

## Гендерные неравенства в здоровье\*

Одним из наиболее ярких и драматичных проявлений современного кризиса здоровья российского населения является сверх смертность мужчин и беспрецедентный разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин (12-14 лет) [1, 2, 3].

Привлечение в связи с этим общественного внимания к проблемам здоровья мужчин в современной России оставляет, подчас, в тени тот факт, что, как свидетельствуют данные медицинской статистики и опросов населения, более высокие показатели нездоровья устойчиво демонстрируют женщины [2, 4-6].

Пониженный статус осознаваемого здоровья российских женщин – не только по сравнению с мужчинами-соотечественниками, но и женщинами других стран, подтверждается также при расчете ожидаемой продолжительности здоровой жизни. Так, по данным наших ведущих демографов, существующее колоссальное отставание в ожидаемой продолжительности здоровой жизни двадцатилетних (как среди российских мужчин, так и женщин) от стран Западной Европы (13 лет), у мужчин достигается за счет уровня смертности (особенно в трудоспособных возрастах), а у женщин – пониженного статуса здоровья (преимущественно в старших возрастах) [6].

Таким образом, исследователи, стремящиеся понять причины кризисной ситуации со здоровьем в современной России, анализируя социальный контекст жизни всего населения, должны держать в фокусе внимания специфику его трансформации в сокращенную продолжительность жизни мужчин и повышенное нездоровье женщин. Такую возможность предоставляет, на наш взгляд, анализ социальных детерминант гендерных различий в здоровье, позволяющий

---

\* Работа выполнена при поддержке РФФИ, проект 05-06-80419

идентифицировать особенности социальных влияний в современном российском обществе, как на мужчин, так и на женщин.

Вообще, так называемый гендерный парадокс, суть которого сводится к простой формуле «женщины болеют чаще, мужчины умирают раньше», являясь общемировой тенденцией, характерной, по крайней мере, для всех цивилизованных стран, издавна привлекает к себе внимание исследователей. Особенный всплеск интереса к этой теме отмечался в 70-е годы под влиянием второй волны феминизма и бурного развития исследований социальных неравенств в здоровье [см., например, 7, 8]. Тем не менее, на протяжении длительного времени объяснением гендерного парадокса служили, прежде всего, данные медицинской статистики, подтверждающие тот факт, что для мужчин характерна большая распространенность угрожающих жизни заболеваний, а также более заметное место в структуре причин смерти болезней, не сопровождающихся при жизни четкой симптоматикой; а для женщин - большая распространенность острых и хронических, хотя и менее тяжелых, состояний [9].

Большая в целом, по сравнению с мужчинами, распространенность болезненных состояний среди женщин и большее число контактов с профессионалами-медиками объяснялись тем, что они более восприимчивы к распознаванию и переживанию телесного дискомфорта, с большей готовностью говорят о симптомах психологического неблагополучия и болезни, и они более склонны к принятию на себя роли больного поскольку для них и социально, и культурно более приемлемо быть нездоровым и искать профессиональной поддержки [10, 11].

Существование гендерных различий в здоровье и их объяснение настолько принимались на веру в медицинской социологии и социальной эпидемиологии, что достаточно длительное время считалось нормой анализировать данные по здоровью отдельно для мужчин и женщин, практически не занимаясь углублением научных представлений о

процессах формирования и поддержания существующих различий между ними [12-15].

Только к середине 90-х годов, исследователи, вслед за С. Макинтайр стали задаваться вопросом «Так ли все просто?» [16, 17, 8]. Обобщив и ранее накапливаемый эмпирический материал, ученые пришли к выводу, что картина гендерных различий в здоровье гораздо более сложна и многообразна, нежели это было принято считать. Так, по данным целого ряда эмпирических исследований, было доказано наличие существенной вариабельности в размахе, а подчас и паттернах гендерных различий в здоровье на разных стадиях жизненного цикла, а также по разным индикаторам здоровья. Фиксировались также значимые дифференциации в характере гендерных различий в здоровье между различными странами и в разные исторические периоды внутри отдельных стран [18-21].

