

Мужчина как «потенциальный больной»: анализ социально-гигиенического дискурса

Данная статья посвящена анализу медиализации проблем мужского здоровья в дискурсе социальной гигиены, представленном в медицинских журналах. Сначала мы кратко рассмотрим понятие медиализации в современном обществе риска, в этом контексте нас интересует связь социальных позиций мужчин и рисков. Затем мы обратимся к проблематизации мужского здоровья в разных фазах жизненного цикла: в младшем, трудоспособном и старшем возрастах. Будут представлены конкретные примеры того, как осуществляется медиализация здоровья в сфере образования и армии, труда, семьи и сексуальности.

Теоретическая постановка проблемы медиализации мужественности

В последнее десятилетие в России усиливается общественное обсуждение проблемы демографического кризиса, который связывается в первую очередь с низкой рождаемостью и высокой смертностью. В этом контексте проблема здоровья мужчин приобрела особую значимость. Низкая продолжительность жизни мужчин по сравнению с аналогичным показателем у женщин оказывается в центре внимания политиков, медиков, демографов, социологов и пр. Эта проблема рассматривается в связи с самодеструктивными практиками, вредными привычками, заболеваемостью, несчастными случаями, стрессами, депрессивными настроениями, самоубийствами и др. Риски, определяемые мужской ролью и идентичностью, осмысляются в различных дискурсах. В центре нашего внимания — социально-гигиенический дискурс, в рамках которого рассматриваются факторы риска, задаваемые определенными социальными позициями мужчин и паттернами мужественности.

Образцы мужественности конструируются в различных жизненных сферах и институциональных контекстах, они создаются и

закрепляются социальными институтами и воспроизводятся в повседневных практиках. Мужчины переживают жизненный опыт, связанный с занимаемыми социальными позициями в определенной сфере общества (Connell, 1995: 85–86), которые меняются на протяжении жизненного цикла. В России в настоящее время многие практики мужчин являются частью тех социальных позиций, которые связаны с факторами риска для здоровья.¹ Эти факторы риска осмысляются в социально-гигиеническом дискурсе, для которого характерна медикализация социальных проблем.

Для того чтобы объяснить данные процессы, обратимся к теориям «общества риска» и роли экспертного, включая медицинское, знания в таких обществах. Согласно социальным теоретикам Э. Гидденсу, У. Беку, в современном обществе риски — это продукт конструирования, обслуживающего социальные и политические цели. Понятие рисков взаимосвязано с концепцией рефлексивной модернизации, то есть с осознанием себя индивидами и обществом в целом: индивиды стали способны к рефлексивному самосознанию и рефлексивному созданию общества (Бек, 2000: 234). Современная модернизация привела к переосмыслению непредсказуемых опасностей как рефлекслируемых, измеримых и калькулируемых рисков. Общество риска связано с развитием инструментального рационального контроля, пронизывающего все сферы социальной реальности (Elliot, 2002: 295). В таком обществе особое значение приобретают эксперты и экспертное знание, обеспечивающее институциональный контроль над разными сферами жизни. Отличительная черта экспертов — это не столько обладание специальным знанием, сколько признание их другими в качестве таких (Бек, 2000: 248). Такое признание обеспечивает современная медицина, поскольку преодоление рисков для здоровья становится

¹ В советское время исследователи отмечали демографическую и биологическую составляющую рисков социальной роли мужчин. Анализируя медицинскую статистику, Б. Урланис сделал вывод о том, что мужчины — слабый пол, требующий заботы. Для него характерны высокая детская смертность, низкая продолжительность жизни, высокая степень деструктивного поведения. С биологической «слабостью» мужчины связаны последствия на социальном уровне: в семейной сфере, в сфере труда и т. д. (Урланис, 1968). Обсуждая структуру позднесоветского дискурса о кризисе маскулинности, Е. Здравомыслова и А. Темкина показывают медикализацию проблемы мужественности, когда решение ролевого кризиса связывалось с улучшением здоровья и медицинским воздействием на него (Здравомыслова, Темкина, 2002: 440).

ее прерогативой. Значительное число социальных проблем определяется, контролируется и решается в пределах широкого поля медицинской индустрии и институтов здоровья.

Медицина устанавливает нормы для различных социальных групп, в том числе и для статистических групп, определяемых по признаку пола. Так, риск обнаружения сердечно-сосудистого заболевания у мужчины среднего возраста будет гораздо выше, чем у женщины. В зависимости от возраста, пола, места проживания, социального положения, профессии и т. д. варьируют и различные риски (там же: 35). Кроме гендерного различия, существует дифференциация факторов риска между разными группами мужчин. Риски для здоровья различаются в зависимости от возраста, профессионального и семейного статуса и других критериев.

Медицина обладает авторитетной властью определять риски, ее институты и дискурсы признаются в качестве экспертных. Формулируя стандарты здоровья, определяя болезни, предлагая способы их лечения и профилактики, медицинское сообщество выносит суждения о возможных рисках для человеческого существования. Выработывая нормы здоровья/болезни, врачи определяют факторы и группы риска, тем самым регулируют и контролируют повседневную жизнь различных групп населения. В данной ситуации определенные социальные позиции становятся объектом пристального внимания со стороны медиков. Эти позиции трактуются с медицинской точки зрения, в результате чего решение некоторых социальных проблем становится эксклюзивной прерогативой медицины. В этом заключается суть процесса медиализации. Установить связь между социальными аспектами жизни человека и его здоровьем призвана специальная дисциплина — социальная гигиена и организация здравоохранения, занимающаяся исследованием общественного здоровья. Эта дисциплина медицины ориентирована на выработку норм и стандартов здоровья.

Исследования медиализации относятся к направлению критического дискурс-анализа. М. Фуко понимает дискурс как один из способов властвования, регуляции отношений и субординации социальных акторов. Знание дополняет власть: больница не могла бы функционировать без медицинского знания. По М. Фуко, власть через объединение со знанием связана с дискурсом. Дискурсы определяют наше представление о себе и мире. В таком контексте истина «включена и производится в системе власти» (Филлипс, Йоргенсен, 2004: 33). В современных обществах медицинскому

дискурсу придана власть определять истину. Этот дискурс выступает инструментом медицинской власти, устанавливает отношения господства и подчинения внутри социальных групп посредством процесса медиализации. Согласно трактовке Н. Фэркло (описание работы Фэркло приведено по: Филлипс, Йоргенсен, 2004), медицинский дискурс является средством распространения и воспроизводства социального порядка, он определяет то, какие суждения будут считаться истинными, а какие — ложными (там же, 2004: 105). Этот дискурс выполняет социально-нормативные функции конструирования факторов и групп риска (Стаф, 2006: 52).

Медицинское знание является экспертным, оно признается в качестве такового другими, соответственно, медицина обладает авторитетной властью в определении рисков для здоровья. В таком случае медиализация — это процесс определения и легитимации рисков и социальных проблем. В основе исследований механизмов медиализации находятся представления о власти медицины, изложенные в трудах Т. Парсонса и М. Фуко. Исследование роли больного в работе Парсонса является отправной точкой исследований медиализации. Власть медицины заключается в определении и регулировании социальных действий, медицина выступает основным институтом контроля девиаций и выполнения социальных ролей, включая роль больного (Parsons, 1991: 437). Тотальная медиализация приводит к постоянному медицинскому контролю над обществом (Фуко, 1998: 91). При этом власть не принадлежит какому-либо институту, а является имманентным феноменом, «встроенным» во все социальные отношения (Фуко, 1996: 134).

