

Płeć kulturowa jako determinanta zdrowia mężczyzn

Dorota Cianciara

Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Adres do korespondencji: Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa, tel. 22 5601-150, dorota.cianciara@cmkp.edu.pl

Abstract

Gender as a determinant of men's health

This article aims to: (a) the reveal of selected aspects of the health situation of men in some countries and Poland, as well as a comparison with the situation of women, (b) a discussion of these disparities in the context of different patterns, practices and gender stereotypes, (c) an explanation of the research perspectives in health research related to gender, (d) the presentation of the advances which led to the interest in gender medicine. Particular attention was paid to the issues of life expectancy, mortality, morbidity, the prevalence of chronic disease risk factors, health behaviors, including those related to help seeking. In view of the observed health disparities the concepts of gender, masculinity and gender roles were explained. The current practices in gender health research were described.

Key words: gender, men's health, women's health, health policy

Słowa kluczowe: płeć kulturowa, zdrowie mężczyzn, zdrowie kobiet, polityka zdrowotna

Wprowadzenie

W większości krajów świata mężczyźni żyją krócej niż kobiety. Aktualnie wyjątkiem od reguły jest Tonga w Polinezji, gdzie mężczyźni urodzeni w 2012 roku mogą żyć o 5 lat dłużej niż kobiety (odpowiednio: 74 i 69 lat) oraz kilka nielicznych krajów (jak Mali i Niger), w których długość życia przedstawicieli obu płci jest wyrównana. W skali świata największe różnice w długości życia mężczyzn i kobiet występują w krajach byłego bloku wschodniego (Tabela I). Dla porównania – najbardziej długowieczni mężczyźni żyją obecnie w Europie. Rekord ten dotyczy takich krajów, jak: San Marino (82 lata), Austria, Szwajcaria oraz Islandia (81 lat), przy czym w krajach tych mężczyźni żyją od 2 do 4 lat krócej niż kobiety [1].

Obecnie w Polsce mężczyźni żyją 8 lat krócej niż kobiety. Oczekiwane trwanie życia mieszkańców Polski urodzonych w latach 1931–1932 było znacznie krótsze, ale różnica w długości życia mężczyzn i kobiet była dużo mniejsza i wynosiła około 3 lat (odpowiednio: 48,2 i 51,4 roku) [2]. Obywatele PRL urodzeni w 1948 roku

statystycznie mogli żyć trochę dłużej niż osoby urodzone w czasach przedwojennych, ale różnica w długości życia mężczyzn i kobiet zwiększyła się do około 7 lat (odpowiednio: 55,6 i 62,5 roku) [3].

Różnice te oraz ich dynamika w czasie skłaniają do zastanowienia. Celem artykułu jest: (a) zaprezentowanie wybranych aspektów sytuacji zdrowotnej mężczyzn w innych krajach oraz w Polsce, a także porównanie ich z sytuacją kobiet, (b) naświetlenie tych różnic w kontekście różnych wzorców, praktyk i stereotypów płciowych, (c) omówienie perspektyw badań nad związkami płci ze zdrowiem, (d) przedstawienie przemian, które doprowadziły do zainteresowania się medycyną tematyką genderową.

Różnice w sytuacji zdrowotnej mężczyzn i kobiet na świecie

W krajach EU27 w grupie osób w wieku 15–64 lata odnotowuje się ponad dwa razy więcej zgonów mężczyzn niż kobiet. W niektórych krajach (Estonia, Litwa, Łotwa, Polska, Słowacja) zgony mężczyzn w tym wieku

Kraj	Oczekiwane trwanie życia w chwili narodzin (lata)			
	Mężczyźni	Kobiety	Obie płci	Różnica w latach między M i K
Białoruś	67	78	72	11
Bułgaria	71	78	74	7
Czechy	75	81	78	6
Estonia	71	81	77	10
Litwa	68	80	74	12
Łotwa	69	79	74	10
Polska	73	81	77	8
Rosja	63	75	69	12
Rumunia	71	78	74	7
Słowacja	72	80	76	8
Ukraina	66	76	71	10
Węgry	71	79	75	8

Tabela I. Oczekiwane trwanie życia w chwili narodzin w Polsce i krajach Europy Wschodniej w 2012 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie World Health Organization, Global Health Observatory, Life expectancy, Data by country [1].

stanowią niemal 40% wszystkich zgonów w populacji mężczyzn. W wieku 20–29 lat liczba zgonów mężczyzn jest 3-krotnie wyższa niż zgonów kobiet. W populacji mężczyzn procentowo najwięcej zgonów jest wynikiem tzw. przyczyn zewnętrznych, przy czym szczególnie dotyczy to grupy w wieku 15–44 lata. Od 40. roku życia raptownie zwiększa się ryzyko zgonu z powodu nowotworów złośliwych, w mniejszym stopniu z powodu choroby niedokrwiennej serca oraz chorób wątroby [4].

W większości krajów świata mężczyźni częściej niż kobiety popełniają samobójstwa (wyjątkiem są Chiny), chociaż rzadziej dokonują samookaleczenia [5].

W krajach rozwiniętych dwa razy mniej mężczyzn niż kobiet choruje na depresję [6]. Proporcja 1 : 2 nie oddaje rzeczywistej skali zjawiska. Powszechnie uważa się, że problemy psychiczne mogą być trudniejsze do ujawnienia dla mężczyzn niż kobiet. Twierdzi się też, że lekarze odważniej rozpoznają depresję u kobiet niż u mężczyzn [7–9].

W czasie epidemii dengi na Maderze w sezonie jesienno-zimowym 2012/2013 w grupie wieku 0–14 lat odnotowano więcej przypadków prawdopodobnych i potwierdzonych wśród chłopców niż dziewcząt, podczas gdy w starszych rocznikach wśród kobiet. Wiązano to ze zróżnicowanym czasem pobytu wewnątrz pomieszczeń, gdzie żeruje komar *Aedes aegypti* [10].

Zaobserwowano, że w Szkocji mężczyźni uważali, że są bardziej niż kobiety podatni na zaburzenia zdrowia i choroby, takie jak choroby serca, nowotwory, urazy i problemy psychiczne. Jednocześnie kobiety uważały, że ryzyko zachorowania na te same choroby jest większe dla kobiet niż dla mężczyzn [11].

Zazwyczaj więcej mężczyzn niż kobiet angażuje się w różne działania ryzykowne dla zdrowia (np. sporty ekstremalne, kierowanie pojazdami pod wpływem alkoholu). Statystyki światowe mówią o większym udziale mężczyzn w działaniach sprzecznych z prawem (prze-

moc, kradzieże, współudział w gangach, zażywanie narkotyków) [12].

W skali świata więcej mężczyzn pali tytoń i upija się. Inne czynniki ryzyka chorób przewlekłych (aktywność fizyczna, nadwaga i otyłość, nadciśnienie tętnicze i podwyższone stężenie glukozy w surowicy krwi) wykazują duże zróżnicowanie w poszczególnych krajach [13]. Niemniej analiza Lima i wsp., dotycząca związku 67 współczesnych czynników ryzyka z obciążeniem chorobami, dowiodła, że w skali świata największe obciążenie chorobami mężczyzn i kobiet wynika z innych czynników ryzyka [14]. Siedzący tryb życia mężczyzn wykazuje związek ze współwystępowaniem innych czynników ryzyka [15].

Coraz częściej podnosi się kwestię zaburzeń wizerunku własnego ciała wśród mężczyzn, dysmorfii mięśniowej i zażywania steroidów anabolicznych [16].

Mężczyźni zazwyczaj lepiej niż kobiety oceniają swoje zdrowie, chociaż ma to także związek z rodzajem zgłaszanych dolegliwości i pochodzeniem etnicznym [17–19]. Są też badania, których wyniki przeczą tej prawidłowości. Na przykład badania ze Szkocji wykazały, że kobiety rzadziej niż mężczyźni, i to w każdym okresie ich życia, deklarowały występowanie problemów fizycznych [20], a nawet zaburzeń natury psychicznej [21].