Стало понятно, что получаемые результаты исследований входят в известное противоречие с господствующей недифференцированной моделью гендерных различий в здоровье и требуют более глубокого изучения причин своего формирования.

В настоящее время круг социальных воздействий, отвечающих за гендерные неравенства в здоровье, как очевидно из анализа новейшей научной литературы, включает в себя традиционно выделяемые в изучении социальных неравенств в здоровье факторы: социально-структурные, поведенческие и социально-психологические. Изучение же социальных механизмов, ответственных за гендерные различия в здоровье, осуществляется, главным образом, в рамках двух концептуальных подходов.

В соответствии с первым - т.н., теорией неравного воздействия, женщины демонстрируют повышенный уровень нездоровья вследствие ограниченности своего доступа к материальным и общественным ресурсам, способствующим сохранению здоровья [18, 22-25]; а также

повышенного стресса, связанного с реализацией гендерных и семейных ролей [26].

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 [25, 26, 27]. Отмечаются также гендерные различия в стереотипах поведения: среди мужчин больше распространены курение, потребление алкоголя, несбалансированная диета, в то время как женщины менее физически активны [26, 27]. Эмпирически подтверждается также то, что женщины испытывают больший груз ответственности в выполнении своих социальных ролей. Отмечается и тот факт, что женщины обладают менее выраженным психологическим ресурсом, необходимым для совладания со стрессогенными воздействиями – для них, в частности, характерен пониженный уровень осознаваемого контроля над жизненными обстоятельствами. В то же время, женщины чаще, нежели мужчины, располагают возможностями получения социальной поддержки [27, 28].

Согласно второму подходу - различий в уязвимости, женщины демонстрируют большее количество проблем со здоровьем в силу того, что они иначе, нежели мужчины, реагируют на материальные, поведенческие и социально-психологические условия, формирующие здоровье [24, 29].

Так, в соответствии с данными эмпирических исследований, полная занятость в сочетании с заботой о семье, а также наличие социальной поддержки являются более важными предикторами хорошего здоровья скорее для женщин, нежели для мужчин [26, 30]. Курение и потребление алкоголя, напротив, - более значимые детерминанты статуса здоровья мужчин; в то время как избыточный вес и недостаточная физическая активность в большей мере отражаются на здоровье женщин [26]. Кроме того, стресс может восприниматься мужчинами и женщинами по-разному, и соответственно приводить к различным последствиям для их здоровья. Как очевидно из литературы, женщины более подвержены воздействию

хронических стрессоров. Они скорее реагируют на стрессы, переживаемые другими людьми, особенно супругом [31], в то время как мужчины чаще страдают от экономических стрессоров [32]. Отдельные исследования доказывают связь стрессовых нагрузок, имеющих отношение к кругу общения, к проведению свободного времени, состоянию здоровья членов семьи, выполнению родительских функций, с наличием хронических болезней у женщин, но не у мужчин. Некоторые исследователи утверждают, что женщины оказываются более уязвимыми к таким воздействиям, поскольку выполнение ими семейных и родительских ролей в целом сопряжено с большими нервно-психическими нагрузками [33]. О последствиях для здоровья экстремальных жизненных ситуаций гендерных различий, напротив, не обнаружено. Нет также четкого представления о той роли, которую играет для здоровья мужчин и женщин психологические ресурсы личности. Хотя отдельные авторы и указывают на то, что этот фактор оказывается более значимым для здоровья женщин [34]. Таким образом, здоровье мужчин и женщин, даже находящихся в равных социальных условиях, может различаться, в силу того, что они по-разному реагируют на одни и те же факторы, воздействующие на здоровье.

Возможности описанных теоретических подходов в объяснении гендерных неравенств в здоровье были наглядно и чрезвычайно убедительно продемонстрированы в работах таких канадских ученых, как М. Дентон, С. Прус, В. Волтерс [24, 27]. Наше исследование, в значительной мере, осуществлялось в рамках методологии, разработанной именно этими авторами.

