

**Е. ЛОПАТКИНА, Г.ИВАНОВ**

*МОСКОВСКАЯ ВЫСШАЯ ШКОЛА СОЦИАЛЬНЫХ И ЭКОНОМИЧЕСКИХ НАУК*

## **ГЕНДЕРНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К МЕДИЦИНЕ И ЗДОРОВЬЮ**

### **Аннотация**

В учебники по здравоохранению включены такие разделы, как «заболеваемость женщин и детей» и подразделы «заболеваемость женского населения». Женщины рожают детей в медицинских учреждениях, и в СССР всегда уделялось внимание охране здоровья «матери и ребенка» (Охранмлад), а в национальном проекте «Здоровье» 2010-х гг. разрабатывались специальные меры для улучшения медицинской помощи женщинам в период беременности и родов. Однако в отношении здоровья в целом и общество, и медицина, и исследователи долго оставались гендерно нечувствительными. В этой статье приведены примеры гендерно окрашенного взаимодействия врача и пациента и социальной роли больного, в каких ситуациях и контекстах становится значимым гендерное измерение взаимодействий.

**Ключевые слова:** женская медицина, здоровье женщины, гендерный аспект

**GENDER SENSITIVITY TO MEDICINE AND HEALTH****Abstract**

Health textbooks include sections such as “incidence of women and children” and subsections “incidence of female population”. Women give birth to children in medical institutions, and in the USSR, attention has always been paid to protecting the health of “mother and child” (Okhranmlad), and in the national project “Health” of the 2010s. special measures were developed to improve medical care for women during pregnancy and childbirth. However, with regard to health in general, society, medicine, and researchers have long remained gender-insensitive. This article provides examples of gender-related interactions between the doctor and the patient and the patient's social role, in which situations and contexts the gender dimension of interactions becomes significant.

**Keywords:** women's medicine, women's health, gender aspect

**Введение**

Статистические данные показывают, что женщины чаще обращаются к врачам, больше болеют, хуже оценивают свое здоровье но — парадоксальным образом — живут дольше, чем мужчины. Эта тенденция характерна для всех современных обществ, включая Россию, где разрыв в показателях продолжительности жизни ярко выражен. Гендерные социологи, демографы и другие специалисты пытаются объяснить этот парадокс, обращаясь к анализу особенностей стиля жизни и конструирования маскулинности/фемининности, рассматривая категории «здоровье мужчин» и «здоровье женщин». Исследователи описывают практики нормативной мужественности как рискованные для здоровья. Практики женственности в большей степени направлены на заботу о здоровье окружающих и своем собственном, в том числе из-за медиализации репродуктивного жизненного цикла женщины.

Медиализация — базовое понятие, позволяющее интерпретировать роль медицины в современном обществе как инструмент биополитики национальных государств, т. е. политики регулирования жизни (Фуко 1996, 2010). Медиализация становится важнейшим контекстом биополитического управления человеком и народонаселением. Биополитика оказывает влияние на размер и качество

населения, на сексуальные отношения и репродукцию, родительство и семейные отношения, на здоровье и болезни, рождение и смерть. С одной стороны, усиление влияния медицины на жизнь людей позволяет уменьшить материнскую и детскую смертность, планировать беременность и контролировать деторождение, преодолевать негативные последствия бездетности и менопаузы, облегчить процедуру абортов и пр. С другой стороны, критики медиализации обсуждают негативные последствия возрастающей власти медицины и медиков в жизни человека и общества. Медики сопровождают рождение и смерть человека, медицинское видение влияет на представления о жизни, о сознании и теле. В XIX–XX вв. медицинский взгляд на явления и процессы обретает статус философии жизни: он формирует стандарты оценки качества человеческой жизни, предлагает технологии решения практических проблем. Критики считают, что с тех пор, как медицина стала престижной профессией и возобладала биомедицинская (научная) модель в интерпретации болезни (как временных органических изменений с определенной симптоматикой, требующих лечения), индивид оказывается подчиненным экспертам — носителям авторитетного знания (Lupton 1994; Annandale 2002 [1998]).