Критические подходы к исследованию процесса медиализации представлены работами П. Конрада, Э. Фрейдсона и И. Золя (Conrad, 2005; Freidson, 1988; Zola, 1997). Критическое направление оспаривает власть медицинского знания и поддерживающих его институтов. Критики медиализации показывают, что медицина, воплощающая экспертное знание, обладает властью, сама эта власть приводит к социальному исключению определенных групп. В рамках данного подхода исследователи понимают медиализацию как процесс, в ходе которого социальные проблемы определяются и решаются (лечатся) как медицинские и описываются в терминах болезни или отклонения от нормы — здоровья (Conrad, 2005: 3).

Медиализация осуществляется посредством действия агентов, придерживающихся медицинского определения социальных

проблем. Социально-гигиенический дискурс переопределяет социальные, экономические, управленческие и философские проблемы в медицинских терминах. Его особенностью является то, что в нем, помимо медиализации социальных сфер, происходит социологизация медицинских проблем, в частности, рассматриваются социальные аспекты этиологии и патогенеза заболеваний. Болезнь описывается не только медицинскими, но и социальными терминами. «Биологическое никогда не проявляется в человеке в чисто природном виде — оно всегда опосредуется социальным» (Миняев, Вишняков, Юрьев и др., 1997: 43). Социально-гигиенический дискурс рассматривает как объект состояние здоровья социальных групп, а не отдельного человека. Само понятие здоровья — это «социальное качество». Социальная обусловленность здоровья подразумевает «воздействие социальных факторов риска, которые приводят к развитию патологий» (там же: 44).

В системе распространения экспертного знания и поддержания его статуса большое значение имеют специализированные медицинские журналы. Особенную роль играют журналы по социальной гигиене — дисциплине, которая занимается изучением состояния здоровья общества в связи с условиями жизни (Ушаков, 2000: 3). Социальная гигиена является своего рода «мостом» между медициной и социальными науками, так как уделяет внимание социальным проблемам в медицине и «сталкивается с социальными проблемами и процессами в области здравоохранения» (там же: 4).

Для данного исследования важна также феминистская перспектива, с учетом которой осуществляется анализ медиализации. Критикуя структурный функционализм за легитимацию медицинской власти, феминистские исследователи утверждают, что данный процесс переводит проблему социального неравенства в область заболеваний. В результате поставленные проблемы начинают «решаться посредством назначения лекарств и медицинской терапии» (Rosenfeld, Faircloth, 2006: 7), хотя в этом нет необходимости. До недавнего времени в фокусе таких исследований находились женщины (Ehrenreich, English, 1973), однако в последнее десятилетие феминистское направление обратилось и к проблемам медиализации нормативов маскулинности и мужских ролей. Современные исследования показывают, как мужской социальный опыт все более монополизируется медициной. Примерами таких исследований могут послужить анализ медиализации маскулинности в контексте заболевания сердечно-сосудистой системы

(Riska, 2000), изучение возрастных характеристик мужского тела (Marshall, Katz, 2002), проблематизация мужской сексуальности и сексуальных дисфункций (Szymczak, Conrad, 2006; Rosenfeld, Faircloth, 2006). Медицина рассматривается как система, которая в целом задает идеальные образцы состояния мужского здоровья (Plummer, 2005: 183).

В России проведены исследования мужской инвалидности (Ярская-Смирнова, 2001; 2002), сексуальности (Кон, 2003а, б; Кон, 2009а, б) и медиализации отношения самих мужчин к своему здоровью (Браун, Русинова, 1999; Кон, 2008) в русле медиализации мужественности. В отличие от данных авторов, мы ставим вопрос о медиализации, непосредственно связывающей риски и гендерные социальные позиции. Иными словами, нас интересует, какие позиции мужчин интерпретируются медицинским дискурсом как факторы риска.

Для ответа на данный вопрос автором было проведено исследование медицинских журналов (май 2006 года — май 2008 года), в котором использовался критический дискурс-анализ. Схема анализа строилась на основе структурной модели мужественности, предложенной М. Киммелом (2006). Были выделены основные сферы жизни и институты, в которых рассматривались риски мужественности. Среди этих сфер переживания мужского жизненного опыта — институт семьи, сфера занятости, институты образования, сфера сексуальности и досуга. Анализ рисков мужественности в разных сферах жизненного опыта был структурирован по возрастным группам мужчин (этот критерий является важнейшим в медицинских исследованиях в целом и в рамках социально-гигиенического дискурса в частности). Каждая фаза жизненного цикла сопряжена с переживанием жизненного опыта в определенных институтах. Анализ выделенных сфер позволил получить представление о проблематизации рисков мужественности в социально-гигиеническом дискурсе.

Для анализа была построена теоретическая критериальная двухступенчатая выборка медицинских текстов (статей). Критерием отбора периодических изданий, обоснованного исследовательским вопросом, являлась тематика журналов. Был использован индекс медицинской прессы (рейтинг медицинской периодической литературы, рассчитываемый из соотношения узнаваемости и читаемости медицинских журналов среди врачей всех специальностей). В итоге выбрано шесть журналов («Вестник РАМН»,

«Гигиена и санитария», «Здравоохранение Российской Федерации», «Клиническая медицина», «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины», «Российский медицинский журнал»). Вторая ступень выборки — отбор статей, подлежащих дискурсивному анализу. Критерием отбора выступила информационная насыщенность категориями анализа, то есть гендерными категориями. В результате в выборку вошло 50 статей. Нижняя временная граница — май 2006 года — была определена на основании принятия «Национальной программы демографического развития России» (Национальная программа..., 2006), разработанной на основе Послания президента Российской Федерации Федеральному собранию» (Послание..., 2006). Данные документы стимулировали обсуждение проблем здоровья вообще и продолжительности жизни в частности.

Итак, рассмотрим проблематизацию мужественности и мужского здоровья по возрастным фазам жизненного цикла, обращая внимание на релевантные сферы жизни и социальные институты. Критерий возраста — один из основных при анализе заболеваний в социально-гигиеническом дискурсе; в частности, описывая выборку или результаты исследования, авторы в обязательном порядке приводят данные статистического распространения изучаемого заболевания по возрастным группам. Мы будем следовать этой логике дискурса.

Мужчины младшего возраста: медиализация институтов образования и армии

Младший возраст в социально-гигиеническом дискурсе связывается со статусом школьника, студента и военнослужащего-срочника, каждая из данных социальных позиций определяется как создающая специфические риски для мужского здоровья. В медицинском дискурсе выделяют три основных фактора риска, которые оказывают влияние на состояние молодого мужчины: экологический, биолого-физиологический и организационный. К последнему относят риски, связанные с дисфункцией образовательных социальных институтов, проявляющихся в высокой учебной нагрузке, высоких темпах обучения и т. д. Социально-гигиенический дискурс рассматривает влияние так называемых суммарных факторов риска, то есть влияние экологически

неблагоприятной среды анализируется с учетом физиологии молодых людей. Так, при одинаковом воздействии окружающей среды на детей именно у мальчиков выше риск заболеть («мальчики более подвержены внешним влияниям из-за особенностей развития иммунной системы в школьных возрастах» (Авдеева, Тулякова, Юрчук и др., 2008: 79)). Соответственно, мальчики описываются как более уязвимые в отношении неблагоприятной экологии.