Ponadto – uogólniając – mężczyźni rzadziej korzystają z usług lekarskich, chociaż niejednokrotnie to wygląda w różnych grupach wieku [19]. Na przykład badanie pacjentów Columbia University Medical Center wykazało, że mężczyźni dwa razy rzadziej niż kobiety dzwonią pod numer alarmowy 911 w przypadku zawału serca [22]. Tradycyjnie uważa się, że mężczyźni zwlekają z wizytą u lekarza i szukają pomocy w bardziej zaawansowanym stadium choroby. Nie musi to jednak wynikać z ociągania się w działaniu. Być może kobiety z powodu miesiączkowania i rodzenia dzieci są bardziej nastawione na obserwację swojego ciała, bardziej jego świadome i bardziej

od niego zależne. Mogą zatem zgłosić się do lekarza odpowiednio wcześniej [12]. Nie wszystkie badania potwierdzają mniejsze wykorzystanie świadczeń medycznych przez mężczyzn. Badania kohortowe prowadzone w Szkocji wykazały, że kobiety rzadziej korzystały z porad GP (ang. *general practitioner*, lekarz rodzinny) w przypadku pięciu typowych problemów fizycznych (związanych z układem mięśniowo-szkieletowym, oddechowym i pokarmowym, z sercem oraz problemami psychicznymi). Co więcej, nie wykazywały też chęci konsultacji przy takim samym jak u mężczyzn stopniu zaawansowania schorzenia, a jedynym wyjątkiem była potrzeba wcześniejszej konsultacji związanej ze zdrowiem psychicznym [23–25]. Brak znaczących różnic między mężczyznami a kobietami w korzystaniu z usług medycyny ortodoksyjnej i nieortodoksyjnej (irydodolody, zielarze, homeopaci itp.), zażywania leków zapisanych przez lekarza i leków OTC stwierdzono też np. wśród mieszkańców Perth w Australii [26].

Obecnie podkreśla się, że odnotowane sprzeczności mogą być wynikiem różnic w czasie badania i wieku badanych mężczyzn i kobiet. Wraz z postępującą zmianą spektrum chorób, ogólnego kontekstu społeczno-kulturowego i ról płciowych we współczesnym świecie możliwe jest, że młodzi i starzy mężczyźni (podobnie jak kobiety) mają inne poglądy i zachowania związane z własnym zdrowiem [27]. Duże znaczenie może też mieć stopniowa poprawa wykształcenia, czego przykładem może być Korea Południowa, gdzie wraz ze wzrostem wykształcenia kobiet systematycznie zmniejszała się liczba tych z nich, które oceniały swoje zdrowie gorzej niż mężczyźni [28].

Małżeństwo wydaje się głównym źródłem wsparcia społecznego dla mężczyzn i np. wśród rozwiedzionych odnotowuje się wyższą umieralność, nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz występowanie depresji [29]. Istnieją też badania, które dowodzą, że otrzymywanie wsparcia emocjonalnego nie ma związku ze zdrowiem psychicznym mężczyzn. Większe znaczenie zdaje się tu mieć **udzielanie** komuś wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego [30].

Kończąc, należy zauważyć, że coraz więcej publikacji dotyczy różnic między mężczyznami różnego pochodzenia etnicznego, np. białych nie-Latynosów oraz Afroamerykanów czy Latynosów w USA.

Różnice w sytuacji zdrowotnej mężczyzn i kobiet w Polsce

W latach 1991–2013 długość życia mężczyzn w Polsce zwiększyła się o około 7 lat. W 2013 roku oczekiwana długość ich życia wynosiła 73,1 roku, ale była krótsza o 6,1 roku niż w krajach EU15. Wzrost długości życia mężczyzn był wynikiem spadku umieralności niemowląt oraz dorosłych w wieku 50–69 lat. Największy spadek umieralności wystąpił wśród mężczyzn z wykształceniem wyższym.

Dla porównania – w latach 1991–2013 długość życia kobiet zwiększyła się o około 6 lat. W 2013 roku oczekiwana długość ich życia wynosiła 81,1 roku i była o 2,9 roku krótsza niż w krajach EU15. Wzrost długości życia

kobiet był wynikiem spadku umieralności w wieku 65+. Należy pamiętać, że dłuższe życie kobiet jest związane z większą liczbą lat przeżytych z niepełnosprawnością, we wdowieństwie i z niską emeryturą.

Długość życia mężczyzn jest bardzo silnie związana z posiadanym wykształceniem. Oczekiwane trwanie życia 25-letnich mężczyzn z wykształceniem podstawowym jest niemal 14 lat krótsze niż równolatków z wykształceniem wyższym. Wśród kobiet różnica ta wynosi około 9 lat [31].

Według danych policji w 2013 roku w Polsce doszło do 6101 zamachów samobójczych zakończonych zgonem, z tego 85% dotyczyło mężczyzn. Dane policyjne pokazują istotny wzrost liczby zgonów samobójczych w ostatnich latach¹.

Zgodnie z danymi Eurostatu czynniki ryzyka chorób przewlekłych oraz zachowania niekorzystne dla zdrowia były bardziej rozpowszechnione w populacji polskich mężczyzn niż kobiet (**Tabela II**). Jedynie pod względem aktywności fizycznej i szczepienia przeciwko grypie mężczyźni osiągnęli nieco lepsze wyniki niż kobiety. Należy tu jednak wziąć pod uwagę, że omawiane czynniki i zachowania występują z różnym nasileniem w poszczególnych grupach wieku.

W 2014 roku w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) podano więcej szczegółowych informacji na temat czynników ryzyka chorób przewlekłych (**Tabela III**) [13].

Dane ŚOZ nie są całkowicie porównywalne z danymi Eurostatu, toteż nie można sugerować się samymi liczbami. Dużo ważniejsze jest pogorszenie niektórych wskaźników zdrowia – zarówno mężczyzn, jak i kobiet – w ciągu czterech lat.

Do powyższych informacji należy dodać wyniki badania GUS z 2013 roku (**Tabele IV–VI**), z których wynika, że mężczyźni lepiej niż kobiety oceniali swoje zdrowie, deklaratywnie rzadziej chorowali na choroby przewlekłe, rzadziej stosowali leki i konsultowali się z lekarzami, ale byli częściej hospitalizowani. Ponadto mężczyźni mieli odmienne od kobiet opinie o działalności opieki medycznej, w tym częściej niż kobiety nie mieli zdania o tym, czy jakość opieki zdrowotnej ulega zmianom (odpowiednio: 17,5 i 11,3%) i rzadziej byli bardzo zadowoleni z wyboru lekarza pierwszego kontaktu (LPK) (22,9, 28,0%). Gorzej oceniali pracę LPK, przede wszystkim pod względem zainteresowania stanem emocjonalnym, ale również zalecania zdrowego trybu życia oraz czasu poświęconego na wizytę [32].

Według sprawozdania NFZ za 2013 rok wśród osób korzystających z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń, przeważały kobiety. Jedynie w grupach wieku 1–15 lat oraz powyżej 75 lat w AOS leczono więcej mężczyzn niż kobiet. Wśród korzystających z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień mężczyźni stanowili większość tylko w grupie wieku do około 31 lat. Wśród hospitalizowanych w grupach wieku 1–23 lata oraz 55 i więcej lat większość stanowili mężczyźni [33].

Uzupełnieniem tych statystyk są wyniki własnych badań ilościowych (N = 1071, w tym 379 mężczyzn)

Czynniki ryzyka, zachowania związane ze zdrowiem	Rozpowszechnienie (%)	
	Mężczyźni	Kobiety
Codzienna aktywność fizyczna	60,2	51,2
Konsumpcja owoców przynajmniej dwa razy dziennie	17,0	22,3
Konsumpcja warzyw przynajmniej dwa razy dziennie	13,1	17,5
Nadwaga	46,3	30,4
Otyłość	17,3	15,8
Codziennie palenie papierosów	30,9	17,9
Codziennie picie alkoholu	5,0	0,5
Niekorzystanie z konsultacji lekarskich	71,7	60,9
Korzystanie z konsultacji psychoterapeuty	5,8	8,7
Stosowanie leków przepisanych przez lekarza		
Ogółem	39,5	53,5
Nadciśnienie tętnicze	17,9	23,7
Cukrzyca	4,7	5,8
Depresja	1,7	3,4
Stosowanie leków OTC	42,1	56,1
Szczepienie przeciwko grypie	15,5	11,3

Tabela II. Czynniki ryzyka i zachowania związane ze zdrowiem w całej populacji według płci w Polsce w 2008 roku.
 Źródło: Opracowanie własne na podstawie Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>; dostęp: 18.03.2015.