Эпоха поздней современности/постмодерна (конца XX — начала XXI вв.) рассматривается исследователями как реконфигурация экономических, организационных и политических условий, влияющих на состояние тела и здоровья. Увеличиваются социетальные и индивидуальные риски, воздействие на человека современных технологий. Люди все больше озабочены вопросами здоровья, «здоровым» стилем жизни (health life style), медицинская перспектива интегрируется в сферу питания, личной гигиены, практик курения и употребления алкоголя, спорта, совладания со стрессами и пр. Уменьшается граница между миром повседневности и миром экспертов. Регулирование здоровья, в том числе репродуктивного, проникает в ткань повседневности (Bury 1998). Тело и телесность все более становятся объектами воздействия и регулирования (пластическая хирургия, спорт, диеты, новые репродуктивные технологии и пр.) (Turner 2008). Радикально меняется роль медицины, воздействующей на идентичности и тела. Это происходит в контексте усиления социального неравенства, выражающегося в различии ресурсов и доступа к новейшим технологиям.

Воздействие на тело и здоровье признано гендерным процессом, при этом сама категория гендера становится более сложной: исследователи, используя интерсекциональный подход, подчеркивают комплексное влияние множества структурных факторов на состояние здоровья.

Тематика гендерных различий в отношении к здоровью и медицине представлена в англоязычной литературе огромным числом публикаций и исследований (см., напр.: Kuhlmann, Annandale 2010; Lorber 1997). Эта тематика представлена во многих журналах, таких как «Социальная наука и медицина» (Social Science & Medicine, SSM), «Социология здоровья и болезни» (Sociology of Health & Illness), «Журнал здоровья и социального поведения» (Journal of Health and Social Behavior) и др.

Нам необходимо оговорить ограничение текста лекции: мы опираемся в основном на теоретические подходы, разрабатываемые в Северной Америке и Европе, и исследования, осуществленные там же. Когда мы приводим примеры из исследований, проведенных в России, требуется постоянный учет особенностей контекста, который связан с государственной организацией медицины, накладывающей ограничения на автономность медицинской профессии, а также на взаимодействия врача и пациента и пр. (см.: Field 1957; Schechter 1992; о репродуктивной сфере см.: Rivkin-Fish 2005). Мы кратко проясняем особенности контекста, однако более подробное обсуждение национальных различий не входит в нашу задачу.

### **«Женщины больше болеют, но мужчины умирают раньше»**

Статистические исследования и повседневное знание подтверждают тезис о том, что женщины больше болеют, но мужчины раньше умирают (на английском языке этот тезис звучит как поговорка: Women Get Sicker, but Men Die Quicker). Так называет главу книги «Гендер и социальное конструирование болезни» американский социолог Джудит Лорбер (Lorber 1997: 14–34; см. также: Annandale 2002 [1998]: 123–159). «Женщины живут дольше, но оценивают свое здоровье хуже, чем мужчины», — указывают российские исследователи (Рамонов, 2011; см. также: Римашевская 2007; Браун, Русинова, Панова 2007; Тартаковская 2010b). В современном мире повсеместно фиксируются статистические различия

продолжительности жизни и здоровья мужчин и женщин, особенно значительные в России. Так, ожидаемая продолжительность жизни когорты 2000 г. рождения в России составляет для мужчин 59 лет, женщин — 72,3 г. ; когорты 2012 г. рождения: мужчины — 64,6 г., женщины — 75,9 лет (Ожидаемая продолжительность... 2014). Мужчины и женщины следуют гендерным моделям поведения и установкам по отношению к здоровью, что отражается на их показателях здоровья (Римашевская 2007: 20). Исследователи описывают следующие различия между мужчинами и женщинами в отношении здоровья и болезней.

Согласно биомедицинскому подходу, гендерные различия показателей здоровья являются биологически или генетически детерминированными. Опираясь на исследования демографов Б. Урланиса и В. Геодакана, О. Бурмыкина пишет: «например, гендерные различия в продолжительности жизни могут быть объяснены биофизическими различиями между мужчинами и женщинами, а именно тем, что мужчины менее “прочны” и более уязвимы, чем женщины. Жизнестойкость и адаптационные ресурсы женского организма связывают с поддержкой репродуктивной функции» (Бурмыкина 2006: 104–105).

Один из вариантов социомедицинского объяснения различий в показателях здоровья мужчин и женщин, который далее находится в центре нашего внимания, опирается на принципы социологического конструктивистского подхода. Ниже мы рассматриваем, как связано конструирование маскулинности/фемининности и здоровье.