В качестве основной цели нашего исследования мы видели углубление представлений о социальной обусловленности различий в здоровье между мужчинами и женщинами в современной России. Изучение социально-структурных, поведенческих и социально-психологических факторов, оказывающих влияние на здоровье мужчин и женщин, а также

выяснение особенностей восприятия ими этих влияний, поможет, на наш взгляд, глубже понять истоки гендерного неравенства в здоровье.

В качестве исследовательских задач мы выделяем следующее:

- выявление гендерных различий в уровнях здоровья по отдельным его аспектам (общей самооценке здоровья, физическому функционированию, психическому благополучию)

- изучение различий в социальном положении мужчин и женщин, в их стилях жизни и переживаемых стрессогенных воздействиях, а также оценка их роли в формировании гендерных неравенств в здоровье

- оценка относительного вклада в здоровье мужчин и женщин социально-структурных, поведенческих и социально-психологических детерминант

- выявление и анализ различий в уязвимости здоровья мужчин и женщин к действию основных социальных факторов

### **Методы**

Эмпирическую базу исследования составляет репрезентативный массовый опрос взрослого населения Санкт-Петербурга (1998, N=1200).

### *Измерения*

Здоровье оценивалось в рамках методики SF-36 Health survey [35] по трем ключевым индикаторам: общая самооценка здоровья, физическое функционирование, психическое благополучие. Каждый аспект здоровья измерялся по сто балльной шкале.

Социально-структурные факторы представлены следующим набором переменных: возраст (число полных лет); образование (число лет обучения); семейный статус (одинокое – 0; семейные – 1); родительский статус (наличие детей до 16-ти лет – 1; остальные – 0); наличие социальной поддержки (помощь при болезни: шкала от 0 – «нет помощи» до 4-х – «получает помощь из разных источников»); и, наконец, уровень материального благосостояния.

Для характеристики материального благосостояния был построен Факторный Индекс, включивший в себя информацию о среднедушевых доходах, выраженности лишений по питанию и основным оставляющим благосостояния.

Блок поведенческих факторов включал: курение (шкала от 1 – «никогда не курил» до 4-х – «курит более двух пачек в день»); потребление алкоголя («пьют от 250 гр. в водочном эквиваленте в неделю» –1; остальные – 0); превентивная активность (шкала от 0 - «ничего не предпринимает» до 2-х – «занимается физическими упражнениями и закаливанием»); сбалансированность питания (как отношение веса тела (в кг) к росту (в м<sup>2</sup>); шкала от 1 – «недостаточный вес» до 5 – «избыточный вес»).

Социально-психологические детерминанты здоровья рассматриваются по трем подгруппам: стрессовые события жизни (детские травмы, экстремальные жизненные ситуации, стрессовые ситуации в течение последнего года; шкалы: 1- «испытывает стрессовую нагрузку»; 0- прочие); хронические стрессоры, связанные с различными домейнами жизненных обстоятельств (отношения в семье, круг общения, проведение свободного времени, состояние здоровья членов семьи; шкалы: 1- «испытывает стрессовую нагрузку»; 0- прочие) и личностные психологические ресурсы (выраженность индивидуальной ответственности за здоровье; шкала от 5 - «здоровье зависит, главным образом, от внешних обстоятельств» до +5 - «здоровье зависит, главным образом, от самого человека»; мера оптимистичности в оценке жизненных перспектив; шкала: 1 - позиция безусловно или скорее оптимистична; прочие – 0).

### **Результаты<sup>1</sup>**

Теория неравного воздействия. Как подтверждают выводы многих исследований, женщины характеризуются пониженным статусом здоровья отчасти вследствие того, что они имеют ограниченный доступ к

---

<sup>1</sup> Статистический анализ данных опроса осуществлялся под руководством и при участии В.Сафронова

материальным и социальным ресурсам, формирующим здоровье, и подвергаются большим психо-эмоциональным влияниям, связанным с выполнением их социальных ролей.