Риски школьника: среда обитания, сфера занятости родителей и школьные нагрузки

Экологические факторы риска для здоровья молодых людей рассматриваются в связи с местом проживания, работы и содержанием труда их родителей. Относительно школьников они определяются негативным влиянием экологически неблагоприятных факторов (загрязнения атмосферного воздуха, тяжелые климато-географическими условиями и т. д.). Так, у мальчиков из экологически неблагоприятных районов наблюдается снижение «двигательных» качеств (медленнее бегают, развивается неправильная осанка и т. д.) (там же: 78). Другие риски связаны с профессией родителей, профессиональные заболевания которых могут влиять на здоровье членов семьи. Например, «в семьях железнодорожников резко возросла заболеваемость ВКСМ [болезни костно-мышечной системы — профессиональное заболевание. — О. С.] среди детей и подростков» (Шеметова, Трифонова, 2006: 20). Медики приходят к выводу, что профессиональная деятельность отца, которая обуславливает риск для его здоровья, сказывается и на здоровье его детей.

Кроме того, на здоровье школьников существенное влияние оказывают организационные факторы. Высокая учебная нагрузка в школе вызывает у детей хроническую усталость, которая ведет к нервно-психическим заболеваниям (Бурханов, Хорошева, 2006: 59). Статус школьника медиализируется в контексте дисфункции образовательного института, утверждается, что в существующей системе школьного образования могут возникать риски для здоровья. Таким образом, угрозы здоровью мальчика-школьника задаются основными институтами социализации: с одной стороны, родительской семьей, с другой — школой.

Риски студента: сверхнагрузки

На данном этапе жизненного пути молодого мужчины основным фактором риска является организационный. «Получение высшего образования в современных условиях требует от студентов значительных интеллектуальных и нервно-эмоциональных напряжений, доходящих в определенные периоды до предельных возможностей» (Яковлев, Литовченко, 2008: 60). К факторам риска в студенческом возрасте относятся «значительное нервно-эмоциональное напряжение во время сессий», «психическая нагрузка, возникающая при изучении многочисленных учебно-теоретических и практических дисциплин», малоподвижный образ жизни, влияние дистрессовых ситуаций (экзамены, сессии и т. д.) (там же: 60–61). Согласно социально-гигиеническому дискурсу, статус и практики студента порождают угрозы для здоровья молодого человека. В данном дискурсе также отмечается, что в анализе неблагоприятного влияния перечисленных факторов гендерный аспект предполагает рассмотрение физиологических особенностей организма молодых мужчин. Таким образом, главные угрозы для здоровья студента — это сверхнагрузки, связанные с организацией учебного процесса в вузе.

Проблематизация института воинского призыва / службы в армии

Юношеский этап жизненного цикла российских мужчин связан не только со школой и вузом, но и с институтом воинского призыва. В России служба в армии остается обязанностью каждого молодого человека, достигшего совершеннолетия. Медиализация происходит при рассмотрении как состояния призывников, так и самого института армии, который оценивается как потенциальная угроза здоровью молодого мужчины.

Призывник является объектом пристального внимания медицины. Именно медики определяют годность молодого человека к прохождению обязательной воинской службы. Одной из практик медиализации состояния призывника является плановая госпитализация, связанная «с необходимостью лечения имеющих заболевания у лиц призывного возраста» (Горбаченко, Шалимов, 2006: 71). В рассматриваемом дискурсе призывной возраст связан

с увеличением внимания призывников к собственному здоровью из-за прохождения медицинских комиссий. Однако служба по призыву рассматривается и как создающая определенные риски для здоровья. Смена образа жизни, связанная с призывом в армию, может служить неблагоприятным фактором. Так, в статье А. В. Горбаченко и П. М. Шалимова описывается случай смерти солдата, вызванной фатальным желудочковым нарушением ритма сердца, который произошел в результате резкого подъема в шесть часов, «при быстром переходе из состояния сна в состояние бодрствования» (там же: 71). С одной стороны, призыв в армию привлекает внимание молодого мужчины к своему здоровью, а с другой — сама армия выступает источником рисков для него.

Итак, в социально-гигиеническом дискурсе происходит проблематизация дисфункций образовательного процесса и института призыва / службы в армии, которые порождают опасности для здоровья молодых людей. В процессе медиализации мужчин младших возрастов многие факторы неблагоприятного влияния среды описываются как усугубленные особенностями мужской физиологии.

Профилактика и лечение заключаются в медицинском вмешательстве как на уровне индивида, так и на уровне институтов (например, требование прохождения ежегодных медосмотров в образовательной сфере). В этом также заключается проявление процесса медиализации. В социально-гигиеническом дискурсе присутствует тематика исправления дисфункций института образования путем переопределения института, отвечающего за профилактику: «...именно школа должна взять на себя часть функций, направленных на формирование здоровья детей элементами учебного процесса» (Максутова, Попова, 2006: 57). Особенность социально-гигиенического дискурса заключается в медиализации социальных позиций мужчин младших возрастов (выдвигается требование проходить ежегодные медосмотры, дается объяснение худшего здоровья мальчиков по сравнению с девочками особенностями физиологии). Кроме того, социально-гигиенический дискурс заявляет о необходимости не только медицинского вмешательства, но и корректировки социальных институтов, в которых переживается мужской опыт на данном этапе жизненного цикла. Эта корректировка обосновывается с точки зрения правил медицинского поля. Рассмотрение медиализации публичного массмедийного дискурса выходит за пределы нашего исследования, однако заметим, что он часто оперирует медицинскими кате-

горящими при обсуждении проблем школы, армии, а также образа жизни мужчин в целом. И это начинается с обсуждения проблем младших возрастных групп.

Риски мужчин трудоспособного возраста: опасные профессии, риски холостяка, донжуана и безответственного пациента

В отношении мужчин трудоспособного возраста риски для здоровья рассматриваются в тех сферах жизни, которые связаны с их основными социальными позициями. В первую очередь это работа и семья, дополнительно рассматриваются специфические мужские риски в сексуальной жизни, в повседневных практиках и при выполнении роли пациента медицинских учреждений.

Риски, связанные с профессией, должностью

Многие исследователи отмечают, что гендерное неравенство и половая сегрегация занятости негативно сказываются на здоровье женщин, занимающих более низкие позиции, подвергающихся риску безработицы, а также занятых неоплачиваемым домашним трудом (Ross, Bird, 2000: 93–94). Социально-гигиенический дискурс осмысляет и те риски для здоровья, которые обусловлены гендерными особенностями вовлечения мужчин в трудовую сферу.

В трудоспособном возрасте важнейшая сфера жизни мужчин связана с институтами занятости. Поэтому профессиональные риски осмысляются как важнейшие для мужского здоровья. В зависимости от содержания труда в анализируемом дискурсе рассматриваются, во-первых, риски, связанные с вредным производством и физическими тяжелыми работами. Выполнение таких работ в обществе предписывается именно мужчинам в силу их физиологических особенностей. Во-вторых, это угрозы, связанные с психоэмоциональной нагрузкой, эмоциональным напряжением и высоким уровнем ответственности. Такие нагрузки характерны для особых сфер занятости, для управленческих позиций, которые мужчины занимают чаще, чем женщины, в силу горизонтальной и вертикальной сегрегации. Данные группы факторов связаны с различными характеристиками трудового процесса, вызывающими специфический набор заболеваний.

В публикациях рассматриваются виды деятельности, связанные с работой в тяжелых условиях. Ими занимаются представители самых разных профессий: шахтеры-угольщики, занятые в сфере железнодорожного транспорта, пожарные, работники горнорудных предприятий, водители, лоцманы-операторы, военнослужащие. Все эти профессии, а также работа в правоохранительных органах и МВД, на производстве строительных материалов, описываются в дискурсе как преимущественно мужские и создающие риски для здоровья мужчин. Рассмотрим особенности двух групп риска, представленных в дискурсе.

