
СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

ББК 60.561.6:60.542.2

В. М. Нилов

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

Идея о роли гендера как детерминанта здоровья женщин и мужчин стала весьма популярна в зарубежных исследованиях еще в конце 1980-х — начале 1990-х гг., когда научные дебаты вокруг неравенств в здоровье вышли за рамки социально-экономического подхода, включив понятия расы и гендера. Одним из следствий этого процесса стала разработка методологии гендерного подхода в исследовании проблем здоровья, а также применение гендерного анализа.

Как известно, гендерный подход подразумевает оценку возникающих для женщин и мужчин последствий любых планируемых в обществе мер, включая законодательство и политику. Речь идет о стратегии, благодаря которой проблемы, встающие перед женщинами и мужчинами, и накопленный ими опыт должны стать одним из измерений в процессе разработки, осуществления, контроля и оценки политики и программ во всех сферах политической, экономической и общественной жизни с тем, чтобы и мужчины и женщины в равной степени пользовались плодами таких усилий и для неравенства не оставалось места [49]. Гендерный подход предполагает применение гендерного анализа в том числе и в сфере общественного здоровья.

В свою очередь, гендерный анализ рассматривает информацию о существующей или потенциально возможной ситуации с точки зрения гендерной перспективы. Принципы гендерного анализа требуют рассматривать социальные процессы по крайней мере в трех аспектах [29]:

— с точки зрения гендерной асимметрии, т. е. оценки положения мужчин и женщин по отношению к различным социальным структурам и в различных социальных структурах;

— с точки зрения равных возможностей для женщин и мужчин в отдельных сферах жизнедеятельности, что фактически определяет перспективы преодоления гендерной асимметрии;

— с точки зрения того, насколько гендерно-нейтральными являются социальные институты и процессы их развития (например, реформирование здравоохранения), которые складываются независимо от влияния половой принадлежности субъектов.

При этом анализ гендерных различий в здоровье женщин и мужчин должен решить целый ряд проблем, и прежде всего помочь преодолеть сложившуюся традицию сравнивать социальный статус мужчин и женщин по таким основным показателям, как власть, доходы и престиж, по которым женщины неизменно проигрывают мужчинам, и осмыслить один из немногих аспектов жизнедеятельности, где гендерные различия долгое время были в

пользу женщин. Поэтому главная цель анализа состоит в том, чтобы прояснить, усилилась или нет гендерная асимметрия, в каком направлении меняется соотношение статусов здоровья женщин и мужчин, а также понять, возросло или уменьшилось равенство возможностей для мужчин и женщин, увеличивается или уменьшается потенциал гендерной асимметрии.

Указанные аспекты могут быть рассмотрены применительно к четырем сферам жизнедеятельности: экономике, политике, семье, здоровью. При этом выделение сферы здоровья имеет достаточно специфический характер, поскольку она отражает результаты социально-экономической политики и уровень решения проблем семьи.

Итак, уровень здоровья и женщин и мужчин определяется комплексным действием многообразных факторов. Например, преимущество женщин над мужчинами в уровне здоровья обеспечивается прежде всего действием биологического фактора. По подсчетам специалистов, разница средней продолжительности жизни мужчин и женщин, обусловленная биологическим фактором, составляет 1,9—2,1 года [31, с. 290; 6, с. 151]. Однако на практике этот разрыв оказывается значительно больше, что связано с одновременным действием других, преимущественно социокультурных факторов. Их влияние проявляется в традиционном ролевом поведении мужчин и женщин в семье, когда мужчины обеспечивают в семье достаток, а женщины занимаются домашним хозяйством, уходом за детьми, несут ответственность за здоровье детей, членов семьи и психологическое благополучие семьи, владеют навыками заботы о здоровье, знаниями о культуре питания, бытовой гигиене [36, с. 134]. Эти обстоятельства заставляют женщин быть более внимательными и к собственному здоровью. Как показывают исследования российских социологов, женщины намного раньше мужчин начинают заботиться о своем здоровье. Они обладают большей медицинской грамотностью и информированностью, лучше разбираются в симптоматике распространенных заболеваний и, как правило, чаще обращаются за помощью на ранних стадиях заболеваний, тогда как мужчины по поводу хронических заболеваний обычно обращаются, когда помощь затруднена или опоздала. Мужчины в большинстве своем быстро перестают выполнять предписания врачей, не доводят лечение в домашних условиях до конца. Если по каким-либо причинам женщины не могут своевременно обратиться к врачу или выполнять его предписания, это является для них сильным стрессором; у мужчин же беспокойство о здоровье, как правило, выражено слабее.

