

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

© ПОПОВА И.П., 2014  
УДК 616-092.11-02;005

*Попова И.П.*

### ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И МАТЕРИАЛЬНОГО БЛАГОСОСТОЯНИЯ: ГЕНДЕРНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ<sup>1</sup>

Институт социологии РАН, 117218, Москва, Россия; Научно-исследовательский университет —  
"Высшая школа экономики", 101000, Москва, Россия

Для корреспонденции: Попова Ирина Петровна (irina\_popova@list.ru)

В статье рассматриваются подходы к исследованию взаимовлияния гендера, здоровья и материального благосостояния в российских условиях 1990—2000-х годов, анализируются данные российских и зарубежных исследований по этой проблеме. Основные объяснения гендерных неравенств в здоровье связаны, с одной стороны, с неравенством в социально-экономических позициях, с другой — с различиями в поведении в отношении здоровья мужчин и женщин. Делается вывод о необходимости формирования гендерно ориентированной социальной политики, учитывающей институциональные факторы гендерных неравенств, в том числе в здоровье.

**Ключевые слова:** *гендер; здоровье; неравенство; бедность; социальная политика.*

**Для цитирования:** Социология медицины. 2014; 13 (2): 59—64.

*Popova I.P.*

### THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH CONDITION AND MATERIAL WELFARE: GENDER DIMENSION

The institute of sociology of the Russian academy of sciences, 117218, Moscow, Russia;  
the Research university — the higher school of economics, 101000, Moscow, Russia

The article considers approaches to studying interrelationship between gender, health and material welfare in the Russian conditions in 1990-2000th years. The data of Russian and foreign studies of this issue is analyzed. The main explanations of gender inequities in health are related, from one hand, to inequity in social economic positions and from other hand to differences in behavior regarding male and female health. The conclusion is made concerning necessity of development of gender oriented social policy considering institutional factors of gender inequities, health included.

**Key words:** *gender; health; inequity; poverty; social policy.*

**For citation:** Sociologia meditsini. 2014; 13 (2): 59—64.

Одно из направлений гендерных исследований и социальной политики сосредоточивается на гендерных различиях в уровне здоровья и неравенстве в материальном положении. Поиски ответа на вопросы о влиянии "гендерного фактора" на укрепление или, наоборот, ослабление замкнутого круга бедности и болезней населения, которые взаимно детерминируют и в то же время являются следствием друг друга, путей решения этой острой социальной проблемы, остаются актуальными и сегодня. Мы представим некоторые направления этого анализа, опираясь на данные исследований, в том числе лонгитудного исследования различных групп российского населения.

Лонгитудный опрос проводился с 1999 ( $n = 250$ ) по 210 г. ( $n = 126$ ), в четырех городах: Москве, Самаре,

Ульяновске, Сыктывкаре. В каждом из городов были отобраны 60 респондентов (30 мужчин и 30 женщин), представляющих различные группы населения: безработных, работников депрессивных предприятий, официальных бедных и выпускников учебных заведений. На протяжении исследования проводились полуструктурированные интервью, 5 волн. Здесь приводятся данные 2010 г.

Один из результатов исследования на последнем этапе — подтверждение взаимозависимости самооценок здоровья и материального положения, пола.

Исследования взаимовлияния гендера, здоровья и материального благосостояния основываются на рассмотрении *неравенства в уровне здоровья между мужчинами и женщинами через определение неравенств в их социально-экономических позициях*. Эту позицию А. Скамблер формулирует как проблему "социальной среды, где гендер играет важную роль в социальном статусе и доступе к материальным ресурсам, здоровью, благосостоянию и где роли, ответственность и власть не распределены равным образом между мужчинами и женщинами" [1, p. 125].

<sup>1</sup>В данной научной работе использованы результаты проекта "Гендерные стратегии трудовых переходов как фактор благосостояния и социальной защищенности", выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2014 г. The study was implemented in the framework of the Basic Research Program at the National Research University Higher School of Economics (HSE) in 2014.