Риски, связанные с вредным производством труда (или экологические факторы риска), вызывают так называемые производственно-зависимые нарушения состояния здоровья. В данном случае под экологией понимается не только состояние окружающей среды, но и условия труда. Профессиональный риск обусловлен наличием физических нагрузок, неблагоприятным микроклиматом на рабочем месте и вредным воздействием профессиональной среды (пыль, химические вещества и т. д.). Значительный вклад вносят физические факторы производственной среды: промышленные аэрозоли, вибрации, шумы, физическое перенапряжение и др. Эти причины вызывают различные профессиональные заболевания, которым мужчины подвержены преимущественно в связи с гендерной типизацией занятости.

Риски, связанные с психоэмоциональной нагрузкой, характерны для определенных профессиональных позиций, которые занимают мужчины. Медицинские исследования показывают, что опасность связана с ответственными должностями и профессиональными позициями с «выраженным психоэмоциональным напряжением» (Горбаченко, Шалимов, 2006: 71). Таковы, например, условия труда работников железной дороги, когда машинисту приходится трудиться *без напарника, в условиях частой смены временных и климатических поясов, последнее актуально для проводников*» и пр. (Панкова, Каменева, Артеменков и др., 2006: 29). Неблагоприятное воздействие на здоровье работника оказывает стрессовая обстановка, а следовательно, напряжение, отсутствие благоприятного режима труда и отдыха и др. В качестве примера приводится описание работы лоцманов-операторов. Их трудовая деятельность «связана с воздействием стрессовых факторов (электромагнитные поля, повышенное нервно-эмоциональное напряжение, гиподинамия, работа в ночную смену и др.)» (Кушнеро-

ва, Рахманин, Фоменко и др., 2007: 34). В данном случае тяжелые условия труда означают эмоциональное напряжение, вызванное высоким уровнем концентрации внимания, а главное — уровнем ответственности. То же самое можно сказать о работе авиадиспетчеров и пр. Такие условия негативно сказываются на самочувствии работника. Существуют списки профессий и работ с тяжелыми и вредными условиями труда, к которым запрещается привлекать женщин. Да и для здоровья мужчин такие профессии наиболее вредны (Перечень..., 2000). Кроме того, специфика некоторых профессиональных позиций (например, руководящих должностей) заключается в том, что она предъявляет особые требования к высшим психическим функциям работников.

Для оценки рисков профессионального заболевания мужчин важными считаются показатели возраста и стажа работы. Согласно принципу накопления, мужчины со значительным стажем работы в большей степени подвержены влиянию вредных условий труда. В группу риска попадают работники среднего возраста, вынужденные трудиться в тяжелых условиях и имеющие продолжительный стаж работы. «Наибольшее число профессиональных заболеваний регистрируется у работающих более 10 лет и наиболее отчетливо прослеживается в таких профессиональных группах, как обрубщик, формовщик, слесарь ремонтник, стерженщик» (Панкова, Каменева, Артеменков и др., 2006: 29). Однако в большей степени подвержены рискам мужчины старших возрастов, в том числе те, кто не занят в производстве с вредными условиями труда.

Итак, социально-гигиенический дискурс проблематизирует организацию труда на производстве, связанную, с одной стороны, с экологическими факторами риска для мужского здоровья (загрязнением воздуха, работой на опасном производстве и др.), а с другой — с эмоциональным напряжением работников, занимающих ответственные должности. Социальная гигиена связывает угрозы для мужского здоровья с гендерной типизацией института занятости, который не способен, по мнению медиков, обеспечить безопасные и экологически приемлемые условия труда, особенно в сфере традиционных мужских профессий. Социально-гигиенический дискурс «заявляет» о необходимости изменений в организации труда, к которым относятся уменьшение количества рабочих часов на вредных производствах, увеличение количества смен, соблюдение режима труда и отдыха и т. д. Происходит медиализация профессиональных позиций мужчин, которые в результате

гендерной типизации работают на более вредных производствах и занимают более ответственные должности, признаваемые в дискурсе опасными для здоровья.

Семейная роль мужчины как фактор, снижающий риски

Значение семьи (брака) ярко выражено в цитате из статьи о факторах риска возникновения инфаркта миокарда: «Семейная гармония защищает [мужчину] от инфаркта миокарда» (Гафаров, Громова, Гагулин и др., 2006: 25). Социально-гигиенический дискурс связывает угрозы для здоровья мужчин с отсутствием семьи, которую медики оценивают как основу социального и экономического благополучия и источник защиты от стрессов.

Семейный статус рассматривается как фактор, связанный с определенным набором рисков: в частности, для неженатых мужчин характерны тревожность и нервозность, они более склонны к деструктивным повседневному практикам и формам досуга, у них чаще обнаруживаются сердечно-сосудистые заболевания. В социально-гигиеническом дискурсе статус одинокого мужчины трактуется как отклонение от нормативной здоровой мужественности. Медикализация семейного статуса приводит к тому, что одиночество и безбрачие трактуются как отклонения, которые должны становиться предметом профилактики.

Брачный статус трактуется как благоприятный фактор для физического здоровья мужчины. Семья стимулирует мужчин более ответственно относиться к своему здоровью, и напротив, семейная неустроенность проблематизируется в аспекте влияния на отношение к здоровью. Семейная неустроенность «приводит к отсутствию материальной и психологической поддержки семьи, что приводит к равнодушию к своему здоровью» (Русских, 2007: 51). В медицинском дискурсе люди, не состоящие в браке, определяются как группа риска. В частности, со ссылкой медицинские исследования утверждается, что холостяки больше придерживаются деструктивных практик — курения или алкоголизма. В статье С. А. Бабанова, посвященной проблеме табакокурения, анализируется гендерная дифференциация в поведении потребителей табачных изделий. Автор выявляет статические различия в практиках курения мужчин и женщин, отмечая, что большую долю курящих составляют мужчины (62 % представителей сильного пола в трудоспособном возрасте). Среди социальных причин распространения данной

практики он указывает семейный статус. Одиночество и неустроенность влияют на приверженность к курению: «Большой процент курящих во всех возрастных группах мужчин и женщин, не состоящих в браке, свидетельствует о том, что данный семейный статус, сопутствующие ему одиночество, неустроенный образ жизни способствуют увеличению распространенности табакокурения в популяции» (Бабанов, 2006: 28). В социально-гигиеническом дискурсе мужчина, не состоящий в браке, рассматривается как потенциальный больной, причем статус холостяка напрямую связывается с опасностью для здоровья и косвенно — с повышением рисков из-за неправильного образа жизни, психоэмоциональных проблем, отношения к здоровью и пр.

Помимо предрасположенности к деструктивным практикам стоит отметить непосредственную и опосредованную связь мужского одиночества с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Изучение эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний показывает, что «более частое развитие инфаркта миокарда наблюдается у неженатых, разведенных и вдовых мужчин» (Гафаров, Громова, Гагулин и др., 2006: 25). В. В. Гафаров и его коллеги отмечают, что одинокие мужчины отличаются высоким уровнем личной тревожности, напряжением, беспокойством и нервозностью. Вред холостяцкой жизни для здоровья фактически приравнивается к вреду деструктивных привычек. «Быть разведенным и не курить так же опасно, как быть женатым и выкуривать в день пачку сигарет <...> Семейная гармония защищает от инфаркта миокарда» (там же: 25). Авторы говорят о том, что статус разведенного одинокого мужчины предполагает разнообразные угрозы для физического и психического здоровья. Статус женатого человека и семейная гармония определяются как социальные факторы, способствующие здоровью мужчины. Таким образом, социальная позиция, связанная с семейным статусом, оказывает эффекты, которые осмысляются в медицинском измерении. Неженатый мужчина — это своего рода потенциальный больной.

