

О.Н. Бурмыкина

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ПРАКТИКАХ ЗДОРОВЬЯ: ПОДХОДЫ К ОБЪЯСНЕНИЮ И ЭМПИРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

В статье рассматриваются концептуальные подходы к объяснению гендерных различий в практиках здоровья и реальные практики. Анализируются биомедицинский, социомедицинский и контекстуальный подходы. На основе данных исследования «Ваше здоровье и медицинское обслуживание», проведенного в 2003 г. в Санкт-Петербурге, эмпирически фиксируется реальное поведение в сфере здоровья, а именно паттерны курения. Анализируются их гендерные особенности, выявляются детерминирующие их факторы. Делается вывод о том, что курение скорее связано с поло-возрастными характеристиками и в какой-то мере с образовательным уровнем и характером семейной атмосферы, нежели с материальным благосостоянием, статусом занятости и семейным положением. Статистически значимые и самые сильные дифференциации в паттернах курения зафиксированы по признаку пола.

Введение

Изучение поведенческих практик, направленных на сохранение и укрепление здоровья, является частью общей проблемы исследований неравенств в здоровье. Модели этих практик представляют собой элементы особого жизненного стиля, характеризующего способность личности предвидеть проблемы и активно их преодолевать. Связанное со здоровьем поведение «вытекает», таким образом, из общих паттернов жизни, отражающих социальные ценности, психологическое благополучие и интегрированность личности в культуру, доминантной для данного общества (Mechanic 1985).

Среди значимых факторов, приведших к увеличению уровня заболеваемости и риска преждевременной смертности в нашей стране, наряду с чрезвычайно высокими темпами экономических и социальных трансформаций, ухудшением состояния здравоохранения, деградацией окружающей среды, эксперты называют и недооценку населением ценности здоровья и нездоровые типы поведения. К числу последних, называемых еще поведением риска, относят в первую очередь злоупотребление алкоголем и курение. По мнению ряда российских исследователей, избыточная смертность во многих социально-демографичес-

ких группах в большей мере связана с психологическими, культурными и поведенческими аспектами, чем с бедностью или плохой работой медицинских служб (Неравенство и смертность... 2000: 86). Так, одной из основных причин, обусловивших крайне неблагоприятные тенденции в здоровье населения России в последнее десятилетие, называется рост смертности в эти годы от злоупотребления алкоголем (Немцов 1997; Немцов, Школьников 1999; Вишневский 2000). А.В. Немцов и В.М. Школьников предполагают, что повышенная смертность в 1992–1996 гг. в значительной степени была связана с потреблением алкоголя, и оценивают алкогольный урон (прирост смертей за счет алкоголя и повышения его токсичности) приблизительно в 2,5 млн человек (Немцов, Школьников 1999). С точки зрения других отечественных специалистов, резкий подъем смертности в середине 1990-х гг. нельзя сводить лишь к факторам риска, в частности к проблеме алкоголизма и обусловленных им последствий, хотя ее доминирующая роль несомненна (Иванова, Семенова и др. 2002; Иванов, Суворов 2003). Во второй половине 1990-х гг. в России началось снижение реального потребления спиртных напитков. В 1998 г. оно вернулось к уровню 1991–1992 гг. и составило 13,0–13,5 литров чистого алкоголя на человека в год (Немцов 2001). В начале нового века проблема злоупотребления алкоголем в России обостряется вновь, о чем свидетельствуют растущие показатели числа больных с впервые установленным диагнозом «алкоголизм» и больных алкогольными психозами, числа женщин и подростков, больных алкоголизмом (Кошкина 2001, 2004).

Курение также рассматривается как одна из ведущих причин заболеваемости и смертности современного населения (Peto, Lopes et al. 1994; Ezzati, Lopes 2004). Ежегодно вследствие курения умирают 3,5 млн. человек по всему миру. Прогнозируется, что к 2020 г. этот показатель возрастет в три раза (Вартанян, Гэн Цин Жу, Рожецкая 2002). По данным отечественных исследователей, в России ежегодно около 300 тыс. человек умирают от причин, связанных с курением табака (Заридзе, Карпов, Киселева и др. 2002).

Западные специалисты, изучавшие причины ухудшения здоровья населения в России, также называли нездоровые типы поведения в качестве основной причины роста смертности (Cockerham 1997; Carlson 2001). Одни называли алкоголь самым важным фактором в объяснении причин повышения смертности в России в период с 1987 по 1994 гг. (Leon et al. 1997, 1998), другие подчеркивали вклад курения в высокую смертность населения (Peto, Boreham et al. 1992; McKee, Bobak, Rose et al. 1998).

Итак, оценки отечественных и зарубежных специалистов в том, что касается вклада в высокую смертность и ухудшение здоровья населения поведения риска, различаются. Эксперты единодушны в том, что подобное поведение взаимосвязано с сердечно-сосудистыми и онкологическими болезнями, которые являются основными факторами современной структуры заболеваемости. Эта взаимосвязанность и обуславливает актуальность изучения поведенческих практик здоровья в целом, в том числе и поведения риска. На практике это находит подтверждение в создании постоянно действующей системы мониторинга факторов риска инфекционных заболеваний среди населения (Потемкина, Глазунов, Оганов, Камардина и др. 2005; Потемкина, Глазунов, Кузнецова, Петрухин и др. 2005).

В настоящее время нет ни общего термина в обозначении поведения, направленного на сохранение и укрепление здоровья, ни широко принятого его определения. В отечественной науке чаще всего используется понятие «*самосохранительное поведение*» (Журавлева 1989; Антонов 1989; Шилова 1999, 2000; Дмитриева 2002), в западной — «*здоровое поведение*» (health behavior), «*поведение, связанное со здоровьем*» (health-related behavior) (Waldron 1988), «*здоровые стили жизни*» (health lifestyles) (Blaxter 1990; Abel 1991; Cockerham 1995). Обычно *самосохранительное поведение* трактуется как система действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья и продление жизни. Эмпирическими индикаторами такого поведения являются наличие или отсутствие вредных привычек, уровень информированности и грамотности относительно рисков в сфере здоровья, ценность здоровья и степень активности в его поддержании (Журавлева 1989, 1993). Под *связанным со здоровьем поведением* подразумевается любое поведение, которое либо действительно оказывает существенное влияние на здоровье, либо по поводу которого имеется всеобщее убеждение в таком влиянии (Waldron 1988). В нем выделяются поведение риска, превентивное поведение и поведение, связанное с лечением и самолечением. *Здоровые стили жизни* определяются как общие паттерны связанного со здоровьем поведения, основанные на выборе из вариантов, которые доступны людям в соответствии с их жизненными шансами. Эти жизненные шансы включают социально-экономические переменные, возраст, пол, расу, этничность и другие релевантные индикаторы, которые влияют на выбор стиля жизни. Когда речь идет о здоровье, стиль жизни может включать и формы взаимодействия с медиками для проверки здоровья и превентивной помощи, но основная активность имеет место за пределами системы предоставления медицинских услуг. Для большинства людей здоровый стиль жизни — это спектр решений относительно питания, физических упражнений, совладания со стрессом, курения, употребления алкоголя и наркотиков, риска несчастных случаев. Поведение как результат взаимодействия выборов и шансов имеет либо положительные, либо отрицательные последствия для здоровья (Cockerham, Rutten, Abel 1997).