Мотивация, обуславливающая эти различия самосохранительного поведения, связана с субъективными оценками здоровья, которые у женщин превосходят мужские: в среднем мужчины оценивают свое здоровье как хорошее в 30 % случаев, женщины — в 70 %. Однако эти оценки, характерные для России, справедливы не для всех обществ. По данным недавнего опроса в 21 европейской стране, кроме Финляндии, везде мужчины оценивают свое здоровье выше, чем женщины [47].

Гендерные различия проявляются в факторах ухудшения здоровья: мужчины больше страдают от избытка вредных привычек (основные — алкоголь и курение), от нервного перенапряжения и травм на работе, женщины

— от малоподвижного образа жизни и нерационального питания и отдыха. Женщины чаще полагаются на личную активность и ответственность в отношении к здоровью. Если мужчины считают, что на здоровье и продолжительность жизни влияют прежде всего наследственность и условия жизни, то женщины полагают, что здоровье в первую очередь определяют усилия самого человека [38].

Учитывая эти обстоятельства, а также то, что женщины освобождаются от службы в армии и работы в тяжелых и вредных условиях, больше времени проводят в более безопасных домашних условиях, можно сказать, что весь этот широкий диапазон социальных процессов и условий поддерживает и усиливает основные биологические различия здоровья.

И тем не менее многие гендерные аспекты медико-социального благополучия проявляют себя далеко не однозначно и остаются весьма актуальными для социологии здоровья. Например, достаточно долго увеличение продолжительности жизни населения большинства стран мира сопровождалось ростом разрыва средних показателей жизни женщин и мужчин, что объективно вело к актуализации этой темы в общественных и научных дискуссиях. Однако уже в 1970-е гг. различия мужской и женской продолжительности жизни в развитых странах стали менее заметны [3, с. 249]. На этом фоне ярким исключением выглядела ситуация в СССР, где разрыв в средней продолжительности жизни мужчин и женщин продолжал возрастать и в 1980-е гг. достигал 10 лет [1, 2, 26, 27]. В 1994 г. в России был отмечен самый большой разрыв в средней продолжительности жизни мужчин и женщин — 14 лет [8, с. 15—17].

Общественная значимость гендерных аспектов здоровья в последние два десятилетия возросла также благодаря развитию женского правозащитного движения, обозначившего гендерные задачи в Платформах действий на конференциях в Каире (1994) и Пекине (1995). На их основе Всемирная организация здравоохранения разработала стратегию и план действий по включению гендерной проблематики в основное направление своей работы [11].

В этих документах нашло отражение признание того, что в силу социальных (гендерных) и биологических (половых) различий мужчины и женщины подвергаются различным рискам для здоровья, их поведение, направленное на обеспечение своего здоровья, различается, равно как и различается отдача от работы систем здравоохранения для их здоровья, поэтому системы здравоохранения должны реагировать на их нужды по-разному. Между тем в большинстве обществ для охраны своего здоровья женщины располагают меньшим доступом к медико-санитарной информации, медико-санитарной помощи, услугам и ресурсам здравоохранения. Гендерные нормы также сказываются и на здоровье мужчин, т. к. они отводят им роли, поощряющие рискованное поведение и побуждающие их пренебрегать своим здоровьем. Кроме того, гендерные факторы взаимодействуют с факторами различия по расовому и другим социальным признакам, что приводит к неодинаковым преимуществам для различных социальных групп и между мужчинами и женщинами.

Было также отмечено, что в настоящее время стали очевидны экономические и социальные преимущества, которые несет обществу улучшение здоровья женщин. В частности, Мировой банк привел

убедительные доводы в пользу выгод инвестиций в женское здоровье как весьма рационального использования ресурсов, особенно в беднейших общинах [50].