И действительно, как видно из Табл.1, женщины, участвовавшие в нашем исследовании, в целом, менее образованы, чаще не имеют собственных семей и самостоятельно воспитывают малолетних детей. У них также существенно ниже уровень материальной обеспеченности, чем у мужчин. В то же время, женщины, в среднем, располагают большей социальной поддержкой. Сопоставление поведенческих характеристик показывает, что среди мужчин гораздо более распространены курение и злоупотребление алкоголем. Однако для них свойственна несколько большая включенность в превентивные типы поведения (хотя, связь и не достигает статистической значимости). Среди мужчин также отмечается меньший удельный вес лиц, страдающих избыточным весом. Существенные гендерные различия зафиксированы и при анализе социально-психологических переменных. Женщины в целом чаще мужчин говорят о том, что на протяжении года, предшествующего опросу, неоднократно переживали ситуации, вызывавшие сильные переживания, волнения, острые отрицательные эмоции. Судя по данным опроса, для женщин также гораздо более проблематичен полноценный отдых. Существенно менее выражен у них и личностный психологический ресурс, помогающий справляться с повышенными нервно-психическими нагрузками.

Хотя приведенные данные косвенно подтверждают справедливость проверяемой теории, тем не менее, мы предприняли дополнительные усилия по ее тестированию, используя метод дисперсионного анализа (см. Табл.2). В первых трех колонках Табл.2 представлены средние значения баллов у мужчин и женщин по трем ключевым аспектам здоровья с указанием статистической значимости различий между ними. Как видно, женщины демонстрируют пониженные уровни здоровья по всем изучаемым

индикаторам, особенно значителен отрыв по показателям физического функционирования. Если гипотеза неравного воздействия верна, то при контроле за основными факторами, ответственными за формирование здоровья, различия в здоровье между мужчинами и женщинами должны исчезнуть. Однако результаты дисперсионного анализа подтверждают это предположение лишь частично. Так, по данным, представленным во вторых трех колонках Табл.2, очевидно, что контроль за всеми анализируемыми независимыми переменными приводит к ликвидации гендерных различий в здоровье только по индикатору общей самооценки здоровья. Что же касается показателей физического функционирования и психического благополучия, дифференциации, хотя и ослабевают, но остаются статистически значимыми. Это означает, что различия в условиях жизни мужчин и женщин, а также их разная подверженность психо-эмоциональным воздействиям в силу своеобразия выполняемых ими социальных ролей, не могут всецело служить объяснением гендерных неравенств в здоровье – по крайней мере, по индикаторам физического состояния и психического благополучия.

Относительный вклад социально-структурных, поведенческих и социально-психологических детерминант в здоровье мужчин и женщин измерялся с помощью регрессионного анализа. Так в частности, были построены четыре регрессионные модели. В первую, в качестве независимых переменных были включены все изучаемые факторы. В трех остальных – выяснялось влияние на здоровье мужчин и женщин каждого блока социальных детерминант в отдельности. Относительный вклад социально-структурных, поведенческих и социально-психологических факторов в общую самооценку здоровья, физическое функционирование и психическое благополучие оценивался по коэффициенту  $R^2$ , который показывает, какая доля вариаций зависимой переменной объясняется исследуемыми факторами. Результаты анализа представлены в Табл.3. В первой колонке показаны доли вариаций, объясняемых всеми изучаемыми

факторами (структурными, поведенческими, социально-психологическими), действующими совместно. Как видно из таблицы, вместе они объясняют от 35% до 55% вариаций в самооценке здоровья, физическом функционировании и психическом благополучии. В трех последующих колонках представлены объяснительные способности каждого из анализируемых блоков факторов, взятого в отдельности. Очевидно, наибольшую долю вариаций в физическом функционировании и самооценке здоровья объясняют структурные факторы. Между тем, наиболее значимым предиктором уровня психического благополучия выступают социально-психологические детерминанты.

Теория различий в восприимчивости/уязвимости предоставляет возможность продолжить поиск объяснений сохраняющихся дифференциаций в показателях здоровья между мужчинами и женщинами.

