

Antonina Ostrowska*

KOBIETY I MĘŻCZYŹNI. JAK STYL I WARUNKI ŻYCIA RÓŻNICUJĄ ZDROWIE

Stan zdrowia a płeć

Przeglądając światowe statystyki medyczne, nieodmiennie i od lat napotykałyśmy informacje uwzględniające podział na płeć. Konsekwencją tej standardowej praktyki jest istnienie ogromnego materiału na temat podobieństw i różnic między mężczyznami i kobietami w zakresie wielu zjawisk odnoszących się do zdrowia, choroby i funkcjonowania opieki medycznej. Jednak przez wiele lat zmienna „płeć” była niemal wyłącznie podstawą bardziej szczegółowych klasyfikacji; niewiele uwagi poświęcano zaobserwowanym różnicom między obydwojema płciami, nie próbując ich ani zrozumieć, ani zinterpretować. Podobna zresztą sytuacja miała miejsce w naukach społecznych. Każde badanie socjologiczne uwzględniało płeć respondenta, jednak w późniejszych analizach zebranego materiału większą wartość dla badaczy przedstawiały na ogół dane na temat wykształcenia, pozycji społeczno-zawodowej czy nawet wieku niż płci. Zasadnicza zmiana tych orientacji zaczęła się zarysowywać w krajach zachodnich pod koniec lat 70. Nie bez znaczenia dla tej zmiany były narodziny ruchów feministycznych, wskazujących m.in. na konieczność dostrzegania i wyodrębniania problemów kobiet w strukturze społecznej, mikroekonomii, polityce czy zdrowiu i medycynie.

W Polsce w ostatnich latach dodatkowym czynnikiem sprzyjającym podejmowaniu analiz stanu zdrowia społeczeństwa z uwzględnieniem czynnika płci stało się zjawisko przedwczesnej umieralności mężczyzn. Pogarszanie się stanu zdrowia mężczyzn w wieku produkcyjnym i wzrost ich umieralności w przedziale wieku 40–54 lata, widoczne już w połowie lat 70. i narastające w dalszych latach, stało się wyraźnie formułowanym wyzwaniem dla polityki zdrowotnej naszego kraju.

Koncentracja na problemach zdrowia mężczyzn sprawiła, że przeciętne dłuższe trwanie życia kobiet było często utożsamiane z lepszym stanem ich

***Antonina Ostrowska** – prof. dr hab., socjolog, Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie.

zdrowia. W pewnej sprzeczności z tymi opiniami pozostają jednak wyniki badań prowadzonych w różnych krajach. Zjawisko gorszego stanu zdrowia kobiet przy jednoczesnym dłuższym przeciętnym trwaniu ich życia występuje bowiem we wszystkich krajach uprzemysłowionych, nie tylko w Polsce (Verbrugge 1980). Badania te wskazują ponadto, że stan zdrowia kobiet jest gorszy niż mężczyzn we wszystkich porównywanych grupach wieku, ze szczególnym natężeniem chorób i dolegliwości w najstarszych latach życia (Lahelma *et al.* 1999). Utało się nawet w języku angielskim powiedzenie, że „women are sicker, but men die quicker”.

Badanie przeprowadzone pod koniec lat 90. przez GUS, zrealizowane na reprezentacyjnej próbie ponad 20 tys. gospodarstw domowych, potwierdziły także w Polsce częstsze występowanie wielu chronicznych chorób wśród kobiet niż mężczyzn. W populacji kobiet wartość średniej posiadanych chorób wynosiła 2,12, a wśród mężczyzn – 1,41. Z kolei wśród przewlekle chorych kobiet średnia liczba posiadanych chorób wynosiła 3,13, a wśród mężczyzn – 2,54. Różnice w częstotliwości deklarowanego występowania poszczególnych jednostek chorobowych przedstawia poniższa tabela:

Tabela 1. Różnice chorobowości subiektywnej mężczyzn i kobiet.
(% deklarujących choroby, GUS 1997)

Jednostka chorobowa	Kobiety	Mężczyźni
Nadciśnienie tętnicze	19,2	13,3
Choroby stawów	22,4	12,7
Choroby wątroby	10,2	4,8
Kamica żółciowa	5,8	1,4
Alergie	11,2	6,9
Choroby tarczycy	8,9	1,2
Choroby kości	23,4	18,0
Nerwice	17,6	9,4
Owrzodzenie żołądka, dwunastnicy	6,1	9,2
Przewlekle choroby oskrzeli, płuc	6,6	7,0
Skutki wypadków i urazów	3,7	6,9

Wśród starszych kobiet częściej też rejestrowano cięższe postacie niepełnosprawności. Kobiety ponadto częściej mówiły o występowaniu negatywnych objawów z zakresu zdrowia psychicznego – zmęczenia, przygnębienia, bezsenności i bólu głowy. Podobnie jak w przypadku niepełnosprawności,

niekorzystne zmiany samopoczucia psychicznego nasilały się wśród starych kobiet i związane były na ogół z dojmującym poczuciem samotności. Dłuższe życie kobiet – to dodane lata do życia we wdowieństwie, często opuszczeniu przez innych i postępującej marginalizacji społecznej.

Tabela 2. Samopoczucie i zdrowie psychiczne mężczyzn i kobiet (% odczuwających często określone symptomy; GUS 1997).