В середине 1980-х гг. гендерные различия стали признанным аспектом эпидемиологии, социологии медицины, феминистских исследований здоровья. Большая продолжительность жизни женщин в индустриальных странах и более интенсивные взаимодействия женщин с медициной связываются в числе прочего с медикализацией репродуктивного цикла женщины, которая будет рассмотрена далее. Репродуктивный цикл (беременность, роды, предохранение, аборты, менструации, менопауза и пр.) интерпретируется как требующий постоянного медицинского вмешательства или контроля. Эти тренды находят выражение в данных статистики и фиксируются при исследовании практик (White 2009: 134–137).

---

#### Конструирование гендера и здоровья

Центральное место в конструктивистских исследованиях здоровья мужчин занимает критический анализ маскулинности, включающий критику теории патриархатных половых ролей и социализации (Connell 2005 [1995]; Kimmel 1986; Messerschmidt 1993; Pleck 1987). Особое внимание уделяется исследованию модели гегемонной маскулинности, сопряженной с рисками для здоровья (см. лекцию 8; Connell, Messerschmidt 2006; Courtenay 2000; Sabo, Gordon 1995; см. обзор: Sabo 2005; Тартаковская 2010; Кон 2009b).

С точки зрения американского исследователя В. Кортни, преобладающие в обществе представления и модели поведения по отношению к здоровью связаны с культурными верованиями и доступом к ресурсам. Верования предполагают то, что мужчины физически сильнее и потому менее уязвимы, чем женщины, что их тела более приспособлены к выполнению функций производительного труда, что обращаться за помощью и заботиться о здоровье — это женское дело. Ресурсом доминирующей конструкции маскулинности становится пренебрежение заботой о собственном здоровье, поскольку последняя маркируется как признак женственности. Отрицая свои потребности в сфере здоровья, мужчины легитимируют себя как «сильный пол» (Courtenay 2000: 1397). Российский исследователь И. Кон пишет: «Гегемонная маскулинность и традиционная маскулинная идеология отрицательно влияют как на взаимоотношения мужчин и женщин, так и на мужское здоровье. Завышенные социальные и личные притязания (“мужчина должен быть всегда и всюду первым и главным”) и установка на силовое решение конфликтов (“настоящий мужчина всегда выступает с позиции силы”) способствуют формированию конфликтности и агрессивности, которые зачастую не соответствуют индивидуальным психофизиологическим особенностям и возможностям реального мужчины» (Кон 2008: 10).

В целом утверждается, что представления о правильной маскулинности и стремление им следовать диктуют образцы поведения, опасные для здоровья мужчин. Таким образом, патриархат является опасным не только для женщин, но и для мужчин. «Предупреждаем: мужская социальная роль может быть опасной для вашего здоровья» — афористичный заголовок статьи Дж. Хэррисон наилучшим образом проясняет эту критическую позицию (Harrison 1978; см. также: Annandale 2002 [1998]: 139).

Исследователи отмечают, что происходят гендерные изменения, формируются новые модели маскулинности, для которых характерно не пренебрежение к здоровью, а самосохранительные практики. Современные мужчины все больше интересуются здоровьем, что заставляет критически отнестись к гегемонии маскулинности, «опасной для здоровья» (см. обзор: Pietilä, Rytönen 2008b: 1073) . Для исследования маскулинностей важны не только особые группы, но и различные культурные контексты. Так, в России избыточную мужскую смертность связывают не только с пьянством и стрессом (Shkolnikov et al. 1998), бедностью и культурой насилия, «но и с особенностями традиционной русской ментальности — нечувствительностью к факторам социального и личного риска и угрозы смерти» (см. Кон 2009b: 294).

### **Биовласть и медиализация**

Медиализация является важнейшим концептом осмысления жизненного цикла и здоровья, в том числе в гендерном измерении. Концепт связан с анализом роли медицины как института/дискурса социального контроля/власти и биополитики. Данное понятие возникает в социологии в 1970-е гг. в контексте критики усиления медицинского влияния на разные области социальной жизни (Conrad 1975,1992; Conrad, Schneider 1980; Freidson 1970; Illich 1976; Zola 1972).

Одним из первых авторов, использовавших данное понятие, был американский социолог И. Зола. Он развивает положение Фрейдсона о том, что медицина стремится обозначить как болезнь (патологизировать) все, что возможно, независимо от способности эффективно лечить обозначаемое явление (Freidson 1970: 251), и говорит о «медиализации общества» (Zola 1972). Автор, на протяжении нескольких десятилетий исследовавший данный феномен, американский социолог Питер Конрад (Conrad 1975, 1992, 2005, 2007; Conrad, Schneider 1980 и пр.), пишет: медиализация предполагает «определение проблемы в медицинских терминах, использование медицинского языка для описания проблемы, применение медицинских рамок для понимания проблемы или использование медицинского вмешательства для ее “лечения”» (Conrad 1992: 211).