Czynniki ryzyka	Rozpowszechnienie w danym roku (współczynniki standaryzowane według wieku, %)			
	2010		2014	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Nadwaga (BMI \geq 25)	63,4	55,2	65,8	56,7
Otyłość (BMI \geq 30)	21,0	25,1	23,5	26,7
Niedostateczna aktywność fizyczna	13,6	23,8		
Palenie papierosów ¹	36,1	27,8		
Upijanie się w ciągu 30 dni ¹	10,3	0,6		
Podwyższony poziom glukozy we krwi ²	8,8	7,3	10,0	7,8
Podwyższone ciśnienie tętnicze ³	34,9	24,5	36,8	34,4

¹ dotyczy populacji w wieku 15+

² poziom glukozy \geq 7,0 mmol/l (126 mg/dl) lub w trakcie leczenia lub z diagnozą cukrzycy

³ RR skurczowe \geq 140 i/lub RR rozkurczowe \geq 90

Tabela III. Czynniki ryzyka i zachowania związane ze zdrowiem w populacji w wieku 18 i więcej lat według płci w Polsce w 2010 oraz 2014 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie World Health Organization, *Global status report on noncommunicable diseases 2014*, WHO, Geneva 2014 [13].

i jakościowych (14 FGI z mężczyznami, kobietami i lekarzami POZ) przeprowadzonych w maju i czerwcu 2012 roku [34]. Dla mężczyzn zdrowie jest bardziej związane z samorealizacją, samopoczuciem (satisfakcjonującą pracą, sukcesem zawodowym i finansowym, kontaktem z naturą) niż z siłą fizyczną czy atrakcyjnością zewnętrzną. Zdrowie ma charakter aspiracji i jest trudne do osiągnięcia.

Choroba i chorowanie są stanami, które radykalnie zmieniają postrzeganie siebie oraz relacje z bliskimi

i grupami odniesienia. Istotne wymiary chorowania to: wina i kara, ograniczenie i utrata kontroli nad życiem, obniżenie samooceny, samotność, wstyd, lęk przed odrzuceniem, nieumiejętność prośzenia o pomoc. Badani mężczyźni wiązali obawy z różnymi chorobami i problemami zdrowotnymi, jednakże powtarzalną obserwacją jest obawa przed problemami, które mają związek z życiem seksualnym i seksualnością (rak jądra, prostaty, impotencja). Młodszy wiek miał największe obawy przed chorobami, którym towarzyszą objawy bólowe.

Cecha	Kategoria	Rozpowszechnienie (%)	
		Mężczyźni	Kobiety
Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobry, dobry	71,5	63,1
	Taki sobie	21,5	27,3
	Zły, bardzo zły	7,5	9,7
Występowanie choroby przewlekłej	Tak	27,3	35,7
	Nie	72,7	64,3
Stosowanie leków i/lub suplementów diety	Tak	68,7	81,8
	Nie	31,3	18,2
Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według przyczyn	Wypadek	5,3	3,5
	Choroba	41,2	35,8
	Obserwacja, diagnozowanie	24,2	19,0
	Operacja, pobyt pooperacyjny	18,8	18,1

Tabela IV. Ocena stanu zdrowia według płci w 2013 roku (%).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Rodzaj/miejsce porady	Kategoria	Rozpowszechnienie (%)	
		Mężczyźni	Kobiety
Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)	Tak	31,1	41,6
	Nie	68,9	58,4
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)	Tak	16,1	23,9
	Nie	83,9	76,1
Stomatologiczna	Tak	9,3	13,4
	Nie	90,7	86,6

Tabela V. Korzystanie z porad lekarskich według płci w IV kwartale 2013 roku (%).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Opinia na temat relacji z lekarzem pierwszego kontaktu/pediatrą	Rozpowszechnienie (%) ¹	
	Mężczyźni	Kobiety
Znajomość przez lekarza historii leczenia	37,8	44,2
Zrozumiałość informacji i wyjaśnień udzielanych przez lekarza	31,1	38,1
Uzyskiwanie od lekarza informacji o możliwościach leczenia, angażowanie pacjenta w podejmowanie decyzji	20,2	25,8
Możliwość zadawania pytań lekarzowi	15,5	19,9

¹ odpowiedź „zawsze”

Tabela VI. Zadowolenie z relacji z lekarzem pierwszego kontaktu (pediatrą) w 2013 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Chociaż w badaniu ilościowym co piąty mężczyzna (18%) przyznał, że zasięgał informacji o zdrowiu u swojej partnerki życiowej, to podczas wywiadów okazało się, że rozmowy na ten temat są bardzo trudne i obciążone ładunkiem silnych emocji (nie chcą zmartwić żony, nie mogą zawieść jej oczekiwań, to jest wstydlivy temat, muszą sam sobie pomóc). Z wywiadów wynika, że rozmowa na temat własnych problemów zdrowotnych z in-

nymi mężczyznami (kolegami) jest dla wielu po prostu niemożliwa. W kręgach koleżeńskich nie rozmawia się na te tematy, a inicjator rozmowy może spotkać się z ostracyzmem. Mężczyźni wyraźnie artykułowali chęć oraz potrzebę korzystania z pomocy lekarzy, ale podkreślali przy tym życzeniowy charakter tych opinii. Opisy relacji z lekarzami były przepełnione złymi doświadczeniami polegającymi na instrumentalnym, paternalistycznym

traktowaniu. Badani zwracali też uwagę na hermetyczny styl rozmowy i niezrozumiały język, jakim posługują się lekarze.

Kobiety czuły się ekspertkami od spraw zdrowia swoich partnerów i mężów, czuły się odpowiedzialne za ich zdrowie i wyręczały ich w wielu (nawet bardzo prostych) czynnościach. Równocześnie naigrawały się z wiedzy i umiejętności mężczyzn oraz ich postaw związanych z chorobami, a styl wypowiedzi wyraźnie sugerował, że opiekowanie się mężczyznami nie należy do chętnie podejmowanych zadań. Przedstawiciele obu płci podkreślali, że kobiety są silniejsze w chorowaniu, ponieważ muszą sprostać powszechnym oczekiwaniom opieki nad dziećmi. Identyczną opinię wyrażono w badaniu przeprowadzonym w hiszpańskiej Grenadzie [35].

Badani lekarze wykazali się całkowitym niezrozumieniem potrzeb pacjentów i postawą dominującą. Fetyszyzowali zdrowy styl życia i wyłączną odpowiedzialność pacjenta za swoje zdrowie, nie doceniali obaw mężczyzn związanych z bólem i impotencją. W żadnym wywiadzie nie pojawił się wątek życzliwej rozmowy z pacjentem czy edukowania go, ale formułowano ostre słowa krytyki pod adresem tych pacjentów, którzy sami zdobywają informacje, w tym z internetu.

W badaniach CBOS w latach 1997–2013 odsetek osób, które preferują tradycyjny model rodziny, w którym jedynie mąż (partner) pracuje, zarabiając wystarczająco na zaspokojenie potrzeb rodziny, a żona (partnerka) zajmuje się prowadzeniem domu i wychowywaniem dzieci, zmniejszył się z 38 do 23%. W styczniu 2013 roku pogląd taki wyraziło 26% mężczyzn i 19% kobiet [36].

Zgodnie z danymi GUS dotyczącymi poziomu wykształcenia ludności Polski w wieku 13 lat i więcej męż-

czyźni są mniej wykształceni niż kobiety. Wykształcenie wyższe, policealne lub średnie posiada około 44% mężczyzn i około 52% kobiet [37].