Symptomy	Kobiety	Mężczyźni
Smutek, przygnębienie	59,5	44,2
Zmęczenie	54,3	41,8
Rozdrażnienie	47,2	38,0
Bóle głowy	40,7	21,2
Bezsennaść	28,0	18,0
Zobojętnienie	24,1	17,2

Przedstawione wyżej dane potwierdzają więc i u nas tezę o istnieniu różnic w częstotliwości występowania poszczególnych chorób, dysfunkcji i niekorzystnych stanów psychicznych wśród mężczyzn i kobiet na niekorzyść tych ostatnich. Wskazują także na odmienności w strukturze występowania tych chorób. Konstatacja ta – pomimo że nie pomaga nam odpowiedzieć na pytanie, dlaczego mimo średnio większej liczby chorób kobiety żyją przeciętnie dłużej – informuje o pewnym istotnym zjawisku społecznym i skłania do zastanowienia się nad uwarunkowaniami różnic w obrazach chorobowości obu płci. W moim przypadku – spróbuję się zastanowić nad tym, co socjologia może wnieść do wyjaśnienia tych różnic.

Generalnie, w odniesieniu do płci istnieją dwa modele wyjaśniania różnic stanu zdrowia:

- wyjaśnienia w oparciu o czynniki odwołujące się do różnic wyposażenia biologicznego mężczyzn i kobiet (sex),
- wyjaśnienia w oparciu o uwarunkowania społeczne, psychiczne i kulturowe wynikające z różnic biologicznych (gender).

Socjologiczny punkt widzenia reprezentowany w tym artykule koncentruje się na wyjaśnieniach tego drugiego typu, a szczególnie na roli zmiennych kulturowych (wzory społeczne, normy, wartości) oraz społeczno-strukturalnych (zajmowane pozycje społeczne i ich korelaty) w kształtowaniu sytuacji zdrowotnej¹. Zastosowanie perspektywy socjologicznej nie

¹Zgodnie z założeniem zawartym w tytule tego artykułu nie będę się tu zajmować czynnikami psychologicznymi, które mogą być odpowiedzialne za różnice w zdrowiu mężczyzn i kobiet. Chodzi tu na przykład o takie zmienne, jak hipotetycznie wyraźniejsza

współzawodniczy tu z wyjaśnieniami o charakterze biomedycznym – jest raczej w stosunku do nich komplementarne. Pokazuje w jaki sposób kultura i struktura społeczna uwydatnia lub też niweluje wpływ biologii, współtworząc w efekcie wielowymiarowe i niejednokrotnie trudne do oceny zjawiska zdrowia i choroby.

Przedstawione tu rozważania odnoszą się do pojęć ogólnych i nie jednoznacznych. Z konieczności więc muszą zawierać pewne uproszczenia i nadmierne uogólnienia. „Zdrowie” i „choroba” są zjawiskami złożonymi – ich definicje i zakresy pojęciowe mogą być bardzo różne i nie zawsze spójne ze sobą. Rozpatrywanie różnic w stanie zdrowia może więc obejmować wiele różnych aspektów tych zjawisk: zmiany patologiczne zachodzące w organizmie, obserwowalne zachowania jednostek będące skutkiem tych zmian, ich przekonania i samooceny dotyczące ich zdrowia czy określone diagnozy lekarskie. Nie posiadamy jednak danych przedstawiających ten problem w sposób tak szczegółowy. Zastosowane tu podejście do zdrowia będzie miało z konieczności charakter eklektyczny. Nie może być też moim celem zaprezentowanie konkretnych wniosków i rozstrzygnięć. Chodzi raczej o zaproponowanie kierunków poszukiwań czy postawieniu mniej lub bardziej szczegółowych hipotez wyjaśniających. Będą one dotyczyły czterech obszarów możliwych wyjaśnień: czynników kulturowych, miejsca w strukturze społecznej, natury doświadczanych stresów i różnic w realizowanych stylach życia.

Rola czynników kulturowych

Wyjaśnienia kulturowe uwzględniają różnice we wzorach i normach społecznych, regulujących zachowania mężczyzn i kobiet w różnych sytuacjach społecznych. Biorą też pod uwagę różnice ról społecznych mężczyzn i kobiet, zespołu oczekiwań kierowanych pod ich adresem, wynikających ze społecznego podziału zadań. Kluczowy jest tu proces socjalizacji – proces społecznego uczenia i wdrażania norm i treści tych ról. Role mężczyzn i kobiet są w wielu aspektach odmienne; tradycyjnie obie płcie są przygotowywane do realizacji odmiennych społecznie zadań. Chłopcy i dziewczęta już od wczesnego dzieciństwa są przygotowywani do odmienności tych ról. Absorbowane w procesie treści zawierają też wiele elementów nieobojętnych dla przyszłego stanu zdrowia mężczyzn i kobiet.

Od najmłodszych lat dziewczęta są przygotowywane do roli matki, opiekunki, także do pełnienia funkcji „lekarza domowego”. Uwidacznia się to choćby pod postacią zabaw z lalkami czy uczestnictwie w domowych

wśród kobiet niż mężczyzn tendencja do wyrażania stresu w kategoriach somatycznych czy odmienna wrażliwość na symptomy.

sprawach związanych ze sferą odżywiania, zdrowia, potrzebą utrzymania czystości. Już w pierwszych klasach szkoły podstawowej wiedza medyczna i świadomość zdrowotna przedstawia się korzystniej wśród dziewcząt niż wśród chłopców (Wojnarowska 1999). Od dziewcząt oczekuje się większej świadomości swojego ciała i dbałości o wygląd. Jako osoby dorosłe będą one bardziej nastawione na obserwowanie różnic zachodzących w ich ciałach. W przyszłości różnice te zaowocują większym wyczuleniem kobiet na pierwsze objawy choroby, a także lepiej ugruntowanymi zachowaniami profilaktycznymi – np. wykonywaniem badań kontrolnych z własnej woli, bez skierowania (Ostrowska 1997). Także nawyki higieniczne i wymóg czystości są konsekwentniej wdrażane u dziewcząt niż chłopców.