В развитие своей стратегии ВОЗ создал Департамент по вопросам гендера, женщин и здоровья, который занимается вопросами биологических и социальных различий между женщинами и мужчинами, их влияния на здоровье и предпринимает меры для достижения равенства в области здравоохранения. Главной задачей Департамента является продвижение включения гендерных перспектив в работу ВОЗ при помощи сотрудничества с другими департаментами и региональными отделениями. Департамент ставит целью увеличение знаний о гендерных проблемах путем проведения специальных исследований, обучения и пропаганды того, как социально-культурные факторы и дискриминация влияют на здоровье.

Хотя гендер затрагивает здоровье и мужчин и женщин, Департамент делает особый акцент на последствия дискриминации женщин для здоровья, примеры которой существуют почти в каждой культуре. Мощные барьеры, включая бедность и недостаток образования, лишают миллионы женщин во всем мире возможности пользоваться услугами здравоохранения и, следовательно, поддерживать здоровье на должном уровне.

Реализуемые Департаментом главные стратегии в рамках гендерного подхода в здравоохранении включают в себя следующие направления [14]:

— увеличение знаний и свидетельств того, как сексуальные различия и гендерное неравенство влияют на появление определенных проблем со здоровьем, медицинским обслуживанием и препятствуют успешному лечению;

— разработка путей для продвижения и расширения политики сектора здравоохранения, оказание помощи и осуществление программ на региональном и общегосударственном уровнях, которые систематически приводят к решению гендерных проблем, включая насилие на гендерной почве;

— развитие навыков и создание инфраструктур в рамках ВОЗ и вне ее для осуществления политики и программ, лучше учитывающих возможности женщин и мужчин вести здоровый образ жизни и получать пользу от услуг здравоохранения;

— информационная деятельность и поддержка государств — членов ВОЗ с целью планирования и осуществления политики здравоохранения и стратегий, учитывающих гендерные вопросы.

Весьма активно действуют и правительства многих государств, причем не только западных, но стран Латинской Америки, а также некоторых стран Африки. Их деятельность сфокусирована главным образом на репродуктивных проблемах, но отмечается растущее осознание потребности проводить гендерную политику во всех аспектах здравоохранения, что соответствует рекомендациям Пекинской платформы.

Эти масштабные проекты требуют всестороннего научного обеспечения. Данный социальный заказ весьма активно влияет на зарубежные исследования гендерных аспектов здоровья. Они осуществляются по различным направлениям: в рамках социологии неравенства в здоровье [40, 42, 48],

осмысления механизма связи гендера и здоровья [43, 44, 46], рассмотрения проблем влияния гендера на здоровье в глобальном масштабе, в различных регионах или конкретных странах [41].

В последние годы гендерные аспекты здоровья все активнее и плодотворнее изучаются и отечественной наукой [5, 10, 19, 23, 33, 34]. Конечно, на интенсивность и качество этих исследований влияет общий уровень гендерологии в России, развитие ее методологии, теории и эмпирической базы. Об этом достаточно часто пишут специалисты. В частности, анализируя отечественный вариант гендерных исследований, авторы нередко сетуют на то, что методологическая база практической гендерологии до сих пор остается слабым местом. Используемая расширительная трактовка термина «гендер» зачастую смешивает предмет, метод и субъект анализа. Это подтверждает мнение о том, что значительная часть российских исследователей в области социальных и гуманитарных наук, а также преподавателей университетов практически все еще незнакомы с теорией и методологией гендерных исследований и продолжают работать в традиционном русле анализа «женского вопроса» [9, с. 20]. На этом фоне весьма впечатляющими выглядят все более активные и плодотворные попытки представителей пока еще немногочисленных отечественных гендерных научных центров решать сложные теоретико-методологические и прикладные проблемы гендерных исследований с учетом зарубежного опыта и его критического осмысления (см., например: [4, 9, 12, 13, 16, 17, 21]). К числу этих приоритетных направлений следует отнести и первые исследования в области гендерных аспектов социологии здоровья. Например, еще в 1990-х гг. в рамках изучения женской занятости начали затрагиваться аспекты здоровья, связанные с проблемой сочетания работы и материнства. Позднее в этот анализ были включены новые интерпретации социального неравенства по признаку пола в сфере занятости. Тогда же стали рассматриваться специфика женской профессиональной подготовки, социальная защищенность женщин, работающих на вредных, опасных и тяжелых производствах, показатели здоровья в зависимости от пола в разных профессиональных группах [15, 30].

