

ББК 60.561.6

*Н. И. Паутова, И. С. Паутов***ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ И ЕГО ВОСПРИЯТИЯ КАК СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ ЦЕННОСТИ (По данным 21-й волны RLMS-HSE)**

Анализируются гендерные аспекты самооценки здоровья как его важного психосоциального индикатора, который, несмотря на элемент субъективизма, является достоверным показателем здоровья индивидов и способен прогнозировать уровень смертности. Во взаимосвязи с гендерными особенностями самооценки здоровья рассматриваются социологические показатели ряда жизненных стратегий, характеризующих восприятие здоровья как социокультурной ценности, самосохранительное и рискованное поведение у мужчин и женщин в современной России. На основе данных репрезентативного опроса «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ» (RLMS-HSE), проводимого НИУ «Высшая школа экономики» и ЗАО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии РАН, делается вывод о том, что более высокая ценность здоровья для российских женщин, которая проявляется в паттернах повседневного поведения, сочетается с их более низкой самооценкой здоровья. В то же время мужчины, оценивая состояние своего здоровья сравнительно выше, в меньшей степени склонны демонстрировать самосохранительное поведение.

Ключевые слова: гендерные различия в отношении к здоровью, самооценка здоровья, здоровье как социокультурная ценность, самосохранительное поведение.

N. I. Pautova, I. S. Pautov. Gender characteristics of health self-assessment and perception as a socio-cultural value (Based on the data of the 21st round of RLMS-HSE)

The article analyzes the gender dimensions of health self-assessment as an important psychosocial indicator of health, which, despite a subjectivity component,

Женщина в российском обществе. 2015. № 2 (75). С. 60–75

© Паутова Н. И., Паутов И. С., 2015

Паутова Наталья Игоревна — аспирантка кафедры философии и социологии, Санкт-Петербургский государственный институт культуры, г. Санкт-Петербург, Россия, yaroslava63@mail.ru (PhD student of the Department of Philosophy and Sociology, Saint-Petersburg State Institute of Culture, St. Petersburg, Russia).

Паутов Иван Станиславович — кандидат социологических наук, старший научный сотрудник сектора социологии здоровья, Социологический институт РАН, г. Санкт-Петербург, Россия, i-pride@rambler.ru (Cand. Sc., Senior Researcher of the Department of Sociology of Health, Sociological Institute of Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, Russia).

is a reliable indicator of the health of individuals and is able to predict mortality. The authors make an attempt to outline the sociological dimensions of life strategies that characterize the perception of health as a socio-cultural value, healthy and risky behavior among men and women in modern Russia, connecting them with the gender variations in self-rated health. The article provides the reader with a series of explanations of differences between masculine and feminine attitudes towards health; most of them are based on the socio-cultural patterns developed throughout the history of the modern Western civilization. Both men and women face their specific risks connected with the social, economic, and cultural circumstances of their life. The authors undertake the detailed analysis of the gender differences in the behavioral patterns that can influence individual health in the modern Russian society. These patterns include the level of involvement into alcohol and smoking addictions, the proportion of men and women involved in regular physical activities, the compliance of regular nutrition and using a diet to improve the individual health, the frequency of consultations with physicians and medical aid, actions undertaken in case of health problems, and the level of consumption of private health insurance services.

The authors use data of the representative Russia Longitudinal Monitoring survey (RLMS-HSE), conducted by National Research University "Higher School of Economics" and ZAO "Demoscope" together with Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill and the Institute of Sociology RAS. The official RLMS-HSE data are available at <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms-hse> and <http://www.hse.ru/org/hse/rlms>. The data collected within the 21st round of this monitoring in 2012 are taken for analysis.

The authors come to the conclusion that women's lower health ratings determine the main strategies in their behavior, largely aimed to maintain and improve their health. At the same time men give higher ratings to their health but many of their routine actions aren't focused on their health protection. Modern Russian men demonstrate higher involvement into alcohol and smoking addictions and rarely visit the physician in order to prevent or cure the disease. The only factor in which men slightly dominate is the proportion of involvement in physical exercise. These behavioral differences are connected both with the peculiarities of the social and economic situation in the modern Russian society, and with the subjective perception of the "healthy" and "unhealthy" behavior among men and women.

Key words: gender differences in relation towards health, self-rated health, health as a socio-cultural value, healthy behavior.

Современное общество все более интенсивно подчеркивает значимость личной ответственности индивида за свое здоровье. Такая тенденция находит поддержку и на государственном уровне. Это приводит к необходимости анализа различных факторов, которые оказывают влияние на восприятие индивидом своего здоровья, отношение к нему, готовность к активным действиям по его сохранению и укреплению. К таким факторам, выявленным в ходе ряда исследований в области социологии и социальной психологии, относятся и гендерные различия в восприятии здоровья. Цель данной статьи — более детально проанализировать эти различия по отдельным параметрам, которые характеризуют отношение к здоровью как социокультурной ценности (распространенность практик, сохраняющих здоровье и разрушающих его, например курения, злоупотребления

алкоголем, физической активности, следования диетам, регулярности питания, посещения врачей и т. д.). Источником данных для анализа послужили результаты 21-й волны (2012 г.) Российского мониторинга социально-экономического положения и состояния здоровья населения Российской Федерации (RLMS-HSE).

Социологическое осмысление влияния гендерного фактора на отношение к здоровью. Постановка проблемы исследования

При прохождении этапа гендерной социализации в семье, близком окружении, воспитательных и учебных заведениях у мужчин и женщин по-разному формируется отношение к здоровью и самосохранительное поведение. В развитии понятия «здоровый стиль жизни» («healthy lifestyle»), или более принятого в нашей стране «здоровый образ жизни», лежат идеи М. Вебера, установившего, что стиль жизни человека обусловлен не только индивидуальным выбором, но и возможностью реализации жизненных шансов, которая во многом зависит от социальных и экономических факторов [Вебер, 2010]. Несмотря на то что индивид имеет определенные свободы, он не полностью может их реализовать при выборе стиля жизни. Согласно предположению Вебера, возможность индивидуального выбора регламентируется социальными и материально-экономическими условиями жизни человека. Прерогатива выбора стиля жизни есть у тех, кто имеет желание и средства, но ее нет тогда, когда есть желание, а средства отсутствуют. Чем более ограничены материальные возможности индивида, тем более он зависим в своем выборе стиля жизни от внешних обстоятельств, утверждал Вебер.