С целью более наглядной демонстрации гендерных различий в уязвимости здоровья к действию социальных факторов нами были построены отдельные регрессионные модели для мужчин и женщин (см. Табл.4), а также проведена оценка статистической значимости гендерных дифференциаций по каждой из независимых переменных. Эта задача решалась методом регрессионного анализа, включившего все изучаемые независимые переменные плюс интеракции пола на каждую из них (General Linear Model). В соответствии с теорией уязвимости, пол во взаимодействии с определенными факторами может сказываться на здоровье по-разному. Таким образом, значимые влияния на здоровье взаимодействий пола с теми или иными независимыми переменными, будут являться статистическим подтверждением правильности этой гипотезы. Зафиксированные нами значимые гендерные дифференциации по каждому аспекту здоровья отмечены в третьих столбцах Таблицы 4.

Как показывают данные анализа, различия в восприимчивости здоровья мужчин и женщин к разнообразным воздействиям проявляются

как по индикаторам физического функционирования, так и психического благополучия.

Прежде всего, обращает на себя внимание отчетливое своеобразие в том, как оценивают свое физическое состояние мужчины и женщины в разных возрастных группах. Понятно, что с возрастом уровень физического здоровья, в целом, понижается независимо от пола. Очевидно также, что при контроле за всеми прочими социально-структурными, поведенческими и социально-психологическими переменными, мужчины, как правило, характеризуются повышенными средними значениями физического функционирования (рис. 1). Однако в возрастной группе 51-60 лет кривые пересекаются за счет резкого падения показателей физического здоровья у мужчин, достигающих даже более низких значений, чем у женщин. Таким образом, получены эмпирические доказательства тому, что физическое здоровье мужчин особенно уязвимо именно на этой стадии жизненного цикла, что в какой-то мере, может внести свой вклад в объяснение повышенной смертности мужчин трудоспособных возрастов.

Сопоставление регрессионных моделей показывает также, что уровень физического здоровья мужчин оказывается в большей степени зависимым от сбалансированности диеты, проявляющейся в соотношении веса тела к росту; и превентивной активности, направленной на поддержание физической формы. В то время как у женщин первое вообще не проявляет статистически значимой связи с состоянием их физического здоровья, а независимое влияние второго существенно менее выражено.

Между тем, как подтверждают эмпирические данные, более высокому статусу физического здоровья мужчин соответствует и большая распространенность деструктивных в отношении здоровья форм поведения, в частности курения. Понятно, что мужчины курят пока позволяет здоровье, и часто расстаются с этой пагубной привычкой только с ухудшением

самочувствия. Курящие женщины склонны оценивать свое физическое состояние хуже, хотя связь статистически незначима.

Любопытно также, насколько по-разному физическое состояние мужчин и женщин связано с возникающими у них проблемами с проведением досуга (рис. 2). У женщин недостаток свободного времени, которое они могли бы посвятить себе, приводит к ухудшению их физического самочувствия. У мужчин, напротив, по-видимому, именно хорошее физическое здоровье рождает повышенные ожидания в отношении того, как они могли бы проводить свое свободное время, что и формирует более низкие уровни их удовлетворенности своим досугом. Так или иначе очевидно, что сам по себе этот фактор, не являясь значимой детерминантой физического здоровья, ни мужчин, ни женщин, на последних оказывает скорее деструктивное влияние. Гендерное своеобразие в характере связи этого фактора с физическим здоровьем подтверждено статистически.

Наиболее яркие, на наш взгляд, подтверждения эвристичности теории различной уязвимости в объяснении гендерных различий в здоровье мы находим при анализе индикатора психического благополучия. Так очевидно, что уровень психологического благополучия или дистресса (ощущения счастья, спокойствия или, напротив, тревожности, подавленности) у мужчин определяется, в значительной мере, тем, какое положение они занимают в обществе. Крайне любопытен при этом тот факт, что связь психического здоровья мужчин с ключевыми маркерами социальной позиции – образованием и уровнем материальной обеспеченности носит прямо противоположный характер (рис. 3,4). У мужчин проявляется отчетливая тенденция к ухудшению показателей психического здоровья с ростом образования, в то время как у женщин, по мере повышения образовательного уровня, оценки психического благополучия хотя и возрастают, но в целом варьируются незначительно. Не случайно, гендерное своеобразие связи психического здоровья с