В России ситуация 1990-х годов привела к углублению социальных неравенств разного характера, в том числе гендерных неравенств в различных сферах социальной жизни. Особенно разительны различия в показателях смертности и заболеваемости между мужчинами и женщинами, что наглядно свидетельствует о различиях в состоянии здоровья женщин и мужчин, их социальных причинах. Масштаб этого разрыва сформировался достаточно давно. Так, в 1958—1959 гг. ожидаемая продолжительность жизни женщин составляла 71 год, мужчин — 63 года [2]. В 1990-е годы она резко выросла, составляя вплоть до середины 2000-х годов около 13,5 года. Со второй половины 2000-х годов картина стала меняться к лучшему. Разрыв между мужчинами и женщинами по этому показателю стал медленно сокращаться с 2006 г. (табл. 1).

Различия в причинах смертности мужчин и женщин показывают, что практически по всем классам этих причин в относительных показателях положение мужчин выглядит гораздо хуже, чем положение женщин. Два класса причин смерти привлекают особое внимание с точки зрения их вклада в общую смертность и заболеваемость населения России — болезни системы кровообращения и внешние причины: несчастные случаи, отравления и травмы. С ними связаны резкие колебания ожидаемой продолжительности жизни в 1985—1994 гг., особенно ее чрезвычайное падение в 1992—1994 гг., при этом наиболее сильным было негативное воздействие последних [3]. При этом смертность мужчин от этих причин превышает смертность женщин, особенно это касается внешних причин. Рост смертности мужчин в молодом возрасте зависит от структурных факторов, в том числе региональных различий в социально-экономическом положении [4].

Такое положение привело к обсуждению проблемы гендерных неравенств в здоровье и росту количества исследований в этой сфере [5—8]. Так, У. Кокерхэм, анализируя феномен глубокого разрыва в продолжительности ожидаемой жизни между мужчинами и женщинами в России как следствие "кризиса в здоровье", подчеркивает в целом гендерную обусловленность этого разрыва в обществах: эта разница под влиянием чисто биологических факторов не столь существенна. Гендер как социальный конструкт углубляет эту разницу под влиянием особенностей рискованного поведения, образа жизни, работы, социальных ролей и т. д. [9, р. 944]. В то же время в стабильных обществах с высоким уровнем жизни населения этот разрыв не столь велик.

Концептуализация этой проблемы осуществляется в формулировании гендерного подхода в социологии здоровья, социологии медицины, в исследованиях гендерного неравенства в сферах самосохранительного поведения, социально-экономического положения домохозяйств и т. д.

В исследованиях гендерных различий в здравоохранении можно выделить два основных фокуса внимания — к различиям в заболеваемости и смертности, заложенным в физиологии женщин и мужчин, и к различиям, сформированным в результате действия социальных норм и структур общества. В изучении последних важны два аспекта: *поведенческий*, связанный с нормами и практиками поведения в отношении к своему здоровью, и *материальный*, или аспект *неравенства доступа к различного рода ресурсам*. При этом важны методологическая гендерная непредвзятость, а также понимание того, что "объяснение ни на биологическом, ни на социокультурном уровне не является достаточным" [10, с. 151—153].

На практике эти два подхода разделить очень трудно, а иногда невозможно. Различия касаются акцентов в их взаимодействии. Один, из таких акцентов — связь формирования и углубления гендерных неравенств в сфере здравоохранения с процессами углубления гендерных неравенств и ограничений в доступе к материальным ресурсам, ведущих к бедности.

Методологической основой исследований взаимосвязи бедности и здоровья являются подходы к взаимосвязи структурных факторов (социального класса, общественного строя, таких характеристик состояния общества, как стабильность или кризис, характера взаимоотношений власти и организаций здравоохранения) и различия в состоянии здоровья населения. Особо следует выделить проблематику влияния социальной нестабильности на здоровье людей вследствие разрушения социальной когерентности, системы здравоохранения, нарушения механизмов социальной адаптации и т. д. [11, с. 432—436].