Социологическое осмысление понятия «*здоровые стили жизни*» развивается под влиянием взглядов М. Вебера, указавшего на диалектическую взаимосвязь жизненных шансов и индивидуальных выборов при формировании стиля жизни (Weber 1922). Вероятность реализации жизненных шансов коренится во многом в социально структурных условиях. Люди имеют ряд свобод, но не свободны полностью при выборе стиля жизни. У них есть свобода выбора в рамках социальных ограничений, которые накладываются их жизненной ситуацией. В контексте рассуждений Вебера, ограничения стиля жизни являются, главным образом, социально-экономическими. Те, кто имеет желание и средства, могут выбирать, в отличие от тех, у кого средства отсутствуют, даже если есть желание. Стили жизни людей с ограниченными материальными возможностями в большей степени детерминируются внешними обстоятельствами. По мнению Коккерхэма и его коллег, социально-экономические критерии недостаточны для объяснения эволюции и распространения стилей жизни в современном обществе (Cockerham, Rutten, Abel 1997). Особенно это касается здоровых стилей жизни: очевидно, что большинство людей практикуют определенные типы поведения, способствующие

(или не способствующие) здоровью, независимо от их социально-экономических позиций. Очевидно и то, что иные переменные, подобно гендеру и возрасту, могут «производить» гендерно- и возрастно-специфические здоровые стили жизни. Западные исследователи отмечают, что, возможно, одним из самых плодотворных подходов к изучению здоровых стилей жизни является подход, который фокусируется на гендерных различиях в поведенческих и аттитюдных переменных (Dean 1989: 138). Эту точку зрения разделяют и отечественные исследователи, о чем свидетельствует появление ряда работ в русле гендерного подхода к исследованию здоровья в целом и поведенческих практик здоровья (Журавлева 1993; Шилова, Копина 1993; Палосуо, Журавлева и др. 1998; Шурыгина 1996; Шилова 1999, 2000; Корхова 2000; Григорьева 2001; Дмитриева 2002; Камардина и др. 2002). Выбор гендерных различий в качестве социокультурного основания неравенств в здоровье и поведении, связанном со здоровьем, обусловлен в том числе и тем обстоятельством, что гендер структурирует жизненные шансы сохранения здоровья и доступ к материальным и общественным ресурсам, благоприятствующим его поддержанию.

В данной работе наше внимание будет сосредоточено на концептуальных подходах к объяснению гендерных различий в практиках здоровья и на эмпирическом анализе одной из таких практик.

Задачи исследования заключались в том, чтобы:

1. Изучить существующие концептуальные подходы к объяснению гендерных дифференциаций в здоровье и в связанном с ним поведении.
2. Эмпирически зафиксировать реальное поведение в сфере здоровья на примере паттернов курения.
3. Проанализировать гендерные особенности этих паттернов.
4. Выявить факторы, детерминирующие курительное поведение.

Решение первой задачи опиралось на анализ работ зарубежных и отечественных специалистов, посвященных исследованию гендерных различий в здоровье и связанном со здоровьем поведении. Для решения остальных задач проводился анализ эмпирических данных, собранных в исследовании «Ваше здоровье и медицинское обслуживание», проведенном в 2003 г.*

Концептуальные подходы к объяснению гендерных различий в здоровье и практиках здоровья

Различия в здоровье мужчин и женщин общепризнанны. Основной вопрос, который встает при изучении *гендерных дифференциаций здоровья*, состоит в том, являются ли они биологически или генетически детерминируемыми или формируются культурой и окружающей средой (Lane, Donald 2003). Ответ на него дается с позиций различных концептуальных подходов (Kandrack et al. 1991).

Согласно *биомедицинскому подходу*, наблюдаемые гендерные различия в здоровье являются биологическим «продуктом», основанным на унаследованных

* Исследование проведено при поддержке РФФИ (проект № 02-06-80428) «Социальные неравенства в транзитивном обществе: теоретическое и экспериментальное исследование процесса формирования неравенств в доступности медицинской помощи».

рисках. Например, гендерные различия в продолжительности жизни могут быть объяснены биофизическими различиями между мужчинами и женщинами, а именно тем, что мужчины менее «прочны» и более уязвимы, чем женщины. Жизнестойкость и адаптационные ресурсы женского организма связывают с поддержкой репродуктивной функции (Урланис 1978; Геодакян 1989; Шилова 2000).

Социомедицинский подход предполагает, что различия определяются разными *социоструктурными позициями* мужчин и женщин, а также *поведенческими и психосоциальными факторами*. Так, большое число исследований, в которых изучалось здоровье мужчин и женщин с *социоструктурных позиций*, показало, что такие социальные индикаторы, как образование, статус занятости и социально-экономический статус, брачный и родительский статус, социальная поддержка, тесно связаны со здоровьем людей и их благополучием и объясняют гендерные различия в нездоровье (Arber 1997; Denton et al. 2003; Назарова 2003; Тапилина 2004). Женщины занимают иные, по сравнению с мужчинами, структурные позиции: они чаще не работают, заняты в иных профессиях, у них, в целом, ниже доходы; они чаще воспитывают детей в одиночку. Обнаруживаются гендерные дифференциации в *поведении* мужчин и женщин, характеризующем их *стили жизни в здоровье*: курение и потребление алкоголя — наиболее значимые детерминанты статуса здоровья для мужчин, тогда как низкая физическая активность — для женщин (Denton et al. 2003; Blaxter 1990). Наблюдаются и гендерные особенности проявления психосоциальных факторов — критических событий жизни, хронических стрессоров и психологических ресурсов. Например, стресс может переживаться женщинами и мужчинами различным образом. Женщины реагируют больше на текущее напряжение, на стрессы, переживаемые другими людьми, и на стрессы, связанные с их семейными и брачными ролями. Мужчины же чаще страдают от экономических стрессоров (снижение зарплат, потеря работы) (Denton et al. 2003). Проявление таких психологических ресурсов, как самооценка, самоэффективность, контроль над жизнью, локус контроля здоровья, чувство согласованности и др., также различно среди мужчин и женщин (Carlson 2001).