Принимая во внимание идеи Фуко (1998 [1973], 1999 [1975], Конрад описывает особенности профессионального «медицинского

взгляда», представляющего собой «особый вид социального контроля, в рамках которого врачи могут легитимно требовать от людей исполнения действий, предписанных им медиками» (Conrad, 1992: 216). В традиции, заданной Фуко, медицина (как знание и институты) осмысливается как историческая форма социального контроля через определение болезни и лечения (Фуко 2006). Медицинское знание — продукт модернизации XVIII–XIX вв. — предполагает развитие административных структур, контролирующих общественное здоровье (Фуко 1998). То, что человек знает о болезни и лечении, с точки зрения Фуко и его последователей, порождено историей становления медицины и властными дискурсами, а не открытием истинного знания о теле.

Используется концепт фармацевтикации для того, чтобы подчеркнуть усиливающееся влияние на здоровье и стиль жизни фармацевтических средств (Abraham 2010). Производители лекарств все больше колонизируют профессию, влияя на производство знания через развитие моделей болезни и их лечение (Timmermans, Oh 2010; Conrad 2005: 5).

### **Медикализация репродуктивного цикла женщины**

Репродуктивный опыт женщин не может быть понят в отрыве от широкого социального контекста. На репродуктивный опыт оказывают влияние государство, религия, медицина, программы планирования семьи, новые репродуктивные технологии, социальные движения и социальные сети, т. е. биополитика в целом. Опыт репродукции интерпретируется в контексте биовласти — контроля и сопротивления (Ginsburg, Rapp 1991: 311–312). Организация репродуктивного здоровья, деторождения и заботы о детях рассматривается в контексте социального неравенства: она создает преимущества для одних групп женщин и недостаточно помогает другим (например, женщинам с генетическими заболеваниями или пороками развития плода) (Ginsburg, Rapp 1995). Репродукция обсуждается в категориях индивидуальных прав и специфических прав женщин; включает понятие репродуктивных прав и организацию акушерства и гинекологии, на что делают акцент многие российские авторы (Римашевская 2007: 151–171; Григорьева, Чубарова 2001: 78; Баллаева 1998, 2001).



Одна из первых гендерных социологов, обратившаяся к этой теме, — Кэтрин Риссман (Riessman 1983). Медикализация репродуктивного цикла рассматривается на примере родов, репродуктивного контроля (контрацепции и абортов), предменструального синдрома, регулирования веса и психологического стресса. Как считает Риссман (1983: 9), интересы женщин и врачей в отношении контрацепции на определенном этапе совпали, и в целом битва за репродуктивные права была выиграна женщинами. Однако это, в свою очередь, приводит к медикализации технологичных видов контрацепции, которые все более контролируются врачами. Медикализация, с этой точки зрения, воспринимается как отвечающая потребностям женщин. Женщины во многом положительно относятся к медикализованному дискурсу и практикам, усваивают соответствующие представления, например, в отношении контрацепции или использования анестезии при родовспоможении. Не все женщины относятся подозрительно к новым технологиям, напротив, часто они воспринимают последние как способы решения репродуктивных проблем, например, бесплодия или лесбийского родительства, когда врачи могут помочь женщинам реализовать их намерения стать матерями (Lock 2001: 481–482; см. также: Lock, Kaufert 1998).

### **Медицина, врач и пациент: гендерное измерение**

Применительно к тематике медицины, болезни и здоровья в русле структурных, интеракционистских и интеграционных подходов исследователи рассматривают: во-первых, гендерные особенности медицинской профессии, сегрегацию и ресурсы; во-вторых, особенности взаимодействия врачей и пациентов в зависимости от пола первых и вторых; в-третьих, различия поведения женщин и мужчин в роли пациентов.

Во всех западных странах до 1960-х гг. мужчины составляли большинство среди врачей. В процессе формирования нововременной научной медицины женщины исключались из профессии через систему образования, лицензирования и организации больниц. Как показывает немецкий историк Ю. Шлюмбом, процесс прихода мужчин в акушерское дело и превращения его в науку происходил в Германии при развитии родовспомогательных больниц в середине XVIII — начале XIX вв. Операции делали мужчины, они занимались сложными случаями и дорогой

частной практикой, контролировали и обучали акушерок. Акушерки сохранили свое присутствие в профессии, но на более низких позициях, чем врачимущины (Шлюмбом 2008; см. также: Abbot, Wallace 1997: 185–186).