Российские исследователи бедности в гендерном измерении исходят из того, что бедность формируется вследствие объективно существующего неравенства в доступе к материальным и нематериальным благам, и "при гендерной декомпозиции показателей бедности обнаруживается большая вероятность попадания женщин в число бедных" [12, с. 26, 28]. С этим в большей степени связаны неравенство на рынке труда, "двойная занятость" женщин — на работе и в домашнем хозяйстве, большая уязвимость для материальных трудностей неполных семей, возглавляемых женщинами и т. д. В нашем исследовании структура самооценки благосостояния мужчин и женщин также была не в пользу последних: среди них было меньше самых богатых и больше самых бедных. Кроме того, больше одиноких (разведенных, вдов — 38% против 15% среди мужчин), хотя они реже признавали себя главными кормильцами в семье (47% против 67% среди мужчин). Следовательно, женщины в нашей выборке по сравнению с мужчинами действительно более уязвимы и для худших показателей здоровья (не только в связи с поведенческими факторами).

Таблица 1

Динамика ожидаемой продолжительности жизни (в годах) при рождении населения России, по полу (1981—2013 гг.)

Население	1981 г.	1990 г.	1992 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2013 г.
В целом	67,6	69,2	67,8	64,5	65,3	65,3	68,9	70,8
Мужчины	61,5	63,7	61,9	58,1	59	58,9	63	65,1
Женщины	73,1	74,3	73,7	71,6	72,3	72,4	74,9	76,3

Примечание. Источник: официальный сайт Федеральной службы государственной статистики: URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_mail/rosstat/ru/statistics/population/demography/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_mail/rosstat/ru/statistics/population/demography/#) (дата обращения: 1 июня 2014 г.) (2013 г., предварительные данные).

В связи с проблематикой бедности можно выделить две социальные проблемы. Одна заключается в том, что унаследованная система гендерных ролей в обществе консервирует условия воспроизводства бедности среди женщин (стимулируя структурные условия бедности). Другая формируется отсутствием должной социальной политики, регулирующей гендерные отношения в обществе, что приводит к обострению гендерных неравенств: растут проблемы бедных семей и домохозяйств-одиночек, снижаются возможности профессиональной карьеры, профессионального роста женщин, по-прежнему высоки рискогенные факторы в условиях труда, влияющие на сверхсмертность мужчин и т. д. Надо отметить, что по данным статистики и исследований ученых, женская бедность имеет глобальный характер и ее сокращение во многом зависит от направленности социальной политики и присутствия в ней гендерного аспекта. Так, по данным, которые приводит С.С. Ярошенко на основании сравнения уровня феминизации бедности в различных странах, "сильная социальная и гендерная

политика существенно снижала и снижает риск женщин оказаться в бедности, тогда как нейтралитет и свободный рынок его повышают" [13].

Нерешенность указанных проблем влияет на углубление социальных неравенств в российском обществе в целом. Одно из предположений относительно взаимосвязи бедности и здоровья населения в гендерном измерении основано на представлении о том, что на состояние здоровья женщин и мужчин действуют различные группы факторов. Материалы наших более ранних исследований позволяют выделить основные из этих факторов (табл. 2).

Таким образом, исследуя социальные причины формирования гендерных неравенств, следует учитывать прежде всего влияние социальной обстановки в целом, а также социально-экономического статуса индивидов и домохозяйств. В периоды социальных трансформаций отдельной проблемой становятся изменения в этом статусе вследствие восходящей или нисходящей социальной мобильности, обусловленной структурными факторами.

Таблица 2

**Факторы, связанные с социально-экономическими трансформациями 1990-х годов и влияющие на материальное положение и состояние здоровья мужчин и женщин**