уровнем образования подтверждается статистически. Наряду с этим, зависимость психического состояния мужчин от уровня материальной обеспеченности вполне прогнозируема: с ростом материального благополучия (при контроле за всеми прочими изучаемыми независимыми переменными) их психическое здоровье неуклонно улучшается. Различия в показателях психического здоровья мужчин в полярных по уровню материальной обеспеченности группах достигает своего максимума. У женщин же, связь их психического благополучия с уровнем материальной обеспеченности, хотя и характеризуется той же тенденцией, что у мужчин, однако так же, как и с образованием, не находит столь яркого подтверждения.

Примененный нами метод анализа данных опроса (General Linear Model) позволил также выявить поразительные контрасты в характере связи психического здоровья мужчин и женщин с их семейным положением (рис.5). Если у женщин уровень психического благополучия (при контроле за всеми прочими факторами) оказывается абсолютно независимым от того, имеет ли они собственную семью; на психическом самочувствии мужчин статус семейного человека отражается, очевидно, благотворно.

Представляется важным отметить также, что осознаваемое благополучие женщин, в отличие от мужчин, определяется не столько социально-структурными параметрами, сколько поведенческими факторами; нервно-психическими воздействиями, испытываемыми в семейной сфере – в частности, связанными с семейными взаимоотношениями и заботой о здоровье членов семьи; и выраженностью личностного психологического ресурса, позволяющего справляться со стрессами.

### **Заключение**

Как свидетельствуют наши данные, российские женщины – так же, как и представительницы других стран, демонстрируют в среднем

пониженные показатели здоровья по сравнению с мужчинами. Эта тенденция весьма устойчива и проявляется как в самооценке здоровья, так и индикаторах физического функционирования и психического благополучия – различается лишь размах вариаций.

Из анализа эмпирического материала очевидна также общность социальных факторов, под воздействием которых формируется здоровье мужчин и женщин, что является, на наш взгляд, подтверждением целесообразности избранного нами подхода в исследовании гендерных неравенств в здоровье, основывающегося на изучении общего социального контекста жизни населения, не ограничиваясь сферами реализации традиционных гендерных ролей.

Социально-структурные параметры, характеризующие место человека в социальной иерархии, уровень его материальной обеспеченности, наличие социальной поддержки, вступая во взаимодействие с гендером, оказывают мощное воздействие на здоровье.

Влияние поведенческих факторов весьма умеренно, что объясняется не только сложностью изучения связи стилей жизни со здоровьем в одномоментных исследованиях, но и значительно более заметной ролью в формировании здоровья социальной структуры, оказывающей на него как прямое, так и опосредованное влияние – в том числе и через поведение. Однако, при всей ‘скромности’ выявленной роли типов поведения в качестве предикторов здоровья, не вызывает сомнения тот факт, что они являются важнейшими факторами риска смертности.

И, наконец, как подтверждают данные нашего исследования, мощнейшее влияние на здоровье оказывают социально-психологические факторы, а именно переживаемые людьми в самых разных сферах жизни стрессы и выраженность психологических ресурсов личности, позволяющих с ними справляться. Естественно, что наиболее заметна роль этих факторов в формировании психического благополучия человека. Однако значение стрессов для здоровья, а также личностных ресурсов

совладания с ними проявляются и в предиктивных возможностях этих факторов в отношении двух других изучаемых аспектов здоровья – общей самооценке, и даже физического функционирования. Социально-психологические детерминанты, так же, как и социально-структурные факторы, оказывают на здоровье и прямые, и опосредованные воздействия.

Наши данные подтверждают также тот факт, что социальные факторы, оказывая на здоровье комплексные влияния, вступают во взаимодействие друг с другом. И те пути, по которым эти факторы действуют на здоровье, различаются у мужчин и женщин.

