

Sabina Królikowska

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

NIERÓWNOŚCI W STANIE ZDROWIA MIĘDZY Kobietami a mężczyźnami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno- kulturowej

Abstrakt. Uznając płć jako jeden z istotnych wyznaczników nierówności w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyźnami, należy zwrócić uwagę na dwa typy zależności. Pierwszy odpowiadać będzie zróżnicowaniu wynikającemu z przyczyn biologicznych (*sex*), drugi natomiast – ze społeczno-kulturowych (*gender*). Obok przyczyn biologicznych wynikających z płci biologicznej, nierówności w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyźnami biorą się również z odmiennych wzorów zachowań w ramach pełnionych ról społecznych, odmiennych stylów życia czy zróżnicowanych postaw wobec zdrowia i choroby, które z kolei warunkowane są wieloma różnorodnymi czynnikami społeczno-kulturowymi, wśród których ważną rolę odgrywają stereotypy płci. Odmiennie sposoby socjalizowania dziewczynek i chłopców do ról małżeńsko-rodzinych oraz zawodowych, odmienny rodzaj więzi społecznych charakteryzujący kobiety i mężczyźn, odmiennie cechy osobowości uznawane za typowo „kobiece” lub „męskie” – mają bezpośredni wpływ na pozycje obu płci w stratyfikacji społecznej. Wykształcenie, dostęp do pracy, wykonywany zawód czy dochody różnicują dodatkowo w znacznym stopniu postawy wobec zdrowia i choroby. Płć kulturowa (*gender*) kształtowana jest już w toku wczesnej socjalizacji i podtrzymywana przez strukturę społeczną, stąd wzory kulturowe w odniesieniu do kobiecości i męskości uwidaczniające się w wielu sferach życia społecznego dotyczą również praktykowania zachowań zdrowotnych zagrażających zdrowiu czy antyzdrowotnych. Mężczyźni i kobiety charakteryzują się odmiennym podejściem do dbania o zdrowie, do profilaktyki zdrowotnej, do zachowań zagrażających zdrowiu czy antyzdrowotnych. Stereotypy związane z płcią w istotny sposób wpływają za zdrowie somatyczne oraz psychiczne kobiet i mężczyźn.

Słowa kluczowe: płć biologiczna, płć społeczno-kulturowa, męskość, kobiecość, zachowania zdrowotne, zachowania związane ze zdrowiem, zachowania antyzdrowotne.

1. Wprowadzenie

Zdrowie populacji może być mierzone różnymi typami wskaźników. Przyjmując za Krystyną Słany oraz Krystyną Kluzową (2004), wskaźniki zdrowia można podzielić na: negatywne, pozytywne i pośrednie. Do negatywnych

wskaźników zdrowia należą: dane statystyczne dotyczące procesu umieralności oraz śmiertelności¹, statystyka zgonów według przyczyn, wieku, płci, dane statystyczne dotyczące zachorowalności oraz chorobowości², a także liczba osób niepełnosprawnych na danym terenie. Pozytywnym wskaźnikiem zdrowia jest przeciętne dalsze trwanie życia³. Pośrednie wskaźniki zdrowia, takie jak: status społeczno-ekonomiczny (w tym rodzaj aktywności zawodowej), stan cywilny, miejsce zamieszkania, subiektywna ocena zdrowia oraz zachowania antyzdrowotne (np. palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, zażywanie narkotyków, niezapinanie pasów bezpieczeństwa itd.), mogą oddziaływać na zdrowie negatywnie bądź pozytywnie. W niniejszym artykule przedstawione zostaną wybrane wskaźniki zdrowia (zarówno negatywne, pozytywne, jak i pośrednie), które wskazują na nierówności między kobietami i mężczyznami w tej sferze.

Analizując wpływ płci jako zmiennej różnicującej stan zdrowia społeczeństw, należy podkreślić, iż cecha ta brana jest pod uwagę w wielu perspektywach badawczych, choć jedynie w perspektywie feministycznej przyjmuje się ją jako główną oś analizy. Uznając płeć jako jeden z istotnych wyznaczników nierówności w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami, należy zwrócić uwagę na dwa typy zależności. Pierwszy odpowiadać będzie zróżnicowaniu wynikającemu z przyczyn biologicznych (*sex*), drugi natomiast – ze społeczno-kulturowych (*gender*). Dla socjologa ważniejszym poznawczo będzie bliższe przyjrzenie się nierównościom pomiędzy stanem zdrowia kobiet i mężczyzn w kontekście płci społeczno-kulturowej.

Za Slany należy podkreślić, iż „kategoria płci społeczno-kulturowej weszła [...] na stałe do kanonu narzędzi analitycznych w naukach humanistycznych i społecznych, przyczyniła się do powstania wielu alternatywnych paradygmatów, które »odczarowują« strukturalno-funkcjonalny porządek społeczny, bazujący w dużej mierze na biologicznej różnicy płci (esencjalizm biologiczny)” (Slany, Struzik, Wojnicka 2011: 7).

Koncepcja *gender*, wprowadzona do socjologii przez Ann Oakley (1972), miała w rozumieniu autorki zwrócić uwagę na fakt, iż tożsamość płciowa kobiet i mężczyzn nie jest zdeterminowana tylko przez cechy biologiczne obu płci (anatomię, cechy fizjologiczne, układ hormonalny itd.), ale również jest kształtowana

¹ Umieralność to liczba zgonów w stosunku do liczby ludności na danym obszarze w określonym czasie, natomiast śmiertelność mierzona jest liczbą zgonów z powodu danej choroby w stosunku do liczby chorych na tę chorobę (Slany, Kluzowa 2004: 121–122).

² Zachorowalność mierzona jest liczbą nowych zachorowań na określoną chorobę w stosunku do liczby narażonych na ryzyko zachorowania w danym czasie, natomiast chorobowość to liczba chorych na daną chorobę w stosunku do liczby ludności na danym obszarze w danym czasie (Slany, Kluzowa 2004: 121–122).

³ Parametr ten wyraża średnią liczbę lat, jaką w danych warunkach umieralności ma jeszcze do przeżycia osoba pochodząca z badanej populacji i będąca w wieku x ukończonych lat (Holzer 2003: 236).

społecznie i kulturowo poprzez narzucane w danej kulturze modele męskości i kobiecości, wzory zachowań, role społeczne, normy i oczekiwania społeczne. Społeczna klasyfikacja tego, co jest męskie, a co kobiece, charakteryzuje się według Oakley (1981: 41) społeczną nierównością.

Nierówny dostęp lub szansa dostępu do cenionych społecznie dóbr wynika z nierówności społecznych. Dostęp trudniejszy lub łatwiejszy, szanse dostępu mniejsze czy większe wiążą się z przynależnością do określonych grup, klas czy warstw w stratyfikacji społecznej. Z przynależnością społeczną wiążą się z kolei określone przywileje w dystrybucji szczególnie cenionych dóbr (Sztompka 2002). Zdrowie jako wartość autoteliczna, ale także instrumentalna plasuje się bardzo wysoko w hierarchii ważnych społecznych wartości (CBOS 2004; Czapiński 2005a; Frąckowiak-Sochańska 2009). Nierówności społeczne w sferze zdrowia skorelowane są z wieloma cechami społeczno-demograficznymi, takimi jak: płeć, wiek, stan cywilny, poziom wykształcenia, przynależność zawodowa, dochody, miejsce zamieszkania czy pochodzenie społeczne. Uwzględnienie wszystkich wymienionych zmiennych wykracza poza ramy niniejszego opracowania. Wzięte zostaną pod uwagę te cechy, które bezpośrednio wiążą się z nierównościami w stanie zdrowia pomiędzy kobietami i mężczyznami z perspektywy płci społeczno-kulturowej.