Уровни (сферы) действия основных факторов (раздельно для мужчин и женщин)	Факторы в контексте макроуровня (экономические условия, социальная политика)	Факторы в контексте микроуровня (социальные нормы, установки, стереотипы и т. д.)
<i>Мужчины</i>		
Сфера занятости	Вынужденная смена сфер деятельности; возрастание нагрузок на работе, рост конкуренции; неблагоприятные (вредные) условия труда и т. п.	Невозможность реализации притязаний при высокой значимости социально-профессионального статуса, профессиональной карьеры
Домохозяйство	Падение дохода на работе и сокращение возможностей вносить основной вклад в содержание семьи.	Невозможность реализации традиционной социальной роли главы семьи — кормильца в домохозяйстве
Здоровье	Усиление влияния на здоровье стрессов на работе, неустроенности жизни, а также связанных с ними рост вредных привычек.  Появление на рынке в больших количествах дешевых суррогатов алкоголя, табачных изделий и т. д.	Низкая культура самосохранительного поведения, установки на инструментальное, пренебрежительное отношение к своему здоровью как гендерная социальная норма
<i>Женщины</i>		
Сфера занятости	Более низкие позиции в сфере занятости, а также закрепление вторичных (менее высокооплачиваемых и престижных) позиций на рынке труда, ведущих к более низкому уровню дохода и возможностям доступа к различным ресурсам	Нормы флексibility женского труда, нацеленности на вторые роли на работе, "исполнительский" характер при разделении труда и т. д., связанные с необходимостью сочетать роли "труженицы", с одной стороны, и хозяйки жены и матери — с другой
Домохозяйство	Сохранение двойной нагрузки; ухудшение положения в домохозяйстве в связи с тем, что ответственность за содержание семьи все чаще ложится на женщин, особенно в бедных домохозяйствах, среди которых много неполных семей или в которых мужчины не являются основными кормильцами	Ответственность за ведение хозяйства, которая стимулирует ответственность за благополучие семьи, необходимость кормить семью в условиях отсутствия необходимых для этого средств, приводящие как к стрессам, так и к включению женщин в дополнительную занятость
Здоровье	Сокращение возможностей заботиться о своем здоровье в связи с возросшей нагрузкой в домохозяйстве и падением уровня доходов	Большая ответственность в отношении к своему здоровью по сравнению с мужчинами.  Более высокая культура самосохранительного поведения

Примечание. На основании исследования по проекту INTAS Ref. № 03-51-3769, которые также использованы в данной работе, см. [14, p. 281—282].

Иллюстрацию сложных взаимосвязей между состоянием здоровья и обстоятельствами трудовой мобильности предоставляет наше лонгитудное исследование. Трудовые переходы были обусловлены комплексом причин, которые не связаны напрямую с материальным положением и состоянием здоровья: не выявлено значимой связи между фактом трудовых переходов и показателями самооценок материального положения и самооценок здоровья. Но очевидны значимые различия для мужчин и женщин в видах трудовых переходов. Такой радикальный их тип, как смена специальности (вынужденный в большинстве случаев в нашем исследовании обстоятельствами социально-экономического кризиса), чаще был присущ мужчинам: 32% против 18% у женщин. Ответственность за семью не была решающим его фактором: меняли специальность примерно в равной степени и те, кто считал себя кормильцем семьи, и те, кто не считал себя таковым, хотя в большей степени те, у кого были несовершеннолетние дети. При этом у сменивших специальность ощущение напряжения выше обычного (41% против 17% у стабильных в этом отношении). Но отметим также, что этот тип трудового перехода в целом приводит к более высокому ощущению своей полезности (31 и 11% соответственно). Смена работы была более распространенным типом трудовых переходов (41% в выборке), и чаще его практиковали женщины. Она оказалась отрицательно связанной с самооценкой здоровья — доля говоривших о его ухудшении была выше среди тех, кто менял место работы (19 и 8%), и, кроме того, не способствовала росту ощущения своей полезности и способности принимать решения, хотя играла значимую роль в снижении напряженности.

Различия в социальных ролях и статусе в обществе женщин и мужчин влияют на их реагирование на изменения в них в результате воздействия внешних обстоятельств. Так, гендерные различия в смертности и болезнях исследователи объясняют в том числе разной степенью влияния макроэкономического стресса на женщин и мужчин в силу различий в их социальных ролях. "Мужчинам больше свойственно вовлечение в политическую и экономическую сферу, где разочарование и ощущение потери контроля над собственной судьбой могут доминировать. Женщины, в силу причин экономического характера также вовлеченные в сферу общественной занятости, имеют обычно традиционный круг забот: домашнее хозяйство, семья, дети, муж, родители. Эти заботы вносят в их жизнь ощущение смысла и чувство ответственности, которые в определенной мере служат защитой от социального стресса и способны компенсировать его последствия" [15, с. 23]. По данным И.Б. Назаровой, мужчины и женщины по-разному реагируют на одни и те же экономические проблемы: мужчины переносят их сложнее, не используя эффект социальных и культурных факторов [16, с. 152]. Данные нашего лонгитудного исследования также подтверждают это: при том, что женщины чаще говорили о снижении способности противостоять трудностям (10,3 и 21,9%), они значительно чаще чувствовали себя полезными (больше, чем обычно, ее ощущают 8,5% мужчин и 21,5% женщин).