Однако, по мнению ряда ученых, для того, чтобы выявить причины многообразия стилей жизни в современном обществе, одних социально-экономических условий недостаточно. В. Кокерхэм и его коллеги считают, что здоровый стиль жизни основан на выборе самого индивида в соответствии с возможностями, доступными ему. Это своего рода коллективные модели поведения людей в отношении к здоровью, зависящие прежде всего от возраста, пола, расы, этничности, но в меньшей степени от их социально-экономического и материального положения [Cockerham et al., 1997]. Ряд западных ученых считают гендерные различия в отношении к здоровью одним из наиболее эффективных методов изучения здоровых стилей жизни на основе поведенческих и аттитюдных моделей [Dean, 1989].

Гендерная идентичность накладывает особенности на развитие индивидуального здоровья и отношение к нему. Традиционный гендерный стереотип сильного мужчины, кормильца и опоры семьи, требует от мужчин стойко переносить душевные и телесные недуги. Наоборот, женский гендерный стереотип часто формирует личность, окруженную вниманием, заботой, более слабую и зависимую от внешних обстоятельств. По мнению Т. В. Бендас, суждения Т. Парсонса о том, что при свойственном женщинам экспрессивном стиле поведения для них является естественным демонстрировать свою болезненность, привели к формированию устойчивого мнения о половых различиях в здоровье, поскольку общество позволяет женщинам быть слабыми и они с готовностью принимают эту роль [Бендас, 2006]. В соответствии с предложенным Парсонсом

ролевым подходом считается, что женщины легче и проще принимают роль больного из-за того, что скорее распознают болезнь на интуитивном уровне и обращаются за помощью к профессионалам [Nathanson, 1975]. Во многом такое поведение связано с тем, что на протяжении всей истории человеческого общества именно женщине, как хранительнице семейного очага, чаще всего приходилось иметь дело с больными детьми, престарелыми родителями, родственниками. Несмотря на вовлеченность современной женщины в трудовую деятельность и общественную жизнь, на ней, как правило, лежит основная нагрузка по уходу за членами семьи, в том числе больными. А значит, все, что касается болезней, во многом известно ей не понаслышке. Как полагает И. Б. Назарова, современное общество с существующим отношением к здоровью и лечению можно рассмотреть как смешанное — «Gemeinschaft» и «Gesellschaft» (Ф. Теннис). Женщины больше привержены обществу «гимайншафт», и по сей день именно на них возлагается работа по дому и уходу за членами семьи [Назарова, 2007].

1990-е и 2000-е гг. были отмечены появлением ряда отечественных исследований в области практик, связанных со здоровьем, в русле гендерного подхода [Бурмыкина, 2006; Григорьева, 2001; Корхова, 2000; Шурыгина, 1996]. По мнению О. Н. Бурмыкиной, выбор гендерных различий в качестве социокультурного основания неравенств в здоровье и поведении, связанном со здоровьем, обусловлен в числе прочего и тем обстоятельством, что гендер структурирует жизненные шансы сохранения здоровья и доступ к материальным и общественным ресурсам, благоприятствующим его поддержанию [Бурмыкина, 2006].

Несомненно, у женщин и мужчин разное отношение не только к здоровью, но и к другим ценностям. Так, при исследовании основных ценностей повседневной деятельности среди московских рабочих здоровье назвали 72,1 % женщин и 55,1 % мужчин, работу — 46,4 и 62,1 %, материальное благополучие — 64,2 и 72,2 % соответственно [Патрушев, Бессокирная, 2003]. Следовательно, можно предположить, что мужчины чаще, чем женщины, жертвуют здоровьем ради работы. Ценность здоровья у женщин занимает среди прочих ценностей первое место (у мужчин лишь четвертое). Согласно статистике, 24 % женщин и 15 % мужчин подчеркивают важную роль здоровья для обеспечения полной и активной жизни, а 27 % женщин и 12 % мужчин считают, что хорошее здоровье является важным средством достижения успеха в профессиональной деятельности [Ровенских, 2010].

Различия в самооценке здоровья у мужчин и женщин в современной России

Самооценка здоровья является его важным психосоциальным индикатором, несмотря на то что включает определенный элемент субъективизма. Многочисленные исследования подтвердили, что она выступает надежной мерой здоровья и прогнозирует уровень смертности [Журавлева, 2006; Кислицына, 2011; Максимова, 2002; Подсвинова, 2010; Русинова и др., 2010].

В результате многочисленных социологических исследований установлено, что женщины оценивают свое здоровье ниже, чем мужчины, но живут дольше. Это же подтверждают и данные медицинской статистики, которые

свидетельствуют, что здоровье у женщин хуже, чем у мужчин, по показателям обращаемости в лечебные учреждения. По несколько хронических заболеваний отмечено у каждого десятого мужчины (13,2 %) и у каждой пятой женщины (22,6 %); многие женщины в нашей стране, особенно после 1990 г., живут на пределе своих физических возможностей [Женщина... , 2001].

Отчасти складывающуюся ситуацию компенсирует их сравнительно более витальное поведение, они внимательнее относятся к своему состоянию, чаще обращаются к врачам, больше денег тратят на лекарства. Мужчины же лечатся крайне неохотно, стараются не замечать своей болезни, чаще злоупотребляют алкоголем и курением, а в результате умирают как бы внезапно, в сравнительно более молодом возрасте. По данным исследования здоровья населения жителей Новгородской области выявлено, что заболеваемость у женщин по сравнению с мужчинами выше в 1,4 раза, однако 80 % умерших в трудоспособном возрасте составляют мужчины, а уровень общей смертности мужчин в пять раз превышает смертность женщин [Медик, Осипов, 2012]. Эти факты еще раз подтверждают нынешнюю парадоксальную демографическую ситуацию в России, когда женщины больше болеют, а мужчины чаще умирают. Однако есть нарушения здоровья, которые чаще встречаются у мужчин. Например, заболеваемость туберкулезом у них более чем в два раза выше (на 100 тыс. населения мужчин — 115,3, женщин — 43,8 [Здравоохранение... , 2011: 27]), что во многом обусловлено большей численностью представителей сильного пола в местах заключения, где они в основном и заболевают. Проблемы женщин часто связаны с их репродуктивной функцией, прежде всего это анемии и токсикозы у беременных, осложнения после родов и аборт, воспалительные и онкологические заболевания молочной железы и половых органов. Считается, что в любой стране мира женщины имеют ограниченный доступ к различным ресурсам, в том числе к системе здравоохранения, меньше возможностей для охраны здоровья [Phillips, 2005]. Но, учитывая возможности здравоохранения в нашей стране, обеспечивающие достаточно гендерно-справедливый уровень равного доступа к диагностике и лечению, можно предположить, что для части женщин этот доступ ограничен только в силу их занятости из-за совмещения трудовой деятельности и работы в семье. Самооценка здоровья женщин во многом зависит от состояния хронической усталости и депрессии. Как показывают исследования, этому менее подвержены женщины, имеющие несколько различных социальных позиций, особенно высокого ранга, например хорошо оплачиваемую работу с преобладанием интеллектуального труда [Lennon, Rosenfield, 1992], что положительно сказывается на их социальной идентичности и самоуважении. Работа дает возможность женщине строить карьеру, получать социальную поддержку, в результате чего повышается удовлетворенность жизнью. Однако некоторые рабочие роли, условия труда и занятости могут сводить на нет перечисленные выше факторы, позитивно влияющие на здоровье женщины. Женщина не удовлетворена при полной занятости, поскольку ей не хватает времени для домашних дел, в то же время частичная занятость не позволяет в полной мере реализоваться на работе. Данные исследования, проведенного в семьях Москвы и двух сельских регионов России, показывают, что в семье, помимо экономического положения, самооценка здоровья определяется тем, на ком лежит тяжесть принятия решения.

