

АНТОНИНА ОСТРОВСКА,
ДОКТОР СОЦИОЛОГИИ, ПРОФЕССОР (ВАРШАВА)

НЕРАВЕНСТВО И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ГЕНДЕРНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ

Проблема гендерного неравенства в области здравоохранения рассматривается в контексте эмпирических данных, полученных в результате исследований, проведенных в Польше и других странах Евросоюза. Причины существующего неравенства обозначаются путем выделения обуславливающих его факторов: культурных, социальных, поведенческих и психологических, где особое внимание сконцентрировано на факторах социально-культурного порядка. Предпринятый автором анализ показывает, что общественное неравенство в области здоровья сохраняется на различных уровнях организации общества, а в случае гендерного неравенства предполагает преодоление неравенства, существующего в конфликтах интересов, стандартах жизни, соответствующем доступе к здравоохранению, а также изменение культурных образцов и патриархальных стереотипов.

The problem of gender inequality in the protection of health is considered in the context of empirical data obtained from studies conducted in Poland and other EU countries. Inequalities that exist are indicated by separating condition its factors: cultural, social, behavioral, and psychological, with particular attention focused on a social and cultural. Taken by the author of the analysis shows that social inequalities in health is stored at different levels of society, and in the case of gender inequality involves overcoming inequalities in conflicts of interest, standards of living adequate access to the protection of health care, and changing cultural patterns and patriarchal stereotypes.

Введение

Проблема неравенства в различных аспектах социально-экономической жизни, а также вопрос о его преодолении все чаще становятся предметом политических решений, темой научных исследований и документов, связанных с социальной политикой. Это особенно заметно в отчетах, рапортах и основополагающих принципах Организации Объединенных Наций и Европейского союза, которые много внимания посвящают этим проблемам. Помимо ценностей социальной справедливости и прав человека в них подчеркивается значимость равенства возможностей как условия общественной сплоченности и социальной интеграции. Это касается и вопроса о неравенстве в медицинском обслуживании, которому в последнее десятилетие уделяет немало внимания Всемирная организация здравоохранения. Статистика показывает, что в странах с высоким уровнем неравенства не только больше проблем в сфере здравоохранения, но и выступают на первый план такие негативные социальные явления, как низкий уровень общественного доверия, агрессивность, алкоголизм и наркомания, беременности несовершеннолетних, – неизменные спутники преступности¹. Не возникает сомнения, что эти явления – угроза для демократии и социальной солидарности.

С точки зрения теории конфликта социальное неравенство – результат столкновения интересов, оно возникает в любом обществе. Власть, престиж, богатство и то, что их сопровождает, повсеместно являются благами желаемыми, но доступными лишь для определенных групп или сегментов социальной структуры. Так же обстоит дело и с распределением благ в сфере здравоохранения. Исходя из анализируемой в статье проблемы, следует поставить вопрос: существует ли в современных обществах, в особенности в Польше, конфликт интересов мужчин и женщин, имеющий свои последствия в сфере здравоохранения? В каких сферах общественной жизни и типах интеракции он проявляется? Все ли различия по медицинским параметрам, обусловленные полом, свидетельствуют о неравенстве? И, наконец, какие действия необходимо предпринять в политике, здравоохранении, чтобы достичь большей сплоченности в обществе и уменьшить конфликты и неравенство. Теоретики конфликта – Льюис Козер и Ральф Дорендорф – указы-

вают, что осознанный конфликт в социальных интеракциях может иметь не только деструктивные, но и позитивные функции; разрешение конфликта приводит к положительным социальным изменениям, усовершенствованию форм общественной интеграции и укреплению стабильности системы. Нивелирование же всякого неравенства в здравоохранении важно не только с точки зрения социальной справедливости или прав человека, но и с точки зрения прочности системы.

Анализируя неравенство в современном здравоохранении, можно заметить, что оно наиболее очевидно при сравнении по средней продолжительности жизни населения экономически развитых стран и стран развивающихся; разница может достигать нескольких десятков лет. Она обусловлена неравенством в условиях жизни и быта (голод, антисанитария, безграмотность, неудовлетворительная организация системы медицинского страхования), которые становятся причиной преждевременной смерти миллионов людей. Однако даже в странах с высоким ВВП есть регионы, в большей либо в меньшей степени отличающиеся по уровню социально-экономического развития, по условиям жизни населения и доступу к инфраструктуре, что приводит к созданию пространств, благоприятных в плане здравоохранения. Эти пространственные различия в состоянии системы здравоохранения в рамках одной страны все чаще анализируются в категориях неравенства. Польша в этом плане – страна со значительными территориальными различиями. Разница в средней продолжительности жизни в различных воеводствах достигает до 4 лет для мужчин и 2,5 лет для женщин².

Другой важной областью, воспроизводящей неравенство в сфере здравоохранения, является классовое неравенство. В социальных структурах всех стран и сообществ есть системы социальной стратификации, в которых разные лица имеют различные условия жизни и доступ к благам, способствующим сохранению и поддержанию здоровья. Как следствие, среди низших классов уровень смертности и заболеваемости выше, чем среди высших классов. Исследования указывают на значительную роль различий в уровне образования, объясняющих отличия в плане здравоохранения даже в большей степени, чем материальные факторы. В Польше лица в возрасте 25 лет с образованием выше среднего будут жить дольше, чем лица с начальным образованием – примерно на 13 лет мужчины и на 9 лет женщины. Социально-экономическое положение характеризует неудовлетворительную ситуацию в здравоохранении таких групп, как эмигранты (особенно нелегальные), безработные или некоторые этнические группы (например, цыгане).