Изучение социальных механизмов, ответственных за гендерные различия в здоровье, в рамках социомедицинского подхода опирается на проверку двух концептуальных гипотез: *гипотезы неравного воздействия* и *гипотезы различной уязвимости* (Denton et al. 2003). В соответствии с первой, социоструктурные, поведенческие и психосоциальные факторы оказывают неравное воздействие на здоровье мужчин и женщин. Женщины демонстрируют повышенный уровень нездоровья из-за ограниченности своего доступа к материальным и общественным ресурсам, способствующим сохранению здоровья, а также довольно высокий уровень стресса, связанного с реализацией гендерных ролей. Согласно второй, мужчины и женщины по-разному реагируют на одни и те же факторы, воздействующие на здоровье. Иначе говоря, мужчины и женщины различаются в уязвимости относительно детерминант здоровья. Женщины демонстрируют большее количество проблем со здоровьем в силу того, что благодаря особенностям социализации, культурной идентичности и физиологии они иначе, нежели мужчины, реагируют на материальные, поведенческие и социально-психологические условия, формирующие здоровье.

Поскольку *биомедицинский* и *социомедицинский* подходы переплетаются, достаточно трудно выделить их отдельных вклад в гендерные различия. Как указывает исследовательница Лорбер, «гендерные различия в здоровье вытекают из социального взаимодействия и социального статуса и в комплексе взаимодействуют с биологией, генетической наследственностью, гормонами и физиологией» (Lorber 1997: 21).

Объяснение *гендерных различий в поведении*, связанном со здоровьем, также опирается на указанные выше концептуальные подходы. Исключительно *биомедицинский* подход недостаточен, т. к. биологические различия между полами могут объяснять только отдельные реакции и состояния, но не общий паттерн поведения. Например, предполагалось, что женщинам может быть присуща большая чувствительность к никотину, чем мужчинам, следовательно, среди людей, выкуривших первую сигарету с высоким или умеренным уровнем никотина, девочки могут более вероятно, чем мальчики, испытывать никотиновую передозировку и почувствовать себя плохо. Те, кто чувствуют себя плохо после первой сигареты, менее вероятно будут курить в дальнейшем (Silberstein et al. 1980). Однако эти эффекты вносят незначительный вклад в гендерные различия в курении. Уолдрон, ссылаясь на исследование Палмер (Palmer 1970), указывает, что данные факторы объясняют около 3 % гендерных различий в практике регулярного курения (Waldron 1991). Еще одна биологическая гипотеза заключается в том, что большая распространенность курения среди мужчин обусловлена отчасти их высоким уровнем тестостерона. Предполагается, что тестостерон может стимулировать личностные характеристики, которые увеличивают вероятность курения. Однако соотношение между уровнем тестостерона и курением оказалось несопоставимым в различных исследованиях. Таким образом, возможное влияние половых гормонов остается неясным и неопределенным (Waldron 1991).

Социомедицинский подход интегрирует социоструктурные, культурные и психосоциальные объяснения. Согласно структурной теории, мужчины и женщины выполняют разные социальные роли и занимают разные социальные позиции. Гендерная роль — это дифференциация деятельности, статусов, прав и обязанностей индивидов в зависимости от их половой принадлежности. Гендерные роли представляют собой вид ролей социальных, они нормативны, выражают определенные социальные ожидания, проявляются в поведении. На уровне культуры они существуют в контексте определенной системы половой символики и стереотипов маскулинности и фемининности. Гендерные роли всегда связаны с определенной нормативной системой, которую личность усваивает и преломляет в своем сознании и поведении (Кон 1975; Клецина 1998).

Гендерные роли отражаются в существующих в обществе гендерных стереотипах, оказывающих большое влияние на процесс социализации детей и во многом определяющих его направленность. Под гендерными стереотипами понимаются стандартизированные представления о моделях поведения и чертах характера, соответствующие понятиям «мужское» и «женское». По мнению И.С. Клециной, все описываемые в литературе гендерные стереотипы можно объединить в три группы. В первую группу входят *стереотипы маскулинности-фемининности*, отражающие нормативные представления о соматических, пси-

хических и поведенческих свойствах, характерных для мужчин и женщин. Обыденное сознание склонно абсолютизировать психофизиологические и социальные различия полов, отождествляя маскулинность с активно-творческим, культурным началом, а фемининность — с пассивно репродуктивным, природным. Эти нормативные представления полярно и иерархически противопоставляют мужчин и женщин: мужчины доминантны, независимы, компетентны, самоуверенны, агрессивны и склонны рассуждать логически; женщины покорны, зависимы, эмоциональны, конформны и нежны. Вторая группа гендерных стереотипов касается *закрепления семейных и профессиональных ролей в соответствии с полом*. Для женщин главными социальными ролями предписаны семейные роли (мать, хозяйка), для мужчин — профессиональные роли. Мужчин принято оценивать по профессиональным успехам, женщин по наличию семьи и детей. Третья группа связана с *различиями в содержании труда*. Удел женщин — это экспрессивная сфера деятельности, где главным является исполнительский и обслуживающий характер труда, инструментальная же сфера — это область деятельности мужчин, где главным является творческий, созидательный, руководящий труд. Все эти гендерные стереотипы демонстрируют чрезвычайную жизнестойкость. Прочная их укорененность в сознании большинства населения способствует активному воспроизводству таких стереотипов из поколения в поколение (Клецина 1998: 15–16).

Гендерные роли и стереотипы, а также личные мотивы и цели индивида и оказывают влияние на социальные установки относительно связанного со здоровьем поведения мужчин и женщин. По мнению ряда исследователей, именно половая роль и предъявляемые к ней социальные ожидания выступают центральным фактором гендерных различий в связанном со здоровьем поведении (Шурыгина 1996; Гурвич 1999).

В качестве примера реализации социокультурного подхода приведем исследование Уолдрон, которая изучала паттерны и причины гендерных различий в курении в западных странах в XX в. (Waldron 1991).

В целом, распространенность курения выше среди мужчин. В начале XX в. курение среди женщин было достаточно редким. Начиная с 1920-х гг. и до середины века наблюдался рост общего числа курильщиков за счет того, что все больше женщин начинали курить. В последние десятилетия этот рост замедлился, особенно среди мужчин. Исторические тренды распространения курения в различных странах были похожи, хотя имелись и значительные вариации во времени и в величине этих трендов.

Среди возможных причинных факторов социального характера гендерных дифференциаций были выделены следующие: *социальное неодобрение курения женщин; различия в ролях и личностных характеристиках; различия в осознаваемой значимости и преимуществ курения*.