Przyczyny różnic w zdrowiu mężczyzn i kobiet

Will Courtenay, psycholog specjalizujący się w psychologii mężczyzn, znany w USA jako *The Men's Doc*, w 2011 roku w książce pod wymownym tytułem *Dying to be men* podał 31 najważniejszych różnic między mężczyznami a kobietami, które wystawiają mężczyzn na większe ryzyko poważnych chorób, urazów i zgonów (**Zestawienie 1²**). Na podstawie ponad 2 tys. pozycji piśmiennictwa z różnych zakresów badań wykazał, że krótsze o pięć lat życie mężczyzn niż kobiet w USA nie jest czymś „naturalnym”. Większość tych czynników może być kontrolowana lub modyfikowana.

Czynniki te można by podzielić na cztery zasadnicze grupy: (1) biomedyczne – genetyczne, fizjologiczne i metrykalne, (2) psychospołeczne – intra- i interpersonalne, związane z wiedzą, samooceną, umiejętnością radzenia sobie, skutecznością własną, sytuacją życiową itp., (3) epidemiologiczne – wynikające z behawioralnych i środowiskowych czynników ryzyka oraz (4) społeczno-strukturalne – powiązane z szerszym kontekstem, relacjami społecznymi, dostępem do dóbr i usług. W podziale tym dość przejrzystą kategorią są czynniki biomedyczne, podczas gdy trzy następne grupy są z sobą ściśle związane i wynikają z funkcjonowania mężczyzn w ich społecznościach. W odniesieniu do tych właśnie powiązanych czynników używa się pojęcia gender.

Gender, czyli płeć kulturowa (inaczej: płeć społeczna, społeczno-kulturowa, kulturowa tożsamość płci) to

Zachowania korzystne dla zdrowia	Status społeczno-ekonomiczny
Podejmowanie ryzyka	Wiek
Przemoc i przemoc fizyczna	Status małżeński
Wsparcie społeczne	Orientacja seksualna
Reakcja na stres	Narażenie zawodowe
Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych	Bezrobocie
Samoocena zdrowia	Pobyty w więzieniu
Postrzeganie podatności na zagrożenia zdrowia	Spoleczne przekonania o męskości i traktowanie chłopców i mężczyzn
Wizerunek ciała	Media i reklama
Poczucie kontroli	Wiedza o zdrowiu
Gotowość do zmiany zachowań niekorzystnych	Ubezpieczenie zdrowotne i koszty opieki
Męskość	Dostęp do świadczeń
Wyrażanie emocji i dystres fizyczny	Czynniki instytucjonalne i metodologia badań
Biologia i genetyka	Interakcje i komunikacja lekarz–pacjent
Psychofizjologia	Genderowe przekonania lekarzy
Przynależność etniczna	

Zestawienie 1. Najważniejsze różnice między mężczyznami a kobietami, które zwiększają ryzyko chorób, urazów i zgonów.

Źródło: Courtenay W.H., *Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health*, „*Social Science and Medicine*” 2000; 50 (10): 1385–1401 [44].

„zespół atrybutów i zachowań oczekiwanych od kobiety i mężczyzny oraz postrzeganych jako przydatne w społecznym funkcjonowaniu” [38]. ŚOZ definiuje gender w podobny sposób, jako społecznie skonstruowane role, zachowania, działania i cechy charakterystyczne, które są w społeczeństwie uznane jako odpowiednie dla mężczyzn i kobiet³. Podejmowanie tych ról i zachowań może przyczynić się do nierówności płci, czyli takich różnic między mężczyznami a kobietami, które w jakiejś sferze życia regularnie faworyzują lub upośledzają jedną grupę kosztem drugiej. W konsekwencji może to prowadzić do nierówności w stanie zdrowia i dostępie do opieki medycznej.

Współcześnie płeć kulturowa jest uznawana za jeden z czynników determinujących zdrowie. Karina Davidson i wsp. w 2006 roku uznały, że gender jest zmienną modyfikującą (niepośredniczącą) wszystkie uwarunkowania zdrowia, tj. biologiczne, psychologiczne i społeczne [39]. Modyfikujący wpływ gender na biologiczne determinanty zdrowia i chorowanie uznaje się też w innych pracach [40].

Wzorce i praktyki męskości, stereotypy

Jakkolwiek bycie mężczyzną (podobnie jak kobietą) ma ewidentne podłoże genetyczne, to rozpatrywanie cech męskich wyłącznie w kategoriach biologicznych, płci biologicznej, niewiele wnosi do analizy całościowo rozumianej sytuacji zdrowotnej mężczyzn. Brak drugiego chromosomu X i produkcja testosteronu nie mogą być jedynymi wyjaśnieniami obserwowanej odmienności zdrowia i zachowań związanych ze zdrowiem. Przyjęcie szerszego biologicznie spojrzenia, ewolucyjnego, zgodnie z którym mężczyźni są silnymi myśliwymi (życielami i obrońcami), mają lepiej rozwinięty zmysł orientacji przestrzennej, podejmują większe ryzyko, mogą być agresywni w celu ochrony terytorium oraz promiskuityczni w celu tworzenia puli genowej i propagacji gatunku, również niewiele wyjaśnia.

O wiele więcej do rozumienia męskości wnoszą teorie ról płciowych, zgodnie z którymi oczekiwania społeczne odnośnie do pozycji, jaką ktoś ma zajmować w grupie i społeczeństwie, skłaniają tę osobę do podporządkowania się oczekiwaniom. W zamian za ów konformizm jednostka jest nagradzana, a brak przystosowania się skutkuje sankcjami. Im większa internalizacja normy (w wyniku socjalizacji), tym większe problemy w sytuacji, w której nie można wywiązać się z takich zobowiązań. W kontekście zdrowia mężczyzn teoria ta ma dwa istotne wymiary. Po pierwsze, podporządkowanie się tradycyjnej roli mężczyzny, jak np. wykonywanie tzw. produkcyjnej pracy zawodowej (w przeciwieństwie do reprodukcyjnej pracy kobiet), presja na sukces zawodowy i finansowy czy podejmowanie ryzyka, może być szkodliwe dla zdrowia. Po drugie, życie pod presją norm, których nie udaje się realizować w praktyce, może przyczynić się do wystąpienia problemów zdrowia psychicznego i społecznego oraz zaburzeń somatycznych [41].

Inną interpretację męskości zaproponowała w 1995 roku australijska socjolożka Raewyn Connell [42, 43]. Stwierdziła, że męskość i kobiecość nie są czymś sta-

łym, niezmiennym w aspekcie historycznym i osobniczym. Istnieją różne męskości i kobiecości, które wykazują podobieństwa oraz odrębności. Wynikają nie tyle z oczekiwań społecznych, ale z codziennych praktyk, które są usankcjonowane zwyczajem, postrzegane jako naturalne i na które jest społeczne przyzwolenie. Hierarchicznie najważniejsza jest tzw. męskość hegemoniczna (*hegemonic masculinity*), która w kulturze anglosaskiej (coraz powszechniejszej) polega na dążeniu do dominacji nad innymi osobami, podporządkowaniu sobie zarówno kobiet, jak też innych mężczyzn. Nie wszyscy mężczyźni praktykują męskość hegemoniczną, ale prawie wszyscy z niej korzystają, czerpiąc wymierne korzyści z trwałości patriarchy (tzw. męskość współpracująca, *complicit masculinity*). Najsłabszymi i zdominowanymi grupami są np. mężczyźni innego koloru skóry (tzw. męskość zmarginalizowana, *marginalized masculinity*) lub homoseksualni (męskość podwładna, *subordinate masculinity*). Patrząc na tę teorię z punktu widzenia zdrowia, można powiedzieć, że męskość hegemoniczna może mieć dwojakie skutki dla zdrowia. Wpływ korzystny może być związany z osiągnięciem wysokiego statusu społeczno-ekonomicznego, wykształcenia, zawodu, dochodu i prestiżu. Wpływ niekorzystny wynika z ceny, jaką trzeba płacić za praktykowanie męskości hegemonicznej, takiej jak np. niezachwiane przekonanie o sile i niezniszczalności, wypieranie choroby, podejmowanie różnorodnych zachowań ryzykownych dla zdrowia, w tym przemocowych i przestępczych, oraz zachowania antyspołeczne i słabo rozwinięte sieci społeczne. Bilans korzyści i strat może być ujemny [44, 45].