Эти аспекты гендерных проблем здоровья, пожалуй, наиболее ярко и последовательно были представлены в исследованиях И. Б. Назаровой, изучавшей медико-социальные проблемы занятого населения [25]. Согласно ее данным, распределение самооценок здоровья в зависимости от пола имеет традиционную картину: мужчины оценивают свое здоровье выше. Положительные самооценки («хорошее» и «очень хорошее») демонстрируют динамический характер и варьируются в пределах 1—2 %. Так, только за два года (с 1994 по 1995 г.) они возросли с 37,8 до 43,6 % у мужчин и с 20,0 до 27,0 % у женщин. Оценки здоровья людей, имеющих вторую работу, «прыгали» из года в год, причем их динамика существенно различалась в зависимости от пола. Лишь в 1996 г. мужчины и в 1998 г. женщины, занятые на одной или двух работах, дали одинаковые оценки [24].

При изучении семейного благосостояния и качества жизни населения Таганрога, осуществляемого в несколько этапов начиная с 1968 г., Н. М. Римашиевской анализировалось социальное неравенство женщин в сфере

труда, семьи и здоровья [30]. В частности, в рамках проекта Таганрог-III были не только получены показатели индивидуального здоровья в разрезе пола, но и прослежена их динамика. Парадоксальная ситуация была выявлена на микроуровне, т. е. на уровне индивидуального здоровья. Более высокая смертность мужчин и сравнительно более низкая продолжительность их предстоящей жизни сочетаются с относительно более высоким уровнем потенциала индивидуального здоровья. У женщин все складывается наоборот. Более высокая продолжительность жизни коррелирует с низким потенциалом индивидуального здоровья.

Исследователями были подсчитаны средние оценки здоровья мужчин и женщин (см. табл.). Из таблицы следует, что индивидуальный потенциал здоровья у женщин оказывается почти на 10 % ниже, чем у мужчин; в частности, в 1981 г. он составил 91,6 %, в 1989 г. — 92,6 %, а в 1994 г. — 91,0 %.

Различия в здоровье мужчин и женщин [31]

Год	Средняя оценка здоровья, баллы		Доля хронических больных, %	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1981	3,81	3,49	22,9	34,6
1989	3,53	3,27	39,2	43,3
1994	3,46	3,15	43,3	55,4

Исследования подтвердили предыдущие выводы о том, что практически во всех возрастных группах здоровье женщин оценивается ниже здоровья мужчин. Однако в динамике снижение здоровья женщины происходило менее интенсивно, чем мужчины. Выявленный парадокс может быть объяснен генетически и гормонально обусловленной большей устойчивостью женского организма, которая определяется ее популяционной ролью как продолжательницы человеческого рода. Именно репродуктивная функция женщины определяет ее генетическую сопротивляемость негативным внешним воздействиям на здоровье. Проявляющиеся при этом более низкие текущие характеристики здоровья женщин объясняются высокими социальными и биологическими нагрузками, испытываемыми женщиной как внутри семьи, так и на производстве, поскольку большая доля женщин занята на участках труда с вредными условиями. Отчасти складывающуюся ситуацию компенсирует витальное поведение женщин, которые внимательнее относятся к своему состоянию, чаще обращаются к врачам, больше денег тратят на лекарства.

В свою очередь, данные о здоровье мужчин подтвердили наблюдения отечественных и зарубежных исследователей о большей зависимости здоровья сильного пола от неблагоприятных факторов [22, 32, 45].

