп населения, стратификация данных групп по различным признакам, попытка выявления полиэтиологичности современной патологии. В заключении указываются сильные и слабые стороны изучаемых явлений.

**Ключевые слова:** социология; образ жизни; факторы риска; здоровье; многофакторность.

D.A. Izutkin

## THE ISSUE OF RELATIONSHIP BETWEEN LIFE-STYLE AND HEALTH IN FOREIGN SOCIOLOGICAL SURVEYS

The Nizhniy Novgorod state medical academy, 603005 Nizhniy Novgorod, Russia

The article presents the analysis of results of actual foreign sociological surveys concerning the issue of relationship between life-style and health. The similar aspects inherent to these surveys are noted. Among them are the study of economically valuable groups of population, the stratification of these groups by different features and the attempt to establish polyetiologic of modern pathology. The strong and weak sides of the analyzed occurrences are pointed out.

**Key words:** sociology; life-style; risk factors; health; multifactorial approach.

Во второй половине XX века в зарубежных социально-гуманитарных дисциплинах происходит усиление интереса к исследованию взаимодействия образа жизни и здоровья. Это, в частности, выразилось в многочисленных социологических исследованиях, которые поставили своей целью обосновать наличие связи меж-

ду различными факторами жизнедеятельности людей и состоянием их здоровья. Обращенность к данной проблеме обуславливалась рядом моментов.

Во-первых, в указанный период времени происходят существенные изменения в социальных условиях жизни как следствие технизации среды обитания человека.

Это выразилось в таких негативных для здоровья процессах, как высокие темпы урбанизации, трансформация эволюционно сформировавшихся биологических ритмов жизнедеятельности, повышение миграционной мобильности населения, резкое усиление психоэмоциональной напряженности и др.

Во-вторых, отрицательные для индивидуального и общественного здоровья сдвиги произошли в экологической среде. Трансформация экологического пространства во многом указала на характер преобразующей человеческой деятельности в этой сфере, выявила противостояние понятий "искусственная" и "естественная" среда, а также акцентировала внимание на возрастающей значимости экологических факторов для здоровья индивида и общества.

В-третьих, высокая динамичность социальной жизни и психоэмоциональная напряженность обусловили широкую распространенность отрицательных для индивидуального и общественного здоровья форм поведения, таких как недостаточная двигательная активность, нерациональное питание, курение, злоупотребление алкоголем, наркомания и токсикомания. Отсюда, как отмечает акад. А.В. Решетников, "становится все более очевидным, что причина современной патологии — в образе жизни человека и во вредном воздействии окружающей его среды, т.е. в многогранном комплексе объективных и субъективных факторов" [1].

С учетом сказанного, значительные сдвиги в образе и условиях жизни индивида, группы, общества стали ведущими процессами, определившими неблагоприятные тенденции в показателях здоровья населения. Это в значительной степени привело к пересмотру прежних понятий и представлений о факторах, влияющих на индивидуальное и общественное здоровье, и предопределило необходимость разработки новых концептуальных подходов в этой области. В 1974 г. была предложена концепция о ведущих детерминантах здоровья с акцентированием внимания на приоритете социальных условий и образа жизни [19]. Сформулированная в итоге многофакторная парадигма, а также теория "факторов риска" для здоровья поставили ряд новых задач, в том числе необходимость социологического анализа причин современной патологии, в частности негативных для здоровья форм поведения, как неотъемлемой составляющей образа жизни.

Из публикаций по данной проблеме следует отметить работы R. Aggleton и соавт. (1994); С.Е. Curtie и соавт. (1991); W.M. Ensel, N. Lin (1991); K. Glanz, M.P. Erikson (1993); K. Glanz и соавт. (1994); G.N. Greene и соавт. (1999); G. Jensen [14]; M. Mulder и соавт. [22]; S.E. Ross, С.Е. Bird (1994); K. Wickrama и соавт. [29] и многих других.

Исследованиям указанных авторов присущи некоторые общие черты.

Во-первых, изучая различные возрастные контингенты населения, они тем не менее обращают внимание прежде всего на максимально трудоспособные группы, от активности которых в наибольшей степени зависит экономическая ситуация в обществе, а внедрение практических оздоровительных мероприятий позволяет сохранить и усилить ресурсосберегающий потенциал.

Во-вторых, практически во всех исследованиях имеет место стратификация изучаемых совокупностей по определенным признакам, что позволяет получить более достоверные результаты и проследить изменчи-

вость того или иного фактора образа жизни в зависимости от пола, возраста, социального, финансового и семейного статуса, уровня образования и т.д.