Równolegle należy wspomnieć o istnieniu stereotypów dotyczących cech męskich i kobiecych (**Zestawienie 2**) [46, 47]. Stereotypy takie, jako uproszczone schematy myślowe nabywane przez społeczne uczenie się, mogą być krzywdzące i szkodliwe dla obu płci. Także w sferze zdrowia.

Pokazane powyżej postrzeganie męskości oraz stereotypizacja dotyczą wyłącznie aspektów zdrowotnych i nie aspirują do pełnej prezentacji różnych teorii. Informacje te pokazują natomiast złożoność problematyki i różne punkty widzenia, które mogą mieć wpływ na perspektywę badawczą.

Perspektywy badawcze

W badaniach nad związkami płci kulturowej ze zdrowiem można wyróżnić dwa zasadnicze nurty badawcze. Pierwszy, opisowo-wyjaśniający, dotyczy rozpoznania sytuacji zdrowotnej i różnic między mężczyznami a kobietami. Drugi nurt, kontrolno-ewaluacyjny, dotyczy oceny działań podejmowanych w celu wyrównywania różnic i szacowania skutków zdrowotnych tych przedsięwzięć.

W pierwszym nurcie widoczne są dwa podejścia [48]. Pierwsze z nich (najczęściej stosowane) polega na zwyczajowej interpretacji analizowanej zmiennej poprzez różnice między płciami. Punktem wyjścia jest zatem problem, a nie płeć, a dostrzeżone różnice mają znaczenie wtórne. W drugim podejściu (zdecydowanie

Cechy męskie	Cechy kobiece
Opanowany	Sklonna do wzruszeń
Agresywny	Ekspresyjna
Ambitny	Współczująca
Analityczny	Dziecinna
Asertywny	Wycofująca się
Odnoszący sukcesy	Lojalna
Konkurujący	Porozumiewawcza
Zdecydowany	Niepewna
Niezależny	Rozumiejąca
Dominujący	Otrzymująca
Silna osobowość	Łatwowierna
Silny	Słaba
Niezniszczalny	Serdeczna

Zestawienie 2. Stereotypowe cechy męskie i kobiece.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Moynihan C., *Theories of masculinity*, „BMJ” 1998; 317 (7165): 1072–1075 [47].

mniej popularnym) problematyka gender jest podstawą założeń badawczych, metody gromadzenia danych i analizy wyników. Ważne są tu badania ilościowe i jakościowe, a wiele wniosła metodologia feministyczna [49]. Jednak nierzadko w podejściu tym mężczyźni i kobiety są izolowanymi światami, toteż postuluje się, aby prowadzić badania w grupach obupłciowych, z nastawieniem na te same aspekty i przy uwzględnieniu ich licznych interakcji [50]. Podkreśla się zatem znaczenie analizy wielowymiarowej, w której obok gender analizuje się też inne powiązane zmienne, takie jak np. klasę społeczną, imigrację i wiek [51]. Dzięki takim badaniom można by lepiej rozpoznać relacje między płciami i dzięki temu zmniejszać nierówności płci.

Drugi wspomniany nurt, ewaluacyjny, jest jeszcze słabo reprezentowany. Na przykład niemal wszystkie europejskie badania na temat związku między zaangażowaniem ojców w planowanie rodziny oraz opieką nad dziećmi a zdrowiem mężczyzn, kobiet i dzieci (*nota bene* okazuje się, że korzystnym) pochodzą z krajów zachodnich i skandynawskich [52]. Należy też zauważyć, że badania tego typu nastręczają wiele problemów wynikających między innymi z wyboru mierników oraz zakładanego czasu obserwacji. Przykładowo, w badaniu szwedzkim z 2007 roku stwierdzono, że zwiększenie równości płci (mierzonej wieloma wskaźnikami w obrębie trzech kategorii: udział kobiet w polityce, podział pracy oraz wyrównanie zarobków) nie miało związku z hipotetycznie zakładaną mniejszą absencją chorobową oraz wydłużeniem czasu życia obu płci. Paradoksalnie odnotowano nawet liczne korelacje ujemne. W dyskusji tych wyników autorzy podali liczne ograniczenia badania i zaproponowali wiele wyjaśnień odnotowanych tendencji. Podkreślili przy tym, że opisana przez nich sytuacja dowodzi niedokończonego procesu zrównywania szans i konieczne są głębsze zmiany, na poziomie postaw, zachowań i norm w całym środowisku [53].

Początki medycyny genderowej

W naukach społecznych już pod koniec lat 60. XX wieku nastąpił punkt zwrotny w postrzeganiu rozwoju oraz charakterystyki płci (*sex*) i problematyka ta zaczęła być przedmiotem badań, a także budowania teorii [54]. W późnych latach 70. XX wieku upowszechniło się już określenie *gender* i rozwinęły się akademickie *gender studies* jako rezultat tzw. drugiej fali feminizmu.

W 1975 roku Constance A. Nathanson, na podstawie przeglądu piśmiennictwa z tamtego okresu, analizowała zróżnicowanie umieralności i chorobowości według płci biologicznej. Odnotowała, że mężczyźni charakteryzują się wysoką umieralnością, a kobiety chorobowością. Nadwyżkę chorób (w znaczeniu *illness*) kobiet wiązała z tym, że kobiety częściej zgłaszają dolegliwości, ponieważ jest to społecznie akceptowane, a rola chorego bardzo pasuje do obowiązków kobiet. Ponadto sugerowała, że choroby kobiet są wynikiem ich ról społecznych, które są bardziej stresujące niż role mężczyzn [55]. Dwa lata później Nathanson dowodziła, że w kulturze amerykańskiej mężczyźni częściej niż kobiety podejmują zachowania ryzykowne dla zdrowia, a rzadziej ochronne. Kobiety unikają ryzyka, podejmują też działania zaradcze, a zwłaszcza takie, które wymagają profesjonalnej interwencji medycznej [56].

W latach 80. szczególnym zainteresowaniem cieszyła się problematyka zdrowia reprodukcyjnego kobiet oraz – z perspektywy socjologii medycyny – medykalizacja zdrowia i życia kobiet. Podnoszono przy tym liczne argumenty, w tym wymierne interesy nowej specjalizacji położniczo-ginekologicznej (*Ob.-Gyn.*). Inne problemy zdrowia kobiet maskowało założenie, że organizmy mężczyzn rasy białej stanowią normę medyczną [57].

Na początku lat 90. XX wieku mówiono już jednoznacznie o androcentryzmie medycyny, czyli takim spojrzeniu na problematykę chorób i zdrowia ludzi, które kon-

centrowało się na fizjologii mężczyzn oraz ich potrzebach i nabrało charakteru normatywnego [58]. Na przykład Sue V. Rosser w 1994 roku na podparcie tezy androcentrycznej podawała dwa argumenty [59]. Po pierwsze, niektóre choroby są traktowane jako typowo męskie, czego przykładem są choroby serca. Stało się tak dlatego, że w młodszych grupach wieku choroby te częściej występują u mężczyzn niż u kobiet. W konsekwencji większość funduszy na badania nad chorobami serca przeznaczono na prace nad czynnikami predysponującymi (jak poziom cholesterolu, brak aktywności fizycznej, stres, palenie tytoniu oraz masa ciała) wśród mężczyzn rasy białej, w wieku średnim i pochodzących z klasy średniej. Projektowanie badań, także klinicznych, z takim nastawieniem doprowadziło do niedofinansowania badań chorób kobiet i braku odpowiednich danych o skutkach terapii w populacji żeńskiej, zwłaszcza kobiet w starszym wieku, które stanowią większość wśród seniorów. Po drugie, perspektywa badawcza zawsze jest związana z przekonaniami badacza (uświadomionymi lub nieświadomionymi) o danym problemie czy też z jego oczekiwaniami. Ponieważ wśród lekarzy i osób odpowiedzialnych za planowanie oraz finansowanie badań klinicznych liczebnie przeważają mężczyźni, to androcentrycznie kierują się własną perspektywą albo partykularnym interesem. Tym samym autorka zakwestionowała dogmat obiektywizmu i neutralności aksjologicznej medycyny.