Dziecinne zabawy pokazują, że chłopcy są przez swoje otoczenie nagradzani za szybkość, brawurę, odwagę, sprawność fizyczną. Te wcześnie wykreowane zachowania, zgodne z wzorcem kulturowym mężczyzny, w przyszłości przyczynią się do faktu, że mężczyźni częściej będą narażać swoje życie i zdrowie poprzez udział w np. w wypadkach czy bójkach. Wyjaśnienie to jest także częściowo adekwatne, gdy zastanowimy się nad znacznie wyższym wskaźnikiem samobójstw wśród mężczyzn i kobiet. Istniejące dane wskazują, że próby samobójcze mężczyzn są skuteczniejsze, bo sięgają oni po bardziej „męskie”, radykalne, zdecydowane środki (Jarosz 1980). Wzór kulturowy wskazuje, co jest właściwe i niewłaściwe dla mężczyzn i kobiet w takich kwestiach jak palenie papierosów (choć ostatnio różnice zacierają się tu coraz bardziej) i picie alkoholu. Pijana kobieta wyzwała znacznie więcej niechęci i krytyki społecznej niż pijany mężczyzna. Istnieją także zróżnicowane oczekiwania co do sposobu odżywiania się mężczyzn i kobiet – np. ulubionych potraw. Mężczyźni bardziej przystoi spożywanie golonki, a kobiecie – ciastek i lodów. Wdrożenie tych oczekiwań kształtuje odpowiednio gusty i wybory konsumpcyjne obu płci (Ostrowska 1999).

Innym przykładem kulturowych uwarunkowań są oczekiwania społeczne, skłaniające kobiety do „modyfikowania” swoich ciał, choćby posiadania przez nie bardzo szczupłej, wręcz chudej sylwetki, osiąganey nieraz głodową dietą. Dla wielu kobiet jedzenie wiąże się z poczuciem winy, są bowiem przyzwyczajone do tego, że ich wygląd w znacznej mierze decyduje o ich życiu. Kontrola własnego ciała jest niezbędna dla akceptacji społecznej. Nie przypadkiem problemy anoreksji pojawiają się u kobiet ok. 10-krotnie częściej niż mężczyzn. Anorektyczka jest więc w pewnym sensie perfekcjonistką i prymuską w spełnianiu kulturowego wzoru (Bożek, Rychłowska 2001). Normy kulturowe inaczej traktują też sferę zachowań seksualnych mężczyzn i kobiet. Większy permissywizm w stosunku do seksualności mężczyzn sprzyja częstszej zmianie i wielości partnerek, a także przygodności kontaktów.

Zachorowania mężczyzn na choroby weneryczne czy AIDS przekraczają wielokrotnie zachorowania kobiet (Izdebski 2000).

Nie sposób oczywiście w tak krótkim artykule przeanalizować wszechstronny, zróżnicowany wpływ treści i wymogów niesionych przez kulturę, adresowanych do kobiet i mężczyzn. Podobnie trudno przeanalizować wszystkie czynniki składające się na drugi rodzaj zaproponowanych tu wyjaśnień – a odnoszących się do miejsc w strukturze społecznej zajmowanych przez mężczyzn i kobiety. Ograniczymy się więc do wspomnienia o czynnikach ekonomicznych, różnicach w posiadanej władzy i rodzajach wykonywanej pracy.

Miejsce w strukturze społecznej

Warunki społeczno–ekonomiczne wpływają w taki sam sposób na zdrowie mężczyzn i kobiet. Wiadomo, że lepsze warunki mieszkaniowe, lepsze odżywianie, szansa na odpowiedni wypoczynek czy wreszcie dostęp do lepszej opieki medycznej sprzyjają zachowaniu dobrego zdrowia. Dostępność tych zasobów jest jednak różna dla obu płci. Na całym świecie w ubóstwie żyje znacznie więcej kobiet niż mężczyzn, podobnie też w większości krajów kobiety mają przeciętnie niższe wykształcenie niż mężczyźni. Aktualne analizy zjawiska biedy zarówno we krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się wskazują na feminizację biedy. W rodzinach o ograniczonym budżecie pierwszeństwo mają potrzeby mężczyzny (często jedyne go żywiciela rodziny) przed potrzebami kobiety. Co więcej, zdrowie i samopoczucie mężczyzn jest tu często wzmacniane nieodpłatną pracą domową kobiet (zakupy, gotowanie, pranie, utrzymywanie czystości).

Z drugiej strony jednak, niezależnie od wyższych stanowisk zajmowanych przez mężczyzn w strukturze zawodowej i wyższego wynagrodzenia za wykonywaną pracę, które korzystniej kształtują ich sytuację bytową – rodzaj pracy wykonywanej przez nich sprzyja w większym stopniu wypadkowości i narażeniu na choroby zawodowe. Dotyczy to zwłaszcza osób wykonujących pracę fizyczną, a więc raczej nie zajmujących wyższych pozycji społeczno–zawodowych. Dla pewnej części mężczyzn szkodliwe warunki pracy kumulują się więc tu z relatywnie gorszą sytuacją materialną – co osłabia szanse na dobre zdrowie. Kobiety – jak się wydaje – pomimo tego, że częściej żyją w gorszych warunkach materialnych – stosunkowo rzadziej podlegają wpływom kumulacji tych czynników.