В-третьих, делается попытка проанализировать влияние на здоровье группы факторов и отсюда установить полиэтиологичность некоторых заболеваний в результате нерационального для здоровья образа жизни.

Так, M. Mulder и соавт. [22] в Нидерландах в течение ряда лет изучали степень стабильности ряда факторов образа жизни (курение, потребление алкоголя, двигательная активность и характер питания) среди группы мужчин относительно их возраста и социально-экономического статуса. Цель данного исследования обосновывалась тем, что поведенческие установки и практические навыки с течением времени могут изменяться и модифицироваться. Отсюда было важно проследить степень стабильности поведения по отношению к своему здоровью без вмешательства извне и создания дополнительных мотивирующих условий.

Другой причиной проведения подобного исследования явилось то, что в результате большинства социологических наблюдений устанавливаются определенные корреляции и формулируются практические рекомендации в относительно устойчивой и неизменной системе индивид — образ жизни — здоровье. Возможные изменения и модуляции в поведении индивидов в течение определенного времени и их дальнейшее влияние на статус здоровья, как правило, не учитываются. Вследствие этого существенно затрудняется расчет прогностических оценок относительно поведенческих стереотипов и всего образа жизни и их влияние на здоровье, в то время как большинство подобных навыков (вредные привычки, питание, двигательная активность и др.) имеют тенденции к трансформации.

Результаты исследования показали, что в течение изучаемого периода курение оставалось наиболее стабильным фактором (относительно числа выкуриваемых сигарет), в то время как потребление алкоголя имело незначительные сдвиги (как в сторону увеличения, так и уменьшения). Физическая активность и характер питания обнаружили наибольшую вариабельность. Таким образом, были сделаны выводы о том, что в данном наблюдении, во-первых, возрастные изменения являются модифицирующим фактором, в незначительной степени определяющим возможные колебания в поведенческих навыках; во-вторых, помимо возраста и социально-экономического статуса, имеются другие, не менее значимые факторы (в частности, взаимоотношения в семье и состояние здоровья), влияющие на изменения и динамику поведенческих навыков; в-третьих, с учетом влияния социально-экономических условий на индивидуальное и общественное здоровье необходимо изучение групп населения, которые по своему социально-экономическому статусу находятся в максимальной степени риска для здоровья; в-четвертых, оздоровительные кампании должны иметь конкретный характер и быть направлены на специфические факторы риска, имеющие наибольшую распространенность среди определенных групп населения.

K. Wickrama и соавт. [29] эмпирически протестировали гипотезу о эффекте на физическое здоровье условий труда и семейного статуса посредством тех или иных изменений в образе жизни среди группы мужчин в штате Айова (США). Авторы исходили из положения о негативном влиянии на здоровье различных стрессоров, проявляющихся на рабочем месте и в сфере се-

мы. В целом изучалась ассоциация между трудовой активностью, семейными отношениями и состоянием здоровья через призму поведенческих факторов риска как опосредующего механизма. Гипотетически предполагалось, что трудовая и семейная деятельность может оказывать влияние на поведенческие факторы риска и соответственно на физическое здоровье работающих. Поводом для подобного предположения явился ряд предыдущих исследований по вышеназванным вопросам [4, 5, 8, 12, 13, 15—17, 20, 21, 28].

В данном исследовании была также методологически обоснована связь между деятельностью в сфере семьи и образом жизни, в частности непосредственный эффект позитивных семейных отношений на нездоровые формы и способы поведения. В целом подчеркивалось непосредственное влияние семьи на поведение в отношении здоровья. В определенной степени это объясняется тем, что члены семьи часто культивируют схожие привычки (например, следуют схожему характеру питания, вместе проводят свободное время и обнаруживают одинаковый подход к вопросам поддержания здоровья) [24]. Несмотря на то что ряд исследователей [25—27] отмечают меньший риск для здоровья именно у семейных пар, они объясняют это не наличием семьи как таковой, а в первую очередь определенным качеством семейных отношений. Например, W. Gove [12] и D. Umberson [25, 26] установили, что интимность и выразительность взаимоотношений значительно отражались на всеобщем благополучии членов семьи. По мнению D. Umberson, семейные отношения не только проецируются в другие сферы деятельности, но и повышают социальный контроль индивида над негативным для своего здоровья поведением. Кроме этого, взаимопонимание между супругами позитивно влияет на их социальную интеграцию, опосредует их различные социальные контакты, а это ассоциируется с лучшим физическим и эмоциональным здоровьем [13].

Данное исследование показало, что характер супружеских отношений также обуславливается экономическим статусом семьи. Люди с низкими финансовыми доходами вынуждены быть больше занятыми на других работах, что может, во-первых, снизить время их деятельности в сфере семьи; во-вторых, генерировать высокие уровни физического и психического стресса и, в-третьих, сопровождаться значительным ограничением других форм социальной активности. Семьи с низкими доходами также ассоциировались с большей вероятностью конфликтов между их членами и меньшими возможностями для полноценного отдыха, что подтверждается исследованиями R. Conger и соавт. [8]. Отсюда было сделано предположение, что позитивные отношения в семье будут соотноситься с меньшим уровнем потенциально рискованного для здоровья поведения.

Наконец, K. Wickrama и соавт. [29] методологически обосновали взаимосвязь между негативными для здоровья сторонами образа жизни и физическим здоровьем. Люди, поведение которых часто сопряжено с факторами риска (курение, избыточное потребление алкоголя, недостаточный сон, нерациональное питание, отсутствие разнообразия в формах досуга), более уязвимы для болезней и психологического дискомфорта, что находит подтверждение в ряде других исследований [7, 13]. В дополнение к этому другие негативные элементы (например, низкий экономический статус семьи) могут усиливать воздействие на здоровье вышеперечисленных факторов риска.

В целом результаты исследования подтвердили гипотезу о позитивном влиянии характера рабочей активности и качества семейных отношений в изучаемой совокупности на поведение, непосредственно связанное со здоровьем. В частности, было подтверждено положение, что благоприятные семейные контакты (одним из критериев которых являлись совместные формы деятельности с участием обоих супругов) ассоциировались с менее рискованным для здоровья образом жизни. Результаты также показали необходимость учета наиболее значимых для здоровья факторов риска (курение, нерациональное питание, избыточное потребление алкоголя и слабая физическая активность во вне-рабочее время) при осуществлении оздоровительных и профилактических программ среди различных слоев населения.

C. Currie и соавт. [9] изучили динамику и процесс изменения пяти поведенческих факторов — характера питания, контроля за собственной массой тела, курения, употребления алкоголя и физической активности — в течение 6 мес в определенной возрастной группе мужчин в Англии.

В данном наблюдении авторы исходили из следующих положений. Во-первых, поведение индивидов по отношению к своему здоровью определяется не только присущими им знаниями и установками, но и рядом внешних условий, в частности социальных и экологических. Так, рядом исследований [2, 6] было установлено, что большинство людей не ведут полностью здоровый или нездоровый образ жизни. Большая их часть обнаруживает так называемые смешанные формы позитивных или негативных привычек. Теоретически считается правомерным, что забота о здоровье должна охватывать все аспекты человеческого поведения с целью максимальной его защиты. Тем не менее относительно здоровья (или болезни) предполагается возможность наличия нескольких независимых от индивида форм поведения, их динамика может быть совершенно различной [23].

Во-вторых, многообразие здоровых форм поведения нельзя ограничить и понять исключительно в рамках простой дихотомии здорового или нездорового образа жизни, так как здоровье для большинства людей может не быть единственной прерогативой из множества человеческих ценностей [3]. Масса жизненных приоритетов (семья, работа, финансовое благополучие) могут также иметь отношение к здоровой активности, но в этом случае их реализация будет осуществляться за счет других полезных для здоровья форм и способов деятельности.

В-третьих, выбор здоровых форм поведения зависит преимущественно от индивида, т.е. имеет субъективный характер. Однако рассмотрение поведения в его социальном контексте позволяет заключить, что оно не определяется только индивидуальными предпочтениями, а наполняется также и объективным содержанием. При этом "социальное окружение может служить сдерживающим и ограничительным механизмом" [3]. Кроме того, сдерживающие социальные факторы в своем качественном и количественном выражении могут по-разному влиять на те или иные формы поведения.

В-четвертых, сложность оценки факторов, влияющих на стабильность форм поведения по отношению к здоровью, определяется, в частности, его тесной взаимосвязью с другими областями ежедневной человеческой деятельности. Поэтому правомерно рассма-

тривать изменения в поведении как результат влияния различных факторов и условий внешней среды. В этом плане облегчается задача для индивида идентифицировать как индивидуальные, так и объективные составляющие поведения, прямо или косвенно обеспечивающие его стабильность [9].