Argument pierwszy był między innymi wynikiem obserwacji zdarzeń, jakie nastąpiły po 1977 roku, kiedy to amerykańska agencja Food and Drug Administration (FDA) wydała zalecenie wykluczenia kobiet w wieku przedmenopauzalnym z badań klinicznych I, a nawet wczesnej II fazy z powodu potencjalnego zagrożenia dla płodu oraz zalecenie jedynie warunkowego włączenia kobiet do dalszych etapów badania klinicznego [60]. W następnej dekadzie dostrzeżono niepowodzenia terapeutyczne wśród kobiet i brak dostatecznych przesłanek naukowych co do leczenia przedstawicielek płci żeńskiej. W 1992 roku w raporcie dla Kongresu Stanów Zjednoczonych dokonano podsumowania stanu badań i podano, że ponad 60% leków było testowanych w grupach, w których kobiety nie stanowiły reprezentacji odpowiedniej do udziału kobiet w populacji [61]. W 1993 roku po zmianie stanowiska FDA odnośnie do uczestnictwa kobiet w testach klinicznych uchwalono tzw. *NIH Revitalization Act* [62]. Rok później Committee on Ethical and Legal Issues Relating to the Inclusion of Women in Clinical Studies przedstawił szczegółową analizę problemu wraz z rekomendacjami dotyczącymi włączenia kobiet oraz przedstawicielek mniejszości rasowych i etnicznych do badań klinicznych [63]. W następnych latach udział kobiet w badaniach klinicznych był nadal niewystarczający [64, 65] i np. w testach leków na choroby serca sięgał 10–47% [66]. Testowanie leków wśród kobiet w ciąży jest wciąż problematyczne, toteż nadal niejasna jest kwestia leczenia ciężarnych [67]. Zarazem FDA podaje obecnie, że udział kobiet w testowaniu leków biologicznych jest porównywalny z udziałem mężczyzn [68].

Argument drugi miał również mocne podstawy. W tamtym okresie w USA lekarzami byli głównie męż-

czyźni. Prawdopodobnie ta utrzymuje się do dzisiaj i we wrześniu 2014 roku mężczyźni stanowili około 66% liczby lekarzy praktykujących w USA⁴. Liczebna przewaga mężczyzn w zawodzie lekarza występuje również w wielu krajach europejskich. Zgodnie z danymi Eurostatu w 2011 roku mężczyźni stanowili od 75% lekarzy w Lichtensteinie do 55% w Austrii i Wielkiej Brytanii. Odstępstwem od tej reguły są kraje byłego bloku wschodniego (Czechy, Chorwacja, Estonia, Litwa, Łotwa, Polska, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Węgry) oraz Finlandia, w których odsetek kobiet wśród lekarzy był większy niż odsetek mężczyzn. W Estonii i na Łotwie odsetek kobiet był najwyższy i wynosił aż 74%. W Polsce wynosił 56%. Proporcje te mają liczne przyczyny i wynikają też z tradycji, a w tej spuściznie cyrulicy, chirurdzy i lekarze (podobnie jak uczeni) byli przedstawicielami płci męskiej. Ogólnoeuropejskie polowanie na czarownice rozpoczęło się w XIV wieku i zakończyło na początku wieku XVIII. W przytłaczającej większości osoby sążone o czarostwo⁵ były kobietami, najczęściej w wieku ponad 50 lat, a większość wywodziła się z niższych warstw społecznych. Kobiety w społecznościach wczesnonowożytnej Europy na ogół były kucharkami, akuszerkami, uzdrowicielkami, niańkami i mamkami, a każda z tych funkcji była związana ze zdrowiem i narażała je na oskarżenia o uprawianie szkodliwej magii [69]. Okres ten mógł mieć wpływ na późniejsze preferencyjne traktowanie mężczyzn w kształceniu do zawodu lekarskiego oraz potoczne wyobrażenie o ich autorytecie.

Rosser podniosła nie tylko kwestię liczebnej przewagi mężczyzn wśród lekarzy, ale podkreśliła także zjawisko asymetrii władzy w świecie medycyny, gdzie stery trzymają mężczyźni. Nazywała to męskim establishmentem. Współczesnym przykładem układu sił może być Polska, gdzie wśród 1191 lekarzy z tytułem profesora aż 73% stanowią mężczyźni⁶. Co zaś dotyczy związku perspektywy badawczej z przekonaniami badacza, to kwestia ta jest znana (i dyskutowana) przynajmniej od czasu Maxa Webera (1864–1920), który głosił konieczność uprawiania nauki wolnej od wartościowania.

Przytoczone powyżej argumenty Sue Rosser pokazują, że w świecie medycyny refleksja genderowa, świadomość wpływu czynników społecznych oraz kulturowych na losy pacjentów miała początkowo związek z płcią żeńską. Zapisy dotyczące zdrowia kobiet, w tym na temat potrzeby zapewnienia kobietom równego dostępu do opieki zdrowotnej i równego leczenia, znalazły się w Deklaracji Pekieńskiej i Platformie Działania z 1995 roku. Ważnym etapem rozwoju idei był raport komisji ONZ pt. *Commission on the Status of Women* z 1998 roku, w którym zwrócono uwagę na fakt, że badania naukowe w medycynie oraz kształcenie lekarzy są zdominowane przez podejście biomedyczne i całkowicie pozbawione wrażliwości na kwestie genderowe. Stwierdzono przy tym, że konsekwencją tego stanu rzeczy są narastające nierówności w zdrowiu kobiet oraz seksizm medycyny [70].

Następne lata przyniosły pewien postęp w medycznym dyskursie naukowym na temat płci biologicznej i kulturowej. Przykładem może być liczba artykułów

Hasło	Rok wprowadzenia hasła	Opis hasła, komentarz	Liczba publikacji
Female	1996	Tylko dla żeńskich organów, chorób, procesów fizjologicznych, genetyki itp.	6 702 307
Male	1996	Tylko dla męskich organów, chorób, procesów fizjologicznych, genetyki itp.	6 714 220
Women	b.d.	Kobiety (<i>females</i>) jako istoty kulturowe, psychospołeczne, socjologiczne, polityczne i ekonomiczne	30 210
Men	1980	Mężczyźni (<i>males</i>) jako istoty kulturowe, psychospołeczne, socjologiczne, polityczne i ekonomiczne	3 910
Gender identity	1991	Koncepcja siebie jako mężczyzny, męskiego, lub kobiety, kobiecej, lub ambiwalentnego, wynikająca częściowo z cech fizycznych, postępowania rodziców oraz presji psychicznej i społecznej. Własne doświadczenie roli płciowej. Nie dotyczy orientacji seksualnej	15 772
Women's health	1991	Fizyczna i psychiczna kondycja kobiet	22 313
Men's health	2008	Fizyczna i psychiczna kondycja mężczyzn	1 168
Femininity	2010	Dotyczące kobiety (<i>female</i>) związane z płcią (<i>sex</i>) specyficzne role społeczne i zachowania, niezwiązane z funkcjami biologicznymi	184
Masculinity	2010	Dotyczące mężczyzny (<i>male</i>) związane z płcią (<i>sex</i>) specyficzne role społeczne i zachowania, niezwiązane z funkcjami biologicznymi	572

Tabela VII. Wyniki wyszukiwania artykułów w bazie MEDLINE według hasła (stan na 15.03.2015).

Źródło: Opracowanie własne.

w popularnej bazie MEDLINE, która gromadzi artykuły od 1965 roku, ale zawiera też pewne informacje o pracach wcześniejszych (Tabela VII). Przy wszystkich zastrzeżeniach do przyjętej w tym artykule prostej metody wyszukiwania pozycji piśmiennictwa według MeSH oraz indeksowania prac w bazie widoczne są dysproporcje między biomedycznym (*female/male*) a psychospołeczno-kulturowym podejściem do zdrowia oraz między perspektywą kobiecą (*women, women's health*) a męską (*men, men's health*). W bieżącym roku zwrócono uwagę, że terminy *sex* i *gender* są przez wielu badaczy używane zamiennie albo niepoprawnie, co dowodzi nie tyle braku należytej dbałości w badaniach, ile braku wiedzy o istocie tych pojęć oraz umiejętności badawczych w kontekście genderowym [71].

