



Raport Siemens 2012

Zdrowie – męska rzecz

Raport Siemensa 2012

Zdrowie – męska rzecz

dr hab. n. med. Dorota Cianciara

Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

Pomysłodawca i mecenas projektu

Partner merytoryczny

SIEMENS



Szanowni Państwo!

Publikacja pierwszego *Raportu Siemensa* – „Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych?” – zbiegła się w czasie z dwudziestolecie naszej działalności w Polsce. Wydawnictwo to było jednak czymś więcej niż tylko ważnym elementem rocznicowych obchodów. Od samego początku traktowaliśmy *Raport* jako akcję długofalową. Dlatego z wielką radością i dumą prezentujemy Państwu kolejną jego edycję, tym razem poświęconą zdrowiu mężczyzn.

Naszą ambicją nie było jedynie rozpoznanie i opisanie ostatecznej listy przyczyn, dla których mężczyźni – także w Polsce – zbyt rzadko i za późno sięgają po pomoc medyczną. Chcieliśmy zadać najważniejsze pytania i zainicjować publiczną dyskusję na temat zdrowia mężczyzn. W tym celu zebraliśmy istniejące już badania i dane, ale przede wszystkim przeprowadziliśmy własny, szeroko zakrojony projekt badawczy, oparty głównie na metodach jakościowych. Wydaje nam się, że takie spojrzenie jest w debacie bardzo potrzebne, a dotychczas nie było w niej obecne.

Z perspektywy roku widać, że rezultatem publikacji pierwszego *Raportu Siemensa* oraz towarzyszących mu spotkań jest nie tylko wiedza na temat barier profilaktyki, której dostarczyły nam badania zespołu prof. A. Łuszczynskiej. Być może jeszcze ważniejszym

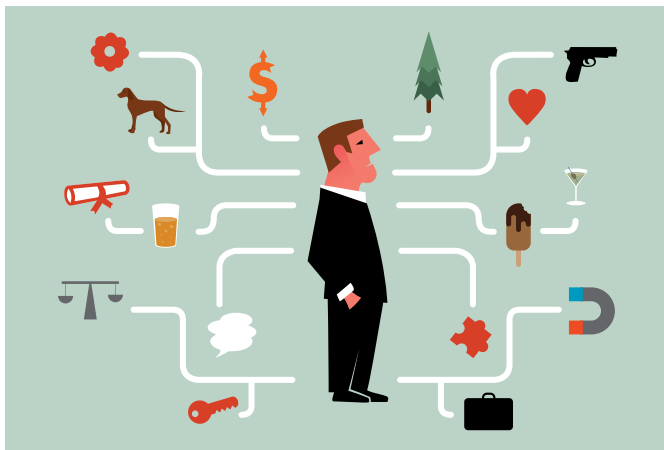
osiągnięciem było zainicjowanie dialogu wielu środowisk, instytucji i osób, dotychczas osobno działających na rzecz zdrowia kobiet. Mamy wielką, uzasadnioną zeszłorocznym sukcesem nadzieję, że i tym razem uda nam się stworzyć użyteczną platformę dyskusji, wymiany doświadczeń, inicjowania kolejnych działań.

Mężczyźni, jak piszemy w zakończeniu *Raportu*, często narażają zdrowie i mają z nim poważne kłopoty w jakimś sensie dlatego, że tak a nie inaczej postrzegają swoją męską tożsamość. Jednocześnie czują jednak – i to jest być może najważniejszy wynik naszych badań – że konieczny jest przełom, że męskość wcale nie wyklucza dbałości o zdrowie. Tak szeroko zakrojona zmiana stereotypowego myślenia i podejścia do zdrowia mężczyzn – zarówno wśród nich samych, jak i w szeroko rozumianym otoczeniu – wymaga jednak wsparcia. Mamy nadzieję, że prezentując publicznie kolejny *Raport Siemensa* dokładamy małą cegiełkę do tego niezwykle potrzebnego działania.

Zbigniew Paweł Migdalski
Dyrektor Sektora Healthcare
Siemens sp. z o.o.

Spis treści

1. O CZYM JEST RAPORT SIEMENSA 2012?	8
2. STRESZCZENIE	10
3. WPROWADZENIE	11
3.1. Jak długo żyją mężczyźni w Polsce?	11
3.2. Które miejsce zajmują Polacy w europejskim rankingu zdrowia?	12
3.3. Co wiemy o wykształceniu i pracy zawodowej mężczyzn?	13
3.4. Co wiemy o stylu życia mężczyzn?	15
3.5. Co wiemy o korzystaniu z opieki medycznej przez mężczyzn?	17
4. ZAŁOŻENIA I CEL BADAŃ	25
4.1. Czym jest zdrowie?	25
4.2. Jakie są uwarunkowania zdrowia?	25
4.3. Jakie są przyczyny różnic w stanie zdrowia mężczyzn i kobiet?	27
4.4. Co chcieliśmy zbadać?	29
5. WYNIKI BADAŃ I ICH OMÓWIENIE	32
5.1. Ilościowe badanie typu omnibus w populacji generalnej	32
5.2. Jakościowe badania fokusowe wśród mężczyzn, kobiet i lekarzy POZ	33
5.3. Analiza przekazu medialnego skierowanego do mężczyzn	44
6. PODSUMOWANIE	50
7. REKOMENDACJE	55
8. PIŚMIENNICTWO	57
ZAŁĄCZNIK I	
Ogólny stan zdrowia polskich mężczyzn – analiza porównawcza	62
ZAŁĄCZNIK II	
Czy widoczne są różnice w zainteresowaniu zdrowiem mężczyzn oraz kobiet w Polsce? Popularność tematyki zdrowia mężczyzn oraz kobiet w bazie PBL GBL w latach 1991–2012.	80



1. O czym jest Raport Siemens 2012?

„Mężczyźni żyją krócej niż kobiety” – zdanie na pozór tak oczywiste, traktowane niemal jak truizm, nie wyjaśnia niczego, pozostając na poziomie mało wyczerpującej i niezbyt wiarygodnej wiedzy z zasobów zdrowego rozsądku. Tym bardziej, że nie w każdym kraju tak jest – uwarunkowania biologiczne nie wyczerpują zatem listy czynników. Co więcej, Polacy żyją krócej niż mężczyźni w Europie Zachodniej, ale ta różnica w przypadku Polek jest mniejsza – a więc także odmienne systemy i jakość opieki zdrowotnej nie mogą tłumaczyć wszystkiego. Taka jest geneza naszego projektu: kolejnego Raportu Siemens, tym razem poświęconego zdrowiu mężczyzn.

W pierwszej kolejności – korzystając z różnorodnych dostępnych danych oraz przeprowadzając własne reprezentatywne badania ilościowe – przyjrzelśmy się obrazowi stanu zdrowia Polaków, zarówno w ich własnej ocenie, jak i według twardych danych z systemu ochrony zdrowia. Uderzające są tu swoiste braki w świadomości: mężczyźni oceniają swoje zdrowie lepiej niż kobiety i rzadziej niż one korzystają z pomocy lekarskiej, choć statystyki umieralności czy skali szkodliwych nawyków (palenie tytoniu, picie alkoholu) przeczą temu optymistycznemu obrazowi.

Aby rozpoznać możliwe przyczyny takiego stanu rzeczy, przeprowadziliśmy pierwsze tego rodzaju badania jakościowe w Polsce. Uczestniczyli w nich przede wszystkim mężczyźni, ale uzupełniliśmy ich punkt widzenia o perspektywę kobiet oraz lekarzy pierwszego kontaktu. Obraz, jaki wyłonił się z naszych badań, jest wysoce niepokojący, ale daje też podstawy do ostrożnego optymizmu co do przyszłości.

Sytuację mężczyzn definiuje cały zestaw barier, wzajemnie powiązanych, a przez to wzmacniających swoje oddziaływanie. Pierwszą są uwewnętrznione przekonania na temat istoty męskości: to autoportret mężczyzny jako fundamentu bytu rodziny, w którym nie ma miejsca na słabość czy chwilową nawet niesprawność. W konsekwencji, mężczyźni unikają wizyt u le-

karza, co mogłoby się stać potwierdzeniem choroby, traktowanej jako osobista klęska i załamanie podstaw poczucia własnej wartości i męskiej tożsamości. Taka postawa w swej istocie jest szkodliwa; tymczasem, dodatkowo łączy się jeszcze z częstszym podejmowaniem przez mężczyzn ryzykownych zachowań (np. używki, ale także sporty ekstremalne) czy wykonywaniem niebezpiecznych zawodów.

Z tą typowo patriarchalną definicją „mężczyzny niezłomnego” powiązana jest obawa przed ostracyzmem i stygmatyzowaniem ze strony znaczących innych. Nawet ci spośród nich, którzy nie czują się komfortowo w owej stereotypowej roli, nie podejmują działań prozdrowotnych, nie chcą narazić się na drwiny kolegów; dbanie o zdrowie i profilaktyka uznawane są bowiem za działania nacechowane kobieco oraz bliskie zabiegom kosmetycznym. Kiedy zaś mężczyźni chorują, groźba odrzucenia przez własną partnerkę pojawia się jako jeden z podstawowych lęków. W naszych badaniach mężczyźni niemal jednym głosem i – w dużej mierze niezależnie od pozycji społecznej – traktowali swoją chorobę nie jako problem do rozwiązania, ale katastrofę, wyrzucającą ich poza nawias społeczeństwa.

Trzeba przyznać, że opinie kobiet w pewnym stopniu legitymizują takie obawy. Badane panie często dość złośliwie opisywały męskie chorowanie. Ich zdaniem mężczyźni wyolbrzymiają ból i zagrożenie, nie potrafią radzić sobie z sytuacją choroby, a jednocześnie nie są w stanie wziąć odpowiedzialności za proces leczenia. Nie dziwi więc fakt, że to kobiety najczęściej zarządzają ich zdrowiem: prowadzą do lekarzy, realizują recepty, racjonują leki. Infantyлизując mężczyzn w tej dziedzinie, wpisują się w drugą stronę patriarchalnej kliszy: kobiety-piastunki, monopolizujące w rodzinie zadania opiekuńcze. To frustruje obydwie płcie i paradoksalnie nie służy ich zdrowiu: kobiety dokładają sobie kolejne obowiązki, mężczyźni zaś uczą się zdrowotnej bezradności.

Kolejną barierą są lekarze. Kobiety-lekarki kierują się stereotypami płciowymi w niepokojącym stopniu: one także infantylizują i lekceważą swoich męskich pacjentów; uważają, że ci wyolbrzymiają swoje objawy, poddają się nieracjonalnym lękom i nie są w stanie utrzymać reżimów leczenia. To poważny problem, biorąc pod uwagę, jak sfeminizowana jest medycyna rodzinna czy interna. Ale także mężczyźni-lekarze nie rozumieją swoich pacjentów. Koncentrują się na biomedycznych aspektach choroby, nie potrafią właściwie określić źródła ich lęków, czy nawet skutecznie przekazać im niezbędnych informacji. Mężczyźni, kiedy już zdecydują się na wizytę w gabinecie, obawiając się u lekarza nie tyle bólu, co naruszenia godności, potwierdzają zatem wiele swoich uprzedzeń.

Przeprowadzona przez nas analiza mediów także dowodzi tezy o „feminizacji zdrowia”. Magazyny o treści zdrowotnej wyraźnie kierowane są do kobiet, zaś w kobiecych pismach i portalach internetowych rubryki poświęcone zdrowiu są rozbudowane i często przypominają stylistyką działy porad kosmetycznych. Z kolei media „męskie” koncentrują się na tematach sprawności fizycznej i wydolności seksualnej. To wszystko

sprawia, że mężczyznom trudniej dotrzeć do informacji poświęconych ich zdrowiu, a to, co znajdują utwierdza ich w przekonaniu, że dbałość o zdrowie jest nie bez powodu nacechowana „kobieco”.

Skąd zatem ostrożny optymizm, o którym wspomnieliśmy na początku? Otóż wydaje się, że znajdujemy się w momencie przełomowym. W naszych badaniach – choć często pośrednio i ostrożnie – nawet mężczyźni o relatywnie niższym kapitale społeczno-kulturowym deklarowali frustrację, do jakiej spycha ich patriarchalny stereotyp. Dobre zdrowie i dbałość o nie uważają za wartość aspiracyjną, ciągle jednak dla nich niedostępną z powodu obaw o krytykę i drwinę, ze strony innych mężczyzn. Kiedy jednak uświadomią sobie, że ich koledzy czy bracia zmagają się z podobnymi problemami, krytyczna masa społecznej zmiany zacznie narastać tak, jak to już się dzieje w przypadku rodzicielstwa. Przykładem takiej zmiany jest choćby to, że mężczyźni coraz częściej biorą urlopy, by opiekować się swoimi dziećmi. Być może w wyniku rosnącej świadomości, w podobny sposób zaczną także samodzielnie dbać o swoje zdrowie.



2. Streszczenie

Powszechnie uważa się, że mężczyźni żyją krócej, ale kobiety są bardziej chorowite. A jak jest naprawdę? W niniejszym opracowaniu podjęliśmy próbę odpowiedzi na pytanie, w jakiej kondycji zdrowotnej są polscy mężczyźni i co warunkuje ową kondycję. Największy nacisk położyliśmy na społeczne uwarunkowania zdrowia. Zakończywszy pracę, wiemy znacznie więcej niż na początku. Jednak wiele kwestii wymaga dalszych badań.

Sytuacja zdrowotna Polaków jest gorsza niż Polek i gorsza niż sytuacja mężczyzn w większości krajów Europy. Mężczyźni w Polsce żyją o 8,5 roku krócej niż kobiety oraz ponad 5 lat krócej niż mężczyźni w UE. Składa się na to wiele wzajemnie powiązanych czynników, między innymi:

- Spośród 18,5 mln faktycznie zamieszkałych w Polsce mężczyzn około połowy (9,5 mln) zdobyło wykształcenie nie wyższe niż zasadnicze zawodowe.
- Praca zawodowa Polaków jest związana z narażeniem na różne zagrożenia. Obecność różnych czynników fizycznych i psychofizycznych, które mogą mieć wpływ na samopoczucie i zdrowie, odczuwało od dwóch do czterech na każdych dziesięciu pracujących mężczyzn. Poszczególne rodzaje czynników obejmowały grupy liczące po kilka milionów mężczyzn.
- Więcej mężczyzn niż kobiet ma nadwagę lub jest otyłych (co ma wyraźny związek z niewłaściwą dietą i brakiem aktywności fizycznej), więcej pali papierosy i pije alkohol.
- Mężczyźni rzadziej niż kobiety korzystają z usług lekarskich, zwłaszcza mężczyźni w wieku produkcyjnym (18-64 lat). Są też bardziej krytyczni wobec jakości tych usług.
- Wielu mężczyzn jest wiernych tradycyjnej wizji męskości i staje się jej zakładnikami. Może się z tym wiązać (świadome lub nie) odczuwanie przymusu bycia zdrowym, silnym, odpornym. Chorowanie jest całkowicie sprzeczne z takim wizerunkiem, toteż mężczyźni stosują różne sposoby, aby nie być posądzonym o chorobę. Dbanie o zdrowie

nie jest z nim sprzeczne, ale mężczyźni nie umieją o nie dbać. Wynika to z licznych uwarunkowań, w tym wychowania do roli mężczyzny, społecznego przyzwolenia na podejmowanie ryzyka przez mężczyzn i wielu innych poglądów.

- Wiele kobiet zastępuje mężczyzn w zadaniach związanych z troską o ich zdrowie i występuje w roli rodzinnych opiekunek i domowych znawczyń spraw zdrowotnych. Przejmują tym samym (często z irytacją) opiekę nad mężami i partnerami. Mężczyźni korzystają z tego, ale w zamian tracą kontrolę nad swoim zdrowiem.
- Znaczącym wsparciem dla mężczyzn w dbałości o zdrowie mogliby być lekarze. Mężczyźni liczą na ich pomoc. Niestety, w codziennej praktyce lekarskiej dominuje biomedyczny, a nie biopsychosocjalny model chorób i leczenia.
- Pomimo ogromnej różnorodności informacji na tematy zdrowotne znajdujących się w prasie i Internecie, wiadomości adresowane bezpośrednio do mężczyzn są dość trudne do odszukania. Dotarcie do takich treści jest często możliwe za pośrednictwem kobiet (np. w tzw. prasie kolorowej kupowanej przez kobiety) albo przez czytanie informacji internetowych kierowanych do pań. W prasie dla mężczyzn dominuje kult muskulatury, wysiłku fizycznego oraz zdrowego odżywiania się, najczęściej powiązanego z owym wysiłkiem i tężyzną fizyczną.

Poprawa sytuacji zdrowotnej mężczyzn wymaga podjęcia działań ukierunkowanych na upodmiotowienie i usamodzielnienie mężczyzn w sprawach ich zdrowia. W opracowaniu zawarto 6 ogólnych i 21 szczegółowych zaleceń zgodnych z instrumentarium promocji zdrowia i zdrowia publicznego.

Niniejsze opracowanie jest rozszerzoną wersją drukowanego raportu, który nosi taki sam tytuł.



3. Wprowadzenie

3.1. Jak długo żyją mężczyźni w Polsce?

Zgodnie z danymi Europejskiego Urzędu Statystycznego (Eurostat) w 2010 r. przeciętna długość życia Polaków wynosiła 72,1 roku, a Polek 80,7 roku. Mieszkający w Polsce mężczyźni żyją zatem średnio o około 8,5 roku krócej niż kobiety [1].

Mężczyźni umierają częściej niż kobiety we wszystkich grupach wiekowych i np. niemowlęta płci męskiej umierają częściej niż dziewczynki. Ale największa różnica w proporcjach umieralności występuje w wieku 20-34 lat, kiedy mężczyźni umierają czterokrotnie częściej niż kobiety (patrz załącznik nr 1). Nawet ci mężczyźni, którzy dożyją 60. roku życia będą żyli o około pięciu lat krócej niż 60-letnie kobiety.

Wszystkie współczesne choroby cywilizacyjne, w tym uszczerbki na zdrowiu spowodowane przyczynami zewnętrznymi (np. wypadki, zamierzone samouszkodzenia, przestępstwo itp.), stanowią znacznie większe zagrożenie życia polskich mężczyzn niż kobiet. I tak:

- umieralność mężczyzn z powodu chorób układu krążenia jest o prawie 70% (69%) większa niż umieralność kobiet, w tym z powodu zawału serca blisko trzykrotnie,
- umieralność z powodu nowotworów złośliwych jest większa o 85% (z powodu raka płuc trzyipółkrotnie),
- umieralność z powodu chorób układu oddechowego oraz chorób układu trawiennego jest większa ponad dwukrotnie,
- umieralność z powodu przyczyn zewnętrznych jest większa czteroipółkrotnie.

Obecnie mężczyźni w Polsce dożywają wieku, jaki mężczyźni w krajach Unii Europejskiej osiągnęli 21 lat temu. W 2010 r. przeciętna długość życia polskich mężczyzn była o 5,3 roku krótsza niż średnia dłu-

gość życia mężczyzn w UE. W stosunku do Szwedów, najbardziej długowiecznych mężczyzn w UE, Polacy tracili niemal 8 lat życia (7,6 roku). Ryzyko zgonu polskich mężczyzn w stosunkowo młodym i średnim wieku (tj. 30-44 lata oraz 45-59 lat) jest o 70% większe niż ich rówieśników w UE.

W porównaniu z sytuacją w całej UE życie polskich mężczyzn jest znacznie bardziej zagrożone z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu (poziom umieralności jest wyższy o 67%), z powodu chorób układu krążenia (poziom wyższy o 58%), nowotworów złośliwych i chorób układu trawiennego (poziom wyższy o 21%).

Czynnikiem, który bardzo silnie różnicuje długość życia mężczyzn w Polsce jest poziom wykształcenia. Według szacunków Eurostatu z 2010 r. 30-letni mężczyzna z wykształceniem zasadniczym zawodowym lub niższym będzie żył o 12 lat krócej niż jego rówieśnik z wykształceniem wyższym (przeciętne dalsze trwanie życia odpowiednio: 37,3 i 49,3 roku). Tymczasem w Szwecji, kraju długowiecznych mężczyzn, różnica ta (na niekorzyść mężczyzn o niższym wykształceniu) wynosi około 4 lat (3,9 roku). Polka w wieku 30 lat z wykształceniem nie wyższym niż zawodowe będzie żyła około 4 lat krócej niż jej rówieśniczka z wykształceniem wyższym (przeciętne dalsze trwanie życia: 49,0 i 53,8 roku).

3.2. Które miejsce zajmują Polacy w europejskim rankingu zdrowia?

W 2011 r. ukazał się pierwszy w historii raport poświęcony wyłącznie porównaniu stanu zdrowia mężczyzn z 34 krajów Europy, przygotowany pod egidą Komisji Europejskiej [2]. Użyto w nim wielu wskaźników, z przewagą tzw. wskaźników negatywnych, takich jak umieralność specyficzna – z powodu określonych chorób. Dane wykorzystane do ich obliczenia pochodzą z informacji zbieranych w systemach statystyki publicznej w poszczególnych krajach, są stosunkowo łatwo dostępne i zazwyczaj bardzo rzetelne. Stosowanie takich wskaźników jest korzystne ze względu na ich przydatność w porównaniach. W raporcie znalazły się też informacje o stylu życia mężczyzn w poszczególnych krajach. Niemniej, jako dane trudniejsze do uzyskania i nie zawsze porównywalne, zostały omówione zdawkowo.

W raporcie analizą objęto dane z 27 krajów UE, 4 należących do Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (Islandia, Liechtenstein, Norwegia, Szwajca-

ria) oraz 3 państw kandydujących do UE (Chorwacja, Turcja, Była Jugosłowiańska Republika Macedonii) – o ile udało się takie uzyskać. W większości przypadków analizowano dane z mniejszej liczby państw, obejmujące lata 2004–2010 (tab. I).

Dane zawarte w raporcie wskazują, że mężczyźni z Polski są w zdecydowanie gorszej kondycji zdrowotnej niż mężczyźni z pozostałych krajów. W większości kategorii zajęli miejsca w ostatniej dziesiątce, od drugiego do ósmego od końca stawki. Szczególnie niekorzystnie wygląda sytuacja naszych mężczyzn na tle tzw. starych krajów UE. W świetle zastosowanych w raporcie mierników Polacy wypadli wyjątkowo niekorzystnie w kategoriach umieralności z powodu raka płuc, przyczyn zewnętrznych, w tym wypadków drogowych, oraz umieralności przedwczesnej (w wieku do 64 lat), w tym z powodu chorób serca i naczyń. Jedynym optymistycznym wyjątkiem jest stosunkowo dobra lokata pod względem występowania nadwagi i otyłości. Niestety, miernik ten – z powodu trudności metodologicznych związanych z jego oszacowaniem – nie musi być miarodajny. Sytuacja kobiet z Polski jest również niezadowolająca na tle europejskim.

Wskaźnik oceny sytuacji zdrowotnej	Miejsce Polaków w rankingu ¹	Liczba krajów objętych analizą danego wskaźnika
Oczekiwane trwanie życia w chwili narodzin	26	33
Oczekiwane trwanie życia w wieku 50 lat osób bez ograniczeń aktywności	19	25
Zgony w wieku 15–64 lat jako odsetek wszystkich zgonów	30	32
Umieralność ² z powodu chorób serca i naczyń w wieku 0–64 lat	25	32
Umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca	21	32
Umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca w wieku 0–64 lat	24	32
Umieralność z powodu udarów	23	32
Umieralność z powodu udarów w wieku 0–64 lat	25	32
Umieralność z powodu nowotworów	21	26
Umieralność z powodu raka płuc	25	26
Umieralność z powodu raka jelita grubego	21	27
Umieralność z powodu raka gruczołu krokowego	23	32
Umieralność z powodu przyczyn zewnętrznych	28	32
Umieralność z powodu wypadków	26	32
Umieralność z powodu wypadków drogowych	28	32
Okazjonalna aktywność fizyczna lub brak aktywności	19	27
Spożycie węglowodanów	19	21
Nadwaga lub otyłość (BMI ≥ 25)	8	28

Tabela I. Miejsce Polaków w europejskim rankingu zdrowia mężczyzn

- 1 W tabeli podano miejsce Polaków w rankingu ułożonym dla potrzeb tej publikacji w kolejności od najlepszych do najgorszych wartości danego wskaźnika.
- 2 Wszystkie współczynniki umieralności dotyczą umieralności standaryzowanej.

3.3. Co wiemy o wykształceniu i pracy zawodowej mężczyzn?

Do opisu przeciętnego polskiego mężczyzny można wybrać wiele cech. Niemniej, jeśli obraz ma być klarowny, nie może ich być zbyt wiele. Sam wybór nie stanowi jednak problemu. Prawdziwym wyzwaniem jest odnalezienie właściwych danych na temat wybranych parametrów, zwłaszcza że przydatne jest zestawienie informacji, które dotyczą tego samego okresu. Dane powinny także pochodzić z takich badań, których wyniki można odnieść do populacji ogólnej.

Nie aspirując do pełnej charakterystyki mężczyzn, przedstawiamy tylko niektóre cechy związane z pracą zawodową (tab. II, III, ryc. 1, 2). Informacje o liczbie ludności, wykształceniu i wskaźniku zatrudnienia pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego ludności i mieszkań w 2011 r. (NSP-2011). Współczynniki skolaryzacji w roku szkolnym 2010/11 podano w opracowaniu GUS, sporządzonym na podstawie informacji zbieranych przez MEN w systemie informacji oświatowej. Stopień narażenia na szkodliwe czynniki fizyczne związane z pracą zawodową został oszacowany w anketowym badaniu modułowym GUS „Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą”, przeprowadzonym w II kwartale 2007 r. Badanie to przeprowadzono metodą reprezentacyjną, wśród ludności w wieku 15 lat i więcej zamieszkującej gospodarstwa domowe. Populacja osób ówczesznie pracujących liczyła 14,936 mln, co stanowiło 47,7% ogółu ludności w wieku 15 lat i więcej (według NSP-2011 r. udział pracujących w całej populacji był nieco mniejszy i wynosił 45,7%).

Zgodnie z wynikami NSP-2011 r. [3] w kraju faktycznie mieszkało 18,516 mln mężczyzn oraz 19,714 mln kobiet (kategoria ludności faktycznie zamieszkałej była dotychczas stosowana w spisach ludności i badaniach

demograficznych). Od poprzedniego spisu w 2002 r. liczba mężczyzn zmniejszyła się o 84 tys. Populacja mężczyzn i kobiet rezydujących (nowa kategoria analizy) była o 3,3% mniejsza od liczby ludności faktycznie zamieszkałej. Spis wykazał, że przeciętny Polak jest mniej wykształcony niż Polka (tab. II, ryc.1). Połowa (51,5%) mężczyzn w Polsce zdobyła wykształcenie nie wyższe niż zasadnicze zawodowe. Mniej mężczyzn niż kobiet ukończyło szkoły średnie, policealne i wyższe. Od NSP-2002 zwiększył się widocznie (o około 5%) odsetek mężczyzn z wykształceniem wyższym oraz nieznacznie – ze średnim i policealnym. Jednocześnie coraz mniej Polaków ma wykształcenie zawodowe i podstawowe. Dane pokazują, że w roku szkolnym 2010/11 tylko co piąty chłopak uczył się w zasadniczej szkole zawodowej [4]. Odzwierciedla to ogólną prawidłowość, że młodsze pokolenia są lepiej wykształcone. Być może jest to sygnał, że powoli zanika tzw. segregacja edukacyjna, czyli nadreprezentacja mężczyzn lub kobiet na niektórych poziomach wykształcenia [5]. Na razie jednak mamy sytuację, w której co drugi mężczyzna został przygotowany głównie do pracy fizycznej i (lub) związanej z techniką, maszynami, aparaturą itp.

W 2011 r. (tab. II) co drugi mężczyzna wykonywał jakąś pracę, która przynosiła zarobek lub dochód. Cztery lata wcześniej (tab. III, ryc. 2) na każdym dziesięciu pracujących mężczyzn około dwóch do czterech uważało, że są szczególnie narażeni w miejscu pracy na czynniki fizyczne, które mogą mieć niekorzystny wpływ na samopoczucie lub na zdrowie fizyczne. Około dwóch na dziesięciu twierdziło, że są szczególnie obciążeni ilością pracy i odczuwają presję czasu [6]. Jak przekłada się to na liczby bezwzględne? Ponad 2,8 mln mężczyzn czuło się zagrożonych wypadkiem przy pracy, a ponad 2,4 mln uznawało się za narażonych na niewłaściwą pozycję ciała i wysiłek. Pozostałe rodzaje narażenia dotyczyły grup liczących po około 2 mln mężczyzn.

Wykształcenie, skolaryzacja, praca zawodowa	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
Wykształcenie (wg NSP-2011):			
Wyższe	15	19	17
Średnie i policealne	29	34	31
Zasadnicze zawodowe	28	16	22
Podstawowe ukończone i gimnazjalne	23	25	24
Podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego	1	2	1
Współczynniki skolaryzacji netto¹ w roku szkolnym 2010/11:			
Szkoły podstawowe (bez „zerówki”)	97	97	97
Gimnazja	94	94	94
Szkoły zasadnicze zawodowe	19	9	14
Licea ogólnokształcące i profilowane	35	59	47
W tym licea ogólnokształcące	33	56	44
Technika	34	24	29
Szkoły policealne	4	10	7
Wskaźnik zatrudnienia² (wg NSP-2011)	53	39	46

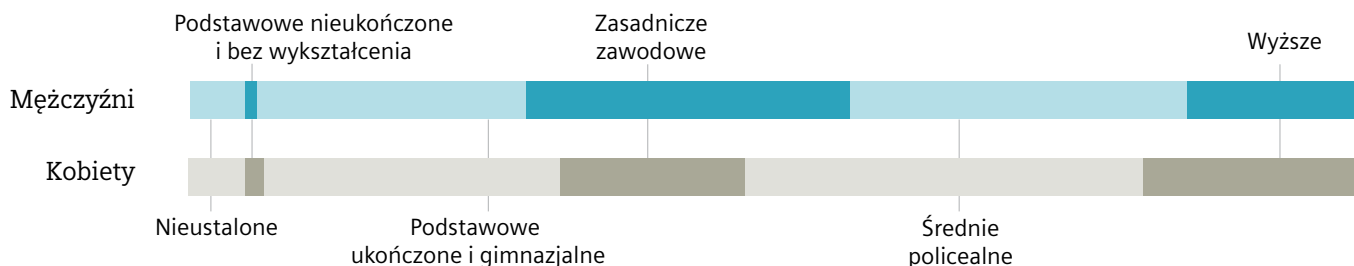
Tabela II. Wykształcenie i sytuacja zawodowa mężczyzn oraz kobiet (w %) (źródło: GUS).

- 1 Współczynnik skolaryzacji netto – stosunek liczby osób w danej grupie wieku uczących się (stan na początku roku szkolnego) na danym poziomie kształcenia do liczby ludności (stan w dniu 31 grudnia) w grupie wieku określonej jako odpowiadająca temu poziomowi nauczania.
- 2 Wskaźnik zatrudnienia – stosunek liczby pracujących do sumy aktywnych i biernych zawodowo; pracujący w trakcie NSP-2011 to osoby, które wykonywały przez co najmniej 1 godzinę pracę przynoszącą zarobek lub dochód lub nie wykonywały pracy, ale formalnie miały pracę jako pracownicy najemni bądź pracujący na własny rachunek.

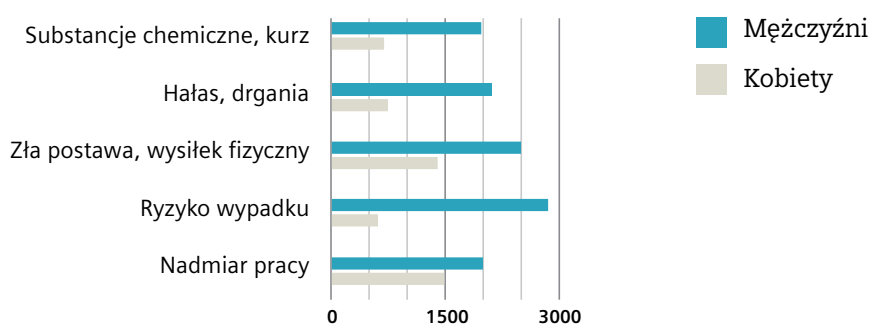
Deklaracja narażenia w miejscu pracy :	Mężczyźni ¹	Kobiety ²	Ogółem ³
Narażenie w miejscu pracy na czynniki fizyczne, które mogą mieć niekorzystny wpływ na samopoczucie lub na zdrowie fizyczne.			
Szczególnie narażeni na:			
Substancje chemiczne, kurz, opary, dym lub gaz	24	10	18
Hałas lub drgania	26	11	19
Niewłaściwą postawę i ruchy ciała lub wysiłek fizyczny związany z przemieszczaniem ciężkich ładunków	30	21	26
Ryzyko wystąpienia wypadku	35	9	23
Narażenie w miejscu pracy na czynniki psychologiczne, które mogą mieć niekorzystny wpływ na samopoczucie lub na zdrowie fizyczne.			
Szczególnie narażeni na:			
Nadmierne obciążenie ilością pracy i presją czasu	24	22	23

Tabela III. Narażenie w miejscu pracy na czynniki fizyczne i psychologiczne, które mogą mieć niekorzystny wpływ na samopoczucie lub na zdrowie fizyczne (w %) (źródło: GUS).

- 1 Odsetek narażonych na dany czynnik mężczyzn w stosunku do pracujących mężczyzn.
- 2 Odsetek narażonych na dany czynnik kobiet w stosunku do pracujących kobiet.
- 3 Odsetek narażonych – pracujących w stosunku do wszystkich pracujących.



Rycina 1. Wykształcenie mężczyzn oraz kobiet w Polsce wg NSP-2011 (źródło: GUS).



Rycina 2. Narażenie zawodowe mężczyzn oraz kobiet na czynniki fizyczne i psychologiczne (w tys.) (źródło: GUS).

3.4. Co wiemy o stylu życia mężczyzn?

Chociaż pojęcie „styl życia” rozumiemy w sposób intuicyjny, to jego zdefiniowanie nie jest łatwe. Dowodzi tego mnogość istniejących interpretacji naukowych [7-9]. W niniejszym opracowaniu przyjęliśmy, że styl życia oznacza sposób życia, który daje się poznać po pewnych zachowaniach. Te zaś są odzwierciedleniem cech indywidualnych (np. wiedzy, przekonań, postaw) oraz zbiorowych (np. relacji społecznych, czynników kulturowych i ekonomicznych). Dlatego myśląc o stylu życia, należy uwzględnić zarówno same zachowania, jak i ich szersze podłoże.

Poniżej zamieszczamy wyłącznie wyniki badań przeprowadzonych przez CBOS oraz GUS. W tabeli IV znajdują się wyniki trzech badań CBOS zrealizowanych na liczących około 1000 osób reprezentatywnych próbach losowych Polaków (granica błędu statystycznego $\pm 3\%$).

Rycina 4 to prezentacja wyników badania GUS pod nazwą *Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (European Health Interview Survey)*. Zostało przeprowadzone w IV kwartale 2009 r. i objęło 41,8 tys. osób, tj. 6,7 tys. dzieci w wieku 0-14 lat oraz 35,1 tys. osób dorosłych. Jego wyniki zostały uogólnione na ludność według stanu w dniu 31 grudnia.

Jakkolwiek w piśmiennictwie z obszaru zdrowia publicznego można odnaleźć wiele innych badań, które rzucają dodatkowe światło na omawiane problemy, to jednak zazwyczaj ich wyniki nie mogą być uogólniane na populację generalną (ogólną).

Mężczyźni i kobiety mają nieco inną hierarchię wartości. Jak wynika z tab. IV, mężczyźni przykładali dużą wagę do spokoju i grona przyjaciół [10], co – zwłaszcza w tym pierwszym wypadku – łączy się w spójną całość z obserwacją, że mieli więcej wolnego czasu niż kobiety [11]. Ma to przypuszczalnie związek z mniejszym obciążeniem pracami i obowiązkami domowymi.

Elementy stylu życia	Mężczyźni (opis, odsetek mężczyzn)	Kobiety (opis, odsetek kobiet)	Ogółem (opis, odsetek ogółu)
Hierarchia wartości: częściej wymieniane wartości	spokój, grono przyjaciół	wiara, zdrowie, szczęście rodzinne	szczęście rodzinne, zdrowie, uczciwe życie
Ocena ilości wolnego czasu: więcej niż 40 godzin tygodniowo			
Pracujący	12	5	9
Niepracujący	52	31	39
Popularność sposobów dbałości o ciało			
Salon kosmetyczny	5	38	22
Solarium	12	30	22
Fitness	4	25	15
Masaż, hydromasaż	19	25	22
Programy odchudzania	2	8	5
Modelowanie sylwetki	1	6	4
Siłownia	36	23	29
Programy rozwoju tkanki mięśniowej	5	1	3
Sauna, łaźnia, jacuzzi	33	29	31

Tabela IV. Styl życia mężczyzn oraz kobiet (źródło: CBOS).

Uwaga – w niektórych zestawieniach suma poszczególnych składników nie musi wynosić 100%. Wynika to z pominięcia niektórych kategorii odpowiedzi, możliwości wyboru kilku odpowiedzi i/lub zaokrągleń do jedności dokonywanych przy uogólnianiu wyników badania.

Dbanie o własne ciało nie było domeną kobiet [12]. Również mężczyźni troszczyli się o nie, ale mieli na to inne sposoby. Szczególnie popularne były wśród nich siłownia oraz sauna, łaźnia i jacuzzi. Siłownia, podstawowa męska metoda dbałości o kondycję, niemal dorównywała popularnością najpowszechniejszej metodzie damskiej, jaką był gabinet kosmetyczny. Najbardziej popularna była wśród młodych mężczyzn. Warto tu odnotować, że zgodnie z danymi Eurostatu (dane z 2009 r. dotyczące EU-27) mężczyźni do 54 rż. podejmują aktywność fizyczną raczej z chęci zwiększenia sprawności, dla zabawy i bycia z przyjaciółmi, podczas kiedy kobiety w tym wieku robią to dla zdrowia, poprawy wyglądu i kontroli masy ciała [13].

Według danych GUS Polacy rzadziej niż Polki oceniali swoje zdrowie źle lub bardzo źle [14]. Rzadziej też deklarowali: występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych i chorób przewlekłych trwających co najmniej 6 miesięcy, korzystanie z porady lekarza pierwszego kontaktu (LPK), a także specjalisty (nieuwzględnione na rycinie) oraz stosowanie leków (ryc.

3). Wyłaniający się z tych ocen wizerunek na pozór zdrowego mężczyzny kłóci się w pewnej mierze z kolejnymi faktami. Około sześciu na dziesięciu Polaków miało nadwagę lub otyłość, a czterech paliło papierosy. Pięciu piło alkohol 2-4 razy w miesiącu lub częściej, chociaż nie wiemy, w jakiej ilości i jaki. Znaną prawidłowością, także w Polsce, jest to, że osoby z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim częściej palą papierosy niż osoby z wyższym wykształceniem [15].

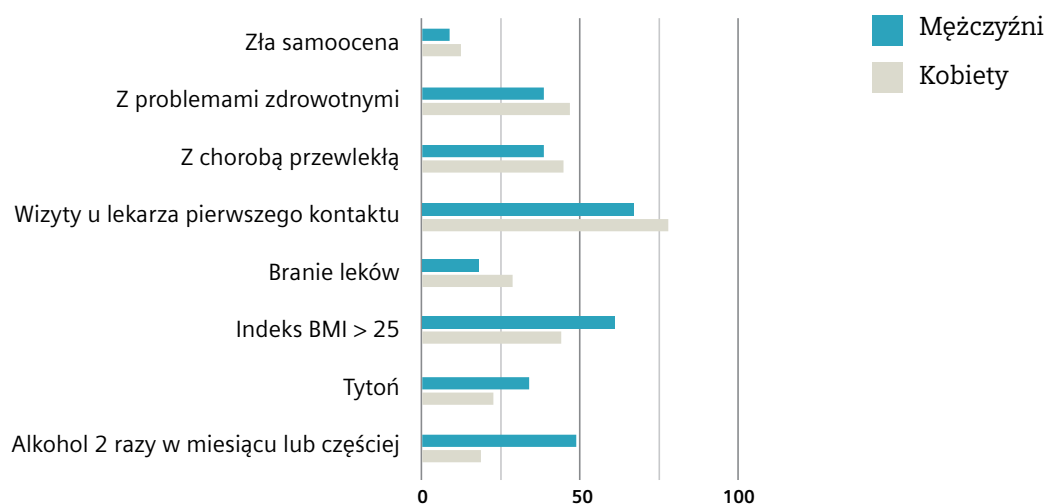
W okresie między dwoma badaniami GUS (w ciągu 5 lat) populacja dorosłych mężczyzn z nadwagą lub otyłych wzrosła o 9 punktów procentowych. Wzrost masy ciała wystąpił we wszystkich grupach wiekowych, przy czym najczęściej tyli mężczyźni stosunkowo młodzi (w wieku 20-39 lat) oraz najstarsi (w wieku 70 lat i więcej). W ciągu 5 lat udział mężczyzn codziennie palących tytoń zmniejszył się o ponad 3 punkty procentowe. Warto zauważyć też, że w Polsce ogólnie zwiększyła się konsumpcja leków. W ciągu pięciu lat spożycie leków wzrosło o 17 punktów procentowych,

a Polacy coraz częściej leczą się samodzielnie i biorą leki niezapisane przez lekarza.

A zatem, z jednej strony dobra subiektywna ocena zdrowia i niekorzystanie z usług medycznych, z drugiej zaś – szeroko rozpowszechnione zachowania niekorzystne dla zdrowia oraz – co już wiemy – nadumieralność mężczyzn. Jak wyjaśnić ten fenomen? Możliwe, że cała populacja składa się z kilku podgrup, a posługiwanie się średnią arytmetyczną tuszuje tę różnorodność i zaciemnia obraz. Należy przecież pamiętać, że w badaniu GUS nie analizowano wzajemnych zależności różnych cech (zmiennych zależnych) i nie wiemy np., czy palący ocenili swoje zdrowie gorzej. Z innych badań wiadomo jednak, że mężczyźni

z zerowym wskaźnikiem zdrowego stylu życia (kryteriami były: niepalenie, odpowiednie spożycie warzyw i owoców, właściwa masa ciała, wystarczająca aktywność fizyczna) zamiennie częściej opisywali swoje zdrowie jako złe lub kiepskie [16]. Warto przy okazji podkreślić, że mężczyźni bez pracy gorzej oceniają swoje zdrowie niż zatrudnieni [17].

Nie można też wykluczyć, że istnieje tu jaskrawa sprzeczność. Dysonans polegający na tym, że te same osoby deklarowały zarówno dobrą samoocenę czy brak kontaktu z lekarzem, jak i otyłość czy palenie. Może mężczyźni inaczej postrzegają czynniki ryzyka dla zdrowia? Wyjaśnienie tych wątpliwości wymaga pogłębionej analizy.



Rycina 3. Samoocena stanu zdrowia i sytuacja zdrowotna mężczyzn oraz kobiet (w %) (źródło: GUS).

3.5. Co wiemy o korzystaniu z opieki medycznej przez mężczyzn?

Badanie ankietowe GUS pod nazwą *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r.* zostało przeprowadzone w IV kwartale 2010 r. Uczestniczyło w nim 4 658 gospodarstw domowych. Liczba osób podlegających badaniu w zbadanych gospodarstwach wynosiła 13 236. Wyniki badania zostały uogólnione na wszystkie indywidualne gospodarstwa domowe.