В середине 1990-х гг. новое направление гендерных исследований здоровья было задано и наблюдениями за динамикой самосохранительного поведения. В условиях экономических реформ, несмотря на сохранение различий в самосохранительном поведении мужчин и женщин, традиционное соотношение нарушилось: у мужчин наметилась тенденция улучшения

поведения в отношении здоровья, а у женщин — тенденция ухудшения. Это побудило исследователей пристальнее изучить факторы, под влиянием которых произошла такого рода трансформация самосохранительного поведения женщин (см. работы Л. С. Шиловой: [35—38]).

В это время социология здоровья начала осваивать еще один важный гендерный аспект исследований социальных факторов здоровья, связанный с социально-культурными процессами в обществе. Это имеет весьма важное методологическое значение, поскольку социальная реальность гендерных отношений структурирована другими социальными отношениями, значимыми для воспроизведения существующего социального порядка. В частности, эти отношения складываются по критериям приписывания этничности и класса [18]. Не случайно исследователи отмечают, что говорить отдельно о классе, гендере, этничности и расе неэвристично, потому что каждый контекст обусловлен синергетической связью этих категорий. Гендер, класс, раса и этничность в совокупности создают синдром социальной идентичности. В качестве примера обычно приводятся случаи из жизни североамериканского или западноевропейских обществ, где темнокожие мужчины и женщины одновременно подавляются белыми женщинами и мужчинами; при этом в семьях низшего класса темнокожие женщины могут доминировать над темнокожими мужчинами. В азиатских же культурах, напротив, в низкостатусных семьях складывается иное отношение между полами, чем в европейских, и мужчины сохраняют свои доминирующие позиции [39]. Таким образом, социальная иерархия этносов переплетается с гендерными статусами и это не может не отражаться на механизме социальной детерминированности здоровья.

Наши исследования здоровья представителей коренного населения Республики Карелия позволили выявить существенные различия между статусами здоровья вепсской и карельской народностей, проживающих в традиционных местах, и представителями других этнических групп. Однако при этом обнаружилась и еще одна любопытная закономерность — различия в статусе здоровья гендерных групп, составляющих те или иные этнические общности.

Как известно, этносы находятся в постоянном режиме взаимной конкуренции, которая может обостряться или смягчаться в зависимости от положения в социальной иерархии, обеспечивающего доступ к ресурсам жизнедеятельности. Обеспечение этими ресурсами гарантирует полноценное удовлетворение потребностей, а следовательно, и здоровье представителей этнической группы. Гендерные роли в этих процессах обусловлены системой статусов и культурных стереотипов. Как правило, мужчины выполняют инструментальную функцию, связанную с повышенным риском для здоровья, женщины — эмоциональную, обусловленную созданием условий для репродуктивной функции и социализации детей. Возникновение затруднений для полноценного выполнения инструментальной функции негативно сказывается на мужских ролях и оборачивается обострением ментальных проблем и девиантным поведением. В условиях стагнации или кризиса социальной системы это весьма наглядно проявляется в росте уровня

заболеваемости и смертности мужского населения [22]. Но ощущение дефицита ресурсов неблагоприятно отражается и на женской модели самоохрнительного поведения [36] и статусе здоровья, прежде всего репродуктивного [7, 20].

В нашем исследовании был собран достаточно убедительный материал, показывающий связь социально-экономического кризиса Вепской национальной волости не только с демографическим кризисом и кризисом здоровья местного коренного населения, но и с гендерной спецификой самоохрнительного поведения. Для мужчин закрытие основных промышленных и сельскохозяйственных предприятий волости в первой половине 1990-х гг. было связано с ростом безработицы и утратой надежных мест занятости. Следствием социально-экономического неблагополучия стал высокий уровень заболеваемости и смертности среди трудоспособного мужского населения. Для женского населения наиболее характерной реакцией стало снижение активности репродуктивного поведения, вследствие чего уровень рождаемости в волости оказался на порядок ниже среднего по республике [28].