Tak więc pomimo prób uwrażliwienia medycyny i ochrony zdrowia na kwestie płci kulturowej, w tym wysiłki rozwoju medycyny genderowej [72, 73], postępy są nieznaczne. Co więcej, postępy te są bardziej obecne w rozważaniach naukowych niż w praktyce. W codziennej pracy lekarskiej oraz funkcjonowaniu placówek medycznych dominuje tzw. genderowa ślepotą (*gender blindness*).

Uważa się, że poprawa sytuacji zależy w znacznej mierze, ale nie wyłącznie, od kształcenia osób wykonujących zawody medyczne, w tym także profesjonalistów zdrowia publicznego [74]. ŚOZ do podstawowych kompetencji pracownika zdrowia publicznego w kwestiach genderowych zalicza między innymi uświadomienie sobie, jaki wpływ na wykonywaną pracę w dziedzinie zdrowia publicznego mają własne, osobiste przekonania związane z problematyką płci społeczno-kulturowej [75].

Zakończenie

Jak widać, próby wprowadzenia problematyki genderowej do ochrony zdrowia w większości dotyczyły kulturowych determinant zdrowia fizycznego oraz samopoczucia kobiet i miały podłoże feministyczne. Większe zainteresowanie badaniami maskulinistycznymi (opozycji do feministycznych) datuje się na mniej więcej połowę lat 90. W ślad za ogólnym zainteresowaniem mężczyznami pojawiły się badania dotyczące ich zdrowia. I jest w tym pewien paradoks, że w medycynie androcentrycznej zainteresowanie męskimi uwarunkowaniami zdrowia pojawiło się tak późno. Następnie drogą tą poszły gremia międzynarodowe, takie jak ŚOZ czy Komisja Europejska. Ciągłe jednak problematyka społeczno-kulturowych determinant zdrowia mężczyzn jest na marginesie uwagi oraz niedostatecznie rozpoznana.

W Polsce, pomimo opublikowania setek prac, w których wykazywano różnice w sytuacji zdrowotnej mężczyzn i kobiet, tematyka genderowej specyfiki problemów zdrowotnych była poruszana rzadko i głównie w opracowaniach dotyczących kobiet, w tym publikowanych przez organizacje feministyczne. Genderowy kontekst zdrowia mężczyzn – poza seksualnością [76] – jest w polskim piśmiennictwie praktycznie nieobecny [77].

Oświadczenie z Madrytu wydane w 2001 roku [78], aprobowane przez 28 krajów należących do regionu europejskiego ŚOZ, dotyczące gender mainstreamingu stwierdza, że poprawa zdrowia całej populacji, mężczyzn i kobiet, wymaga działań, które prowadzą do równości płci i sprawiedliwości. Konieczne jest uznanie gender za istotną determinantę zdrowia. Rządy powinny zobowiązać się do umieszczenia kwestii genderowych w politykach zdrowotnych na wszystkich szczeblach oraz przeznaczenia odpowiednich zasobów ludzkich i finansowych na działania o udowodnionej skuteczności.

Przypisy

¹ Dane według Komendy Głównej Policji, zob. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>; dostęp: 18.03.2015.

² Zob. <http://dyingtobemen.com/>; dostęp: 18.03.2015.

³ Zob. <http://www.who.int/topics/gender/en/>; dostęp: 18.03.2015.

⁴ Dane według The Henry J. Kaiser Family Foundation, *Distribution of Physicians by Gender*, zob. <http://kff.org/other/state-indicator/physicians-by-gender/>; dostęp: 18.03.2015.

⁵ Termin „czarostwo” jest zaczerpnięty z oryginału.

⁶ Dane według POL-on, stan na 06.03.2015 r.

Piśmiennictwo

- World Health Organization, Global Health Observatory, Life expectancy, Data by country.
- United Nations, *Demographic yearbook 1948*, UN, New York 1948.
- United Nations, *Demographic yearbook 1952*, UN, New York 1952.
- European Commission, *The State of Men's Health in Europe*, Directorate-General for Health & Consumers, European Commission 2011.
- Hawton K., *Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior*, „British Journal of Psychiatry” 2000; 177: 484–485.
- Culbertson F.M., *Depression and gender. An international review*, „American Psychologist” 1997; 52 (1): 25–31.
- Anderson I.M., Nutt D.J., Deakin J.F.W., *Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a review of the British Association for Psychopharmacology guidelines*, „Psychopharmacology” 2000; 14: 3–20.
- Davidson J.R.T., Meltzer-Brody S.E., *The under-recognition and under-treatment of depression: what is the breadth and depth of the problem?* „Journal of Clinical Psychiatry” 1999; 60 (suppl. 7): 4–9.
- Shiels C., Gabbay M., Dowrick C. et al., *Depression in men attending a rural general practice: factors associated with prevalence of depressive symptoms and diagnosis*, „The British Journal of Psychiatry” 2004; 185: 239–244.
- European Centre for Disease Control and Prevention, *ECDC mission report. Dengue outbreak in Madeira, Portugal*, ECDC, Stockholm 2013: 8.
- Macintyre S., McKay L., Ellaway A., *Who is more likely to experience common disorders: men, women, or both equally. Lay perception in the West of Scotland*, „International Journal of Epidemiology” 2005; 34 (2): 461–466.
- Scambler A., *Women and health*, w: Scambler G., *Sociology as applied to medicine*, Saunders Elsevier, Edinburgh 2008: 133–158.
- World Health Organization, *Global status report on non-communicable diseases 2014*, WHO, Geneva 2014.
- Lim S.S., Vos T., Flaxman A. et al., *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2010*, „Lancet” 2012; 380: 2224–2260.
- Zwolinsky S., Pringle A., Daly-Smith A. et al., *Associations between daily sitting time and the combinations of lifestyle risk factors in men*, „Journal of Men's Health” 2012; 9 (4): 261–267.
- Pope H.G., Gruber M.J., Mangweth B. et al., *Body image perception among men in three countries*, „American Journal of Psychiatry” 2000; 157 (8): 1297–1301.
- Kroenke K., Spitzer R.L., *Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms*, „Psychosomatic Medicine” 1998; 60 (2): 150–155.
- Gerritsen A.A.M., Devillé W.L., *Gender differences in health and health care utilization in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study*, „BMC Public Health” 2009; 9: 109.
- Ladwig K.H., Marten-Mittag B., Formanek B. et al., *Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population*, „European Journal of Epidemiology” 2000; 16 (6): 511–518.
- Macintyre S., Hunt K., Sweeting H., *Gender differences in health: are things as simple as they seem?*, „Social Science and Medicine” 1996; 42 (4): 617–624.
- Macintyre S., Ford G., Hunt K., *Do women 'over report' morbidity? Men's and women's responses to structural prompting on a standard question on long standing illness*, „Social Science and Medicine” 1999; 48 (1): 89–98.
- Newman J.D., Davidson K.W., Ye S. et al., *Gender differences in call 9-1-1- during an acute coronary syndrome*, „American Journal of Cardiology” 2013; 111 (1): 58–62.
- Wyke S., Hunt K., Ford G., *Consulting the general practitioner for symptoms of minor illness: why are women more likely to consult?*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 1995; 49: 546.
- Wyke S., Hunt K., Ford G., *Gender differences in consulting a general practitioner for common symptoms of minor illness*, „Social Science and Medicine” 1998; 46: 901–906.
- Hunt K., Ford G., Harkins L. et al., *Are women more ready to consult than men? Gender differences in general practitioner consultation for common chronic conditions*, „Journal of Health Services Research and Policy” 1999; 4 (2): 96–100.
- Waddell C., Floate P., *Research note: gender and the utilization of health care services in Perth, Australia*, „Sociology of Health and Illness” 2008; 8 (2): 170–177.
- Hunt K., *A generation apart? An examination of changes in gender-related experiences and health in women in early and late mid-life*, „Social Science and Medicine” 2002; 54: 663–676.
- Chun H., Cho S.I., Khang Y.H. et al., *Trends in gender-based health inequality in a transitional society: a historical analysis of South Korea*, „Journal of Preventive Medicine and Public Health” 2012; 45 (2): 113–121.
- Felix D.S., Robinson W.D., Jarzynka K.J., *The Influence of Divorce on Men's Health*, „Journal of Men's Health” 2013; 10 (1): 3–7.
- Fiori K.L., Denckla C.A., *Social support and mental health in middle-aged men and women: a multidimensional approach*, „Journal of Aging and Health” 2012; 24 (3): 407–438.
- Wojtyniak B., *Sytuacja zdrowotna po 1989 r. i projekcja na przyszłość*, Kongres Zdrowia Publicznego, Warszawa, 24 listopada 2014.