Barbara Szacka (2011: 20), nie zgadzając się z hasłem „nikt nie rodzi się kobietą”, które uważa za wyznacznik wiary postmodernistycznego feminizmu, podkreśla, że „różnice pomiędzy ciałem mężczyzny i kobiety to nie tylko łatwo widoczne różnice ich średniego wzrostu, kształtu kośćca i zewnętrznych narządów płciowych, ale także inne funkcjonowanie i reagowanie ich organizmów. Tak np. kobiety inaczej niż mężczyźni reagują na alkohol – szybciej popadają w uzależnienie i trudniej wydobywają się z niego”. W konstatacji zawartej w przytoczonym cytacie można wskazać na potrzebę rozróżnienia, które jest powszechne, jak już wspomniano, w socjologii *gender* oraz innych naukach społecznych, jako kategoria analityczna, a mianowicie na płeć biologiczną (*sex*, płeć) oraz na płeć społeczno-kulturową lub inaczej płeć kulturową (*gender*, rodzaj) (Mandal 2003; Titkow, Duch-Krzystoszek, Budrowska 2004). Stosunek obu płci do picia alkoholu, problemów z uzależnieniem od niego oraz kwestiami terapii uzależnień, którymi szerzej zajmę się w dalszej części opracowania, może być analizowany z uwzględnieniem różnic w płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej (np. szybsze upicie się „przeciętnej” kobiety niż „przeciętnej” mężczyzny taką samą dawką, takiego samego rodzaju alkoholu będzie wynikać z cech biologicznych, np. z różnic w masie ciała, podatności organizmu na alkohol, obecności innych składników pokarmowych w żołądku pijącego alkohol itd., natomiast uzależnienie od alkoholu może być rozpatrywane z perspektywy płci społeczno-kulturowej, czyli w tym wypadku badacze przyglądają się np. różnicom w przyzwoleniu społecznym na spożywanie alkoholu kobietom i mężczyznom, różnicom w ocenie społecznej alkoholizmu kobiet i mężczyzn, czy częstotliwości występowania

w praktyce życia społecznego współzależnionych kobiet od alkoholizmu męża/partnera życiowego i analogicznie współzależnionych od alkoholizmu żon mężów/partnerów, których funkcjonowanie skutkuje wieloma dysfunkcjami społecznymi).

Obok przyczyn biologicznych wynikających z płci biologicznej, nierówności w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami biorą się również z odmiennych wzorów zachowań w ramach pełnionych ról społecznych, odmiennych stylów życia, czy zróżnicowanych zachowań wobec zdrowia i choroby, które z kolei warunkowane są wieloma różnorodnymi czynnikami społeczno-kulturowymi. Odmiennie sposoby socjalizowania dziewczynek i chłopców do ról małżeńsko-rodziny oraz zawodowych, odmienny rodzaj więzi społecznych charakteryzujący kobiety i mężczyzn, odmiennie cechy osobowości uznawane za typowo „kobiece” lub „męskie” – mają bezpośredni wpływ na pozycje obu płci w stratyfikacji społecznej. Wykształcenie, dostęp do pracy, wykonywany zawód czy dochody różnicują dodatkowo w znacznym stopniu postawy wobec zdrowia i choroby. Płeć kulturowa (*gender*) kształtowana jest już w toku wczesnej socjalizacji i podtrzymywana przez strukturę społeczną, stąd wzory kulturowe w odniesieniu do kobiecości i męskości uwidaczniające się w wielu sferach życia społecznego, dotyczą również praktykowania zachowań zdrowotnych zagrażających zdrowiu czy antyzdrowotnych⁴.

Płeć kulturowa (*gender*) określana jest jako nadbudowa kulturowa nad płcią biologiczną (*sex*) i jest definiowana jako „zespół atrybutów i zachowań oczekiwanych od kobiety i mężczyzny oraz postrzeganych, jako przydatne w ich społecznym funkcjonowaniu” (Titkow, Duch-Krzystoszek, Budrowska 2004: 46). W przypadku zachowań antyzdrowotnych czy zagrażających zdrowiu, praktykowanych częściej przez mężczyzn niż kobiety, pod znakiem zapytania stoi „przydatność” funkcji społecznych, jak i jednostkowych takich zachowań. Analiza wybranych wskaźników zdrowia w odniesieniu do obu płci, z uwzględnieniem kategorii analitycznej płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej, będzie stanowić główny cel artykułu.

⁴ Za Antoniną Ostrowską (1999: 28) definiuję zachowania zdrowotne jako „każde intencjonalnie podjęte działanie jednostki, którego celem jest utrwalenie lub podnoszenie potencjału zdrowia, niezależnie od jego skuteczności”. Do zachowań związanych ze zdrowiem autorka zalicza różnorodne działania jednostek w życiu codziennym, które mają wpływ na ich zdrowie, ale nie zostały podjęte intencjonalnie. Skutki zachowań związanych ze zdrowiem mogą przybierać formę pozytywnego wpływu na zdrowie, ale też negatywną. Zachowania związane ze zdrowiem mające skutki negatywne noszą nazwę zachowań zagrażających zdrowiu lub zachowań ryzykownych. Beata Tobiasz-Adamczyk (2000: 47) wyróżnia ponadto zachowania antyzdrowotne, czyli „zachowania prowadzące do niszczenia zdrowia, jego osłabienia, do świadomego wprowadzenia się w stan choroby”.

2. Umieralność kobiet i mężczyzn

Analizując proces umieralności, w tym również umieralności niemowląt, należy wskazać na nadumieralność mężczyzn ponad poziom umieralności kobiet. Przyjrzyjmy się w pierwszej kolejności umieralności niemowląt, powiązanej w większym stopniu z płcią biologiczną. Ważnym wskaźnikiem postępu cywilizacyjnego jest zmniejszający się współczynnik umieralności niemowląt⁵. Wśród dzieci umierających przed ukończeniem pierwszego roku życia przeważają chłopcy. Dane te szczegółowo zobrazowane są w tabeli 1.

Tabela 1. Współczynnik zgonów niemowląt według płci w Polsce w latach 1950–2009

Rok	Zgony niemowląt płci	
	męskiej	żeńskej
	na 1000 urodzonych danej płci	
1950	122,0	99,7
1960	60,7	48,4
1970	41,0	31,1
1980	28,8	22,0
1990	21,6	17,0
2000	8,8	7,3
2009	6,0	5,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Rocznika demograficznego* (1995, 2010).

Spadek umieralności niemowląt w okresie ostatnich sześciu dekad jest znaczący, jednak zachowana jest tendencja do większej umieralności chłopców niż dziewczynek. W okresie powojennym na każde 1000 urodzonych chłopców umierało o 22 niemowląt więcej niż wśród 1000 urodzonych dziewczynek. Współczynnik zgonów niemowląt znacząco zmalał i w 2000 r. różnica w umieralności chłopców i dziewczynek wynosiła już 1,5%. Obliczając jednak procentową różnicę w umieralności niemowląt obu płci w omawianym okresie, należy podkreślić stosunkowo nieznaczną zmianę w nadumieralności niemowląt płci męskiej, z wyłączeniem 1980 r. Stosunkowa różnica procentowa w poziomie umieralności niemowląt płci męskiej oraz żeńskiej w 1950 r. wynosiła 22%, w 1980 r. – 31%, natomiast w 2000 r. zmalała do 21% i maleje nadal (2009 r. – 17,6%) (Holzer 2003: 218).

⁵ W Polsce współczynnik ten (mierzony liczbą zgonów niemowląt, czyli dzieci poniżej pierwszego roku życia przypadających na 1000 żywych urodzeń) wynosił: w 1950 r. – 112,2‰, w 1960 r. – 54,8‰, w 1970 r. – 36,7‰, w 1980 r. – 25,5‰, w 1990 r. – 19,3‰, w 2000 r. – 8,1‰, natomiast w 2011 r. – 5‰. Natężenie umieralności niemowląt spadło więc w Polsce znacząco (*Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej* z różnych lat).