Когда доминирует жена, ее собственное здоровье страдает, но здоровье мужа, наоборот, улучшается [Cubbins, Szaflarski, 2001], а по данным И. Б. Назаровой, в российских семьях приоритет принятия решений по многим вопросам чаще принадлежит жене [Назарова, 2007].

Статистически установлено, что среди женщин — рабочих промышленных предприятий более часты случаи травматизма как результата стресса и однообразной деятельности; как правило, работа многих женщин требует выполнения большого числа однообразных операций, где невозможен творческий подход и инициативность. Кроме того, в данном случае добавочным фактором риска является двойная нагрузка женщин: на рабочем месте и дома [Охрана труда... , 2004], так как установлено, что женщины в среднем тратят на все виды домашнего труда 30,3 ч в неделю, а мужчины — 14,0 ч [Мезенцева, 2003].

Существует ряд гендерных стереотипов в отношении здоровья, которые не всегда имеют под собой почву, однако в ряде случаев могут быть подтверждены психологическими и социальными обстоятельствами. Предполагается [Назарова, 2007], что *женщины*:

- чаще и быстрее реагируют на болезненное состояние и обращаются за советом к специалисту;
 - преувеличивают количество и серьезность своих проблем;
 - должны жертвовать карьерой ради семьи (оставаться дома в случае необходимости ухода за близкими);
 - имеют меньше времени для посещения врача в силу двойной занятости;
 - более уверены в своих способностях самолечения;
 - менее выгодная (более затратная) рабочая сила, поскольку чаще склонны пропускать работу в случае своей болезни или болезни близких;
- в то время как *мужчины*:
- должны выполнять функцию кормильца семьи и делать карьеру, поэтому здоровьем заниматься некогда;
 - легче впадают в депрессию, если остаются без работы (крайний случай — самоубийство);
 - больше боятся потерять работу и заработок, поэтому чаще выходят на работу во время болезни;
 - обращаются к специалисту с более серьезными проблемами со здоровьем, чем женщины;
 - больше боятся проблем со здоровьем и стараются обратиться за помощью как можно скорее.

При изучении данных репрезентативной выборки 21-й волны RLMS-HSE нами были сделаны следующие выводы о самооценке здоровья среди мужчин и женщин. Мужчины оценивают свое здоровье как «очень хорошее» в 3,9 % ответов, женщины только в 1,7 %, т. е. почти в два раза реже. Свое здоровье как «хорошее» оценивают 46,7 % мужчин и 36 % женщин, отвечавших на вопросы анкеты. «Средний» уровень здоровья отметили у себя 42 % мужчин и 49 % женщин. Свое здоровье как «плохое» оценили 11,1 % женщин и 6,1 % мужчин. «Со всем плохим» считают свое здоровье 1,0 % мужчин и 1,6 % женщин (рис. 1).

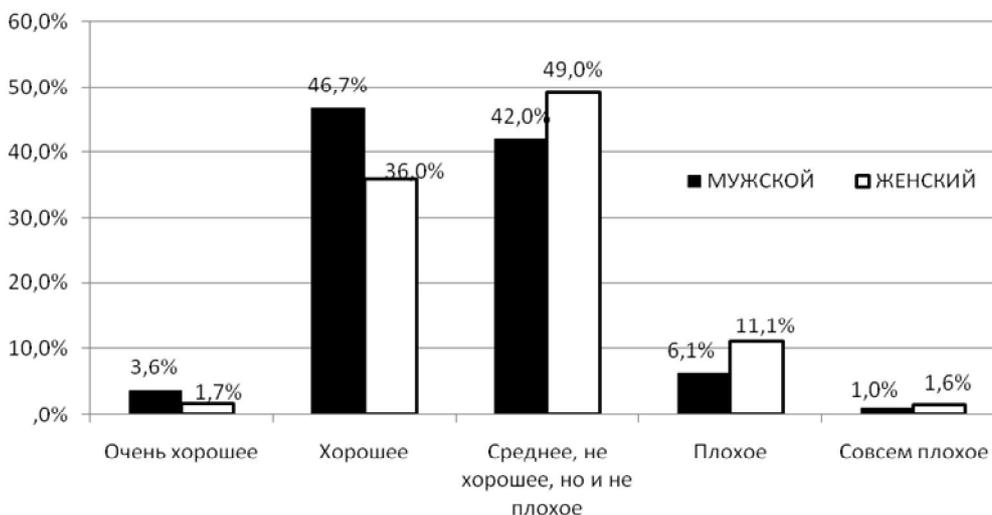


Рис. 1. Распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете Ваше здоровье?» в зависимости от пола, %*

Гендерные практики самосохранительного и рискованного поведения в отношении здоровья. Методы и результаты исследования

По нашему мнению, индикаторами поведения в отношении здоровья являются ответы на ряд вопросов, включенных в программу Российского мониторинга социально-экономического положения и состояния здоровья населения Российской Федерации и направленных на установление:

- 1) отношения к курению и алкоголю,
- 2) отношения к физической активности,
- 3) характера питания и следования диете,
- 4) частоты посещения врача и действий при проблемах со здоровьем,
- 5) наличия полиса добровольного медицинского страхования и источника его финансирования.

Данные 21-й волны RLMS-HSE были проанализированы нами с использованием инструментов статистического анализа в программе SPSS. Были построены таблицы и графики частотного распределения ответов мужчин и женщин на те вопросы данного мониторинга, которые отражали приведенные выше индикаторы.