32. Główny Urząd Statystyczny, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.*, GUS, Warszawa 2014.
33. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2013 r.*, Warszawa 2014.
34. Cianciara D., *Zdrowie – męska rzecz. Raport Siemens 2012*, Siemens, Warszawa 2012.
35. García-Calvente Mdel M., Hidalgo-Ruzzante N., Del Río-Lozano M. et al., *Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain*, „Sociology of Health and Illness” 2012; 34 (6): 911–926.
36. Centrum Badań Opinii Społecznej, *O roli kobiet w rodzinie*, CBOS BS/30/2013, Warszawa 2013.
37. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik demograficzny 2014*, GUS, Warszawa 2014.
38. Titkow A., Duch-Krzyszczak D., Budrowska B., *Nieodpłatna praca kobiet – mity, realia, perspektywy*, IFiS PAN, Warszawa 2004.
39. Davidson K.W., Trudean K.J., van Roosmalen E. et al., *Gender as a determinant and implications for health education*, „Health Education and Behavior” 2006; 33 (6): 731–743
40. Vlassoff C., *Gender differences in determinants and consequences of health and illness*, „Journal of Health, Population and Nutrition” 2007; 25 (1): 46–61.
41. Robertson S., *Theories of Masculinities and Men’s Health-Seeking Practices*, Nowhere Man Press 2009.
42. Skoczylas Ł., *Hegemoniczna męskość i dywidenda patriarchy. O społecznej teorii płci kulturowej Raewyn Connell*, „Refleksje” 2011; 4: 11–18.
43. Skucha M., *Męskości nowoczesne? Wiek XIX*, „Wielogłos” 2012; 11 (1): 7–9.
44. Courtenay W.H., *Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: a theory of gender and health*, „Social Science and Medicine” 2000; 50 (10): 1385–1401.
45. Mathewson S.H., *Man is the remedy of man: constructions of masculinity and health-related behaviour among young men in Dakar, Senegal*, London School of Economics and Political Science, Development Studies Institute, London 2009.
46. Sanocka K., *Stereotypy płci w czytankach – wybrane przykłady zmian zachodzących w polskich szkołach*, „Palimpsest. Czasopismo Socjologiczne” 2012; 3: 3–14.
47. Moynihan C., *Theories of masculinity*, „BMJ” 1998; 317 (7165): 1072–1075.
48. Bottorff J.L., Oliffe J.L., Robinson C.A. et al., *Gender relations and health research: a review of current practices*, „International Journal for Equity in Health” 2011; 10: 60.
49. Landman M., *Getting quality in qualitative research: A short introduction to feminist methodology and methods*, „Proceedings of the Nutrition Society” 2006; 65: 429–433.
50. Annandale E., Hunt K., *Gender inequalities in health: research at the crossroads*, w: Annandale E., Hunt K. (red.), *Gender inequalities in health*, Open University Press, Buckingham 2000.
51. Brown T.H., Hargrove T.W., *Multidimensional approaches to examining gender and racial/ethnic stratification in health*, „Women, Gender, and Families of Color” 2013; 1 (2): 180–206.
52. World Health Organization, *Fatherhood and health outcomes in Europe*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2007.
53. Backhans M.C., Lundberg M., Månsson A., *Does increased gender equality lead to a convergence of health outcomes for men and women? A study of Swedish municipalities*, „Social Science and Medicine” 2007; 64 (9): 1892–1903.
54. Zosuls K.M., Miller C.F., Ruble D.N. et al., *Gender Development Research in Sex Roles: Historical Trends and Future Directions*, „Sex Roles” 2011; 64 (11–12): 826–842.
55. Nathanson C.A., *Illness and the feminine role: a theoretical review*, „Social Science and Medicine” 1975; 9: 57–62.
56. Nathanson C.A., *Sex roles as variables in preventive health behavior*, „Journal of Community Health” 1977; 3 (2): 142–155.
57. Clarke J.N., *Sexism, feminism and medicalism: a decade review of literature on gender and illness*, „Sociology of Health and Illness” 1983; 5 (1): 62–82.
58. López Ramírez T., *Androcentric and sociocentric approaches to the history of medicine*, „Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina” 1992; 41 (61): 42–52.
59. Rosser S.V., *Women’s Health – Missing from U.S. Medicine*, Indiana University Press, Bloomington & Indianapolis 1994.
60. US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, *General consideration for the clinical evaluation of drugs. Good guidance practices*, FDA, Rockville 1977.
61. United States General Accounting Office, *Women’s health. FDA needs to ensure more study of gender differences in prescription drug testing*, October 1992.
62. US Department of Health and Human Services. Food and Drug Administration, *Guideline for the study and evaluation of gender differences in the clinical evaluation of drugs*, July 1993.
63. Mastroianni A.C., Faden R., Federman D. (red.), Committee on Ethical and Legal Issues Relating to the Inclusion of Women in Clinical Studies, Institute of Medicine, *Women and Health Research: Ethical and Legal Issues of Including Women in Clinical Studies, Volume 1*, National Academy Press, Washington 1994.
64. Mastroianni A.C., Faden R., Federman D. (red.), Institute of Medicine (US) Committee on the Ethical and Legal Issues Relating to the Inclusion of Women in Clinical Studies, *Women and Health Research: Ethical and Legal Issues of Including Women in Clinical Studies: Volume 2: Workshop and Commissioned Papers*, National Academy Press, Washington 1998. ^[P]_{SEPT}
65. Geller S.E., Adams M.G., Carnes M., *Adherence to Federal Guidelines for Reporting of Sex and Race/Ethnicity in Clinical Trials*, „Journal of Women’s Health” 2006; 15 (10): 1123–1131.
66. Kim E.S.H., Carrigan T.P., Menon V., *Enrollment of women in National Heart, Lung, and Blood Institute-Funded Cardiovascular Randomized Controlled Trials. Fails to meet current federal mandates for inclusion*, „Journal of American College of Cardiology” 2008; 52 (8): 672–673.
67. Blehar M.C., Spong C., Grady C. et al., *Enrolling pregnant women: issues in clinical research*, „Womens Health Issues” 2013; 23 (1): e39–e45.
68. Food and Drug Administration, *Participation of Females in Clinical Trials and Gender Analysis of Data in Biologic Product Applications*, 29.01.2015.

69. Levack B.P., *Polowanie na czarownice w Europie wczesnonowożytnej*, Ossolineum, Wrocław 2009.
70. Wong Y.L., *Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector*, UN CSW Expert Group Meeting on Women and Health, September 1998.
71. Gahagen J., Gray K., Whynacht A., *Sex and gender matter in health research addressing health inequalities in health reporting*, „International Journal for Equity in Health” 2015; 14: 12.
72. Hawkes S., Buse K., *Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths*, „Lancet” 2013; 381: 1783–1787.
73. Baggio G., Corsini A., Floreani A. et al., *Gender medicine: a task for the third millennium*, „Clinical Chemistry and Laboratory Medicine” 2013; 51 (4): 713–727.
74. Wong Y.L., *Gender issues in medical and public health education*, „Asia Pacific Journal of Public Health” 2000; 12 (suppl.): 74–77.
75. World Health Organization, *Integrating gender into the curricula for health professionals. Meeting report 4–6 December*, Department of Gender, Women and Health, Geneva 2006.
76. On Board Public Relations, *Zaburzenia seksualne u mężczyzn – obraz problemu oczami kobiet i mężczyzn malowany. Raport o zdrowiu Polaków*, Warszawa lipiec 2012.
77. Urban E., Piotrowicz M., Cianciara D., Gajewska M., Lewtak K., *Zainteresowanie problematyką zdrowia kobiet oraz mężczyzn – ilościowa i jakościowa analiza publikacji w wybranych bazach bibliograficznych on-line*, w: Cianciara D. (red.), *Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2014: 222–239.
78. World Health Organization, *Madrid statement. Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2001.