Kobiety i mężczyźni nie są traktowani jednakowo przez instytucje życia społecznego – tu z kolei sytuacja przedstawia się generalnie na niekorzyść kobiet. Z punktu widzenia interesującego nas tu tematu warto wspomnieć o niejednakowym ich traktowaniu przez medycynę i systemy opieki zdro-

wotnej. Problemy zdrowia kobiet nie są w należytych stopniu uwzględniane w badaniach epidemiologicznych. Dla przykładu choćby – wielokrotnie prowadzone na wielotysięcznych populacjach badania, które doprowadziły do wykrycia wzoru zachowania „A” (Friedman, Rosenman 1974), były prowadzone wyłącznie na mężczyznach, choć wyniki tych badań były uogólniane dla obu płci. Badania farmakologiczne wymagające użycia zwierząt laboratoryjnych są prowadzone niemal wyłącznie na samcach (wyjątek stanowią testy leków związanych ze sferą rozrodczości i tzw. chorobami kobiecymi), choć podobnie jak w poprzednim przypadku uzyskane wyniki są następnie uogólniane na obie płcie (McBride 1985). Wiele problemów zdrowotnych kobiet (np. skutki długotrwałego, doustnego przyjmowania środków antykoncepcyjnych – stosowanych wszak tylko przez kobiety) nie spotyka się z dostatecznym zainteresowaniem lekarzy i jest ignorowanych w badaniach medycznych (Abbott, Wallace 1993).

Istnieją też dane wskazujące na to, że te same dolegliwości mogą być inaczej diagnozowane i leczone wśród mężczyzn i kobiet. W dwóch amerykańskich projektach badawczych NERI (Stacey, Olesen 1993) stwierdzono, że lekarze, mając do czynienia z identycznymi objawami, częściej diagnozowali je wśród mężczyzn jako choroby układu krążenia, kierując pacjentów do kardiologa, zalecając hospitalizację czy bardziej inwazyjne metody leczenia, podczas gdy kobiety częściej otrzymywały diagnozy psychiatryczne. Wyniki te są w znacznej mierze pochodną wyników badań epidemiologicznych, ale i istniejących w świecie medycznym stereotypów na temat chorób i sposobu prezentacji objawów wśród mężczyzn i kobiet. Dość często pojawia się tu przekonanie o roli „nerwów”, „histerii” i „hipochondrii” kobiet w etiologii prezentowanych dolegliwości (McBride 1985).

Nie bez znaczenia dla funkcjonowania mężczyzn i kobiet w różnych kręgach i sytuacjach społecznych — a w konsekwencji i dla ich zdrowia — jest zakres posiadanej przez nich/nie władzy. W modelu patriarchalnym, który obowiązuje w większości naszych rodzin i w innych instytucjach życia społecznego, ważniejsze decyzje są podejmowane przez mężczyzn — i przez nich określane są wzory wzajemnego funkcjonowania. W skrajnych przypadkach dominujący męski punkt widzenia prowadzi do przemocy, także fizycznej. Efekty tej przemocy mają nieraz katastrofalny wręcz wpływ na zdrowie. Ponownie daje tu o sobie znać istniejący ciągle w naszej kulturze wzór męskości i kobiecości i wzajemnie określone relacje między nimi. Znacznie większy jest także zakres władzy „symbolicznej” posiadanej przez mężczyzn, polegający na narzucaniu swoich oczekiwań, wzorców aprobowanych zachowań, wyglądu kobiet czy wpływu na dokonywane przez nie wybory w różnych sferach życia.

Doświadczane stresy społeczne

Jeśli chodzi o stresy doświadczane w powiązaniu z pracą zawodową lub jej brakiem – są one niewątpliwie udziałem obu płci. Trudno powiedzieć, kto podlega im w większym stopniu; także dlatego, że wywoływane są one przeważnie innymi czynnikami stresującymi. Mężczyznom częściej przypisuje się stresy wywołane „czynnikami zarządzania” – koniecznością ponoszenia odpowiedzialności, szybkości decyzji, rozwiązywania konfliktowych problemów. Stresująca może być także sytuacja jedynego żywiciela, która od sukcesów ekonomicznych męża i ojca uzależnia warunki materialne całej rodziny. Oczywiście obie te sytuacje mogą być także doświadczane przez kobiety, zdarza się to jednak rzadziej. Z kolei jednak w rodzinach o napiętych budżetach – to kobiety muszą podejmować trudne, codzienne decyzje związane z gospodarowaniem ograniczonymi zasobami, z przysłowiowym wiązaniem „końca z końcem”. W przypadku kobiet wykonujących pracę zawodową w grę wchodzi także nieadekwatność płacy za pracę (niższa płaca kobiet w porównaniu z płacami mężczyzn na analogicznych stanowiskach) i niedoceniana praca domowa. Istnieją publikacje (Garmanikov *et al.* 1983), które w sytuacji tej upatrują przyczyn częstszego niż wśród mężczyzn występowania depresji wśród kobiet. Traktuje się w nich niektóre postacie depresji jako zmedykalizowane zjawisko społeczne. Kobiety częściej ulegają depresji, ponieważ mają ku temu powody. Są one związane głównie z niekorzystnym układem ról społecznych i strukturą szans w społeczeństwie.

Inni badacze tego zjawiska (Schwartz 1991), próbujący spojrzeć na problematykę depresji z perspektywy społeczno-kulturowej wskazują, że to raczej zespół oczekiwań społecznych, a nie aktualnie pełnione role, stanowią podatny grunt dla powstawania depresji. Oczekiwania te – wywodzące się z kultury patriarchalnej – w sposób spójny łączą takie cechy, jak: dyspozycja do podporządkowania się, zależność, posłuszeństwo, zewnętrzną sterowność, tłumienie negatywnych emocji. Cechy te, w mniejszym lub większym stopniu, są elementami socjalizacji do roli kobiety, wpajanych już we wczesnym dzieciństwie. W modelu takim jest mało miejsca na realizację własnych dążeń i pragnień czy ogólnie rozumianą samorealizację; sukcesy kobiet są tu raczej mierzone osiągnięciami innych – męża czy dzieci, dla których zgodnie z panującymi oczekiwaniami powinny się one „poświęcić”. Sytuacja ta rodzi wiele stresów, prowadzi do bierności i wycofania się oraz uzależnienia od innych, nawet w takich kwestiach jak poczucie satysfakcji życiowej czy zadowolenie z siebie. Tezę tę zdają się potwierdzać statystyki występowania depresji, która pojawia się częściej wśród gospodyń domowych, poddanych wpływowi takich bardziej tradycyjnych oczekiwań, niż ma to na ogół miejsce w przypadku kobiet pracujących.