Проблематизация сексуальности: риски активности

Как отмечает И. С. Кон, маскулинность и сексуальность воспринимаются общественным сознанием как синонимы (Кон, 2003б), проявление настоящей мужественности предполагает высокую степень сексуальной активности. Однако именно с этой сферой

связываются различные заболевания, специфические для мужчин, в частности урологического характера. Сексологи также говорят о специфических мужских сексуальных дисфункциях: преждевременной эякуляции, уменьшении эрекции, снижении влечения (либидо).

Применительно к сексуальной сфере отмечаются социально-психологические факторы риска заболевания. Половые дисфункции связаны не только с органическим расстройством и заболеваниями (например, с эндокринной патологией, органическим поражением нервной системы, урологическими заболеваниями, заболеваниями сердечно-сосудистой системы и др.), но и с различными психологическими расстройствами и проблемами. Дисгармония в отношениях, приводящая к сексуальным расстройствам, становится поводом для медицинского вмешательства сексологов. В дискурсе утверждается, что риск для сексуального здоровья особенно возрастает у мужчин, придающих большое значение половому акту. А. Н. Микшина и Н. И. Олейников относят к факторам риска половой дисфункции социофобию, синдромы зависимости от алкоголя и фактор избыточного веса, причем данный фактор обеспечивает больший «вклад», чем все остальные (Микшина, Олейников, 2007: 33). Психосоматическая половая дисфункция, вызванная психологическими расстройствами, может быть спровоцирована определенным видом поведения и установкой, когда «интимные отношения являются для индивидуума важнейшими факторами социальных контактов» (там же: 32). Медицинская проблема половой дисфункции отчасти становится социальной, но ее решение остается в сфере медицинской компетенции. В частности, при наличии проблем с эрекцией и межличностных конфликтов назначается комплексное лечение с использованием гормонов и физиотерапии (Rotkirch, Temkina, Naavio-Mannila, 2010).

В социально-гигиеническом дискурсе патологизируется гипертрофированное внимание мужчин к сексу и проявлениям своей сексуальности. Так, большинство пациентов с хламидийным конъюнктивитом — молодые люди, ведущие беспорядочную половую жизнь (Сумаркова, Каменских, 2006: 18). И. С. Кон отмечает, что традиционная маскулинность непосредственно связывается с высокой сексуальной активностью, при этом обнаруживается «связь маскулинной идеологии и мужского (не)здоровья» (Кон, 2008). Медицинские исследования подтверждают тезис социологов и сексологов, утверждающих, что образцы традиционной мужествен-

ности влияют на поведение мужчины и негативно сказываются на его здоровье. Таким образом, с точки зрения медиков, сама ориентация на принятый в обществе образец мужественности, ориентированный на гипертрофированные проявления сексуальности, обуславливает риски для мужского здоровья.

Проблематизируется и сексуальная ориентация, которая в социально-гигиеническом дискурсе рассматривается как один из факторов риска заболевания вирусным гепатитом А. Определяя группу риска потенциальных больных гепатитом, Н. Д. Ющук и Г. Н. Кареткина отмечают, что заболевание может передаваться половым путем «при орально-анальных контактах среди гомосексуалистов» (Ющук, Кареткина, 2006: 19). В этом контексте сексуальные меньшинства в целом позиционируются как группы риска.

Деструктивные повседневные практики мужчин: медицинский диагноз

В исследовании гендерного неравенства в отношении здоровья, проведенном Э. Россом и Х. Бердом, утверждается, что высокий риск для мужского здоровья определяется образом жизни (Ross, Bird, 2000: 91). Традиционная маскулинная идеология оправдывает заведомо нездоровый мужской стиль жизни, выражаемый в пьянстве, курении, рискованном поведении (Кон, 2008). Склонность мужчин к деструктивному поведению создает высокие риски для их здоровья: например, курение может явиться причиной сердечно-сосудистых заболеваний, рака легких, пневмонии и других болезней.

Практики досуга мужчин (например, употребление алкоголя) зачастую трактуются авторами статей как заболевания, развитию которых способствуют определенные социальные статусы (возраст, семейный статус, профессиональный статус и т. д.). Данные практики вызывают определенные заболевания. В свою очередь, с такими формами поведения связаны нормы маскулинности. И. С. Кон отмечает, что в российской истории маскулинность всегда проявлялась в «деструктивной и антисоциальной форме — в бесшабашной удали, пьянстве, драках и т. д.» (Кон, 2001: 563).

Причинить вред здоровью могут не только употребление алкоголя или наркотиков, табакокурение. Так, некоторые исследователи рассматривают неправильное питание и ожирение как факторы риска для мужского здоровья. «Доказано, что у тучных людей

часто встречаются слабые адаптационные механизмы и вторичные иммунодефицитные состояния, являющиеся фактором риска развития дисбиоза» (Соколова, Осипов, Билев, 2007: 42). У мужчин описываемый феномен ожирения связан не с заболеваниями, а с избыточным употреблением жиров и углеводов. Их пристрастие к жирной, острой пище в избыточном количестве и, как результат, соответствующая конституция тела представляют опасность для здоровья. С медицинской точки зрения тучные люди становятся группой риска многих заболеваний.

Однако в центре внимания медиков — деструктивные практики мужчин. Причины алкоголизма связываются с социальными факторами: неустроенностью в жизни, стрессами, материальными проблемами. Так, по мнению Б. Т. Величковского, алкоголизм — это «наиболее доступный способ решения “житейских” проблем для индивидов, где под житейскими проблемами понимается экономическая неблагоустроенность, что и является причиной чрезмерного употребления алкогольных напитков» (Величковский, 2006: 8). Как группу риска социально-гигиенический дискурс выделяет мужчин с низким экономическим статусом, их социальные позиции определяют повседневные деструктивные практики. Но социального объяснения недостаточно для понимания причин и последствий алкоголизма. «Социальные критерии — нарушение трудовой дисциплины, дисфункция и распад семьи, конфликт с правоохранительными органами и другое — не всегда достоверно отражают характеристики и тяжесть заболевания» (Никифоров, 2006: 56). Без медицинской составляющей интерпретация алкоголизма остается неполной. Авторы призывают изучать объективные критерии, в частности уровень различных ферментов в крови и др. Анализируя социальное объяснение алкоголизма и признавая его недостаточным, авторы медикализуют данную гендерно маркированную социальную проблему.

Еще одной практикой, являющейся фактором риска для мужского здоровья, считается табакокурение, которое увеличивает вероятность появления сердечно-сосудистых заболеваний, инфарктов миокарда, рака легких, эмфиземы, пневмонии и других заболеваний. Данная практика больше распространена среди мужчин в целом, чем среди женщин и среди отдельных групп мужчин. Авторы ссылаются на исследования, которые показывают, что табакокурением чаще «увлекаются» мужчины среднего возраста, с низким уровнем образования и не состоящие в браке. Низкий

уровень образования связан с низкой саморефлексией и отсутствием понимания того, какой вред может быть причинен здоровью, «низкая социальная культура» «не позволяет в полной мере осознать вред и опасность табакокурения; сама социальная среда у лиц с незаконченным средним и средним образованием предрасполагает к данному пагубному пристрастию» (Бабанов, 2006: 28). Анализируя социальную этиологию заболевания, С. А. Бабанов подтверждает, что табакокурение — легитимный предмет социально-гигиенического медицинского дискурса. Как следствие, данный дискурс патологизирует социальные позиции, характеризующиеся низким образовательным уровнем и безбрачием. С точки зрения социальной гигиены, такие позиции трактуются как отклонение от нормы и как фактор риска для мужского здоровья.