Социальное неодобрение препятствовало распространению курения среди женщин. В разные периоды времени приводились разные аргументы. В начале XX века отказ от курения мотивировался репутационными потерями: курящие женщины рассматривались как женщины с дурной репутацией и сексуально доступные. В середине века более часто упоминались протесты семьи и друзей как причина, по которой женщины не начинали курить.

Социальная неприемлемость курения женщин являлась основной причиной того, почему женщины курили меньше, чем мужчины. Очевидно, что социальное неодобрение курения женщин было одним из элементов в целом больших ограничений их поведения, которые были характерными чертами традиционных поло-ролевых норм и ожиданий. На протяжении XX в. гендерные различия в ролях значительно уменьшились, о чем свидетельствовало расширение участия женщин в общественном производстве, возрастание их социального и правового статуса. Женщины стали широко практиковать поведение, которое ранее было приемлемым только для мужчин. Соответственно, наблюдалось и значительное ослабление налагаемых на поведение ограничений. Один из компонентов этой общей либерализации норм, касающихся поведения женщин, увеличил социальную приемлемость их курения. Внесли свой вклад в расширение социальной приемлемости курения женщин и средства массовой информации.

Таким образом, изменения социальной неприемлемости курения объясняли гендерные различия: если социальная неприемлемость росла, то росли и гендерные различия, если наблюдалось терпимое отношение к курению, то гендерные дифференциации сокращались.

Различия в ролях и личностных характеристиках

Социально предписываемые нормы и ожидания, различная социализация девочек и мальчиков внесли свой вклад в различия в роли, опыт и личностные характеристики мужчин и женщин.

Для мужчин главными социальными ролями являются профессиональные роли. Те или иные из них увеличивали риск становления курильщиком. Одна из традиционных ролей — военная служба, где риск курения многократно возрастал, поскольку мужчины могли испытывать большие стрессы. Социальное ограничение курения было незначительно. К тому же военных часто обеспечивали дешевым или бесплатным табаком. В этой среде курение рассматривалось как допустимое и даже нормативное.

Основные социальные роли женщин — семейные. В большинстве обществ они ответственны за воспитание детей, ведение хозяйства, здоровье своей семьи. Изменение статуса занятости женщин увеличивает риск курения. Работающие женщины имеют больший доступ к деньгам, на которые они могут купить сигареты, они более подвержены влиянию мужских привычек и менее подвластны ограничениям, налагаемым на поведение женщин. Умеренная связь между занятостью и курением проявлялась лишь среди женщин старших поколений, для их более молодых современниц она является нехарактерной. Современные международные данные показывают, что оценка участия женщин в общественном производстве не связана с оценкой распространения курения среди них (Pomerleau, Gilmore, Mckee et al. 2004).

Независимость, самоуверенность, агрессивность, а также тенденции к девиациям были более ожидаемы и допустимы для мужчин. Курение являлось одним из показателей проявления этих доминантных мужских черт. Стремление к их демонстрации и более терпимое отношение общества увеличивало риск курения среди мужчин.

Таким образом, различия в социальных ролях и личностных характеристиках объясняли гендерные различия в курении: в ряде случаев общие половые роли и ожидания, касающиеся гендерно одобряемого поведения, внесли вклад в более высокое распространение курения среди мужчин, что, соответственно, влекло за собой рост гендерных дифференциаций. Хотя занятость оказывает незначительное влияние (или вообще не влияет) на курение женщин в современную эпоху, тем не менее, расширение занятости женщин внесло свой вклад в общую либерализацию установок на поведение женщин, включающую расширение приемлемости их курения. Изменения в половых ролях, в свою очередь, способствовали уменьшению размаха гендерных дифференциаций в курении.

Различия в осознании значимости и преимуществ курения

Предполагалось, что гендерные различия в адаптации курения и его прекращении происходили отчасти оттого, что мужчины и женщины придавали разную значимость и по-разному оценивали преимущества и выгоды курения или отказа от него.

Большинство исследований обнаружили незначительные гендерные различия в знаниях и представлениях о том ущербе, которое курение наносит здоровью. Хотя женщины и проявляли большую заинтересованность в здоровье, они не более мужчин отмечали вред курения. Ранние общественные кампании против курения оказали большее влияние на мужчин, поскольку они в большей мере фокусировались на рисках именно их здоровью. Положительному восприятию информации о вреде курения способствовало, во-первых, то, что мужчины, более вероятно, лично знали некоторых представителей своего пола, на чье здоровье курение оказало неблагоприятное влияние. Во-вторых, объективный риск курения, связанного со смертностью и заболеваемостью, был большим для мужчин.

В качестве причин отказа от курения мужчины, более вероятно, называют негативное воздействие курения на свои атлетические способности и физическое состояние. Женщины отказываются от курения по причине беременности (боязнь нанести вред развитию плода), эстетических соображений (неприятный запах и помехи в восприятии вкуса продуктов), а также по финансовым причинам (высокая цена сигарет).

В качестве мотивов курения женщины чаще, чем мужчины, называют «контроль за весом тела» и «способ совладания с напряжением и стрессом». Женщины проявляют больший интерес к поддержанию стройной фигуры из-за желаний соответствовать западным стандартам привлекательности, поэтому они более вероятно, чем мужчины, будут курить для снижения своего веса. Женщины отмечают стрессовые состояния чаще, чем мужчины, и более вероятно практикуют курение как способ уменьшения беспокойства и тревоги, снятия стресса. Таким образом, различия в осознаваемой значимости и преимуществ курения имели смешанное влияние на гендерные различия в курении. В одних случаях они были незначительны, в других — достаточно заметны.

Итак, проведенный Уолдрон анализ продемонстрировал многообразие социокультурных факторов, внесших вклад в гендерные различия в курении. Доминирующим среди них оказались полоролевые нормы и ожидания (гендерные

роли и гендерные стереотипы), поскольку многие детерминанты гендерных различий отражали прямое или опосредованное воздействие последних.

По нашему мнению, в модели объяснения гендерных различий в поведении, связанном со здоровьем, по-видимому, следует включать и *контекстуальный подход*, отражающий параметры внешней среды, в которой осуществляются подобные практики, и проводимую обществом политику относительно данного поведения. Важнейшими параметрами внешней среды, которые, как считается экспертами, могут оказать влияние на поведение, признаются: экономический климат, уровень благосостояния населения и его отдельных групп, приоритетные цели развития общества, выраженность стресса и насилия, превалирующие нормы общества. Проводимая обществом политика относительно поведения здоровья должна отражать специфику каждого типа поведения. Так, политика сдерживания поведения риска (потребление алкоголя и курение) должна включать меры государственного регулирования производства и продажи алкогольных напитков и табачных изделий; соответствующую налоговую политику и рекламную политику средств массовой информации; общественные кампании, направленные на ограничение курения и потребления алкоголя в обществе; систему сбора информации и мониторингования данных факторов риска.