Пониженный статус здоровья женщин, как свидетельствует проведенный нами анализ эмпирического материала, объясняется, в первую очередь, неравным, по сравнению с мужчинами, положением в обществе, ограниченностью доступа к материальным и социальным ресурсам, формирующим здоровье; а также большими психо-эмоциональными влияниями, связанными с выполнением социальных ролей. Однако в рамках гипотезы неравного воздействия в полной мере понять причины формирования гендерных неравенств в здоровье не удастся. Ограниченность этого подхода проявляется, в частности, в сохраняющихся между мужчинами и женщинами дифференциациях в физическом и психическом здоровье при контроле за всеми рассматриваемыми независимыми переменными.

В то время как у женщин значимыми детерминантами физического функционирования выступают уровень образования, осознание личной ответственности за здоровье, а также возможность посвятить какое-то время заботе о себе лично; физическое состояние мужчин в большей степени оказывается зависимым от сбалансированности диеты и превентивной активности.

К числу важнейших выводов нашего исследования относится также и тот факт, что физическое здоровье мужчин оказывается особенно

уязвимым к внешним воздействиям на определенной стадии жизненного цикла - а именно в течение предпенсионного десятилетия (51-60 лет).

Особенно очевидны гендерные различия в механизмах формирования здоровья при анализе уровней осознаваемого благополучия. Так, психическое здоровье мужчин в значительной мере определяется тем, какое положение они занимают в обществе. Крайне любопытен при этом тот факт, что связь психического здоровья мужчин с ключевыми маркерами социальной позиции – образованием и уровнем материальной обеспеченности, носит прямо противоположный характер. В то время как высокий уровень материальной обеспеченности благотворно отражается на психическом самочувствии мужчин, с ростом образования проявляется отчетливая тенденция к ухудшению показателей психического здоровья.

Осознаваемое же благополучие женщин в большей мере детерминировано поведенческими факторами; нервно-психическими воздействиями, испытываемыми в семейной сфере; и выраженностью личностного психологического ресурса, позволяющего справляться со стрессами.

Обращают на себя внимание также поразительные контрасты в характере связи психического здоровья мужчин и женщин с их семейным положением. Если у женщин уровень психического благополучия (при контроле за всеми прочими факторами) оказывается абсолютно независимым от того, имеет ли они семью, на психическом самочувствии мужчин статус семейного человека отражается благотворно. Надо сказать, что полученный результат в полной мере соответствует выводам других специалистов, утверждающих, что семья выполняет важнейшую защитную функцию в формировании здоровья мужчин, смягчая воздействие многих стрессогенных факторов.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Школьников В. Милле Ф., Вален Ж. Ожидаемая продолжительность жизни и смертность населения России в 1970-1993 годах: анализ и прогноз. М. 1995.
2. Вишневский А., Школьников В. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия. М. 1997. (Науч. докл. / Моск. Центр Карнеги; Вып. 19).
3. Неравенство и смертность в России. Под ред. В. Школькова, Е. Андреева и Т. Малевой. М.: Московский Центр Карнеги. 2000.
4. Palosuo, H., Uutela, A., Zhuravleva, I., Lakomova, N. Social patterning of ill health in Helsinki and Moscow. // Social Science and Medicine. 1998. 46 (9).
5. Bobak M., Pikhart, H., Hertzman, C., et. al. Socioeconomic factors, Perceived Control and self-reported Health in Russia. A Cross-Sectional Survey. //Social Science and Medicine. 1998. 47 (2).
6. Андреев Е.М., Школьников В.М., МакКи М. Продолжительность здоровой жизни // Вопросы статистики. 2002. N11.
7. Hart, N. Sex, gender and survival: inequalities of life chances between European men and women /Health Inequalities in European Countries/ Ed. by A.J. Fox. Gower: Aldershot. 1989.
8. Hunt K., Annandale E. Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary Western societies. Introduction to Special Issue on Gender and Health. //Social Science and Medicine. 1999. 48.
9. Bird, Ch.E., Rieker P.P. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. //Social Science and Medicine. 1999. 48.
10. Parsons, T. The Social System. Glencoe IL: Free Press. 1951.
11. Nathanson C.A. Illness and the Feminine Role: A Theoretical Review // Social Science and Medicine. 1975. 9.
12. Black D., Morris J., Smith C., et. al., Inequalities in Health: The Black Report; The Health Divide. London: Penguin Group. 1988.