Tendencja do nadumieralności niemowląt płci męskiej jest też widoczna, gdy analizuje się zgony niemowląt według płci oraz kolejności urodzenia dziecka przez matkę. Tabela 2 obrazuje tę zależność.

Tabela 2. Zgony niemowląt według płci oraz kolejności urodzenia dziecka przez matkę w Polsce w roku 1975, 2000 oraz 2009

Kolejność urodzenia zmarłego dziecka matki	Ogółem					
	chłopcy			dziewczynki		
	1975	2000	2009	1975	2000	2009
	na 1000 urodzeń żywych danej płci i kolejności urodzenia					
Ogółem	28	9	6	21	7	5,1
1	24	8	5,2	19	6	4,6
2	27	8	5,5	20	7	3,9
3	33	10	6,6	24	8	6,4
4	34	13	10,4	26	11	7,3
5	39	15	13,2	30	13	13,1
6	41	21	23,3	35	19	19,6

Źródło: *Rocznik demograficzny* (2010: 378); Holzer (2003: 218).

Wśród zgonów dzieci pierworodnych w 1970, 2000 oraz 2009 r. przeważają zgony chłopców. Tendencję tę można też zaobserwować, gdy weźmie się pod uwagę urodzenia: drugie, trzecie, czwarte i dalsze w kolejności. We wszystkich przekrojach umieralność chłopców jest wyższa niż umieralność dziewczynek.

W literaturze naukowej wyjaśnia się tę różnicę z perspektywy płci biologicznej. Różnice genetyczne między płcią żeńską i męską mają wpływ na większą umieralność niemowląt i noworodków płci męskiej. Płeć męska od żeńskiej różni się składem chromosomów. Jedna para z 23 par chromosomów determinuje płć męską (XY), natomiast aby płć dziecka była żeńska, musi wystąpić para chromosomów XX. Chromosom X zawiera więcej informacji genetycznych od chromosomu Y, również tych, które mogą wywoływać anomalie czy choroby genetyczne. Jednak w przypadku garnituru chromosomowego u kobiet aberracje jednego z chromosomów X niwelowane są przez funkcje pozostałego. Ta właściwość chromosomów X daje kobietom „przewagę genetyczną”, gdyż anomalie tegoż chromosomu u mężczyzn częściej prowadzą do zaburzeń (istniejący drugi chromosom Y nie może zastąpić funkcji X). U kobiet choroby genetyczne występują wtedy, gdy uszkodzone są oba chromosomy X (Stillion 1995).

Proces umieralności warto również zanalizować, gdy weźmie się pod uwagę liczbę zgonów ze względu na płć i wiek (tabela 3).

Tabela 3. Zgony według płci i wieku w Polsce w latach 1950–2000

Rok	Grupa wiekowa											
	0–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–34	35–44	45–54	55–59	60–64	65–69	70 lat i więcej
Współczynniki zgonów mężczyzn danej grupy wieku w procentach w stosunku do współczynników zgonów kobiet tej samej grupy wieku												
1950	123	123	130	128	150	136	142	166	172	166	150	121
1960	125	175	150	240	225	183	162	166	186	180	165	124
1970	131	141	157	233	267	250	218	195	200	198	184	129
1980	134	167	200	250	360	343	294	253	237	211	204	136
1990	128	150	200	275	425	328	283	291	275	250	210	131
2000	122	155	169	254	394	345	293	259	257	258	229	131

Źródło: Holzer (2003: 208).

Nadumieralność mężczyzn występuje w każdym porównywanym przedziale wiekowym – poczynając od umieralności niemowląt, o czym już wspomiano, kończąc na zaawansowanych wiekiem seniorach. Należy dodać, iż na tle ogólnej tendencji malejącego natężenia zgonów w populacji Polaków, umieralność kobiet spada na ogół szybciej niż umieralność mężczyzn. Biorąc pod uwagę zobrazowane w tabeli 3 półwiecze procesu umieralności, należy podkreślić fakt silnego narastania różnicy między poziomem umieralności mężczyzn i kobiet w Polsce, na niekorzyść mężczyzn. Szczególnie duże różnice w poziomie umieralności pomiędzy mężczyznami a kobietami można zaobserwować już od 15–19 roku życia, kiedy to od 1980 r. 2,5 razy częściej umierają chłopcy od dziewczynek. Jak zauważa Jerzy Holzer (2003: 208): „na początku lat 90. XX w. umieralność mężczyzn w wieku 15–64 lat była 3–4 razy większa niż kobiet w analogicznych grupach wieku”. Po dekadzie różnice w umieralności kobiet i mężczyzn uległy nieznacznym zmianom. Nadal występuje znaczna nadumieralność mężczyzn. Odsetki zgonów jednostek określonej płci i wieku pokazują, jak w toku życia kobiety i mężczyźni, żyjąc w określonych warunkach geograficznych, kulturowych, społeczno-ekonomicznych, politycznych, pełniąc różnorodne role społeczne, wybierając (bądź nie) style życia sprzyjające zdrowiu, narażeni są w różnym stopniu na przedwczesną umieralność.

Biorąc pod uwagę przeciętną długość trwania życia, jako ogólny wskaźnik zdrowia społeczeństw, we wszystkich niemal krajach świata kobiety żyją przeciętnie dłużej od mężczyzn, ale ich stan zdrowia, szczególnie w opinii samych kobiet jest gorszy (Titkow 1981; Tobiasz-Adamczyk 1999; Doyal 1995). Kobiety, dożywając późniejszego wieku, częściej zapadają na choroby, szczególnie na choroby charakterystyczne dla wieku podeszłego (Tobiasz-Adamczyk 1999).

Przeciętną długość trwania życia dla mężczyzn i kobiet w Polsce obrazuje tabela 4.

Tabela 4. Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce w latach 1950–2010

Rok	Mężczyźni						Kobiety					
	Przeciętna liczba lat dalszego trwania życia osób w wieku lat											
	0	15	30	45	60	75	0	15	30	45	60	75
1950	56,1	51,0	38,1	25,5	14,6	6,9	61,7	55,7	42,3	29,2	17,1	7,8
1960	64,9	55,0	41,1	27,7	15,9	7,5	70,6	59,9	45,5	31,6	18,7	8,6
1970	66,6	54,8	40,9	27,5	15,7	7,6	73,3	61,0	46,5	32,3	19,2	8,9
1980	66,0	53,1	39,2	26,2	15,2	6,9	74,4	61,2	46,5	32,4	19,4	8,8
1990	66,2	53,1	39,1	26,1	15,3	7,5	75,2	61,8	47,2	33,0	20,0	9,5
2000	69,7	55,6	41,4	27,9	16,7	8,6	78,0	63,8	49,0	34,7	21,5	10,4
2010	72,1	57,6	43,3	29,7	18,3	9,5	80,6	66,1	51,3	36,8	23,5	11,9

Źródło: *Trwanie życia w 2010 roku* (2011: 10).

Jak stwierdzają autorzy opracowania *Trwanie życia w roku 2010* (2011: 9), „korzyści wynikające z rozwoju nowych technologii medycznych i nowoczesnych metod diagnostycznych oraz poprawa kondycji zdrowotnej Polaków realizowanej przez prozdrowotny styl życia mają swe odzwierciedlenie w trwającym już od prawie dwudziestu lat spadku natężenia zgonów, a tym samym wydłużaniu przeciętnego trwania życia”.