Политика целенаправленного вмешательства в общественное здравоохранение, сегментированная по субгруппам (в том числе гендерным) с разной степенью риска здоровью, должна оказать влияние на предотвращение заболеваемости и преждевременной смертности. Например, программы по предотвращению начала курения и отказа от него могут быть более эффективны, если они будут принимать во внимание гендерные различия в факторах, которые влияют на адаптацию и прекращение курения.

Итак, модели объяснения гендерных различий в поведении, связанном со здоровьем, включают биомедицинский, социомедицинский и контекстуальный подходы. На наш взгляд, доминирующим подходом к объяснению гендерных паттернов поведения в здоровье является социомедицинский.

Эмпирический анализ паттернов курения

В ходе исследования было выдвинуто несколько предположений относительно практик курения и их основных детерминант. Первое, паттерны курения дифференцированы по различным группам населения. Второе, значимыми предикторами курительного поведения являются демографические и социально-структурные переменные, а также характеристики семейных отношений. Мы полагали, что сила воздействия этих факторов не одинакова.

Принципы построения выборки. Эмпирической базой для анализа паттернов курения явилось исследование «Ваше здоровье и медицинское обслуживание», основу которого составляет массовый опрос потребителей медицинских услуг ряда районных поликлиник Санкт-Петербурга. В широкий круг задач этого исследования также входило изучение поведенческих стратегий и практик здоровья (забота о сохранении и укреплении здоровья на протяжении жизни, активность по поддержанию физической формы, курение и потребление алкогольных напитков). Опрошено 600 жителей трех районов, отражающих социальную дифференциацию городского пространства. Контролируе-

мыми признаками выборочной совокупности являлись: возраст в интервале 35–65 лет, пол, и уровень образования. Возрастное ограничение обусловлено как содержательными соображениями — наличием у этих людей опыта обращений в систему здравоохранения; актуальностью изучения индивидов, входящих в интервал, характеризующийся наибольшими рисками смертности (50–60 лет) (Вишневецкий, Школьников 1997), так и необходимостью обеспечения хорошей наполненности сравниваемых подгрупп в условиях относительно небольшого общего объема выборочной совокупности.

Сравнение априорной модели выборки и полученной в результате опроса показало, что смещение количественных показателей по всем контролируемым признакам составило от 1 до 4 %. Опрос проводился в виде персонального интервьюирования респондентов по месту жительства по специально разработанной анкете, включающей более 100 признаков.

Измерения. Курение рассматривалось нами в качестве *зависимой* переменной и измерялось по ответам на вопрос: «Курите ли Вы в настоящее время?» Данная переменная была дихотомизирована. Все, кто сообщал о ежедневном курении, классифицировались как *курильщики*. Остальные рассматривались как *некурильщики*.

В качестве *независимых* переменных рассматривались демографические и социально-структурные переменные, а также характеристики семейного статуса и семейных отношений. *Демографические и социально-структурные характеристики* представлены стандартным набором переменных: пол, возраст, образование, уровень материального благосостояния и статус занятости. В соответствии с задачами исследования рассматривались *три возрастные группы*: 35–44 года, 45–54 года и 55–65 лет. *Образование* было также дихотомизировано: высшее и незаконченное образование классифицировалось как *высшее, другое* — не выше среднего, среднее и среднее специальное. Уровень материального благосостояния измерялся двумя переменными: доходом в денежном выражении и субъективной оценкой возможностей дохода для удовлетворения потребностей семьи респондента. *Доходы в денежном выражении* разделялись на три группы, полученные эмпирическим путем по данным опроса: до 2000 рублей, 2001–3000 рублей, выше 3001 рубля. *Субъективные оценки возможностей дохода* подразделялись на «*высокие*», позволяющие удовлетворять достаточно широкий круг потребностей семьи, и «*низкие*», не всегда удовлетворяющие даже насущные нужды. *Статус занятости* определялся на основе ответа на вопрос: «Чем Вы в основном занимаетесь в настоящее время?» Все, кто сообщали, что они работают (заняты оплачиваемой работой вне дома) классифицировались как «*работающие*», остальные (учащиеся, домохозяйки, пенсионеры, безработные и прочие) — как «*неработающие*». *Семейный статус* определялся по ответу на вопрос: «Каково Ваше фактическое семейное положение?». Респонденты, которые состояли в официальном или гражданском браке и жили вместе, рассматривались как «*живут в семье*», остальные (разведенные, не живущие вместе, вдовы, не состоящие в браке) — «*другие*». Характеристики *семейных отношений* определялись на основе самооценок респондентов, описывающих отношения между членами

их семей. «Хорошие» семейные отношения включали хорошие и дружеские, нормальные и мирные отношения, «другие» — напряженные и нервные, ссоры и конфликты и т. д.

Результаты. Анализ данных опроса показал, что уровень распространенности курения среди петербуржцев средних и старших возрастов достаточно высок: 41 % респондентов заявили о своей приверженности курению. Каждая четвертая женщина и каждый второй мужчина являются курильщиками. Доминирование в числе курящих людей мужчин свидетельствует о сохранении общепринятых паттернов курения в гендерном измерении. Гендерные различия оказались достаточно сильными и статистически значимыми (Kendall's tau-b=0.326 при уровне значимости $p < 0.000$). Эти данные, в целом, соответствуют результатам других российских и западных исследователей, изучающих проблемы курения во многих регионах страны, в том числе и в Петербурге. Распространенность курения мужчин и женщин дифференцирована по различным регионам страны. Так, по данным Министерства здравоохранения и социального развития России, у нас курят 70 % мужчин и 14 % женщин*. В исследовании, проведенном в начале нового века в восьми странах бывшего Советского Союза, приводятся несколько иные оценки: к числу россиян-курильщиков причислены 60 % мужчин и 15 % женщин (Pomerleau, Gilmore, Mckee et al. 2004: 1581). В высокоурбанизированных городах, в первую очередь в Москве и Петербурге, эти оценки варьируют от 54 до 65 % среди мужчин и от 27 до 32 % среди женщин (Камардина и др. 2002; Потемкина Глазунов, Кузнецова, Петрухин и др. 2005; Левшин и др. 2005; Кислицына 2006).