Одним из способов реагирования на кризисную ситуацию представителей вепских семей стала более активная миграция в город. Однако урбанизация коренного населения, давая определенные шансы социально-экономического благополучия, одновременно ускоряет ассимиляцию и утрату этнической идентичности. Поэтому инстинкт самосохранения этноса заставляет многих мужчин и женщин, как правило, уже немолодого возраста, держаться за свой дом и выполнять свои ролевые функции в местах традиционного проживания. Значит, для обеспечения им достойных условий жизни здесь необходимы специальные «чувствительные» социальные программы, учитывающие как этнические, так и гендерные особенности самоохрнительного поведения. Это, в свою очередь, является еще одним аргументом в пользу развития теории и методологии гендерных исследований в области социологии здоровья.

Библиографический список

1. *Андреев Е. М.* Смертность мужчин в России // *Вопр. статистики.* 2001. № 7.
2. *Андреев Е. М., Кваша Е. А., Харькова Т. Л.* Проблемы женской смертности в России в последние десятилетия // *Там же.* 2005. № 2.
3. *Аргайл М.* Психология счастья. 2-е изд. СПб. и др., 2003.
4. *Баллаева Е. А.* Гендерный анализ политики в сфере здравоохранения // *Экономика и социальная политика: гендерное измерение / под общ. ред. М. М. Малышевой.* М., 2002.
5. *Баллаева Е. А.* Индикаторы гендерного равенства в сфере здравоохранения // *Гендерное неравенство в современной России сквозь призму статистики / отв. ред. и сост. М. Е. Баскакова.* М., 2004.
6. *Бедный М. С.* Медико-демографическое изучение народонаселения. М., 1979.
7. *Бодрова В. В.* Репродуктивное поведение как фактор депопуляции в России // *Социол. исслед.* 2002. № 6.
8. *Вишневский А., Школьников В.* Смертность в России. Главные группы риска и приоритеты действий / *Московский центр Карнеги.* М., 1997.
9. *Воронина О.* Социокультурные детерминанты развития гендерной теории в России и на Западе // *Обществ. науки и современность.* 2000. № 4.

10. Гендерные аспекты социальной трансформации / отв. ред. М. М. Малышева. М., 1996. Вып. 15.
11. Гендерные вопросы, женщины и здоровье: проект стратегии : докл. Секретариата ВОЗ 30 ноября 2006 г. URL: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB120/b120_6-ru.pdf.
12. Гендерные исследования в гуманитарных науках: современные подходы: материалы Междунар. науч. конф., Иваново, 15—16 сент. 2000 г. / отв. ред. О. А. Хасбулатова. Иваново, 2000. Ч. 1 : Методология, образовательная политика, философия.