Проследим гендерные особенности отношения к здоровью по результатам проведенного нами анализа. Прежде всего обратимся к рассмотрению распространенности *вредных для здоровья привычек у мужчин и женщин*. Мониторинг RLMS-HSE приводит следующие данные по распространенности курения среди мужчин и женщин. Курящими себя в настоящее время считают 51,8 % мужчин и 15 % женщин из числа отвечавших на вопросы анкеты (рис. 2). Отрицательно на вопрос «Курите ли Вы в настоящее время» ответили 48 % мужчин и 84,8 % женщин.

* Здесь и далее расчеты выполнены на основе данных 21-й волны (2012 г.) Российского мониторинга социально-экономического положения и состояния здоровья населения Российской Федерации (RLMS-HSE).



Рис. 2. Распределение ответов на вопросы о курении и употреблении алкоголя без еды в зависимости от пола, %

Распределение ответов на вопрос о частоте употребления алкоголя оказалось таким (рис. 3): употребляют алкоголь каждый день 2,6 % мужчин и 0,6 % женщин, 2—3 раза в неделю — 19,8 % мужчин и 6 % женщин (от количества тех, кто употребляет алкоголь хотя бы иногда, в данной группе). Почти треть опрошенных женщин выпивали алкогольные напитки один раз за последние 30 дней, тогда так среди мужчин этот показатель был 15,3 %.

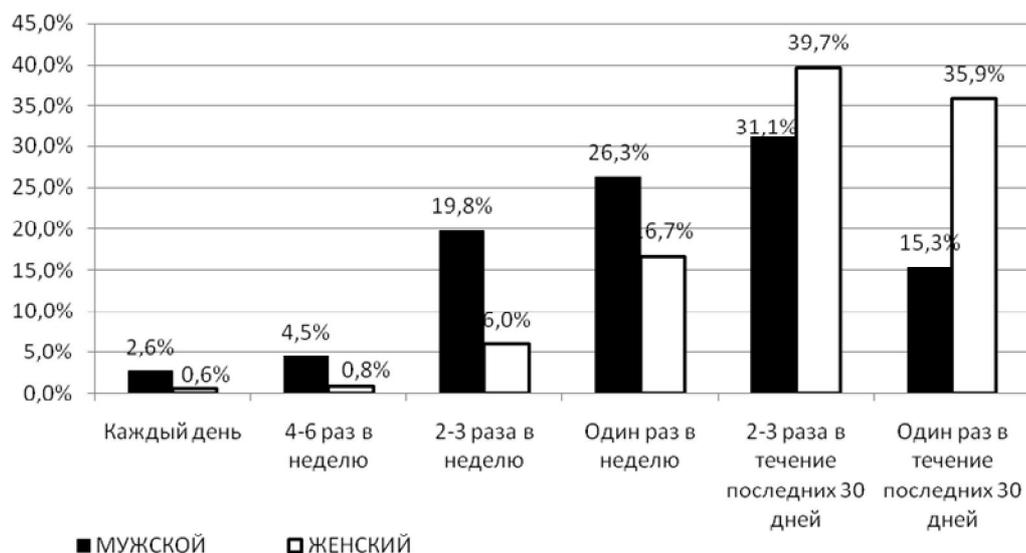


Рис. 3. Распределение ответов на вопрос «Как часто Вы употребляли алкогольные напитки в течение последних 30 дней?» в зависимости от пола, %

Значимым показателем крайне вредного воздействия алкоголя на организм является употребление алкогольных напитков без еды: это усиливает токсическое действие этанола, ускоряет опьянение, поэтому мы проанализировали данный показатель в массиве данных 21-й волны RLMS-HSE. На вопрос «Вы пьете алкогольные напитки без еды?» утвердительно ответили 33,2 % опрошенных мужчин и 14,5 % женщин (рис. 2). Мы видим, что по данным мониторинга в этом аспекте женщины демонстрируют более ответственное отношение к здоровью.

Важным фактором поддержания здоровья принято считать занятия физической культурой. Несомненно, только осознание ценности здоровья и личной ответственности за его сохранение может мотивировать индивида на занятия спортом, так как это требует физических усилий, временных затрат (а в современных условиях зачастую и материальных). К сожалению, результаты опроса рисуют неблагоприятную картину распространенности занятий по физической активности среди населения в целом и среди мужчин и женщин в частности. На вопрос анкеты «Какой из вариантов описания лучше всего соответствует Вашим занятиям физкультурой?» 71,5 % мужчин и 74,5 % женщин ответили, что вообще не занимаются физкультурой. Среди небольшой доли тех, кто занимается какими-то видами физической активности, ежедневные занятия физкультурой по меньшей мере 30 мин в день выбрали 8 % мужчин и 7,4 % женщин. Женщины предпочитают легкие физкультурные упражнения для отдыха менее трех раз в неделю (13,1 %), среди мужчин больший процент тех, кто выбирает физкультурные упражнения средней или высокой тяжести менее трех раз в неделю (6,1 %).

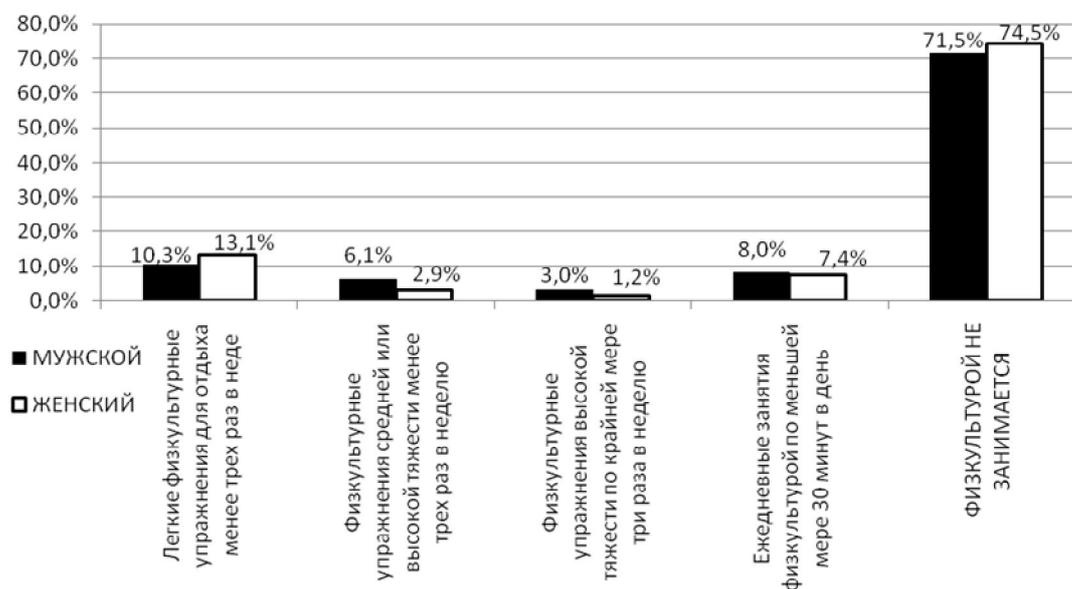


Рис. 4. Распределение ответов на вопрос «Опишите, пожалуйста, Ваши занятия физкультурой» в зависимости от пола, %