Классики социологии до определенного периода также воспринимали медицину как мужскую профессию. Так, в 1961 г. во введении к книге «Мальчики в белом. Студенческая культура в медицинской школе» ее авторы подчеркивают, что исследование посвящено профессиональной социализации мужчин, поскольку «сама медицинская профессия остается мужской», и это несмотря на то, что в целом увеличивается представленность женщин в медицинской системе (Becker et al. 1961: 3). Медицина, наравне с другими либеральными профессиями, рассматривается в историческом измерении как культурная практика, основанная на принципах рациональности и независимости, в то время как модели поведения, ассоциируемые с женственностью, связаны с заботой, эмпатией и вниманием. Исследователи науки и медицины долгое время оставались нечувствительными к гендерным различиям. Ситуация мужского доминирования в целом сохранялась до последней трети XX в. (СССР был исключением).

Финская исследовательница Элиана Риска (Riska 2001; см. также: Riska, Wegar 1995) в сравнительно-историческом исследовании «Медицинская карьера и феминистские вопросы. Американские, скандинавские и российские женщины-врачи» (Riska 2001) приводит следующие данные: женщины составляют одну четверть врачей в США, 50 процентов — в Финляндии, 31 процент — в Норвегии, 39 процентов — в Швеции и 70 процентов — в России<sup>10</sup>. В США врачи работают преимущественно в частной практике, а в России и Скандинавии они инкорпорированы в государство благосостояния и являются преимущественно государственными служащими. При этом женщины-врачи имеют более низкий статус по сравнению с коллегами-мужчинами в этих странах. Автор объясняет это системными преимуществами маскулинности (см. лекцию 9). Женщины мало представлены в хирургической специальности и управлении медициной, они в целом незначительно влияют на медицину как систему, хотя их влияние на здоровье женщин является существенным (Riska 2001; см. также: Pringle 1998). В СССР женщины пришли в медицину в конце 1920-х — в 1930 гг., когда профессия теряла свою автономию (свободу врача в принятии решений, профессиональную

самоорганизацию, контроль образования и условий труда), а ее статус и уровень оплаты труда становился ниже многих других видов занятости (Schechter 1992). В России была и во многом остается низкой автономия профессии врача в целом (за исключением некоторых сегментов, к которым можно отнести, например, платные услуги в стоматологии или родовспоможении), продолжает воспроизводиться советская модель управления на основе единоначалия, существенно ограничена свобода врачей в принятии решений, врачи мало влияют на организацию своего труда и уровень его оплаты, воспроизводится горизонтальная и вертикальная сегрегация, мужчины чаще занимают руководящие позиции и пр. (см., напр.: Harden 2001; Rivkin-Fish 2005; Ryan 1989; Мансуров 2007; Мансуров, Юрченко 2005; о гинекологах — см.: Здравомыслова, Тёмкина 2011).

### **Гендерная специфика медицинских взаимодействий**

Когда пациент приходит на прием, врач задает ему вопрос: «На что жалуетесь?» Интерпретируя ответ, врач переводит описание пациента на медицинский язык симптомов, тестов, диагнозов и предписаний. Нормативная модель предполагает, что врачи выполняют свою роль как ценностно-нейтральные профессионалы, их подход характеризует универсальность (Parsons 1951: 428–479), в частности, пол, возраст, национальная принадлежность и другие социальные характеристики пациентов и врачей не оказывают влияния на их взаимодействия по поводу здоровья. Однако исследования медицинской практики показывают, что врачи разного пола по-разному относятся к пациентам в зависимости от пола последних (см.: Lorber 1997: 44–52). Кроме того, пациенты разного пола по-разному ведут себя во взаимодействиях с врачом.

Отношение к пациентам. Некоторые исследователи утверждают, что врачи более склонны проявлять внимание и заботу по отношению к пациенткам, которым назначают больше тестов и повторных посещений. Женщинам предоставляют больше информации, им доходчиво объясняют ситуацию, от них ожидают большего количества вопросов, врачи чаще обсуждают с ними план лечения и назначения (см. обзор: Roter, Hall 1992: 42–45). Женщины считались более слабыми, потенциально больными, неспособными к постоянному напряжению, правда, эти оценки распространялись преимущественно на средний класс. Во второй половине XX в.