W 2010 r. mężczyzna żył w Polsce przeciętnie 72,6 lat, natomiast kobieta 80,6 lat, co dawało różnicę 8,5 roku w przeciętnej długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami. Na początku lat 50. poziom umieralności Polaków był bardzo wysoki, a mężczyzna przeżywał przeciętnie jedynie 56,1 lat. Długość życia kobiety wynosiła prawie 62 lata. Porównując obecne parametry z wartościami liczbowymi z połowy ubiegłego stulecia, można zaobserwować znaczące różnice umieralności w populacji Polaków. Współcześni mężczyźni przeżywają przeciętnie o 16 lat dłużej niż ci z początku lat 50., natomiast kobiety żyją dłużej o prawie 19 lat.

Ważnymi zmiennymi oprócz płci, wpływającymi na długość życia, są stan cywilny oraz niski dochód. Żonaci mężczyźni żyją przeciętnie dłużej od niepozostających w małżeństwie, natomiast długość życia kobiet znacznie ogranicza posiadanie niskiego dochodu (Hu, Goldman 1990). W przypadku żonatych mężczyzn wskazuje się na znaczenie wsparcia psychicznego żon w sytuacjach trudnych, ale także należy zwrócić uwagę na pomoc w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. W Polsce, w gospodarstwach domowych niezależnie od praktykowanych wzorów zachowań w myśl modelu życia małżeńsko-rodzinnego, partnerskiego, tradycyjnego czy mieszanego zdecydowana większość czynności związana

z ich prowadzeniem wykonywana jest przez kobiety (CBOS 2006). Czynności te wiążą się z codziennymi, rytualnymi podstawami egzystencji człowieka, mającymi związek ze zdrowiem. Jak konstatują autorki badań na ten temat: „stereotypowe przekonanie, że dom spoczywa na głowach i barkach kobiet, na podstawie uzyskanych przez nas wyników nabiera cech dobrze udokumentowanego stwierdzenia opisującego codzienną rzeczywistość” (Titkow, Duch-Krzystoszek, Budrowska 2004: 106). Z wyróżnionych przez wyżej wymienione socjolożki 45 czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego domeną mężczyzn pozostaje jedynie kilka: sprawy związane z samochodem (np. naprawy, wymiana oleju), drobne naprawy domowe, przygotowanie opału, noszenie wody czy palenie w piecu. Przygotowywanie posiłków, zakupy oraz sprzątanie, bardzo dokładnie rozpisane w analizowanych badaniach na poszczególne czynności, pozostają w gestii kobiet (Titkow, Duch-Krzystoszek, Budrowska 2004: 103–106). Żony dbające o odżywianie i przyjazne do życia warunki w domu, dające przy tym swoim mężom wsparcie psychiczne w sytuacjach trudnych, przyczyniają się m.in. do przedłużenia długości życia mężczyzn. Ubóstwo kobiet, jako czynnik wpływający na ich przeciętną długość życia, wiąże się z materialnymi ograniczeniami w kwestii zdrowia i życia (np. z odpowiednim odżywianiem, spędzaniem czasu wolnego, ze stresem wywołanym brakiem poczucia bezpieczeństwa finansowego, brakiem dostępu do opieki medycznej) (Giddens 2004: 171–172).

Przeciętna długość życia związana jest m.in. ze stopniem konformizmu jednostek w stosunku do tradycyjnych stereotypów męskości i kobiecości. Na podstawie głównych przyczyn umieralności warto prześledzić poszczególne wzory zachowań kobiet i mężczyzn, zgodne ze stereotypami płciowymi.

3. Główne przyczyny umieralności a płeć

3.1. Choroby układu krążenia

Biorąc pod uwagę główne przyczyny umieralności w społeczeństwach wysoko rozwiniętych, należy podkreślić, iż mają one ścisły związek z praktykowanymi stylami życia kobiet i mężczyzn w odniesieniu do zdrowia i choroby. W 2009 r., podobnie jak w latach poprzednich, prawie 77% zgonów w Polsce powstało w następstwie chorób cywilizacyjnych. Trzema głównymi przyczynami zgonów były: choroby układu krążenia (ponad 46% przyczyn zgonów), nowotwory złośliwe (24%) oraz urazy i zatrucia (ponad 6%) (*Mały rocznik statystyczny Polski* 2011: 127).

Tabela 5 obrazuje szczegółowe dane dotyczące wybranych przyczyn zgonów w Polsce, z uwzględnieniem zmiennej płci.

Tabela 5. Zgony według wybranych przyczyn w Polsce w 2009 r.

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	na 100 tys. ludności		
Ogółem, w tym:	1008,9	1106,3	918,0
choroby układu krążenia, w tym:	466,4	453,8	478,2
choroba niedokrwienna serca	125,2	137,9	113,4
choroby naczyń mózgowych	95,3	86,4	103,7
choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych, w tym:	93,5	76,1	109,8
miażdżycy	87,0	67,3	105,4
choroba nadciśnieniowa	16,2	14,2	18,1
nowotwory, w tym:	252,0	292,4	214,3
nowotwory złośliwe	244,5	284,4	207,3
urazy i zatrucia według zewnętrznej przyczyny, w tym:	63,4	100,6	28,7
samobójstwa	17,0	30,0	4,8

Źródło: *Mały rocznik statystyczny Polski* (2011).

Pierwszą przyczyną śmiertelności w Polsce oraz innych krajach wysoko rozwiniętych gospodarczo są choroby układu krążenia. Choroby serca, a szczególnie choroba wieńcowa (w tym zawał serca), stanowiły częściej przyczyny zgonów mężczyzn (Waldron 1995; Zatoński 1996). Przyglądając się jednak poszczególnym typom chorób, w specyfikacji chorób układu krążenia należy zauważyć, iż w Polsce kobiety częściej od mężczyzn umierają na choroby naczyń mózgowych; choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych (w tym z powodu miażdżycy) oraz na chorobę nadciśnieniową. Jedynie w przypadku choroby niedokrwiennej serca częściej występują zgony mężczyzn. W ogólnym obrazie zgonów wywołanych chorobami układu krążenia w Polsce, nieznacznie przeważa liczba kobiet umierających z tego powodu – w 2009 r. wystąpiło 453,8 zgonów mężczyzn oraz 478,2 zgonów kobiet na 100 tys. ludności.

Na choroby serca, szczególnie chorobę niedokrwienną serca, istotny wpływ ma palenie papierosów. Według Antoniny Ostrowskiej, jedna trzecia dorosłych Polaków regularnie pali papierosy, co wraz z osobami praktykującymi ten wzór zachowań antyzdrowotnych nieregularnie stanowiło w 1997 r. 36% Polaków. Wśród palaczy było 40,9% mężczyzn i 19,4% kobiet (Ostrowska 1999). Z późniejszych badań również wynika dysproporcja liczebna wśród palących mężczyzn i kobiet, zawsze na niekorzyść mężczyzn. Wyniki badań sondażowych potwierdzają większą liczbę palących wśród subpopulacji mężczyzn (CBOS 2007, 2008, 2010, 2011). Mężczyźni częściej od kobiet są uzależnieni od nikotyny, będąc tzw. nałogowymi palaczami, w większej ilości i z większą częstotliwością palą papierosy, czyli praktykują zachowania antyzdrowotne wielokrotnie udowodnione jako

przyczyna umieralności na choroby serca w długofalowych badaniach epidemiologicznych. Mężczyzn charakteryzuje ponadto częstsze wypalanie rozpoczętego papierosa do końca, co dodatkowo potęguje negatywne skutki dla zdrowia i życia (Waldron 1995; CBOS 1991, 1996, 2008, 2011).