Правильное, регулярное питание играет важную роль в поддержании здорового образа жизни. Однако соблюдают режим питания не все респонденты. На вопрос «Удается ли Вам в целом питаться регулярно, не реже 3 раз в день, изо дня в день?» утвердительно ответили 49,3 % опрошенных мужчин

и 59,8 % женщин (рис. 5). В том, что питаться регулярно «скорее не удастся» и «никогда не удастся», признались 22,3 % мужчин и 16,6 % женщин. Таким образом, и по этому показателю женщины демонстрируют большую заинтересованность в здоровом образе жизни. Значительно более высок процент женщин (11,8 против 3,3 % мужчин; рис. 5), утвердительно ответивших на вопрос «За последние 12 месяцев Вы сидели на какой-нибудь диете? Диетой мы считаем любое изменение в Вашей еде именно для того, чтобы сбросить вес, *улучшить здоровье?*» (курсив наш. — Н. П., И. П.). Несомненно, большая часть респондентов использует диеты именно для похудения, однако в вопросе подчеркивалось применение диеты не только для похудения, но и для улучшения здоровья, что важно и для женщин, и для мужчин. Снижение веса для многих представителей сильного пола не менее актуально, так как избыточный вес является фактором риска возникновения ряда заболеваний и сокращает продолжительность жизни. Многие женщины стараются снизить вес не столько для профилактики возможных заболеваний, сколько из косметических соображений, но в данном случае эти цели совпадают. Красота становится не жертвой, а благом для здоровья при условии безопасности диет для похудения с медицинской точки зрения.

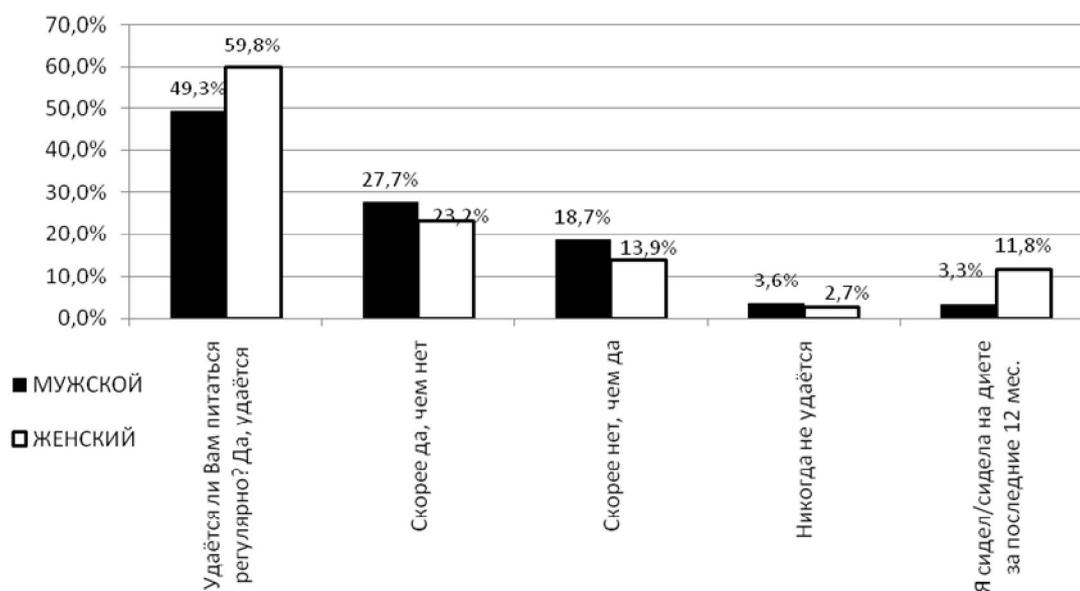


Рис. 5. Распределение ответов на вопросы о практиках питания мужчин и женщин в зависимости от пола, %

Важным фактором, характеризующим ответственное отношение к здоровью как к ценности, являются стратегии поведения индивида в случае заболевания, а также то, насколько часто он посещает врача. Это связано с тем, что, даже несмотря на усилия человека, направленные на предупреждение заболеваний (закаливание, занятия физической культурой, соблюдение режима питания и отдыха), к сожалению, нельзя гарантировать сохранение постоянно хорошего состояния здоровья. Своевременное предупреждение возможных осложнений, полное выздоровление требуют, как показывает медицинская практика,

обращения к специалисту, комплексного обследования, назначения специфического лечения, контроля за его проведением со стороны медработников. Такая тактика поведения индивида в случае заболевания, на наш взгляд, проявление ответственного отношения к своему здоровью, культуры здоровья. Между тем на вопрос анкеты «Что Вы сделали, чтобы решить те проблемы со здоровьем, которые возникали у Вас в течение последних 30 дней?» как мужчины, так и женщины более чем в 60 % случаев (женщины — 60,7 %, мужчины — 60,5 %) ответили, что они «не обращались к медработникам, занимались лечением самостоятельно», и лишь третья часть заболевших лечилась в медицинских учреждениях (причем из этого числа 33 % обращались в поликлиники стоматологического профиля). Посещение врача необходимо не только в случае заболевания. Многие клинические исследования (в том числе и периодический осмотр врачами разных специальностей), а также вакцинации проводятся с профилактической целью и являются необходимым условием сохранения и поддержания здоровья в современном обществе, где за врачами закреплена роль «экспертов в сфере здоровья». Это требует посещения врача, поэтому показатель частоты обращения в медицинские учреждения также важен в качестве характеристики индивидуальной ответственности за здоровье и служит индикатором наличия определенной санитарной и медицинской культуры в современном обществе. Однако, по данным 21-й волны RLMS-HSE, 35,1 % мужчин и 22,5 % женщин обращаются в лечебные учреждения реже одного раза в год. То, что процент женщин в этой группе меньше, чем мужчин, говорит о более ответственном отношении женщин к здоровью. С другой стороны, это еще одно свидетельство того, что женщины, как правило, имеют более низкую самооценку здоровья, более настороженно относятся к своему состоянию и возникающим заболеваниям и чаще посещают врача. Так, по данным RLMS-HSE, чаще одного раза в месяц к врачу обращаются 2,5 % мужчин и 4,3 % женщин (рис. 6).