Рассмотрим связь курения с важнейшими демографическими, социально-структурными переменными и характеристиками семейного статуса и семейных отношений (Табл. 1). Среди курильщиков мужчин значительно больше, чем женщин. И те, и другие курят, в основном, в средних возрастах. После 55 лет курение сокращается. Мужчины резко бросают курить в возрасте 45–55 лет, женщины — при достижении пенсионного возраста. Как показывают данные ряда исследователей, пики увлечения этой вредной привычкой у мужчин и женщин различаются. У первых он приходится на зрелый период жизни (25–44 года), у вторых, напротив, на ранний период (до 25 лет) (Палосуо, Журавлева и др. 1998; Камардина и др. 2002). В работе западных исследователей (Pomerleau, Gilmore, Mckee et al. 2004) приводятся несколько иные временные границы периода зрелости и юности: 30–39 лет и 18–29 лет соответственно. Обращает на себя внимание и тот факт, что больший удельный вес тех, кто курит эпизодически или в зависимости от ситуации, среди мужчин приходится на возраст до 45 лет, а у женщин — после 45 лет. В целом, наблюдается обратная зависимость: чем старше, тем менее вероятно курят. И у мужчин, и у женщин возрастные дифференциации курительного поведения статистически значимы. На рис. 1 показано влияние возраста и пола на курение. Как у мужчин, так и у женщин с возрастом одинаково снижается потребность в курении, но при этом мужчины продолжают курить значительно больше женщин.

* По данным сайта <http://www.atkmedia.ru>

Таблица 1.

	Мужчины			Женщины		
	Курят %	N	tau-b	Курят %	N	tau-b
Возраст			-.10 *			-.10*
35-44 лет	63	(72)		29	(32)	
45-54 лет	55	(61)		25	(28)	
55-65 лет	50	(37)		18	(14)	
Образование			-.12*			-.09
высшее	49	(57)		19	(17)	
другое	61	(113)		27	(57)	
Доходы			.03			.04
до 2000 руб.	77	(40)		24	(27)	
2001-3000 руб.	80	(36)		20	(16)	
выше 3001 руб.	70	(53)		30	(16)	
Возможности			.02			.06
семейного дохода	58	(70)		29	(26)	
высокие	57	(98)		23	(47)	
низкие			.04			.06
Статус занятости	58	(143)		27	(51)	
работающие	52	(27)		21	(23)	
неработающие			-.06			-.10
Семейный статус	55	(140)		27	(38)	
живут в семье	64	(30)		21	(36)	
другой			-.10*			-.08
Семейные отношения						
хорошие	55	(151)		23	(61)	
другие	73	(19)		33	(13)	

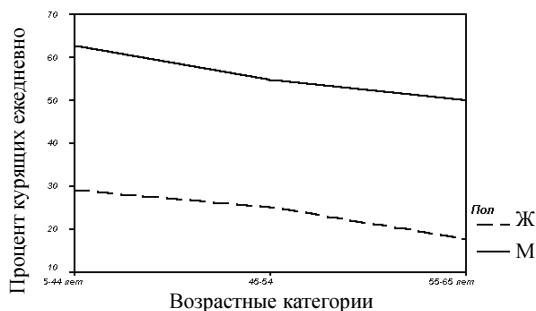


Рис. 1. Курение: влияние возраста и пола.

Как мужчины, так и женщины, имеющие высшее или незаконченное высшее образование, курят меньше. При этом у мужчин эта разница более заметна и статистически значима: чем выше образование, тем меньшая вероятность курения. У женщин подобная зависимость статистически незначима. Исследователи курения в восьми странах бывшего Советского Союза, в том числе и в России, пришли к аналогичному выводу (Pomerleau, Gilmore, McKee et al. 2004). Влияние пола и образования на курительное поведение показано на рис. 2. Более высокий уровень образования является фактором, сдерживающим распространенность курения, как среди мужчин, так и среди женщин.

Анализ взаимосвязи курения с показателями материальной обеспеченности, как объективными, так и субъективными, не выявил статистически значимых зависимостей. Следует отметить, что среди курящих мужчин преобладают люди со средними душевыми доходами, тогда как среди курящих женщин — люди с более высокими доходами. С ростом доходов число курильщиков-мужчин уменьшается, а число женщин-курильщиц — растет. Взаимосвязь курения с субъективными оценками возможностей семейных доходов мужчин и женщин оказалась разной. Среди первых в равной мере представлены как низкодоходные слои населения, которые ограничены в средствах и не всегда могут удовлетворять даже насущные нужды, так и высокодоходные. Вторые более вероятно относятся к высокодоходным группам, которые свободны в деньгах и могут позволить себе удовлетворять достаточно широкий круг потребностей.

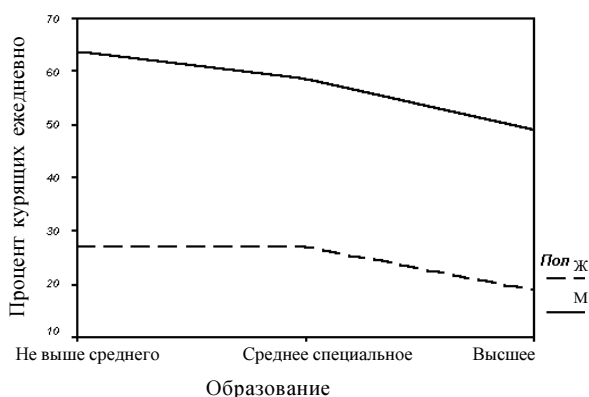


Рис. 2. Курение: влияние образования и пола.

Оценки распространенности курения среди респондентов с разным статусом занятости и семейным статусом оказались статистически незначимыми.

Благоприятная атмосфера в семье способствует сокращению курения, и, напротив, напряженные семейные отношения ведут к его росту. При этом только у мужчин наблюдается статистически значимая зависимость между приверженностью курению и характером семейных отношений.

Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что курение скорее связано с половозрастными характеристиками и в какой-то мере с образовательным уровнем и характером семейной атмосферы, нежели с материальным благосостоянием, статусом занятости и семейным положением. Статистически значимые и самые сильные дифференциации в паттернах курения зафиксированы по признаку пола. Этот вывод подтверждается регрессионным анализом, основная цель которого — выявление результирующего влияния демографических и социоструктурных параметров индивидов, а также характеристик их семейного статуса и семейных отношений на курение. Результаты этого анализа, проведенного с использованием метода бинарной логистической регрессии, приведены в табл. 2.

Таблица 2.

Независимые переменные	Модель 1	Модель 2
Возраст	-.031**	.040 ***
Образование	-.106**	-.114**
Доход	.000**	
Статус занятости		
Семейный статус		
Семейные отношения		
Пол		1.404***
N	454	572
R Square Nagelkerke	.052	.172
Точность исполнения прогноза (%)	63	68

В первую модель в качестве независимых переменных были включены переменные возраста, образования, оценки дохода и статуса занятости, а также характеристики семейного положения и семейных отношений. Во второй модели проверялось влияние пола. Предполагалось, что включенные в модели переменные оказывают независимое влияние на распространенность курения.