Udokumentowane badaniami różnice między obiema płciami wiążą się ze sposobami, jakimi mężczyźni i kobiety posługują się w celu rozładowania stresów (Ostrowska 1997). Kwestia ta ma niebagatelne znaczenie, zważywszy, że nieumiejętność radzenia sobie ze stresem jest czynnikiem ryzyka wielu chorób, a niektórzy badacze twierdzą, że ma ona swój udział niemal we wszystkich (Cockerham 1999). Kobiety częściej niż mężczyźni posługują się wsparciem społecznym jako źródłem podtrzymania w trudnych sytuacjach; są bardziej otwarte na zewnątrz w ujawnianiu swoich problemów i gotowe do dzielenia się nimi z otoczeniem. W przypadku mężczyzn mechanizmy wsparcia społecznego są słabsze, a ich alienacja większa. Wchodzą oni na ogół w luźniejsze związki emocjonalne z najbliższymi, są bardziej zorientowani na cele zewnętrzne niż domowe, rodzinne. Aktualnie uważa się natomiast, że posiadanie wsparcia społecznego i umiejętność sięgania po nie jest jednym z bardziej skutecznych sposobów na uporanie się ze stresem (Lazarus 1997). Silniejsze zakorzenienie kobiet w grupie społecznej staje się dla nich buforem, o który rozbijają się skutecznie problemy i niepowodzenia życiowe. Inne są także „chemiczne” strategie redukcji napięć, po które sięgają mężczyźni i kobiety. W tym pierwszym przypadku będzie to częściej alkohol, w drugim leki uspokajające (Miles 1988, Ostrowska 1999). Być może te różne typy reakcji są także nieobojętne dla różnic w obrazach ich chorób.

Niezależnie od prób poszukiwań różnic społecznych między obu płciami, które potencjalnie mogą coś wniesić do naszej wiedzy o odmienności warunkowań stanu zdrowia, prowadzone są także analizy socjologiczne zjawisk zdrowotnych specyficznych dla kobiet, w których mężczyźni w sposób oczywisty nie mogą służyć jako źródło odniesień. Dotyczą one choćby takich spraw jak zaburzenia cyklu miesięcznego czy menopauza. Szczególnie dużo zainteresowania socjologów medycyny wzbudził tu zespół napięcia przedmiesiączkowego. Cyklicznie pojawiające się u wielu kobiet zmiany, sprawiające im często znaczny dyskomfort, są traktowane przez lekarzy jako pochodne zachodzących w tym czasie przemian hormonalnych. W oparciu o takie założenie podejmowane jest leczenie. Jednak międzynarodowe badania epidemiologiczne (World Health Organization 1981) wykazują, że częstość występowania i powaga symptomów różni się znacznie w społeczeństwach należących do różnych kręgów kulturowych i można je uznać za typowe przede wszystkim dla krajów wysoko rozwiniętych. Nie odkryto także systematycznych prawidłowości dotyczących zaburzeń równowagi hormonalnej kobiet z występowaniem dolegliwości poprzedzających menstruację (Richardson 1995). Jednocześnie, eksperymentalne badania farmakologiczne wykazują, że efekty stosowania aktywnych substancji i placebo wykazują

takie same rezultaty niwelowania tych dolegliwości (Choi 1995).

Wskazywać to może, że w etiologii zespołu napięcia przedmiesiączkowego kryją się czynniki natury pozabiologicznej. Oczywiście, wszelkie wyjaśnienia mają tu wyłącznie status hipotez otwartych także dla psychologii i endokrynologii², jednak rozmaici badacze wskazują na rozpowszechnienie w kulturach zachodnich specyficznych mitów związanych z menstruacją, a także przekonań o wpływie funkcji reprodukcyjnych kobiet na ich ogólne możliwości życiowe, dyspozycje i aspiracje (Rodin 1992). Owe mity i przekonania — jeśli dostatecznie ugruntowane w świadomości społecznej — mogą stawać się źródłem stresów u kobiet i wpływać na pojawienie się rozmaitych symptomów fizycznych i psychicznych, szczególnie intensywnych w okresie, w którym ich funkcje reprodukcyjne nie dają o sobie zapomnieć. Silne przekonania o tym, że możliwości kobiet w okresie przedmiesiączkowym ulegają zmniejszeniu na skutek swoistej „gry” hormonalnej, prowadzą w dalszej konsekwencji do postrzegania kobiet jako niezdolnych do kontrolowania swoich emocji i realizacji zadań wymagających stałej odpowiedzialności, wzmacniając stereotyp mniejszej atrakcyjności i przydatności kobiet na rynku pracy czy w życiu publicznym i na zasadzie błędnego koła – nasilając doświadczane stresy.

Realizowane style życia

Wracając do przedstawionych uprzednio możliwości kształtowania zdrowia mężczyzn i kobiet poprzez odmienne konfiguracje oddziałujących nań czynników społecznych i kulturowych, przytoczmy empiryczną ilustrację tej kwestii, w postaci porównania sposobów i częstości realizowania przez obie płcie elementów prozdrowotnego stylu życia. Style życia ludzi są bowiem w przeważającej mierze kształtowane przez dominujące w ich środowisku wzory kulturowe i miejsca zajmowane przez nich w strukturze społecznej. Pełnią one z jednej strony rolę pewnych drogowskazów dla jednostki, z drugiej wyznaczają realność dokonywanych przez nią wyborów i poczynań (Ostrowska 1999).