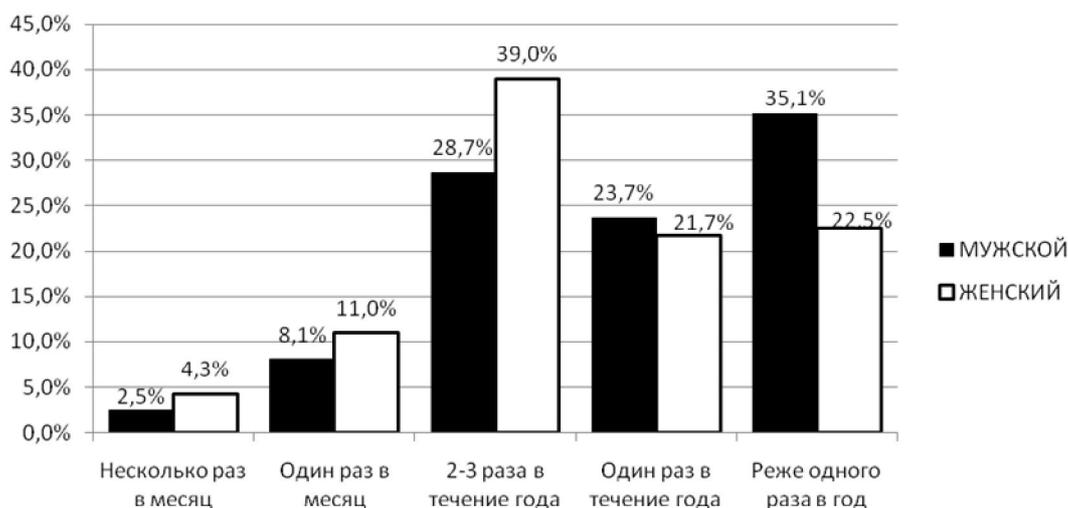


Рис. 6. Распределение ответов на вопрос «Как часто Вы посещаете врача в течение года?» в зависимости от пола, %

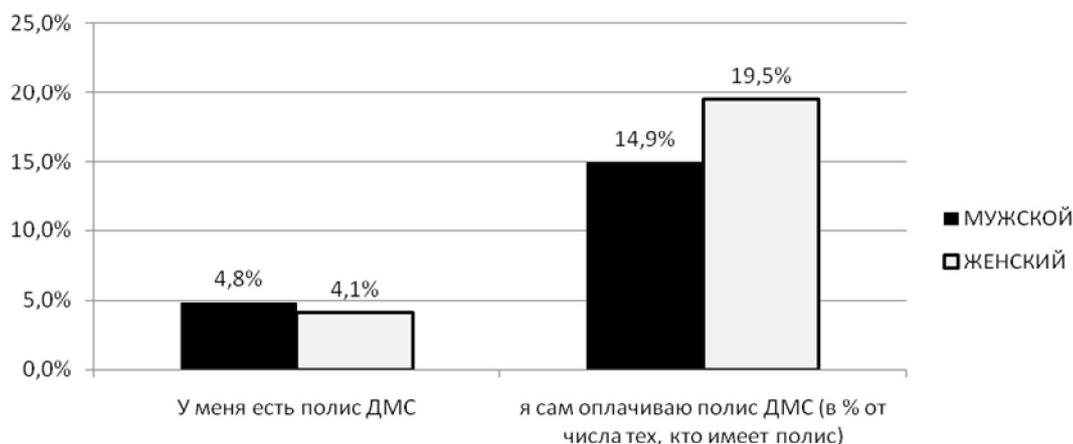


Рис. 7. Распределение ответов на вопросы о наличии полиса ДМС и источнике его финансирования в зависимости от пола, %

Наличие полиса добровольного медицинского страхования как индикатор ценностного отношения к здоровью является нововведением для граждан нашей страны. В период существования СССР для всех граждан законодательно гарантировалась бесплатная медицинская помощь в полном объеме, независимо от ее вида [Конституция... , 1977]. Однако в связи со сменой социально-экономических отношений в стране после 1990 г. финансирование медицинской помощи стало осуществляться на бюджетно-страховой основе. Получение медицинской помощи в настоящее время возможно, во-первых, за счет средств бюджета (бесплатно для граждан), во-вторых, за счет полисов обязательного медицинского страхования, которые оплачивает, как правило, работодатель, а для неработающих граждан — местные бюджеты администраций городов и поселений. Кроме обязательного медицинского страхования, существует добровольное медицинское страхование (ДМС), которое в зависимости от программы страхования охватывает большее число видов медицинской помощи или дает возможность получения услуг в лечебно-профилактических центрах высокого класса за счет средств ДМС. Многие предприятия и организации в современной России включают полис ДМС для своих сотрудников в расширенный соцпакет в целях привлечения персонала. Возможно и индивидуальное приобретение подобного полиса, в соответствии с которым оплата услуг по страховому случаю становится намного ниже полной их стоимости. Таким образом, приобретение полиса добровольного медицинского страхования является достаточно новой для граждан России формой заботы о собственном здоровье, которая предусматривает гораздо более выраженную индивидуальную ответственность за его сохранение и поддержание. Однако, как свидетельствуют статистические данные, количество граждан, имеющих полисы ДМС, а тем более оплачивающих их за собственный счет, в России невелико. Мониторинг RLMS-HSE предусматривает несколько вопросов по страхованию здоровья, поэтому в нашем исследовании были использованы эти данные. Так, на вопрос анкеты

«У Вас есть договор на дополнительное добровольное медицинское страхование?» утвердительно ответили 4,8 % мужчин и 4,1 % женщин из числа опрошенных. Более низкая доля женщин, имеющих полис ДМС, является одним из выражений гендерного неравенства в доступности медицинских ресурсов в рыночных условиях вследствие худшего экономического положения женщин и того, что большая их часть трудится, по сравнению с мужчинами, на менее рентабельных предприятиях, где не только ниже заработная плата, но и менее распространены различные льготы, предоставляемые работникам. Причем доля тех, кто приобрел полис ДМС самостоятельно, составляет, по данным 21-й волны RLMS-HSE, 19,5 % женщин и 14,9 % мужчин (рис. 7), что может свидетельствовать о большей заинтересованности женщин в получении полного и качественного медицинского обслуживания.