Помимо алкоголизма и курения социально-гигиенический дискурс затрагивает проблему наркомании среди молодых мужчин до 30 лет. Основными факторами риска героиновой наркомании называются наследственные и средовые. Результаты исследования А. П. Добровольского, В. Г. Тактарова, Д. Б. Цыганкова, показывают, что на употребление наркотиков определенное влияние оказывает наследственный фактор (Добровольский, Тактаров, Цыганков, 2007: 11). Авторы связывают причины употребления наркотиков и с определенным характером личности: среди наркозависимых преобладают пациенты, типы личности которых можно назвать возбудимым, истерическим и тревожно-мнительным. При медикализации причины наркомании «объективизируются» и сводятся к внешним факторам, не зависящим от самого человека. Фиксируются группы риска: например, мужчина, родители которого употребляли наркотики или алкоголь, априори находится в такой группе. То же самое относится к определенным психофизическим типам личности. Факторы риска связываются с родительской семьей и первичной социализацией молодых людей.

Помимо того что наркомания трактуется как заболевание, вызванное социальными факторами, она сама выступает как фактор риска для здоровья мужчин в будущем. Так, потребление наркотиков усиливает риск заражения вирусным гепатитом. «ВГА [вирусный гепатит А. — О. С.] наблюдается у лиц с наркотической зависимостью <...> что связано с несоблюдением санитарно-гигиенических правил» (Ющук, Кареткина, 2006: 20). Авторы приписывают потребителям наркотиков определенный тип девиантного поведения, негативно влияющего на здоровье.

Итак, в социально-гигиеническом дискурсе деструктивные повседневные практики (табакокурение, алкоголизм и наркомания) трактуются как заболевания (аддиктивные расстройства). Факторами риска являются определенные социальные позиции, связанные с возрастом, образованием, брачным статусом, доходом, а также с практиками родительской семьи и социализации. При этом сами деструктивные практики становятся факторами риска возникновения и развития других заболеваний. С точки зрения медиков, болезнь имеет физиологические, психологические и социальные причины. Воздействие на болезнь и отчасти на социальную и психологическую составляющие является функцией медицинской компетенции.

Проблематизация отказа мужчины от роли пациента

По результатам анализа статей была выделена еще одна тема, связанная с проблематизацией мужского здоровья, — это отношение к нему самих мужчин. Исследователи отмечают устойчивый феномен несвоевременного обращения мужчин за медицинской помощью. Как пишет социолог О. В. Бойко, в российском обществе образцы мужественности связаны с определенными практиками отношения мужчин к своему здоровью: «...не замечать болезнь, работать без отдыха, не соблюдать правила гигиены тела и ума, не жаловаться, не обращаться к врачам по “пустякам”» (Бойко 2004: 132). И. С. Кон отмечает, что мужчины «переоценивают качество своего здоровья», «стесняются признаться в собственной слабости» в результате чего реже приходят на прием к врачу или обращаются за помощью в крайних случаях. Это приводит к несвоевременной диагностике заболевания, которая является одной из причин сверхсмертности мужчин (Кон, 2008).

Равнодушное отношение к заботе о здоровье и несвоевременное обращение к врачу со стороны мужчин рассматриваются медиками как причины многих осложнений заболеваний. Так, в литературе был описан случай, когда мужчина, почувствовав недомогание («высыпание в виде геморрагических пятен на коже туловища и верхних конечностей»), не обратился за медицинской помощью, хотя и считал себя больным (Бутов, Васенова, Тюнькова, 2006: 41). Запоздалое обращение пациента к врачу привело к осложнению заболевания и срочной госпитализации. Мужчины не обращаются за медицинской помощью и в случае профессиональных заболеваний: «...частота обращений железнодорожников в ведомственные поли-

клиники по поводу БКМС [болезни костно-мышечной системы. — О. С.] невелика <...> а среди причин их госпитализации <...> патология костно-суставно-мышечной системы занимала первое-второе ранговое место» (Шеметова, Трифонова, 2006: 20). Мужчина обращается за помощью только в критические моменты, когда уже необходимо срочное вмешательство или госпитализация. Несвоевременное обращение определяет последующее осложнение заболевания и в некоторых случаях может приводить к летальному исходу.

Таким образом, в социально-гигиеническом дискурсе проблематизируется феномен несвоевременного обращения за медицинской помощью со стороны мужчин. Редкое и запоздалое обращение к специалистам рассматривается как типичная характеристика мужского поведения, негативно сказывающаяся на здоровье мужчин. Безразличное отношение к своему здоровью, диктуемое образцами нормативной мужественности, становится фактором, опасным для мужского здоровья.

Итак, социально-гигиенический дискурс проблематизирует социальные позиции, занимаемые трудоспособными мужчинами в различных жизненных сферах (на работе, в семье), а также рассматривает специфические риски в сексуальной жизни, поведенческих практиках и в отношении к собственному здоровью. Во всех данных сферах мужчины придерживаются традиционных гендерных ролей и практик: это более трудная и опасная для здоровья работа, рискованное поведение в повседневности (табакокурение, наркомания, алкоголизм, беспорядочные половые связи), безответственное отношение к своему здоровью (позднее обращение за медицинской помощью). Данные установки трактуются социальными гигиенистами как факторы риска здоровью. В результате социальные позиции нормативной мужественности рассматриваются в медицине как опасные для здоровья.

Проблематизация мужчин старшей возрастной группы: возраст как фактор риска

В социально-гигиеническом дискурсе проблематизируются старшие возраста.² Мужчины, принадлежащие к этой возрастной

² По классификации возрастных периодов ВОЗ (1973) женщины в возрасте 55–74 лет и мужчины — 60–74 лет считаются пожилыми, 75–89 лет — старческого возраста, 90 и более лет — долгожителями (Шварц, 2008: 39).

группе, оказываются подвержены разнообразным заболеваниям. Социально-гигиенисты относят к последним дегенеративные заболевания (атеросклероз), реструктивные заболевания (болезни легких), онкозаболевания и неврологические заболевания (паркинсонизм, болезнь Альцгеймера). Кроме того, с возрастом происходит аккумуляция заболеваний, то есть у пожилых людей появляется целый набор болезней. В литературе неоднократно отмечен рост количества заболеваний с возрастом. Старение организма осознается как сопровождаемое физиологическими изменениями, уменьшением способности клеток к регенерации. Медицинский дискурс способствовал полной медикализации старости (Powell, Longino, 2002: 220). Медикализация позднего возраста привела к трактовке старости как неизлечимой болезни, вследствие чего возникает социальная эксклюзия пожилых мужчин (Смолькин, 2007). Так, в одной из медицинских статей было отмечено: «Для пожилой популяции характерна высокая заболеваемость в целом, среди которой лидируют сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, а также болезни опорно-двигательного аппарата» (Шварц, 2008: 39).

Исследователи показывают, что большую часть страдающих урологических заболеваниями составляют пациенты пожилого возраста, 60 лет и старше. Эти заболевания возникают в любом возрасте и «достигают эпидемиологического пика в определенном возрасте» (Нестеренко, Шарифутдинов, 2006: 6). Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), которая проявляется нарушениями мочеиспускания, наиболее часто встречается у пожилых мужчин. Признанными факторами риска возникновения заболевания являются возраст и нормальная секреция андрогенов, а «раса, национальность, особенности питания, сексуальная активность и курение не имеют принципиального значения в качестве этиологических факторов ДГПЖ» (Мамаев, Шумило, 2007: 5).

Сердечно-сосудистые заболевания — это вторая опасность, которая подстерегает большинство мужчин старших возрастов. В данном случае факторы риска сводятся исключительно к возрастным изменениям мужского организма, состояние здоровья пожилых мужчин уже не связано с профессиональными или семейными позициями. Из-за действия биологических и физиологических факторов в группе риска оказываются все мужчины старше 60 лет.