Wpływ na umieralność z powodu chorób układu krążenia mają również pewne wzory zachowań prowadzące do choroby wieńcowej, niezależne od palenia przez jednostkę papierosów. Według Vicki S. Helgesona (1995), osoby praktykujące wzory zachowań przypisywane tradycyjnej męskości, czyli nastawione na konkurencję, ambitne, agresywne i skupione głównie na rolach zawodowych, bez umiejętności efektywnego wypoczynku, są również narażone na umieralność z powodu choroby wieńcowej. Mimo iż częściej mężczyzn charakteryzują opisane wzory zachowań, poziom emancypacji kobiet w społeczeństwach wysoko rozwiniętych sprawia, iż kobiety coraz częściej chorują i umierają na choroby serca. Masowe, systematyczne wchodzenie kobiet na rynek pracy po drugiej wojnie światowej, wiążące się z koniecznością godzenia ról małżeńsko-rodziny z zawodowymi, wzrost aktywności kobiet w szeroko rozumianej sferze publicznej, dynamiczny wzrost liczby kobiet wykształconych na poziomie wyższym czy wzrost liczby kobiet deklarujących aktywność zawodową jako wartość autoteliczną – stanowią wskaźniki owej emancypacji, która wywiera również negatywny wpływ na życie kobiet, czyniąc je bardziej podatnymi niż w przeszłości na choroby układu krążenia.

W etiologii chorób układu krążenia występują ponadto: spożycie alkoholu, sposoby odżywiania się czy aktywność fizyczna, które jako elementy stylów życia w znaczny sposób różnicują postawy kobiety i mężczyzn. Mężczyźni częściej i w większych ilościach niż kobiety piją alkohol, preferując w porównaniu z kobietami alkohole wysokoprocentowe (CBOS 2010: 1–4). Mężczyźni też częściej wybierają picie alkoholu w towarzystwie oraz zapadają na alkoholizm.

Negatywną tendencją zaobserwowaną przez badaczy jest wzrost spożywania alkoholu przez kobiety we wczesnym okresie dorosłości, co skutkuje zmniejszeniem się rozbieżności między kobietami a mężczyznami w zakresie ryzykownych zachowań alkoholowych. Picie alkoholu przez młode kobiety może wpłynąć na wzrost liczby kobiet pijących w sposób szkodliwy dla zdrowia oraz uzależnionych od alkoholu (Cierpiałkowska, Ziarko 2010: 99).

Ważną zmienną mającą wpływ na uzależnienie kobiet od alkoholu jest zatrudnienie, a szczególnie charakter wykonywanej pracy. Kobiety pracujące w zawodach zdominowanych przez mężczyzn piją większe ilości alkoholu i częściej mają problemy z uzależnieniem. Ryzykowne picie alkoholu przez kobiety w takich sytuacjach może być spowodowane nadmiernym stresem związanym z dominacją liczebną mężczyzn w pracy, podporządkowaniem ich kierownictwu oraz chęciom dorównania ich kompetencjom, a tym samym sprawdzeniem się w męskim gronie współpracowników (Wilsnack, Wilsnack, Hiller-Sturmhofel 1997: 19).

Kobiety alkoholiczki, naruszając normy zachowań stereotypowo uznane jako nieodpowiednie dla kobiet, częściej są naznaczane społecznie z powodu uzależnienia od alkoholu, co w konsekwencji prowadzi do niechęci podjęcia terapii odwykowej (Ettorre 1997). Picie czy nawet nadużywanie alkoholu przez mężczyzn jest bardziej akceptowane społecznie, czy wręcz wchodzi w skład stereotypu „prawdziwego mężczyzny” (Waldron 1995), stąd wzory zachowań przypisane tradycyjnej męskości wzmacniają podejmowanie przez mężczyzn zachowań antyzdrowotnych.

Porównując dietę kobiet i mężczyzn, zauważa się, iż kobiety jedzą częściej warzywa i owoce, ale i węglowodany oraz cukry proste, natomiast mężczyźni częściej od kobiet preferują tłuszcze zwierzęce, a w szczególności tłuste wędliny i mięsa (CBOS 1997, 2000, 2005). Płeć nie jest istotną zmienną różnicującą subiektywną ocenę sposobu odżywiania się przez Polaków – 72% badanych w 1998 r. oraz 65% w 2005 r. ocenia swój sposób odżywiania jako zdrowy (CBOS 2005: 2). Zdecydowana większość badanych w 2010 r., podobnie jak w latach poprzednich, we własnej subiektywnej ocenie odżywia się zdrowo (69%) lub bardzo zdrowo (7%) (CBOS 2010: 1). Oceny te jednak nie zawsze odpowiadają zasadom zdrowego odżywiania. Owoce znajdują się częściej w codziennej diecie kobiet (37%) niż mężczyzn (27%), natomiast regularne jedzenie słodczy, chrupiek i chipsów pomiędzy posiłkami częściej deklarują kobiety.

Upodobania kulinarne Polaków związane są z tradycyjną kuchnią Polską – zdecydowana większość badanych wskazuje na rodzime potrawy, jako na te, które najbardziej im smakują (CBOS 2000: 7). Ulubionym mięsem na obiad dla polskiego mężczyzny jest wieprzowina, natomiast dla kobiety mięso drobiowe. Smażenie potraw mięsnych jest częściej preferowane przez mężczyzn – 50% mężczyzn i 38% kobiet najchętniej zjadłoby na obiad mięso przygotowane w ten sposób. Duszenie bądź gotowanie potraw mięsnych cieszy się nieznacznie większą popularnością wśród kobiet. Kobiety nieco częściej też od mężczyzn preferują ryby, choć należy podkreślić, iż dania gotowane, duszone oraz rybne generalnie nie są lubiane przez Polaków. W skład preferowanego obiadu przez mężczyzn wchodzi mięso, ziemniaki i piwo, natomiast wśród wyborów menu obiadowego kobiet dania jarskie: pierogi, makarony, placki lub kasze.

Polki też częściej niż Polacy stosują różnorodne diety, zarówno ze względów zdrowotnych, jak i dla poprawienia swojej sylwetki (CBOS 2005). Ponadto, kobiety częściej od mężczyzn zapadają na zaburzenia odżywiania, takie jak otyłość oraz anoreksja czy bulimia, które również związane są płcią społeczno-kulturową (Renzetti, Curran 2005). Zagadnieniami zaburzeń odżywiania zajmę się szerzej w dalszej części opracowania.

Stosunek mężczyzn i kobiet do sposobów odżywiania się oraz stosowania różnorodnych diet odzwierciedla stereotypowe wyobrażenia na temat wyglądu, atrakcyjności interpersonalnej oraz powinności kobiet i mężczyzn w kwestii ciała. Dieta „przeciętnego” Polaka i Polki odzwierciedla podział na stereotypowe

postrzeganie męskości i kobiecości w odniesieniu do ciała. Kobieta powinna być delikatna, lekka, drobna, natomiast mężczyzna silny, dobrze zbudowany, wytrzymały.

Biorąc pod uwagę aktywność fizyczną, mężczyźni charakteryzują się większą aktywnością ruchową (Taranowicz 2010), wybierają więcej różnorodnych sportów, ale także praktykują je częściej od kobiet w systematyczny czy wyczerpujący sposób (CBOS 2001, 2003). Jazdę na rowerze, jako najbardziej popularną formę aktywności ruchowej wśród Polaków, częściej wybierają mężczyźni, ale również gry zespołowe, takie jak: siatkówka, koszykówka, piłka nożna oraz pływanie, tenis, sporty zimowe i wodne, a także ćwiczenia na siłowni. Kobiety częściej uprawiają różne formy gimnastyki, jak np. aerobik czy callanetics (CBOS 2001). Należy jednak dodać, iż Polacy generalnie nie są usportowionym narodem – 74% badanych w 1997 r. i 59% w 2003 r. zadeklarowało, iż nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej ani nie uprawia jakiegokolwiek sportu, ani nie przejawia żadnych działań służących sprawności fizycznej (CBOS 2003).