13. *Carr-Hill R.* The measurement of inequalities in health: lessons from the British experience. // *Social Science and Medicine*. 1990. 31.
14. *Evans R., et. al.* Why are Some People Healthy and Others Not: The Determinants of Health in Populations. New York: Aldine de Gruyter. 1994.
15. *Waldron, I.* Contributions of biological and behavioural factors to changing sex differences in ischaemic heart disease mortality. / *Adult Mortality in Developed Countries* /Ed. By A. Lopez, T. Valkonen, G. Caselli. Oxford: Oxford University Press. 1995.
16. *Macintyre, S., Hunt, K., Sweeting, H.* Gender differences in health: are things really as simple as they seem? // *Social Science and Medicine*. 1996. 42.
17. *Arber, S.* Comparing Inequalities in Women's and Men's Health: Britain in the 1990s. // *Social Science and Medicine*. 1997. 44 (6).
18. *Arber, S., and Cooper, H.* Gender differences in health in later life: The new paradox? // *Social Science and Medicine*. 1999. 48.
19. *Lahelma, E., Martikainen, P., et. al.* Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. // *Social Science and Medicine*. 1999. 48.
20. *Lahelma E., Arber S., et. al.* The myth of Gender differences in Health: Social Structural Determinants across Adult Ages in Britain and Finland. // *Current Sociology*. 2001. 49 (3).
21. *Wamala, S., Agren, G.* Gender inequality and public health. Getting down to real issues. // *European Journal of Public Health*. 2002. 12.
22. *Arber, S.* Class, paid employment, and family roles: Making sense of Structural Disadvantage, gender and health status. // *Social Science and Medicine*. 1991. 32.
23. *Martikainen, P.* Women's employment, marriage, motherhood and mortality: a test of the multiple role and role accumulation hypotheses. // *Social Science and Medicine*. 1995. 40.
24. *Walters, V., McDonough, P., Strohschein, L.* The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender

- differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. //Social Science and Medicine. 2002. 54.
25. *Ross, C.E., and Bird, C.E.* Sex stratification and health lifestyle: consequences for men's and women's perceived health. //Journal of Health and Social Behaviour. 1994. 35.
26. *Denton, M., and Walters, V.* Gender differences in structural and behavioural determinants of health: an analysis of the social production of health. //Social Science and Medicine. 1999. 48.
27. *Denton, M., Prus, S., and Walters, V.* Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. //Social Science and Medicine. 2004. 58 (12).
28. *Тартаковская И.Н.* Социальные сети и поведение на рынке труда. //Социологический журнал. 2004. N1/2.
29. *McDonough, P., and Walters, V.* Gender and health: reassessing patterns and explanations. //Social Science and Medicine. 2001. 52.
30. *Prus, S., and Gee, E.* Gender differences in the influence of economic, lifestyle, and psycho-social factors on later-life health. //Canadian Journal of Public Health. 2003. 94 (4).
31. *Turner, J., and Avison, W.* Gender and depression: assessing exposure and vulnerability to life events in a chronically strained population. //Journal of Nervous and Mental Diseases, 1987. 77(8).
32. *Wheaton, B.* Life transitions, role histories, and mental health. //American Sociological Review. 1990. 55.
33. *Zuzanek, J., and Mannell, R.* Life-cycle squeeze, time pressure, daily stress, and leisure participation: A Canadian perspective. //Society and Leisure. 1998. 21 (2).
34. *Kivimaki, M., Feldt, T., et. al.* Sense of coherence and health: Evidence from two cross-lagged longitudinal samples. //Social Science and Medicine. 2000. 50.

35. *Ware, J.* SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute. 1993.