В социально-гигиеническом дискурсе сама старость является фактором риска для здоровья. Так, «падения в целом характерны

для популяции пожилых людей», причем «большинство падений у пожилых людей не связано с потерей сознания и не является следствием чрезвычайного внешнего воздействия» (Лесняк, 2008: 42). В результате падения пожилой человек может сломать кости, что чревато серьезными последствиями для него (в частности, отмечается неспособность позаботиться о себе). «Последствия падений настолько серьезны, что один только страх упасть приводит у людей старших возрастных групп к самоограничению физической активности и социальных контактов» (там же: 42). О. В. Лесняк выделяет несколько факторов риска падений, причем не только медицинских (например, низкую физическую активность и депрессию).

Итак, пожилой возраст мужчины рассматривается исключительно в контексте физиологических изменений организма. Медики заявляют о том, что сам возраст обуславливает высокий риск для здоровья мужчины независимо от занимаемой им социальной позиции. Поскольку в литературе не приводятся объяснения возрастных заболеваний с точки зрения социологии, старение мужчины становится предметом тотальной медикализации. В проанализированных статьях слабое здоровье мужчин старшего возраста рассматривается как норма.

Заключение

Итак, в медицинском дискурсе многие мужчины попадают в группы риска: мужчины, получающие образование, служащие в армии, неженатые, мужчины, занятые тяжелым трудом или несущие большую ответственность, мужчины с вредными привычками, с высокой сексуальной активностью, члены секс-меньшинств, мужчины пенсионного возраста и пр.

Представленный анализ медикализации рисков мужественности позволяет выделить социальные позиции мужчин, определяемые как факторы риска для здоровья. Различные форматы мужественности конструируются в тех институциональных структурах, с которыми связан жизненный опыт мужчины. В результате анализа было выявлено, что социально-гигиенический дискурс проблематизирует место обучения, военную службу, семью, работу, место проживания, сексуальность, досуг, а также роль потенциального пациента.

Для социально-гигиенического дискурса важным понятием является социальный возраст, который выступает критерием формирования возрастных групп, являющихся объектами исследований. Социальный возраст связан с набором исполняемых ролей в социальных институтах. Особенностью исследуемого дискурса является медиализация младшего и старшего возрастов, когда обусловленные ими факторы риска анализируются в основном с позиции физиологических особенностей мужского организма (особенно это касается старших возрастов).

Конструируя факторы риска для мужского здоровья, социально-гигиенический дискурс проблематизирует дисфункции институциональных структур. Критический взгляд позволяет выявить проблематизацию функционирования социальных институтов: школы, армии, вуза, сферы занятости, сферы сексуальности и досуга, сферы взаимодействия с медициной и пр. Поэтому профилактика и лечение заболеваний мужчин связаны не только с медицинским вмешательством, они требуют и социальных изменений.

Данное исследование позволяет внести вклад в дискуссию о кризисе маскулинности, подвергающей критике нормативы успешной маскулинности. К числу дискурсов, конструирующих нормы и стандарты последней как раз и принадлежит медицинский дискурс. При этом отметим парадокс: в первую очередь именно нормативные требования к мужественности связываются с рисками для здоровья мужчины. Можно высказать предположение о том, что для улучшения состояния здоровья в соответствии с представлениями медицинского дискурса необходима переоценка нормы маскулинности (в частности, мужественность не должна связываться со стереотипом работы на тяжелом, вредном производстве, деятельности, сопряженной с большой ответственностью, а также с институтами, порождающими стрессы (от школы до армии), с употреблением алкоголя и высокой сексуальной активностью, с уклонением от лечения и пр.). Либо конкретные мужчины должны уклоняться от нормативных ролей и практик в целях сохранения собственного здоровья. Это еще одна сторона проявления кризиса маскулинности, когда в русле медиализации происходит проблематизация норм и практик повседневного поведения мужчин.

Литература

- Бек У. (2000). *Общество риска: на пути к другому модерну*. М.: Прогресс-традиция.
- Бойко О. В. (2004). Гендерные аспекты здравоохранения, в кн.: Ярская-Смирнова Е., ред., *Социальная политика и социальная работа: гендерные аспекты*. М.: Роспэн, с. 125–160.
- Браун В. Д., Русинова Н. Л. (1999). Социальные неравенства и здоровье: осознание индивидуальной ответственности и контроля, *Журнал социологии и социальной антропологии*, т. 2, № 1(5), с. 99–108.
- Здравомыслова Е., Темкина А. (2002). Кризис маскулинности в позднесоветском дискурсе, в кн.: Ушакин С., ред., *О муже(Н)ственности*. М.: Новое литературное обозрение, с. 432–451.
- Киммел М. (2006). *Гендерное общество*. М.: Роспэн.
- Кон И. С. (2008). Гегемонная маскулинность как фактор мужского (не)здоровья. *Сетевой проект «Русский Архипелаг»*. <http://www.archipelag.ru/authors/Kon/?library=2730>.
- Кон И. С. (2009а). *Мальчик — отец мужчины*. М.: Время.
- Кон И. С. (2001). Мужские исследования: меняющиеся мужчины в изменяющемся мире, в кн.: Жеребкина И. А., ред., *Введение в гендерные исследования: Учеб. пособие*. Харьков: ХЦГИ; СПб.: Алетейя, с. 562–605.
- Кон И. С. (2003а). *Мужское здоровье и проблемы сексуальности*. Доклад на всероссийской научной конференции «Мужское здоровье». Москва, 19–21 ноября 2003. <http://www.neuronet.ru/sexology/publ038.html>.
- Кон И. С. (2003б). *Мужское тело в истории культуры*. М.: Слово/Slovo.
- Кон И. С. (2009б). *Мужчина в меняющемся мире*. М.: Время.
- Миняев В. А., Вишняков Н. И., Юрьев В. К. и др. (1997). *Социальная медицина и организация здравоохранения*, в 2 т., т. I. СПб.: Водолей.
- Национальная программа (2006). Проект национальной программы демографического развития России, *Российская газета*, 26 мая. <http://www.rg.ru/2006/05/26/demografiya-proekt.html>.
- Перечень тяжелых работ и работ с вредными или опасными условиями труда, при выполнении которых запрещается применение труда женщин* (2000). Постановление Правительства РФ от 25 февраля 2000. Москва. <http://elementy.ru/Library6/p162.htm>.
- Послание Федеральному Собранию Российской Федерации* (2006). Выступление президента РФ Путина В. В. Москва, Кремль, 10 мая 2006. <http://tours.kremlin.ru/text/appears/2006/05/105546.shtml>.
- Смольский А. А. (2007). Медицинский дискурс в конструировании образа старости, *Журнал социологии и социальной антропологии*, т. 10, № 2, с. 134–141.