Изменения *социальных ролей в семье* — также важный фактор, влияющий на различия в здоровье. Так, А.В. Решетников связывает углубление различий в состоянии здоровья и уровне смертности между мужчинами и женщинами с разрушением советской моде-

ли семьи (оба супруга заняты в общественном производстве при поддержке такой модели государством) и пропагандой новой модели (муж — кормилец семьи, жена — домохозяйка), которая оказывается неосуществленной институционально. Невозможность исполнения роли кормильца семьи повлияла на уровень смертности мужчин [11, с. 246]).

Статистические данные показывают также ряд социальных факторов, которые влияют на снижение гендерных различий в смертности, — это уровень образования, место проживания, характер труда [16, с. 23].

С другой стороны, при исследовании причин различий в здоровье между мужчинами и женщинами важно учитывать дифференциацию в социальном положении — насколько различия между социальными группами глубже, чем между женщинами и мужчинами в целом. Так, М. Бартли отмечает, что сравнение только долей заболеваемости мужчин по сравнению с женщинами не дает обоснованного результата, поскольку мужчины и женщины имеют слишком разные комбинации социальных ролей. При сравнении мужчин и женщин, которые находятся в сходных социальных и экономических ситуациях, гендерные различия в здоровье становятся значительно меньше или даже исчезают [17]. Исследования связи между социальным классом и здоровьем показывают, что смерть и болезнь социально структурированы и варьируют в соответствии с различиями в уровне жизни [18, р. 117].

При рассмотрении причин гендерного неравенства следует учитывать два уже упоминавшихся выше основных направления их объяснения. Одно из них концентрируется на материальных причинах, связанных с неравенством в социально-экономических позициях, другое — на культурных (поведенческих) нормах, ценностях, убеждениях, обуславливающих механизмы поведения [17, р. 16]. Эти два объяснения могут концептуально объединяться при видении поведенческих/культурных факторов как выражений (проявлений) социально-классовой позиции, т. е. когда при объяснении поведения в сфере здоровья принимается во внимание социальный и классовый контекст этого поведения [18, р. 119]. Структурно-стратификационные и поведенческие факторы взаимосвязи гендера и здоровья объединяются в представлениях о роли среднего класса в продуцировании и распространении позитивных образцов здорового образа жизни (У. Кокерхэм), и проблемой России в этом отношении является то, что стабильный и массовый средний класс еще не сформирован [19].

Вопрос о приоритете тех или иных объяснительных моделей взаимосвязи гендера, здоровья и материального положения в российском обществе остается открытым. В большей степени распространены объяснения этого явления, основанные на поиске общих причин, связанных с ростом социальных неравенств и т. д. По данным последних исследований, наиболее существенны различия по показателям заболеваемости в слоях населения с разным уровнем доходов [20]. Многие показатели здоровья среди богатых россиян в целом в разы выше, чем среди тех, кто живет за чертой бедности, и это более дифференцирующий фактор, чем пол (хотя такие факторы, как, например, стрессы, практически в равной мере негативно влияют на здоровье представителей среднего класса и безработных [21, с. 79—81]). В то же время формируется мнение о том, что общая причина феминизации бедности в систематическом преимуществе мужчин перед женщинами, предостав-

ляемом патриархатным гендерным порядком во всех институтах (на рынке труда, в социальной политике, в семье) [22].