Zainteresowanie rolą stylu życia dla zachowania zdrowia pojawiło się na Zachodzie pod koniec lat 70., kiedy to prowadzone niezależnie od siebie longitudinalne badania epidemiologiczne wykazały, że przeciętna długość ludzkiego życia zależy w większym stopniu od czynników środowiskowych — a wśród nich szczególnie stylu życia — niż działalności medycyny (Kan-

²Warto wspomnieć, że problem ten intrygował także Karen Horney, która łączyła zespół napięcia przedmiesiączkowego z represjonowanym pragnieniem dziecka i sfrustrowaną energią libido, która normalnie jest uwalniana poprzez procesy fizjologiczne przygotowujące ciążę.

nel 1978, Mc Keown 1973). Późniejsze oszacowania wykazały, że style życia ludzi mogą być odpowiedzialne za ok. 50% całości ich pola zdrowia (Sadowski 1994). Realizowane badania pozwoliły wyodrębnić te spośród elementów stylu życia, które miały istotne znaczenie dla zachowania zdrowia i długości życia. Były to: 7–8 godzin nocnego snu, codzienne spożywanie śniadania, unikanie jedzenia (snacków) między posiłkami, utrzymywanie wagi w normie, aktywność fizyczna w wolnym czasie, niepalenie nigdy papierosów, umiarkowane spożycie alkoholu, wykonywanie badań kontrolnych i samobadanie ciała (np. piersi przez kobiety), umiarkowana ekspozycja na słońce, bezpieczne zachowania seksualne oraz zapinanie pasów bezpieczeństwa w samochodzie.

W Polsce poszczególne elementy prozdrowotnego stylu życia występują z różną częstotliwością wśród mężczyzn i kobiet, przy czym generalnie lepiej kształtują się one w przypadku tych ostatnich (Ostrowska 1999). Tabela 3 przedstawia przeciętne częstotliwości zachowań związanych ze zdrowiem, realizowanych przez mężczyzn i kobiety:

Tabela 3. Zachowania związane ze zdrowiem wśród mężczyzn i kobiet (IFiS PAN, 1999 rok, próba ogólnopolska 1323 osób).

Procent realizujących codziennie lub prawie codziennie:		
	Mężczyźni	Kobiety
Jedzenie śniadania przed wyjściem z domu	76%	75%
Spożywanie soków owocowych, owoców, surówek	69%	77%
Biorny odpoczynek w ciągu dnia	41%	35%
Mycie głowy	74%	72%
Mycie całego ciała	77%	87%
Spożywanie mleka i produktów mlecznych	68%	80%
Spożywanie drobiu	46%	60%
Spożywanie czerwonego mięsa	78%	69%
Spożywanie gotowanych warzyw	50%	56%
Sen co najmniej 7 godzin na dobę	86%	87%
Praca zawodowa ponad 8 godz. na dobę	40%	21%
Przyjmowanie witamin	14%	23%
Przyjmowanie środków nasennych	1%	4%
Przyjmowanie środków uspakajających	2%	8%
Umiarkowana aktywność fizyczna/spacery, gimnastyka	53%	50%
Palenie papierosów	41%	19%

Dane powyższe wskazują, że kobiety bardziej rygorystycznie niż mężczyźni przestrzegają reguł prozdrowotnego stylu życia – choć nie jest to regułą. Opisane różnice przedstawialiśmy jako powiązane w pewnym stopniu z odmiennością szans i zagrożeń obu porównywanych grup, znajdujących swoje źródło w pełnionych rolach społecznych, odmiennych wzorach zachowania, procesach socjalizacji, stylach życia, a także warunkach i rodzaju wykonywanej pracy. Rozważając jednak korelaty stanu zdrowia społeczeństwa polskiego zauważymy, że płeć nie jest jedynym czynnikiem różnicującym ani chorobowość, ani umieralność, ani też realizację określonych praktyk prozdrowotnych.

Duże znaczenie ma tu oczywiście wiek (co jest całkowicie zrozumiałe), ale znaczną rolę należy przypisać także posiadanemu wykształceniu. Im wyższe wykształcenie, tym lepiej przedstawiają się w zasadzie wszystkie parametry związane ze zdrowiem. Porównując efekt „nakładania się” tych dwóch charakterystyk skonstatujemy, że stosunkowo najlepsze wyniki w realizacji prozdrowotnego stylu życia osiągają wysoko wykształcone kobiety, a najgorsze – nisko wykształceni mężczyźni (Ostowska 2000). Czyżby więc kobiety czyniły lepszy użytek ze swojego wykształcenia w aspekcie troski o zdrowie?

Podsumowanie

Nasze dotychczasowe rozważania nad społecznymi korelatami różnic w zdrowotności mężczyzn i kobiet pokazują, że mamy tu do czynienia z materią, która nie tak łatwo poddaje się jednoznacznej interpretacji. Wprawdzie kobiety żyją przeciętnie dłużej, ale nie oznacza to, że w życiu spotyka je mniej chorób i dolegliwości. Warunki życia i pracy kobiet nie przedstawiają się korzystniej; jeżeli jednak obiektywnie nie jest im „lepiej”, to — jak się wydaje — lepiej sobie radzą z trudnościami i przeciwnościami życia. Realizują też więcej czynności służących zachowaniu zdrowia, mają wyższą wiedzę medyczną i bardziej ukształtowaną świadomość zdrowotną. Natomiast na ogół gorzej niż mężczyźni oceniają swoje zdrowie, szczególnie w aspekcie samopoczucia psychicznego.