- Стаф И. (2006). Медицина между взглядом и дискурсом: диагноз Мишеля Фуко, *Отечественные записки*, № 1, с. 43–57.
- Урланис Б. (1968). «Берегите мужчин!», *Литературная газета*, 26 июля.
- Ушаков Г.Н. (2000). Принципы обучения заведующих отделениями поликлиники социальной гигиены и организации здравоохранения, в кн.: *Сборник научно-практических трудов, посвященных 75-летию поликлиники медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации*, с. 3–8.
- Филлипс Л., Йоргенсен М. (2004). *Дискурс-анализ: Теория и метод*. Харьков: Гуманитарный центр.
- Фуко М. (1998). *Рождение клиники*. М.: Смысл.
- Фуко М. (1996). *Археология знания*. К.: Ника-Центр.
- Ярская-Смирнова Е.Р. (2001). Мужество инвалидности, в кн.: Ушакин С., ред., *О муже(N)ственности*. М.: Новое литературное обозрение, с. 106–125.
- Ярская-Смирнова Е. Р. (2002). Стигма «инвалидной» сексуальности, в кн.: Здравомыслова Е. А., Темкина А. А., ред., *В поисках сексуальности: Сборник статей*. СПб.: Дмитрий Буланин, с. 223–244.
- Connell R. (1995). *Masculinities*. Sydney: Allen and Unwin.
- Conrad P. (2005) The shifting engines of medicalization, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, N 1, p. 3–14.
- Ehrenreich B., English D. (1973). *Complaints and disorders: the sexual politics of sickness*. Old Westbury: The Feminist Press.
- Elliot A. (2002). Beck's Sociology of risk: a critical assessment, *Sociology*, vol. 36, N 2, p. 293–315.
- Freidson E. (1988). *Profession of medicine: a study of the sociology applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Marshall B., Katz S. (2002). Forever functional: sexual fitness and the aging male body, *Body and society*, vol. 8, N 4, p. 43–70.
- Parsons T. (1991). *The social system*. London: Routledge.
- Plummer K. (2005). Male Sexualities, in: Kimmel M., Hear J., Connell R. W., eds., *Handbook of studies on Men and Masculinities*. Thousand Oaks: Sage Publication, p. 178–195.
- Powell J. L., Longino Ch. F. (Jr). (2002). Postmodernism Versus Modernism: Re-thinking Theoretical Tensions in Social Gerontology, *Journal of Aging and Identity*, vol. 7, N 4, p. 219–226.
- Riska E. (2000). From type A man to the hardy man: Masculinity and health, *Sociology of Health and Illness*, vol. 24, N 3, p. 347–358.
- Rosenfeld D., Faircloth C. (2006). Medicalized masculinities: the missing link?, in: Rosenfeld D., Faircloth C., eds., *Medicalized masculinities*. Philadelphia, PA: Temple University Press, p. 1–21.
- Ross C. E., Bird C. E. (2000). Sex stratification and health lifestyle: consequence for men's and women's perceived health, in: Cockerham W. C., Glasser M., eds., *Readings in medical sociology*, p. 91–109.

- Szymczak J., Conrad P. (2006). Medicalizing the aging male body: andropause and baldness, in: Rosenfeld D., Faircloth C., eds., *Medicalized masculinities*. Philadelphia, PA: Temple University Press, p. 89–112.
- Temkina A., Rotkirch A., Haavio-Mannila E. (2010). Sexological encounters in Russia: Pleasure and gender in a newly formed professional field. Chapter for *The Cultural Context of Sexual Pleasure and Problems*, in: Hall K., Graham C., eds., *Psychotherapy with diverse clients*. In print.
- Zola I. K. (1997). Medicine as an institution of social control, in: Mackay L., Soothilland K., Melia K., eds., *Classic texts: health, the professionals and the NHS*. London: Butterworth Heinemann, p. 237–241.

Источники

- Авдеева М. С., Тулякова О. В., Юрчук О. А., Циркин В. И. (2008). Оценка двигательных качеств и навыков первоклассников, *Гигиена и санитария*, № 2, с. 78–80.
- Бабанов С. А. (2006). Эпидемиологическая характеристика табакокурения, *Вестник Российской АМН*, № 8, с. 27–29.
- Бурханов А. И., Хорошева Т. А. (2006). Состояние здоровья учащихся школ различного профиля, *Гигиена и санитария*, № 3, с. 58–61.
- Бутов Ю. С., Васенова В. Ю., Тюнькова А. В. (2006). К вопросу об этиологии, эпидемиологии, клинике, терапии и профилактике чесотки, *Российский медицинский журнал*, № 3, с. 40–42.
- Величковский Б. Т. (2006). Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье, *Российский медицинский журнал*, № 6, с. 8–14.
- Гафаров В. В., Громова Е. А., Гагулин И. В. и др. (2006). Изучение факторов риска возникновения инфаркта миокарда по программе ВОЗ «Monica-psychosocial», *Клиническая медицина*, т. 84, № 6, с. 24–26.
- Горбаченко А. В., Шалимов П. М. (2006). Клинико-морфологический анализ трех случаев внезапной сердечной смерти у лиц молодого возраста, *Клиническая медицина*, т. 84, № 10, с. 71–73.
- Добровольский А. П., Тактаров В. Г., Цыганков Д. Б. (2007). Эффективность лечения абстиненции и раннего постабстинентного состояния у лиц, страдающих героиновой наркоманией, *Российский медицинский журнал*, № 6, с. 10–14.
- Кушнерова Н. Ф., Рахманин Ю. А., Фоменко С. Е. и др. (2007). Влияние производственных условий на метаболические реакции организма лодманов-операторов, *Гигиена и санитария*, № 6, с. 34–36.
- Лесняк О. М. (2008). Падения как важная составная часть проблемы переломов у пожилых людей, *Российский медицинский журнал*, № 2, с. 42–46.

- Максимова Г. И., Попова Т. В. (2006). Психофизиологические особенности детей от 4 до 10 лет с нарушением зрительной функции, *Гигиена и санитария*, № 3, с. 56–58.
- Мамаев И. Э., Шумило Д. В. (2007). Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: клиника, диагностика, лечение, *Российский медицинский журнал*, № 4, с. 5–8.
- Микшина А. Н., Олейников Н. И. (2007). Факторы, определяющие коморбидность сексуальных расстройств у мужчин до 50 лет: построение их терапии с использованием взаимодополняемости (комплементарности) лечебных воздействий, *Российский медицинский журнал*, № 4, с. 32–33.
- Нестеренко Е.И., Шарафутдинов М.А. (2006). Медико-социальная характеристика урологических больных, получивших стационарную помощь, *Российский медицинский журнал*, № 6, с. 5–7.
- Никифоров И. А. (2006). О лабораторной диагностике раннего алкоголизма и коморбидной висцеропатии, *Клиническая медицина*, т. 84, № 7, с. 56–59.
- Панкова В. Б., Каменева Е. А., Артеменков Ю. М. и др. (2006). Современные проблемы профессиональной заболеваемости на железнодорожном транспорте, *Гигиена и санитария*, № 3, с. 28–32.
- Русских О. Е. (2007). Влияние социальных факторов на возникновение туберкулеза в местах лишения свободы, *Здравоохранение Российской Федерации*, № 1, с. 50–51.
- Соколова С. Ю., Осипов Ю. А., Билев Л. Е. (2007). Состояние микрофлоры кишечника у больных хронической обструктивной болезнью легких и ожирением, *Клиническая медицина*, т. 85, № 10, с. 42–45.
- Сумаркова Е. С., Каменских Т. Г. (2006). Применение препаратов «Колбиоцин» и «Полинадим» в лечении хламидийных конъюнктивитов, осложненных лекарственной аллергией, *Российский медицинский журнал*, № 6, с. 18–20.
- Шварц Г. Я. (2008). Остеопороз, падения и переломы в пожилом возрасте: роль D-эндокринной системы, *Российский медицинский журнал*, № 2, с. 39–41.
- Шеметова Г. Н., Трифонова Е. В. (2006). Болезни костно-мышечной системы у железнодорожников, *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*, № 4, с. 20–22.
- Ющук Н. Д., Кареткина Г. Н. (2006). Вирусный гепатит А — важная общеклиническая проблема, *Клиническая медицина*, т. 84, № 5, с. 19–24.
- Яковлев Б. П., Литовченко О. Г. (2008). Психофизиологическая характеристика уровня работоспособности студентов, *Гигиена и санитария*, № 1, с. 60–63.