Результаты регрессионного анализа показывают, что на уровень распространенности курения независимое влияние оказывают такие переменные, как возраст, образование и доходы (модель 1). С возрастом, повышением уровня образованности и материального достатка потребности в курении уменьшаются, его интенсивность падает. Вторая модель демонстрирует, что при контроле за полом влияние возраста и образования на курение сохраняется, а переменная доходов его теряет. Если исключить из данной модели доходные характеристики, то регрессионное решение останется таким же, при этом уменьшится большое количество ответов (missing cases). Поэтому в графе «Модель 2» табл. 2 мы приводим регрессионное решение, не учитывающее доходы. Пол оказывает достаточно сильное и автономное воздействие на курение, о чем также свидетельствует и рост объяснительной силы модели с 5 до 17 %.

Подводя некоторые итоги данной работы, можно сделать следующие выводы.

Исследования гендерных дифференциаций в поведении, связанном со здоровьем, чрезвычайно значимы в силу потенциально важного практического применения их результатов. Формирование и реализация общих программ здоровья, программ по ограничению распространения курения и т. д. окажутся более эффективными, если будут принимать во внимание гендерные различия в факторах, которые влияют на то или иное поведение.

Для понимания гендерных дифференциаций в здоровье и в связанном с ним поведении важна не только констатация того, что мужчины оценивают свое здоровье выше, чем женщины, что они больше курят, больше употребляют алкогольные напитки и т. д. Важно знание причин, лежащих в основе таких паттернов здоровья и поведения. Рассмотренные концептуальные подходы к объяснению гендерных различий в здоровье и практиках здоровья

обладают достаточным объяснительным потенциалом, чтобы обеспечить возможность содержательной интерпретации эмпирических данных.

Обобщение полученных результатов эмпирического анализа паттернов курения привело к заключению, что курение является достаточно распространенной привычкой среди петербуржцев. Полученные данные полностью подтвердили выдвинутую гипотезу о дифференциации паттернов курения по различным группам населения, в первую очередь по гендерным группам. Паттерны курения в гендерном измерении сохраняются: это преимущественно «мужские» практики. Гипотеза о значимых предикторах курительного поведения подтвердилась не полностью. Наиболее значимыми, детерминирующими данное поведение факторами оказались пол, возраст и образование. Пол вносит самостоятельный и довольно сильный вклад. Воздействие возраста и образования менее значительно, но также автономно, с возрастом вовлеченность в курение снижается. Образованные слои общества чаще отказываются от курения. В первую очередь, пагубность влияния курения на здоровье осознается женщинами. Переменные материального благосостояния не оказали значимого воздействия на курение. Как материальный достаток, так и отсутствие денежных средств не являются факторами, сдерживающими курение. (Хотя рост доходов женщин и способствует расширению их курительных практик.) Статус занятости респондентов не влияет на курение мужчин и женщин. (Хотя среди работающих вне дома курильщиков несколько больше, по сравнению с неработающими людьми.)

Связи с традиционными гендерными ролями (основные из которых семейные), накладывающими определенные ограничения, главным образом, на поведение женщин, оказались незначимыми. Отсутствие значимых связей между семейным статусом и курительным поведением может свидетельствовать о социальной приемлемости курения в настоящее время. Тем не менее, тот факт, что среди семейных людей курильщиков меньше, чем среди не имеющих семьи, можно, по-видимому, интерпретировать как следствие сохранения культурного контекста, в котором содержится социальное неодобрение курения, в частности курение женщин. Как у мужчин, так и у женщин конфликтные семейные отношения провоцируют интенсивность курения, тогда как доброжелательная обстановка в семье способствует его сокращению. При этом только у мужчин эта зависимость статистически значима.

Литература

- Антонов А.И. Основные положения программы исследования // Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. М.: Институт социологии АН СССР, 1989.
- Вартанян Ф.Е., Гэн Цинн Жу, Рожецкая С.В. Курение и здоровье населения // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2002. № 3. С. 32–34.
- Вишневский А., Школьников В. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия. Вып. 19. М.: Московский Центр Карнеги, 1997.
- Вишневский А.Г. Подъем смертности в 90-е годы: факт или артефакт? // Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека ИМП РАН. 2000. № 45. Май.

- Геодакян В.А. Теория дифференциации полов в проблемах человека // Человек в системе наук. М., Наука, 1989. С. 171–189.
- Григорьева Н.С. Гендерные измерения здравоохранения // Теория и методология гендерных исследований. Курс лекций. М., МЦГИ-МВШСЭН-МФО, 2001.
- Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. СПб., 1999.
- Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М., Центр, 2002.
- Журавлева И.В. Поведенческий фактор и здоровье населения // Здоровье человека в условиях НТР. Методологические аспекты. Новосибирск, 1989.
- Журавлева И.В. Отношение к здоровью как социологическая проблема // Отношение к здоровью населения. М.: Институт социологии РАН, 1993.
- Заридзе Д.Г., Карпов Р.С., Киселева С.М. и др. Курение — основная причина высокой смертности россиян // Вестник РАМН. 2002. № 9. С. 40–45.
- Иванов В.Н., Суворов А.В. Проблемы охраны здоровья населения России // Проблемы прогнозирования. 2003. № 3. С. 99–113.
- Иванова А.Е., Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Евдокушина Г.Н., Гаврилов Л.А., Демченко Т.А. Особенности смертности населения России в 1990-е годы и резервы ее снижения: динамика и прогноз // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2002. № 3. С. 9–19.
- Камардина Т.В., Глазунов И.С., Соколова Л.А., Лукичева Л.А. Распространенность курения среди женщин России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2002. № 1. С. 7–12.
- Кислицина О. Фактор риска // Социальная и демографическая политика. 2006. № 5. С. 45–62.
- Клецина И.С. Гендерная социализация. СПб., Из-во РГПУ им. А. И. Герцена, 1998.
- Кон И.С. Половые различия и дифференциация социальных ролей // Соотношение биологического и социального М., 1975. С. 763–776.
- Корхова И.В. Гендерные аспекты здоровья // Народонаселение. 2000. № 2.
- Кошкина Е.А. Эпидемиология алкоголизма в России на современном этапе // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3. № 3. С. 89–91.
- Кошкина Е.А. Распространенность алкоголизма и наркомании среди населения России // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. Т. 4. № 3.
- Левшин В.Ф., Радкевич Н.В., Слепченко Н.И., Федичкина Т.П. Исследование факторов, влияющих на развитие курительного поведения // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2005. № 6. С. 29–35.
- Назарова И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социологические исследования. 2003. № 11 С. 57–69.
- Немцов А.В. Смертность населения и потребление алкоголя в России // Здравоохранение Российской Федерации. 1997. № 7. С. 31–34.
- Немцов А.В., Школьников В.М. Потери в связи с алкогольной смертностью в России в 1980–1990-х годах // Новости науки и техники. Серия медицина. Выпуск Алкогольная болезнь. М.: ВИНТИ, 1999. С. 1–22.
- Немцов А.В. Потребление алкоголя в России во второй половине 1990-х годов // Вопросы наркологии. 2001. № 2. С. 59–64.
- Неравенство и смертность в России / Под ред В. Школьников, Е. Андреева и Т. Малеевой. М.: Центр Карнеги, 2000.