ситуация изменилась, двойные стандарты в отношении к пациентам уменьшились. Но некоторые исследователи полагают, что различия сохраняются: у женщин ищут и находят больше симптомов, считая их потенциальными клиентами медицинских услуг, особенно в связи с их репродуктивным циклом. Последнее является следствием неравенства, однако, выгодного для женщин (см.: Roter, Hall 1992: 43; Annandale 2002 [1998]: 148).

### **Выводы**

Исследователи признают наличие гендерных различий в показателях здоровья и продолжительности жизни. В целом они объясняют это либо биологическими особенностями организма, либо социальными предписаниями и ожиданиями. Низкая продолжительность жизни мужчин, с точки зрения конструктивистского подхода, рассматривается как связанная с нормативными образцами мужественности, диктующими поведение, рискованное для здоровья. Обсуждая особенности мужского поведения, исследователи показывают, что нормативные предписания связаны с напряженной работой, ориентированной на достижения в конкурентной борьбе, с практиками мужской дружбы, включающими интенсивное употребление алкоголя, с сексуальной активностью, в том числе незащищенным сексом, со спортивными достижениями, требующими пренебрежения болью, с нечувствительностью к проблемам здоровья, с пренебрежением медицинским обслуживанием и пр.

Конструирование женственности связывается с заботой о своем здоровье (особенно репродуктивном) и здоровье окружающих, более интенсивными взаимодействиями с медициной и наличием больших медицинских знаний. Женственность медикализируется и контролируется через репродукцию и нормы «правильного» использования контрацепции, беременности, родов, материнства. Изменяются взгляды на соотношение гендера и здоровья, которые рассматриваются как множественные соотношения в зависимости от контекста и социальных характеристик. Актуальная задача, которая стоит перед современными социологами, — интерпретация различий между группами мужчин и женщин, различающихся по множеству социальных признаков, среди которых важное

значение имеет принадлежность к классу, расе, этничности, сексуальная ориентация, состояние здоровья.

Медикализация является важнейшим концептом осмысления здоровья женщин. Происходят процессы биомедикализации разных сторон жизни. Жизненный цикл и тело женщины становятся сферой регулирования со стороны медицинских институтов и знания, вмешательства технологий. Медицина создает новые возможности для женщин (например, решение проблем бесплодия), но и выступает инструментом контроля. Возникают альтернативные институты и практики в сфере репродуктивного здоровья под влиянием феминистской критики, общественных движений и технологий. В сфере репродуктивного здоровья пациент из пассивного и непросвещенного превращается в информированного клиента, и это изменяет взаимодействия, которые становятся более эгалитарными. Социологические исследования показывают, что стратегии контроля собственного здоровья, в том числе репродуктивного, в большей степени характерны для среднего класса с индивидуалистическими установками. Медицинская профессия, взаимодействия и социальные роли в сфере общественного здоровья гендерно окрашены. В медицинской профессии сохраняется горизонтальная и вертикальная сегрегация. В медицинских взаимодействиях от женщин ожидается большая ориентация на коммуникацию и заботу.

### Литература

Дэвис-Флойд Р. Дочь времени — «акушерка постмодерн» / пер. А. Петелина (<http://www.domrebenok.ru/blog/8312>; 10.03.2015).

Здравомыслова Е. Тёмкина А. Доверительное сотрудничество во взаимодействии врача и пациентки: взгляд акушера-гинеколога // Здравомыслова Е. Тёмкина А. (ред.) Здоровье и интимная жизнь. Социологические подходы. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2011. С. 23–53.

Кон И. Гегемонная маскулинность как фактор мужского (не)здоровья // Социология: теория, методы, маркетинг. 2008. №4. С. 5–16 (<http://ecsocman.hse.ru/text/30724344/>; 10.03.2015).

Михель Д. Социальная антропология здоровья и репродукции: медицинская антропология: учеб. пособ. для студентов. Саратов: Новый проект, 2010.

Ehrenreich B., English D. For her own good: Two centuries of the experts' advice to women. New York: Anchor, 2005.

Ginsburg F., Rapp R. The Politics of Reproduction // Annual Review of Anthropology. 1991. N 20. P. 311–344.

Inhorn M. Defining Women's Health: A Dozen Messages from More than 150 Ethnographies // Medical Anthropology Quarterly. 2006. N 20(3). P. 345–78.