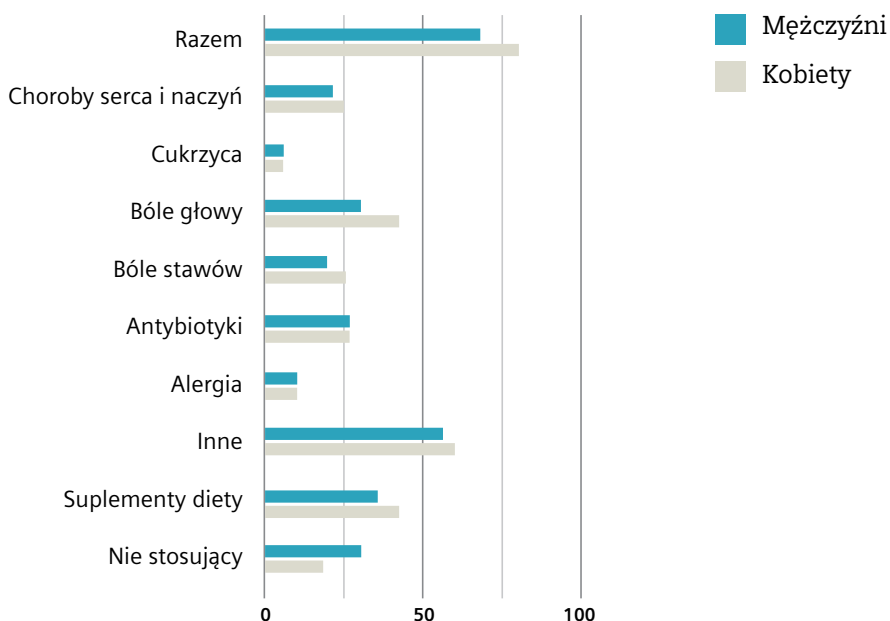
Informacje o pobytach w szpitalach, podobnie jak przyczyny niekorzystania z opieki zdrowotnej, dotyczą całego 2010 r. Informacje o korzystaniu z porad lekarskich podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznych i dentystrycznych dotyczą ostatniego kwartału 2010 r.

Wyniki tego badania potwierdziły prawidłowości związane z zażywaniem leków, zarejestrowane rok wcześniej. Ogólnie mniej mężczyzn stosowało suplementy diety i lekarstwa, w tym także na choroby serca

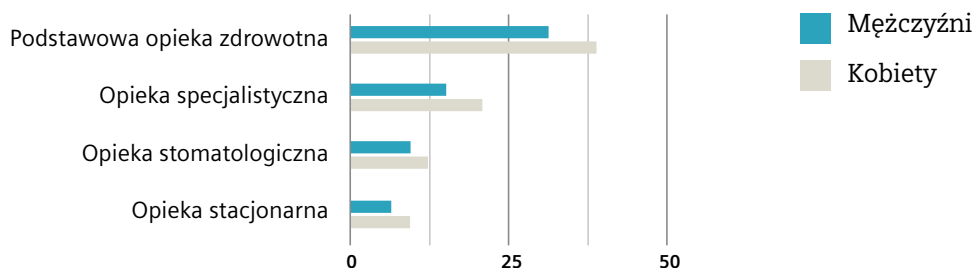
i naczyń (ryc. 4). Z podobną częstością jak kobiety zażywali jednak leki na cukrzycę, objawy alergii, a także antybiotyki [18].

W tak zwanym lecznictwie otwartym panowie rzadziej odwiedzali lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy specjalistów, a także dentystów (ryc. 5). W tym ostatnim przypadku różnica była mniej znaczna, co świadczy, że mężczyźni nie rezygnują z leczenia stomatologicznego. Mężczyźni byli też rzadziej pacjentami w placówkach opieki stacjonarnej (szpitale ogólne,

specjalistyczne, w tym psychiatryczne i leczące uzależnienia, oraz zakłady uzdrowiskowe). Do pobytu w zakładach opieki stacjonarnej przyznawało się około 7% mężczyzn i 10% kobiet. Różnica ta wynika przede wszystkim z hospitalizacji kobiet związanych z ciążą i porodem (13% ogólnej liczby pobytów kobiet w szpitalach). Częściowo może jednak także wynikać między innymi z niechęci do przyznania się do leczenia odwykowego w trybie szpitalnym. Ogólnie mężczyźni raczej korzystali z usług w sektorze publicznym oraz świadczeń w ramach ubezpieczenia w NFZ.



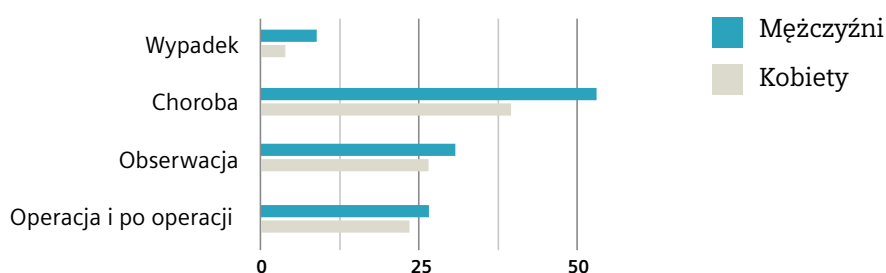
Rycina 4. Stosowanie leków na niektóre choroby i suplementów diety przez mężczyzn oraz kobiety (w proc.) (źródło: GUS).



Rycina 5. Korzystanie z porad lekarskich w IV kwartale 2010 r. przez mężczyzn oraz kobiety i pobyty w szpitalu w 2010 r. (w %.) (źródło: GUS).

Całkowicie inaczej zarysował się obraz leczenia mężczyzn w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej ze względu na przyczynę hospitalizacji, po wyeliminowaniu pobytów związanych z ciążą i porodem (ryc. 6). Do hospitalizacji w 2010 r. przyznało się 7% badanych przez GUS mężczyzn i 10% kobiet. Na jedną kobietę hospitalizowaną z powodu wypadku przypadało 2,25 mężczyzny, z powodu jakiejś choroby – 1,35 mężczyzny, z powodu zabiegu – 1,20, w celu obserwacji – 1,15. Pomijając zdarzenia nagłe, jak szpitalne leczenie skutków wypadków, można przyjąć, że brak wcześniejszej opieki medycznej w trybie otwartym nieuchronnie doprowadził mężczyzn do ruiny zdrowia,

która wymagała hospitalizacji. Sugeruje to, że badani mężczyźni mogli zgłaszać się do lekarza w bardziej zaawansowanym stadium choroby. Ale prawdopodobne jest także, że lekarze, mniej lub bardziej świadomie, chętniej kierowali do szpitala cierpiących mężczyzn niż kobiety. Mechanizm taki jest opisywany w piśmiennictwie (19, 20) i może wynikać np. z przekonania, że mężczyźni nie poradzą sobie z chorobą w domu i nie będą przestrzegać wskazanych reguł diagnostycznych i terapeutycznych. Odnotowana struktura hospitalizacji mężczyzn jest arcyciekawa i wymaga dalszych analiz.



Rycina 6. Przyczyny hospitalizacji mężczyzn oraz kobiet (w proc.) (źródło: GUS).

Większość badanych przyznała, że nie miała problemów z dostępem do usług lekarskich, tzn. skorzystała z nich zawsze, kiedy zaistniała taka potrzeba albo nie mieli takiej potrzeby (87% mężczyzn, 88% kobiet). Wśród istotnych przyczyn niekorzystania z porad lekarskich ambulatoryjnych (ryc. 7) mężczyźni częściej wskazywali oczekiwanie na poprawę sytuacji (ustąpienie objawów), strach, brak czasu i brak lekarza danej specjalności. Zwracają uwagę wysokie odsetki odpowiedzi, zarówno mężczyzn, jak i kobiet, że barierą w korzystaniu z porad jest długi czas oczekiwania na wizytę, brak czasu oraz brak pieniędzy, a więc istotne

czynniki decydujące o dostępności świadczeń. Pamiętając, że mężczyźni mają więcej wolnego czasu, argument o braku czasu wymagałby bardziej wnikliwej analizy. Ostatni powód może być wyrazem rzeczywistego braku dostępu do danego specjalisty i (lub) niewiedzy, u kogo szukać porady w zaistniałej sytuacji zdrowotnej. A może mężczyźni potrzebują jakiegoś szczególnego lekarza, innego niż ci, których mamy? Podstawową barierą w korzystaniu z usług dentystrycznych był strach i prawie dwa razy więcej mężczyzn niż kobiet podawało ten argument (odpowiednio: 22%, 14%).

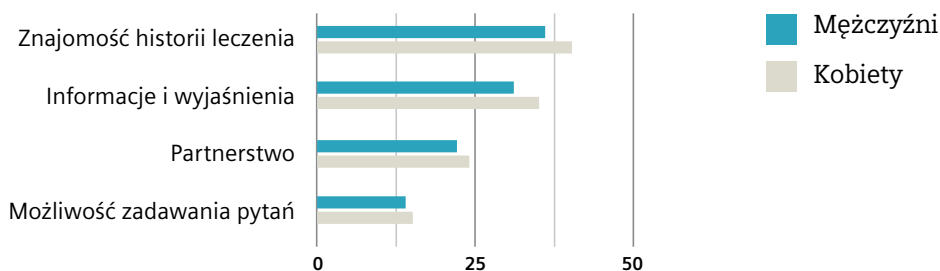


Rycina 7. Przyczyny niekorzystania przez mężczyzn oraz kobiety z usług lekarskich (bez stomatologicznych) (w proc.) (źródło: GUS).

Mężczyźni rzadziej niż kobiety byli bardzo zadowoleni z wyboru lekarza pierwszego kontaktu/pediatry (odpowiednio: 16% i 18%). Zarazem byli bardziej krytyczni, oceniając jego znajomość historii leczenia, zrozumiałość udzielanych przez niego informacji i wyjaśnień, informowanie o możliwościach leczenia i angażowanie pacjenta w decyzje terapeutyczne (na rycinie oznaczone jako partnerstwo), a także możliwości zadawania pytań lekarzowi (ryc. 8). Krytycyzm taki może wynikać z ogólnie niższego poziomu wykształcenia mężczyzn. Niższy poziom wykształcenia łączy się zazwyczaj z mniejszą wiedzą ogólną i może przeszkadzać w zrozumieniu komunikatu medycznego. Nie można też wykluczyć, że lekarze nawiązują lepsze i bardziej efektywne relacje z pacjentami o wyższym

wykształceniu. Z badań prowadzonych w Polsce wynika bowiem, że realizacja lekarskiego obowiązku informowania pacjenta jest lepiej oceniana przez osoby z wykształceniem wyższym i średnim [21].

Mężczyźni rzadziej niż kobiety przyznawali, że lekarz udzielił im zaleceń na temat zdrowego trybu życia albo zainteresował się problemami emocjonalnymi. Ciężką jednak, że przy wszystkich tych zastrzeżeniach byli zadowoleni z czasu trwania wizyty i częściej niż kobiety oceniali go jako wystarczający (odpowiednio: 64% i 63%). Sugeruje to, że dla mężczyzn satysfakcja z relacji z lekarzem nie musi mieć związku z czasem. Może wizyta powinna być krótka, ale treściwa?



Rycina 8. Zadowolenie mężczyzn oraz kobiet z relacji z lekarzem pierwszego kontaktu/pediatrą (odpowiedź „zawsze”) (w proc.) (źródło: GUS).

Z omawianego badania wyłania się również przejmujący obraz zależności między poziomem wykształcenia respondentów a ich korzystaniem z opieki zdrowotnej oraz opiniami o niej (tab. V). Generalnie im niższe wykształcenie, tym gorsza subiektywna ocena własnego zdrowia, większe stosowanie leków ogółem, więcej pobyków w szpitalach (z powodu wypadków i chorób), więcej porad w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej, mniej porad stomatologicznych. Ponadto

osoby o najniższych poziomach wykształcenia częściej twierdziły, że przyczyny niekorzystania z usług lekarskich tkwią w trudnościach z dojazdem do lekarza, braku pieniędzy, strachu oraz oczekiwaniu, aż objawy same ustąpią. Osoby te miały też większe zastrzeżenia co do zrozumiałości komunikatu lekarza, częściej nie dostrzegały partnerstwa w relacjach z lekarzem i twierdziły, że nie zalecał im on zdrowego trybu życia i nie pytał o problemy emocjonalne.

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Wykształcenie							
	w	p	śz	śó	zz	g	pu	bw
Bardzo dobry						•		
Dobry		•						
Taki sobie, ani dobry, ani zły					•			
Zły								•
Bardzo zły								•

Członkowie gospodarstw domowych stosujący leki lub suplementy diety	w	p	śz	śó	zz	g	pu	bw
Stosujący leki (razem)								•
Na choroby sercowo-naczyniowe							•	
Na cukrzycę							•	
Na bóle głowy				•				
Na bóle stawów							•	
Antybiotyki							•	
Na objawy alergii				•				
Inne leki								•
Suplementy diety	•							

Pobyty w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej	w	p	śz	śó	zz	g	pu	bw
Z powodu wypadku						•		
Z powodu choroby								•
Z powodu obserwacji i diagnozowania				•				
Z powodu operacji, pobytu pooperacyjnego					•			

Korzystanie z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej (bez stomatologicznych)	w	p	śz	śó	zz	g	pu	bw
Razem								•

Korzystanie z porad lekarskich specjalistycznych	w	p	śz	śó	zz	g	pu	bw
Razem	•							

w – wyższe, p – policealne, śz – średnie zawodowe, śó – średnie ogólnokształcące, zz – zasadnicze zawodowe, g – gimnazjalne, pu – ukończone podstawowe, bw – bez wykształcenia

Korzystanie z porad stomatologicznych	w	p	śz	śo	zz	g	pu	bw
Razem	•							

Przyczyny niekorzystania z usług lekarskich (bez stomatologicznych)	w	p	śz	śo	zz	g	pu	bw
Nie istniała taka potrzeba / zawsze kiedy musiałem, to korzystałem								•
Nie znam żadnego dobrego lekarza		•						
Brak lekarza danej specjalności								•
Długi czas oczekiwania na termin wizyty	•							
Niedostosowany czas przyjęć	•							
Trudności z dojazdem								•
Brak czasu	•							
Brak pieniędzy							•	
Strach					•			
Oczekiwanie na ustąpienie objawów						•		

Przyczyny niekorzystania z usług stomatologicznych	w	p	śz	śo	zz	g	pu	bw
Nie istniała taka potrzeba / zawsze kiedy musiałem, to korzystałem								•
Nie znam żadnego dobrego lekarza		•						
Brak lekarza danej specjalności		•						
Długi czas oczekiwania na termin wizyty						•		
Niedostosowany czas przyjęć		•						
Trudności z dojazdem			•					
Brak czasu	•							
Brak pieniędzy		•						
Strach						•		
Oczekiwanie na ustąpienie objawów							•	

Ocena jakości opieki zdrowotnej w ramach NFZ	w	p	śz	śo	zz	g	pu	bw
Pogorszyła się			•					
Pozostała bez zmian								•
Poprawiła się	•							
Nie mam zdania						•		

Zadowolenie z wyboru lekarza pierwszego kontaktu, pediatry	w	p	śz	śo	zz	g	pu	bw
Bardzo zadowolony		•						
Raczej zadowolony						•		
Nie za bardzo zadowolony				•				
Niezadowolony	•							

w – wyższe, **p** – policealne, **śz** – średnie zawodowe, **śo** – średnie ogólnokształcące,
zz – zasadnicze zawodowe, **g** – gimnazjalne, **pu** – ukończone podstawowe, **bw** – bez wykształcenia

Opinia na temat znajomości przez lekarza historii leczenia: lekarz pierwszego kontaktu, pediatra zna historię leczenia	w	p	śz	śó	zz	g	pu	bw
Zawsze							•	
Często								•
Czasami					•			
Rzadko lub nigdy				•				

Opinia na temat zrozumiałości informacji i wyjaśnień udzielanych przez lekarza: lekarz pierwszego kontaktu / pediatra udziela informacji i wyjaśnień w sposób zrozumiały	w	p	śz	śó	zz	g	pu	bw
Zawsze	•							
Często								•
Czasami						•		
Rzadko lub nigdy						•		

Opinia na temat informacji od lekarza o możliwościach leczenia i angażowania pacjenta w podejmowanie decyzji o najlepszym leczeniu: lekarz pierwszego kontaktu, pediatra informuje o możliwościach leczenia itd.	w	p	śz	śó	zz	g	pu	bw
Zawsze		•						
Często								•
Czasami					•			
Rzadko lub nigdy						•		

Opinia na temat możliwości zadawania pytań lekarzowi: lekarz pierwszego kontaktu, pediatra zachęca do zadawania pytań	w	p	śz	śó	zz	g	pu	bw
Zawsze	•							
Często								•
Czasami						•		
Rzadko lub nigdy				•				

Opinia na temat zaleceń i czasu poświęconego przez lekarza	w	p	śz	śó	zz	g	pu	bw
Lekarz pierwszego kontaktu zalecał zdrowy tryb życia	•							
Lekarz pierwszego kontaktu pytał o problemy emocjonalne		•						
Czas poświęcony przez lekarza pierwszego kontaktu jest wystarczający						•		

w – wyższe, p – policealne, śz – średnie zawodowe, śó – średnie ogólnokształcące,
zz – zasadnicze zawodowe, g – gimnazjalne, pu – ukończone podstawowe, bw – bez wykształcenia

Tabela V. Korzystanie z opieki zdrowotnej i ocena opieki zdrowotnej wg wykształcenia (zaznaczono wykształcenie tej grupy respondentów, którzy uzyskali najwyższy wynik w danej kategorii – najczęściej udzielali takiej odpowiedzi) (źródło: GUS).

Powyższe informacje zebrane przez GUS metodą ankietową porównaliśmy z opracowaniem NFZ pt. *Analiza korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. i rozkładu indywidualnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem tych świadczeń* [22]. Spośród opisanej palety świadczeń udzielanych przez NFZ do porównania użyliśmy tylko danych na temat świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznych, szpitalnych i stomatologicznych – tych, które badał GUS. Należy przy tym zaznaczyć, że liczba osób ubezpieczonych w NFZ odpowiada mniej więcej strukturze populacji, tj. wśród osób ubezpieczonych w wieku do 45 lat jest więcej mężczyzn, a po 45 roku życia – więcej kobiet.

Opieka lekarska w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ)

Ogólnie mężczyźni skorzystali z mniejszej liczby świadczeń POZ. Jakkolwiek do około 18. roku życia odnotowuje się lekką przewagę świadczeń udzielonych mężczyznom, to powyżej tej granicy wieku więcej świadczeń udzielono kobietom. Najwięcej świadczeń udzielono chłopcom i mężczyznom w wieku około 53–58 lat.

W 2009 r. lekarze POZ udzielili w sumie 137 653 630 porad, w tym 57 318 199 porad zostało udzielonych mężczyznom i 80 335 431 kobietom. Średnio na osobę ubezpieczoną przypadło 3,64 porady, dla mężczyzn wskaźnik ten wyniósł 3,14, a dla kobiet 4,12.

Mężczyźni w wieku 20-50 lat, którzy skorzystali ze świadczeń POZ, stanowili zaledwie 50–60% ubezpieczonych mężczyzn w tej grupie wieku. Ogólnie jednak z POZ korzystał większy odsetek ubezpieczonych mężczyzn niż kobiet, chociaż różnica nie jest znaczna.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS), w tzw. trybie otwartym

Mężczyźni skorzystali z mniejszej liczby świadczeń AOS niż kobiety. Wyjątkiem jest grupa wieku do około 15 lat, w której odnotowano więcej świadczeń udzielonych chłopcom niż dziewczynkom. Największe grupy pacjentów w AOS stanowili chłopcy i mężczyźni w wieku 50–60 lat.

W grupie wiekowej do około 15 lat ze świadczeń specjalistycznych skorzystało 50–60% ubezpieczonych mężczyzn, a w grupie 65–80 lat – ponad 80% ubezpieczonych. Mężczyźni w wieku około 30 lat, którzy skorzystali z AOS, stanowili zaledwie 30% ubezpieczonych w NFZ.

Wydatki na leczenie mężczyzn były mniejsze niż wydatki na kobiety, z wyjątkiem grupy do 15 roku życia. Średni koszt leczenia mężczyzn wyniósł 145,52 zł,

a kobiet 152,49 zł. Największe całkowite wydatki poniesiono na leczenie mężczyzn w wieku 57 lat (30 428 699 zł) oraz kobiet w wieku 54 lat (48 632 114 zł).

Leczenie szpitalne (LS)

Mężczyźni skorzystali z mniejszej liczby świadczeń szpitalnych, z wyjątkiem grupy do około 15. roku życia. Z leczenia szpitalnego najczęściej korzystali mali chłopcy i mężczyźni w wieku 55–60 lat. W grupie wieku 55–60 lat liczba świadczeń szpitalnych dla mężczyzn i kobiet była zbliżona.

Całkowite wydatki na leczenie szpitalne mężczyzn były większe niż nakłady na leczenie kobiet. Średni koszt leczenia szpitalnego jednego mężczyzny wynosił 3 947,25 zł, a kobiety 3 108,45 zł. Największe wydatki poniesiono na leczenie mężczyzn w wieku 58 lat (213 994 313 zł), oraz kobiet w wieku 26 lat (123 959 843 zł). Koszty leczenia mężczyzn uzasadniano zapadalnością na choroby serca i naczyń, a kobiet – problemami wieku prokreacyjnego.

Leczenie stomatologiczne

Mężczyźni skorzystali z mniejszej liczby świadczeń stomatologicznych niż kobiety, z wyjątkiem dzieci do około 5. roku życia, wśród których leczono podobne liczby chłopców i dziewczynek. Z porad dentystycznych najczęściej korzystali chłopcy do około 11. roku życia. Po przekroczeniu tej granicy wiekowej coraz mniej mężczyzn korzystało z takich świadczeń.

Podsumowując, deklaracje respondentów w badaniu ankietowym GUS były zgodne z danymi NFZ, pozyskanymi ze statystyk prowadzonych przez płatnika. Według NFZ w 2009 r. w grupie wieku do 45 lat, pomimo liczebnej przewagi mężczyzn ubezpieczonych w NFZ, pacjenci płci męskiej konsumowali mniej świadczeń POZ, a zwłaszcza świadczeń specjalistycznych. Jedynie najmłodsze grupy wiekowe panów były leczone częściej niż panie. Gwoli ścisłości trzeba wspomnieć, że nieco inaczej wyglądało korzystanie ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz rehabilitacji – w tym wypadku nie było takich dysproporcji na niekorzyść mężczyzn. Zwraca uwagę, że średni koszt leczenia szpitalnego mężczyzn był większy niż kobiet. Potencjalnych przyczyn kosztochłonności tego leczenia można dopatrywać się w relatywnie wysokich kosztach kuracji np. chorób serca i naczyń, z konieczności intensywniejszej diagnostyki i terapii panów, którzy zgłosili się do lekarza dość późno. Innym wytłumaczeniem może być „nadopiekuńczość” lekarzy, którzy (mniej lub bardziej świadomie) starają się zapewnić mężczyznom pełen serwis zdrowotny. Kwestia ta wymaga dokładnych analiz.



4. Założenia i cel badań

4.1. Czym jest zdrowie?

Językoznawcy mówią, że jeśli czegoś nie ma w naszym języku, to nie ma i w myślach. Ze *Słownika języka polskiego PWN* w wersji *on-line* (sjp.pwn.pl) dowiadujemy się, że choroba to nieprawidłowe funkcjonowanie organizmu lub jego części. Zdrowie zaś jest stanem żywego organizmu, w którym wszystkie funkcje przebiegają prawidłowo. Tak więc w potocznym języku polskim są to pojęcia przeciwstawne. Pierwsze opisuje awarię techniczną ustroju, drugie – jej brak. Tymczasem zgodnie z wykładnią Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) z 1946 r., „zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie jedynie brakiem choroby cielesnej czy ułomności” [23]. Nie jest lustrzanym odbiciem choroby. To stan, który przewyższa brak choroby i jest trójskładnikowy (holistyczny). W tym kontekście paradoksem jest, że nadal podstawowym i zwyczajowo usankcjonowanym miernikiem stanu zdrowia jest występowanie lub brak zdefiniowanych chorób.

Współcześnie rozumiane zdrowie jest też zasobem życiowym, który pozwala nam żyć, działać, pracować i odpoczywać. Nie jest celem samym w sobie. Nie ma niczego wspólnego z ideą nazywaną *healthism*, medykacją życia codziennego (podporządkowaniem pewnych obszarów życia społecznego normom medycyny) oraz przymusem medycznym i prewencyjnym [24,25].

4.2. Jakie są uwarunkowania zdrowia?

W czasach nowożytnych powstało wiele interpretacji etiologii chorób i rozwoju zdrowia [26]. Obecnie w odniesieniu do genezy zdrowia dominują teorie wieloprzyczynowe, określane najczęściej wspólnym mianem modeli społeczno-środowiskowych. Jednym z nich, chyba najlepiej opisującym złożoność tego procesu (i zarazem najbardziej popularnym), jest model społecznych uwarunkowań zdrowia autorstwa G. Dahlgrena i M. Whitehead z 1991r. (ryc. 9) [27]. Model ten znakomicie wyjaśnia skomplikowane relacje między człowiekiem i grupą osób a ich szeroko rozumianym otoczeniem.

W centrum schematu są ludzie, którzy mają swoje bliskie (bezpośrednie) uwarunkowania zdrowia, takie jak wiek, płeć biologiczna i predyspozycje genetyczne. Te bliskie uwarunkowania są poddane kontroli kolejnych warstw modelu. Są to dalsze uwarunkowania zdrowia, które mogą być modyfikowane. Pierwsza warstwa to styl życia, który może „odpalić ładunek wybuchowy zawarty w genach”. Druga – to wpływy społeczne, a mówiąc najprościej – normy i zwyczaje grupowe. Ponieważ ludzie zazwyczaj robią to co inni w ich otoczeniu, to wpływy te mogą wspierać lub blokować odpowiednie zachowania i działania. Kolejna warstwa to warunki życia (między innymi warunki mieszkania i pracy, dostęp do wykształcenia i edukacji zdrowotnej oraz podjętej na czas i dobrej jakościowo opieki medycznej). Warunki te prowadzą do ukształtowania się społecznych norm i wartości z poprzedniej warstwy, zazwyczaj w wyniku długotrwałych procesów. Ostatni

półokrąg to generalna sytuacja kulturowa, społeczna, ekonomiczna i polityczna. W tym szerokim kontekście społeczno-ekonomicznym zapadają decyzje o tym, w jakich warunkach żyjemy. Tu *mainstream* decyduje, co komu przypadnie. Model ten polemizuje z gładką neoliberalną tezą „twoje zdrowie w twoich rękach”. Wyjaśnia, jak powstaje zjawisko tzw. nierówności w zdrowiu (ang. *health inequalities*), powszechne we współczesnym świecie i występujące także w Polsce. Nierówności te to wyraźne zróżnicowanie stanu zdrowia całych grup społecznych według statusu społecznego i pozycji społecznej. Najczęściej obserwuje się też gradient zróżnicowania sytuacji zdrowotnej: im

lepsze wykształcenie i większe dochody ludzi, tym lepsza ich sytuacja zdrowotna. Nierówności w zdrowiu są niesprawiedliwe i możliwe do uniknięcia poprzez inną dystrybucję zasobów społecznych. Są także szkodliwe społecznie. Prowadzą do wykluczenia społecznego grup słabszych, ale przynoszą też wiele wymiernych strat najbogatszym. Richard Wilkinson, światowej sławy badacz nierówności w zdrowiu dowiódł, że tam, gdzie panuje duch równości, wszystkim żyje się lepiej [28]. Przeciwdziałanie nierównościom w zdrowiu jest obecnie jednym z głównych tematów pracy ŚOZ [29-32].



Rycina 9. Model społecznych uwarunkowań zdrowia wg Dahlgrena i Whitehead (1991).

Podstawowy wniosek, który wynika z omówionych powyżej uwarunkowań zdrowia jest taki, że zdrowie poszczególnych osób i całej populacji jest przede wszystkim dziełem zbiorowego wysiłku (ryc.10).



Rycina 10. W dbałości o zdrowie praca publiczna ułatwia pracę indywidualną (wg: Pekka Puska, *North Karelia International Visitors' Program*, 2003).

4.3. Jakie są przyczyny różnic w zdrowiu mężczyzn i kobiet?

Powszechnie podkreśla się, że mężczyźni żyją krócej, ale kobiety częściej chorują. Fenomen ten wielokrotnie poddawano badaniom i analizom. W fachowym piśmiennictwie biomedycznym wymienia się cztery grupy czynników, które mogą mieć wpływ na sytuację zdrowotną mężczyzn: biologiczne (wrodzone), behawioralne, psychospołeczne i społeczno-kulturowe. Coraz większe znaczenie przypisuje się tym ostatnim, tj. płci kulturowej i socjalizacji.

Czynniki wrodzone

Mądrość ludowa wiąże wiele zachowań mężczyzn z poziomem męskiego hormonu płciowego – testosteronu. Eksperymenty na zwierzętach wykazały, że wraz z podwyższeniem poziomu testosteronu rosła agresja wobec innych osobników. Spostrzeżenia te przeniesiono na populację ludzką. Tymczasem badania opublikowane w „Nature” w 2010 r. dowodzą czegoś innego [33]. Podjęzykowe podanie testosteronu kobietom zwiększało ich zdolności negocjacyjne i poprawiało skuteczność interakcji społecznych polegających na podziale realnych pieniędzy między uczestników eksperymentu. Zarazem osoby, które wierzyły, że dostawały w eksperymencie testosteron (niezależnie od tego, czy rzeczywiście go dostawały czy nie) działały

mniej sprawiedliwie. Badacze uznali zatem, że potoczne przekonanie o wpływie testosteronu na zachowania agresywne ma większy wpływ na zachowania niż sam hormon, który nie wzmacniał agresji i egocentryzmu. Przykład ten pokazuje, że wiele dotychczasowych poglądów odnośnie do biologii mężczyzn może wymagać rewizji. Niemniej istnieją pewne biologiczne i płciowe predyspozycje do określonych chorób.

Czynniki behawioralne

Zazwyczaj więcej mężczyzn niż kobiet angażuje się w sporty ekstremalne i podejmuje inne zachowania ryzykowne dla zdrowia (np. sporty motorowe, wspinaczka, prowadzenie samochodu, kierowanie pojazdami pod wpływem alkoholu). Statystyki światowe mówią o większym udziale mężczyzn w działalności będącej w konflikcie z prawem (przemoc, kradzieże, współudział w gangach, zażywanie narkotyków). Jakkolwiek coraz więcej doniesień mówi o rosnącym udziale kobiet, to nadreprezentacja mężczyzn w tych obszarach wpływa na ich sytuację zdrowotną [34].

Statystycznie więcej mężczyzn pali tytoń i pije mocniejsze alkohole w większych ilościach (w Polsce różnice płci w paleniu nie są już tak wyraźne jak wcześniej). Ponadto – ogólnie – panowie mniej korzystają z usług lekarskich, chociaż nie wygląda to jednakowo w różnych grupach wieku [35].

Czynniki psychospołeczne

Liczne badania wykazały, że rozwój w dzieciństwie, stresujące wydarzenia życiowe, stres przewlekły, poczucie koherencji i samoocena mają wpływ na zdrowie psychiczne oraz fizyczne. Przypuszcza się, że czynniki te mogą odmiennie oddziaływać na obie płci, ale silniej na kobiety [36]. Zarazem jednak istnieją dowody na to, że warunki życia w dzieciństwie mają wpływ na zapadalność mężczyzn na chorobę wieńcową w życiu dorosłym [37].

W większości krajów świata mężczyźni częściej niż kobiety popełniają samobójstwa (znanym wyjątkiem są Chiny), rzadziej zaś dokonują samookaleczenia [38]. W krajach rozwiniętych dwa razy więcej kobiet niż mężczyzn choruje na depresję [39]. Proporcja 2:1 nie oddaje rzeczywistej skali zjawiska. Powszechnie uważa się, że mężczyznom trudniej jest ujawniać swoje problemy psychiczne niż kobietom, a ratunkiem w takich sytuacjach może się dla nich stać alkohol i narkotyki. Twierdzi się też, że lekarze śmieiej rozpoznają depresję u kobiet niż u mężczyzn [40-42].

Innymi istotnymi czynnikami są subiektywna ocena stanu zdrowia oraz – wspomniane już – korzystanie z opieki medycznej. Mężczyźni zazwyczaj lepiej niż kobiety oceniają swoje zdrowie, chociaż ma to także związek z rodzajem zgłaszanych dolegliwości i pochodzeniem etnicznym [35,43,44]. Są jednak 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 [45], a nawet zaburzeń natury psychicznej [46]. Dowodzi to, że nie były skłonne do silniejszego manifestowania (wyolbrzymiania?) swoich problemów zdrowotnych.

Tradycyjnie uważa się, że mężczyźni zwlekają z wizytą u lekarza i szukają pomocy dopiero w bardziej zaawansowanym stadium choroby. Wyraziciele odmiennego poglądu mówią, że 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 wcześniej [34] albo nawet przedwcześnie, a mężczyźni wcale nie ociągają się z poszukiwaniem pomocy.

Nie wszystkie badania potwierdzają mniejsze wykorzystanie świadczeń medycznych przez mężczyzn. Badania kohortowe prowadzone w Szkocji wykazały, że kobiety rzadziej korzystały z porad GP (*general practitioner*, w polskich warunkach LPK) w przypadku pięciu typowych problemów fizycznych (związanych z układem mięśniowo-szkieletowym, oddechowym i pokarmowym, z sercem oraz problemami psychicz-

nymi). Co więcej, nie wykazywały też chęci konsultacji przy takim samym stopniu zaawansowania schorzenia jak ten, przy którym taką chęć wykazywali mężczyźni, a jedynym wyjątkiem była potrzeba wcześniejszej konsultacji związanej ze zdrowiem psychicznym [47-49].

A zatem obraz problematyki psychosomatycznej, jaki rysuje się w piśmiennictwie z obszaru medycyny, zdrowia publicznego i promocji zdrowia, nie jest ani wyczerpujący, ani jednoznaczny. Obecnie podkreśla się, że odnotowane sprzeczności mogą być wynikiem różnic w czasie badania i wieku badanych mężczyzn i kobiet. Wraz z postępującą zmianą 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 [50]. Duże znaczenie może też mieć stopniowa poprawa wykształcenia, czego przykładem może być Korea Południowa, gdzie wraz ze wzrostem wykształcenia kobiet systematycznie zmniejszała się liczba pań, które oceniały swoje zdrowie gorzej niż mężczyźni [51].

Czynniki społeczne

Innym, coraz częściej spotykanym w piśmiennictwie wyjaśnieniem różnic w zdrowiu mężczyzn i kobiet jest płeć kulturowa (ang. *gender*) oraz socjalizacja. Płeć kulturowa to „zespół atrybutów i zachowań oczekiwanych od kobiety i mężczyzny oraz postrzeganych jako przydatne w społecznym funkcjonowaniu” [52]. Stanowi zatem swoisty kulturowy dodatek do płci biologicznej (ang. *sex*). Socjalizacja zaś to wychowanie do pełnienia określonych ról społecznych.

W tradycyjnym dualistycznym podziale ról płciowych, umocnionym przez Freuda, mężczyzna przyjmował rolę dominanta, miał rywalizować z innymi, pracować poza domem, utrzymywać rodzinę, być wytrzymały fizycznie i psychicznie [53]. W języku potocznym towarzyszą temu takie określenia, jak np. „męska rozmowa”, „męska decyzja”, „męska odwaga”, „twardziel”. Kobieta miała być podporządkowana, zależna od mężczyzny, mogła być krucha i labilna („babskie łyzy”, „babskie gadanie”, „babska logika”), a nawet skomplikowana i pokrętna („męczyzna głową, a kobieta szyją”). W społeczeństwach zachodnich w ostatnich dziesięcioleciach zaczął się upowszechniać nowy model męskości, oparty na równości i partnerstwie obu płci. Zmieniały się relacje między mężczyznami a kobietami, a wzorce męskości i kobiecości przestały być jednoznaczne oraz zamknięte i rozłączne. Społeczeństwa patriarchalne ewoluują, zmniejsza się dystans, jaki dzieli mężczyzn i kobiety. Ciągłe jednak widoczne są nierówności płci, które przejawiają się dominacją mężczyzn w sferze ekonomicznej i polityki publicznej.

Większość współczesnych mężczyzn przyjmuje oba wzorce, przypuszczalnie zależnie od okoliczności, może z przewagą jednego lub drugiego. Z badań CBOS z kwietnia 2012 r. wynika, że 27% mężczyzn i 18% kobiet popiera tradycyjny model rodziny, w którym jedynie mąż (partner) pracuje, zarabia na zaspokojenie potrzeb rodziny, a żona (partnerka) zajmuje się prowadzeniem domu, wychowywaniem dzieci. Niemniej w ciągu ostatnich piętnastu lat zmieniły się preferencje Polaków co do podziału ról w rodzinie. Systematycznie (z wyjątkiem 2006 r.) rośnie liczba osób przekonanych, że najlepszym rozwiązaniem jest model partnerski z równym podziałem obowiązków domowych i pracy zawodowej [54]. Uważa się, że stary paradygmat męskości nie sprzyja zdrowiu mężczyzn [55] i w dużej mierze utrudnia chorowanie, bycie chorym, ponieważ jest to niezgodne z wizerunkiem silnego (czytaj: prawdziwego) mężczyzny.

Współczesna literatura i badania genderowe (ang. *gender studies*) są skoncentrowane na kobietach. Większe zainteresowanie badaniami maskulinistycznymi (jako opozycji do feministycznych) datuje się na mniej więcej połowę lat 90. XX w. W ślad za ogólnym zainteresowaniem mężczyznami pojawiły się badania dotyczące ich zdrowia. Jednak problematyka społecznych determinantów zdrowia panów jest niedostatecznie rozpoznana. Dla przykładu, wyszukiwanie pozycji piśmiennictwa z użyciem hasła głównego *women* w popularnej bazie MEDLINE prowadzi do odnalezienia 19 674 rekordów, a z użyciem hasła *men* – 2 311 wyników. W Polsce problematyka ta jest poruszana sporadycznie. W Polskiej Bibliografii Lekarskiej (PBL) prowadzonej przez Główną Bibliotekę Lekarską hasła *kobiety*, *mężczyźni* i *zdrowie kobiet* wprowadzono dopiero w 2004 r., a *zdrowie mężczyzn* cztery lata później. Przeszukanie bazy PBL za pomocą takich haseł ujawnia podobną dysproporcję – np. około dwunastokrotnie mniej pozycji literaturowych na temat *mężczyźni* niż *kobiety* (odpowiednio: 23 i 269). Wyszukiwanie przy pomocy hasła deskryptorowego *zdrowie mężczyzn* nie wykazuje ani jednej pozycji piśmiennictwa polskiego (patrz załącznik nr 2).

Podsumowując, należy podkreślić, że wymienione grupy czynników znaczących dla zdrowia mężczyzn są ze sobą ściśle i trwale powiązane [34, 56]. Być może te właśnie zależności stanowią podstawową trudność w zdefiniowaniu krytycznych czynników, które w największym stopniu wpływają na zdrowie mężczyzn. Ciągłe podkreśla się zatem potrzebę prowadzenia dalszych badań [2], w tym takich, które wyjaśniłyby tendencje związane z korzystaniem przez mężczyzn z opieki medycznej [57].

Jednocześnie zwraca się uwagę, że sposób, w jaki badacze postrzegają męskosc i jej podłoże wpływa na poszukiwania i praktyczną interpretację wyników [58]. Poglądy pozytywistyczne największe znaczenie dla niekorzystnej sytuacji zdrowotnej mężczyzn przypisują cechom genetycznym, anatomicznym i fizjologicznym. Konstruktivism społeczny łączy męskosc (i zdrowie mężczyzn) z przekonaniami i zachowaniami, które są dominantą danej kultury. W prądzie postmodernistycznym zaprzeczają się ustalonym wyróżnikom płci i zastępują je „płynnymi znacznikami”, które mogą zmieniać się zależnie od okoliczności. Ostatnie stanowisko, pozbawione imperatywności, jest najmniej oczywiste (a nawet wątpliwe) dla przedstawicieli zawodów medycznych, których kształci się w duchu stanowczości i jasnych algorytmów postępowania.

4.4. Co chcieliśmy zbadać?

Obserwowane różnice w ogólnym stanie zdrowia Polaków i Polek – mierzonym liczbą zgonów – są przykładem nierówności w zdrowiu. W świetle istniejących dowodów naukowych nierówności w zdrowiu są pochodną pozycji społecznej, wyznaczonej przede wszystkim przez wykształcenie, wykonywaną pracę, dochód oraz – co bardzo ważne – społeczno-kulturową tożsamość płci [29]. Poczucie bycia mężczyzną lub kobietą w społeczeństwie może rozstrzygać między innymi o rodzaju zdobywanego wykształcenia i przysługującym zawodzie.

Z tą ogólną prawidłowością, że zdrowie w znaczącym stopniu zależy od warunków społecznych, współbrzmia te podejścia do zdrowia mężczyzn, które podkreślają wpływ ról płciowych i socjalizacji. W naszych badaniach skoncentrowaliśmy się właśnie na tym czynniku, czyli znaczeniu męskości.

Celem badań było uzyskanie informacji na temat wpływu kulturowej tożsamości płci na zdrowie mężczyzn w Polsce. W jaki sposób męskosc i jej praktyki oddziałują na zdrowie?

W rozpoznaniu tym przyjęto następujące założenia teoretyczne:

- a. Analiza dotyczy głównie elementów stylu życia i wpływów społecznych, zgodnie z modelem Dahlgrena i Whitehead, czyli determinantów zdrowia, które są relatywnie łatwo modyfikowalne.
- b. Zachowania i motywacje do zachowań zdrowotnych (oraz ich potencjalna zmiana) są rozumiane zgodnie z modelem ASE (*Attitudes, Social influences, Self-efficacy*) i jego rozwinięciem *I-change model* (*Integrated Model for Change*) [59-61].

- c. Analizowane zachowania i motywacje są zgodne z wymiarami tzw. kompetencji zdrowotnych. Kompetencje zdrowotne, w najprostszym ujęciu, to zbiór cech, dzięki którym dana osoba potrafi odszukać, zrozumieć, ocenić i wykorzystać informacje przydatne do dbałości o zdrowie [62].

Przeprowadziliśmy trzy rodzaje badań: (I) ilościowe, (II) jakościowe heurystyczne oraz (III) analizę treści medialnych na temat zdrowia mężczyzn.

I. Ilościowe badanie typu omnibus w populacji generalnej

Pytania badawcze:

- Co jest źródłem informacji o zdrowiu dla mężczyzn?
- Czy mężczyźni dbają o zdrowie i w jaki sposób?
- Jakiej mają dolegliwości zdrowotne?

Badanie przeprowadzono metodą wywiadów bezpośrednich wspomaganymi komputerowo (CAPI) na losowo-kwotowej próbie (N = 1071; 379 mężczyzn; 692 kobiety), reprezentatywnej dla populacji od 15. roku życia. W wywiadzie użyto 7 pytań merytorycznych, zamkniętych i otwartych, oraz pytania klasyfikacyjne. Badanie zrealizowała firma badawcza 4P research mix w maju 2012 r. Wszystkie zmienne analizowano w grupie mężczyzn oraz – dla porównania – w grupie kobiet. Do obliczeń używano programu SPSS, w tym testu proporcji kolumnowych ‘z’ z poziomem ufności 0,95 (patrz załącznik nr 3).

II. Jakościowe badania fokusowe (FGI – Focus Group Interview, zogniskowane wywiady grupowe) wśród mężczyzn, kobiet i lekarzy POZ

Podstawową grupą badaną byli mężczyźni w wieku 30-55 lat, „statystyczni Polacy”, z względnie wysoką samooceną zdrowia, niezgłaszający poważnych problemów zdrowotnych i nieodwiedzający lekarzy wielokrotnie w ciągu roku. Trzeba jednak pamiętać, że w badaniach jakościowych (interpretacyjnych) zasady nie dąży się do losowego doboru uczestników. W procesie rekrutacji większe znaczenie ma to, czy dane osoby mogą (potrafią) rozmawiać na dany temat.

Pytania badawcze:

- Jak mężczyźni postrzegają sytuację zdrowotną ludności Polski?
- Jak postrzegają zdrowie / czym jest zdrowie dla mężczyzn?
- Jak rozumieją dbanie o zdrowie / co kojarzy się z dbałością o zdrowie?
- Jakimi są męskie kryteria samooceny zdrowia?

- Jak postrzegają chorobę / czym jest choroba dla mężczyzny?
- Czy różnicują choroby i z jakiego względu?
- Czy mają wsparcie w dbałości o zdrowie?
- Jak oceniają rolę lekarzy w dbałości o zdrowie?

Mężczyzn podzielono na grupy według:

- (a) wykształcenia i rodzaju wykonywanej pracy: tzw. *blue-collars* (wykształcenie podstawowe i zawodowe, praca fizyczna) i *white-collars* (wykształcenie średnie i wyższe, praca umysłowa),
- (b) wieku: młodszy (30–40 lat) i starszy (41–55 lat),
- (c) wielkości ośrodka zamieszkania: wielkie miasto (Warszawa) i mniejsze miasto (Radom).

Łącznie przeprowadzono 6 mini-FGI z mężczyznami, tj. 6 wywiadów w grupach czteroosobowych (patrz załącznik nr 4).

W celu stworzenia pełnego i bezstronnego obrazu mężczyzn przeprowadzono dodatkowe wywiady z kobietami oraz lekarzami. W założeniu miało to służyć konfrontacji dwóch wizerunków – autoportretu i portretu z perspektywy innych osób. Celem było więc poznanie ewentualnych różnic w podejściu do badanej problematyki między mężczyznami a kobietami oraz mężczyznami a lekarzami.

Kobiety podzielono na grupy według wieku (jak wśród mężczyzn) oraz miejsca zamieszkania (Warszawa, Płock). Przeprowadzono 4 mini-FGI. W badaniu kobiet kierowano się zbliżonym zestawem zagadnień.

Z powodu zakładanych różnic międzypłciowych w podejściu do spraw zdrowia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (lekarzy medycyny rodzinnej i internistów) podzielono na grupy według płci i miejsca praktyki (Warszawa, Radom, Piotrków Trybunalski). Przeprowadzono 4 mini-FGI. Pytania badawcze koncentrowały się wokół dwóch problemów: oceny kondycji zdrowotnej mężczyzn i kobiet oraz ich dbałości o zdrowie i oceny relacji z pacjentami. Wszystkie fokusy przeprowadziła firma badawcza 4P research mix w maju i czerwcu 2012 r. W rozdziale „Wyniki i ich omówienie” opinie kobiet i lekarzy zostały omówione skrótowo.

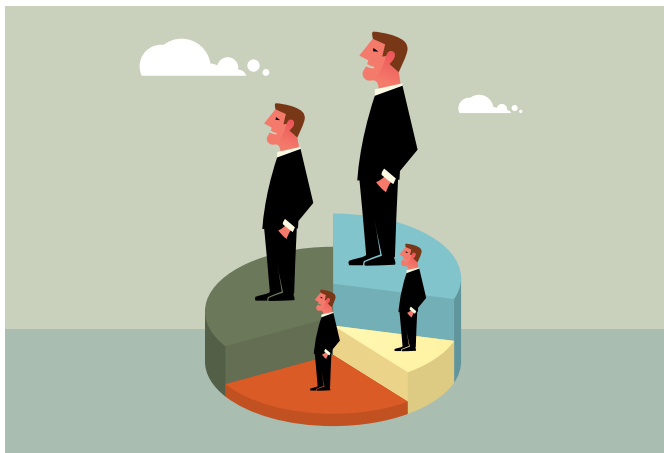
III. Analiza przekazu medialnego skierowanego do mężczyzn

Celem analizy było rozpoznanie zakresu tematycznego treści medialnych na temat zdrowia mężczyzn oraz związanych z tym sposobów komunikacji. Przegląd informacji zamieszczanych w prasie i Internecie prowadzono w:

- dziennikach: „Fakt”, „Gazeta Wyborcza”, „Super Express”;
- tygodnikach opinii: „Newsweek”, „Wprost”, „Polityka”;
- czasopismach dla mężczyzn: „CKM”, „MaleMen”, „Men’s Health”, „Playboy”;
- czasopismach dla kobiet: „Claudia”, „Kobieta i Życie”, „Olivia”, „Pani Domu”, „Poradnik Domowy”, „Przyjaciółka”, „Twój Styl”;
- czasopismach o profilu zdrowotnym: „Shape”, „Vita”, „Zdrowie”.
- portale poświęcone zdrowiu: medonet.pl, biomedical.pl, rynekmedyczny.pl, poradnikzdrowie.pl, zdrowie.gazeta.pl, zdrowie.onet.pl, zdrowie.dziennik.pl, fitness.wp.pl;
- portale ogólne: se.pl;
- portale skierowane do mężczyzn: facet.onet.pl, jęgostrona.pl, msfera.pl;
- zdrowotne fora internetowe: carbomedicus.pl, forum.gazeta.pl, portal.abcdzrowie.pl.

Analizowano zawartość numerów, które ukazały się od stycznia do czerwca 2012 r. W przypadku źródeł internetowych analizowane były między innymi:

W gromadzeniu materiału i analizie uczestniczyła pani Linda Makarewicz.



5. Wyniki badań i ich omówienie

5.1. Ilościowe badanie typu omnibus w populacji generalnej

Źródła informacji o zdrowiu

Dla większości mężczyzn źródłem informacji o zdrowiu jest lekarz/aptekarz (60%), telewizja (47%) oraz Internet (43%). Z innych źródeł, takich jak znajomi/krewni, żona/partnerka, książki, tygodniki czy ulotki korzysta od 24 do 13% mężczyzn.

Mężczyźni rzadziej niż kobiety wykorzystywali takie źródła informacji o zdrowiu, jak: znajomi/krewni, lekarz/aptekarz, tygodniki i miesięczniki, książki, ulotki / materiały informacyjne, telewizja, dzienniki oraz radio.

Nieco więcej mężczyzn niż kobiet korzystało natomiast z Internetu (odpowiednio: 43% i 42%). Znacząca różnica dotyczyła zasięgania informacji u partnera życiowego – taki sposób pozyskiwania informacji deklarował co piąty mężczyzna (18%) i co dziesiąta kobieta (9%).

Młodzi mężczyźni w wieku 15-24 lat korzystali głównie z telewizji i Internetu, podczas gdy starsi chętniej korzystali z opinii lekarza i farmaceuty. Mężczyźni z wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym statystycznie częściej niż ci z wykształceniem średnim i wyższym korzystali z telewizji. Duże znaczenie telewizji w uzyskiwaniu informacji o zdrowiu przez grupy społeczne o niższym statusie społeczno-ekonomicznym jest w Polsce obserwowane od lat [63,64]. Nie jest to jednak zjawisko korzystne, ponieważ ten sposób zwiększania wiedzy jest niesystematyczny, a nawet – mając na uwadze charakterystykę medium – chaotyczny. W przeciwieństwie do grupy z mniejszym wykształceniem mężczyźni lepiej wykształceni częściej korzystali z Internetu, książek oraz opinii krewnych/znajomych oraz żony/partnerki. Największe różnice

dotyczyły korzystania z książek (22% mężczyzn w grupie z lepszym wykształceniem wobec 9% w grupie z gorszym wykształceniem), a także zasięgania opinii partnerki (odpowiednio: 23% i 12%).

Można sądzić, że mężczyźni rzadziej niż kobiety samodzielnie poszukują informacji na tematy związane ze zdrowiem. Częściej niż kobiety wykorzystują w tym celu Internet oraz opinie żony/partnerki. Oba te źródła informacji łączy czynnik dostępności – łatwości nawiązania z nimi kontaktu. Znaczenie ma też czynnik anonimowości i nieskrępowania, oczywisty w odniesieniu do Internetu, ale bezsporny także przy rozmowie z osobą najbliższą fizycznie. Popularność Internetu jest znakiem czasu. Nie płynie wyłącznie z zapaści ochrony zdrowia, braku dostępu do lekarza czy konieczności wyjaśnienia przekazu płynącego od lekarza, na co zwracało się dotychczas uwagę [65,66]. Więcej informacji na temat korzystania z Internetu w Polsce podaliśmy w rozdziale „Wyniki – analiza przekazu medialnego skierowanego do mężczyzn”.

Dbałość o zdrowie

Dużą i umiarkowaną dbałość o zdrowie zadeklarowało 61% mężczyzn i 75% kobiet. Niewielką troskę o zdrowie i całkowitą niedbałość zadeklarował co trzeci mężczyzna (34%) i co piąta kobieta (20%). Nie stwierdzono związku zadeklarowanego stopnia dbałości o zdrowie z wiekiem respondentów. Umiarkowaną dbałość o zdrowie znamienne częściej deklarowali mężczyźni z grupy o większym wykształceniu, niewielką zaś z grupy słabiej wykształconej. Wyniki te pokazują, że mężczyźni mniej troszczą się o swoje zdrowie niż kobiety. Może to oznaczać, że nie przywiązują do zdrowia takiej samej wagi jak panie. Możliwe są jednak inne wyjaśnienia, w tym np. ostrożność w ocenie własnych starań.

Mężczyźni, w porównaniu z kobietami, rzadziej stosowali się do zasad zdrowego odżywiania, rzadziej kon-

trolowali zdrowie u lekarza, przyjmowali leki i suplementy diety, dbali o sen i wypoczynek. Zwraca uwagę, że o dietę dbało tylko 35% mężczyzn i aż 52% kobiet. Znacząco więcej mężczyzn niż kobiet dbało natomiast o aktywność fizyczną (odpowiednio: 46%, 40%), nieco więcej dbało o higienę. Unikanie używek deklarował co dziesiąty badany, niezależnie od płci.

W ostatnim roku lekarza pierwszego kontaktu (LPK) odwiedziło 70% mężczyzn i 81% kobiet. Wizyty jedno-, dwu-, trzy- i czterokrotne zadeklarował mniej więcej co piąty badany mężczyzna. Większą częstotliwość wizyt (ponad 4) zanotowano u 14% mężczyzn i aż 27% kobiet. W ciągu ostatnich 12 miesięcy u lekarza specjalisty dowolnej specjalności było 55% mężczyzn i 67% kobiet. Co piąty badany respondent płci męskiej był u specjalisty raz, co dziesiąty 2-4 razy. Większą liczbę wizyt (ponad 4), sugerujących występowanie choroby przewlekłej, odnotowano u 10% mężczyzn i 15% kobiet. Mężczyźni bardziej wykształceni statystycznie częściej niż mniej wykształceni deklarowali niepalenie, zdrowe odżywianie się, a także mniej wizyt u lekarzy.

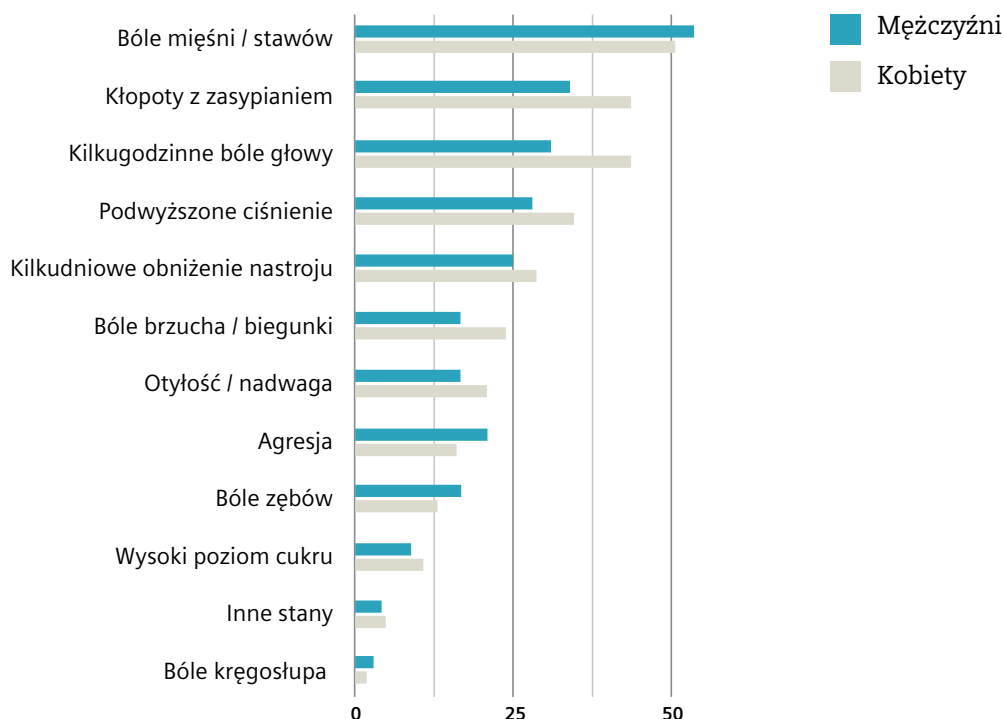
Dolegliwości zdrowotne

Mężczyźni relatywnie lepiej niż kobiety ocenili swoją kondycję psychofizyczną. Na złe samopoczucie lub problemy zdrowotne, które odbijają się na codziennym funkcjonowaniu, w ostatnim miesiącu skarżyło

się 40% mężczyzn i aż 53% kobiet. Największa grupa mężczyzn (17%) przyznała, że stany takie wystąpiły jeden raz. Do częstszych dolegliwości (ponad cztery razy) przyznawało się łącznie 13% ankietowanych mężczyzn.

Mężczyźni częściej niż kobiety deklarowali bóle mięśni i/lub stawów (odpowiednio: 54% i 51%) oraz bóle zębów (17% i 13%). Statystycznie częściej obserwowali u siebie agresję, negatywne nastawienie do otoczenia (21% i 16%). Deklarowane zaburzenia mięśniowo-szkieletowe nie muszą mieć bezpośredniego związku z wykonywaniem obciążającej pracy fizycznej bądź pracy w wymuszonej pozycji. Nierzadką przyczyną takich dolegliwości są psychospołeczne warunki pracy, np. wygórowane wymagania, niski stopień kontroli nad zadaniami czy brak wsparcia społecznego (67). Kobiety miały częściej problemy z zasypianiem, bólami głowy, podwyższonym ciśnieniem, kilkudniowym obniżeniem nastroju, bólami brzucha lub biegunkami, nadwagą / otyłością i podwyższonym poziomem cukru we krwi.

Większość omawianych problemów dotyczyła dużych grup mężczyzn: co drugi mówił o bólach mięśni/stawów, co trzeci o kłopotach z zasypianiem, bólach głowy, co czwarty o podwyższonym ciśnieniu, obniżeniu nastroju (ryc. 11).



Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni odczuwał(a) Pan(i) następujące stany lub dolegliwości?” (mężczyźni N = 379; kobiety N = 692; populacja Polaków N = 1071).

Mężczyźni z grupy o większym wykształceniu zgłaszali mniej dolegliwości, zarówno pod względem ich charakteru, jak i częstotliwości występowania. Panowie ci mniej uskarżali się na bóle mięśni i stawów, bóle kręgosłupa oraz nadciśnienie tętnicze. Częste dolegliwości (więcej niż 7 razy w ostatnich 4 tygodniach) miało 4% respondentów. W grupie mężczyzn o mniejszym wykształceniu tak częste dolegliwości miało dwa razy więcej (9%) badanych.

Uzyskane wyniki są zbieżne z danymi pochodzącymi z innych badań, w tym opisanych wcześniej ustaleń GUS oraz NFZ. Przede wszystkim wskazują, że w ostatnich latach nie nastąpiły istotne zmiany w samopoczuciu Polaków i korzystaniu przez nich ze świadczeń ambulatoryjnych. Dowodzą również, że mężczyźni o wykształceniu średnim i wyższym mają bardziej korzystne postawy wobec zdrowia, bardziej dbają o zdrowie i są w lepszej kondycji.

5.2. Jakościowe badania fokusowe wśród mężczyzn, kobiet i lekarzy POZ

Postrzeżenie sytuacji zdrowotnej ludności Polski przez mężczyzn

W wywiadach, zarówno z mężczyznami jak i kobietami, zarysowały się dwie odmienne opinie o tym, czy Polacy są zdrowi. Badani, którzy źle ocenili kondycję zdrowotną społeczeństwa, wiązali to głównie ze zmianą stylu życia na gorszy dla zdrowia w wyniku przemian ustrojowych. Podkreślali trudności na rynku pracy, wyrażali lęk przed utratą pracy, mówili o przepracowaniu, braku czasu dla siebie, spłacie kredytów, wysokich kosztach utrzymania i braku pieniędzy na lepszą żywność i uprawianie sportu: – *Generalnie to mi się wydaje, że większość ludzi ma za dużo pracy za małe pieniądze i się robi z tego stres, nie ma czasu na nic* (mężczyźni, blue-collars, młodzi, Warszawa); – *W pracy jest dużo stresu i dlatego ludzie młodzi to przeżywają. Dlatego wiek, [do którego dożywają] to 50, 60 lat, a 70, 80 to przypadki rzadkie. Kto tyle dożyje lat. Tak mi się wydaje, naprawdę. Babcie całkiem inny tryb życia prowadziły, niż my prowadzimy. Wszystko jest biegiem i ciągle brak tego czasu moim zdaniem. To też powoduje wynik tego krótkiego życia moim zdaniem* (mężczyźni, white-collars, starsi, Radom).

W ich opinii warunki życia nie sprzyjają też korzystaniu z opieki medycznej. Padają argumenty, że zwykły człowiek nie jest w stanie skorzystać z publicznej służby zdrowia. Mężczyźni nie chcą (lub nie mogą) stać od świtu w kolejce do przychodni, zwalniać się z pracy, brać zwolnienia: – *[...] Dostać się do lekarza, to trzeba mieć dzień wolny [...]. Chyba że ktoś dobrze zarabia i stać go prywatnie, ale państwowo to jest droga przez mękę* (mężczyźni, blue-collars, młodzi, Warsza-

wa); – *Nie ma kiedy chorować, bo często dla pracodawcy pracownik, który, prawda, pójdzie na zwolnienie, to jest zły pracownik* (mężczyźni, blue-collars, młodzi, Warszawa).

Zauważają, że w mniejszych miejscowościach w ogóle nie ma lekarzy specjalistów. Pomimo wyrażanych opinii o przewadze złych stron transformacji, dostrzegano, że społeczeństwo otworzyło się na zmiany, jest większa możliwość wyjazdów, większa dostępność środków higieny i kosmetyków itp.

W odróżnieniu od mieszkańców Warszawy lub okolic, którzy częściej wyrażali opinię o złym stanie zdrowia Polaków, badani zamieszkali w mniejszych ośrodkach (Radom, Płock) częściej dostrzegali czynniki korzystne dla zdrowia i poprawę sytuacji. Odwoływali się do zmian w żywieniu, wynikających z dostępności np. warzyw i owoców, do aktywności fizycznej (mody na bieganie, jazdę na rowerze, nordic walking), większej świadomości zdrowia, reklam. Z porównania tych wypowiedzi zarysowują się dwa oblicza skoku cywilizacyjnego, który dokonał się w Polsce w ostatnim dwudziestolecu – regresu i postępu, pesymizmu i optymizmu. A ocena zależy w dużej mierze od osobistej perspektywy. Pomimo tak wyraźnych różnic w ocenie zdrowia Polaków, wszyscy zauważają, że mieszkańcy krajów Europy Zachodniej są generalnie zdrowsi od nas, a mieszkańcy krajów postkomunistycznych są w podobnej kondycji.

Postrzeżenie zdrowia przez mężczyzn

W technice projekcyjnej *fotosort* (polega na ilustrowaniu swoich wrażeń obrazami) uwidoczniły się dwa zasadnicze typy, które mężczyznom kojarzą się z dbałością o zdrowie:

- spełniony biznesmen, menedżer,
- mężczyzna żyjący blisko natury, niezestresowany, rolnik.

Atrybutami pierwszego typu są pieniądze, sukces, samostanowienie, czas, rozwijanie pasji, modne sporty, aktywny tryb życia, podróże (tab. VI): – *[...] Ważna jest dla niego stabilność finansowa. Wie, że jak dobrze zainwestuje swoje pieniądze, to będzie coś z tego miał, tak samo jest ze zdrowiem, jeżeli będziesz dbał o nie, to jakieś korzyści ci przyniesie* (mężczyźni, white-collars, młodzi, Warszawa); – *Moim zdaniem podróżuje, zwiedza, też jest aktywnym człowiekiem. Ja go tak widzę, że nieźle zarabia i po prostu go na to stać. Tak sobie czasem gospodaruje, że może sobie jechać, powiedzmy, w jednym roku na koniec świata* (mężczyźni, blue-collars, młodzi, Warszawa). Drugi typ to symbol natury, harmonii, spełnienia. Antytezą zdrowia były trzy typy: wykluczony, bez pracy, depresyjny; przepracowany pracoholik, z telefonem przy uchu; lekkoduch.

Dbanie o zdrowie	Niedbanie o zdrowie
Wysoki status społeczny	Niski status społeczny
Posiadanie pieniędzy	Brak pieniędzy
Ciekawa, dobrze płatna praca	Brak pracy, praca nisko płatna, niskie kwalifikacje
Kierowanie zespołem	Zależność od przełożonych, podporządkowanie
Czas wolny do dyspozycji	Brak czasu
Spełnienie w życiu	Przebrane życie
Radość, pogoda ducha	Przygnębienie, depresja
Przynależność do grupy społecznej, w której wypada dbać o zdrowie	Przynależność do grupy społecznej, w której nie wypada dbać o zdrowie

Tabela VI. Atrybuty dbałości o zdrowie i braku dbałości o zdrowie.

Mężczyźni częściej łączyli zdrowie z samorealizacją niż siłą i atrakcyjnością fizyczną, ale pojawiały się i takie asocjacje. Chociaż na zdjęciach, które podlegały komentarzom, były tylko twarze lub sylwetki samych mężczyzn, co mogło sugerować określone odpowiedzi, to i tak warto zauważyć, że w opisach projekcyjnych dominował wątek własnego „ja” lub szerszej grupy odniesienia. Komentarze, które łączyły zdrowie z rodziną, np. z odpowiedzialnością za nią, były rzadsze.

Szczególną uwagę zwraca powszechne przekonanie, że zdrowie jest zależne od warunków (takich jak praca, pieniądze, nacisk grupy), które nie zawsze, a nawet rzadko, są pod kontrolą jednostki. W obu wymiarach: aktywnym (wysiłek dla zdrowia, nakłady) i pasywnym (samo łatwo przychodzi na skutek okoliczności) jest ono dobrem trudno dostępnym, elitarnym. Świadczy to o tym, że wieloletnie powtarzanie magicznej formuły „twoje zdrowie w twoich rękach” nie znalazło uznania u wielu mężczyzn. W świetle aktualnych poglądów na uwarunkowania zdrowia trudno się temu dziwić! Wskazuje to także, że arbitralny styl edukacji zdrowotnej, narzucający wygórowane normy zdrowego stylu życia, właściwe klasie średniej [68], może prowadzić do tzw. obwiniania ofiary i przerzucenia odpowiedzialności za zdrowie na barki osób, które nie widzą szansy na ich przyjęcie.

Dbałość mężczyzn o zdrowie

Podstawowy, odruchowo wręcz przywoływany przez mężczyzn sposób dbania o zdrowie to sport i aktywność fizyczna – łatwo osiągalne i niedrogi, takie jak jazda na rowerze, gra w piłkę, spacerowanie. Wśród młodszych to także siłownia. Inne formy aktywności ruchowej wymieniano rzadziej i z komentarzami dotyczącymi konieczności posiadania czasu oraz pieniędzy. W drugiej kolejności pojawia się kwestia zdrowego odżywiania, opisywana ogólnikowo. Niemniej, nie jest to raczej sfera, nad którą mężczyźni mają pełną kontrolę. I nie wiąże się to tylko z dominującą rolą

kobiet w żywieniu domowym, ale również kosztami zdrowszych produktów (np. szynka ze sklepu ze zdrową żywnością): – *To jest sytuacja taka, że moja żona kontroluje, bo co ona kupi, to ja jem. I ona bardziej uważa, żeby było więcej na przykład może nabiałów, takich już lepszych, mniej pieczywa. Ostatnio w ogóle nie kupuje białego, bardzo rzadko, wszystko na ciemnym pieczywie* (mężczyźni, blue-collars, starsi, Radom).

Poza tym do listy zachowań prozdrowotnych dodawano używanie domowych środków na przeziębienie (np. czosnek) i zażywanie produktów leczniczych, zwłaszcza zwalczających ból (np. zęba). Te jednak służą głównie przeczekaniu do ustąpienia niepokojących objawów. Do zachowań antyzdrowotnych zaliczano palenie papierosów, picie kawy, alkoholu oraz siedzący tryb życia.

Wykonywanie badań lekarskich, zwłaszcza profilaktycznych, zdarza się rzadko („jak bus przyjechał do rodzinnej miejscowości”; „jedynie do księżeczki”). Wiedza mężczyzn na ten temat jest znikoma, zwłaszcza wśród młodych oraz mniej wykształconych, chociaż zainteresowanie większe. Zwraca przy tym uwagę pogląd, zarówno w wywiadach z mężczyznami, jak i kobietami, że w ostatnich latach zakres badań z zakresu medycyny pracy jest ograniczony. W sumie jest to zatem niezbyt szeroki repertuar zachowań, jeśli porównać go z pożądanym zakresem kompetencji zdrowotnych, a więc umiejętności działania w zdrowiu i chorobie [69].

Zarówno mężczyźni, jak i kobiety byli przeświadczeni, że kobiety bardziej dbają o zdrowie, ponieważ zmusza je do tego fizjologia, a także opieka nad własnymi dziećmi i wnukami. W opinii mężczyzn staranność kobiet związana ze zdrowiem jest czymś naturalnym, oczywistym, wręcz przymusowym: – *Wydaje mi się, że w związku z tym, że kobiety rodzą dzieci, przez to też częściej bywają u lekarza, bo badania są potrzeb-*

ne i muszą inaczej troszeczkę dbać o to swoje zdrowie (mężczyźni, blue-collars, młodzi, Warszawa); – To jest związane z tym, że kobiety urodziły dzieci, muszą o nie dbać. Dzieci są zawsze małe i ona musi być zawsze zdrowa, dyspozycyjna, żeby te dzieci mogły dojrzeć (mężczyźni, white-collars, starsi, Radom).

W świetle takich opinii na temat przymusu wewnętrznego, ale też potrzeby (konieczności?) uzależnienia życia kobiet od medycyny i podporządkowania go kryteriom medycznym, medykalizacji macierzyństwa [70], można zastanawiać się, czy proces taki byłby możliwy w odniesieniu do mężczyzn. W wielu obszarach wydaje się to mało prawdopodobne, ale w piśmiennictwie podkreśla się, że stało się już tak np. w odniesieniu do andropauzy (np. Viagra) czy łysienia [71,72]. Poza sferą seksualną i estetyczną innym przykładem jest rozbudowana otoczka medyczna wokół ADHD [71,72]. Trzeba jednak podkreślić, że medykalizacja życia mężczyzn jest pochodną wielu czynników, w tym kulturowej obsesji na punkcie młodości i urody, społecznego zainteresowania i obaw (np. o wychowanie pobudliwych chłopców) oraz – co pewnie najistotniejsze – wysiłków przemysłu farmaceutycznego.

Kryteria oceny własnego zdrowia przez mężczyzn

Na skali dziesięciopunktowej wszyscy badani mężczyźni (24 panów) ocenili swoje zdrowie bardzo wysoko – najczęściej na 8-9 punktów, a najniższa ocena wyniosła 7. Starsi mężczyźni przyznawali sobie wyższe noty niż młodzi (nawet 10) i używali przy tym argumentacji „jak na swój wiek”. Wydaje się to świadczyć

o tym, że subiektywna ocena stanu zdrowia mężczyzn w wieku średnim (podobnie jak ludzi starych) ma raczej związek z ogólną sprawnością i żywotnością niż współwystępowaniem określonych chorób [73], o które można podejrzewać przedstawicieli tej grupy. Można by to nazwać „strategią dodawania”. W młodszych grupach strategia oceny polegała na odejmowaniu punktów od pełnego potencjału i oceny maksymalnej z uwagi na współistniejące zachowania ryzykowne dla zdrowia, takie jak palenie czy mała aktywność fizyczna. W każdym jednak przypadku widoczna jest dążność do maksymalizacji oceny, która przypuszczalnie wyraża raczej aspiracje niż stan rzeczywisty.

Postrzeżenie choroby przez mężczyzn

Zwraca uwagę, że percepcja choroby mężczyzn jest uniwersalna i jednakowo widzą to mężczyźni w różnym wieku i o różnym wykształceniu i niemal identycznie postrzegają to kobiety. Spośród ponad 100 różnych zdjęć jako wizerunek swojego i ogólnie męskiego chorowania wybierano głównie: mężczyznę w masce, z papierową torbą na głowie, za szybą, pod szklanką, wychylającego się z tekturowego pudła, futbolową czerwoną kartkę, pustą ulicę w nocy, stare i podarte trampki, eksplozję/ogień, bombę zegarową, związane ręce, nogi w za krótkich spodniach i skarpetkach nie do pary oraz wyciągniętą rękę (ryc. 12). Pominięte natomiast obszary skojarzeń to walka (np. zdjęcia torreadora, boksera, żołnierza na wojnie), skupienie i refleksja, wsparcie bliskich i rodziny. Informacje o źródłach, z których pochodziły zdjęcia zawarto w raporcie 4P research mix (załącznik nr 4).



Rycina 13. Wizerunki męskiego chorowania.

Z opisów oraz symboliki tych wizerunków wynika, że choroba jest dla mężczyzny bardzo traumatycznym przeżyciem, zwłaszcza w wymiarze osobistym, ale też rodzinnym i społecznym. Składa się na to grupa przyczyn:

Choroba jest realnym zagrożeniem, sygnałem ostrzegawczym, nawet karą („bomba tyka”):

– Mogłem na przykład, kurczę, iść wcześniej powiedzmy do lekarza, no ale praca na przykład była ważniejsza i nie miałem czasu. Nie chciało mi się i zawsze jest milion powodów na wytłumaczenie samego siebie. Za późno, już jest za późno, bo teraz jestem chory i jest za późno (mężczyźni, blue-collars, młodszy, Warszawa).

Choroba jest ograniczeniem i grozi utratą kontroli nad życiem:

– Ograniczenie jakieś, no nie, jestem chory i czegoś nie mogę, takie związanie. Coś tam mogłem, a teraz, cholera, nie mogę (mężczyźni, blue-collars, młodszy, Warszawa); – Że no, ucięło się, jakiś etap życia się uciął. To on bardzo kochał. No bo wiadomo, jak ktoś robi daną rzecz 40 lat, no to trudno, żeby tego nie lubić, nie? [...] No i to jest taki wybuch i jeszcze ta klatka w szklance. No to jest odniesienie wszystkiego tego, co jemu to ucięło się po prostu, no z dnia na dzień (mężczyźni, blue-collars, starsi, Radom); – Te ręce, to jakby był związany; że nie może się ruszyć nigdzie. Tak chory, że go związali (mężczyźni, white-collars, starsi, Radom).

Choroba to zmiana wizerunku i obniżenie samooceny:

– Bo chcę być zdrowy, uśmiechnięty, wesoły, a ból dla siebie zostawiam, to jest mój ból. Dzielić się tym, co jest radosne, twórcze, a smutne nie. Być dobrze postrzeżanym. Co by nie było, na wszystko odpowiedź – tak, jest pięknie, ładnie (mężczyźni, white-collars, starsi, Radom); – [...] to jest zdolowany facet, zdolowały powiedzmy, to jest pod ziemią, nie może zdobywać, nie może polować. Siedzi w dole i tam jest jego jakby koniec w tym momencie. Wszystkie funkcje, które powinien wykonywać, nie jest w stanie (mężczyźni, white-collars, starsi, Radom).

Choroba jest sprawą intymną i lepiej ukryć ją przed światem zewnętrznym:

– To na głowie [pudło], to tak może się czuć facet z prawdziwą chorobą i wtedy nie chce, aby się ktoś o tym dowiedział, i ukrywa się (mężczyźni, blue-collars, młodszy, Warszawa); – Jeśli chodzi o chorowanie męskie, to jeżeli facet jest naprawdę chory, po sobie wiem, jeżeli by coś naprawdę dolegało, to jestem chory i koniec, nie dotykajcie, nic nie róbcie. Muszę sam to przeżyć w jakiś sposób, takie większe choroby (mężczyźni, white-collars, starsi, Radom); – Jako mężczyzna muszę sobie poradzić sobie sam, nikt nie będzie mi dyktował, co ja mam robić (mężczyźni, white-collars, młodszy, Warszawa).

Choroba oznacza zagubienie, osamotnienie, a nawet wykluczenie. Grozi odrzuceniem przez grupę odniesienia (mała wśród mężczyzn tolerancja dla chorego, pełne ekspresji porównanie, że być chorym to jak być Murzynem w Radomiu) i (lub) porzuceniem przez partnerkę („Często facet zostaje sam, albo wyobraża sobie, że zostanie sam”):

– Trudno powiedzieć, dlaczego to ludzie, chyba nieświadomie to robią, mówią. Nie potrafią akceptować innych takimi, jakimi są. Ja podejrzewam, że gdyby u nas pojawiło się dużo ludzi ciemnoskórych, to ludzie też by nie akceptowali, to jest ciężkie do przeżycia. Jesteśmy raczej krajem rasistowskim. Murzyna jak się zobaczy, to wytyka się palcami, a oni normalni są (mężczyźni, white-collars, starsi, Radom); – Boi się też utraty tej drugiej osoby. Z reguły jest tak, że chcemy być zdrowi, żeby być atrakcyjni dla tej drugiej osoby [...], jak się jest z kimś dłuższy czas, to się mówi, ale nie każdy może ci pomóc, może cię odtrącić (mężczyźni, white-collars, młodszy, Warszawa).

Choroba jest wołaniem o pomoc, czekaniem na to, że ktoś zauważy problem i udzieli pomocy, ale prośenie o pomoc jest trudne:

– Coś powiedzieć, ale nie do końca; niby chciałby się podzielić, ale może nie potrafi. Ta męska duma... Zamknięty w sobie, macho; z zewnątrz niby macho, a w środku... Może czeka, aż ktoś to zauważy, a niekoniecznie chce to okazać dobitnie. Może coś się dzieje, to nie jest komfortowa sytuacja dla niego (mężczyźni, white-collars, młodszy, Warszawa).

Komentarze te wskazują, że chorowanie jest dla mężczyzny katastrofą. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety przyznają, że nie istnieje dobry wzorzec męskiego chorowania, z podniesionym czołem i efektywny zarazem. Najczęściej opisywane reakcje mężczyzn na chorobę to negacja i wyparcie („nic mi nie jest”), rezygnacja i rozpacz albo nadmierne rozczulanie się nad sobą. Przedstawiciele obu płci mówili, że kobiety inaczej reagują na chorobę, są dzielniejsze i lepiej sobie radzą z problemami zdrowotnymi: – Tak, chory już jest, godzi się z tym, że jest chory. A kobieta nie. Walczy. Kobiety są nasze walczące. Nie poddają się (mężczyźni, white-collars, starsi, Radom).

Postawę kobiet wiązano z tym, że mają prawo do chorowania, mogą się wygadać, a także są z natury silniejsze, odporne na ból: – Kobiety są bardziej odporne na ból, bo wiadomo – rodzą dzieci, to ból jest duży, a facet to by już dawno wymiękł (mężczyźni, blue-collars, młodszy, Warszawa).

Różnicowanie chorób przez mężczyzn

Ogólnie wśród mężczyzn poziom wiedzy o chorobach (w ogóle, jak i chorobach częściej występujących u płci męskiej) jest niski. Szczególnie dotyczy to młodych

blue-collars. Często ważnym punktem odniesienia jest choroba występująca rodzinnie. Pytani o choroby, które częściej trapią mężczyzn, spontanicznie wymieniali zawał i nowotwory. Podobnie mała jest wiedza na temat niepokojących objawów chorobowych. Najważniejszym sygnałem alarmowym są objawy bólowe, bez znaczenia w jakiej lokalizacji, ale niepokojący jest ból przynajmniej kilkudniowy. Drugim objawem alarmowym są duszności i ból w klatce piersiowej: – *Ból, jak zapiera tu dech w piersi, no to już jest [niepokojące] [...]. Serce, takie jakies te organy, kurczę [...]. No bo tak, jak noga boli czy ręka, no to wiadomo, że człowiek żyje, nie?* (mężczyźni, *blue-collars*, starsi, Radom).

Z porównania wypowiedzi mężczyzn i kobiet można wnioskować, że nawet zasłabnięcie, utrata przytomności nie są objawami, które skłaniają do szybkiego poszukiwania pomocy medycznej. Lekarze twierdzili natomiast, że mężczyźni bardzo niepokoją problemy związane z narządami płciowymi, ponieważ ma to związek ze zmniejszeniem sprawności seksualnej.

W celu rozpoznania sposobu postrzegania chorób zastosowano technikę segmentacji, w której uczestnicy mieli wybrać kartki z zapisanymi nazwami chorób, a następnie podzielić je na grupy. W pierwszym podziale, według kryterium dużych, średnich i małych obaw związanych z daną chorobą, najważniejszymi czynnikami różnicującymi okazały się: ciężkość przebiegu choroby i złe rokowanie, bolesność, niekorzystny wpływ na jakość życia. Niemniej, podział chorób

według tych przejrzystych kryteriów okazał się bardzo trudny. Przede wszystkim uczestnicy mieli małą wiedzę o przebiegu i(lub) rokowaniu poszczególnych chorób użytych w ćwiczeniu, toteż do grupy chorób poważnych zaliczono także te, „które miały groźną nazwę”, jak np. refluks żołądkowo-przełykowy. Ogólnie – młodszy mężczyźni mieli większe skłonności do rozbudowywania listy chorób budzących największe obawy. Starsi zaś lokowali więcej chorób w grupach niosących mniej obaw, demonstrując tym samym większe otwarcie na problemy zdrowotne. Zarówno młodszy, jak i starsi mężczyźni do grupy chorób związanych z najsilniejszymi emocjami zaliczyli nowotwory (białaczka, rak płuca), w tym nowotwory mężczyzn (rak jądra, rak prostaty) oraz impotencję (ryc. 13, 14): – *Są to atrybuty męskości. W świadomości jest coś takiego: chciałbym być sprawny przez większość swojego życia i taka męska sprawność wpływa na psychikę. Jestem niepełnowartościowym mężczyzną* (mężczyźni, *white-collars*, młodszy, Warszawa). Dla młodszych mężczyzn ważnym kryterium umieszczenia chorób w tej grupie było przekonanie o bolesności schorzenia: – *Ból chyba [spowodował umieszczenie w segmencie chorób, których się najbardziej obawiam], tak mi się wydaje [...], bo jak spojrzeć na ten podział, to tam było boli, boli, boli, a tutaj nie boli. Tak, jakbyśmy się bali bólu* (mężczyźni, *blue-collars*, młodszy, Warszawa).

Młodszy i starsi niemal nie wiązali obaw z otyłością, co dziwi w kontekście wielu informacji na ten temat we wszystkich chyba środkach masowego przekazu.

Najmniejsze obawy	Umiarkowane obawy	Największe obawy
łuszczyca łusienie plackowate		białaczka, rak płuca, rak prostaty, rak jądra
migreny angina	nadciśnienie arytmia choroba wieńcowa	impotencja cukrzyca niewydolność nerek padaczka
wzdęcia, otyłość, hemoroidy	zwrodnienia stawów reumatyzm	rwa kulszowa wrzody żołądka zapalenie cewki moczowej dyskopatia refluks żołądkowo- przełykowy
		zapalenie opon mózgowych zapalenie płuc miażdżycy

Rycina 14. Różnicowanie chorób przez mężczyzn młodszych.

Najmniejsze obawy	Umiarkowane obawy	Największe obawy
zapalenie cewki moczowej reflaks żołądkowo-przelykowy migreny angina	cukrzyca niewydolność nerek	białaczka rak płuca rak prostaty rak jądra
łuszczyca łysienie plackowate	nadciśnienie arytmia astma oskrzelowa choroba wieńcowa rwa kulszowa dyskopatia	impotencja
wzdęcia otyłość hemoroidy	zwyrodnienia stawów reumatyzm wrzody żołądka	miażdżycza zapalenie opon mózgowych zapalenie płuc padaczka

Rycina 15. Różnicowanie chorób przez mężczyzn starszych.

W drugim podziale, według kryterium wstydu związanego z danymi chorobami, papierkiem lakmusowym okazały się: wpływ na sprawność seksualną (impotencja), lokalizacja w strefach intymnych (rak jądra, prostaty, hemoroidy), widoczność choroby (łuszczyca, łysienie plackowate, rzadko otyłość), utrata kontroli nad ciałem (padaczka). Krępujące i wstydlive są też wszystkie zabiegi i badania obejmujące strefy intymne, a także wziernikowanie (gastroskopia, kolonoskopia), badanie *per rectum*, również czyszczenie ucha przez laryngologa („nie będzie mi nikt nic wsadzał”): – *Prostata, badanie prostaty [jest wstydlive]. Ty mówiłeś tutaj badanie jelita grubego. Jakąś nazwę swoją ma. Też nieprzyjemne. Na początku było układanie sobie w głowie, jak to będzie (mężczyźni, white-collars, starsi, Radom)*. Wszystkie te procedury odbierane są bardzo emocjonalnie, jako rodzaj upokorzenia, odarcie z godności.

W trzecim podziale, według kryterium schorzeń typowych dla mężczyzn i kobiet, do chorób męskich zaliczono: nowotwory narządów układu moczowo-płciowego, impotencję, raka płuca, chorobę wieńcową. W opinii mężczyzn chorobami damskimi są: migrena, osteoporoza (część mężczyzn słyszała, że jest to problem kobiet), zwyrodnienie stawów / reumatyzm (u starszych pań), wzdęcia (ze względu na kierowaną do kobiet zmasowaną reklamę produktów niwelujących ten problem), otyłość (ponieważ kobiety więcej mówią na ten temat i „wszystkie się odchudzają”).

Wsparcie w dbałości o zdrowie

Odnosi się wrażenie, że rozmowy mężczyzn z żonami lub partnerkami o sprawach zdrowia dotyczą przede wszystkim zdrowia kobiet oraz ich obaw i są inicjowane przez panie. Znacznie rzadziej inicjatorami takich rozmów są mężczyźni, a przedmiotem ich problemy. W realnych kłopotach zdrowotnych wielu mężczyzn dzieli się swoimi problemami z żoną (partnerką), jednak niemała grupa otwarcie przyznaje, że nie poinformowałyby o nich kobiety. Jako uzasadnienie podają takie argumenty, jak: „nie chcę zmartwić żony”, „nie mogę zawieść jej oczekiwań”, „to jest wstydlivy temat” (np. kłopoty z gruczołem krokowym): – *O pewnych rzeczach się nie mówi, bo się nie powinno martwić żony, dzieci. Człowiek ma tę świadomość, że będąc głową rodziny, musi o pewne rzeczy zadbać, a szczególnie żonę, więc gdzieś tam w sobie to kumuluje, nie daje żadnych oznak tego, że może się źle czuć, ukrywa to dobrze (mężczyźni, white-collars, młodszy, Warszawa); – Póki sam mogę się jeszcze obsłużyć, to staram się sam sobie pomagać i jej nie dawać jeszcze dodatkowo jakiegos tam może pewnego zmartwienia, prawda? Ja się potrafię tym sam zająć, no. Chyba, że już nie mogę sobie sam pomóc, no to wtedy ewentualnie mogę liczyć na żonę czy na dzieci (mężczyźni, blue-collars, starsi, Radom)*.

Większą otwartość na rozmowę z partnerką wykazują mężczyźni z większym wykształceniem, pozostający w udanych, a także dłużej trwających związkach: – *Powinno się rozmawiać o takich rzeczach [zdrowiu]*.

Jeżeli jest się w związku z kimś i darzy się zaufaniem, to powinno się podzielić tym; jedno na drugie powinno zwracać uwagę (mężczyźni, white-collars, młodzi, Warszawa).

Z wywiadów wynika, że rozmowa na temat problemów zdrowotnych z innymi mężczyznami (kolegami) jest po prostu niemożliwa, przynajmniej dla przeważającej większości panów. Wbrew pozorom nie jest to wyłącznie męska bolączka. Z Raportu Siemens 2011 r. pt. *Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych?* wynika, że co druga kobieta nie rozmawia na temat badań cytologicznych z bliskimi sobie kobietami [74]. Ponadto mężczyźni nie odnotowują szerszego społecznego zainteresowania ich sprawami, mówią o braku kampanii informacyjnych i programów profilaktycznych (w odróżnieniu od kampanii i programów poświęconych problemom kobiet), braku przykładów chorowania: – *Prosty przykład to jest Stuhr – aktor, który głośno mówił, że ma raka, i wygrał z tym. I myślę, że jak człowiek walczy, nie zakrywa w sobie, myślę, że może łatwiej... Dużo było takich ludzi i jest... Dużo znanych. I myślę, że tak powinno się robić. Między innymi też wtedy ludzie, którzy są, wiadomo, nieuposażeni finansowo, to też dzięki temu się otworzą, szukają jakiejś pomocy. Są fundacje, nie fundacje, wtedy one też starają się, wtedy człowiek znajdzie może jakieś leki...* (mężczyźni, blue-collars, starsi, Radom); – *Na pewno autorytetami są osoby po przejściach. Tak jak byłem u tego pana doktora, który chorował na prostatę [...]. Czyli ludzie po przejściach, to akurat doktor był, ale trzeba słuchać ludzi, którzy w porę zareagowali. To dowód, że jednak wszystko można wyleczyć, albo prawie wszystko* (mężczyźni, white-collars, starsi, Radom).

Oczekiwania mężczyzn względem lekarzy

Mężczyźni wyraźnie akcentują chęć i potrzebę korzystania z pomocy lekarzy. Mówiąc o relacji z lekarzami, podkreślają przede wszystkim znaczenie indywidualnego i ludzkiego podejścia do pacjenta, empatii, zaangażowania, poważnego traktowania, poczucia komfortu i nieobwiniania za aktualny stan zdrowia. Oczekują wyjaśnień dotyczących ich sytuacji i dalszego postępowania: – *Rzadko kiedy trafiam na lekarza, który mi coś wytłumaczy, poświęci mi czas. Chyba o to chodzi, że to jest taki przemiał, zwłaszcza w tych placówkach państwowych. Kolejny, kolejny, i on nie poświęca mi czasu poza wypisaniem recepty, spisaniem peselu. A fajnie jest, jak lekarz poświęci ten czas, powie, z czym się wiąże dolegliwość, z czego wynika. Tak samo z przepisaniem leku – nie mówi, jaki to jest lek, jakie skutki. Z reguły i tak trzeba do niego wrócić, jak się ma w głowie jakieś zapytanie* (mężczyźni, white-collars, młodzi, Warszawa); – *Tak, na pewno [oczekuję od lekarza] jakiejś bliskości, zainteresowania, wytłumaczenia takiego głębszego, bo każda choroba ma jakieś skutki,*

które mogą być niepokojące (mężczyźni, white-collars, młodzi, Warszawa); – [Ważne jest,] żeby lekarz się wczuł w tego drugiego człowieka, co on może czuć [...]. A nie tak „spadaj”, bo już następny czeka (mężczyźni, blue-collars, młodzi, Warszawa). Zarazem oczekują od lekarza wnikliwości i fachowości: – [Ważne, żeby lekarz] podchodził jak człowiek dosłownie. No, jak mechanik do samochodu, że on wszystko sprawdza [...]. Kompleksowo żeby podchodził do człowieka (mężczyźni, blue-collars, młodzi, Warszawa); – [...] lekarz powinien być fachowiec, powinien doradzić i wyleczyć. Powinien być ostoją, jak człowiek chory jest [...]. To jest bardzo odpowiedzialny zawód i powinien być dobrze wykonywany (mężczyźni, white-collars, starsi, Radom).

Mówią również o złych obyczajach, rutynowym i taśmowym (przedmiotowym) traktowaniu, braku uwagi i czasu, braku podstawowych niewerbalnych sygnałów otwartości:

– *Lekarz nie może dawać mi do zrozumienia, że przyszedłem i że bym już wychodził. Ostatnio miałem takie wrażenie, że ja tutaj jestem zbyteczny. Po co ja tutaj przychodzę? Jak ten wróg dosłownie. Poczucie jak, nie wiem, bo jest pieczętka, pieczętka, pieczętka i następny (mężczyźni, blue-collars, młodzi, Warszawa); – Nawet ręki nie poda, kurczę, to ja mu maila wyślę* (mężczyźni, blue-collars, młodzi, Warszawa).

Jakkolwiek wielu mężczyzn stara się wytłumaczyć nieodpowiednie postępowanie lekarzy (argumentując np., że nikt ich nie uczył, jak rozmawiać z pacjentem, są przeciążeni pracą), to dobitnie podkreślano, że lekarz powinien być lekarzem z powołania, człowiekiem o dużej kulturze osobistej. Lekarz jest niezmiennie zawodem społecznego zaufania i nadzieją: – *Fajnie by było, żeby lekarze traktowali swoją pracę jako służbę dla ludzkości. Ja nie generalizuję, ilu lekarzy jest takich, a ilu nie, ale generalnie to powinna być służba dla nas, a nie traktowanie nas jak czeki [do wypisania]* (mężczyźni, white-collars, starsi, Radom).

Należy stanowczo podkreślić, że wszystkie zwerbalizowane oczekiwania mężczyzn wobec postępowania lekarzy i przebiegu wizyty są wręcz modelowe. Zgłaszane są przez wszystkich pacjentów, niezależnie od kraju, w którym prowadzono badania, i innych uwarunkowań. Pacjenci na pierwszym miejscu stawiają ludzkie podejście, a kompetencje fachowe dopiero na kolejnym [75, 76].

Biorąc pod uwagę, że chorowanie jest dla mężczyzn bardzo trudnym doświadczeniem, nie można się dziwić, że do lekarza chodzą oni wtedy, gdy objawy są nasilone i długotrwałe. Impulsem mogą być ból lub gorączka. Wczesne pójście do lekarza wiąże się z ryzy-

kiem posądzenia o słabość, ośmieszenia się (np. przed lekarzem), bo „a nuż samo przejdzie”. Chodzenie po lekarzach jest „babskie” i „emeryckie”: – *Idziemy do lekarza, jak przestajemy normalnie funkcjonować, tak jak byśmy na co dzień funkcjonowali. Coś nas na przykład tak boli, że nie jesteśmy w stanie wykonać danej czynności. Wtedy dopiero jest sygnał dla nas, żeby się wybrać do lekarza (mężczyźni, blue-collars, młodzi, Radom); – Ja też muszę kilka dni odczekać, jak mnie coś boli. Jak takie środki podstawowe nie skutkują, to wtedy idę. Ale dwa, trzy dni czekam (mężczyźni, white-collars, młodzi, Warszawa); – Żeby mężczyzna poszedł do lekarza, to już musi mieć zwidy, 40 stopni gorączki. Już się przewracają prawie, nie za bardzo się orientują, w jakiej są czasoprzestrzeni. Wtedy jest taki moment, że rodzina go przyprowadza; przychodzi na przykład z żoną [...]. Mężczyzna odsuwa wizytę u lekarza, bo będzie myślał, że sam sobie pomoże. I będzie to robił do tego momentu, najczęściej, aż nie padnie (lekarze, mężczyźni, Piotrków Trybunalski); – [Mąż jak miał kulszową, to poszedł do lekarza,] jak już zaczął laską się podpierać. Nie tak od razu, najpierw pastylkę przeciwbólową brał [...]. Myślał, że mu przejdzie (kobiety, starsze, Płock).*

Poza tym mówiono wprost, że chodzenie do lekarza to marnowanie czasu z powodu formalności, zapisów, kolejek przed gabinetami, przepychania się pacjentów. Równie ważna jest jednak warstwa emocjonalna – uczucie mechanicznego traktowania, dominacji lekarza i przejęcia przezeń kontroli nad biegiem spraw: – *Często lekarze rzucają takim swoim slangiem lekarskim i człowiek taki normalny z ulicy nie wie, co on do niego mówi. A też głupio mu zapytać, bo przychodzi do człowieka, który ma jakąś wiedzę, to myśli: „nie ośmieszę się, że ja nie wiem”. To czasami się nie dopytam. To też jest takie poczucie dystansu (mężczyźni, blue-collars, młodzi, Radom); – Wydaje mi się, że lekarze czasami bagatelizują objawy pacjentów. Spotkałem się z tym, mój brat miał odmę płucną, a lekarz powiedział, że to jest stres. Chodził z tą odmą płucną przez dwa tygodnie, w końcu ktoś mu zrobił prześwietlenie (mężczyźni, white-collars, młodzi, Warszawa).*

Innym problemem, który głównie sygnalizowały lekarki, są trudności mężczyzn z nazwaniem odczuwanych dolegliwości. Podsumowując te spostrzeżenia, można powiedzieć, że mężczyźni mają wiele barier w dostępie do lekarza, realnych (czas, ubogie słownictwo i nieznajomość fizjologii) oraz emocjonalnych (nastawienie na przeczekanie objawów, zastrzeżenia do relacji z lekarzami). Łatwo wyobrazić sobie, jakimi uczuciami targani są przed gabinetem lekarskim – strachem, gniewem i niesmakiem.

Z rozmów wynika, że preferencje dotyczące płci lekarza są zróżnicowane. Niektórzy mężczyźni wolą

lekarki: – *Kobieta jest bardziej czuła, delikatniejsza. Facet to jest facet. Tu cię tam walnie, bo jesteś facet. On ma to w nosie, dla niego to jest kolejna sztuka do przebadania (mężczyźni, blue-collars, młodzi, Radom). Wśród młodszych płci lekarza ma znaczenie w przypadku schorzeń związanych ze wstydem. W tym przypadku lepiej zwrócić się do lekarza mężczyzny. Starsi zdają się nie mieć takich obaw ani preferencji. Przeważają opinie, że lepiej mieć jednego, stałego lekarza, którego trzeba jednak wcześniej sprawdzić. Wiąże się to z: większym poczuciem bezpieczeństwa; większym zaufaniem; lepszym kontaktem i łatwością dogadania się: – Ale ważne jest to poczucie takiego bezpieczeństwa, że się idzie do osoby, która nas zna i nie trzeba jej od początku wszystkiego tłumaczyć (mężczyźni, blue-collars, młodzi, Warszawa).*

Opinie kobiet o mężczyznach i ich zdrowiu

Badane kobiety w zasadzie czuły się ekspertkami od spraw zdrowia swoich mężów lub partnerów. Zazwyczaj miały poczucie kontroli nad ich zdrowiem, czuły się też w jakiś sposób za to odpowiedzialne. Rozmowy miały silnie emocjonalne zabarwienie, a uczestniczki nierzadko demonstrowały poczucie wyższości, krytykowały męską wiedzę (raczej – niewiedzę) o zdrowiu, nawet natrzęsały się z postaw i zachowań mężczyzn. Nie wydaje się zatem, aby były zadowolone ze zwyczajów panujących w ich rodzinach czy wśród znajomych. Nie można powiedzieć, że rola domowego eksperta od zdrowia jest komfortowa: – *Tak, trzeba go zapisać [do lekarza], bo sam to nie [...]. Oni tak mają, że trzeba im pokazać (kobiety, młodsze, Warszawa); – Ja wchodzę z mężem do lekarza, bo to duże dzieci są po prostu. Znaczą, mój generalnie to zapomina. Kiedyś poszedł i dostał listę lekarstw, i on nie wie, co, gdzie, jak ma brać. No mówił lekarz, ale nie zapisał na kartce i on nie wie, ile powinien tego brać (kobiety, młodsze, Warszawa); – Mój mąż, jak już przyniesie receptę i leki, to mówię „to ty pamiętaj i będziesz mi dawała”. Absolutnie, wtedy biorę opakowanie i piszę, jedna rano, jedna na południe, jedna na wieczór. To ja musiałabym siedzieć i nie pracować, żeby się przeziębionym mężem zajmować (kobiety, starsze, Płock).*

W typologii mężczyzn wyróżniały trzy podstawowe zbiory:

- zadbany, bo żonaty;
- zaniedbany;
- przeczulony na punkcie zdrowia i urody, metroseksualny.

Pierwszy typ jest wynikiem pracy kobiet, drugi – jej braku. Mężczyźni zaniedbani kojarzyli się ze stanem kawalerskim lub wdowieństwem, brakiem damskiej ręki i brakiem motywacji mężczyzny do dbałości o siebie. Trzeci typ jest uosobieniem cech niemiejskich,

choć są to jednostki samodzielne i aktywne. Ponadto w grupie starszych kobiet przywoływany był typ zdyscyplinowanego i skrupulatnego pacjenta, który posłusznie wykonuje wszystkie zalecenia lekarskie, aż do przesady.

Opinie lekarzy o mężczyznach i ich zdrowiu

Badani lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, niezależnie od płci, wieku i miejsca praktyki, postrzegali swoją rolę przede wszystkim w kategoriach eksperta, profesjonalisty, który stawia diagnozę i wydaje zalecenia, które trzeba (bezwarunkowo) wykonać. Zdecydowanie krytykowali pacjentów za to, że nie podejmują „ogólnych zaleceń” dotyczących zdrowego stylu życia i nie zmieniają zachowań: – *Najlepsze to jest leczenie tych korzonków, które ma co drugi mężczyzna. Ja mówię wszystkim zalecenie – basen, aerobik, jogging. I nikt nie stosuje. A jak złapie go znowu, to przychodzi i mówi „zastrzyki najlepsze”; upierają się na zastrzyki [...]. Jakby każdy poszedł na basen raz w tygodniu, to byśmy mieli zdrowe społeczeństwo [...]. Z facetami to jest tutaj tragedia, nikt tych zaleceń nie słucha (lekarze, mężczyźni, Piotrków Trybunalski); – [...] jak groch o ścianę, jakieś takie te ogólne zalecenia. Myślę, że niejeden lekarz, to już po prostu gryzie się w język i już nie mówi tego, że „proszę się ruszać”, prawda, (...) bo pacjent mu się w nos śmieje, w ogóle, co mi tu ty opowiadasz (lekarze, kobiety, Warszawa); – Ja myślę, że ogólna świadomość, jeśli chodzi o nasze społeczeństwo i to jakby dążenie do polepszenia stanu zdrowia, to jest na takim etapie w tej chwili, że niech lekarz zrobi za mnie to, a ja sam to niewiele chcę w to wejść, sam od siebie wymagać [...]. Też jest taki marazm w tym i takie coś: zrób to za mnie, daj mi tabletki, obniż mi poziom cholesterolu, obniż mi ciśnienie, prawda? Ale on sam siebie nie uruchomi. On sam z siebie jakby nie chce w tym uczestniczyć albo nie chce z siebie coś dać, bo to wymaga wysiłku (lekarze, kobiety, Radom). Jednocześnie nic nie wskazywało na to, aby lekarze pomagali pacjentom w tym wysiłku, np. prowadzili edukację pacjenta, poradnictwo, radzili, jak w praktyce zastosować się do zaleceń. W żadnym wywiadzie kwestia edukacji zdrowotnej nie pojawiła się w kontekście placówek czy personelu ochrony zdrowia, chociaż werbalizowano oczekiwania, aby edukację na rzecz zdrowia prowadzić w przedszkolu i szkole. Równocześnie krytykowano korzystanie przez pacjentów z zasobów informacyjnych Internetu. Słowem – radź sobie człowieku sam.*

Lekarze fetyszowali zdrowy styl życia i podkreślali wielokrotnie, że zarówno medycyna, jak i lekarz niemal nie mają wpływu na zdrowie. W uzasadnieniu odwoływali się do argumentu, że opieka medyczna odpowiada zaledwie za 10% stanu zdrowia populacji. Pokazuje to, że przebrzmiały już paradygmat Lalonde’a może paraliżować działania lekarzy i zdejmować

z nich odpowiedzialność za wyniki pracy. Przy takim nastawieniu nawet brak dostępu do lekarza w ramach ubezpieczenia w NFZ może być uznany za zjawisko korzystne: – *Mi się wydaje, że to jest kwestia naszego Narodowego Funduszu Zdrowia, który udowodnił przez lata ludziom, że jeżeli ktoś sam się nie zajmie swoim zdrowiem, to w zasadzie nie jest to niczym obowiązkiem. I do niektórych to trafia, że jeżeli ktoś się chce wyleczyć, to muszą brać sprawy w swoje ręce. Nie czekać na to, że za rok dostaną się do specjalisty, a za kolejne pół roku na jakieś badanie. To jest jedyny plus NFZ (lekarze, mężczyźni, Piotrków Trybunalski). Co więcej, pacjenci, którzy wykazują ponadprzeciętne zainteresowanie swoim zdrowiem, traktowani są jako roszczeniowi i „żądaniowi”: – *Z młodymi pacjentami jest fajnie. Młody facet wpadnie raz na rok albo rzadziej, bo nie ma czasu. I to jest najlepszy pacjent (lekarze, mężczyźni, Piotrków Trybunalski).**

Pytani o różnice między pacjentami płci męskiej i żeńskiej, wstępnie udzielali niewyraźnych odpowiedzi. Jeżeli podejmowali próby uogólnień, to kobietom przypisywali drobiazgowość, ale też posłuszeństwo wobec zaleceń. Mężczyznom zaś – konkretność, szybkość załatwiania sprawy, trudności w opisie problemu zdrowotnego oraz brak posłuszeństwa: – *Mi się jeszcze nie zdarzyło, żeby mężczyzna przyszedł z kartką. Natomiast kobieta z kartką [śmiej]. Dzisiaj mi przysłała z taką kartką [format A4] pacjentka, zapisaną od góry do dołu i jeszcze patrzę, że na drugiej stronie jest lista [...] wszystko zapisane było [...]. Jak widzę taką kartkę, to przerażenie mnie ogarnia (lekarze, mężczyźni, Warszawa); – Mężczyźni zachowują się podczas wizyty znacznie lepiej niż kobiety. Jedna dolegliwość wystarczy. Resztę trzeba pociągnąć, a jak się nie pociągnie, to na tej jednej się kończy i mamy spokój. A kobieta potrafi gadać o wszystkim (lekarze, mężczyźni, Piotrków Trybunalski); – Mężczyźni są bardziej nieposłuszni. Wydaje im się, że wiedzą lepiej, co jest dla nich dobre, a lekarz czy ksiądz, czy ktoś tam jeszcze ewentualnie mógłby im coś doradzić, ale uważają, że jest mało kompetentny [...]. To jest takie męskie – słuchać tylko siebie (lekarze, mężczyźni, Piotrków Trybunalski); – Mężczyzna jest bardziej konkretny niż kobieta. Kobieta opowie całą litanię, nie powiem, że wspomni o swoich rodzicach, o kimś tam, o dzieciach (lekarze, mężczyźni, Warszawa).*

Interesującym zjawiskiem, które wystąpiło w trakcie wywiadów, była „krytyka krzyżowa”, polegająca na tym, że lekarki bardziej krytkowały pacjentów mężczyzn, a lekarze – pacjentów kobiety. Pokazuje to, że lekarze też mają określoną płęć społeczno-kulturową i podlegają jej wpływom. Dynamika dyskusji prowadziła nierzadko do odrzucenia maski zawodowej i wystąpienia w roli kobiety, która narzeka na ego mężczyzn. Pojawiały się stwierdzenia, że „mężczyźni

są nieobliczalni”, „mężczyźni się nie przetłumaczy”, głosy o męskiej wybujałej samoocenie, niedojrzałości, niedbalstwie, również tchórzostwie: – *Ta potrzeba bycia doskonałym* (lekarze, kobiety, Warszawa); – *Też tak myślą, że są twardzi, niezniszczalni* (lekarze, kobiety, Radom); – *Ja obserwuję właśnie coś takiego, że ja jestem wspaniałą, bo ja mam pasję. Jestem wspaniałą, ja mam pasję, wszyscy musicie służyć. A wy to takie, w ogóle, no takie nic, no tylko ugotować, posprzątać, i w ogóle co to jest, iść do roboty i wrócić z roboty. A ja to mam pasję, czyli ja mogę nic nie robić, bo ja mam pasję, jestem ponad wszystkim* (lekarze, kobiety, Radom); – *Bo kobieta musi myśleć, jest opiekunką dla wszystkich. Powinno się przewidzieć, że musi długo żyć, że musi poczekać, aż wnuki dorosną, aż się wychowają...* *A mężczyźni tak nie myślą. Oni tak bardziej z dnia na dzień. Oni bardziej są chłopcami wiecznymi* (lekarze, kobiety, Radom); – *Gros panów, to jest zawleczonych przez małżonki, bo są w stanie, kiedy mają dość albo objedli się jak mopsy na grillu i nagle twierdzą, że coś ich boli. Umierają!* (lekarze, kobiety, Warszawa).

Niektórzy lekarze mężczyźni krytykowali kobiety w następujący sposób: – *Częściej kobiety doszukują się chorób [...]. Parę razy zakruczało mi po tej stronie, a trzy razy po tej, a jak zjem kapustę niedogotowaną, to mam zgagę, a jak dogotuję, to mam mniejszą* (lekarze, mężczyźni, Warszawa); – *[Facet] mniej zwraca uwagę na jakieś takie sprawy... drobne. Bo jak uderzył się i ma siniak, no to nie mówi mi nawet o tym siniaku. A kobieta przyjdzie, o tutaj się uderzyłam, mam siniak i co z tym zrobić trzeba* (lekarze, mężczyźni, Warszawa); – *Kobieta zacznie zaraz ulotki czytać [...]. A bo to już po tej statynie włosy jej wypadły, i ten włos dzieli na czworo* (lekarze, mężczyźni, Warszawa); – *Bo mnie sąsiadka powiedziała, że coś tam. To ja wtedy mówię, to niech sąsiadka weźmie za panią odpowiedzialność, za pani zdrowie, życie* (lekarze, mężczyźni, Warszawa).

Przy wszystkich jednak zarzutach stawianych mężczyznom lekarki starały się znaleźć pewne usprawiedliwienia, takie jak „dbają o pracę”, „są [w pracy] wykorzystywani”, „[są] wyciśnięci jak cytryny”. Bardziej wyrozumiali byli lekarze-mężczyźni: – *Wstydzą się choroby, ponieważ chory znaczy słabszy. Nie będzie obnażał swojej słabości publicznie. Będąc chorym, spada w hierarchii wśród innych mężczyzn* (lekarze, mężczyźni, Piotrków Trybunalski).

Stworzenie typologii pacjentów płci męskiej było dla lekarek, a zwłaszcza dla lekarzy niełatwym zadaniem. Niektórzy badani twierdzili, że zachowanie pacjenta jest bardziej zależne od wykształcenia, wieku i rodzaju choroby. Mimo iż zdania były podzielone, wytypowano następujące sylwetki:

- ubezwłasnowolniony albo dementywny, którego żona „przywleka” do lekarza, typ dominujący;
- zanedbany, przepracowany, niemłody (tych, zdaniem niektórych badanych, trzeba postraszyć, żeby się zmienili);
- supermen, nieposłuszny, zbuntowany, młody;
- hipochondryk, zależny od Dr. Internetu, żąda natychmiastowej diagnozy;
- dbający o zdrowie, aktywny, młody.

W opisach pacjentów zawlekanych do lekarza mówiono, że w trakcie wizyty dochodzi nierzadko do swoistej konfrontacji między małżonkami, kiedy żona zarzuca mężowi, że w domu mówił o innych, bardziej niepokojących objawach, a w gabinecie przemilcza to. Ponadto ukazał się też portret pacjenta „normalnego”, mężczyzny raczej w starszym wieku, chorego, który robi wszystko, co mu powiedziano.

Lekarze poproszeni o podzielenie chorób według kryteriów obaw, jakie mają mężczyźni i wstydu, jaki odczuwają (a więc podziału z perspektywy pacjentów płci męskiej), często dokonywali innych wyborów niż panowie. Na pierwszym miejscu wskazywali wszystkie nowotwory, niezależnie od lokalizacji. Lekarki uważały również, że najgorsze dla mężczyzn są choroby przewlekłe, związane z długotrwałym reżimem farmakoterapeutycznym i zmianą sposobu życia (np. cukrzyca), lekarze zaś, że są to choroby, w których pacjent staje się zależny od pomocy innych osób (np. udar). Poza tym powątpiewano, czy mężczyźni w ogóle boją się chorób: – *Tak sam z siebie, to nie wiem, czy się czegoś boi, bo on nie wie [czego się bać]* (lekarze, mężczyźni, Warszawa).

Szczególnie zwraca uwagę, że lekarze *en masse* nie doceniali znaczenia bólu związanego z chorobą, często także problemów z potencją, wielu przeceniło zaś znaczenie chorób wpływających na wygląd zewnętrzny. Wskazuje to, jak dalece w praktyce zawodowej i w relacjach z pacjentami mogą kierować się swoją optyką, odmienną od odczuć pacjentów-mężczyzn.

Wywiady przeprowadzone z lekarzami pokazują, że emocjonalne potrzeby bardzo wielu mężczyzn, związane ze zdrowiem i chorobą, rzeczywiście mogą nie być zaspokojone, chociaż na pewno nie jest to regułą. Złe relacje z pacjentami mają bardzo szerokie podłoże, poczynając od osobistych uprzedzeń lekarzy, poprzez nieumiejętność prowadzenia otwartej rozmowy, a na barierach systemowych – braku czasu, nadmiernego obciążenia obowiązkami administracyjnymi kończąc. O wszystkim tym wiadomo od lat [77], ale poprawy nie widać. Ze wstępnych badań przeprowadzonych w Szkole Zdrowia Publicznego CMKP w 2012 r. wśród 205 lekarzy kształcących się w róż-

nych specjalnościach wynika, że wszyscy ocenili swoje obciążenie pracą jako bardzo duże, duże lub średnie; nikt nie powiedział, że jest ono małe lub bardzo małe. Połowa respondentów deklarowała brak poczucia stabilizacji zawodowej, a zaledwie co siedemnasty (6%) uznał, że odczuwa zdecydowaną stabilizację. Z doniesień prasowych wiadomo również o narastającym w ostatnich latach poziomie frustracji wśród lekarzy. Do opisanych problemów należy dodać brak konsekwencji we wdrożeniu koncepcji medycyny rodzinnej w Polsce oraz niedobór lekarzy tej specjalności.

Należy podkreślić, że redukcjonistyczne podejście do pacjenta i jego problemów, sprowadzone do zainteresowania nieprawidłowościami fizjologicznymi oraz anatomicznymi i powszednie w odczuciu badanych, jest przedmiotem ostrej oceny od ponad 30 lat [78]. Zaproponowane wówczas biopsychospołeczne podejście profesjonalistów medycznych do opieki nad pacjentem, jego ogólnym stanem ciała i ducha, ma obecnie wielu zwolenników [79].

5.3. Analiza przekazu medialnego skierowanego do mężczyzn

Ogólne informacje o korzystaniu z Internetu

Na wstępie należy przypomnieć, że zgodnie z wynikami naszego badania w populacji generalnej zaledwie 17% ogółu badanych uzyskiwało informacje na temat zdrowia z prasy tygodników i miesięczników, a 12% z dzienników. Większa grupa (43%) korzystała w tym celu z Internetu. Mężczyźni znacząco rzadziej korzystali z tygodników i miesięczników (13% panów wobec 21% pań).

W grupie osób korzystających z Internetu odsetek tych, którzy czerpią stamtąd wiedzę na temat zdrowia, chorób i leczenia jest znacząco większy i sięga 88%, jak dowodzi badanie typu omnibus on-line, przeprowadzone w lutym 2011 r. na próbie 506 internautów w wieku 18-54 lat [80]. Co trzeci internauta (36%) szukał takich informacji w sieci kilka razy w miesiącu. Wśród internautów częstsze było również korzystanie z czasopism (prasa codzienna 33%, prasa specjalistyczna 23%).

Szukając informacji na temat zdrowia internauci najczęściej korzystali z popularnych wyszukiwarek (68%). Inne drogi poszukiwania, wymagające posiadania wiedzy o tym, gdzie szukać informacji, były rzadziej stosowane. Na drugim miejscu znalazły się specjalistyczne (informacyjne i społecznościowe) serwisy o zdrowiu, na kolejnych – strony tematyczne o zdrowiu założone na dużych portalach oraz medyczne grupy dyskusyjne i fora (od 50 do 32%).

Najpopularniejszą witryną o zdrowiu był należący do Grupy Onet serwis „Zdrowie”, który w grudniu 2010 r. odwiedziło 1,4 mln użytkowników i poświęciło mu średnio ponad 9 minut. Z serwisów o zdrowiu częściej korzystały kobiety (55%), osoby z wykształceniem średnim (36%) i wyższym (26%), mieszkańcy wsi (29%). Osoby poszukujące w Internecie informacji na temat zdrowia najczęściej interesowały się działaniem oraz składem leków, a także dietami i prawidłowym odżywianiem się (w obu przypadkach 53% wskazań). Nieco rzadziej wyszukiwano informacje na temat aktywności fizycznej, fitness i sportu oraz zabiegów medycznych i leczenia chorób (odpowiednio: 32% i 29%). Co czwarty użytkownik szukał informacji o zdrowiu dziecka i życiu seksualnym.

Zbliżone wyniki przyniosło badanie Megapanel PBI/Gemius zrealizowane we wrześniu 2011 r. na panelu liczącym 12 419 użytkowników Internetu [81]. Skład takiego panelu jest dostosowany do struktury demograficznej użytkowników Internetu (tzw. *real users*). Najczęściej odwiedzaną grupą serwisów, która zamieszcza treści poświęcone zdrowiu, jest Grupa Onet.pl (2 253 201 *real users*). Obejmuje swoim zasięgiem około jednej czwartej wszystkich użytkowników, a jej oglądalność jest o 30% większa od kolejnej grupy Abczdrowie.net. Do Grupy Onet należy najczęściej odwiedzana platforma informacyjna dla pacjentów medonet.pl.

Wyniki tego badania jednoznacznie wskazują, że kobiety częściej poszukują w Internecie informacji na temat zdrowia i medycyny. Z najpopularniejszych serwisów Grupy Onet korzystało około 1,3 mln kobiet i około 1 mln mężczyzn. Kobiety spędzały w serwisie medonet.pl średnio 7 minut 11 sekund, a mężczyźni 6 minut 39 sekund. Poza zróżnicowaniem czasu pobytu na stronie można odnotować różnice w rankingu popularności poszczególnych serwisów. Kobiety intensywniej poszukiwały wiedzy bardziej specjalistycznej, w serwisach na temat określonych chorób i sposobów ich leczenia.

Szacunki dotyczące liczby stron internetowych poświęconych zdrowiu i medycynie mówią, że istnieje ponad 600 takich polskich stron [81]. Oferują one bardzo szeroki zakres informacji np. w formie artykułów, encyklopedii *on-line* (mediweb.pl, biomedical.pl), videocastów, grup społecznościowych (porozmawiajmyozdrowiu w serwisie Facebook), porad ekspertów, odpowiedzi specjalistów, quizów, rankingów lekarzy, automatycznej diagnozy *on-line* (dooktor.pl; medonet.pl).

W analizie treści zdrowotnych zamieszczanych w prasie i Internecie, przeprowadzonej pod kątem ich

przydatności dla mężczyzn oraz dostępności, daje się odnotować kilka dość wyraźnych i wzajemnie powiązanych tendencji. Wszystkie wymagają dalszych badań.

Feminizacja dostępu do informacji o zdrowiu oraz feminizacja treści

Niektóre tzw. kolorowe pisma dla kobiet trafiają do rąk mężczyzn. Przykładem jest znane od 60 lat pismo „Kobieta i Życie” (obecnie miesięcznik) skierowane do kobiet w wieku powyżej 30 lat, z wykształceniem średnim lub wyższym, mieszkających w miastach, z tradycyjnym nastawieniem na dbanie o rodzinę i dzieci. Zgodnie z informacjami Wydawnictwa Bauer, co siódmy czytelnik „Kobiety i Życia” jest mężczyzną (14,2%). Wśród czytelników „Olivii” (miesięcznik) mężczyźni stanowią 7,4% (patrz: <http://reklama.bauer.pl/>). Zapewne jest to czytelnictwo rodzinne.

Kwestie zdrowotne, omawiane na łamach magazynów dla kobiet (np. „Claudia”, „Kobieta i Życie”, „Olivia”, „Poradnik Domowy”, „Przyjaciółka”) stanowią ich ważną i wyraźnie wyodrębnioną część, równoważną innym rubrykom. Artykuły wprost poświęcone zdrowiu panów są tam rzadkością. Redakcje otrzymują jednak listy od czytelniczek zaniepokojonych zdrowiem swoich mężów, np.: „Mój mąż ma usuniętą tarczycę. Od 2 lat stale zażywa hormony tarczycy w tabletkach. Czy w takiej sytuacji może się wybrać na dłuższy urlop nad morze? W nadmorskim powietrzu jest przecież sporo jodu” („Poradnik Domowy”, czerwiec 2012). Są też porady, kiedy wysłać męża do lekarza: „Trzeba zgłosić się do przychodni, gdy tylko zauważymy problem, zwłaszcza gdy mąż ma nadwagę i nie lubi się ruszać. Najpierw lekarz rodzinny przebadają go dokładnie i spyta, czy pali papierosy, lubi alkohol i czy w jego rodzinie ktoś miał zawał. Jeśli będzie podejrzewał chorobę wieńcową, wyśle męża do kardiologa, a jeżeli chorobę płuc – do pulmonologa. [...] Lekarz rodzinny prawdopodobnie zleci badanie poziomu cholesterolu i EKG w spoczynku” („Kobieta i Życie”, maj 2012, 5 powodów, dla których warto wysłać męża do lekarza).

Przeważająca większość artykułów w czasopiśmie kobiecym ma charakter popularyzatorski, dość obszerny, ale impersonalny. W informowaniu mężczyzn, motywowaniu ich do dbałości o zdrowie i wykonywania badań profilaktycznych siłą sprawczą są kobiety.

Czasopisma z nazwy bezpośrednio poświęcone zdrowiu („Zdrowie”, „Vita”, „Shape”) przypominają pisma kobiece, przede wszystkim ze względu na warstwę ilustracyjną (zdjęcia kobiet), ale również z powodu kompozycji (*layout*). Już to sugeruje, że podstawową grupą docelową są kobiety. Analiza treści potwierdza to przypuszczenie i np. w numerach „Zdrowia” ze stycznia i lutego 2012 r. w stałych rubrykach znaj-

dujemy pozycje z tytułami wyraźnie akcentującymi płeć adresata, np.: *Nie mam już cukrzycy, dostałam nową trzustkę*, *Wygrałam z rakiem, jestem szczęśliwa*, *Recepta na młodość Magdy Wołłejko*, *Recepta na młodość Anny Romantowskiej* czy *Cytologia – dlaczego nie chcemy dać sobie szansy*.

W „Zdrowiu” co miesiąc pojawiają się pojedyncze tematy anonsowane jako męskie, pod nagłówkiem „Męska strona zdrowia”, np.: *Męskie choroby dziedziczne* (styczeń 2012), *Prostata – czy robić badanie PSA* (luty 2012) czy *Choroba Bürgera* (marzec 2012). Artykuły takie poza ujęciem informacyjnym wnoszą też aspekt praktyczny. Istnieje również łączność z czytelnikami i zamieszcza się odpowiedzi na ich pytania: „Jeżeli po oddaniu moczu masz wrażenie, że nie udało Ci się całkowicie opróżnić pęcherza, wstajesz w nocy do WC lub zdarza się, że mocz wypłynie bez kontroli, nie zwlekaj z wizytą u urologa” („Zdrowie”, luty 2012, *Problem? Szybka reakcja!*).

Wśród czterech najpopularniejszych wśród mężczyzn w 2011 r. serwisów na temat zdrowia (medonet.pl; biomedical.pl; rynekmedyczny.pl; poradnikzdrowie.pl) tylko w biomedical.pl jest osobna zakładka ›mężczyzna‹. Poruszane są tam bardzo różnorodne zagadnienia, aczkolwiek zwraca uwagę, że na pięć pierwszych wyświetlających się artykułów (30.06.2012) aż trzy dotyczyły urody: *Pielęgnacja lysej głowy*, *Pielęgnacja męskiej twarzy*, *Pielęgnacja brody*. Serwis poradnikzdrowie.pl nosi podtytuł „najlepsza strona kobiety” i podobnie jak medonet.pl i rynekmedyczny.pl nie ma osobnej podstrony poświęconej mężczyznom. W medonet.pl do autodiagnozy można wybrać płeć męską i żeńską. W warstwie ilustracyjnej występują zdjęcia kobiet, co silnie akcentuje płeć odbiorcy.

Innym przykładem może być ogólna witryna se.pl, gdzie znajdują się trzy interesujące nas zakładki: ›kobieta‹, ›facet‹ oraz ›porady‹, w tym dotyczące wyłącznie kwestii zdrowotnych. Z tych trzech zakładek najbardziej rozbudowana jest ›kobieta‹, w której osobno pojawia się temat zdrowia. Można tu nawet obejrzeć wiele filmów jednoznacznie kierowanych do kobiet (np. *Stres a problemy ze skórą*, *Profilaktyka osteoporozy*), ale również typu uniseks (np. *Pierwsza pomoc – atak serca*, *Rezonans magnetyczny*). Zakładka ›facet‹ obejmuje mniej tematów i nie zawiera wyodrębnionej tematyki zdrowotnej. We wszystkich zakładkach funkcjonuje dział komentarzy.

Podsumowując, przegląd treści zdrowotnych zamieszczanych w prasie i Internecie wskazuje na istnienie asymetrii w dostępie do informacji oraz ilościowych dysproporcji treści. Więcej informacji adresowanych jest do kobiet, są one także łatwiej dostępne. Męż-

czynna szukający informacji ważnych dla siebie musi poświęcić temu więcej czasu i wysiłku. Powinien też mieć opanowaną podstawową terminologię.

Poszukiwanie samodzielności

Chociaż wiele wskazuje, że w pościgu za zdrowiem mężczyzn ważną rolę mają odegrać kobiety, a także lekarze, to jednak podkreślana jest również samodzielność. Dość jaskrawym tego przykładem jest tekst w „Men’s Health” z 2009 r., a więc okresu, który poprzedzał naszą kwerendę: „Pocałujcie nas w nos z waszymi reformami zdrowia i ministrami od siedmiu boleści. Sami się przebadamy. Wystarczy bowiem 10 własnych palców i wiedza, czego szukać, aby właściwie zinterpretować zmiany w swoim organizmie. Żegnajcie poczekalnie pełne kichających nieszczęśników i kilometrowe kolejki, panie w rejestracji patrzące na człowieka jak na zbiega, książeczki ubezpieczeniowe, które giną wtedy, gdy są potrzebne – dr Palec przyjmuje w moim własnym pokoju i wydaje wstępną diagnozę. Na dodatek za darmo. Teraz pozostaje, w razie czego, udać się prosto do specjalisty [...]” („Men’s Health”, kwiecień 2009, *Dr Palec, czyli zbadaj się sam*).

Uproszczenie, sprofilowanie treści

Pomimo pierwszego wrażenia, że tematyka zdrowotna jest w mediach bardzo różnorodna i rozległa, daje się zauważyć pewne jej sprofilowanie. Zjawisko to odnosi się zarówno do perspektywy indywidualnej (zdrowie jako starania jednostki), jak i zbiorowej (zdrowie jako wysiłek społeczny).

W kontekście indywidualnym dotyczy częstego zrównania zdrowia mężczyzn z dbałością o wygląd zewnętrzny, sylwetkę, samopoczucie, aktywność fizyczną

i prawidłową dietę. Taką perspektywę przyjmują pisma adresowane do panów, np. „Men’s Health” (w 2011 r. pismo miało około 545 tys. czytelników, w tym 82% mężczyzn i 18% kobiet, średni wiek czytelników 29 lat) oraz „CKM”. Przykładem są tytuły: *Trzeba jeść „stejki”, Podkarm swoją męskość, 29 dopalaczy kondycji, Podnieś osiągi* („Men’s Health”, luty 2012). Redakcje z rzadka poświęcały miejsce na łamach na przedstawienie informacji o chorobach i zapobieganiu im. Próbką jest artykuł z 2009 r.: „Dr med. Piotr Chłosta, urolog: [...] »W przypadku zauważenia jakichkolwiek nieprawidłowości, np. bezbolesnego powiększenia i stwardnienia jądra, nierówności i grudek, należy zgłosić się do lekarza. Konsultacja urologiczna może także okazać się niezbędna, jeśli pojawi się ból jąder«. Dobra wiadomość: rak jądra należy do chorób o najwyższej wyleczalności, szansę na całkowity powrót do zdrowia ma 90% mężczyzn. Warunek: wczesne stadium rozwoju raka. Dlatego jeszcze dzisiaj wieczorem weź ważne sprawy w swoje ręce” („Men’s Health”, kwiecień 2009, *Dr Palec, czyli zbadaj się sam*). W wyniku afirmacji siły i sprawności można nawet odnieść wrażenie, że w świecie mężczyzn – przynajmniej tych młodych – ważna jest tylko krzepa i uroda i że nie ma w nim chorób.

Innym rodzajem uproszczenia jest wyraźnie seksualny charakter informacji kierowanych do mężczyzn i dietetyczno-kulinarny – adresowanych do kobiet. Nie wiadomo przy tym, czy proporcje te są skutkiem, czy przyczyną zainteresowania poszczególnych płci danym zagadnieniem. Przykładem takiego profilu tematycznego są informacje ze strony se.pl podane w poniższym zestawieniu.

Kobiety / tematy:

Uroda i kosmetyki; Zdrowie; Psychologia; Kuchnia; Dom i Wnętrze; Horoskop; Aktywnie po zdrowie; Moda

Kobiety / gorące tematy:

Magda Gessler: Schudłam 17 kg DZIĘKI CYTRYNOM

Domowe sposoby na ból gardła – naturalne lekarstwa

Przepisy na przetwory: Orzechówka

Jak szybko schudnąć – dieta zegarowa – 3 kg w 3 dni

Sanatorium Włókniarz Busko-Zdrój. Opinie, ceny, zdjęcia

Darmowe BADANIA PŁUC. Światowy Dzień Spirometrii

Jak się ubrać i uczesać, żeby WYGLĄDAĆ JAK PENSJONARKA – moda na seksowne pensjonarki

OGÓRKI MAŁOSOLNE PRZEPIS – ogórki małosolne zalewa, ile soli sypać

Maryla Rodowicz: SCHUDŁAM, bo mniej ŻRĘ

WRÓŻENIE Z RĘKI: Wyczytaj z dłoni co cię czeka w miłości

CO ROBIĆ, żeby się nie pocić – domowe sposoby na nadmierne pocenie

Pestki dyni – co zawierają, jakie mają właściwości. Jak dynia wpływa na zdrowie i urodę

SOK Z WIŚNI przepis – sok z wiśni bez konieczności stosowania sokownika

Jak nauczyć się chodzić w szpilkach – co robić, aby nie bolały nogi

Kobiety / temat „Zdrowie” / gorące tematy:

Domowe sposoby na ból gardła – naturalne lekarstwa

Jak czytać wyniki badań, co to jest WBC, RBC, OB

Jak szybko schudnąć – dieta zegarowa – 3 kg w 3 dni

Darmowe BADANIA PŁUC. Światowy Dzień Spirometrii

Sanatorium Włókniarz Busko-Zdrój. Opinie, ceny, zdjęcia

CO ROBIĆ, żeby się nie pocić – domowe sposoby na nadmierne pocenie

Pestki dyni – co zawierają, jakie mają właściwości. Jak dynia wpływa na zdrowie i urodę

Co jeść żeby szybciej schudnąć

Jak szybko schudnąć – dieta jednodniowa – 1 kg w 1 dzień

JAK POZBYĆ SIĘ cellulitu – ćwiczenia ujędrniające uda

ZAPOBIEGANIE CHOROBI: jak uniknąć ospy wietrznej

Jak szybko schudnąć – dieta kapuściana – 5 kg w 7 dni

Jak szybko schudnąć – dieta warzywna – 3 kg w 4 dni

Jak szybko schudnąć – dieta amerykańska – 7 kg w 3 tygodnie

Mężczyźni / tematy:

Wszystko o kobietach; Auto-Moto; Zaskocz ją [dotyczy gotowania]

Mężczyźni / gorące tematy:

WIELKA BRYTANIA: Fryzjerce Rachel Aldana WCIĄŻ ROSNĄ PIERSI

ZOBACZ Scarlett Johansson NAGO badana przez FBI ZDJĘCIA

NAJLEPSI KOCHANKOWIE urodzili się w NIEDZIELE. Jak dzień narodzin wpływa na AKTYWNOŚĆ SEKSUALNĄ?

Sprawdź, czy żona cię zdradzi – PSYCHOTEST

Sprawdź, czy jesteś maczo

Mąż Skrzyneckiej, Marcin Łopucki, zdradza przepis na MUSKULARNE CIAŁO

OSTRY SEKS w Opocznie. Para młodych figlowała na zjeździe – YOUTUBE

Bilety PKP ZNIŻKI: Bilet Podróżnika 69 i 99 zł – GDZIE OBOWIĄZUJE, co daje, dane wakacje 2011

Zarób w wakacje za granicą [ze zdjęciem młodej kobiety]

Bilety PKP ZNIŻKI: Bilet Turystyczny – 35 i 65 zł – GDZIE OBOWIĄZUJE, co daje, dane wakacje 2011

Rainy Day Jordan NAGO nad Atlantykiem i na OKŁADCE

TEMPERATURA WODY w Bałtyku, 7.07.2011 – Sopot, Gdańsk, Władysławowo, Łeba, Ustka, Kołobrzeg – WSZYSTKIE KURORTY nad morzem

QUIZ: Sprawdź, czy ona Cię pożąda

Aktualna TEMPERATURA WODY w Bałtyku, 8.07.2011 – Łeba, Ustka, Kołobrzeg, Sopot, Gdańsk, Władysławowo – WSZYSTKIE KURORTY nad morzem

Mężczyźni / temat „Wszystko o kobietach” / gorące tematy:

Kamasutra – pozycje dla mężczyzn, którzy zbyt szybko się podniecają – ZDJĘCIA

WIELKA BRYTANIA: Fryzjerka Rachel Aldana WCIAŻ ROSNĄ PIERSI

Kamasutra II – pozycje wymarzone dla wzrokowców – ZDJĘCIA

Najładniejsze tatuaże dla kobiet (ZDJĘCIA)

ZOBACZ Scarlett Johansson NAGO badana przez FBI – ZDJĘCIA

NAJLEPSI KOCHANKOWIE urodzili się w NIEDZIELE. Jak dzień narodzin wpływa na AKTYWNOŚĆ SEKSUALNĄ?

JAK ZAWIĄZAĆ KRAWAT – instrukcja krok po kroku

Sprawdź, czy żona cię zdradzi – PSYCHOTEST

Jak prawidłowo zmierzyć długość penisa – jak badać rozmiar członka

Sprawdź, czy jesteś maczo

OSTRY SEKS w Opocznie. Para młodych figlowała na zjeździe – YOUTUBE

Wybrane pozycje seksualne wg Kamasutry: Kokardka, Listek, Wiatrak i inne [(+18) Serwis zawiera treści przeznaczone wyłącznie dla osób pełnoletnich]

Rainy Day Jordan NAGO nad Atlantykiem i na OKŁADCE

QUIZ: Sprawdź, czy ona Cię pożąda

Zestawienie 1. Tematy witryny se.pl, 28 czerwca 2012 r., godz. 21:44 (pisownia oryginalna).

Widoczne jest też profilowanie informacji pod kątem społecznych aspektów zdrowia. Zwłaszcza w dziennikach i tygodnikach opiniotwórczych zdrowie przedstawiane jest często w świetle polityczno-ekonomicznym, jak np.: *Bezcenne zdrowie, ale skąd wziąć na leczenie* („Gazeta Wyborcza”, 20.06.2012), *Chorzy na raka muszą umrzeć – zabrakło dla nich leków* („Super Express”, 13.04.2012), *Kto umrze, kto zarobi* („Polityka”, 1.02.2012). Choć inspiracją dla tego rodzaju treści jest permanentny kryzys w ochronie zdrowia, to jednak nie może to być usprawiedliwieniem nieobecności innych wątków i umniejszenia roli pozostałych czynników determinujących zdrowie (np. praca zawodowa, sposób urządzenia mieszkania zapobiegający urazom domowym, warunki egzystencji na terenach zaniedbanych i wiele innych).

W głównym nurcie dyskursu publicznego zdrowie ma zatem dwa podstawowe wymiary – indywidualnego stylu życia oraz niedostatecznej sprawności krajowego systemu ochrony zdrowia. Można również postawić tezę, że wiele przekazów w wymiarze indywidualnym służy do zwiększania wymiarów ciała mężczyzn i pomniejszania ich u kobiet. Być może w tym upatruje się ważnej różnicy między płciami, zwłaszcza gdy nastąpiła era bezwłosych mężczyzn: „Czasy, gdy bujne owłosienie klatki piersiowej było atrybutem mężczyzn dawno minęły, a golenie lub strzyżenie ciała nie jest już wśród mężczyzn tematem tabu” („Men’s Health”, lipiec 2012).

Duża lub mała wyrazistość języka komunikatu

W pismach dla mężczyzn zwraca uwagę stosowanie metaforyki technologicznej i motoryzacyjnej: „Jeżeli układ krążenia porównamy do sieci energetycznej, serce będzie elektrownią pompującą 14 tys. litrów krwi każdego dnia. Zdrowe, silne serce daje Ci wytrzymałość potrzebną w każdym sporcie” („Men’s Health”, luty 2012), *Paliwo: dania, które podnoszą odporność* („Men’s Health”, styczeń 2012), *Układ zasilania krwią* („Men’s Health”, luty 2012), czy najnowszy *Bezawaryjna pompa życia* („Men’s Health”, lipiec 2012). Trudno przy tym ocenić, czy upodobanie to wynika z dokładnego rozpoznania potrzeb populacji docelowej, czy raczej kreuje rzeczywistość. W naszych badaniach fokusowych mężczyźni też nierzadko sięgali do porównań z samochodem, ale nie znamy przyczyn tego zjawiska

Styl komunikacji z mężczyznami jest często bardzo prosty i bezpośredni, przybiera formę jawnej zachęty czy nawet nakazu: *Zrób z siebie na wiosnę Adonisa!* („SE”, 23.04.2012), *Pij i buduj sześciopak* („Men’s Health”, styczeń 2012), *Dożyj emerytury* („Men’s Health”, kwiecień 2012), *Jedz to i chudnij* („Men’s Health”, kwiecień 2012), *Jedz węgle i... zrzuć brzuch* („Men’s Health”, maj 2012).

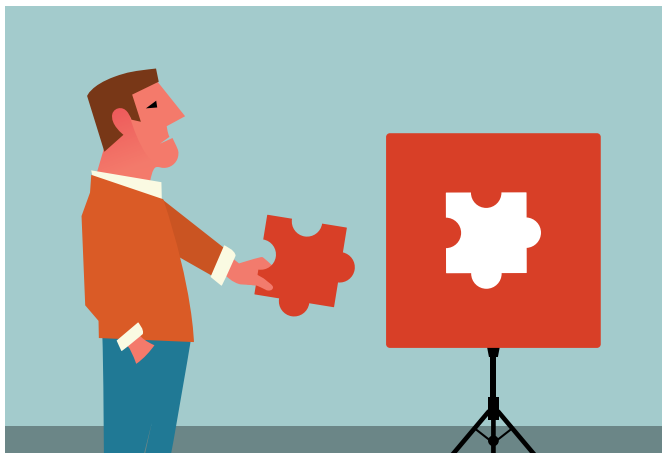
Oprócz tego rodzaju jasnych komunikatów widoczny jest również styl nie wprost, co do którego nie mamy pewności, czy rzeczywiście, czy też tylko pozornie skierowany jest do mężczyzn. Przykładem jest artykuł *Mężczyzno, sprawdź kiedy się badać* („SE”, 21.05.2012), w którym bezpośredni zwrot do mężczyzn ograniczony jest do nagłówka, tekst właściwy rozpoczyna się od słów „Panowie nie lubią się badać”, a wszystkie następujące zdania są bezosobowe. Ogólnie, większość informacji medialnych została tak skonstruowana, aby pasowały do obu płci.

Trudności związane z oceną wiarygodności komunikatu

Największym zaufaniem można obdarzyć informacje w prasie. Artykuły mają autorów znanych z imienia i nazwiska, nierzadko w tekście są odwołania do słów czy poglądów ekspertów, w tym lekarzy. Autorzy odwołują się też do wyników badań naukowych, chociaż

bywa, że mało precyzyjnie (np. „brytyjscy naukowcy z University of Cambridge” – „Men’s Health”, styczeń 2012). W magazynie „Zdrowie” pojawiają się także teksty popularyzatorskie i poradnicze autorstwa lekarzy odpowiedniej specjalności.

Nieco inaczej wygląda to w Internecie. Największe serwisy wyraźnie podają autora materiałów – nazwisko konkretnego dziennikarza lub źródłowy serwis informacyjny (np. PAP). Jednakże w przypadku wielu stron źródło danej informacji jest niemożliwe do ustalenia. Autorzy podpisani są inicjałem lub nie są podpisani wcale (np. na portalu msfera.pl). Częstym sposobem, który ma uwiarygodnić treść, jest zilustrowanie jej zdjęciem lekarza, pochodzącym jednak najczęściej z ogólnodostępnych zasobów tzw. fotografii stockowej. Z jeszcze trudniejszą sytuacją mamy do czynienia na forach internetowych. Jakkolwiek niektórych informacji udzielają tam także lekarze, a przynajmniej tak każe nam wierzyć administrator, to wiele porad ma całkowicie dyletancki charakter. Warto zwrócić uwagę, że rozmowy na tematy zdrowotne prowadzi się również na forach poświęconych innym zagadnieniom. A pytania dotyczą różnych problemów: – *Ja mam takie gówno jak na tym zdjęciu, ale aż tak strasznie to nie wygląda, trzeba się dobrze przyjrzeć żeby je zobaczyć. Natomiast bardziej denerwuje mnie inna sprawa. Miewam częste swędzenia członka. Jest to zapewne spowodowane również białymi krostkami (ale nie są one w tym miejscu co na zdjęciu) Niekiedy mam tak że swędzą mnie też jądra Jest to strasznie denerwujące. Bywa tak że jak zacznę się drapać to nie mogę przestać i powoduje tym samym podrażnienia skóry. Nie ma na to cholerstwo jakiś maści czy coś?? Przecież coś być musi. Nie chce chodzić po lekarzach i pokazywać im swojego*****ka Poradźcie coś* (sdf.pl, sportowe forum dyskusyjne, 07 sierpnia 2005 18:44, pisownia oryginalna); – *Temat na 100% nie dotyczy wszystkich Ale wydaje mi się że znajdzie zainteresowanie z waszej strony. Moje pytanie odnosi się do golenia nóg, czyli czym golicie co ile golicie i co robicie po goleniu nóg żeby włosy nie odrastały tak szybko są jakieś kremy na to?* (forum rowerowe.org, wpis 27 kwietnia 2012 20:06, mężczyzna, pisownia oryginalna).



6. Podsumowanie

Informacje zaprezentowane we wprowadzeniu do niniejszego Raportu, zebrane z wielu źródeł, wraz z przeprowadzonym badaniem ilościowym, miały przede wszystkim odpowiedzieć na pytania: „W jakiej kondycji zdrowotnej są mężczyźni w Polsce?”, „Jak zachowują się w związku ze zdrowiem?” oraz „Jakie cechy społeczno-demograficzne mogą mieć związek z ich dobrostanem?” (pytania „co” oraz „ile”). Wyniki tych analiz i rezultaty badania pokazują, że mężczyźni są w gorszej sytuacji zdrowotnej niż kobiety, a ich zachowania mniej korzystne dla zdrowia. W najtrudniejszym położeniu są mężczyźni mniej wykształceni.

Celem badania jakościowego była próba odpowiedzi na pytania: „Dlaczego mężczyźni są w złej kondycji?” i „Dlaczego ich zachowania są inne niż kobiet?”. Podsumowując wyniki badań fokusowych trzeba stwierdzić, że mężczyźni trafiają na wiele przeszkód, zarówno w chorowaniu, jak i w dbaniu o zdrowie. Co najważniejsze – dostrzegają wiele z tych barier i chcieliby je usunąć. Nie mogą jednak zrobić tego sami, ani w pojedynkę, ani nawet razem.

Pierwszą barierą jest stereotyp roli mężczyzny w społeczeństwie i rodzinie, ciągle żywy pomimo uchwytnych przemian społecznych i obyczajowych. Mężczyźni uważają, że powinni być niezniszczalni, że oczekuje się od nich, aby byli silni, pełni wigoru i twardzi, zgodnie ze starym powiedzeniem „prawdziwy mężczyzna nigdy nie płacze” oraz nowym szlagwortem „chłopaki nie płaczą”. Taki model męskości jest w jawnym konflikcie z chorowaniem, byciem chorym. Choroba jest stanem, w którym wielu mężczyzn traci poczucie wartości, swoją tożsamość, a nawet miejsce w hierarchii społecznej. Chorując można mieć silne wyrzuty sumienia, że sprawiło się zawód najbliższemu, bać się porzucenia przez kobietę i wykluczenia z grupy odniesienia. Z chorobą związane są silne negatywne emocje, które mogą prowadzić do reakcji obronnej i uruchomienia takich mechanizmów, jak np. wyparcie

choroby (nic mi nie jest) czy racjonalizacja („jestem zdrowy, jak na swój wiek”; „inni też tak mają”).

Tradycyjne praktyki męskości związane są z funkcją myśliwego oraz pracą poza domem. Przygotowanie chłopców do pełnienia tej roli w dorosłym życiu powoduje, że zajęcia domowe, takie jak np. opiekowanie się chorymi, nie należą do ich sfery. To są zadania strażniczek domowego ogniska, zbieraczek. Chłopców nie uczy się zatem dbania o kogoś, karmienia go, pocieszania, wymiany uwag i doświadczeń z tym związanych. Chłopców nie uczy się również specjalnej troski o własne zdrowie, ponieważ immanentnym składnikiem zajęć myśliwskich jest ryzyko. Duże czy małe, trzeba zaakceptować. W wyniku takiego splotu okoliczności mężczyźni nie mogą mieć ani wiedzy o zdrowiu, ani umiejętności związanych z jego ochroną i umacnianiem, ani też umiejętności rozmowy na te tematy. Im mniejsze wykształcenie, tym mniej rozwinięte funkcje poznawcze, prawdopodobnie większe przywiązanie do starych wzorców i – najczęściej – zachowania mniej korzystne dla zdrowia.

Drugą barierą jest stereotyp roli kobiety w społeczeństwie i rodzinie. Panie są bowiem od dziecka uczone innych zachowań i w dorosłym życiu stają się ekspertkami od spraw zdrowia, domowymi lekarkami, aptekarkami, pielęgniarkami, tłumaczkami języka medycznego. Podejmują się opieki nad mężczyznami, ale wcale nie sprawia im to przyjemności. Kupują wiktuały, przygotowują posiłki, kupują leki w aptece, czytają ulotki przylekowe, wydzielają mężom tabletki, przypominają o ich zażywaniu, „włoką” mężczyzn do lekarzy, wchodzą z nimi do gabinetu i wyjaśniają, co im dolega. Choć w pewnych przypadkach może to być nawet wygodne dla mężczyzn, to przecież pozbawia ich kontroli nad całą sferą zdrowia, stanowiąc jakąś formę częściowego ubezwłasnowolnienia. A *per saldo* tracą na tym obie płci.

Trzecią barierą jest postrzeganie przez lekarzy swojej roli w dbałości pacjentów o zdrowie. Lekarze, z wielu powodów, nie zawsze czują się odpowiedzialni za kondycję zdrowotną pacjentów, chociaż zależy im na tym, aby byli oni zdrowi. Obserwowane sprzeczności są chyba przejawem dużego napięcia wewnętrznego i dysonansu poznawczego. Próbą jego zmniejszenia była krytyka idei kampanii społecznej namawiającej mężczyzn do dbania o zdrowie. Jawnym powodem tej krytyki była obawa lekarzy przed zwiększeniem liczby pacjentów w gabinetach.

Czwartą barierą, odnotowaną w analizie przekazu medialnego, jest relatywnie niewielka ilość informacji na temat zdrowia mężczyzn w środkach masowego przekazu – w prasie oraz Internecie. Choć, co oczywiste, trudno to zmierzyć w liczbach bezwzględnych. Nawet jeśli nie ma znaczącej dysproporcji ilościowej ze szkoda dla mężczyzn, to widać, że mężczyźni mają trudniejszy dostęp do wiedzy. Czasopismo jednoznacznie poświęcone zdrowiu mężczyzn („Men’s Health”) adresowane jest do młodych i dobrze zarabiających. Cena pisma wynosi 9,99 zł, a wewnątrz znajdujemy zachęty do zakupu różnych eleganckich produktów i gadżetów, na przykład drogich zegarków. Artykuły zamieszczane w piśmie koncentrują się na budowie sylwetki i mięśni, intensywnym wysiłku fizycznym, oryginalnych sportach (np. *kitesurfing*, *wakeboard*), odpowiednim sprzęcie oraz stosownej do tego diecie. Odbiorcy niepasujący do tego profilu muszą szukać informacji w prasie ogólnej, kobiecej i za pośrednictwem portali internetowych. Pamięając o stosunkowo niskim wykształceniu mężczyzn w Polsce, można mieć uzasadnione obawy o dostępność informacji

Współcześnie wielu mężczyzn w Polsce czuje się jak w matni. Są świadomi istnienia stereotypu męskości, jego składowych i skutków zdrowotnych. Sądzą, że w męskim świecie nie znajdują wzorców osobowych, zrozumienia ani wsparcia dla zdrowia. Nie za bardzo wierzą też w lekarzy, ponieważ mają wobec nich precyzyjne oczekiwania – chcieliby porzucenia stylu zimnego technokraty i urzędnika oraz zastąpienia go stylem doradcy i przyjaciela. Czują się też w jakiś sposób pokrzywdzeni w porównaniu do kobiet, ponieważ nie obserwują społecznego zainteresowania sprawami zdrowia mężczyzn, nie widzą tylu informacji, reklam produktów, kampanii społecznych ani programów profilaktycznych, ile kierowanych jest do kobiet. Zdrowie mężczyzn nie jest częścią dyskursu publicznego, a sami mężczyźni uważają, że wyjściem z tej sytuacji jest medialne nagłośnienie tych spraw, odwaga mówienia o męskich problemach zdrowotnych, ukazanie wzorców chorowania i dbania o zdrowie. Nie chodzi jednak wyłącznie o zmagania zdrowotne celebrytów.

Jak wykazał raport „Ciemna stron macierzyństwa”, matki nie identyfikują się z macierzyństwem znanych kobiet, a podpowiadane przez nie wzorce zachowań odbierają jako irytujące i nieprzystające do swojego życia [82].

Kończąc raport, należy powiedzieć, że w Polsce potrzebna jest związana ze zdrowiem zmiana kulturowa, przełamanie pewnych stereotypów i naprawa siedmiu grzechów niewiedzy.

Obiegowa opinia 1. Mężczyźni po prostu są słabsi i żyją krócej

Fakty

W większości krajów mężczyźni rzeczywiście żyją krócej niż kobiety, w niektórych różnica ta sięga 11 lat (np. na Litwie). Obecnie w Polsce mężczyźni tracą ponad 8 lat życia w stosunku do kobiet.

Są jednak kraje, w których oczekiwane trwanie życia mężczyzn szacowane w chwili urodzin w 2009 r. będzie dłuższe o rok niż oczekiwane trwanie życia kobiet (Republika Środkowoafrykańska, Tonga, Tuvalu) albo tak samo długie (Czad, Kamerun, Somalia) [83].

W przeszłości, pod koniec XIX w. i na początku XX w., w większości krajów świata różnica w oczekiwanym trwaniu życia mężczyzn i kobiet była mniejsza i wynosiła od około roku do trzech lat, wyjątkowo sześć lat. Na przykład w Polsce mężczyźni urodzeni w latach 1931-32 mieli szansę na przeżycie 48,2 roku, a kobiety 51,4 roku. [84]. Różnica w oczekiwanym trwaniu życia między mężczyznami a kobietami zaczęła znacząco narastać od lat powojennych (w Polsce w 1948 r. wynosiło ono 55,6 roku dla mężczyzn, 62,5 roku dla kobiet) [85].

Wnioski

Długość życia mężczyzn jest w dużym stopniu zdeterminowana czynnikami społecznymi i środowiskowymi. Wszystko wskazuje na to, że mężczyźni są bardziej podatni na zagrożenia cywilizacyjne, a współczesne warunki życia są bardziej niekorzystne dla mężczyzn niż kobiet. Przykładem szczególnych zagrożeń może być motoryzacja i praca zawodowa w szkodliwych warunkach. Dodatkowym obciążeniem jest socjalizacja – przygotowywanie do stereotypowych męskich ról społecznych od wczesnego dzieciństwa. Zmiana warunków społecznych i środowiskowych może poprawić sytuację zdrowotną mężczyzn.

Obiegowa opinia 2. Mężczyźni nie interesują się swoim zdrowiem

Fakty

Ocena stopnia zainteresowania zdrowiem, jak i czymkolwiek innym, jest względna i zależy od tego, kto ocenia i jakie stosuje przy tym kryteria. Mężczyźni interesują się swoim zdrowiem, ale na swój, męski sposób. „Męski” oznacza w tym przypadku: indywidualny i intymny. W świecie wielu mężczyzn jawne zainteresowanie zdrowiem może być odebrane jako niemęskie, babskie, ośmieszające, prowadzące do napiętnowania i odrzucenia przez grupę odniesienia.

Czterech na dziesięciu mężczyzn w Polsce szuka informacji o zdrowiu w Internecie, w tym na licznych forach, gdzie są całkowicie anonimowi i pytają o różne sprawy, często intymne.

Ponadto, nasze badania wskazują, że mężczyźni poszukują informacji na konkretne tematy, związane z ich aktualną potrzebą. Nie wydaje się, aby poszukiwali informacji z zamiarem wykorzystania ich później, w bliżej nieokreślonej przyszłości. Widać również, że środki masowego przekazu nie wykazują należytego zainteresowania tą problematyką.

Wnioski

Mężczyźni zdecydowanie interesują się swoim zdrowiem, ale mogliby to okazywać w sprzyjającej temu sferze publicznej. Na razie sądzą, że nie ma takiej możliwości.

Obiegowa opinia 3. Mężczyźni nie rozmawiają o zdrowiu

Fakty

Mężczyźni uważają, że kobiety są z natury bardziej wylewne, otwarte i dlatego potrafią długo mówić o zdrowiu, a nawet polecać sobie lekarzy. O sobie mówią zaś, że nie rozmawiają na takie tematy, bo przy piwie lepiej pogadać o piłce czy dziewczynach. A skoro nikt o tym nie mówi, nie przyznaje się do chorób, to tworzy się swoista zмова milczenia, zaklęty krąg i tabu. Ale mówią też, że potrzebują takiej rozmowy. Problemem jest brak interlokutora!

Patrząc zaś na tę kwestię z perspektywy badacza, należy stanowczo podkreślić, że mężczyźni umieją rozmawiać o zdrowiu, jeśli stworzyć im do tego przyjazne warunki. Co więcej, rozmawiają chętnie i otwarcie. Niemniej w trakcie wywiadów było widoczne, że mężczyźni mają mniejszy zakres wiedzy o zdrowiu/chorobach niż kobiety (dotyczyło to zwłaszcza *blue-collars*)

i uboższe słownictwo. Z tego powodu komunikacja werbalna może być dla nich trudniejsza.

Wnioski

Panowie oczekują przerwania zmony milczenia wokół zdrowia mężczyzn. Potrzebują do tego sprzyjającego, życzliwego i empatycznego otoczenia. Wskazane jest zwiększanie ich wiedzy na tematy zdrowotne, ale prowadzone w zgodzie z ich potrzebami i wyobrażeniami, a także uwzględniające silnie wyrażaną obawę przed utratą kontroli nad własnym ciałem. Trzeba przy tym pamiętać, że nie wychowywano ich do roli domowych lekarek i pielęgniarek.

Obiegowa opinia 4. Mężczyźni nie dbają o zdrowie / nie troszczą się o zdrowie

Fakty

Wiele zachowań mężczyzn jest niekorzystnych dla zdrowia. Ale mężczyźni przystoi narażać się, nadstawić karku czy „brać życie na klatę”. W zbiorowej świadomości niewiele jest takich czynności, które przystawałyby do mężczyzny i były jednocześnie korzystne dla zdrowia. Jedną z nich jest sport i aktywność fizyczna. Znajduje to swój wyraz także w naszych badaniach – mężczyźni najczęściej odwołują się do tego sposobu dbałości o zdrowie. I, co chyba najważniejsze, jest to obszar, nad którym mężczyźni mogą mieć dużą kontrolę, wybrać rodzaj aktywności, uprawiać ją dla przyjemności i poczucia bycia w grupie. Sport od dawna służył ćwiczeniu się mężczyzn w dominacji [86].

Mężczyźni doceniają również znaczenie właściwej diety, ale często są zależni od tego, co mogą zjeść w domu czy barze. Potrafią też wskazać przykłady zachowań szkodliwych dla zdrowia. Wiedza wielu mężczyzn o zdrowiu jest jednak mniejsza niż wiedza kobiet, toteż trudno dziwić się, że panowie robią dla swojego zdrowia mniej niż panie.

Wnioski

Zdrowie jest atrybutem mężczyzny, a dbałość o zdrowie w żadnej mierze nie jest z tym sprzeczna. Umacnianie zdrowia może być męskie. I należy to wykorzystać w przyszłych działaniach adresowanych do mężczyzn. Trzeba pamiętać, że większą wartość mogą mieć te zachowania i sposoby dbałości o zdrowie, które przystoją mężczyźnie, czego najlepszym przykładem jest aktywność fizyczna.

Ponieważ wiedza zawsze jest motorem postępu, warto uzupełnić istniejące luki. Nie znaczy to jednak, że w przypadku każdego zagadnienia potrzebna będzie elementarna edukacja zdrowotna i powtarzanie

przekazu podstawowego. W zamian należałoby skupić się na zmianie postaw, budowaniu wsparcia społecznego i kształtowaniu samoskuteczności w działaniu. Ważne jest, aby pokazywać techniki zmiany zachowań, podpowiadać wykonalne sposoby zmian. Szczególnej troski wymagać będą mężczyźni z niższym wykształceniem [87].

Obiegowa opinia 5. Mężczyźni nie robią badań profilaktycznych.

Fakty

Wiele wskazuje na to, że mężczyźni rzeczywiście robią mniej badań profilaktycznych niż kobiety albo robi je mniejszy odsetek panów niż pań. Składa się na to wiele przyczyn, między innymi indywidualne psychologiczne bariery związane z dbałością o zdrowie i chorobami, powszechnie odczuwany brak oferty badań profilaktycznych dla mężczyzn, ograniczony zakres badań wstępnych i okresowych z zakresu medycyny pracy, brak poczucia bezpieczeństwa i komfortu w relacjach z lekarzami, brak wiedzy, jakie badania warto lub trzeba wykonać. Kolejnym czynnikiem jest nieumiejętność poruszania się w krajowym systemie opieki zdrowotnej, rytm zapisów, czas oczekiwania na wizytę, tłok w poczekalniach i przepychanki pacjentów.

Mężczyźni nie odzegnują się jednak od badań profilaktycznych. Można nawet odnieść wrażenie, że zazdroszczą kobietom takich możliwości.

Wnioski

Mężczyźni potrzebują specjalnej, skierowanej tylko do nich oferty badań profilaktycznych. I nie chodzi tu tylko o badania właściwe mężczyznom (jak np. badanie gruczołu krokowego). Pierwszorzędne znaczenie ma szeroki zakres świadczonych usług diagnostycznych, terapeutycznych i poradnictwa (podobnie jak kompleksowa obsługa serwisowa samochodu), elastyczne godziny przyjęć oraz pakiet informacyjny (dla kogo dane usługi, gdzie, kiedy). Najlepszym rozwiązaniem byłyby „kliniki pod jednym dachem”.

Obiegowa opinia 6. Mężczyźni nie szukają pomocy w sprawach zdrowia.

Fakty

Jakkolwiek zdarza się, że mężczyźni wypierają chorobę lub zmagają się z nią na swój sposób, to jednak zawsze uzewnętrzniają ten fakt. Szukają pomocy w Internecie oraz u żony (partnerki), stosują różne domowe środki lecznicze, sami idą do lekarza albo pozwalają się do niego „zawlec” żonie. Ten ostatni

sposób, tak często podnoszony przez lekarzy i lekarzki, dobitnie pokazuje, że mężczyźni szukają ratunku i chcą się leczyć. Czy można sobie wyobrazić, aby dorosłego mężczyznę zawlec do lekarza wbrew jego woli, na siłę? Ponadto z danych NFZ oraz z przeprowadzonych wywiadów wynika, że mężczyźni od mniej więcej piątej dekady życia korzystają z usług medycznych dość intensywnie. Wtedy zaczynają ujawniać się poważniejsze schorzenia.

Poszukiwanie pomocy może być silnie uzależnione od wcześniejszych doświadczeń chorobowych, nieudanego leczenia lub pamięci o nieprzychylności personelu palcówki. Może mieć też ścisły związek z wiedzą o danym schorzeniu i jego miejscem w męskiej hierarchii ważności, poczuciem zagrożenia czy wstydu. Przeprowadzone badanie pokazało ponadto, że mężczyźni mogą być zainteresowani nie tyle kontrolowaniem samej choroby, ile utrzymaniem dotychczasowej aktywności życiowej.

Wnioski

Trzeba wziąć pod uwagę, że niektórzy mężczyźni chcą sami monitorować swoje zdrowie, zanim zwrócą się po fachową pomoc. Moment, w którym zdecydują się na taki krok, jest w ich odczuciu na tyle krytyczny, że profesjonalna pomoc powinna być udzielona szybko. Kobiety opisywały te chwile słowami: – *Mężczyzna nie lubi czekać, ma nerwowe podejście do życia* (kobiety, starsze, Warszawa).

Obiegowa opinia 7. Mężczyźni są hipochondrykami

Fakty

Nie sposób uznać, że wszyscy mężczyźni są hipochondrykami w znaczeniu klinicznym, czyli cierpią na nerwicę hipochondryczną. Typ mężczyzny hipochondryka, chorobliwie przekonanego o istnieniu poważnej choroby, doszukującego się jej, został opisany przez lekarzy jako jedna z sześciu kategorii pacjentów, ale nie musiało to być jednoznaczne z profesjonalną diagnozą.

Dla kobiet hipochondrykiem był mężczyzna przewrażliwiony, reagujący nieadekwatnie, nieumiejący chorować. W tym znaczeniu pojęcie to nie miało podbudowy profesjonalnej i używane było w kontekście potocznym i prześmiewczym. Wyróżnienie takiego typu mężczyzn stanowiło kontrapunkt dla chorowania kobiet. Wydaje się zatem, że pewna grupa mężczyzn inaczej niż kobiety radzi sobie z tzw. rolą chorego. Według pierwotnej koncepcji Talcotta Parsonsa osoby, które czują się chore przyjmują zinstytucjonalizowaną

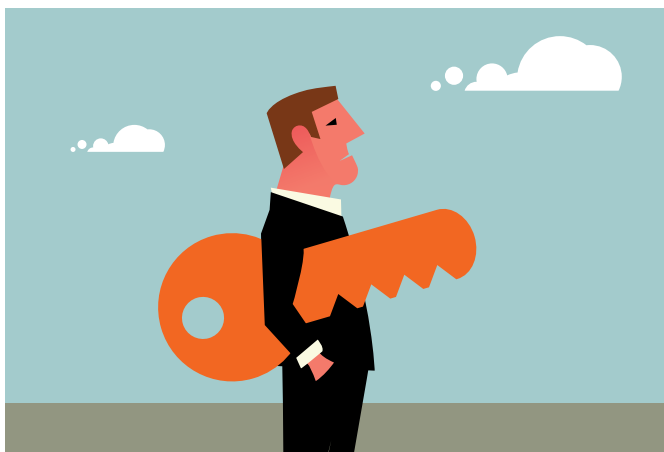
społecznie rolę chorego i mają określone prawa oraz obowiązki [88]. Prawa pozwalają im na uwolnienie się od ról społecznych oraz zwalniają z odpowiedzialności za aktualny stan zdrowia. Obowiązki polegają zaś na tym, aby jak najszybciej powrócić do zdrowia i współpracować z profesjonalistą medycznym. Patrząc na składowe roli chorego, można mieć wątpliwości, czy rola mężczyzny w społeczeństwie nie jest sprzeczna z prawami chorego. Chorowanie jest przecież niemiejskie, zaburza wizerunek silnego mężczyzny, który powinien być zdrowy, aby (przynajmniej formalnie) zadbać o rodzinę. Powstaje również pytanie, czy rola mężczyzny nie stwarza dodatkowej presji na realizację obowiązku szybkiego wyzdrowienia.

Trzeba też pamiętać, że ludzie bardzo różnie reagują w sytuacji choroby. Ma to związek z wieloma czynnikami, takimi jak interpretacja objawów, postawienie

autodiagnozy czy wybór strategii zaradczej. Te z kolei są pod wpływem innych zmiennych, takich jak posiadany zakres wiedzy, wiek, możliwości itd.

Wnioski

Wiele wskazuje na to, że pewna grupa mężczyzn zachowuje się w chorobie inaczej niż kobiety – w sposób bardziej emocjonalny, mniej efektywny, hipochondryczny właśnie. Być może ma to związek z konfliktem społecznych ról chorego i mężczyzny. Kwestia ta wymaga dalszych badań, w tym operacjonalizacji samego pojęcia, ustalenia proporcji ilościowych według płci oraz próby wyjaśnienia przyczyn zjawiska.



7. Rekomendacje

Zanim przejdziemy do nakreślenia możliwych do zastosowania strategii i metod postępowania, trzeba wymienić kilka ogólnych zasad prowadzenia tzw. interwencji, czyli działań zmierzających do poprawy sytuacji zdrowotnej całej populacji:

- Zachowania i działania (styl życia), które mają związek ze zdrowiem, są głęboko zakorzenione w społeczności, w normach i zwyczajach społecznych.
- Adresatem interwencji powinny być całe grupy społeczne i społeczności, a nie pojedyncze osoby.
- Interwencje powinny być prowadzone we współpracy ze społecznościami, poprzez tzw. organizację społeczności, a nie poprzez struktury i działania odgórne.
- Interwencje muszą być długotrwałe i mogą trwać nawet 25 i więcej lat.
- Należy jednocześnie wykorzystywać wiele metod pracy i kanałów komunikowania się z adresatami, a podstawowe przekazy powinny być powtarzane.
- Interwencje powinny być precyzyjnie zaplanowane, przetestowane wstępnie, poddane ocenie przebiegu działań, a także ocenie ich efektów.

Zasady te wynikają z doświadczeń innych krajów, w tym doświadczeń fińskich. W Finlandii w 1972 r. zainicjowano przedsięwzięcie znane pod nazwą *North Karelia Project*, ukierunkowane na zmniejszenie umieralności z powodu chorób serca. Choć początkowo planowano działania na 5 lat, trwają one do dzisiaj w poszerzonej formie. W ich efekcie, między latami 1969-71 a rokiem 2006 umieralność z powodu choroby wieńcowej zmniejszyła się o 85%. Uzyskano też znaczące zmniejszenie umieralności z powodu innych przyczyn, a umieralność ogólna (z powodu ogółu przyczyn) spadła o 62% [89]. Recepta na poprawę zdrowia populacji wydaje się zatem prosta – trzeba wiedzieć, co chce się osiągnąć, i konsekwentnie przez 25 lat (i więcej) robić swoje.

Szczegółowe propozycje poprawy sytuacji mężczyzn, formułowane z perspektywy zdrowia publicznego i promocji zdrowia, mieszczą się w ogólnej strategii upodmiotowienia mężczyzn w sprawach zdrowia, usamodzielnienia, wzmocnienia ich (ang. *empowerment*) [90]. W innym podejściu strategię tę można nazwać zwiększaniem kompetencji zdrowotnych. Zaś przedstawiciele innych dyscyplin naukowych i praktycy życia społecznego mogliby to nazwać desymbolizacją czy dekompozycją męskości, uprzywilejowaniem wyrównawczym, polityką afirmacyjną, wyzwoleniem mężczyzn, czy jeszcze inaczej. Nie szłyby mają tu jednak znaczenie. Najważniejsze jest, aby w ogóle podjąć działania, które dają szansę na poprawę sytuacji zdrowotnej wielu mężczyzn, a także na zmianę sposobu zaangażowania kobiet w tym obszarze. W efekcie – będzie to korzystne dla nas wszystkich.

Aby osiągnąć stan upodmiotowienia mężczyzn, należałoby:

- Eksponować dbanie o zdrowie, a nie walkę z chorobami, tj. myśleć w kategoriach zdrowia, a nie chorób (to nie jest łatwe).
- Nie straszyć złymi, tragicznymi skutkami niewłaściwych zachowań.
- Umieścić zdrowie w głównym nurcie dyskursu publicznego.
- Tworzyć społeczny klimat korzystny dla zdrowia i warunki do dbania o nie.
- Włączyć do działań innych partnerów, organizacje społeczne, związki zawodowe i inne podmioty, zwłaszcza takie, które zrzeszają mężczyzn.
- Wprowadzić do dyskursu publicznego problematykę zdrowia mężczyzn.
- Słuchać, co mężczyźni i kobiety mają do powiedzenia.
- Adresować działania do mężczyzn i kobiet, tworzyć dla nich zróżnicowane przekazy.
- Kształtować postawę „dbanie o zdrowie jest męskie”.

- Porównać dbałość o zdrowie z konserwacją i przeglądami samochodu, ale nie nadużywać takiej formuły, ponieważ nie musi być właściwa dla wszystkich panów.
- Zwiększać praktyczną wiedzę mężczyzn o zdrowiu, pokazywać, co konkretnie należy robić w danej sytuacji zdrowotnej.
- Proces edukacji dorosłych mężczyzn zaczynać od popularnych męskich problemów, występujących często, ale stosunkowo niegroźnych. Przykładem mogą być bóle pleców, na które w 2007 r. w badaniu GUS uskarżał się co trzeci pracujący mężczyzna. Łącznie 844 tysiące panów! [91]. (zalecenia – patrz załącznik nr 5).
- Stosować odpowiedni język, środki stylistyczne, warstwę graficzną oraz kanał komunikacji z mężczyznami w zależności od ich wieku i wykształcenia.
- Rozpowszechniać informacje w społecznościach lokalnych, w miejscu pracy, organizacjach, jak najbliżej odbiorców.
- Pokazywać prawdziwe historie, dając świadectwo temu, czym jest choroba dla zwyczajnego mężczyzny.
- Planując szkolną edukację zdrowotną uwzględnić kwestię związku kulturowej tożsamości płci ze zdrowiem.
- Stworzyć przyjazną przestrzeń publiczną, miejską, umożliwiającą proste formy aktywności ruchowej, np. jazdę na rowerze, bieganie, spacer.
- Udostępnić inne formy zajęć fizycznych, które mogą być atrakcyjne dla mężczyzn.
- Umożliwić lekarzom nabywanie umiejętności budowania efektywnych relacji z pacjentami, w tym komunikacji lekarz-pacjent oraz stworzyć ku temu odpowiednie warunki w pracy.
- Udostępnić przyjazne mężczyznom oraz operatywne instytucje i świadczenia zdrowotne, w tym profilaktyczne, najlepiej w placówkach typu „wszystko pod jednym dachem”.
- Nie zapominać przy tym o kobietach i nie robić niczego ich kosztem.

I wszyscy mamy tu coś do zrobienia. Jeśli nie zrobimy nic, wielu będzie umierać, żeby udowodnić, że są mężczyznami.



8. Piśmiennictwo

1. Eurostat. *Life expectancy by age, sex and educational attainment (ISCED 1997)* [demo_mlexpededu]. <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpededu&lang=en>. Aktualizowane w dniu 20.03.2012.
2. Komisja Europejska, Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów. *The State of Men's Health in Europe*. Unia Europejska 2011.
3. Główny Urząd Statystyczny. *Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011. Podstawowe informacje o sytuacji demograficzno-społecznej ludności Polski oraz zasobach mieszkaniowych*. Warszawa, marzec 2012.
4. Główny Urząd Statystyczny. *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2010/11*. Warszawa, grudzień 2011.
5. H. Domański. *Nierówności płci w latach 1982–2008*. [W:] K. Slana, J. Struzik, K. Wojnicka (red.). *Gender w społeczeństwie polskim*. Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków 2011: 251–266.
6. Główny Urząd Statystyczny. *Wypadki przy pracy i problemy związane z pracą*. GUS, Warszawa 2008.
7. B. Wojnarowska. *Edukacja zdrowotna*. PWN, Warszawa 2007: 50–55.
8. D.A. Bedworth, A.E. Bedworth. *The Dictionary of Health Education*. Oxford University Press, Oksford 2010: 299.
9. D. Nutbeam. *Health Promotion Glossary*. World Health Organization 1998.
10. Centrum Badania Opinii Społecznej. *Co jest ważne, co można, a czego nie wolno – normy i wartości w życiu Polaków*. CBOS BS/99/2010. Warszawa, lipiec 2010.
11. Centrum Badania Opinii Społecznej. *Czas wolny Polaków*. CBOS BS/133/2010. Warszawa, październik 2010.
12. Centrum Badania Opinii Społecznej. *Polak zadbany – troska o sylwetkę i własne ciało*. CBOS BS/130/2009. Warszawa, wrzesień 2009.
13. Eurostat. *Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012*: 122.
14. Główny Urząd Statystyczny. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.* GUS, Warszawa 2012.
15. D. Kaleta, T. Makowic-Dąbrowska, E. Dziańska-Zaborszczyk, A. Fronczak. *Prevalence and socio-demographic correlates of daily cigarette smoking in Poland: results from the Global Adult Tobacco Survey (2009–2010)*. *Int J Occup Med Environ Health* 2012, 25(2): 126–136.
16. M. Kwaśniewska, D. Kaleta, E. Dziańska-Zaborszczyk, W. Drygas, T. Makowic-Dąbrowska. *Lifestyle index and self-rated health status*. *Int J Occup Med Environ Health* 2007, 20(4): 349–356.
17. D. Kaleta, T. Makowic-Dąbrowska, A. Jegier. *Employment status and self rated health*. *Int. J Occup Med Environ Health* 2008, 21(3): 227–236.

18. Główny Urząd Statystyczny. *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r.* GUS, Warszawa 2011.
19. C. Maynard, P.E. Litwin, J.S. Martin, W.D. Weaver. *Gender Differences in the Treatment and Outcome of Acute Myocardial Infarction. Results From the Myocardial Infarction Triage and Intervention Registry.* Arch Intern Med 1992, 152(5): 972–976.
20. R. Raine, C. Goldfrad, K. Rowan, N. Black. *Influence of patient gender on admission to intensive care.* J Epidemiol Community Health 2002, 56: 418–423.
21. J. Zajdel, P. Górski. *Analiza komunikacji lekarz-chory w świetle wybranych cech demograficznych i klinicznych.* Med Pr 2010, 61(2): 165–181.
22. Narodowy Fundusz Zdrowia. *Analiza korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. i rozkładu indywidualnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem tych świadczeń.* Centrala NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Warszawa, kwiecień–maj 2010.
23. World Health Organization. *Constitution of World Health Organization.*
24. J. Barański. *Ciało i zdrowie w ujęciu socjoestetycznym.* [W:] W. Piątkowski, W.A. Brodniak (red.). *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna.* Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, Tyczyn 2005: 323–336.
25. I. Illich. *The Medicalization of Life.* [W:] Eadem. *Medical Nemesis.* Pantheon Books, New York 1976.
26. B. Ulamowska-Żyto. *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby.* [W:] *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy.* A. Ostrowska (red.). Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2009: 65–86.
27. G. Dahlgren, M. Whitehead. *Policies and strategies to promote social equity in health.* Institute for Future Studies, Stockholm 1991.
28. R. Wilkinson, K. Pickett. *Duch równości. Tam gdzie panuje równość, wszystkim żyje się lepiej.* Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011.
29. World Health Organization, *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health.* World Health Organization 2008.
30. M. Marmot et al. *Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010.* The Marmot Review, London 2010.
31. World Health Organization. *Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Executive summary.* WHO Regional Office for Europe, 7.09.2010.
32. World Health Organization. *Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region.* WHO Regional Office for Europe. Baku, Azerbaijan, 12–15.09.2011.
33. C. Eisenegger, M. Naef, R. Snozzi, M. Heinrichs, E. Fehr. *Prejudice and truth about the effect of testosterone on human bargaining behavior.* „Nature” 2010, 463(7279): 356–9.
34. A. Scambler. *Women and health.* [W:] *Sociology as applied to medicine.* G. Scambler (ed.). Wyd. 6. Saunders Elsevier, Edinburgh 2008: 133–158.
35. K.H. Ladwig, B. Marten-Mittag, B. Formanek, G. Dammann. *Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population.* Eur J Epidemiol 2000, 16(6): 511–518.
36. M. Denton, S. Prus, V. Walters. *Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants.* Soc Sci Med 2004, 58: 2585–2600.
37. C. Metcalfe, G.D. Smith, J.A.C. Sternel, P. Heslop, J. Macleod, C.L. Hart. *Cause-specific hospital admission and mortality among working men: association with socioeconomic circumstances in childhood and adult life, and the mediating role of daily stress.* Eur J Public Health 2005, 15(3): 238–244.
38. K. Hawton. *Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior.* „British Journal of Psychiatry” 2000, 177: 484–485.

39. F.M. Culbertson. *Depression and gender. An international review.* „American Psychologist” 1997, 52(1): 25–31.
40. I.M. Anderson, D.J. Nutt, J.F.W. Deakin. *Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a review of the British Association for Psychopharmacology guidelines.* „Psychopharmacology” 2000, 14: 3–20.
41. J.R.T. Davidson, S.E. Meltzer-Brody. *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.
42. C. Shiels, M. Gabbay, C. Dowrick, C. Hulbert. *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.
43. K. Kroenke, R.L. Spitzer. *Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms.* Psychosom Med 1998, 60(2): 150–155.
44. A.A.M. Gerritsen, W.L. Devillé. *Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study.* „BMC Public Health” 2009, 9: 109.
45. S. Macintyre, K. Hunt, H. Sweeting. *Gender differences in health: are things as simple as they seem?* Soc Sci Med 1996, 42 (4): 617–624.
46. S. Macintyre, G. Ford, K. Hunt. *Do women ,over report’ morbidity? Men’s and women’s responses to structural prompting on a standard question on long standing illness.* Soc Sci Med 1999, 48 (1): 89–98.
47. S. Wyke, K. Hunt, G. Ford. *Consulting the general practitioner for symptoms of minor illness: why are women more likely to consult?* J Epidemiol Community Health 1995, 49: 546.
48. S. Wyke, K. Hunt, G. Ford. *Gender differences in consulting a general practitioner for common symptoms of minor illness.* Soc Sci Med 1998, 46: 901–906.
49. K. Hunt, G. Ford, L. Harkins, S. Wyke. *Are women more ready to consult than men? Gender differences in general practitioner consultation for common chronic conditions.* J Health Serv Res Policy 1999, 4(2): 96–100.
50. K. Hunt. *A generation apart? An examination of changes in gender-related experiences and health in women in early and late mid-life.* Soc Sci Med 2002, 54: 663–676.
51. H. Chun, S.I. Cho, Y.H. Khang, M. Kang, I.H. Kim. *Trends in Gender-based Health Inequality in a Transitional Society: A Historical Analysis of South Korea.* J Prev Med Public Health 2012, 45(2): 113–121.
52. A. Titkow, D. Duch-Krzystoszek, B. Budrowska. *Nieodpłatna praca kobiet – mity, realia, perspektywy.* Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2004: 46.
53. A. Radomski. *Kultura 2.0 a praktyki męskości.* [W:] M. Dąbrowska, A. Radomski. *Męskość jako kategoria kulturowa. Praktyki męskości.* Wydawnictwo Portalu Wiedza i Edukacja, Lublin 2010: 113–127.
54. Centrum Badania Opinii Społecznej. *Potrzeby prokreacyjne oraz preferowany i realizowany model rodziny.* CBOS BS/61/2012. Warszawa, maj 2012.
55. W.H. Courtenay. *Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: a theory of gender and health.* Soc Sci Med 2000, 50(10): 1385–1401.
56. B. Tobiasz-Adamczyk. *Płeć a różnice w stanie zdrowia – próba socjologicznej interpretacji.* „Sztuka Leczenia” 1996, 2(4): 85–93.
57. A.K. White, C.S. Thomson, D. Forman, S. Meryn. *Men’s Health and the Excess Burden of Cancer in Men.* Euro Urol Suppl 2010, 586: 1–4.
58. C. Moynihan. *Theories of masculinity.* BMJ 1998, 317(7165): 1072–1075.
59. H. De Vries, M. Dijkstra, P. Kuhlman. *Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions.* Health Educ Res 1988, 3 (3): 273–282.
60. H. De Vries, J. Lezwijn, M. Hol, C. Honing. *Skin cancer prevention: behaviour and motives of Dutch adolescents.* Eur J Cancer Prev 2005, 14(1): 39–50.

61. H. De Vries, I. Mesters, J. Van't Riet, K. Willems, A. Reubsaet. *Motives of Belgian Adolescents for Using Sunscreen: The Role of Action Plans*. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* lipiec 2006, 15: 1360.
62. K. Sørensen, S. Van den Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Slonska, H. Brand, (HLS-EU) *Consortium Health Literacy Project European*. *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. „BMC Public Health” 2012, 12: 80.
63. D. Cianciara, T. Przewłocka, M. Miller. *Zainteresowanie telewizyjnymi programami o tematyce zdrowotnej*. *Przeegl Epidemiol* 2003, 57(4): 703–712.
64. D. Cianciara, T. Przewłocka, M. Miller. *Widownia telewizyjnych programów o tematyce zdrowotnej*. *Przeegl Epidemiol* 2004, 58(2): 391–398.
65. E. Ulatowska-Szostak, J.T. Marcinkowski, M. Gromadecka-Sutkiewicz, M. Krzywińska-Wiewiórkowska, B. Stawińska-Witoszyńska. *Badania nad Internetem jako źródłem informacji o chorobie*. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90(2): 246–253.
66. S. Borszcz. *Dr Internet coraz bardziej popularny. Co utrudnia komunikację pomiędzy lekarzem a pacjentem?* „Rynek Zdrowia”, 12.12.2011.
67. J. Bugajska, D. Żołnierczyk-Zreda, A. Jędryka-Góral. *Rola psychospołecznych czynników pracy w powstawaniu zaburzeń mięśniowo-szkieletowych u pracowników*. *Med Pr* 2011, 62(6): 653–658.
68. I. Taranowicz. *Prozdrowotny styl życia. Styl życia dla każdego?* [W:] W. Piątkowski, W.A. Brodniak (red.). *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*. Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, Tyczyn 2005: 103–117.
69. H. Brand. *Health Literacy as a priority in the EU. Keynote at the Annual Meeting of the Directors of National Institutes of Public Health*. Poznan, Poland 5.11.2011.
70. U. Domańska. *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa*. [W:] W. Piątkowski, W.A. Brodniak (red.). *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*. Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, Tyczyn 2005: 311–336.
71. E.S. Watkins. *The Medicalisation of Male Menopause in America*. *Soc Hist Med* 2007, 20(2): 369–388.
72. T. O'Brien. Review – *Medicalized Masculinities* by Dana Rosenfeld and Christopher Faircloth (Editors) Temple University Press, 2006. „Metapsychology Online Reviews” 19.06.2007 (Volume 11, Issue 25).
73. J. Szymańska, E. Pietryka-Michałowska, A. Toruń-Jurkowska. *Zmienne kulturowe warunkujące dobrostan populacji powyżej 60. roku życia*. „Zdrowie Publiczne” 2010, 120(1): 49–52.
74. A. Łuszczynska, A. Bukowska-Durawa. *Raport Siemensa: Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych? Tysiąc kobiet, tysiąc barier*. Siemens sp. z o.o., Sektor Healthcare, 2011.
75. M. Wensing, H.P. Jung, J. Mainz, F. Olesen, R. Grol. *A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain*. *Soc Sci Med* 1998, 47(10): 1573–1588.
76. R. Grol, M. Wensing, J. Mainz, P. Ferreira, H. Hearnshaw, P. Hjortdahl, F. Olesen, M. Ribacke, T. Spenser, J. Szécsényi. *Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison*. „Family Practice” 1999, 16 (1): 4–11.
77. D. Cianciara, M. Miller. *Postawy lekarzy wobec edukacji pacjenta*. *Przeegl Epidemiol* 2003, 57(3): 531–540.
78. George L. Engel. *A need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. „Science” 1977, 196(4286): 129–136.
79. F. Borrell-Carrió, A.L. Suchman, R.M. Epstein. *The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry*. *Ann Fam Med* 2004, 2(6): 576–582.
80. *Polskie Badania Internetu. Raport o zdrowiu. Internetowe serwisy o zdrowiu: zawartość, popularność, profil użytkowników*. PBI, Warszawa, marzec 2011.
81. Procontent Communication. *Pacjenci w sieci. Raport z badań wraz komentarzem*. Warszawa, styczeń 2012.

82. M. Sikorska (red.). *Ciemna strona macierzyństwa. O niepokojach współczesnych matek*. Warszawa 2012.
83. World Health Organization. *World Health Statistics 2012. Part III. Global health indicators*. WHO 2010: 52–59.
84. United Nations. *Demographic yearbook 1948*. New York 1948: 514–522.
85. United Nations. *Demographic yearbook 1952*. New York 1952: 448–451.
86. U. Kluczyńska. *Sport jako obszar konstruowania tożsamości mężczyzn. Znaczenia wpisane i możliwości ich definiowania*. [W:] M. Dąbrowska, A. Radomski. *Męskość jako kategoria kulturowa. Praktyki męskości*. Wydawnictwo Portalu Wiedza i Edukacja, Lublin 2010: 86–99.
87. E. Korzeniowska, K. Puchalski. *Edukacja zdrowotna pracowników – wyzwania związane z poziomem wykształcenia*. *Med Pr* 2012, 63(1): 55–71.
88. D. Locker. *Social determinants of health and disease*. [W:] *Sociology as applied to medicine*. G. Scambler (ed). Wyd. 6. Saunders Elsevier, Edinburgh 2008: 58–60.
89. Puska P. *Sustained Population-Based Prevention of CVD: Lessons from North Karelia*. World Congress of Cardiology, (WCC), Beijing 17 June 2010.
90. Laverack G. *Community empowerment. Conference working documents*. 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi 2009.
91. Główny Urząd Statystyczny. *Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą*. Warszawa, 2008.

Załącznik I

Ogólny stan zdrowia polskich mężczyzn – analiza porównawcza

Bogdan Wojtyniak

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

Stan zdrowia polskich mężczyzn od lat budził niepokój osób zajmujących się oceną stanu zdrowia ludności naszego kraju, co znajdowało odbicie m.in. w „Raportach o stanie zdrowia ludności Polski” przygotowywanych w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny¹. Trzeba jednak przyznać, że temat do tej pory nie doczekał się odrębnego opracowania i dlatego *Raport Siemens 2012* należy bez wątpienia uznać za bardzo potrzebny i ważny z punktu widzenia zdrowia publicznego w Polsce.

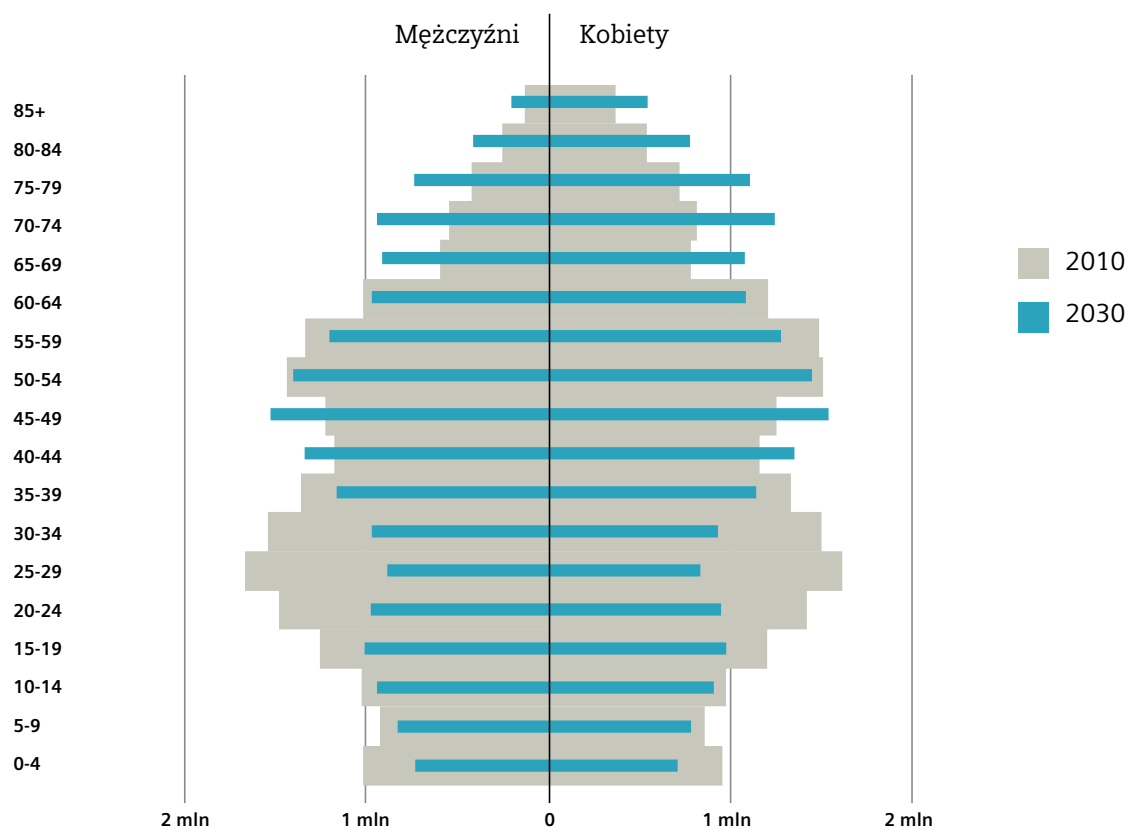
Część prezentowanych poniżej wyników stanowią obliczenia własne przeprowadzone na podstawie indywidualnych danych z rejestru zgonów mieszkańców Polski prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny (GUS). Rejestr ten z pewnymi niezbędnymi ograniczeniami jest udostępniany Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego - Państwowemu Zakładowi Higieny w celu prowadzenia zgodnie ze statutem analiz stanu zdrowia mieszkańców Polski. Ponadto wykorzystano wskaźniki publikowane przez GUS oraz dostępne w międzynarodowych bazach danych, przede wszystkim Europejskiego Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia w Kopenhadze (WHO HFA DB January 2012 oraz European mortality database HFA MDB, January 2012), Urzędu Statystycznego Unii Europejskiej (Eurostat)² i Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)³, co zawsze zostało zaznaczone w treści.

Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011 (NSP 2011) 30 marca 2011 w Polsce mieszkało (zgodnie z definicją ludności faktycznej) 38 501 tys. osób, z tego 18 432 tys. mężczyzn i 20 067 tys. kobiet. Tak więc mężczyźni stanowią 47,9% ogółu ludności i na 100 mężczyzn przypada 109 kobiet. Jednak poniżej wieku 45 lat ma miejsce stała przewaga liczebna mężczyzn nad kobietami (wśród noworodków chłopcy stanowią większość – w 2010 r. 51,9%), która zmniejsza się stopniowo przede wszystkim w wyniku wyższej przedwczesnej umieralności mężczyzn. Nadwyżkę liczebną nad mężczyznami osiągają kobiety dopiero w grupie wieku 45-49 lat i w coraz starszych grupach wieku zwiększa się ona gwałtownie. Sytuacja taka będzie się utrzymywała również w przyszłości (Ryc. 1). W wieku 65 lat i starszym na 100 mężczyzn przypada już 165 kobiet. Jak zatem wynika z powyższego, mężczyźni mają młodszą strukturę wieku niż kobiety. Polscy mężczyźni są również przeciętnie młodszy od ogółu mężczyzn mieszkających w krajach członkowskich Unii Europejskiej (UE27) – jak wynika z danych Eurostatu 1 stycznia 2010 r. przeciętny wiek (mediana) mężczyzn w UE wynosił 39,5 lat, a w Polsce 35,9 lat, natomiast odsetek mężczyzn w wieku 65 lat i więcej wynosił odpowiednio 14,9% i 10,5%. Jak wynika z prognozy Eurostatu, ta korzystna dla Polski różnica stopniowo się zmniejszy, gdyż proces starzenia się polskiego społeczeństwa będzie przebiegał szybciej niż w przypadku całej UE. W połowie obecnego wieku odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będzie w Polsce wyższy od przeciętnego dla krajów UE27.

1 Sytuacja zdrowotna ludności Polski, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, NIZP-PZH, Warszawa 2008, a także wcześniejsze opracowania wydane w latach 2003, 1997, 1995.

2 http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

3 OECD (2012), „OECD Health Data: Health status”, OECD Health Statistics (database). doi: 10.1787/data-00540-en (Accessed on 03 July 2012)

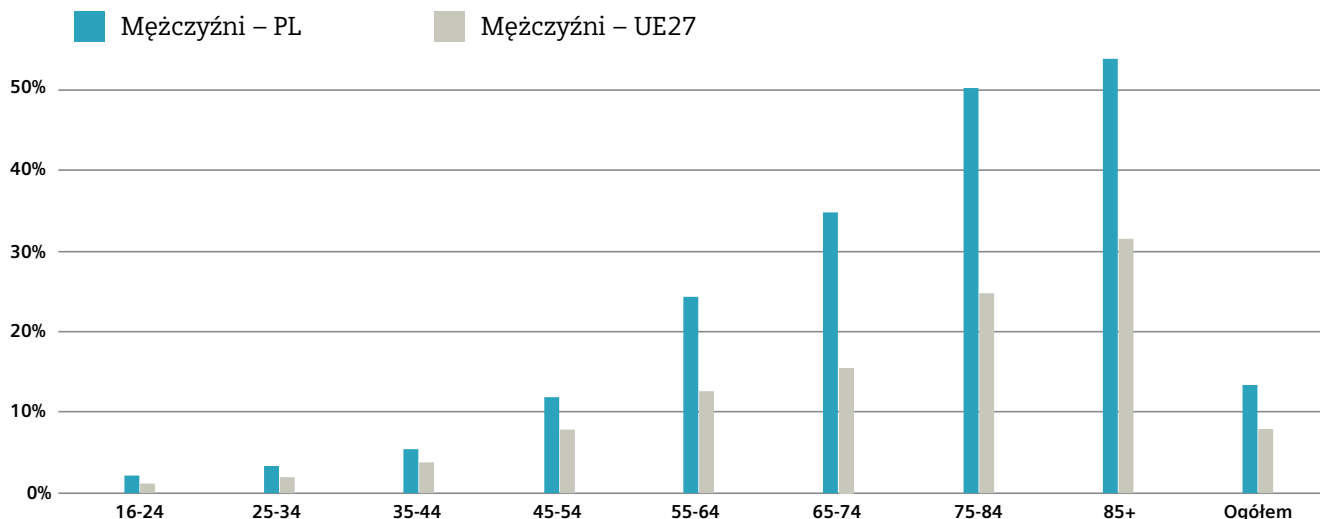


Ryc. 1. Ludność Polski wg płci i wieku w 2010 r. oraz prognoza na rok 2030 (dane GUS)

Do najważniejszych czynników różnicujących stan zdrowia ludności zaliczany jest status społeczno-ekonomiczny, którego jednym z głównych wskaźników jest poziom wykształcenia. W Polsce mężczyźni są przeciętnie gorzej wykształceni od kobiet. Według NSP 2011 ponad połowa (53,8%) mężczyzn w wieku 13 lat i więcej ma wykształcenie co najwyżej zasadnicze zawodowe, a 14,6% wykształcenie wyższe, podczas gdy w przypadku kobiet analogiczne odsetki wynoszą 42,6 i 18,8%. Jak szacuje Eurostat, mężczyźni w Polsce rzadziej niż w całej Unii Europejskiej mają wyższe wykształcenie - w 2011 r. odpowiednie odsetki w grupie wieku 25-64 lata wynosiły 19,8% i 25,8%. W przypadku kobiet odsetki te w Polsce i UE były praktycznie identyczne - 27,6% i 27,8%.

Jak wynika z Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (EU-SILC), które koordynowane jest przez Eurostat, a w Polsce od 2005 r. prowadzone przez GUS na losowej próbie mieszkańców kraju, w 2010 r.

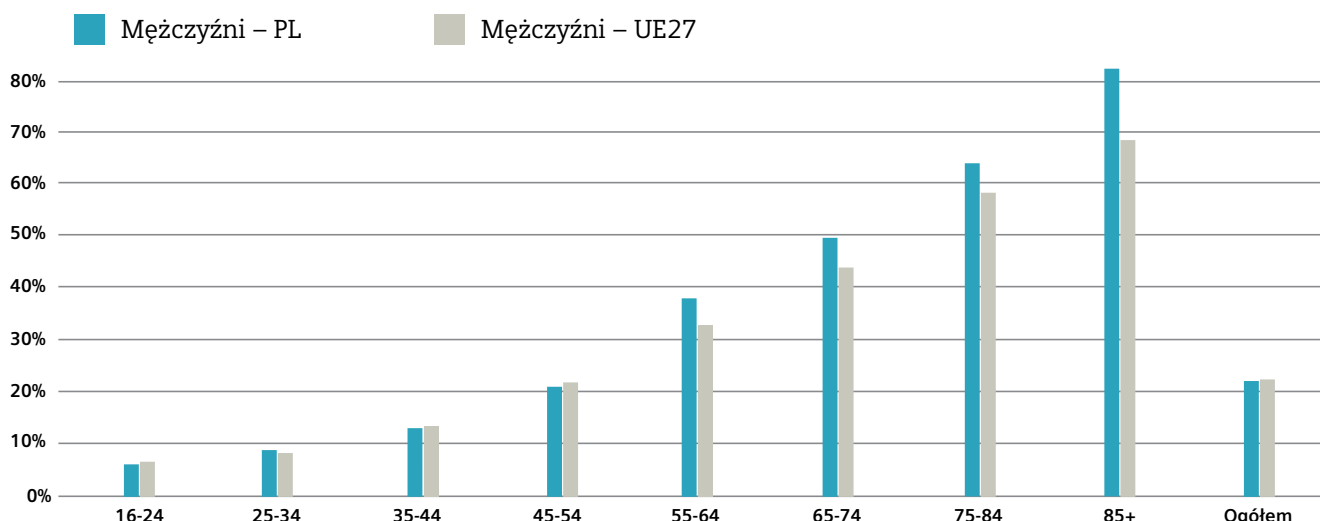
61,7% polskich mężczyzn w wieku 16 lat i więcej oceniało swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry, a 13,5% jako zły lub bardzo zły. Według danych Eurostatu wyniki samooceny stanu zdrowia polskich mężczyzn są gorsze od wartości średnich dla mieszkańców Unii Europejskiej (UE27), które wynosiły odpowiednio 71,4% i 8,0%. Mężczyźni oceniają stan swojego zdrowia na ogół lepiej niż kobiety, wśród których 54,9% oceniało swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry, a 16,7% jako zły lub bardzo zły. Na rycinie 2 przedstawiono odsetki mężczyzn w Polsce oraz w całej Unii oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły w poszczególnych grupach wieku. Ogólnie można stwierdzić, że we wszystkich grupach wieku polscy mężczyźni częściej gorzej oceniają swój stan zdrowia niż ogół mężczyzn w krajach Unii, ale w grupie wieku powyżej 55 lat różnica jest już dwukrotna.



Ryc. 2. Odsetek mężczyzn oceniających swój stan zdrowi jako zły lub bardzo zły wg wieku w Polsce i średni dla krajów UE27, 2010 r. (dane Eurostat)

Badanie EU-SILC pozwala również na oszacowanie dla krajów UE27 odsetka osób, które z powodu problemów zdrowotnych mają ograniczoną zdolność wykonywania zwykłych czynności trwającą 6 miesięcy lub dłużej, a także takich osób, które mają długotrwałą chorobę lub problem zdrowotny. W 2010 r. w Polsce 21,8% mężczyzn w wieku 16 lat i więcej stwierdziło, że brak pełnego zdrowia ogranicza im możliwość wykonywania codziennych czynności i odsetek ten był praktycznie taki sam jak przeciętny dla mężczyzn całej Unii (22,1%). Jak wynika jednak z ryciny 3, rozpowszechnienie tego problemu bardzo narasta z wiekiem i

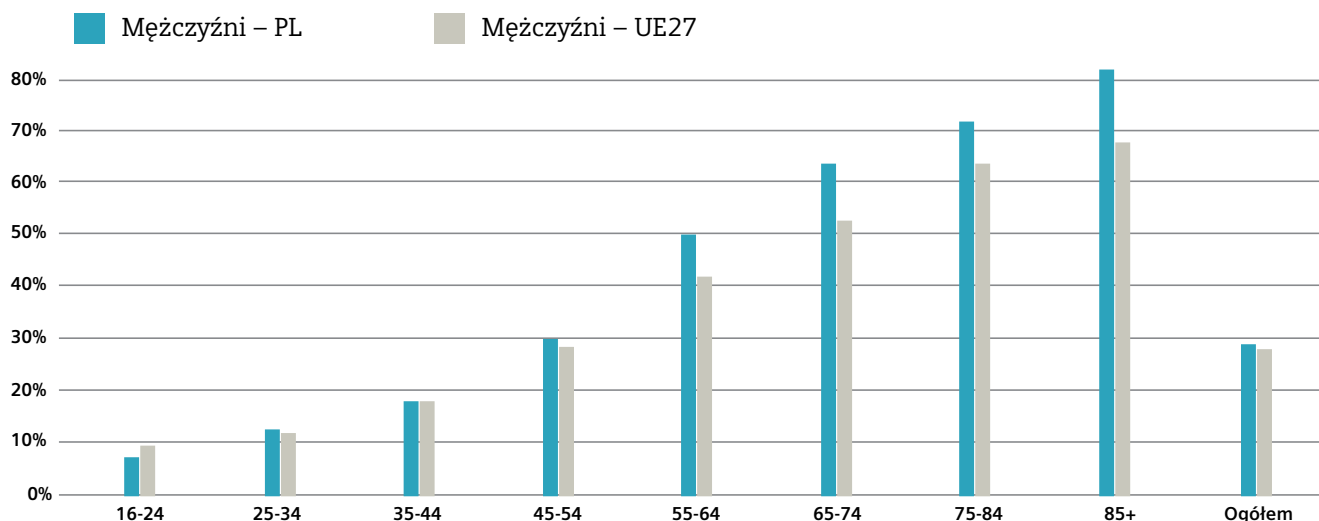
w grupach wieku powyżej 55 lat Polacy zgłaszali go częściej niż ich rówieśnicy z Unii. Fakt występowania u nich długotrwałej choroby lub problemu zdrowotnego zadeklarowało w 2010 r. 29,8% polskich mężczyzn w wieku 16 lat i więcej i odsetek ten był na poziomie przeciętnym dla mężczyzn całej Unii (28,9%). Podobnie jak w przypadku ograniczonej sprawności i samooceny stanu zdrowia, większa niekorzystna dla mężczyzn w Polsce różnica w częstości występowania długotrwałych chorób występuje w starszych grupach wieku, powyżej 55 lat (Ryc. 4).



Ryc. 3. Odsetek mężczyzn, którzy według własnej oceny mają z powodów zdrowotnych ograniczoną możliwość wykonywania codziennych czynności trwającą 6 miesięcy lub dłużej wg wieku w Polsce i średni dla krajów UE27, 2010 r. (dane Eurostat)

Przedstawione wyżej wskaźniki stanu zdrowia oprócz wielu zalet mają niewątpliwą wadę, która szczególnie zaznacza się w porównaniach międzynarodowych, ale także w porównaniach mężczyzn i kobiet czy też grup społecznych: subiektywność. W tego rodzaju analizach szczególne znaczenie mają wskaźniki obiektywne, niezależne od subiektywnych ocen poszczególnych osób.

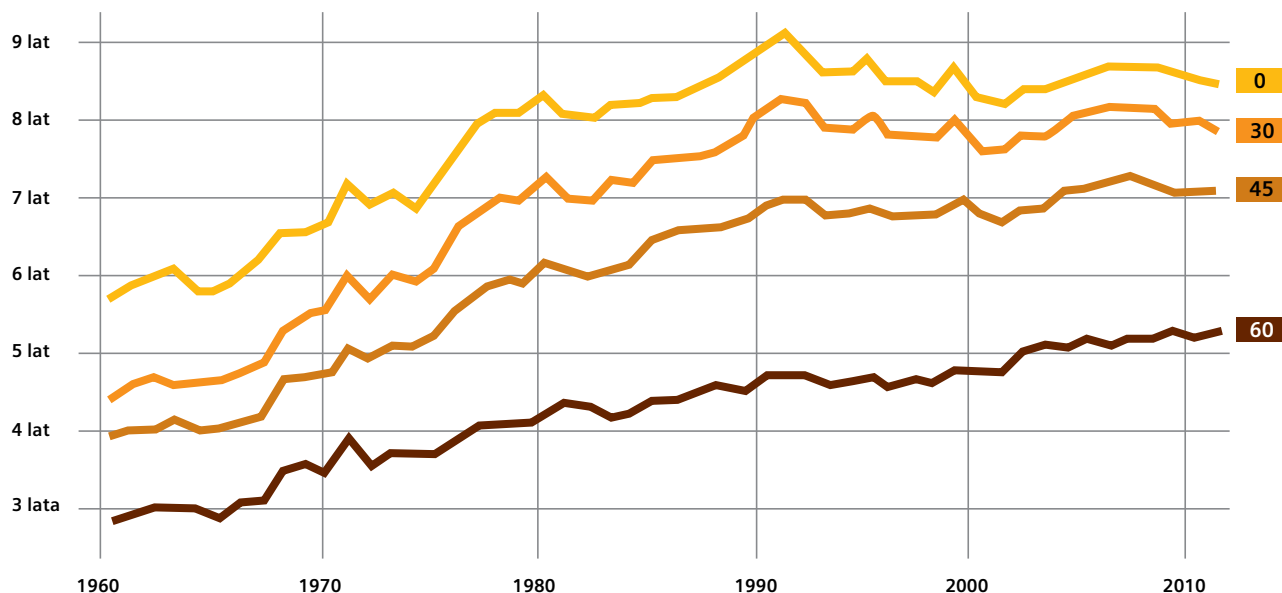
Charakter taki mają dane o zgonach osób i wskaźniki obliczane na ich podstawie, takie jak parametry dotyczące trwania życia oraz współczynniki umieralności ogółem w grupach wieku oraz według przyczyn zgonu. Są one powszechnie wykorzystywane do analizy stanu zdrowia ludności Polski oraz porównań międzynarodowych.



Ryc. 4. Odsetek mężczyzn, którzy według własnej oceny mają długotrwałą chorobę lub problem zdrowotny trwający 6 miesięcy lub dłużej wg wieku w Polsce i średni dla krajów UE27, 2010 r. (dane Eurostat)

Jednym z podstawowych wskaźników powszechnie stosowanych w analizach stanu zdrowia ludności jest przeciętne trwanie życia. Tablice z wartościami wskaźnika przygotowuje dla Polski rokrocznie GUS. Do porównań międzynarodowych wykorzystuje się przeważnie wskaźniki obliczone przez WHO albo Eurostat. Ponieważ stosowane metody obliczania tego wskaźnika różnią się, występują minimalne różnice w jego wartościach dla ludności Polski podawanych przez GUS i WHO. W porównaniach międzynarodowych posługiwano się wartościami obliczonymi przez WHO.

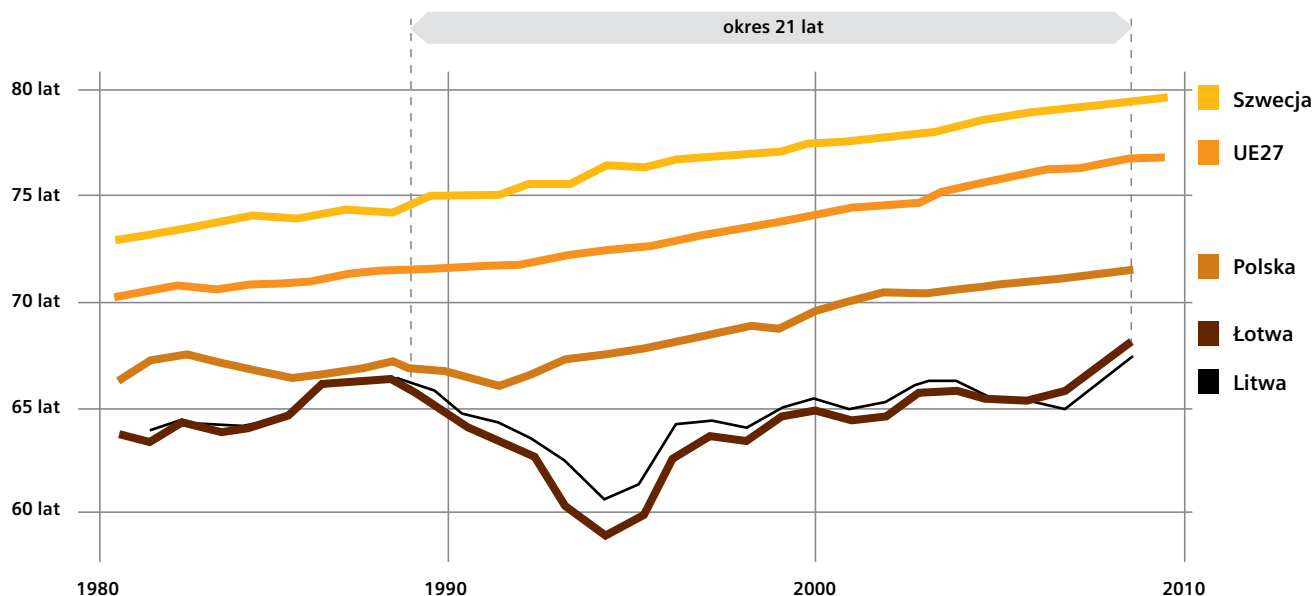
Według najnowszych danych GUS w roku 2011 przeciętna długość życia mężczyzn w Polsce wynosiła 72,4 lat, podczas gdy kobiet była o 8,5 roku dłuższa i wynosiła 80,9 lat. Różnica w długości życia mężczyzn i kobiet zwiększała się do roku 1991, a następnie dla osób młodszych po krótkim okresie spadku ustabilizowała się, natomiast dla osób starszych, w wieku 60 lat, powoli powiększała się i o ile w 1991 r. wynosiła 4,8 lat, to w 2011 r. wyniosła już 5,3 lat (Ryc. 5).



Ryc. 5. Różnice przeciętnego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn (o ile lat mężczyźni żyją krócej) w wieku 0, 30, 45 i 60 lat w Polsce w latach 1960–2011 (na podstawie danych GUS)

Przeciętna długość życia polskich mężczyzn według szacunków WHO była w 2009 r. (jest to ostatni rok, dla którego WHO podało wartość dla Polski) o 5,2 lat krótsza od średniej długości życia mieszkańców Unii Europejskiej, a o 7,9 lat krótsza niż długość życia Szwedów, którzy w Unii Europejskiej żyją najdłużej. Polscy mężczyźni żyją obecnie tyle lat, ile przeciętny mieszkaniec obecnej Unii Europejskiej żył 21 lat temu, a przeciętny Szwed ponad 40 lat temu (Ryc. 6). Należy dodać, że w przypadku polskich kobiet te różnice są znacznie mniejsze: do średniej długości życia w UE27 brakuje im o połowę mniej niż mężczyznom (2,5 lat), a do Hiszpanii, gdzie w 2009 r. kobiety żyły najdłużej, 4,8 lat.

Długość życia polskich mężczyzn wyraźnie wzrosła po zmianach ustrojowych; w latach 1991-2011 zwiększyła się o 6,5 roku: z 65,9 lat do 72,4 lat. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że tempo wzrostu długości życia w naszym kraju nie jest zasadniczo szybsze niż w większości pozostałych krajów Unii Europejskiej: o ile w 1991 r. mężczyźni w Polsce żyli przeciętnie o 5,5 roku krócej niż średnio w krajach UE27, o tyle w 2009 r. ta niekorzystna różnica zmniejszyła się tylko o 0,2 roku. Patrząc na podstawowy wskaźnik stanu zdrowia, jakim jest długość życia można więc stwierdzić, że niewątpliwa poprawa stanu zdrowia polskich mężczyzn, która nastąpiła po zmianach ustrojowych nie jest jeszcze na tyle silna, żeby przybliżyć ich pod względem zdrowotnym do przeciętnych mieszkańców UE.



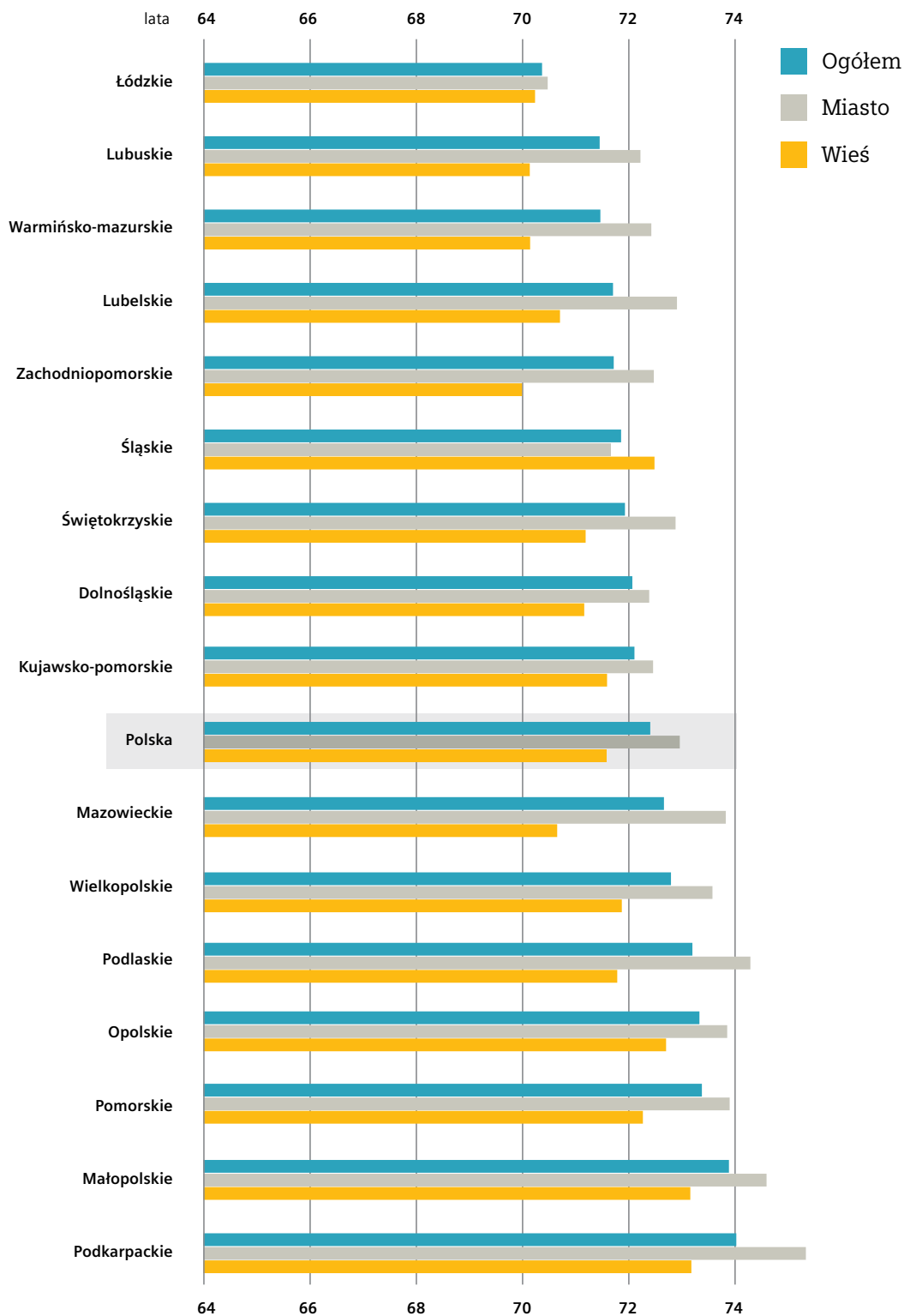
Ryc. 6. Przeciętne trwanie życia mężczyzn w Polsce i w pozostałych krajach UE27 w latach 1980-2010 (na podstawie danych WHO HFA DB)

Długość trwania życia mężczyzn różni się w zależności od środowiska zamieszkania. W 2011 r. przeciętna długość życia mężczyzn mieszkających w miastach (73 lata) była o 1,4 roku dłuższa niż mieszkających na wsi (71,6 lat). Można jednak powiedzieć, że w najmniej korzystnej sytuacji zdrowotnej są mieszkańcy najmniejszych miasteczek, poniżej 5 tys. ludności. W latach 2008-2010 mężczyźni w takich miejscowościach żyli przeciętnie 69,7 lat, to znaczy o ok. 3,5 roku krócej niż mężczyźni w dużych miastach powyżej 500 tys. mieszkańców, których długość życia wynosiła 73,2 lat, i o ponad rok krócej niż mężczyźni na wsi – 71 lat. Jednak nawet długość życia mieszkańców tych największych miast ma charakterystyczne zróżnicowanie. Trwanie życia mieszkańców Łodzi, którego średnia wartość w 2011 r. wynosiła 70,1 lat, było krótsze aż o ponad 5 lat w porównaniu z długością życia mieszkańców Krakowa (75,6 lat) i Warszawy (75,4 lat). Równocześnie, jak pokazano we wcześniejszej analizie⁴, w samej Warszawie różnice w długości życia mężczyzn

mieszkających w różnych dzielnicach są dramatyczne. Mieszkańcy Pragi Północ (długość życia 65,7 lat) a nawet Woli (69,1 lat) żyją o kilkanaście lat krócej niż mieszkańcy Wilanowa (82,2 lat) czy Ursynowa (79,8 lat).

Od wielu lat najkrócej żyją w Polsce mężczyźni w województwie łódzkim, natomiast najdłuższego życia mogą oczekiwać mężczyźni w województwie podkarpackim, a następnie małopolskim. Różnica w długości życia mieszkańców tych skrajnych województw wynosi obecnie 3,7 lat (Ryc. 7). We wszystkich województwach oprócz śląskiego mężczyźni mieszkający na wsi żyją przeciętnie krócej niż mieszkający w miastach. Szczególnie duża różnica występuje w województwie mazowieckim, gdzie mieszkańcy wsi żyją przeciętnie o co najmniej 3,2 lat krócej, a także w podlaskim i zachodniopomorskim – różnica 2,5 roku.

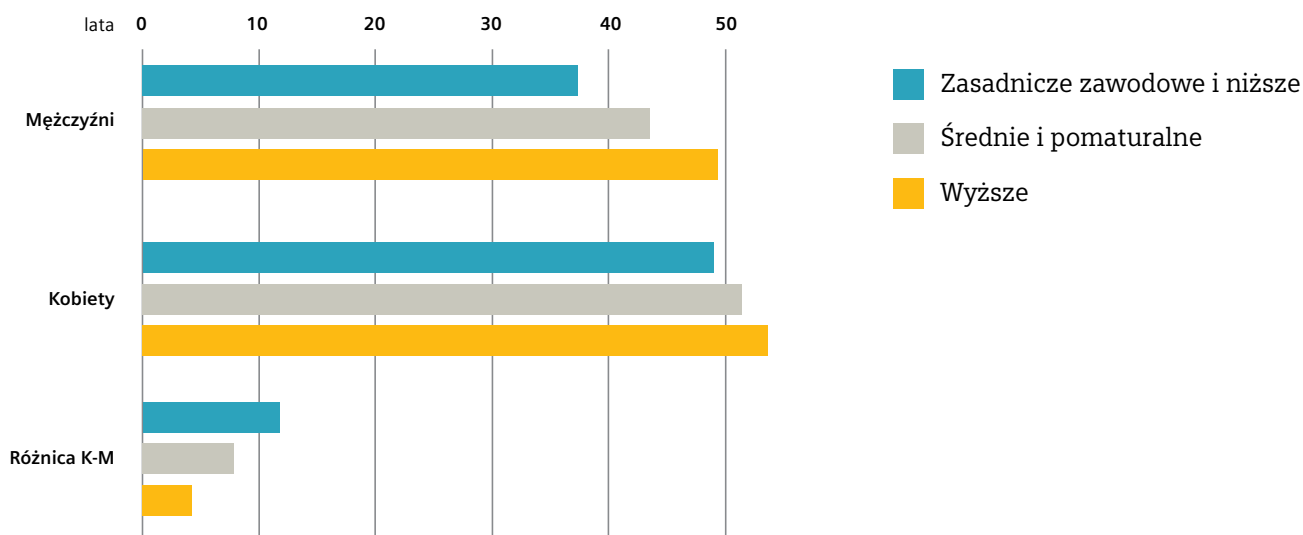
4 B. Wojtyniak, J. Stokwiszewski, W. Piotrowski: „Długość życia i umieralność mieszkańców Warszawy” w G. Broda, E. Olsńska red.: „Stan zdrowia mieszkańców Warszawy w latach 1999-2008”, Urząd Miasta Stołecznego Warszawy, Warszawa, listopad 2010.



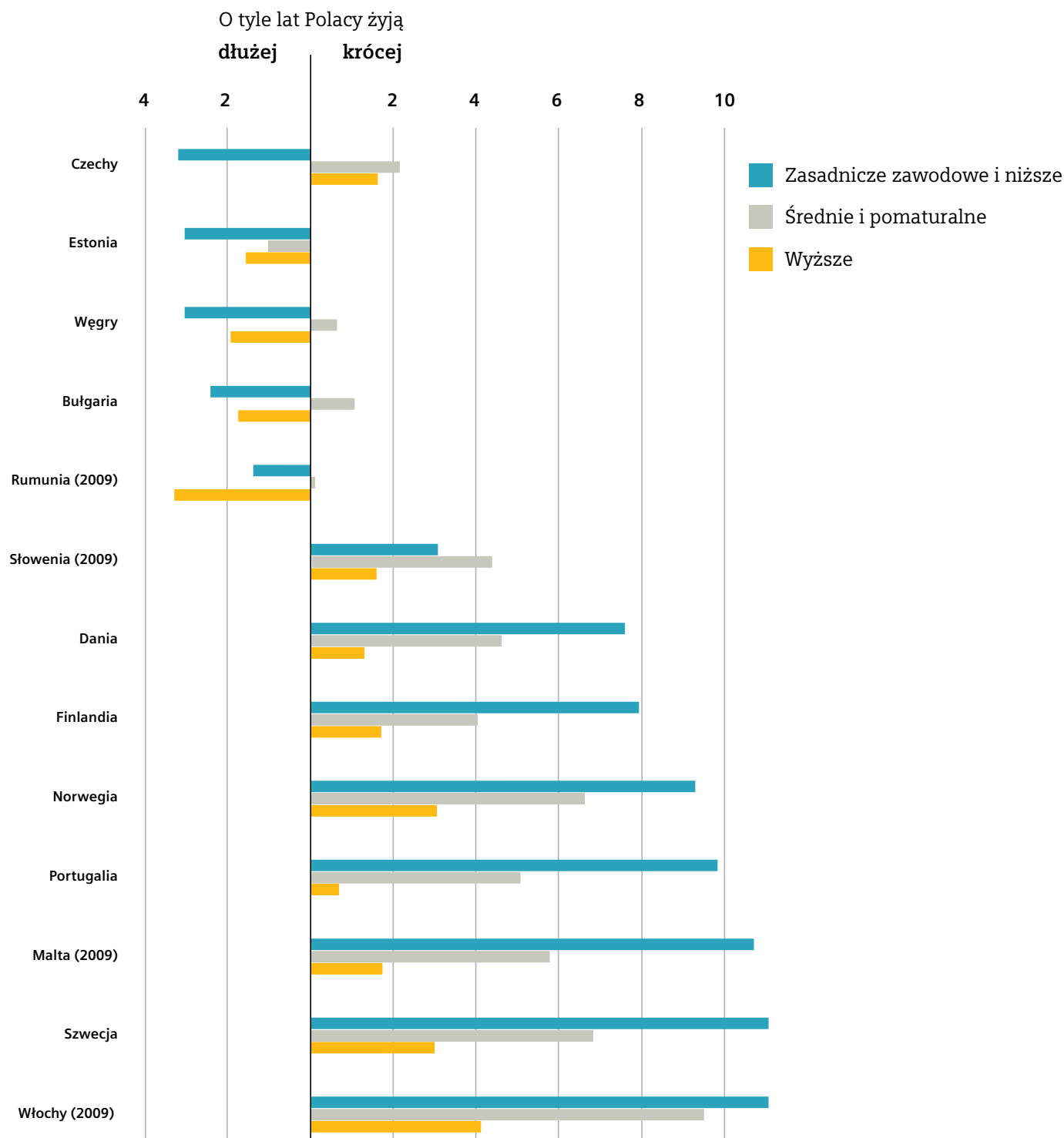
Ryc. 7. Przeciętne trwanie życia mężczyzn wg województw ogółem oraz w miastach i na wsi, 2011 r. (dane GUS)

Różnica w długości życia mężczyzn i kobiet w Polsce jest większa w przypadku mieszkańców wsi niż miast. W 2011 r. mężczyźni mieszkający na wsi żyli przeciętnie o 9,3 lat krócej niż kobiety, natomiast w przypadku mieszkańców miast różnica była o prawie półtora roku mniejsza i wynosiła 7,9 lat. W pięciu województwach: mazowieckim, lubelskim, warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim oraz łódzkim mężczyźni mieszkający na wsi żyją przeciętnie o 10 lat krócej niż kobiety.

Czynnikiem bardzo silnie różnicującym długość życia mężczyzn w Polsce jest poziom wykształcenia. Według szacunków Eurostatu w 2010 r. przeciętna dalsza długość życia trzydziestoletnich polskich mężczyzn z wykształceniem zasadniczym zawodowym lub niższym wynosiła 37,3 lat, a mężczyzn z wykształceniem wyższym 49,3 lat – a więc lepiej wykształceni żyli przeciętnie aż o 12 lat dłużej (Ryc. 8).



Ryc. 8. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn (M) i kobiet (K) w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce w 2010 r. (dane Eurostat)



Ryc. 9. Różnica przeciętnego dalszego trwania życia mężczyzn w wieku 30 lat w Polsce i innych krajach europejskich w zależności od poziomu wykształcenia w 2010 r. (na podstawie danych Eurostat)

Związane z poziomem wykształcenia różnice długości życia mężczyzn występują nie tylko w naszym kraju, jednak w Polsce i innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej, dla których dostępne są odpowiednie dane, są one szczególnie duże, co wynika ze znacznie krótszego w tej grupie krajów życia mężczyzn o niskim poziomie wykształcenia. Jak widać na rycinie 9, Polacy w wieku 30 lat z wykształceniem zasadniczym zawodowym lub niższym przeciętnie żyją od swoich rówieśników o takim samym wykształceniu w Danii, Finlandii Szwecji czy Włoszech krócej aż o 7,5 – 11 lat, podczas gdy analogiczne różnice w długości życia mężczyzn z wyższym wykształceniem wahają się w granicach 1,3 – 4,1 lat.

W przypadku kobiet różnice w długości życia związane z poziomem wykształcenia są znacznie mniejsze, w związku z czym niekorzystna w porównaniu z kobietami sytuacja polskich mężczyzn zaznacza się szczególnie wyraźnie w przypadku osób posiadających niższy poziom wykształcenia. Trzydziestoletni mężczyźni z wykształceniem zasadniczym zawodowym lub niższym żyją przeciętnie o prawie 12 lat krócej niż kobiety o takim samym wykształceniu, natomiast w przypadku osób posiadających wykształcenie wyższe różnica na niekorzyść mężczyzn wynosi 4,5 roku.

Wprawdzie długość trwania życia jest jednym z podstawowych i najczęściej używanych prostych mierników syntetycznych służących do ogólnej oceny stanu

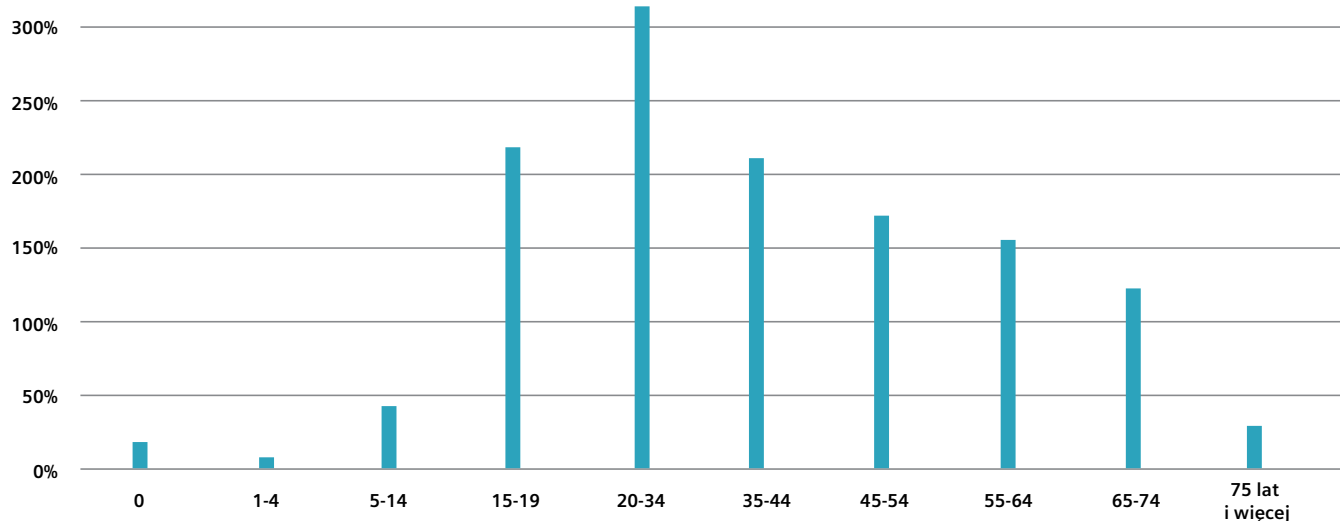
zdrowia populacji, ale coraz częściej stosowany jest również miernik złożony, jakim jest długość trwania życia w zdrowiu (znany jako tzw. *Health Expectancy albo Healthy Life Years – HLY*), przy obliczaniu którego cały okres życia dzieli się na przeżyty w zdrowiu oraz przy jego braku. Jako brak zdrowia przyjmowane mogą być różne miary, ale podawane przez Eurostat oszacowania długości życia w zdrowiu dla krajów Unii Europejskiej oparte są na występowaniu ograniczonej z powodu stanu zdrowia sprawności, czyli tzw. wskaźniku GALI (Global Activity Limitation Index). Pytanie o ograniczoną sprawność zadawane jest w ramach badania EU-SILC. Według szacunków ekspertów działających w ramach projektu Unii Europejskiej JA-EH-LEIS, wykorzystujących wyniki badania EU-SILC z roku 2010, mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu 58,5 roku, to znaczy 81% całego życia, 8,7 lat (12,1%) z niezbyt poważnie ograniczoną sprawnością i 4,9 lat (6,8%) z poważnie ograniczoną sprawnością⁵. Liczba lat przeżywanych w zdrowiu przez kobiety jest większa (62,2 lat), ale stanowi ona trochę mniejszą część ich całego życia (77%). Porównując sytuację polskich mężczyzn i mężczyzn w innych krajach Unii można zauważyć, że Polacy żyją w zdrowiu o 3,2 lat krócej niż wynosi wartość przeciętna dla krajów UE, ale tak samo długo jak Finowie, a nawet dłużej niż Niemcy (Ryc. 10). Należy jednak pamiętać, że przy wszelkich wskaźnikach zawierających element subiektywnej samooceny porównania międzynarodowe powinny być prowadzone z dużą ostrożnością.

5 <http://www.eurohex.eu/> accessed on 10 July 2012



Ryc. 10. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn w Polsce i krajach UE w 2010 r. (dane Eurostat)

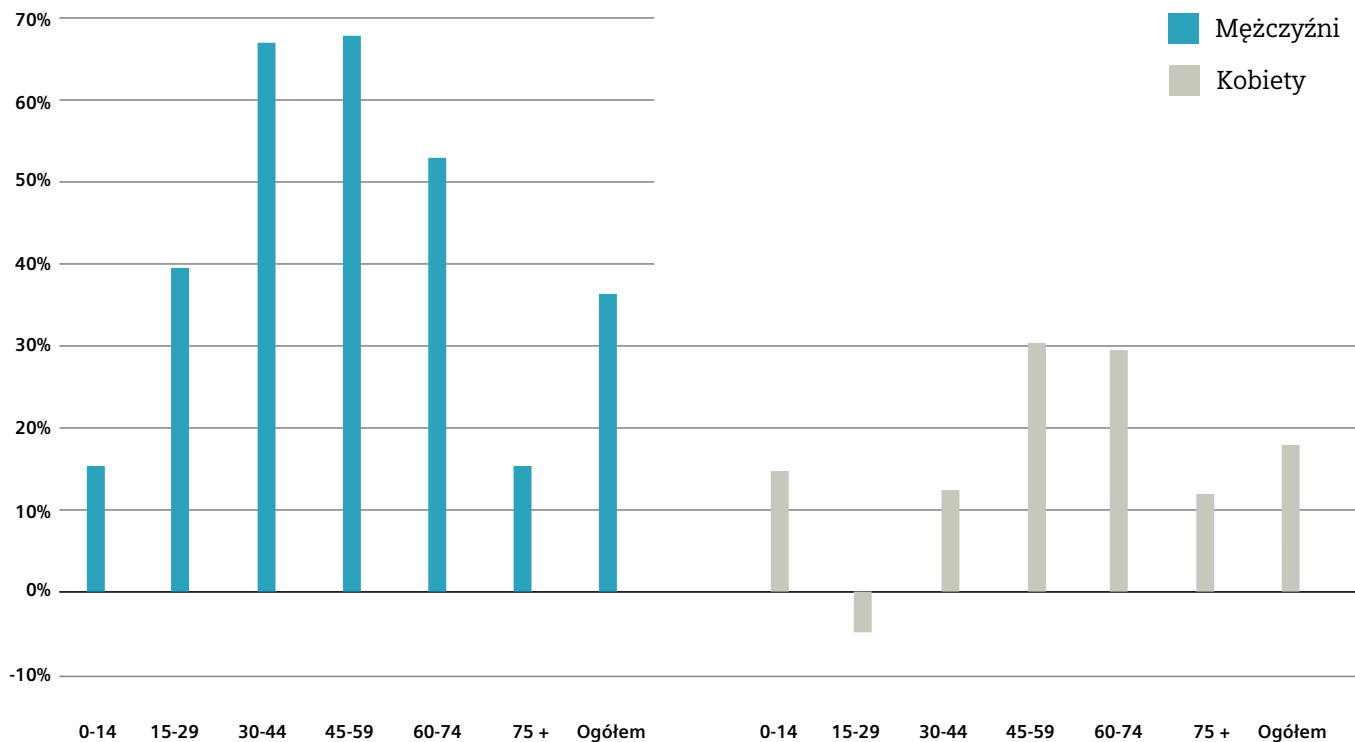
Krótsza przeciętna długość życia mężczyzn niż kobiet wynika z ich wyższej umieralności we wszystkich grupach wieku. Nawet chłopcy w wieku niemowlęcym umierają częściej niż dziewczynki, ale największa różnica występuje w wieku 20-34 lata, w którym mężczyźni umierają aż czterokrotnie częściej niż kobiety (nadwyżka o 315%) (Ryc. 11).



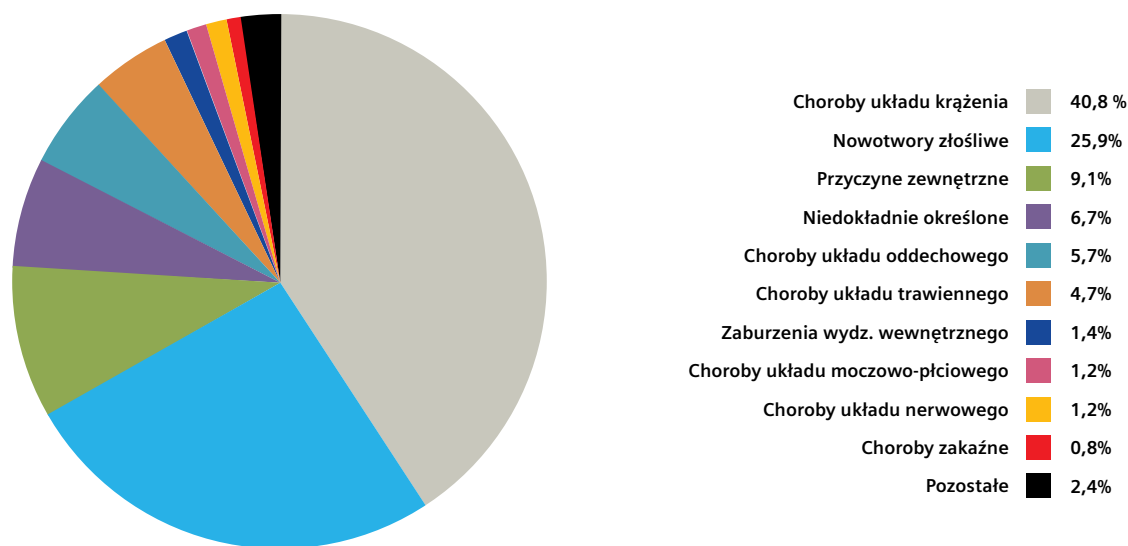
Ryc. 11. Procentowa nadwyżka umieralności mężczyzn w stosunku do kobiet w grupach wieku w Polsce w 2010 r. (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Również w porównaniu z rówieśnikami z krajów UE27 sytuacja polskich mężczyzn w młodym wieku przedstawia się szczególnie niekorzystnie. Polacy w stosunkowo młodym (30-44 lata) i średnim (45-59 lat) wieku umierają o blisko 70% częściej niż mieszkańcy całej Unii Europejskiej w tym samym wieku (Ryc. 12). W przypadku kobiet różnice te są o ponad połowę mniejsze. Gdyby w Polsce poziom umieralności mężczyzn w poszczególnych grupach wieku był taki sam jak średni dla mężczyzn w całej Unii, wówczas w 2010 r. zmarłoby w naszym kraju o ok. 49 tys. mężczyzn mniej niż to miało miejsce faktycznie.

Dominującymi przyczynami zgonów polskich mężczyzn są zdecydowanie choroby układu krążenia oraz nowotwory złośliwe – w 2010 r. były one łącznie odpowiedzialne za dwie trzecie wszystkich zgonów mężczyzn (Ryc. 13). Pozostałe przyczyny o bardziej istotnym znaczeniu – zewnętrzne przyczyny zgonów, objawy i stany niedokładnie określone, choroby układu oddechowego oraz układu trawiennego – odpowiadały za dalsze 26,2% zgonów.



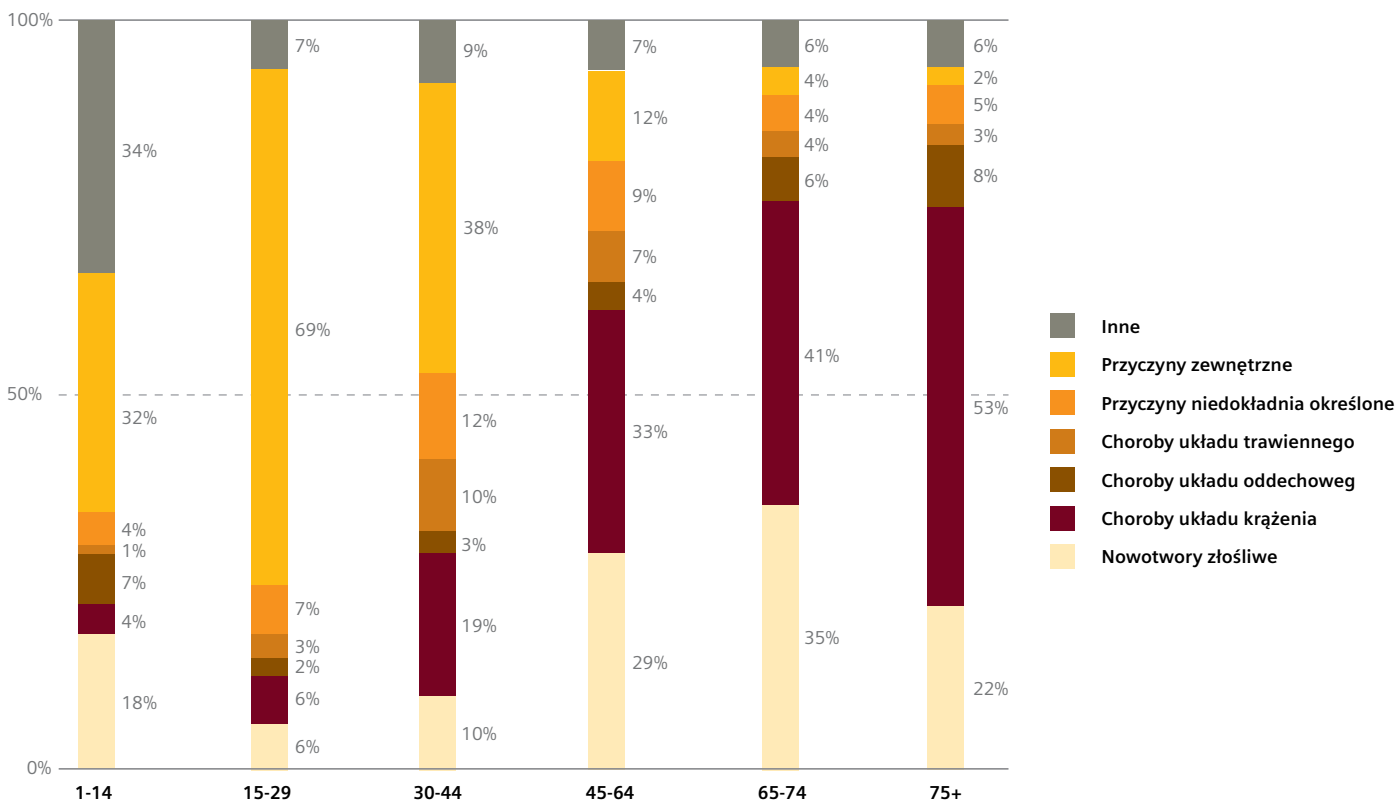
Ryc. 12. Procentowa nadwyżka umieralności mężczyzn i kobiet w Polsce w stosunku do przeciętnej umieralności w krajach UE27 w zależności od wieku, 2010 r. (obliczenia własne oraz dane WHO HFA DB i GUS)



Ryc. 13. Udział procentowy głównych grup przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów mężczyzn w Polsce w 2010 r. (dane GUS)

Znaczenie poszczególnych grup chorób jako przyczyny zgonów zmienia się wraz z wiekiem (Ryc. 14). W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że życie mężczyzn w pierwszej połowie w największym stopniu zagrożone jest z powodu zewnętrznych przyczyn zgony, tzn. przede wszystkim różnego rodzaju wy-

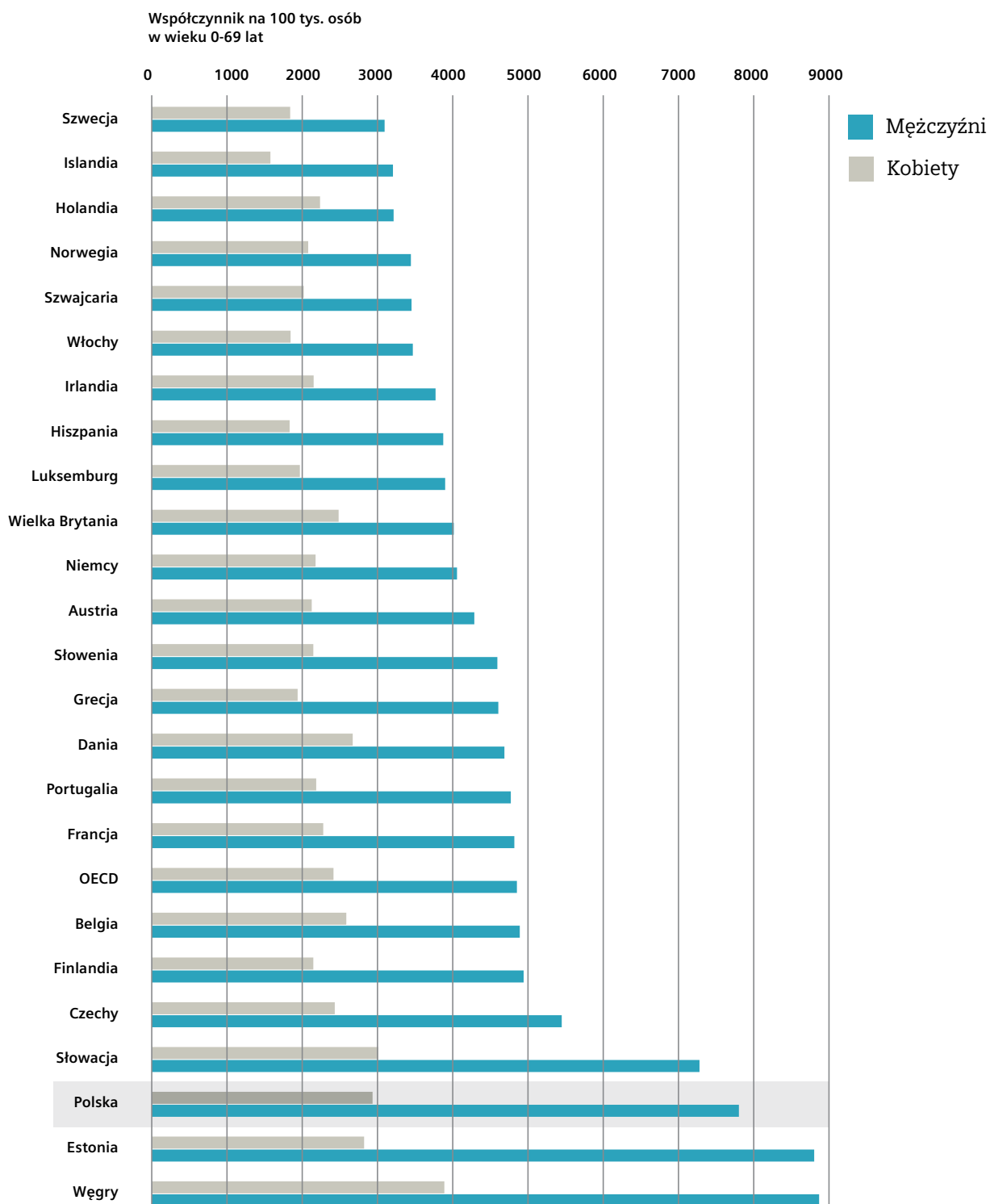
padków, a w najmłodszej grupie wieku (1-14 lat) także z powodu chorób nowotworowych, i wchodzących w skład grupy „inne” wad wrodzonych oraz chorób układu nerwowego. W wieku powyżej 45 lat największe zagrożenie życia mężczyzn stanowią choroby układu krążenia, a następnie nowotwory złośliwe.



Ryc. 14. Udział procentowy głównych grup przyczyn zgonów w umieralności mężczyzn w zależności od wieku w Polsce w 2010 r. (obliczenia własne na podstawie danych GUS)

Jeżeli przyjąć, że zgon w wieku poniżej 70 lat jest w obecnych warunkach zgonem przedwczesnym, gdyż przynajmniej takiego wieku powinno się dożywać, to jego fakt przynosi utratę takiej liczby potencjalnych lat życia, jaka brakuje do 70 lat. I tak na przykład mężczyzna, który w 2010 r. zmarł w wieku 20 lat, utracił 50 potencjalnych lat dalszego życia, a ten, który zmarł mając 60 lat – 10 potencjalnych lat. Z tego względu zgony w młodszym wieku mają większe znaczenie niż w wieku starszym. Uwzględniając ten fakt można obliczyć, ile potencjalnych lat życia tracą Polacy w wyniku przedwczesnych zgonów w porównaniu z mężczyznami w innych krajach a także w jakim stopniu poszczególne przyczyny zgonów przyczyniają się do straty

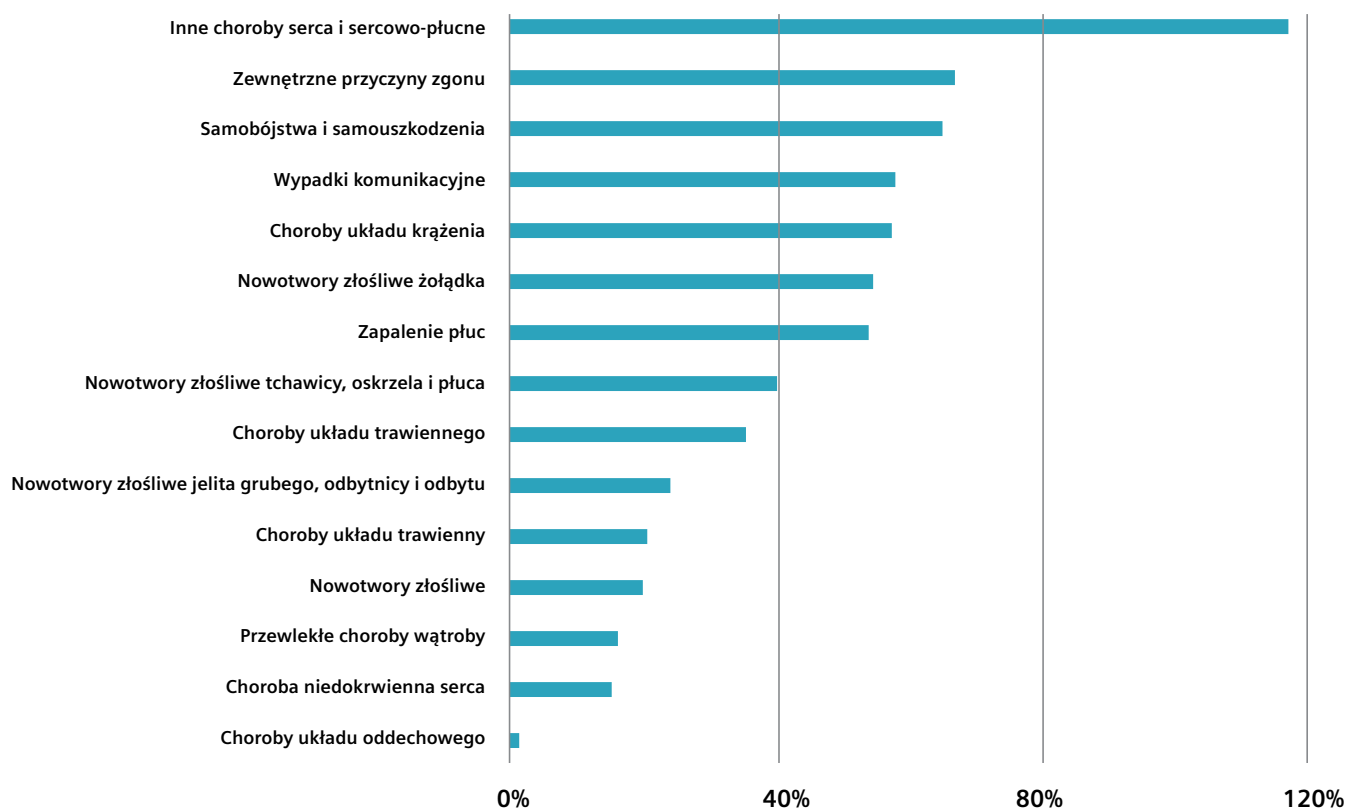
potencjalnych lat życia Polaków. Jak pokazują wyniki analizy przeprowadzonej przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), utrata potencjalnych lat życia przez polskich mężczyzn zalicza się do jednej z największych w krajach członkowskich tej organizacji. Współczynnik utraconych potencjalnych lat życia w przeliczeniu na 100 tys. mężczyzn w wieku do 70 lat tylko w Estonii i na Węgrzech jest wyższy niż w Polsce (Ryc. 15). Należy również zwrócić uwagę na fakt, że w Polsce współczynnik dla mężczyzn jest ponad dwukrotnie wyższy niż dla kobiet i tylko w Estonii niekorzystna sytuacja mężczyzn w porównaniu z kobietami występuje bardziej wyraźnie (różnica jest trzykrotna).



Ryc. 15. Współczynnik potencjalnych utraconych lat życia mężczyzn w wyniku zgonu w wieku poniżej 70 lat w krajach OECD, 2010 r. (dane OECD)

Jak wynika z analizy przeprowadzonej przez nas w 2010 r., około jedna czwarta utraconych przez polskich mężczyzn potencjalnych lat życia była wynikiem zgonów spowodowanych przyczynami zewnętrznymi, wśród których, na co należy zwrócić szczególną uwagę, największe znaczenie miały samobójstwa (8,3% ogółu utraconych potencjalnych lat życia), a dopiero po nich były wypadki komunikacyjne (6,3%). W trochę mniejszym stopniu niż przyczyny zewnętrzne za te przedwczesne zgony mężczyzn odpowiedzialne są

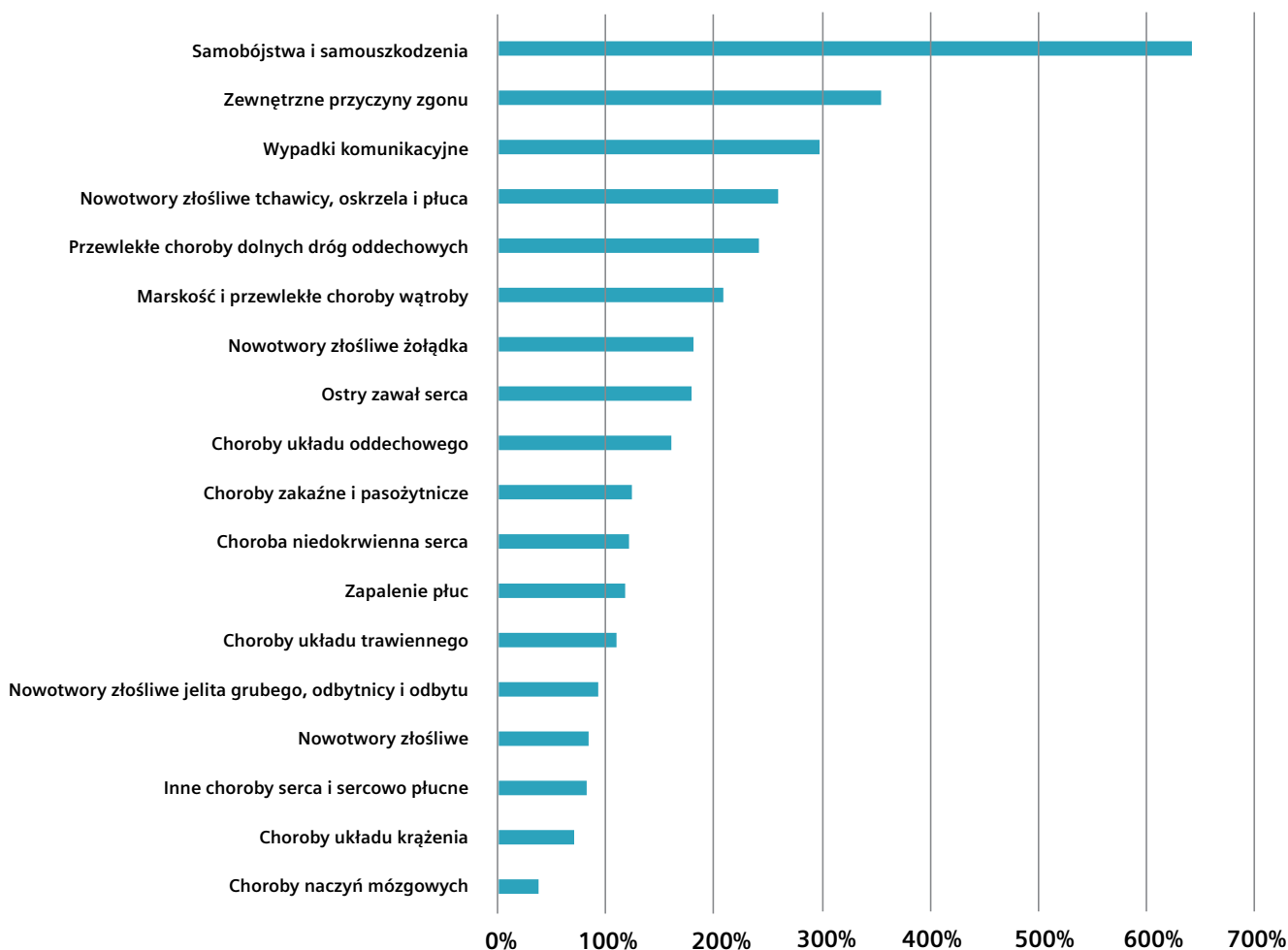
choroby układu krążenia (24%), wśród których wiodącą rolę odgrywają choroby serca inne niż choroba niedokrwienna (9,0% ogółu utraconych potencjalnych lat życia), oraz właśnie choroba niedokrwienna serca (7,9%). Trzecie w ogólnej kolejności są choroby nowotworowe (19%), wśród których największą rolę odgrywa rak tchawicy, oskrzela i płuca (5,9%). Warto również zwrócić uwagę, że dla prawie co dziesiątego utraconego przez mężczyzn roku życia nie jest znana przyczyna chorobowa. Jest to niewątpliwie.



Ryc. 16. Procentowa nadwyżka umieralności mężczyzn w Polsce w stosunku do przeciętnej umieralności mężczyzn w krajach UE27 dla najważniejszych przyczyn zgonów w 2010 r. (na podstawie obliczeń własnych oraz danych WHO HFA DB)

W porównaniu z sytuacją w całej Unii Europejskiej życie polskich mężczyzn jest znacznie bardziej zagrożone z powodu większości najważniejszych przyczyn zgonu. W przypadku przyczyn zewnętrznych umieralność w Polsce jest wyższa od średniej w UE27 o 67%, a w przypadku chorób układu krążenia o 58% (ryc. 16). Wśród chorób układu krążenia szczególnie duża nadwyżka umieralności Polaków spowodowana jest innymi niż choroba niedokrwienna chorobami serca wraz z zespołem sercowo-płucnym (poziom umieralności w Polsce jest ponad dwukrotnie wyższy).

Wśród nowotworów złośliwych, z powodu których umieralność w Polsce jest wyższa o 21% od przeciętnej w krajach Unii, znacznie większym zagrożeniem życia polskich mężczyzn wyróżnia się rak żołądka (poziom umieralności Polaków jest wyższy o 55%) oraz rak płuca (nadwyżka zgonów 40%). Należy również zwrócić uwagę, że wprawdzie umieralność mężczyzn z powodu chorób układu oddechowego ogółem jest na poziomie przeciętnym dla krajów Unii, to umieralność z powodu zapalenia płuc jest o ponad 50% wyższa niż przeciętna w UE27, z przyczyn niezbyt zrozumiałych.



Ryc. 17. Procentowa nadwyżka umieralności mężczyzn w stosunku do kobiet dla najważniejszych przyczyn zgonów w Polsce w 2010 r. (obliczenia własne)

Wszystkie główne choroby i przyczyny zewnętrzne stanowią znacznie większe zagrożenie życia polskich mężczyzn niż kobiet. Największe różnice obserwuje się właśnie w przypadku umieralności z powodu zewnętrznych przyczyn, której poziom wśród mężczyzn jest czteroipółkrotnie wyższy niż wśród kobiet (o 354%) – przy czym z powodu samobójstw jest aż ponad siedmiokrotnie, a z powodu wypadków komunikacyjnych czterokrotnie wyższy (ryc. 17). Poziom umieralności mężczyzn z powodu chorób układu oddechowego jest wyższy niż kobiet ponad dwuipółkrotnie, w tym z powodu przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych blisko trzyipółkrotnie. Nowotwory złośliwe ogółem są o 85% większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet, ale rak płuca jest zagrożeniem trzyipółkrotnie większym. Zwraca również uwagę duża różnica w poziomie umieralności mężczyzn i kobiet z powodu marskości i przewlekłych chorób wątroby a także nowotworu złośliwego żołądka i ostrego zawału serca.

Podsumowując przedstawione powyżej dane i wyniki analiz porównawczych, można niewątpliwie stwierdzić, że stan zdrowia polskich mężczyzn jest zdecy-

dowanie niezadowolający zarówno w odniesieniu do ogółu mężczyzn mieszkających w krajach Unii Europejskiej, jak też w odniesieniu do polskich kobiet. Trzeba podkreślić, że w relatywnie najgorszej sytuacji są mężczyźni gorzej wykształceni oraz mężczyźni w wieku aktywności zawodowej. Te grupy wymagają szczególnego zainteresowania zarówno osób odpowiedzialnych za politykę zdrowotną w naszym kraju, jak też pracowników ochrony zdrowia. Ponadto należy ogólnie zauważyć, że procesy demograficzne będą przyczyniać się do powiększania wyzwań zdrowotnych w Polsce w większym stopniu niż w większości innych krajów UE. W celu zmniejszania problemów społeczno-gospodarczych związanych z procesem starzenia się społeczeństwa niezbędne jest podjęcie bardziej zdecydowanych działań dla poprawy jego stanu zdrowia – i to zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Poprawa pozwoli na to, żeby z jednej strony osoby w wieku produkcyjnym w większym stopniu mogły być rzeczywiście aktywnymi zawodowo, a z drugiej aby szybko rosnąca liczba osób w starszym wieku dzięki utrzymaniu dobrego zdrowia nie zwiększała radykalnie zapotrzebowania na pomoc systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Załącznik II

Czy widoczne są różnice w zainteresowaniu zdrowiem mężczyzn oraz kobiet w Polsce?

Popularność tematyki zdrowia mężczyzn oraz kobiet w bazie PBL GBL w latach 1991–2012.

Maria Piotrowicz

Cel. Celem analizy było sprawdzenie, czy w piśmiennictwie z obszaru medycyny i zdrowia publicznego występują różnice w zainteresowaniu problematyką zdrowotną dotyczącą mężczyzn oraz kobiet.

Materiał. Analiza prac dotyczących zdrowia mężczyzn oraz kobiet została przeprowadzona na podstawie bazy bibliograficznej – Polskiej Bibliografii Lekarskiej Głównej Biblioteki Lekarskiej (PBL GBL), która jest dostępna online dla uczelni wyższych oraz wybranych instytucji naukowo-badawczych (1). Pozycje bibliograficzne w bazie, tj. artykuły, książki, rozdziały z monografii, materiały ze zjazdów, itd. kodowane są za pomocą haseł (tzw. deskryptorów), które odpowiadają ich treści..

Metody

1. Analiza ilościowa. W analizie ilościowej wyszukano pozycje piśmiennictwa za pomocą następujących haseł: „mężczyźni”, „kobiety” oraz „czynniki płci” jako hasło główne. Dodatkowo przeprowadzono wyszukiwanie dla haseł: „zdrowie mężczyzn”, „zdrowie kobiet”, „męskość” oraz „kobiecość”. Analiza objęła publikacje z lat 1991 – 2012. Przeglądu dokonano w czerwcu 2012 r.

W tabeli I przedstawiono definicje haseł przyjęte w PBL GBL zgodnie ze słownikiem Tezaurusu TezMeSH 2012. W słowniku tym nie występują definicje haseł „mężczyźni” oraz „kobiety” (2).

2. Analiza jakościowa. Prace zakwalifikowane do analizy zostały przypisane do następujących kategorii tematycznych:

- Prace dotyczące somatycznej/biologicznej (genetycznej, fizjologicznej) sfery zdrowia mężczyzn/kobiet;
- Prace dotyczące behawioralnej, psychologicznej i społecznej sfery zdrowia mężczyzn/kobiet.

Analiza tematyki prac została przeprowadzona z uwzględnieniem haseł przypisanych do pozycji oraz tytułu pracy i jej abstraktu (jeśli został umieszczony w bazie).

Należy zaznaczyć, że treść abstraktu była głównym czynnikiem decydującym o przypisaniu pozycji do jednej z wyżej wymienionych grup. W niektórych przypadkach tytuł pozycji sugerował inną kategorię, niż wynikało to z treści dostępnego abstraktu. Ponadto niektóre pozycje opisywały zagadnienia dotyczące obu sfer zdrowia. W opisanych sytuacjach, jeśli było to możliwe, prace kwalifikowano według treści, na którą został położony większy nacisk w dostępnym abstrakcie. Kodowanie prac (według haseł) w bazach bibliograficznych nie jest wolne do błędów indeksowania.

Jakościowa analiza prac została przeprowadzona na postawie haseł: „mężczyźni”, „kobiety” oraz „czynniki płci”. Prace dotyczące kobiet były analizowane na wylosowanej próbie 140 pozycji (tj. co piątej z 699 pozycji).

Po wyszukaniu pozycji według wymienionych haseł dokonano selekcji prac zakwalifikowanych do analizy. Z analizy wyłączono pozycje niezwiązane tematycznie z wybranym hasłem, w tym artykuły nie dotyczące Polski, nie dotyczące mężczyzn/kobiet oraz prace, których treść na podstawie tytułu i abstraktu nie była możliwa do jednoznacznego określenia. Odsetek prac wyłączonych z analizy wyniósł dla hasła „mężczyźni” – 15%, dla hasła „kobiety” – 23%, dla hasła „czynniki płci” – 20%. Przykładami prac wyłączonych z analizy były następujące tytuły: „Mężczyźni”, „Obraz mężczyzny w percepcji dziewcząt resocjalizowanych”, „Czy będziemy żyć dłużej?”, „Sport kobiet”, „Zdrowie kobiet – odrębny problem medyczny”.

Hasło	Definicja Tezaurusu TezMeSH 2012
zdrowie mężczyzn	Pojęcie obejmujące fizyczną i psychiczną kondycję mężczyzn.
męskość	Zachowania i role społeczne specyficzne dla płci męskiej niezwiązane z funkcją biologiczną.
zdrowie kobiet	Termin obejmujący fizyczną i umysłową (psychiczną) kondycję kobiety.
kobiecość	Zachowania i role społeczne specyficzne dla płci żeńskiej niezwiązane z funkcją biologiczną.
czynniki płci	Męskość i kobiecość jako składowy element lub wpływ odnoszący się do uzyskiwanych wyników. Może być zastosowany do przyczyny lub skutku wydarzenia. Stosowany w przypadku ludzi i zwierząt. Zwróć uwagę na odróżnienie go od deskryptora CECHY PŁCIOWE, jako anatomicznego czy fizjologicznego aspektu płciowości, a także PROPORCJE PŁCI (liczba mężczyzn i kobiet w danych warunkach).

Tabela I. Definicje wybranych haseł związanych ze zdrowiem mężczyzn oraz kobiet przyjęte w PBL GBL zgodnie z słownikiem Tezaurusu TezMeSH 2012.

Wyniki

Analiza ilościowa – liczba artykułów. W bazie PBL GBL pod hasłem „mężczyźni” znajdowało się pięćkrotnie mniej prac (140 pozycji) niż pod hasłem „kobiety” (699 pozycji). Hasło główne „czynniki płci” zostało przypisane jedynie do 35 pozycji. Liczbę prac zakwalifikowanych do analizy dla trzech analizowanych haseł przedstawiono w tabeli II.

Pojedynczym pracom w bazie przypisano hasła „męskość” oraz „kobiecość” (6 pozycji). Pod hasłem „zdrowie mężczyzn” nie zaindeksowano żadnej pozycji, podczas gdy pod hasłem „zdrowie kobiet” było ich kilkadziesiąt

Pojedynczym pracom w bazie przypisano hasła „męskość” oraz „kobiecość” (6 pozycji). Pod hasłem „zdrowie mężczyzn” nie zaindeksowano żadnej pozycji, podczas gdy pod hasłem „zdrowie kobiet” było ich kilkadziesiąt.

Analiza jakościowa - charakterystyka artykułów. Wyniki analizy jakościowej wykazały większe zainteresowanie biologiczną sferą zdrowia mężczyzn, w porównaniu z behawioralną, psychologiczną i społeczną. Natomiast prace dotyczące kobiet w większości dotyczyły behawioralnej, psychologicznej i społecznej sfery zdrowia, a mniej poświęconych było wymiarowi biologicznemu (tabela II).

Klasyfikacja tematyczna	Pozycje dla hasła „mężczyźni” (n = 119)		Pozycje dla hasła „kobiety” (n = 107)		Pozycje dla hasła „czynniki płci” (n = 28)	
	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek
Somatyczna/biologiczna (genetyczna, fizjologiczna) sfera zdrowia	75	63	38	36	21	75
Behawioralna, psychologiczna i społeczna sfera zdrowia	44	37	69	67	7	25

Tabela II. Liczba i odsetek pozycji dla wybranych haseł według tematu pracy.

Hasło „mężczyźni”

Wśród 119 zakwalifikowanych prac dotyczących mężczyzn większość dotyczyła biologicznej sfery zdrowia. Stanowiły one 63% (75 prac). W grupie tej najczęściej poruszaną tematyką były choroby układu krążenia, andropauza i starzenie się, osteoporoza oraz inne choroby i zaburzenia fizjologiczne (np. wady postawy, zaburzenia hormonalne, nowotwory, cukrzyca). W tabeli III przedstawiono wyniki wyszukiwania w podziale na tematykę prac.

Znacznie mniej prac dotyczących mężczyzn odnosiło się do tematyki behawioralnej, psychologicznej i społecznej. Prace te stanowiły 37% (44 prace). W grupie tej najczęściej poruszaną tematyką był ogólnie nazywany styl życia i powiązane z nim czynniki społeczne, dieta oraz aspekty psychologiczne (tu w większości prace dotyczące zaburzeń odżywiania u mężczyzn). Pojawiła się także tematyka seksualności oraz starzenia się mężczyzn.

Hasło „kobiety”

Analiza prac dotyczących kobiet wykazała, że wśród 107 zakwalifikowanych większość dotyczyła behawioralnej, psychologicznej i społecznej sfery zdrowia. Stanowiły one 67% (69 prac). W grupie tej najczęściej poruszaną tematyką były zagadnienia związane z ciążą, aspekty psychologiczne, dieta, seksualność, zdrowie zawodowe oraz inne tematy (np. przemoc wobec kobiet, HIV/AIDS, palenie tytoniu). W tabeli IV przedstawiono wyniki wyszukiwania w podziale na tematykę prac.

Znacznie mniej prac dotyczących kobiet odnosiło się do tematyki biologicznej. Prace te stanowiły 36% (38 prac). W grupie tej najczęściej poruszaną tematyką były zagadnienia związane z ciążą oraz choroby układu krążenia.

Należy podkreślić, że spośród wszystkich prac dotyczących kobiet 41% dotyczyło tematyki związanej z ciążą, co sugeruje zawężenie zakresu zainteresowania problematyką zdrowotną dotyczącą kobiet do tego obszaru. W opisywanym obszarze dominowały prace na temat diety, opieki stomatologicznej oraz palenia tytoniu.

Hasło „czynniki płci”

Jeśli chodzi o prace dotyczące porównania kobiet i mężczyzn (hasło główne „czynniki płci”), zdecydowana większość, bo 75%, dotyczyła sfery biologicznej. Jedynie 25% odnosiło się do sfery behawioralnej, psychologicznej i społecznej. W tabeli V przedstawiono wyniki wyszukiwania dla tego hasła.

Podsumowanie

W polskim piśmiennictwie naukowym z dziedziny medycyny i zdrowia publicznego z lat 1991-2012, indeksowanym w PBL GBL, odnotowuje się następujące dysproporcje pod względem ilości i tematyki prac związanych ze zdrowiem mężczyzn i kobiet:

- Liczba publikacji dotyczących mężczyzn jest pięciokrotnie mniejsza niż prac na temat kobiet;
- Prace poświęcone zdrowiu mężczyzn dotyczą najczęściej zdrowia somatycznego (kwestii biologicznych, genetycznych i fizjologicznych), w tym głównie chorób układu krążenia, osteoporozy i andropauzy;
- Prace poświęcone zdrowiu kobiet dotyczą najczęściej zdrowia psychospołecznego (kwestii behawioralnych, psychologicznych i społecznych), w tym przede wszystkim ciąży.

W polskim piśmiennictwie problematyka różnic międzypłciowych (czynniki płci) występuje czterokrotnie rzadziej niż tematyka dotycząca mężczyzn i dwudziestokrotnie rzadziej niż kobiet.

Podsumowując te wyniki, można stwierdzić, że w polskim piśmiennictwie naukowym zdrowie mężczyzn jest analizowane głównie z perspektywy płci biologicznej, a nie społeczno-kulturowej.

Prace dotyczące somatycznej/biologicznej (genetycznej, fizjologicznej) sfery zdrowia mężczyzn

Lp.	Tytuł pracy
	Szczepienia przeciw HPV
1	Szczepienia przeciw genitalnym typom wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) w profilaktyce raka szyjki macicy i innych nowotworów.
2	Szczepionka przeciwko HPV typ 6, 11, 16, 18.
3	Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące szczepienia przeciwko zakażeniom HPV.

Osteoporoza

4	Czy stężenia dehydroepiandrosteronu oraz jego siarczanu w surowicy są dobrymi wskaźnikami zagrożenia wystąpienia zespołu metabolicznego i osteoporozy u starzejących się mężczyzn?
5	Osteoporoza – problem nie tylko kobiet.
6	Osteoporoza u mężczyzn.
7	Osteoporoza u mężczyzn.
8	[Komentarz do artykułu pt. Osteoporoza u mężczyzn: czy potrafimy ją rozpoznawać i leczyć].
9	Osteoporoza u mężczyzn – aktualne poglądy.
10	Osteoporoza a hipogonadyzm męski.
11	Osteoporoza u mężczyzn – niedoceniany problem kliniczny.
12	Osteoporoza u mężczyzn – odmienności etiopatogenetyczne, rozpoznawanie i leczenie.
13	Osteoporoza u mężczyzn.

Choroby układu krążenia

14	Analiza korelacji pomiędzy wskaźnikiem uwapnienia tętnic wieńcowych a wybranymi czynnikami ryzyka miażdżycy u mężczyzn.
15	Czy istnieją przesłanki, by stosować testosteron u mężczyzn z przewlekłą niewydolnością serca?
16	Zaburzenia gospodarki lipidowej i węglowodanowej u mężczyzn z chorobą wieńcową w zależności od wieku.
17	Wpływ doustnego podawania dehydroepiandrosteronu na wydolność wieńcową u mężczyzn z chorobą niedokrwienną serca: badania z zastosowaniem ślepej próby, kontrolowane placebo.
18	Wysokie stężenie immunoglobuliny E w surowicy markerem pomyślnego przebiegu zawału mięśnia sercowego u mężczyzn?
19	Nadmierna waga ciała i współistniejące zmiany stężenia hormonów pochodzenia nadnerczowego i gonadalnego związane z chorobą wieńcową u mężczyzn.
20	Estrogeny w patogenezie choroby wieńcowej u mężczyzn.
21	Testosteron a choroba wieńcowa u mężczyzn.

- 22 Ciśnienie tętnicze u młodych mężczyzn obarczonych rodzinnym występowaniem pierwotnego nadciśnienia tętniczego – pomiary tradycyjne i automatyczne pomiary całodobowe.
- 23 Wysiłek izometryczny i test oziębienia u młodych mężczyzn z obciążającym wywiadem rodzinnym w kierunku pierwotnego nadciśnienia tętniczego.
- 24 Zmienność rytmu serca w populacji generalnej mężczyzn : charakterystyka, determinanty oraz wartość prognostyczna : rozprawa habilitacyjna.
- 25 Zawał serca – zagrożenie i postępowanie. Długofalowa obserwacja populacji 280000 kobiet i mężczyzn – Projekt POL-MONICA Kraków.

Andropauza i starzenie się mężczyzn

- 26 Występowanie objawów uznawanych za typowe dla menopauzy u kobiet i mężczyzn w wieku 45-55 lat.
- 27 Andropauza.
- 28 Andropauza. Andropause is it reality?
- 29 Andropauza czy starzenie się męskiego układu płciowego.
- 30 Andropauza problem kliniczny i terapeutyczny.
- 31 Menopauza i andropauza jako ważny problem zdrowia publicznego.
- 32 Menopauza i andropauza jako problem zdrowia publicznego.
- 33 Gruczoł tarczowy a proces starzenia się mężczyzn.
- 34 Zmienność cech antropologicznych w procesie starzenia się mężczyzn.
- 35 [Komentarz do artykułu pt. Testosteronowa terapia zastępcza. Jakie znaczenie może mieć dla mężczyzn w podeszłym wieku?].
- 36 Otyśczenie ogólne i dystrybucja tkanki tłuszczowej u mężczyzn w starszym wieku.

Inne choroby i zaburzenia

- 37 Model funkcji przenoszenia wad postawy wieku rozwojowego na częstość występowania schorzeń ortopedycznych u mężczyzn.
- 38 Zmiany z wiekiem wybranych cech metrycznych kręgów lędźwiowych na przykładzie męskiej ludności wczesnośredniowiecznego Gruzna (XII-XIV wiek).
- 39 Najczęściej występujące wady postawy u chłopców w wieku 13-16 lat badanych komputerową metodą Moir.
- 40 Zmiany w poziomie gibkości kręgosłupa u osób realizujących ćwiczenia siłowe.
- 41 Łysienie androgeniczne u mężczyzn.
- 42 Łysienie typu męskiego.
- 43 Wpływ chorób zakaźnych na nadumieralność mężczyzn.
- 44 Zmiany w genie BRCA2 w raku piersi u mężczyzn.
- 45 Umieralność z powodu nowotworów złośliwych wśród mężczyzn zawodowo narażonych na pył azbestu.

- 46 Zachorowalność na raka krtani na Górnym Śląsku.
- 47 Włókniaki młodzieńcze w materiale Kliniki Otolaryngologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 1977-1993.
- 48 Analiza umieralności na raka krtani u mężczyzn na Górnym Śląsku.
- 49 Umieralność mężczyzn z zawodowym zatruciem ołowiem w Polsce.
- 50 Genetycznie uwarunkowane rodzinne przedwczesne dojrzewanie płciowe męskie.
- 51 Stężenie progesteronu w surowicy mężczyzn długotrwale leczonych z powodu padaczki.
- 52 Stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostowego-I (IGF-I), insuliny oraz hormonu wzrostu (GH) we krwi obwodowej mężczyzn w przebiegu marskości i przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby.
- 53 Wpływ zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego na czynność układu oddechowego u młodych mężczyzn w różnych rejonach Polski.
- 54 Chirurgiczne leczenie obojnactwa rzekomego męskiego.
- 55 Struktura i czynność lewej komory serca u mężczyzn chorych na cukrzycę insulinozależną (typu 1) po około 10 latach obserwacji.
- 56 Wpływ sposobu pobierania materiału do badań w kierunku Chlamydia trachomatis na wyniki odczynu immunofluorescencji bezpośredniej.
- 57 Narastanie częstości uczuleń na pospolite alergen wziewne i pokarmowe u młodych mężczyzn w Polsce.
- 58 Okołodobowe zmiany średniego ciśnienia tętniczego u mężczyzn po dziennej i nocnej pracy zmianowej.
- 59 Analiza udziału rtęci w składzie mineralnym kamieni żółciowych osób palących i niepalących tytoń.
- 60 Czynniki wpływające na wzrost ostateczny chłopców z konstytucjonalnym opóźnieniem wzrastania i dojrzewania.
- 61 Leczenie hipogonadyzmu męskiego.
- 62 Search for association between suicide and 5-HTT, MAOA and DAT polymorphism in Polish males.
- 63 Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu zespołu niedoboru testosteronu.
- 64 Znaczenie receptorów estrogenowych i enzymu aromatazy w spermatogenezie, różnicowaniu płciowym mózgu i rozwoju kośćca u mężczyzn.

Inne

- 65 Nowe poglądy na temat roli steroidów płciowych u mężczyzn.
- 66 Znaczenie „żeńskiego” hormonu płciowego estradiolu u mężczyzn.
- 67 Cytogenetyka męskiej gametogenezy.
- 68 Rozwój cewki moczowej męskiej u zarodków i wczesnych płodów ludzkich (7-12 tydzień).
- 69 Ważne funkcje estrogenów u mężczyzn – przełom we współczesnej medycynie.
- 70 Estrogeny w diecie a zdrowie osób płci męskiej.
- 71 Wpływ hormonów płciowych i neurotransmiterów na funkcje i zachowania seksualne.

- 72 Relationships between the G861C polymorphism of the 5-HT1B serotonin receptor gene and the physical activity in men.
- 73 Zawartość składników mineralnych w diecie mężczyzn zamieszkujących Białystok.
- 74 Ocena zawartości makroskładników w diecie mężczyzn w wieku średnim oraz stopnia realizacji ich potrzeb energetycznych.
- 75 Występowanie polimorfizmu sekwencji trójnukleotydu CAG genu receptora androgenowego w populacji wielkowiejskiej polskich mężczyzn.

Prace dotyczące behawioralnej, psychologicznej i społecznej sfery zdrowia mężczyzn

Aktywność fizyczna

- 1 Co motywuje młodych mężczyzn do korzystania z siłowni?
- 2 Aktywność fizyczna mężczyzn w średnim wieku w dużych aglomeracjach miejskich. Analiza motywacji.
- 3 The level of health-related fitness in the male population of Upper Silesia.

Dieta

- 4 Zaburzenia odżywiania się u mężczyzn.
- 5 W stronę „gender medicine” – suplementacja selenem dla mężczyzn.
- 6 Jakościowa charakterystyka sposobu żywienia mężczyzn z NCHS z uwzględnieniem wieku i pory roku.
- 7 Zwyczajowa częstość spożycia wybranych grup produktów przez mężczyzn przed i po zdiagnozowaniu niedokrwiennej choroby serca.
- 8 Żywieniowe oraz środowiskowe uwarunkowania stanu zdrowia mężczyzn w regionie północno-wschodniej Polski.
- 9 Zmiany sposobu żywienia a stan zdrowia mężczyzn w regionie białostockim.
- 10 Ocena sposobu żywienia studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 1991-1993.

Styl życia i czynniki społeczne

- 11 Styl życia mężczyzn zajmujących stanowiska kierownicze w porównaniu z pracownikami szeregowymi.
- 12 Status społeczno-ekonomiczny oraz styl życia jako czynniki różnicujące subiektywne poczucie zdrowia wśród starzejących się mężczyzn.
- 13 Status społeczno-ekonomiczny oraz styl życia jako czynniki różnicujące proces starzenia się mężczyzn: praca doktorska.
- 14 Podstawowe zasady profilaktyki wybranych chorób i zdrowego stylu życia dla mężczyzn.
- 15 Udział w rehabilitacji kardiologicznej a wybrane zachowania zdrowotne mężczyzn po zawale mięśnia sercowego.
- 16 Styl życia przyczyną nadumieralności mężczyzn.
- 17 Stan cywilny jako czynnik różnicujący kondycję biologiczną mężczyzn.

- 18 Zróżnicowanie społeczne spożycia alkoholu wśród mężczyzn w wieku 40-50 lat.
- 19 Analiza sytuacji życiowej mężczyzn po przejściu na wcześniejszą emeryturę w 1985 roku i obecnie.
- 20 Rozpowszechnienie nałogu palenia papierosów i spożywania napojów alkoholowych wśród mężczyzn zawodowo czynnych.
- 21 Społeczne uwarunkowania nadumieralności mężczyzn w Polsce.

Starzenie się

- 22 Zespół objawów starzenia się mężczyzny a poczucie jakości życia.
- 23 Psychologiczne problemy starzejącego się mężczyzny.

Psychologiczne

- 24 Czy naprawdę lepiej urodzić się mężczyzną? : problemy wieku średniego z perspektywy gabinetu psychoterapeuty.
- 25 Uwarunkowania nasilenia lęku i depresji w okresie okołoperacyjnym u aktywnych zawodowo mężczyzn poddawanych pomostowaniu wieńcowemu w krążeniu pozaustrojowym.
- 26 Zaburzenia psychiczne u mężczyzn : wybrane zagadnienia.
- 27 Jadłowstręt psychiczny u chłopców i mężczyzn – niedostrzegalny problem kliniczny.
- 28 Jadłowstręt psychiczny u chłopców i mężczyzn.
- 29 Dysmorfia mięśniowa – wariant dysmorfofobii? Badania nad zaburzeniami obrazu ciała u mężczyzn.
- 30 Stan psychiczny i obraz własnego ciała mężczyzn uprawiających intensywny trening siłowy.
- 31 Zaburzenia odżywiania wśród młodych mężczyzn.
- 32 Jadłowstręt psychiczny u młodego mężczyzny – opis przypadku.
- 33 [Komentarz do artykułu pt. Metody leczenia estetycznego u mężczyzn: aspekty psychologiczne u pacjentów kosmetycznych płci męskiej].
- 34 Analiza typologiczna mężczyzn uzależnionych od alkoholu : rozprawa habilitacyjna.
- 35 Poziom empatii u mężczyzn z rozpoznaniem schizofrenii.
- 36 Męskość-kobiecość jako system introjektów w świetle materiału klinicznego.

Seksualność

- 37 Seksualność mężczyzn w okresie wczesnej dorosłości.
- 38 Ocena występowania niektórych form aktywności seksualnej wśród młodzieży męskiej (masturbacja, petting).
- 39 Problemy seksualne starszych mężczyzn.
- 40 Aktywność seksualna młodych mężczyzn a zagrożenie AIDS.

Inne

- | | |
|----|--|
| 41 | Postrzeżenie ciała i zdrowia współczesnych młodych mężczyzn w przekazach medialnych. |
| 42 | Kulturowy wzorzec „męskości” a agresywność społeczna w rywalizacji sportowej. |
| 43 | Akceptacja ciągłej terapii hormonalnej wśród mężczyzn. |
| 44 | Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia. |

Tabela III. Tytuły polskich pozycji bibliograficznych zaindeksowanych w bazie PBL GBL pod hasłem „mężczyźni” opublikowanych w latach 1991-2012 w podziale na grupy problemów.

Prace dotyczące somatycznej/biologicznej (genetycznej, fizjologicznej) sfery zdrowia kobiet

Prace dotyczące kobiet w ciąży

- | | |
|----|---|
| 1 | Siężenia greliny i insuliny w surowicy krwi matek i krwi pępowinowej a parametry urodzeniowe noworodków. |
| 2 | Czy wymiana płynu owodniowego u ciężarnych z rozpoznaniem prenatalnie wrodzonym wytrzewieniem ma wpływ na żywienie doustne noworodka. |
| 3 | Terapia zakażeń wywołanych przez Chlamydia trachomatis u dorosłych i dzieci. |
| 4 | Cytomegalia wrodzona – postępy w rozpoznawaniu i leczeniu. |
| 5 | Metabolizm witaminy D w okresie noworodkowym, relacje matczyno-płodowe. |
| 6 | [Komentarz do artykułu pt. Wpływ szczepienia przeciwko grypie kobiet w ciąży na zachorowania na grypę wśród szczepionych kobiet i ich niemowląt]. |
| 7 | Patogeneza i ryzyko zakażenia HIV u kobiet – przegląd aktualnego piśmiennictwa. |
| 8 | Leczenie uzależnienia od nikotyny u kobiet w ciąży. |
| 9 | Zdrowie jamy ustnej u kobiet w ciąży. |
| 10 | Assessment of anal sphincter morphology after vaginal delivery. Tytuł polski: Ocena morfologii zwieraczy po porodach drogami natury. |
| 11 | Opieka stomatologiczna nad kobietą ciężarną. |
| 12 | Choroby serca u kobiet w ciąży. |
| 13 | Zabiegi chirurgiczne u kobiet ciężarnych. |
| 14 | Uzależnienie od tytoniu u ciężarnych i rodzących – implikacje anestezyjologiczne. |

- 15 Złogi wapnia w łożysku – czy świadczą wyłącznie o paleniu papierosów?
- 16 Stężenie kotyniny w osoczu jako biomarker czynnej i biernej ekspozycji kobiet ciężarnych na dym tytoniowy.
- 17 Narażenie czynne lub bierne na metabolity dymu tytoniowego a wybrane parametry morfologiczne i wskaźniki niedotlenienia u noworodków: praca doktorska.

Choroby układu krążenia

- 18 Choroby serca u kobiet.
- 19 Rola badania echokardiograficznego w rozpoznawaniu choroby wieńcowej u kobiet.
- 20 Rehabilitacja kobiet z chorobą niedokrwienną serca.
- 21 Zatorowość płucna i zakrzepica żylna u kobiet.
- 22 Analiza postępowania diagnostycznego oraz terapeutycznego u kobiet z chorobą wieńcową w okresie 1994-1999. Doświadczenia własne.
- 23 Choroba wieńcowa u kobiet – co dalej?
- 24 Ostry zawał serca u kobiet leczony za pomocą pierwotnej angioplastyki wieńcowej. Analiza porównawcza wyników szpitalnych.
- 25 Konferencja Sekcji Chorób Serca u Kobiet Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.
- 26 Przyczyny, diagnostyka i leczenie niedokrwistości niedoborowych u kobiet.
- 27 Early results of coronary artery bypass graft surgery in women. Tytuł polski: Wczesne wyniki chirurgicznej rewaskularyzacji tętnic wieńcowych u kobiet.
- 28 Zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) u kobiet. Polskie kobiety na tle innych populacji kobiet.

Inne

- 29 Nieswoiste zakażenia bakteryjne pochwy – czy wszystko już wiemy?
- 30 Zastosowanie metody enzymoimmunologicznej do oznaczania kotyniny w moczu.
- 31 Rozwój medycyny a rola starszej kobiety we współczesnym społeczeństwie.
- 32 4-th International Symposium Women's Health and Menopause – new strategies. Waszyngton, 19-23 maja 2001.
- 33 Densytometria ultrasonograficzna w rozpoznawaniu osteoporozy u kobiet w wieku pomenopauzalnym. Doniesienie wstępne.
- 34 Non-toxic diffuse goiter in endemic moderate iodine deficiency – correlation between goiter size, urinary iodine content, and serum levels of TSH, FT3, FT4. Tytuł polski: Wole endemiczne w obszarze umiarkowanego niedoboru jodu I korelacja między wielkością wola, zawartością jodu w moczu oraz stężeniem TSH i wolnych hormonów tarczycy we krwi.

- 35 Podstawy urologii ginekologicznej.
- 36 Polskie tablice diety kobiet 1971 – 1992.
- 37 Współczesne metody wykrywania, rozpoznawania i leczenia raka sutka u kobiet.
- 38 Spożywanie alkoholu przez kobiety a poziomy hormonów płciowych.

Prace dotyczące behawioralnej, psychologicznej i społecznej sfery zdrowia kobiet

Prace dotyczące kobiet w ciąży

- 1 Wpływ poczucia intymności na reprezentację dziecka u kobiet w ciąży.
- 2 Czekając na dziecko.
- 3 Stan cywilny a nasilenie objawów depresji okołoporodowej wśród kobiet ciężarnych.
- 4 Ocena jakości życia kobiet hospitalizowanych w ciąży z wykorzystaniem Mother-Generated Index – badania pilotażowe.
- 5 Akceptacja sytuacji związanej ze stanem zdrowia przez pacjentki oddziału patologii ciąży i położniczego.
- 6 Dostępność informacji dotyczących stylu życia w okresie ciąży w opinii kobiet ciężarnych.
- 7 Suplementacja witaminowa u dzieci i dorosłych.
- 8 Prophylaxis of vitamin D deficiency – Polish recommendations 2009. Tytuł polski: Profilaktyka dotycząca niedoborów witaminy D – polskie zalecenia 2009.
- 9 Żywienie kobiety podczas ciąży.
- 10 Schematy suplementacji diety kwasem foliowym u kobiet w wieku reprodukcyjnym.
- 11 Żywienie kobiet w ciąży.
- 12 Zasady prawidłowego żywienia kobiet w okresie ciąży i laktacji.
- 13 Stanowisko ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące spożycia wody pitnej przez kobiety w okresie rozrodczym, ciężarne oraz karmiące piersią.
- 14 Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania palenia tytoniu w czasie ciąży a urodzeniowa masa ciała noworodków.
- 15 Wpływ narażenia na dym tytoniowy w okresie prekonceptyjnym i w życiu płodowym na ryzyko wystąpienia nowotworów złośliwych u dzieci – przegląd badań epidemiologicznych.
- 16 [Komentarz do artykułu pt. Wpływ alkoholu na przebieg ciąży. Aktualne (2006 r.) stanowisko Royal College of Obstetricians and Gynaecologists].
- 17 Zagadnienia związane z ciążą i porodem głuchoniemych.
- 18 Seksualność kobiet w ciąży, w okresie poporodowym i karmienia piersią.
- 19 Poczucie sensu życia u kobiet w ciąży wysokiego ryzyka.
- 20 Dziewięć miesięcy próby – jak dbać o ciało w czasie ciąży.

- 21 Zachorowalność kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu : ocena przydatności w monitorowaniu jakości opieki położniczej : praca doktorska.
- 22 Wybrane aspekty prawne dotyczące kobiet ciężarnych w Polsce.
- 23 Przemoc wobec kobiet ciężarnych – przegląd literatury.
- 24 Przemoc wobec kobiet w ciąży.
- 25 Optymalizacja psychospołecznych warunków pracy dla kobiet w ciąży : monitorowanie i ocena.
- 26 Opieka lekarza nad pracującą zawodowo kobietą w ciąży : ograniczenie niekorzystnego wpływu pracy na przebieg i wynik ciąży.
- 27 Zaburzenia rozrodu u kobiet i środowisko pracy.

Dieta

- 28 Poziom spożycia składników podstawowych w grupie kobiet stosujących tradycyjny i optymalny model żywienia.
- 29 Wpływ czynników demograficznych na spożycie przetworów mlecznych wśród młodych kobiet studiujących i pracujących.
- 30 Badanie wielkości spożycia folianów w grupie kobiet w wieku prokreacyjnym.
- 31 Ocena sposobu żywienia słuchaczek Medycznego Studium Zawodowego nr 6 w Krakowie.
- 32 Poziom wiedzy na temat roli mleka i produktów mlecznych wśród dziewcząt i młodych kobiet, po rocznej działalności programu oświatowego.
- 33 Wybrane aspekty odżywiania i stylu życia otyłych kobiet.

Psychologiczne

- 34 Wpływ regularnych ćwiczeń aerobiku na stany emocjonalne kobiet.
- 35 Stopień nasilenia ekstrawersji u kobiet z nadwagą i otyłością a ich postawy względem żywienia.
- 36 Wpływ wykształcenia na nasilenie depresji i lęku u kobiet uzależnionych od alkoholu : praca doktorska.
- 37 Psychologia kobiety.
- 38 Some aspects of sexual identity of girls suffering from anorexia nervosa.
- 39 Zdrowie psychiczne kobiet przed i po zmianach roku 1989.
- 40 Depresja u kobiet : zaburzenia nastroju związane z cyklem rozrodczym.
- 41 Psychologiczne problemy żon alkoholików; [dotyczy:] * Małżeństwo na lodzie.
- 42 Kobiety alkoholiczki w poradni odwykowej i klubie abstynenta. Związki między wybranymi zmiennymi psychologicznymi i socjomedycznymi.
- 43 Leczenie kobiet chorych na alkoholizm.
- 44 Program terapeutyczny w oddziałach psychiatrycznych dla kobiet uzależnionych.
- 45 Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia.

Seksualność

- 46 Wyniki badania wybranych cech seksualności kobiet w związku małżeńskim.
- 47 Seksualność kobiety: mity, rzeczywistość, możliwości.
- 48 Seksualność lesbijek w okresie menopauzalnym.
- 49 Zaburzenia seksualne u kobiet z cukrzycą typu 1.
- 50 Alkohol a zachowania seksualne kobiet: oczekiwania i zagrożenia.
- 51 Ona o esencji kobiecości; Eros i Psyche.

Zdrowie zawodowe

- 52 Stres w pracy a choroby układu krążenia u kobiet.
- 53 Obciążenie fizyczne rolniczek w świetle ergonomii.
- 54 Obciążenia psychofizyczne w pracy zawodowej kobiet.
- 55 Wpływ zdolności, cech temperamentu i obciążeń związanych z obowiązkami domowymi na pracę zawodową kobiet – dyżurnych ruchu.

Inne

- 56 Poziom wiedzy mieszkanek wsi na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwór piersi oraz zasad profilaktyki.
- 57 Ocena wpływu wybranych parametrów socjodemograficznych i klinicznych na objawy depresji u kobiet poddanych inwazyjnej diagnostyce choroby wieńcowej.
- 58 Co badane kobiety wiedzą na temat okresu przekwitania.
- 59 Życie po opuszczeniu zakładu karnego: readaptacja społeczna kobiet uzależnionych od narkotyków w Polsce.
- 60 Ocena występowania lęku społecznego u ofiar przemocy domowej.
- 61 [Komentarz do artykułu pt. Przemoc domowa. Jak rozpoznać dorosłe ofiary przemocy i jak im pomóc].
- 62 Charakterystyczne cechy agresji nieletnich dziewcząt popełniających przestępstwa.
- 63 Zaburzenia snu u kobiet.
- 64 Ochrona związana z rodzicielstwem w świetle prawa polskiego.
- 65 Kobieta niepełnosprawna : socjopedagogiczne problemy postaw.
- 66 Women and HIV in Poland – revisited ten years on.
- 67 HIV/AIDS – specyfika zakażeń wśród kobiet.
- 68 Tytoń, kobieta i ...
- 69 How the age at menopause is related to cigarette smoking in Polish women?

Tabela IV. Tytuły polskich pozycji bibliograficznych zaindeksowanych w bazie PBL GBL pod hasłem „kobiety” opublikowanych w latach 1991-2012 w podziale na grupy problemów.

Prace dotyczące somatycznej/biologicznej (genetycznej, fizjologicznej) sfery zdrowia kobiet i mężczyzn

- 1 Effect of sex, age, and anthropometric parameters on the size and shape of vertebrae in densitometric morphometry. Tytuł polski: Wpływ płci, wieku i parametrów antropometrycznych na wielkość i kształt kręgów w badaniu morfometrii densytometrycznej.
- 2 Rola płci w patogenezie, przebiegu i odpowiedzi na leczenie stwardnienia rozsianego.
- 3 Mikrochimeryzm, płęć i choroby autoimmunologiczne.
- 4 Choroba wieńcowa wśród kobiet – czy istnieje problem płci?
- 5 Zagrożenie nagłą śmiercią sercową u kobiet z chorobą niedokrwienną serca.
- 6 Czy płęć ma wpływ na występowanie i przebieg niektórych schorzeń układu krążenia?
- 7 Wpływ płci na farmakokinetykę wybranych leków : praca doktorska.
- 8 Y is there a risk to being male?
- 9 Analiza wpływu płci na wybrane składowe układu antyoksydacyjnego i gospodarki lipidowej osób w wieku podeszłym z chorobą niedokrwienną mięśnia sercowego.
- 10 Masa urodzeniowa a płęć.
- 11 Czy możemy wpływać na płęć potomstwa?
- 12 Płęć mózgu przy zaburzeniach różnicowania w zakresie fenotypu.
- 13 Farmakokinetyka gentamycyny u kobiet i mężczyzn.
- 14 Płęć mózgu: o prawidłowej różnicy między mężczyzną a kobietą.
- 15 Płęć mózgu: o prawdziwej różnicy między mężczyzną a kobietą.
- 16 Sex differences in adrenocortical structure and function. 29: Morphometric and functional studies on the effects of gonadectomy and gonadal-hormone replacement on the hamster adrenal cortex. Tytuł polski: [Różnice płciowe w budowie i funkcji kory nadnerczy.
- 17 Rozwój kończyny górnej na tle różnic płciowych dzieci wrocławskich w okresie pokwitania.
- 18 Ultrasonograficzna ocena dynamiki wzrostu parametrów biometrycznych płodów różnej płci.
- 19 Wymiary pokrywy śródmózgowia człowieka w wieku od 0 do 90 lat i ich współzależności : praca doktorska.
- 20 Angeborene laterale Halszysten und –fisteln. Tytuł polski: [Wrodzone, boczne torbiele i przetoki szyi].
- 21 Różnice dymorficzne cech morfologicznych i funkcjonalnych u młodzieży w okresie dojrzewania.

Prace dotyczące behawioralnej, psychologicznej i społecznej sfery zdrowia kobiet i mężczyzn

- 1 Płęć a zdrowie psychosomatyczne młodzieży w okresie dorastania.
- 2 Ofiara – agresor, kobieta czy mężczyzna?
- 3 Kulturowy wzorzec „męskości” a agresywność społeczna w rywalizacji sportowej.
- 4 Odmienna odpowiedź płci na stresy środowiskowe.
- 5 Płęć a różnice w stanie zdrowia – próba socjologicznej interpretacji.

- | | |
|---|--|
| 6 | Somatyczne i psychiczne uwarunkowania odmiennego przebiegu choroby niedokrwiennej serca u kobiet i u mężczyzn. |
| 7 | Problemy „Gender Medicine”. |

Tabela V. Tytuły polskich pozycji bibliograficznych zaindeksowanych w bazie PBL GBL pod hasłem głównym „czynniki płci” opublikowanych w latach 1991-2012 w podziale na grupy problemów.

Źródła:

1. <http://gbl.home.pl/cgi-bin/gblbase.pl/pblb09>
2. <http://gbl.home.pl/cgi-bin/expertus500a.cgi>

Fakty wskazujące na niekorzystną w porównaniu z kobietami sytuację zdrowotną mężczyzn są znane, odkąd istnieją zbiory danych umożliwiające takie porównania. Jednak raport firmy Siemens „Zdrowie – męska rzecz” stanowi pierwszą w Polsce tak kompleksową próbę pogłębionej analizy owych nierówności i wskazania ich istotnych uwarunkowań, między innymi społeczno-kulturowych.

W raporcie dokonano syntezy danych ze statystyk międzynarodowych i krajowych, w tym najbardziej aktualnych – z Narodowego Spisu Powszechnego 2011. Wykorzystano również wyniki kierunkowych badań GUS i innych ośrodków, a także przeprowadzono własne – ilościowe i jakościowe. Wielorakość źródeł danych oraz zróżnicowanie zastosowanych metod badawczych były adekwatne do złożoności problematyki stanu zdrowia mężczyzn w Polsce. Metodologia opracowania raportu pozwala więc przyjmować wypracowane wnioski z zaufaniem.

dr hab. n. med. Piotr Tyszko
dyrektor Instytutu Medycyny Społecznej
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Stan zdrowia polskich mężczyzn od lat budził niepokój osób zajmujących się oceną stanu zdrowia ludności naszego kraju, co znajdowało odbicie m.in. w „Raportach o stanie zdrowia ludności Polski” przygotowywanych w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny. Trzeba jednak przyznać, że do tej pory temat nie doczekał się odrębnego opracowania i dlatego obecny raport firmy Siemens należy bez wątpienia uznać za bardzo potrzebny i ważny z punktu widzenia zdrowia publicznego w Polsce.

prof. Bogdan J. Wojtyniak
zastępca dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia
Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny

Wydawca:

Siemens sp. z o.o.
Sektor Healthcare
ul. Żupnicza 11
03-821 Warszawa

Koordynator projektu:

Małgorzata Gaik
malgorzata.gaik@siemens.com

© 2012 Siemens sp. z o.o.