Preferowane przez mężczyzn i kobiety formy aktywności fizycznych pozostają w silnym związku ze stereotypami związanymi z płcią. Stereotypowy podział na sporty „męskie” i „kobiece” odpowiada podziałowi na „silnego mężczyznę” i „słabą kobietę”, stąd wybory kobiet oscylują wokół kształtowania, modelowania, wysmuklania sylwetki, natomiast preferencje mężczyzn dotyczą budowania masy mięśniowej, rozwijania szybkości, wytrzymałości, zręczności, koordynacji ruchów itp.

3.2. Nowotwory złośliwe

Drugą z najważniejszych przyczyn umieralności w krajach wysoko uprzemysłowionych – nowotwory złośliwe – dotyczą w większym stopniu mężczyzn niż kobiety, na co również wpływa palenie papierosów będące główną przyczyną nowotworów jamy ustnej, gardła, krtani, tchawicy, oskrzeli czy płuc. Ponadto na zachorowalność na nowotwory wpływają: nieodpowiednia dieta, nadużywanie alkoholu oraz czynniki rakotwórcze mające związek z uprzemysłowieniem. Na pracę zawodową szczególnie niekorzystną z punktu widzenia zachorowalności na nowotwory narażeni są częściej mężczyźni, którzy z powodu segregacji płciowej na rynku pracy częściej od kobiet wdychają niebezpieczne dla zdrowia wyziewy, pyły przemysłowe, chemikalia (Waldron 1995). Podział na zawody typowo męskie i typowo kobiece, zgodny ze stereotypami męskości i kobiecości sprawia, że praktykowane wzory zachowań przyczyniają się do większej zachorowalności mężczyzn na nowotwory.

Niezależnie od typu nowotworu, jego lokalizacji, zachorowalność i ryzyko śmierci z powodu raka dotyka częściej mężczyzn niż kobiety, również z powodu stosunku tych pierwszych do swojego ciała i opieki medycznej. Stadium

wykrycia choroby nowotworowej ma zasadniczy wpływ na jej wyleczenie, stąd wzory zachowań kobiet i mężczyzn w odniesieniu do zdrowia i choroby mają znaczenie również w odniesieniu do tej przyczyny nadumieralności mężczyzn. Kobiety charakteryzuje większe zainteresowanie własnym ciałem i jego dolegliwościami, potrzeba dzielenia się z innymi swoim stanem, większa wiedza na temat zapobiegania i leczenia chorób oraz szybka reakcja na pierwsze objawy choroby (Tobiasz-Adamczyk 2000). Stereotypowa kobiecość wiążąca się z takimi cechami, jak: empatyczność, emocjonalność, nastawienie na więzi międzyludzkie, opiekuńczość, zdolność do poświęceń, potrzeba wspierania innych, opisywana przez Kay Deaux i Laurie Lewis (1984), przejawiać się może we wzorach zachowań zdrowotnych lub związanych ze zdrowiem wśród kobiet. Kobiety ponadto częściej mają kontakt z lekarzami specjalistami wykrywającymi u nich we wczesnym stadium, podczas regularnych wizyt kontrolnych, np. raka szyjki macicy czy raka piersi (Ostrowska 1980). Mężczyźni umierają z powodu nowotworu prostaty, m.in. dlatego, że niechęć do reagowania na pierwsze symptomy choroby wynika z wysokiego poziomu homofobii przejawiającej się w kontaktach lekarz (najczęściej mężczyzna) – pacjent. Ponadto przyznanie się mężczyźni do niedomagania narządów płciowych, mogących występować w chorobie przerostu gruczołu krokowego, przeczy stereotypowi o nieograniczonej męskiej sprawności seksualnej. Płeć społeczno-kulturowa i wynikające z niej nakazy ról mogą ograniczać zachowania jednostek, również w odniesieniu do zachowań ratujących życie.

3.3. Urazy i zatrucia

Trzecią przyczyną zgonów, po chorobach układu krążenia i nowotworach, są urazy i zatrucia, na które także zapadają częściej mężczyźni, głównie z powodu uprawianych zawodów i związaną z nimi zwiększoną wypadkowością, ale także podejmując się wielu zachowań ryzykownych. Niebezpiecznych dla zdrowia i życia warunków pracy częściej doświadczają mężczyźni – kobiety z racji prokreacji, ciąży, porodu oraz wychowywania dzieci chronione są przed uprawianiem wielu niebezpiecznych dla zdrowia i życia zawodów. W zawodach typowo męskich, związanych np. z takimi dziedzinami gospodarki, jak kopalnictwo i górnictwo, ryzyko śmierci wzrasta bardzo wyraźnie. Osoby zatrudnione w edukacji (częściej kobiety) są narażone na wypadkowość w pracy zawodowej kilkanaście razy rzadziej niż w przypadku zatrudnionych w wyżej wymienionych gałęziach gospodarki (Rogucka 1997).

Mężczyźni ponadto, będąc częściej kierowcami, ulegają wypadkom drogowym, narażając się na szereg urazów, a także częściej niż kobiety ulegają takim wypadkom ze skutkiem śmiertelnym. W przypadku brawurowej jazdy samochodem czy motocyklem szczególnie narażają się na zgon zachowaniami ryzykownymi młodzi mężczyźni. Imponowanie rówieśnikom odwagą ma wyrzeczć

na nich wrażenie i jest częścią autoprezentacji młodych mężczyzn (Leary 1999). Ryzykowanie zdrowia i życia jest stereotypowo postrzegane jako zachowanie „męskie”, natomiast unikanie go, ostrożność i dbanie o zdrowie jako „niemęskie” (Mandal 2000). Z innych badań nad kulturowymi uwarunkowaniami podejmowania ryzyka wynika, że zachowania ryzykowne utożsamiane są stereotypowo z rolami męskimi. Mężczyźni charakteryzujący się tradycyjnymi postawami wobec męskości są bardziej skłonni do ryzyka i podejmują więcej zachowań autodestrukcyjnych, niż mężczyźni odrzucający tradycyjne wzorce męskości (Sonenstein 1999). Niezależność, aktywność oraz gotowość do podejmowania ryzyka to cechy, które wchodzi w skład stereotypowej roli męskiej, natomiast współczucie, życzliwość, troska o dobro innych oraz ochranianie przed niebezpieczeństwem stanowią o stereotypowej roli żeńskiej (Mandal 2003).

Inne jest też podejście obu płci do samobójstw. Kobiety częściej wybierają takie ich formy, które mają być jedynie sygnałem zaistniałych problemów i kończą się tzw. próbami samobójczymi, natomiast sposoby samounicestwienia wybierane przez mężczyzn są bardziej radykalne i skuteczne. Udane próby samobójcze dotyczą więc w głównej mierze mężczyzn (Waldron 1995; Jarosz 1997). Liczbę kobiet i mężczyzn umierających z powodu samobójstw w 2009 r. w Polsce przedstawiono w tabeli 5. Kobiety poprzez częstsze od mężczyzn próby samobójcze informują otoczenie społeczne o potrzebie wsparcia, manifestując w ten sposób swoje problemy życiowe, mężczyźni natomiast częściej odbierają sobie życie za pomocą metod nieodwracalnych, upatrując w samobójstwie sposobu na rozwiązanie dotychczasowych problemów.