Różnice stanu zdrowia somatycznego i psychicznego, jak również różnice w przeciętnej długości życia mężczyzn i kobiet są fenomenem obecnym we wszystkich krajach uprzemysłowionych. Jednak w Europie Wschodniej, a także w Polsce, są one wyraźniejsze niż w innych krajach³. Niemal wszystkie wyjaśnienia przedstawione w tym tekście odnosiły się zarówno do krajów zachodnich, jak i do nas. Warto się jednak zastanowić, jakie specyficzne,

³W Polsce różnice przeciętnej długości życia mężczyzn i kobiet na przestrzeni ostatnich lat wynosiły ok. 8 lat.

dodatkowe czynniki mogły wpływać na relatywne zwiększenie się tej różnicy w Polsce. Badacze tego zjawiska wskazują tu przede wszystkim upowszechnienie się zachowań antyzdrowotnych (Kirschner 1997), a szczególnie na przemożny w populacji mężczyzn wpływ wysokiej konsumpcji alkoholu i papierosów, których niekorzystny wpływ na zdrowie oddziałuje w sposób synergistyczny (Cockerham 1999). Takie czynniki bowiem, jak niedostateczny rozwój ekonomiczny kraju, niski dochód narodowy wraz ze wszystkimi konsekwencjami zdrowotnymi tych faktów dotyczy w jednakowym stopniu mężczyzn co kobiet. Pozostawiając jednak na boku problemy zdrowotności mężczyzn czy całego społeczeństwa, warto postawić pytanie o specyfikę sytuacji polskich kobiet – które mimo doświadczania wielu problemów społecznych i zdrowotnych osiągają lepsze rezultaty w przewyciężaniu ich.

Pewnych dodatkowych wyjaśnień, szczególnie adekwatnych do sfery funkcjonowania psychicznego, może dostarczyć analiza dominujących wartości i ideologii związanych z „byciem kobietą” w Polsce w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. Powojenna aktywizacja zawodowa kobiet, motywowana głównie czynnikami ekonomicznymi, doprowadziła do poszerzenia roli społecznej kobiet (bez możliwości rezygnacji z żadnego elementu roli tradycyjnej), nie dostarczając przy tym specyficznych możliwości samorealizacji ani też szczególnych gratyfikacji. Dla znacznej części kobiet sytuacja taka, bez większych modyfikacji, trwa do dziś. Jednak wydaje się, że przyjęcie wielu nowych zadań i dodatkowych obciążeń nie miało i nie ma dla wielu kobiet jednoznacznie stresotwórczego charakteru. Tradycje poświęceń na rzecz dzieci, męża, rodziny, wzór heroicznej Matki Polki były od dawna dobrze wkomponowane we wzór osobowy kobiety. Anna Titkow uważa, że to właśnie możliwość sprostania takim wymaganiom było nagrodą za ponoszone trudy dnia codziennego, poprawiało samoocenę kobiet, było buforem osłabiającym działanie czynników zakłócających zdrowie i samopoczucie. Jeżeli więc kobiety były nadmiernie eksploatowane, to na ogół nie w sposób, który zagrażał ich poczuciu własnej wartości i godności (Titkow 1999). Do lat 90. nie pojawiło się też w dyskursie na temat sytuacji kobiet pojęcie dyskryminacji, nie znalazł też racji bytu powszechniejszy ruch feministyczny.

Tezę tę potwierdzają badania wskazujące jeszcze teraz, że pomimo obiektywnie niższej pozycji społecznej, większych obciążeń związanych z koniecznością realizacji obowiązków na rzecz pracy i rodziny, mniejszych szans na zaistnienie w sferze życia publicznego – wiele kobiet akceptuje ten stan i nie wydaje się on budzić wśród nich większych emocji. Można więc założyć, że sytuacja „zadowolonego niewolnika” — choć obiektywnie niekorzystna — nie stanowi dla wielu kobiet poważniejszego zagrożenia ani dla stabilności układu w jakim się znajdują, ani ich psychospołecznej kondycji. Zdolność

do zaakceptowania swojej sytuacji, umiejętność wypracowania sposobów radzenia sobie z wymogami życia i znalezienie sensu w swoich trudach i wyrzeczeniach – mogły zgodnie z modelem salutogenezy Aarona Antonovsky’ego [2] doprowadzić do wzrostu ich uogólnionych zasobów odpornościowych i w konsekwencji przedłużyć ich życie.

W oparciu o prowadzone przez siebie badania Antonovsky stwierdził, że zasoby odpornościowe ludzi są funkcją specyficznej orientacji dyspozycyjnej nazwanej przez niego poczuciem koherencji. Zawiera ona trzy składniki: poczucie zrozumiałości (comprehensibility), zaradności (manageability) i sensowności (meaningfulness). Poczucie zrozumiałości odnosi się do stopnia, w jakim człowiek postrzega bodźce, z którymi się styka, napływające ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego, jako sensowne i uporządkowane, jasne, spójne i ustrukturuwane. Poczucie zaradności – to „stopień, w jakim człowiek dostrzega dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymogom, jakie stawiają bombardujące go bodźce”. Mogą to być zasoby materialne, zasoby wsparcia społecznego, wierzenia religijne czy normy kulturowe dostarczające pewnych gotowych recept na zachowania w określonych sytuacjach. Ostatnim składnikiem poczucia, koherencji jest poczucie sensowności i znaczenia. Odnosi się ono do zaangażowania emocjonalnego; poczucia, że przynajmniej część problemów i wymagań jakie niesie życie warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania, a nie tylko obarczającym go obciążeniem. Według Antonovsky’ego silne poczucie koherencji ma podstawowe znaczenie w regulacji napięcia emocjonalnego wywołanego konfrontacją ze stresorami. Przekłada je — w sposób hipotetyczny — na mechanizmy neurofizjologiczne, endokrynologiczne i immunologiczne, poprzez które może ono wpływać na stan zdrowia.

Jeżeli więc rzeczywistość w jakiej funkcjonują kobiety — bez względu na obiektywne trudności — jawi im się jako ustrukturuwana i przewidywalna, potrafią znaleźć w sobie lub swoim otoczeniu niezbędne zasoby i wierzą, że cele, które im przyświecają lub dla których muszą się poświęcać, są tego godne – mogą zachować względnie wysokie poczucie koherencji, zapobiegające negatywnym efektom przeciążeń, doświadczanych stresów i niepowodzeń.