13. Гурко Т. Социология пола и гендерных отношений // Социология в России. М., 1998.
14. Деятельность ООН по улучшению положения женщин. URL: <http://www.un.org/russian/esa/social/women/who.htm>.
15. Женщина в меняющемся мире / Н. М. Римашевская (отв. ред.) и др.; РАН, Ин-т соц.-экон. пробл. народонаселения. М., 1992.
16. Здравомыслова Е., Темкина А. Институализация гендерных исследований в России // Гендерный калейдоскоп : курс лекций / под ред. М. Малышевой. М., 2001.
17. Здравомыслова Е., Темкина А. Исследования женщин и гендерные исследования на Западе и в России // Обществ. науки и современность. 1999. № 6.
18. Здравомыслова Е., Темкина А. Социальное конструирование гендера: феминистская теория // Введение в гендерные исследования. Харьков ; СПб., 2001. Ч. 1 / под ред. И. Жеребкиной.
19. Калабихина И. Е. Гендерные различия в смертности населения // Народонаселение. 2000. № 2.
20. Каткова И. П. Репродуктивное здоровье россиянок // Там же. 2002. № 4.
21. Ключко О. И. Отечественный вариант гендерных исследований : (Проблемы методологии) // Обществ. науки и современность. 2007. № 4.
22. Кон И. С. Мужское здоровье как глобальная проблема : докл. на 2-й Всерос. конф. «Мужское здоровье», Москва, 19 окт. 2005 г. / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию РФ, НИИ урологии МЗ СР РФ. URL: <http://www.pseudology.org/Kon/Zametki/MenHealthGlobalProblem.htm>.
23. Корхова И. В. Гендерные аспекты здоровья // Народонаселение. 2000. № 2.
24. Назарова И. Б. Участники рынка труда: структура и самочувствие // Там же. 2006. № 2.
25. Назарова И. Б. Здоровье занятого населения. М., 2007.
26. Население России, 1999 год : IV ежегодный демографический докл. / отв. ред. А. Г. Вишневыский. М., 1997.
27. Неравенство и смертность в России / под ред. В. Школьниковой, Е. Андреева, Т. Малевой; Московский центр Карнеги. М., 2000.
28. Нилов В. М. Этнические аспекты гендера и здоровья // Гендерные стереотипы в современной России. М., 2007.
29. Практическое руководство по внедрению гендерного подхода : Методология. Обзор по секторам. Сб. примеров из практики. 3-е изд. Братислава, 2007. URL: <http://europeandcis.undp.org/home/show/FCF02963-F203-1EE9-B6F67DF4C72B5AE4>.
30. Римашевская Н. М. Гендер и экономический переход в России : (На примере таганрогских исследований) // Гендерные аспекты социальной трансформации / Ин-т соц.-экон. пробл. народонаселения РАН. М., 1996.
31. Россет Э. Продолжительность человеческой жизни : пер. с пол. М., 1981.
32. Роцин С. Равны ли женщины мужчинам. Ч. 2. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0221/tema05.php>.
33. Роцин С. Ю. Гендерное равенство и здоровье // Гендерное равенство и расширение прав и возможностей женщин в России в контексте целей развития тысячелетия : докл. Рабочей группы ООН о поощрении равенства мужчин и женщин и расширении возможностей женщин. URL: <http://www.owl.ru/rights/undp2003/>.
34. Хоткина З. Гендерным исследованиям в России — десять лет // Обществ. науки и современность. 2000. № 4.
35. Шилова Л. С. Стресс, здоровье и изменение самосохранительного поведения населения Москвы за годы реформ // Россия: риски и опасности «переходного» общества / под ред. О. Н. Яницкого. М., 1998.
36. Шилова Л. С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // Социол. исслед. 2000. № 11.
37. Шилова Л. С. Трансформация мужской и женской моделей самосохранения в условиях реформ // Мужчина и женщина в современном мире: меняющиеся роли и образы. М., 1999. Т. 1.
38. Шилова Л. С. Трансформация самосохранительного поведения // Социол. исслед. 1999. № 5.

39. *Anthias F., Yuval-Davis N.* Contextualizing Feminism — Gender, Ethnic and Class Divisions // *Feminist Review*. 1983. № 15.
40. *Bartley M., Blane D., Smith G. D.* *The Sociology of Health Inequalities*. Oxford, 1998.
41. *Doyal L.* Gender Equity and Public Health in Europe : a Discussion Document, Prepared for the Gender Equity Conference, Dublin, September, 2000. URL: <http://www.eurohealth.ie/gender/section3.htm>.
42. *Doyal L.* Gender Equity in Health: Debates and Dilemmas // *Social Science and Medicine*. 2000. № 51.
43. *Gender, Health and Healing: Bridging the Public-Private Divide / G. Bendelow, M. Carpenter, S. Williams, C. Vautier*. London, 2002.
44. *Graham H.* *Women, Health and Healing*. London, 1984.
45. *Kraemer S.* The Fragile Male // *BMJ*. 2000. № 321. URL: bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/321/7276/1609.
46. *Kristiansen C.* Gender Differences in the Meaning of Health // *Social Behaviour*. 1989. № 4.
47. *Olsen K. M., Dahl S. A.* Health Differences between European Countries // *Social Science and Medicine*. 2007. № 64.
48. *Popay J., Bartley M., Owen C.* Gender Inequalities in Health: Social Position, Affective Disorders and Minor Physical Morbidity // *Ibid*. 1993. № 36.
49. The Report of the Economic and Social Council for 1997. United Nations, 1997. URL: <http://www.un.org/documents/ga/docs/52/plenary/a52-3.htm>.
50. World Development Report 1993 : Investing in Health / the World Bank. Oxford, 1993. URL: <http://files.dcp2.org/pdf/WorldDevelopmentReport1993.pdf>.