Заключение

Таким образом, мы можем сделать вывод, что более низкая самооценка женщинами здоровья по сравнению с мужчинами (что в целом можно считать не совсем благоприятным фактором) определяет основные стратегии их поведения, в большей степени нацеленные на поддержание и укрепление здоровья и отличающиеся более выраженной, чем у мужчин, самосохранительной направленностью. При этом и мужчины, и женщины имеют свои специфические источники опасностей для здоровья и ресурсов для его улучшения. Различия в рисках и шансах для здоровья мужчин и женщин связаны как с особенностями их социально-экономического положения в структуре современного российского общества, так и с субъективным восприятием «здорового» и «нездорового» поведения. Например, как показал наш анализ, современные российские мужчины чаще курят, нежели женщины, реже обращаются к врачам, но при этом чаще занимаются физическими упражнениями, так как эта социальная практика входит в комплекс представлений о здоровом образе жизни для мужчин, а посещение врача или отказ от курения не воспринимается ими как обязательный элемент «здорового поведения».

Библиографический список

- Бендас Т. В.* Гендерная психология. СПб.: Питер, 2006. 431 с.
- Бурмыкина О. Н.* Гендерные различия в практиках здоровья: подходы к объяснению и эмпирический анализ // Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. Т. 9, № 2. С. 110—119.
- Вебер М.* Хозяйство и общество: пер. с нем. / под науч. ред. Л. Г. Ионина. М.: ГУ ВШЭ, 2010. 456 с.
- Григорьева Н. С.* Гендерные измерения здравоохранения // Теория и методология гендерных исследований. М.: МЦГИ, 2001. С. 252—259.
- Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века / под ред. Н. М. Римашевской. М.: Ин-т соц.-экон. проблем народонаселения РАН, 2001. 320 с.

- Журавлева И. В.* Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006. 240 с.
Здравоохранение в России, 2011: статистический сборник / Росстат. М., 2011. 326 с.
- Кислицына О. А.* Детерминанты здоровья подростков // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. № 3 (19). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/311/30/lang,ru> (дата обращения: 04.11.2014).
- Конституция (Основной закон) Союза Советских Социалистических Республик. Гл. 7, ст. 42 // Конституционная история России. URL: <http://www.rusconstitution.ru/library/constitution/articles/9681/> (дата обращения: 25.12.2014).
- Корхова И. В.* Гендерные аспекты здоровья // Народонаселение. 2000. № 2. С. 70—79.
- Максимова Т. М.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М.: Пер Сэ, 2002. 192 с.
- Медик В. А., Осипов А. М.* Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М.: ИНФРА-М, 2012. 358 с.
- Мезенцева Е. Б.* Мужчины и женщины в сфере домашнего труда: логика экономической рациональности против логики гендерной идентичности? // Гендерное равенство: поиски решения старых проблем. М.: МОТ, 2003. С. 50—71.
- Назарова И. Б.* Здоровье занятого населения. М.: ГУ ВШЭ, 2007. 526 с.
- Охрана труда в цифрах и фактах. Направления совершенствования глобальной культуры охраны труда. М.: МОТ, 2004. 32 с.
- Патрушев В. Д., Бессокирная Г. П.* Динамика основных ценностей повседневной деятельности и мотивов труда московских рабочих в 1990-е годы // Социологические исследования. 2003. № 5. С. 72—84.
- Подсвинова Т. Е.* Определение заболеваемости различных категорий населения методом анкетирования // Менеджер здравоохранения. 2010. № 11. С. 25—30.
- Ровенских О. В.* Влияние гендерных различий на процесс адаптации сотрудников ПО ФСБ РФ к профессиональной деятельности. Калининград: Балт. гос. акад. рыбопромышленного флота, 2010. 160 с.
- Русинова Н. Л., Панова Л. В., Сафронов В. В.* Здоровье и социальный капитал: (опыт исследования в Санкт-Петербурге) // Социологические исследования. 2010. № 1. С. 87—100.
- Шурыгина И. И.* Различия в потреблении алкоголя мужчинами и женщинами // Социологический журнал. 1996. № 1—2. С. 169—176.
- Cockerham W., Rutten A., Abel T.* Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber // The Sociological Quarterly. 1997. Vol. 38, № 2. P. 321—342.
- Cubbins L. A., Szaflarski M.* Family effects on self-reported health among Russian wives and husbands // Social Science & Medicine. 2001. Vol. 53. P. 1653—1666.
- Dean K.* Self-care components of lifestyles: the importance of gender, attitude, and the social situation // Social Science & Medicine. 1989. Vol. 29. P. 137—152.
- Lennon M. C., Rosenfield S.* Women and mental health: the interaction of job and family conditions // Journal of Health and Social Behavior. 1992. № 33. P. 316—327.
- Nathanson C. A.* Illness and the feminine role: a theoretical review // Social Science & Medicine. 1975. № 9. P. 57—62.
- Phillips S. P.* Defining and measuring gender: a social determinant of health whose time has come // International Journal for Equity in Health. 2005. № 4. P. 11—17.

References

- Bendas, T. V. (2006) *Gendernaia psikhologiya* [Gender Psychology], St. Petersburg: Piter.
- Burmykina, O. N. (2006) Gendernye razlichii v praktikakh zdorov'ia: podkhody k ob'iasneniiu i empiricheskiĭ analiz [Gender differences in health practices: explanation approaches and empirical analysis], *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noi antropologii*, vol. 9, no. 2, pp. 110—119.
- Cockerham, W., Rutten, A., Abel, T. (1997) Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber, *The Sociological Quarterly*, vol. 38, no. 2, pp. 321—342.
- Cubbins, L. A., Szaflarski, M. (2001) Family effects on self-reported health among Russian wives and husbands, *Social Science & Medicine*, vol. 53, pp. 1653—1666.
- Dean, K. (1989) Self-care components of lifestyles: The importance of gender, attitude, and the social situation, *Social Science & Medicine*, vol. 29, pp. 137—152.
- Grigor'ieva, N. S. (2001) Gendernye izmereniia zdravookhraneniia [Gender dimensions in public health], in: *Teoriia i metodologiya gendernykh issledovaniĭ*, Moscow: Moscovskii tsentr gendernykh issledovaniĭ, pp. 252—259.
- Kislitsyna, O. A. (2011) Determinanty zdorov'ia podrostkov [Determinants of adolescents' health], *Sotsial'nye aspekty zdorov'ia naseleniia*, no. 3 (19), available from <http://vestnik.mednet.ru/content/view/311/30/lang,ru> (accessed 04.11.2014).
- Konstitutsiia (Osnovnoi zakon) SSSR (1977), glava 7, stat'ia 42 [Constitution (Main law) of the USSR], in: *Konstitutsionnaia istoriia Rossii*, available from <http://www.rusconstitution.ru/library/constitution/articles/9681/> (accessed 25.12.2014).
- Korkhova, I. V. (2000) Gendernye aspekty zdorov'ia [Gender aspects of health], *Narodonaselenie*, no. 2, pp. 70—79.
- Lennon, M. C., Rosenfield, S. (1992) Women and mental health: The interaction of job and family conditions, *Journal of Health and Social Behavior*, no. 33, pp. 316—327.
- Maksimova, T. M. (2002) *Sovremennoe sostoianie, tendentsii i perspektivnye otsenki zdorov'ia naseleniia* [The modern condition, tendencies and perspective evaluation of health of the population], Moscow: Per Se.
- Medik, V. A., Osipov, A. M. (2012) *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie: mediko-sotsiologicheskii analiz* [Health of the population and public health: medical and sociological analysis], Moscow: INFRA-M.
- Mezentseva, E. B. (2003) Muzhchiny i zhenshchiny v sfere domashnego truda: Logika ekonomicheskoi ratsional'nosti protiv logiki gendernoĭ identichnosti? [Men and women in the sphere of domestic labor: Logics of the economic sense vs. logics of gender identity], in: *Gendernoe ravenstvo: poiski resheniia starykh problem*, Moscow: Mezhdunarodnaia organizatsiia truda.
- Nathanson, C. A. (1975) Illness and the feminine role: A theoretical review, *Social Science & Medicine*, no. 9, pp. 57—62.
- Nazarova, I. B. (2007) *Zdorov'e zaniatogo naseleniia* [The Health of Employed Population], Moscow: Gosudarstvennyi universitet "Vysshiaia shkola ekonomiki".
- Okhrana truda v tsifrakh i faktakh. Napravleniia sovershenstvovaniia global'noi kul'tury okhrany truda* (2004) [Occupational safety in figures and facts. The directions of global occupational safety culture improvement], Moscow: Mezhdunarodnaia organizatsiia truda.
- Patrushev, V. D., Bessokirnaia, G. P. (2003) Dinamika osnovnykh tsennostei povsednevnoi deiatel'nosti i motivov truda moskovskikh rabochikh v 1990-e gody [The dynamics of the main values of the routine activity and the motivation to work among moscow workers in the 1990s], *Sotsiologicheskie issledovaniia*, no. 5, pp. 72—84.