Wydaje się, że czynniki składowe wysokiej koherencji – a szczególnie aspekt zaradności i gratyfikująca gotowość do poświęcenia się dla innych, jest w znacznym stopniu elementem wspomnianego uprzednio wzoru heroicznej Matki-Polki, wzoru ciągle organizującego postawy i odczucia kobiet związanych z ich sytuacją w społeczeństwie. Określenie, na ile istnienie takiego wzoru czy wymogu kulturowego ułatwia rzeczywiście kobietom osiągnięcie komfortującego poczucia koherencji jest kwestią badań empirycznych, podobnie jak porównanie stopnia poczucia koherencji mężczyzn i kobiet.

Dopiero wtedy można by się pokusić o bardziej konkretne wnioski. Niewątpliwie jednak koncepcja ta pozwala na postawienie hipotezy wyjaśniającej lepsze wyniki zdrowotne kobiet niż mężczyzn, mimo ich obiektywnie gorszej sytuacji społecznej.

Literatura

- ABBOTT P., WALLACE C. (1993), *Women, Health and Caring*, [w:] *An Introduction to Sociology: Feminist Perspectives*, Routledge, London, s. 24–41.
- ANTONOVSKY A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, Fundacja IPN, Warszawa.
- BOŹEK R., RYCHŁOWSKA I. (2001), *Szczupła, chuda, chudsza...* Kulturowe uwarunkowania anoreksji i bulimii. O jedzeniu i niejedzeniu w czasopismach kobiecych, *Kultura i Społeczeństwo*, 2, s. 141–157.
- CHOI P.Y.L. (1995), *What is the news on the menstrual cycle and premenstrual syndrom?* *Social Science and Medicine*, 6:759–760.
- COCKERHAM W.C. (1999), *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*, Routledge, New York.
- CZAPIŃSKI J. (1993), *Polski generalny sondaż dobrostanu psychicznego, PTP*, Warszawa.
- FRIEDMAN M., ROSENMAN R.H. (1974), *Type A behavior and your heart*, Fawcett, New York.
- GARMANIKOV E., MORGAN D., PURVIS J., TAYLORSON D. (1983), *Gender, Class and Work*, Heinemann, New York.
- IZDEBSKI Z. (2000), *Wiedza, przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie polskim*, PWN, Warszawa.
- JAROSZ. M. (1980), *Samoniszczenie, samobójstwo, alkoholizm, narkomania*, KiW, Warszawa.
- KANNEL N.S. (1978), *Niektóre wyniki długofalowego badania populacji Framingham*, *Przegląd Lekarski*, 2: 42–51.
- KIRSCHNER H. (1997), *Charakterystyka przemian zdrowotnych w Polsce w ostatnim półwieczu*, [w:] H. Kirschner, J. Kocyński (red), *Aktualne problemy zdrowotne. Zagrożenia i szanse*, IGNIS, Warszawa, s. 15–50.

- LAHELMA E.P., MARTIKAINEN O., RAHKONEN K. (1999), Silventoinen. Gender Differences in ill Health in Finland: Patterns, Magnitude, and Change, *Social Science and Medicine*, 48: 7–19.
- LAZARUS R.S. (1997), Radzenie sobie ze stresem wywołanym chorobą, [w:] A. Kaplun (red.), *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych*, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź, s. 3–16.
- MC BRIDE A., MCBRIDE M. (1985), *Theoretical Underpinnings for Women's Health* [w:] A. Mc Bride, *Diagnosis and Treatment*, APA.
- MC KEOWN. T. (1973), *The role of medicine—dream, mirage or nemesis?* Basil Blackwell, Oxford.
- MILES A. (1988), *Women and Mental Illness, The Social Context of Female Neurosis*, Wheatsheay Books, London.
- OSTROWSKA A. (1997), Prozdrowotne style życia. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, 10–11 : 7–25.
- OSTROWSKA A. (1999), *Styl życia a zdrowie*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
- OSTROWSKA A. (2000), *Styl życia a zdrowie: bilans dekady*, [w:] H. Domański, A. Ostrowska, A. Rychard, *Jak żyją Polacy?* Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa, s. 101–120.
- OSTROWSKA A., *Płeć jako czynnik różnicowania stanu zdrowia: implikacje socjologiczne, Lęk i depresja (w druku)*.
- RODIN M. (1992), The social construction of premenstrual syndrom, *Social Science and Medicine*, 1, s. 49–56.
- RICHARDSON J.T. (1995), The premenstrual syndrom: a brief history, *Social Science and Medicine*, 6, s. 761–769.
- SADOWSKI Z. (1994), *Promocja Zdrowia. Szansa i konieczność*, *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 3–4;15–36.
- SCHWARTZ S. (1991), Women and Depression, *Social Science and Medicine*, 2, s. 127–139.
- SOKOŁOWSKA M., J. BEJNAROWICZ (1976), Socjolog a pojęcie stanu zdrowia, [w:] M. Sokołowska, A. Ostrowska, J. Hołówka (red.), *Socjologia a zdrowie*, PWN, Warszawa, s. 417–423.
- STACEY M., OLESEN V. (1993), Introduction. Special Issue: Women, Men and Health, *Social Science and Medicine*. 1, s. 1–5.
- TITKOW A., (1999), Historyczno-społeczne uwarunkowania tożsamości kobiet w Polsce, *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 16, 11–28.

-
- WOYNAROWSKA B. (1999), Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1981), A cross-cultural study of menstruation: implications for contraceptive development and use, *Studies in Family Planning*.
- VERBRUGGE L. (1985), Gender and Health. An Update of Hypotheses and Evidence, *Journal of Health and Social Behavior*, 26; 282-304.