Результаты исследования показали, что в целом те или иные изменения имели место во всех пяти классах поведения (характер питания, контроль за собственной массой тела, курение, потребление алкоголя, физическая активность). Соответственно различались и факторы, обусловившие данные изменения. Так, обеспеченность относительно своей внешности стимулировала стремление следить за массой тела и усилить двигательную активность; финансовые проблемы сказались на снижении количества выкуриваемых сигарет и потребляемого алкоголя; изменения на службе повлияли на увеличение (или уменьшение) интенсивности физических упражнений и т.д. Таким образом, определенная часть причин как мотивов к изменению поведения не всегда носила субъективный характер и лежала вне "зоны" контроля со стороны индивида.

По мнению авторов наблюдения, эти данные позволяют в определенной степени объяснить, почему большинство людей не могут быть категорично разделены на две категории — ведущие здоровый или нездоровый образ жизни. Исследования по данной проблеме [18] показали, что большая часть людей не имеют четко выраженной ориентации на позитивную для здоровья практическую деятельность, так как в их жизни присутствуют объективные факторы и условия, сдерживающие и затрудняющие их стремление достичь стабильного и продолжительного здорового образа жизни.

Для каждого типа поведения существовали различные сдерживающие объективные и субъективные компоненты. Например, главной трудностью для курящих являлось то, что курение выполняло важную функцию в их повседневной жизни, т.е. проблема носила субъективный характер. В противоположность этому среди большинства опрошенных попытки усилить физическую активность не были реализованы по причине отсутствия необходимых возможностей экологического характера или из-за сложностей в организации свободного времени как следствия тех или иных социальных проблем.

В заключение авторы настоящего исследования отмечают, что при проведении оздоровительных кампаний, направленных на формирование здорового образа жизни как явления, включающего различные поведенческие характеристики, необходимо учитывать, что для большинства людей рекомендация вести целенаправленный и стабильно позитивный для здоровья образ жизни часто являются неприемлемой и нереальной задачей, если индивид не имеет как субъективных стимулов, так и объективных возможностей.

Субъективные стимулы, по их мнению, включают: 1) оценку возможного исхода (осознание индивидом позитивных и негативных для себя последствий собственного поведения); 2) принятие социальных и общественных норм (поведение, ожидаемое от индивида в соответствии с доминирующими в данном социуме представлениями о необходимости сохранять и укреплять здоровье, его восприятие их как определенных культурных ценностей и согласие следовать им в своей жизни); 3) самоэффективность (осознание индивидом своей способности изменить собственное поведение в

сторону сохранения и укрепления здоровья). К объективными факторам они относят: 1) социальное влияние (существующие общественные нормы и правила порядка относительно некоторых факторов риска для здоровья в общественных и на рабочих местах); 2) экономическое влияние (определенные экономические санкции и ограничения в отношении лиц, курящих, злоупотребляющих алкоголем и наркоманов); 3) религиозное влияние (поведение с риском для здоровья рассматривается как один из тяжких грехов и имеет наказание в виде болезни); 4) культурное влияние (например, воспитание культуры потребления алкоголя и питания в соответствии с культурными ориентациями и традициями, принятыми в данном сообществе или среди определенной группы лиц и передающимися из поколения в поколение).

Проведенный анализ проблемы взаимосвязи образа жизни и здоровья в зарубежных социологических исследованиях позволяет заключить следующее.

1. Методологической основой этих наблюдений выступает концепция факторов риска для здоровья, получившая развитие во второй половине XX века. Этому во многом способствовали возросшая социализация и технизация различных областей человеческой деятельности, нарастание экологического кризиса, усиление психоэмоциональной напряженности и как следствие данных трансформаций — негативные изменения в образе жизни различных слоев населения.

2. Несмотря на то что в ряде исследований имеют место попытки связать поведение с риском для здоровья с внешними факторами жизнедеятельности, следует тем не менее отметить недостаточное внимание к социально-экономическим условиям жизни, выступающим объективной основой формирования определенного образа жизни. Вследствие этого концепция факторов риска для здоровья, лишенная своего социального содержания, неизбежно смещает проблему взаимодействия образа жизни и здоровья на индивидуальный уровень субъективных стимулов и предпочтений индивида в выборе им тех или иных форм и способов поведения. Отсюда поведение с риском для здоровья и ответственность за него становятся исключительно индивидуально опосредованными, прерогативой конкретного индивида вне связи с объективными условиями его жизнедеятельности.