4. Zaburzenia psychiczne a płeć

Innym typem chorób, na który silny wpływ ma płeć społeczno-kulturowa, są zaburzenia psychiczne. Jeśli za takowe zaburzenia uznać alkoholizm i narkomanię, to ulegają im częściej mężczyźni. Oni też są częściej niż kobiety hospitalizowani z tego powodu. Biorąc pod uwagę podatność na depresję, proste fobie, agorafobię czy napady lękowe, przeważają kobiety. Depresja, będąc przez niektórych badaczy nazywana chorobą XXI w., częściej jest diagnozowana i leczona u kobiet. Socjalizacja kobiet często prowadzi do pasywnych reakcji w sytuacji występowania stresu, natomiast u mężczyzn odwrotnie – wzmacnia się zachowania asertywne w sytuacjach stresogennych. Stąd doświadczające stresu kobiety częściej popadną w depresję, natomiast mężczyźni będą próbowali rozwiązać problemy poprzez podjęcie konkretnych działań (Renzetti, Curran 2005). Ponadto kobiety, będąc socjalizowane głównie do tradycyjnych ról społecznych, rzadziej mogą odczuwać satysfakcję życiową. Kobiety aktywne zawodowo, posiadające wysokie dochody z własnej, satysfakcjonującej pracy zawodowej, nawet jeśli łączą ją z rolami rodzinnymi, rzadziej popadają w depresję.

Należy dodać, iż terapia farmakologiczna w przypadku depresji niesie ze sobą szereg negatywnych konsekwencji dla zdrowia i życia kobiet. To im przepisuje się częściej i w większych ilościach leki psychotropowe i antydepresyjne oraz środki uspakajające, które w konsekwencji mogą prowadzić do uzależnień (Ettorre 1992).

Innymi zaburzeniami psychicznymi, wspomnianymi przy okazji sposobów odżywiania się, są zaburzenia odżywiania typu anoreksja i bulimia, które dotyczą w zdecydowanej większości kobiet (Russo, Green 2002). Wskaźniki zachorowalności na jadłowstręt psychiczny u mężczyzn oscylują wokół 5–10% wszystkich przypadków (Goldbloom, Garfinkel 1993). Należy podkreślić, iż występowanie anoreksji oraz bulimii skorelowane jest również z wiekiem. Największe natężenie zaburzeń odżywiania ma miejsce w okresie adolescencji (maksymalne w wieku 15–19 lat). Występowanie *anorexia nervosa* ocenia się na 0,5–1% populacji młodzieży, natomiast *bulimia nervosa* ok. na 2% (od 1% do 4%) (Fairburn, Beglin 1990; Abraham, Llewellyn-Jones 1995).

Kulturowe konstrukcje kobiecości i męskości, sposób definiowania piękna kobiecego i męskiego ciała w kulturze masowej, redukcja piękna jedynie do cech wyglądu zewnętrznego, lansowanie w popkulturze określonych wizerunków kobiet i mężczyzn – stanowią ważne społeczno-kulturowe przyczyny zapadania kobiet na wyżej wymienione choroby (Bordo 1993; Melosik 1996; Królikowska 2001; Ryczek 2006). Ideał szczupłego ciała, promowany w kulturze popularnej, kojarzony jest z takimi pozytywnymi cechami, jak: piękno, samokontrola, perfekcjonizm, silna wola, które dodatkowo uatrakcyjniają dążenie do owego ideału. Szczupłość stała się w kulturze zachodu także symbolem seksu oraz oznaką zdrowia (Wolska 1999).

W opinii społecznej powszechne jest także przekonanie, że atrakcyjny wizerunek jest bardzo istotny w osiągnięciu sukcesu osobistego (90%) i zawodowego (92%). Na ideał męskiej urody, zdaniem Polaków, składa się wysoki wzrost (76%) oraz muskularność ciała (37%), natomiast piękno kobiecego ciała utożsamiane jest ze zgrabną (63%) i szczupłą (53%) sylwetką (CBOS 2003a: 1). Wśród osób niezadowolonych ze swojego wyglądu – kobiety chciałyby głównie schudnąć (63%), natomiast mężczyźni chcieliby przybrać na wadze (17%), poprawić muskulaturę (13%) czy zmniejszyć brzuch (5%) (CBOS 2003a: 8). Preferencje Polaków dotyczące wyglądu fizycznego pokrywają się z lansowanymi w kulturze popularnej wzorami zachowań, odpowiadającymi stereotypowemu postrzeganiu ciała kobiecego i męskiego.

Podsumowując rozważania na temat nierówności w stanie zdrowia pomiędzy mężczyznami a kobietami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej, należy podkreślić, iż zdrowie jako ceniona wartość społeczna może stać się w większym stopniu wartością realizowaną, jeśli indywidualne i grupowe wybory zachowań związanych ze zdrowiem, zachowań ryzykownych oraz zachowań antyzdrowotnych będą w mniejszym stopniu nacechowane płcią

społeczno-kulturową. Zarówno zdrowie fizyczne, jak i psychiczne analizowane za pomocą wybranych wskaźników, jak starano się wykazać w niniejszym opracowaniu, podlega wpływowi społeczno-kulturowego konstruktów męskości i kobiecości, poprzez przypisane do każdej z płci role społeczne, stereotypy płci, normy i oczekiwania społeczne w stosunku do kobiet i mężczyzn, wartości społeczne obowiązujące w danym społeczeństwie powiązane z płcią oraz potoczną wiedzę „co wypada” kobiecie, a co mężczyźnie. Większa świadomość społeczna oddziaływania płci społeczno-kulturowej na codzienne zachowania wpływające na zdrowie i życie populacji może mieć znaczący walor aplikacyjny w dziedzinie promocji zdrowia – zarówno w działaniach profilaktycznych, w edukacji zdrowotnej, jak i w ochronie zdrowia.

Dalsze badania nad wpływem płci społeczno-kulturowej na zdrowie jednostek, grup i społeczeństw oraz popularyzowanie wiedzy na ten temat może przyczynić się do „sprawdzenia, czy istnieje taka kombinacja tworzących płęć kulturową kobiecości i męskości, która najlepiej sprzyja wszechstronnemu rozwojowi i samorealizacji jednostek” (Titkow 2007: 31).

Promocja zdrowia w działaniach praktycznych – w profilaktyce chorób, edukacji zdrowotnej oraz ochronie zdrowia osiągnie lepsze rezultaty aplikacyjne, uwzględniając wiedzę na temat wpływu *gender* na zdrowie.

Bibliografia

- Abraham S., Llewellyn-Jones D. (1995), *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Warszawa: PWN.
- Beskid L., Milic-Czeraniak R., Sufin Z. (1995), *Polacy a nowa rzeczywistość ekonomiczna*, Warszawa: IFiS PAN.
- Bordo S. (1993), *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture, and the Body*, Berkley: University of California Press.
- Cierpiałkowska L., Ziarko M. (2010), *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Warszawa: PWN.
- Czapiński J. (2005), *Cechy osobowości i styl życia*, [w:] Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa: Vizja Press & IT.
- Deaux K., Lewis L. (1984), *The Structure of Gender Stereotypes. Interrelationships among Components and Gender Label*, „Journal of Personality and Social Psychology”, Vol. 46.
- Doyal L. (1995), *What Makes Women Sick. Gender and Political Economy of Health*, London: Macmillan.
- Ettorre E. (1992), *Women and Substance Abuse*, New York: Rutgers University Press.
- Ettorre E. (1997), *Women and Alcohol. A Private Pleasure or Public Problem?*, London: Women's Press.
- Fairburn C. G., Beglin S. J. (1990), *Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa*, „American Journal of Psychiatry”, Vol. 147.
- Frąckowiak-Sochańska M. (2009), *Preferencje ładów normatywnych w postawach kobiet wobec wartości w Polsce na przełomie XX i XXI wieku*, Poznań: Wydawnictwo Poznańskie.
- Giddens A. (2004), *Socjologia*, Warszawa: PWN.
- Goldbloom D. S., Garfinkel P. E. (1993), *Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa – Diagnostic issues and Factors*, [w:] Kennedy S. H. (ed.), *Handbook of Eating Disorders*, Toronto: University of Toronto.