В то же время в исследованиях гендерных неравенств, связанных со здоровьем, предпочтения зачастую отдаются поведенческим объяснениям. Так, исследователи полагают, что большая разница в таком показателе, как продолжительность жизни, между мужчинами и женщинами указывает на наличие *особых поведенческих факторов*, а не на особенности внешней среды или неадекватность системы здравоохранения в России, поскольку последние затрагивают мужчин и женщин практически в равной степени [3]. Широкий спектр гендерных различий в поведении относительно своего здоровья, обнаруживаемый в исследованиях, также подтверждает значимость поведенческих факторов в объяснении гендерных неравенств в здоровье. Более позитивные практики отношения к здоровью у женщин охватывают целый комплекс аспектов: питание, саморазвитие, самореализация, организация свободного времени, вредные привычки [23, с. 128]. Гендерные стереотипы, на базе которых эти практики формируются, оказывают действенное влияние на поведение мужчин и женщин в сфере самосохранительного поведения [16, с. 315]. В нашем исследовании свидетельством существования этих стереотипов является то, что женщины значительно чаще мужчин склонны говорить об ухудшении здоровья (52% против 34%), хотя многие его показатели оцениваются мужчинами и женщинами одинаково (кроме чувства беспокойства: 31% у женщин и 17% у мужчин). В то же время значимо различаются некоторые характеристики, связанные с установками в отношении как здоровья, так и социального статуса, и в более широком смысле — с определяющими их нормативными факторами. В нашем более раннем исследовании выявлен комплекс поведенческих характеристик, связанных с успешной занятостью, качеством социальных связей и профилактикой здоровья (т. е. взаимосвязи структурных и поведенческих характеристик). Они могут положительно влиять на выход из ситуации бедности и нездоровья [24], и они чаще характеризовали женщин [25]. Особый стиль жизни российских мужчин связан главным образом с употреблением алкоголя (прежде всего мужчин средних лет, принадлежащих к рабочему классу), рискованным поведением и т. д., чему посвящены в том числе международные исследования [26, 27]. Россия относится к странам с самыми высокими показателями распространенности курения среди мужчин в мире, хотя доля курящих женщин увеличивается; в большей степени мужчины подвергаются травматизму, чаще кончают жизнь самоубийством и т. д. К особенностям поведенческих установок мужчин относятся установки на избегание медицинской помощи, минимальной заботы о своем здоровье [24]. В то же время подчеркиваются значимость и приоритетность социально-экономических условий, общего социального контекста жизни населения в вариациях здоровья мужчин и женщин [28]. По данным исследований [1, с. 120], влияние поведенческих факторов весьма умеренно, роль факторов, связанных с социальной структурой, выражена значительно сильнее.

Тем не менее, какая бы объяснительная модель ни использовалась, контрастность статистически фиксируемых различий показывает, что биологические и социальные факторы, действуя в совокупности, под

влиянием российских социально-экономических трансформаций углубляют друг друга. В этой связи особенно актуальна многоаспектность анализа их взаимовлияния. В формировании гендерно ориентированной социальной политики важно учитывать, что гендерные различия формируются и закрепляются на институциональном уровне, через действие ценностей и норм, вплетенных в организационные структуры в различных сферах жизни общества — экономической, политико-правовой, культурно-религиозной и т. д. Это усиливает различные виды гендерных неравенств, в том числе в здоровье, путем ограничений в доступе к ресурсам, выборе тех или иных стратегий поведения в сфере занятости, экономической сфере и т. д.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Scambler A. Women and health. In: *Sociology as Applied to Medicine* / Ed. G. Scambler. 5th ed. Harcourt Publishers Limited; 2003: 34—41.
2. *Женщины и мужчины России: Статистический сборник*. М.; 2004.
3. "Рано умирать..." Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения. Краткое изложение / Европа и Центральная Азия, Департамент социального развития, Всемирный банк. 2005.
4. Иванова Е.И. Смертность российских мужчин (мужчины и региональные различия). *Социологические исследования*. 2010; 5: 87—99.
5. Браун Дж.В., Панова Л.В., Русинова Н.Л. Гендерные различия в здоровье. *Социологические исследования*. 2007; 6: 114—22.
6. Григорьева Н.П., Чубарова Т.В. Гендерный подход в здравоохранении. М.: Альфа Принт; 2001.
7. Иванова Л.Ю. Самосохранительное поведение и его гендерные особенности. Россия реформирующаяся. Ежегодник 2005. М.: Институт социологии РАН; 2006: 110—33.
8. Шилова Л.С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения. *Социологические исследования*. 2000; 11: 134—40.
9. Cockerham W.C. The intersection of life expectancy and gender in a transitional state: the case of Russia. *Sociol. Hlth Illness*. 2012; 34(6): 943—57.
10. Дин К. Методология как фактор искажения информации о здоровье женщин. В кн.: *Здоровье и здравоохранение в условиях рыночной экономики*. М.: Институт социологии РАН; 2000.
11. Решетников А.В. Социология медицины. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
12. Овчарова Л.Н. Бедность в гендерной проекции в странах с переходной экономикой. *Народонаселение*. 2002; 3: 26—39.
13. Ярошенко С.С. Локальные контексты глобальной проблемы феминизации бедности. В кн.: *Глобализация и гендерные отношения: вызовы для постсоветских стран*. Самара: Самарский университет; 2005: 112—8.
14. Popova I. Gender, health and poverty. In: *Health and Health Care in the New Russia* / Eds N. Manning, N. Tihonova. Ashgate. Aldershot. Brookfield USA, etc. 2009: 227—49.
15. *Неравенство и смертность в России* / Под ред. В. Школьникова, Е. Андреева, Т. Малевой. М.: Сигнал; 2000.
16. Назарова И.Б. *Здоровье занятого населения*. М.: Макс-Пресс; 2007.
17. Bartley M. *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts, and Methods*. Polity Press; 2004.
18. Scambler G., Blane D. *Inequality and social class*. In: *Sociology as Applied to Medicine* / Ed. G. Scambler. 5th ed. Harcourt Publishers Limited; 2003: 56—9.
19. Cockerham W.C. Health lifestyles and the absence of the Russian middle class. *Sociol. Hlth Illness*. 2007; 29 (3): 457—73.
20. *Краткие итоги выборочного обследования "Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения"*. Исследование Госкомстата РФ. URL [http://www.gks.ru/free\\_doc/2008/demo/zdr08.htm](http://www.gks.ru/free_doc/2008/demo/zdr08.htm) (дата обращения 5.08.2011).