3. Авторы ряда исследований по проблеме взаимодействия образа жизни и здоровья часто отождествляют понятия "образ жизни", "поведение" и "привычки", что в итоге приводит к существенному ограничению представлений о системе образ жизни — здоровье с точки зрения ее объективного содержания, количественно-качественных показателей, взаимосвязи общих, особенных и единичных характеристик.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников, А.В. *Социология медицины*: Руководство. М.: ГЭОТАР; 2010.
2. Amos A., Currie C., Hunt S.M., Martin C.J. Health related behavior in a small Scottish community. *Publ. Hlth.* 1990; 104: 131—40.
3. Backett K. Image and reality: Health enhancing behaviors in middle class families. *J. Hlth Educ.* 1990; 69: 61—3.
4. Barnett R.C., Davidson H., Marshall N.L. Physical symptoms and the interplay of work and family roles. *Hlth Psychol.* 1991; 10 ( 2 ): 94—101.
5. Berkman L.R., Syme S.L. Social networks, host resistance and mortality: A nine — year follow — up study of Alameda County residents. *Am. J. Epidemiol.* 1979; 109: 186—204.

6. Calman M. Control over health and patterns of health — related behavior. *Soc. Sci. Med.* 1989; 29: 131—6.
7. Conway T.L. et al. Occupational stress and variation in cigarette, coffee and alcohol consumption. *J. Hlth Soc. Behav.* 1981; 22: 155—65.
8. Conger R.D. et al. Linking economic hardship to mortal quality and instability. *J. Marriage Family.* 1990; 52: 643—56.
9. Currie C., Amos A., Hunt S.M. The incidence and correlates of health — related behavioral change. *Publ. Hlth.* 1990; 104: 335—44.
10. Glanz K., Eriksen M.P. Individual and community models for dietary behavior. *J. Nutr. Educ.* 1993; 25: 80—6.
11. Glanz K. et al. Stages of change in adopting healthy diets: fat, fiber, and correlates of nutrient intake. *Hlth Educ. Quart.* 1994; 21: 499—519.
12. Gove W.R., Hughes M., Style C. Does marriage have a positive effect on the psychological well-being of the individual? *J. Hlth Soc. Behav.* 1983; 24: 122—31.
13. House J.S., Strcher V., Metzner H.L., Robbins C.A. Occupational stress and health among men and women in the Tecumesh Community Health Study. *J. Hlth Soc. Behav.* 1986; 27: 62—77.
14. Jensen G., Nyboe J., Appleyard M., Schnohr P. Risk factors for acute myocardial infarction in Copenhagen: Smoking, alcohol intake, physical activity, obesity, oral conception, diabeyes, lipids, and blood pressure. *Eur. Heart J.* 1991; 12: 298—308.
15. Karasek R.A. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrat. Sci. Quart.* 1979; 24: 285—308.
16. Karasek R.A. Lower health risk with increased job control among white collar workers. *J. Organizat. Behav.* 1990; 11: 171—85.
17. Kohn M., Schooler C. Job conditions and personality: A longitudinal assessment of their reciprocal effects. *Am. J. Sociol.* 1982; 87: 1257—86.
18. Kronenfield J.J. et al. The interrelationships among preventive health habits. *Hlth Educ. Res.* 1988; 3: 317—23.
19. Lalonde M.A. *A new perspective on the health of Canadians.* Ottawa: Government of Canada; 1974.
20. Lavee Y., McCubbin H.I., Olson D.H. The effect of stressful life events and transitions on family functioning and well — being. *J. Marriage Family.* 1987; 49: 857—73.
21. Miller J. Individual and occupational determinants of job satisfaction. *Sociol. Work Occup.* 1980; 7: 337—66.
22. Mulder M., Ranchor A.V., Sanderman R., Bouna J. et al. The stability of lifestyle behavior. *Int. J. Epidemiol.* 1998; 27: 199—207.
23. Pill R., Scott N.C.H. Preventive procedures and practices among working class women: New data and fresh insights. *Soc. Sci. Med.* 1985; 21: 305—17.
24. Sutton G.C. Assortive marriages for smoking habits. *Ann. Hum. Biol.* 1980; 7: 449—56.
25. Umberson D. Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration. *J. Hlth Soc. Behav.* 1987; 28: 306—19.
26. Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Soc. Sci. Med.* 1992; 34 ( 8 ): 907—17.
27. Waldron L., Lye D. Family roles and smoking. *Am. J. Prevent. Med.* 1989; 5: 136—41.
28. Wallston B., Alagna S., DeVeilis B., De Veilis R.F. Social support and physical health. *Hlth Psychol.* 1983; 2(4): 367—91.
29. Wickrama K., Conger R., Lorenz F.O. Work, marriage, lifestyle, and changes in men's physical health. *J. Behav. Med.* 1995; 4: 97—111.

Поступила 27.10.12