- Helgeson V. S. (1995), *Masculinity, Men's Roles, and Coronary Heart Disease*, [w:] Sabo D., Gordon D. F. (eds.), *Men's Health and Illness*, Thousand Oaks: Sage.
- Holzer J.Z. (2003), *Demografia*, Warszawa: PWE.
- Hu Y., Goldman N. (1990), *Mortality Differentials by Marital Status: An International Comparison*, „Demography”, Vol. 27.
- Jarosz M. (1997), *Samobójstwo*, Warszawa: PWN.
- Królikowska S. (2001), *Wizerunek kobiety w prasie kobiecej na przykładzie „Twojego Stylu”*, [w:] Kotlarska-Michalska A. (red.), *Wizerunki kobiet*, Poznań: Wyd. Nauk. WSzNH Dz.
- Leary M. R. (1999), *Wýwieranie wrazenia na innych. O sztuce autoprezentacji*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mały rocznik statystyczny Polski* (2011), Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Mandal E. (2000), *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*, Katowice: Wyd. UŚ.
- Mandal E. (2003), *Kobiecość i męskość. Popularne opinie a badania naukowe*, Warszawa: Żak.
- Melosik Z. (1996), *Tożsamość, ciało i władza*, Poznań–Toruń: Edytor.
- Oakley A. (1972), *Sex, Gender and Society*, London: Temple Smith.
- Oakley A. (1981), *Subject Women*, Oksford: Martin Robertson.
- Ostrowska A. (1980), *Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego*, Warszawa: OBOP.
- Ostrowska A. (1999), *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Warszawa: IFiS PAN.
- Renzetti C., Curran D. (2005), *Mężczyźni, kobiety i społeczeństwo*, Warszawa: PWN.
- Rocznik demograficzny* (2010), Warszawa: GUS.
- Rogucka E. (1997), *Spoleczne uwarunkowania przedwczesnej umieralności ludności dorosłej inadumieralność męczyzn w Polsce*, [w:] Kolbuszewski J. (red.), *Problemy współczesnej anatomologii*, Wrocław: WTN.
- Russo N., Green L. (2002), *Kobiety a zdrowie psychiczne*, [w:] Wojciszke B. (red.), *Kobiety i mężczyźni: odmiennie spojrzenia na różnice*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ryczek J. (2006), *Piękno w kulturze ponowoczesnej*, Kraków: Rabid.
- Slany K., Kluzowa K. (2004), *Kształtowanie systemu wartości jako kierunek działań polityki-ludnościowej*, [w:] Graniewska D. (red.), *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce. Uwarunkowania demograficzne i społeczne*, Warszawa: IPI SP.
- Slany K., Struzik J., Wojnicka K. (red.), (2011), *Gender w społeczeństwie polskim*, Kraków: Nomos.
- Sonenstein F. L. (1999), *Teenage American Males: Growing Up with Risk*, „Scientific American”, Vol. 10.
- Stillion J. M. (1995), *Premature Death among Males*, [w:] Sabo D., Gordon D. F. (red.), *Men's Health and Illness*, Thousand Oaks: Sage.
- Szacka B. (2011), *Gender i płeć*, [w:] Slany K., Struzik J., Wojnicka K. (red.), *Gender w społeczeństwie polskim*, Kraków: Nomos.
- Sztompka P. (2002), *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków: Znak.
- Taranowicz I. (2010), *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna*, Wrocław: Arboretum.
- Titkow A. (1983), *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby*, Warszawa: PWN.
- Titkow A., Duch-Krzyszczek D., Budrowska B. (2004), *Nieodpłatna praca kobiet. Mity, realia, perspektywy*, Warszawa: IFiS PAN.
- Tobiasz-Adamczyk B. (1999), *Uwarunkowania stanu zdrowia kobiet starszych wiekiem*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, t. 16.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2000), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków: Wyd UJ.
- Trwanie życia w 2010 roku* (2011), *Informacje i opracowania statystyczne*, Warszawa: GUS, Zakład Wydawnictw Statystycznych.

- Waldron I. (1995), *Contributions of Changing Gender Differences in Behavior and Social Roles to Changing Gender Differences in Morality*, [w:] Sabo D., Gordon D. F. (eds.), *Men's Health and Illness*, Thousand Oaks: Sage.
- Wilsnack S. C., Wilsnack R. W., Hiller-Sturmhofel S. (1997), *Jak piją kobiety? Epidemiologie picia alkoholu oraz picia problemowego wśród kobiet*, [w:] Ślósarska M. (red.), *Kobiety i alkohol*, Warszawa: PARPA.
- Wolska M. (1999), *Zaburzenia odżywiania w perspektywie kulturowej i społecznej*, [w:] Józefik B. (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Kraków: Wyd UJ.
- Zatoński W. (1996), *Dlaczego Polacy, szczególnie mężczyźni żyją krócej?*, [w:] *Dlaczego polscy mężczyźni umierają tak wcześnie?*, Warszawa: Kancelaria Prezydenta RP.

Komunikaty z badań

- CBOS (1991), *Opinia publiczna o paleniu tytoniu i jego skutkach*, Warszawa.
- CBOS (1996), *Polacy i papierosy. Czy restrykcyjne prawo jest skuteczne?*, Warszawa.
- CBOS (2000), *Nawyki żywieniowe i upodobania kulinarne Polaków*, Warszawa.
- CBOS (2001), *Troska o sprawność fizyczną – sport, rekreacja i rehabilitacja*, Warszawa.
- CBOS (2003a), *Stosunek do własnego ciała – ideał pięknej kobiety i przystojnego mężczyzny*, Warszawa.
- CBOS (2003), *O aktywności fizycznej Polaków*, Warszawa.
- CBOS (2004), *Wartości życiowe*, Warszawa.
- CBOS (2005), *Upodobania kulinarne, nawyki żywieniowe i zachowania konsumenckie Polaków*, Warszawa.
- CBOS (2006), *Kobiety i mężczyźni o podziale obowiązków domowych*, Warszawa
- CBOS (2007), *Postawy wobec wybranych substancji psychoaktywnych*, Warszawa.
- CBOS (2008), *Postawy wobec palenia papierosów*, Warszawa.
- CBOS (2010a), *Postawy wobec alkoholu*, Warszawa.
- CBOS (2010), *Zachowania i nawyki żywieniowe Polaków*, Warszawa.
- CBOS (2011), *Postawy wobec palenia papierosów*, Warszawa.

Sabina Królikowska

INEQUALITIES IN HEALTH STATUS BETWEEN MEN AND WOMEN IN THE CONTEXT OF SEX AND GENDER

Summary. Recognising sex as one of the important determinants of inequalities between the health of men and women an attention should be paid to two types of dependencies. The first dependency will match the diversification resulting from biological reasons, the second from the socio-cultural ones. Apart from biological reasons arising from sex, inequalities in health between men and women also result from different patterns of behaviour within the social roles, different lifestyles and diversified attitudes towards health and illness, which in turn are conditioned by a wide variety of socio-cultural factors, among which the important role is played by sex stereotypes. Different ways of socialising boys and girls into marriage, family and professional roles, a different kind of social bonds characterising women and men, as well as different personality traits considered typically

'feminine' or 'masculine' have a direct impact on the positions of both sexes in social stratification. Education, access to employment, occupation or income further differentiate significantly attitudes toward health and illness. Gender is already shaped during the course of early socialisation and it is supported by social structure, hence the cultural patterns in relation to femininity and masculinity that become apparent in many spheres of social life, also apply to the practice of health behaviours, health-threatening or anti-health behaviours. Men and women have a different approach to health care, preventive care, health-threatening or anti-health behaviours. Sex stereotypes significantly influence the somatic and mental health of women and men.

Key words: sex, gender, masculinity, femininity, health behaviours, health-threatening behaviours, anti-health behaviours.