Палосуо Х., Журавлева И., Уутела А., Лакомова Н., Шилова Л. Восприятие здоровья и связанных с ним привычек и установок (сравнительное исследование взрослого населения в Хельсинки и Москве). М., 1998.

Потемкина Р.А., Глазунов И.С., Оганов Р.Г., Камардина Т.В., Попович М.В., Соловьева И.М., Усова Е.В., Константинова С.В. Мониторирование поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2005. № 4. С. 3–17; № 5. С. 8–21.

Потемкина Р.А., Глазунов И.С., Кузнецова О.Ю., Петрухин И.С., Фролова Е.В., Кудина Е.А., Старовойтов М.Л., Дубикайтис Т.А., Лебедев А.К. Изучение распространенности поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения Москвы, Санкт-Петербурга и Твери методом телефонного опроса // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2005. № 3. С. 3–15.

Тапилина В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения // Социологические исследования. 2004. № 11. С. 126–137.

Урланис Б.Ц. Эволюция продолжительности жизни. М., 1978.

Шилова Л.С., Копина О.С. Различия в самосохранительном поведении мужчин и женщин // Отношение населения к здоровью. М.: Институт социологии РАН, 1993.

Шилова Л.С. Трансформация самосохранительного поведения // Социологические исследования. 1999. № 5. С. 84–92.

Шилова Л.С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // Социологические исследования. 2000. № 11. С. 134–140.

Шурыгина И.И. Различия в потреблении алкоголя мужчинами и женщинами // Социологический журнал. 1996. № 1/2. С. 169–176.

Abel T. Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings // *Social Science & Medicine*. 1991. Vol. 32. Pp. 899–908.

Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s // *Social Science & Medicine*. 1997. Vol. 66. No. 6. Pp. 773–787.

Blaxter M. *Health and Lifestyles*. London: Routledge, 1990.

Carlson R. Risk behavior and self rated health in Russia // *7 Epidemiol Community Health*. 2001. Vol. 55. Pp. 806–817.

Cockerham W. *Medical Sociology*. 6th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1995.

Cockerham W C. The social determinants of the decline of life expectancy in Russia and Eastern Europe: A lifestyle explanation. // *Journal of Health and Social Behavior*. 1997. Vol. 38. Iss. 2. Pp.17–131.

Cockerham W., Rutten A., Abel T. Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber // *The Sociological Quarterly*. 1997. Vol. 38. No 2. Pp. 321–342.

Dean K. Self-Care components of Lifestyles: The Importance of Gender, Attitude, and the Social Situation // *Social Science & Medicine*. 1989. Vol. 29. Pp. 137–152.

Denton M., Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health // *Social Science & Medicine*. 2003 // www.elsevier.com/locate/socscmed.

Ezzati M., Lopes A.D. Regional, disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000 // *Tobacco Control*. 2004. Vol. 13. No. 4. Pp. 388–95.

Kandrack M.-A., Grant K. R., Segal A. Gender Differences in health related behavior: some unanswered question // *Social Science & Medicine*. 1991. Vol. 32. No 5. Pp. 579–590.

Lahelma E., Martikainen P., Rahkonen O., Silventoinen K. Gender differences in ill health in Finland: patterns ,magnitude and change // *Social Science & Medicine*. 1999. Vol. 48. Pp. 7–19.

Lane S.D., Donald A.C. Gender and Health — Handbook of social studies in health and Medicine / Ed. by G. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. Scrimshaw. London: Sage Publication; New Delhi: Thousand Oaks, 2003. Pp. 136–153.

Leon D.A., Chener L., Shkolnikov V.M. et al. Huge variation in Russian mortality rates 1984–1994: artefact, alcohol, or what? // *Lancet*. 1997. Vol. 350. Pp. 383–388.

Leon D.A., Shkolnikov V.M. Social stress and the mortality crisis // *JAMA*. 1998. Vol. 279. Pp. 790–791.

Lorber J. Gender and the social construction of illness: a review // Riska E. (Ed.). *Images of Women's Health. The Social Construction of Gendered Health*. Publications of the Institute of Women's Studies Akademe University. 1997. No. 10. Pp. 16–30.

McKee M., Bobak M., Rose R et al. Patterns of smoking in Russian // *Tobacco Control*. 1998. No. 7. Pp. 22–28.

Mechanic D. Health and Behavior. Perspectives on risk prevention // *Prevention in health psychology* // Ed. by J.C. Rosen, L.I. Solomon, L. Hanover. University Press of New England, 1985. Pp. 6–17.

Palmer A.B. Some variables contributing to the onset of cigarette smoking among junior high school students // *Social Science & Medicine*. 1970. No. 4. Pp. 359–366.

Peto R., A. Boreham J. et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics // *Lancet*. 1992. Vol. 339. Pp. 1268–1278.

Peto R., Lopes A. et al. Mortality from smoking in developed countries, 1950–2000. Oxford: University press, 1994.

Pomerleau J., Gilmore A., Mckee M., Rose R., Haerpfer C. Determinants of smoking in eight countries of the former Soviet Union: results from the Living Conditions, Lifestyles and Health Study // *Society for the Study of Addiction*. 2004. Vol. 99. Pp. 1577–1585.

Silverstein B., Fields S., and Kozlowski L.T. The availability of low-nicotine cigarettes as a causa of cigarette smoking among teenage females // *Journal of Health Social Behavior*. 1980. Vol. 21. Pp. 383–388.

Waldron I. Gender and health-related behavior // *Health behavior. Emerging research* / Ed. by D.S. Gochman. NY: Plenum Press, 1988. Pp. 193–208.

Waldron I. Patterns and causes of gender differences in smoking // *Social Science & Medicine*. 1991. Vol. 32. No 9. Pp. 989–1005.

Weber M. *Wirtschaft und Gesellschaft (Economy and Society)*. Tubingen, 1922.