- Phillips, S. P. (2005) Defining and measuring gender: a social determinant of health whose time has come, *International Journal for Equity in Health*, no. 4, pp. 11—17.
- Podsvirova, T. E. (2010) Opredelenie zabolevaemosti razlichnykh kategorii naseleniia metodom anketirovaniia [Defining the morbidity profile of different social groups with the help of questionnaires], *Menedzher zdravookhraneniia*, no. 11, pp. 25—30.
- Rimashevskaiia, N. M. (ed.) (2001) *Zhenshchina, muzhchina, sem'ia v Rossii: posledniaia tret' XX veka* [A woman, a man, a family in Russia in the last 30 years of the XX century], Moscow: Institut sotsial'no-ekonomicheskikh problem narodonaseleniia.
- Rovenskiikh, O. V. (2010) *Vliianie gendernykh razlichii na protsess adaptatsii sotrudnikov PO FSB RF k professional'noi deiatel'nosti* [Gender differences' influence on professional adaptation process of the staff of the border guard division of the Federal Security Service of the Russian Federation], Kaliningrad: Baltiiskaia gosudarstvennaia akademiia promyslovogo flota.
- Rusinova, N. L., Panova, L. V., Safronov, V. V. (2010) Zdorov'e i sotsial'nyi kapital: (Opyt issledovaniia v Sankt-Peterburge) [The health and the social capital: (The research experience in St. Petersburg)], *Sotsiologicheskie issledovaniia*, no. 1, pp. 87—100.
- Shurygina, I. I. (1996) Razlichii v potreblenii alkogolia muzhchinami i zhenshchinami [Differences between men and women in alcohol consumption], *Sotsiologicheskii zhurnal*, no. 1—2, pp. 169—176.
- Weber, M. (2010) *Khoziaistvo i obshchestvo* [Economy and society], Moscow: Gosudarstvennyi universitet "Vysshiaia shkola ekonomiki".
- Zdravookhranenie v Rossii* (2011): Statisticheskii sbornik [Public Health in Russia — 2011: Statistical Data], Moscow: Rosstat.
- Zhuravleva, I. V. (2006) *Otnoshenie k zdorov'iu individa i obshchestva* [Attitude of the society and individuals towards health], Moscow: Nauka.

ЖЕНСКАЯ И ГЕНДЕРНАЯ ИСТОРИЯ

ББК 63.3(2)513-284.3

О. И. Лисицына, Н. Л. Пушкарева

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЖЕНСКОЙ ЧЕСТИ В РОССИЙСКОЙ ДВОРЯНСКОЙ КУЛЬТУРЕ (КОНЕЦ XVIII — НАЧАЛО XIX в.)

Женщина в российском обществе. 2015. № 2 (75). С. 76—89

Статья представляет собой гендерный анализ понятия «честь», являющегося одной из ключевых составляющих дворянского этоса. В то время как этические требования, предъявляемые в российском дворянском сообществе к мужчине, концентрировались вокруг его личностных качеств, для женщины понятие «честь» имело сугубо сексуальное наполнение. Не только личная честь девушки и женщины, но и честь всего ее рода и рода мужа зависели от выполнения обязательств по сдерживанию «страстей». Дворянка была не субъектом действия, а объектом мужских манипуляций, но факт этот не снимал с нее ответственности, заставляя лишь ужесточать внутренние табу.

Ключевые слова: гендер, честь, ментальность, женская история, эгодокументы, российская дворянка, конец XVIII — начало XIX в., традиционный гендерный порядок.

O. I. Lisitsyna, N. L. Pushkareva. Notion of female honour in Russian noble culture (late XVIII — early XIX c.)

The system of ideas about honour as one of the key components in the noble culture has been a subject of scientific research many times, but as a rule, the term “nobility” referred only to men. However, the concept “honour”, as well as the consequent ideas about standard behavior, had considerable gender specifics. The article represents the gender analysis of the concept “honour” on the basis of both female and male sources of personal origin, and also didactic and pedagogical treatises and works of fiction of the end of the XVIII —

© Лисицына О. И., Пушкарева Н. Л., 2015

Лисицына Ольга Игоревна — аспирантка Института этнологии и антропологии РАН, г. Москва, Россия, lisichka-vokalistka@yandex.ru (PhD student of the Institute of Ethnology and Anthropology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia).

Пушкарева Наталья Львовна — доктор исторических наук, профессор, заведующая сектором этногендерных исследований, Институт этнологии и антропологии РАН, г. Москва, Россия, pushkarev@mail.ru (Dr. Sc., Professor, Head of Women and Gender Studies Department, the Institute of Ethnology and Anthropology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia).