



## 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 pięć 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 z drowotnej 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 <sup>1</sup>	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 <sup>2</sup> 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 z drowia mężczyzn

- <sup>1</sup> W tabeli podano miejsce Polaków w rankingu ułożonym dla potrzeb tej publikacji w kolejności od najlepszych do najgorszych wartości danego wskaźnika.
- <sup>2</sup> 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 ankiетowym 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 ówczеśnie 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
<b>Wykształcenie (wg NSP-2011):</b>			
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
<b>Współczynnik skolaryzacji netto<sup>1</sup> w roku szkolnym 2010/11:</b>			
Szkoły podstawowe (bez „zerówek”)	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
<b>Wskaźnik zatrudnienia<sup>2</sup> (wg NSP-2011)</b>	<b>53</b>	<b>39</b>	<b>46</b>

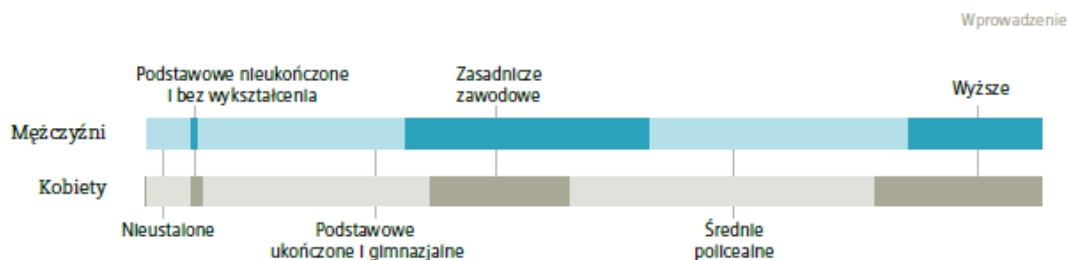
Tabela II. Wykształcenie i sytuacja zawodowa mężczyzn oraz kobiet (w %) (źródło: GUS).

- 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.

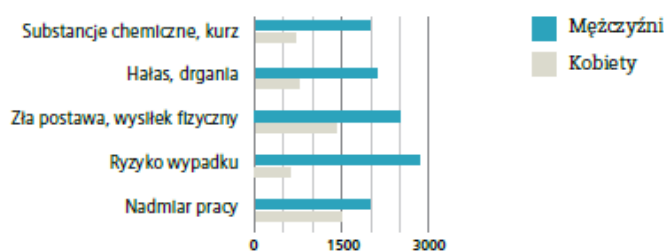
Deklaracja narażenia w miejscu pracy :	Mężczyźni <sup>1</sup>	Kobiety <sup>2</sup>	Ogółem <sup>3</sup>
<b>Narażenie w miejscu pracy na czynniki fizyczne, które mogą mieć niekorzystny wpływ na samopoczucie lub na zdrowie fizyczne.</b>			
<b>Szczególnie narażeń na:</b>			
Substancje chemiczne, kurz, opary, 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
<b>Narażenie w miejscu pracy na czynniki psychologiczne, które mogą mieć niekorzystny wpływ na samopoczucie lub na zdrowie fizyczne.</b>			
<b>Szczególnie narażeń na:</b>			
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 Ankiety 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
<b>Ocena ilości wolnego czasu: więcej niż 40 godzin tygodniowo</b>			
Pracujący	12	5	9
Niepracujący	52	31	39
<b>Popularność sposobów dbałości o ciało</b>			
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/tub zaokrąglenia 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 najpopularniejszej 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]. Rządziej 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 papierosa. 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 papierosa niż osoby z wyższym wykształceniem [15].

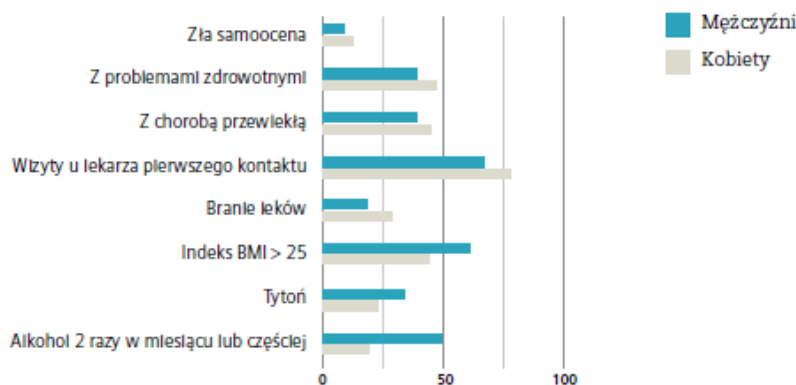
W okresie między dwoma badaniami GUS (w ciągu 5 lat) populacja dorosłych mężczyzn z nadwagą lub otyłych wzrosła o 9 punktów procentowych. Wzrost masy ciała wystąpił we wszystkich grupach wiekowych, przy czym najczęściej tyli mężczyźni stosunkowo młodzi (w wieku 20-39 lat) oraz najstarsi (w wieku 70 lat 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) z namiennie 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.

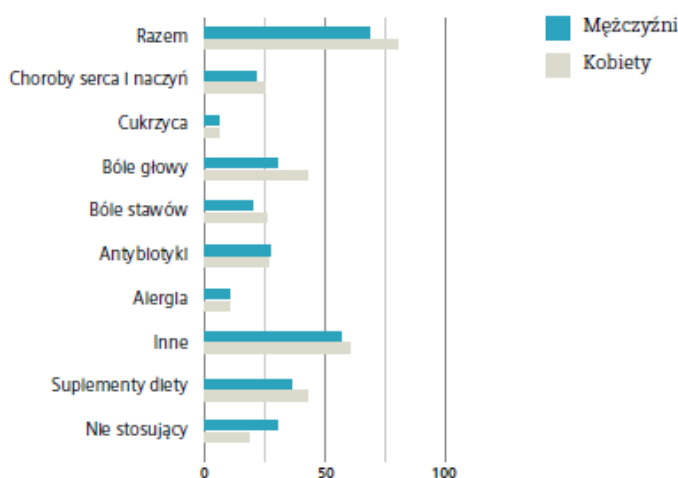
Informacje o pobytach w szpitalach, podobnie jak przyczyny niekorzystania z opieki zdrowotnej, dotyczą całego 2010 r. Informacje o korzystaniu z porad lekarskich podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznych i dentystycznych dotyczą ostatniego kwartału 2010 r.

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

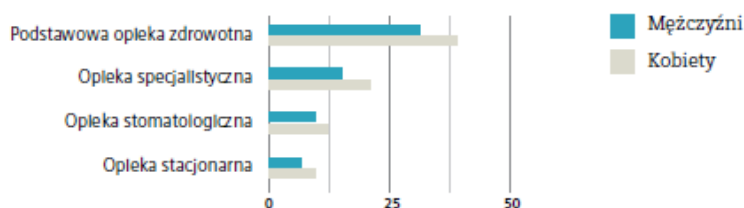
i naczyń (ryc. 4). Z podobną częstością jak kobiety zażywali jednak leki na cukrzycę, objawy alergii, a także antybiotyki [18].

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).

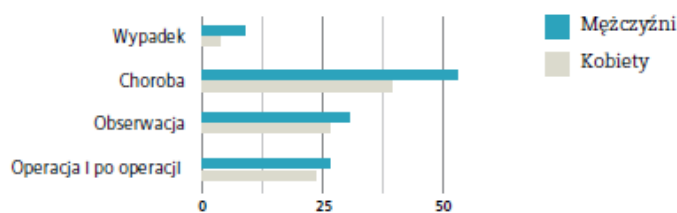


Rycina 5. Korzystanie z porad lekarskich w IV kwartale 2010 r. przez mężczyzn oraz kobiety i pobyty w szpitalu w 2010 r. (w %.) (źródło: GUS).



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 przypadło 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 dentystycznych był strach i prawie dwa razy więcej mężczyzn niż kobiet podawało ten argument (odpowiednio: 22%, 14%).

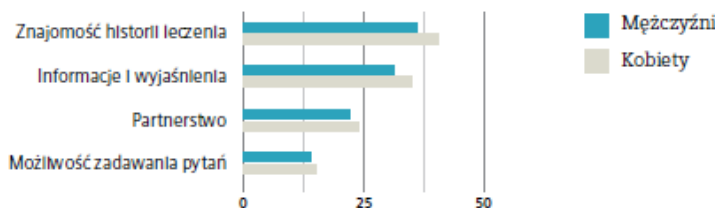


Rycina 7. Przyczyny niekorzystania przez mężczyzn oraz kobiety z usług lekarskich (bez stomatologicznych) (w proc.) (źródło: GUS).

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. Ciekawe 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 wynika 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 pobytów 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	sz	śo	zz	g	pu	bw
Razem	•							

Przyczyny niekorzystania z usług lekarskich (bez stomatologicznych)	w	p	sz	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	sz	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	sz	śo	zz	g	pu	bw
Pogorszyła się			•					
Pozostała bez zmian								•
Poprawiła się	•							
Nie mam zdania						•		

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

w – wyższe, p – policealne, sz – 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	sz	śo	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	sz	śo	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	sz	śo	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	sz	śo	zz	g	pu	bw
Zawsze	•							
Często								•
Czasami						•		
Rzadko lub nigdy				•				

Opinia na temat zaleceń i czasu poświęconego przez lekarza	w	p	sz	śo	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, sz – średnie zawodowe, śo – 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 ubezpieconą 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. Jedyne 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](http://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 1991 r. (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 (znany 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 (wylbrzymiania?) 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 płęć kulturowa (ang. *gender*) oraz socjalizacja. Płęć 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 łzy”, „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 przekonaniem i zachowaniami, które są dominantą danej kultury. W prądzie postmodernistycznym zaprzeczają 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 przyszłym 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:

- Analiza dotyczy głównie elementów stylu życia i wpływów społecznych, zgodnie z modelem Dahlgrena i Whitehead, czyli determinantów zdrowia, które są relatywnie łatwo modyfikowalne.
- 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 wspomaganych 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 samoocena zdrowia, niezgłaszający poważnych problemów zdrowotnych i nieodwiedzający lekarzy wielokrotnie w ciągu roku. Trzeba jednak pamiętać, że w badaniach jakościowych (interpretacyjnych) z 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 starsi (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, jegostrona.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.