21. Варламова С.Н., Седова Н.Н. Здоровый образ жизни — шаг вперед — два шага назад. *Социологические исследования*. 2010; 4: 75—88.
22. Ярошенко С. Гендерные различия стратегий занятости работающих бедных в России. *Рубеж*. 2001; 16: 25—49.
23. Шабунова А.А., Шухатович В.Р., Корчагина П.С. *Здоровьесберегающая активность как фактор здоровья: гендерный аспект. Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. 2013; 3 (27): 123—32.
24. Попова И.П. Поведение в отношении здоровья и материальное положение: гендерные аспекты (на данных лонгитюдного опроса). *Здравоохранение Российской Федерации*. 2007; 1: 47—50.
25. Попова И.П. Позитивная динамика здоровья населения: поведенческие модели (по данным лонгитюдного опроса). *Социология медицины*. 2006; 1: 22—30.
26. Abbott P.A., Turmov S., Wallace C. Health world views of post-soviet citizens. *Soc. Sci. Med.* 2006; 62: 228—38.
27. Cockerham W.C. Health lifestyles in Russia. *Soc. Sci. Med.* 2000; 51: 1313—24.
28. Nicholson A., Bobak M., Murphy M., Rosec R., Marmot M. Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women — a life course approach. *Soc. Sci. Med.* 2005; 61: 2345—54.
10. Din K. Methodology as a factor in distorting information about women's health. In: *Health and Health Care in Market Economy Conditions [Zdorov'e i zdravookhranenie v usloviyakh rynochnoy ekonomiki]*. Moscow: Institut sotsiologii RAN; 2000: 70—2. (in Russian)
11. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine [Sotsiologiya meditsiny]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. (in Russian)
12. Ovcharova L.N. Poverty in gender perspectives in the countries with transition economy. *Narodonaselenie*. 2002; 3: 26—39. (in Russian)
13. Yaroshenko S.S. Local contexts of global issues in the feminization of poverty. In: *Globalization and Gender Relations: Challenges for Post-Soviet Countries [Globalizatsiya i gendernye otnosheniya: vyzovy dlya postsovetsskikh stran]*. Samara: Samarskiy universitet; 2006: 112—8. (in Russian)
14. Popova I. Gender, health and poverty. In: *Health and Health Care in the New Russia / Eds N. Manning, N. Tihonova*. Ashgate. Aldershot. Brookfield USA, etc.; 2009: 227—49.
15. *Inequality and Mortality in Russia*. Eds V. Shkol'nikov, E. Andreev, T. Maleva. Moscow: Signal; 2000. (in Russian)
16. Nazarova I.B. *Health of the Employed Population [Zdorov'e zanyatogo naseleniya]*. Moscow: Maks-Press; 2007. (in Russian)
17. Bartley M. *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts, and Methods*. Polity Press; 2004.
18. Scambler G., Blane D. *Inequality and social class. In: Sociology as Applied to Medicine / Ed. G. Scambler*. 5-th ed. Harcourt Publishers Limited; 2003: 56—9.
19. Cockerham W.C. Health lifestyles and the absence of the Russian middle class. *Sociol. Hlth Illness*. 2007; 29 (3): 457—73.
20. *Brief results of the sample survey "Impact of behavioral factors on health status of the population." The study of Goskomstat of the Russian Federation*. URL [http://www.gks.ru/free\\_doc/2008/demo/zdr08.htm](http://www.gks.ru/free_doc/2008/demo/zdr08.htm) (accessed: 5.08. 2011). (in Russian).
21. Varlamova S.N., Sedova N.N. Health lifestyle: one step forward — two steps back. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2010; 4: 75—88. (in Russian)
22. Yaroshenko S. Gender differences in the employment strategies of Russia's working poor. *Rubezh*. 2001; 16: 25—49. (in Russian)
23. Shabunova A.A., Shukhatovich V.R., Korchagina P.S. Health saving activity as health factor: gender aspect. *Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz*. 2013; 3 (27): 123—32. (in Russian)
24. Popova I.P. Health behavior and financial situation: gender aspects (on data from a longitudinal survey). *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2007; 1: 47—50. (in Russian)
25. Popova I.P. A positive dynamic in the health of the population: behavioural models (from the data of longitudinal survey). *Sotsiologiya meditsiny*. 2006; 1: 22—30. (in Russian)
26. Abbott P.A., Turmov S., Wallace C. Health world views of post-soviet citizens. *Soc. Sci. Med.* 2006; 62: 228—38.
27. Cockerham W.C. Health lifestyles in Russia. *Soc. Sci. Med.* 2000; 51: 1313—24.
28. Nicholson A., Bobak M., Murphy M., Rosec R., Marmot M. Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women — a life course approach. *Soc. Sci. Med.* 2005; 61: 2345—54.

Поступила 14.08.2014

#### REFERENCES

1. Scambler A. Women and health. In: *Sociology as Applied to Medicine / Ed. G. Scambler*. 5 th ed. Harcourt Publishers Limited; 2003: 34—41.
2. *Women and men of Russia. Compendium of Statistics. Statistical collection [Zhenshchiny i muzhchiny Rossii: Statisticheskii sbornik]*. Moscow; 2004. (in Russian)
3. "Early to Die ..." *The High Rate of Morbidity and Premature Mortality from Non-infection Diseases and Injuries in the Russian Federation and Ways of their Solution*. Summary / Europe and Central Asia, World Bank [Rano umirat']. 2005. (in Russian)
4. Ivanova E.I. Mortality of Russian men (men and regional differences). *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2010; 5: 87—99. (in Russian)
5. Braun Dzh.V., Panova L.V., Rusinova N.L. Gender differences in health. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2007; 6: 114—22. (in Russian)
6. Grigor'eva N.P., Chubarova T.V. *Gender Approach in Health Care [Gendernyy podkhod v zdravookhraneni]*. Moscow: Al'fa Print; 2001. (in Russian)
7. Ivanova L.Yu. *Self-care behaviour and its particular gender features. In: Reforming Russia. Yearbook 2005 [Rossiya reformiruyushchayasya]*. Moscow: Institut sotsiologii RAN; 2006: 110—33. (in Russian)
8. Shilova L.S. Changes in the female model of self-care behavior. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2000; 11: 123—32. (in Russian)
9. Cockerham W.C. The intersection of life expectancy and gender in a transitional state: the case of Russia. *Socio. Hlth Illness*. 2012; 34 (6): 943—57.

Received 14.08.2014