Неравенство в рамках здравоохранения, обусловленное гендерными различиями, возникает во всех странах. Исследования в Великобритании показали, что такое неравенство существует и в рамках общественных классов³.

Оно вызвано не только условиями жизни, но и социально-культурными факторами (ценности, нормы, стереотипы), формирующими положение обоих полов в обществе, мышление и поведение людей по поводу здоровья. Вновь используя критерий средней продолжительности жизни, а также общей заболеваемости, следует сказать, что различия между полами в Польше более значительны, чем в большинстве европейских стран⁴.

В последнее время много исследований, в том числе и в Польше, посвящено проблемам различий в социальном положении и карьеры мужчин и женщин, взаимным отношениям и «контракту полов». Однако немногие стремились проанализировать влияние этих различий на здоровье и поведение по поводу своего здоровья; исследования концентрировались на изучении отдельных больных либо специально подобранных групп людей.

Долгое время как в Польше, так и в других странах, меньшая смертность и более высокая продолжительность жизни среди женщин связывались с лучшим состоянием их здоровья. Повсеместно считалось, что женщины био-

логически сильнее и менее подвержены болезням. Однако этому мнению противоречат результаты исследований, показывающие, что во всех индустриализированных странах наблюдается худшее состояние здоровья среди женщин при одновременно более высокой средней продолжительности жизни. И здесь нет противоречия⁵. Статистика сконцентрирована исключительно на средней продолжительности жизни и не учитывает потерю здоровья в результате длительных болезней и инвалидности. Исследования показали, что состояние здоровья среди женщин в различных возрастных группах хуже, чем среди мужчин; при этом особенная интенсивность болезней и недугов наблюдается в старшем возрасте⁶. Критерием различий в этом смысле между мужчинами и женщинами выступает показатель DALY (disability adjusted life-years – скорректированные инвалидностью годы жизни), который помимо продолжительности жизни выявляет эквивалент времени, потерянного по причине болезней и инвалидности. Статистически хуже обстоит дело у женщин, вне зависимости от региона и благополучия той или иной страны⁷. В английский язык даже вошла поговорка: «men die quicker, but women are sicker» («мужчины умирают быстрее, но женщины хуже»). Более подробный анализ раскрывает существование различия в частоте появления отдельных болезней, дисфункций и ухудшения психического состояния среди представителей обоих полов. У женщин чаще возникают заболевания, характеризующиеся более интенсивной заболеваемостью, но в то же время более низкой смертностью⁸.

Принципиальные изменения в исследованиях, концентрирующихся на различиях полов, стали вырисовываться в конце 1970-х гг. Немаловажную роль в них сыграло и формирование феминистских движений, указывающих на необходимость выявления и обособления проблем женщин в социальной структуре, микроэкономике, политике, в здравоохранении и медицине. Следует отметить, что столь активное подчеркивание в рамках женских движений зависимости состояния здоровья от социального статуса привело к политизации проблемы и «захвату» женщинами изучения проблемы здравоохранения в гендерной перспективе. В большинстве западных публикаций, касающихся гендера и различий в здоровье, ставится знак равенства между «gender and health» и «women's health»*, что противоречит основным принципам и теории гендера.

Различия и неравенство в состоянии здоровья

Различия в состоянии здоровья мужчин и женщин, специфика лечения представителей обоих полов в последние годы были предметом многочисленных исследований, в которых делались попытки объяснить, почему женщины живут дольше, чем мужчины, несмотря на то, что отличаются большей болезненностью. Сначала в поиске причин такого положения вещей обращались к биомедицинской модели, объясняющей различия в состоянии здоровья мужчин и женщин биологическими особенностями и врожденными генетическими предрасположенностями; внимание было сконцентрировано на анатомических и физиологических особенностях обоих полов. Обращалось внимание на различия в строении тела, связанные с репродуктивными функциями, различия мышечно-костной массы, гормональной системы и темпов метаболизма. (Основанием для подобных различий был биологический пол – «sex differences».) В этих различиях усматривался ответ на вопрос, почему в большинстве стран средняя продолжительность жизни мужчин короче, чем

* Эта позиция стала предметом критики официального рапорта, подготовленного Commission of the Social Determinant of Health WHO (2005), в котором отмечена непропорциональная концентрация внимания на влиянии культурного пола на здоровье женщин, замалчивающая при этом мужчин (например, влияние культуры, определяющей образцы мужественности, несовместимо с требованием хорошего здоровья).

у женщин, а смертность среди младенцев мужского пола и мальчиков в возрасте до пяти лет выше, чем среди девочек*.

Однако невозможность выявления таким способом всех различий в состоянии здоровья обоих полов привела к обращению исследователей к психосоциальной модели. В ее рамках особенности состояния здоровья мужчин и женщин пытаются объяснить путем анализа дифференцированного в зависимости от пола разделения социальных ролей и образцов поведения, а также иерархии ценностей и особенностей образа жизни, которые и выявляют различные риски, связанные со здоровьем.

Эти два типа объяснений вводят в анализ отличий в состоянии здоровья проблемы различий и социального неравенства в здравоохранении, или, иначе говоря, различий, детерминированных биологически (*sex differences*) или же социально-культурно (*gender differences*). Эти отличия наталкивают на вопрос о том, насколько за разницу в состоянии здоровья мужчин и женщин несет ответственность «природа», а насколько «культура».

Исследования о решающем влиянии социально-культурных или биологических различий на здоровье мужчин и женщин чаще всего предоставляют аргументы, относящиеся к младенчеству или даже к более раннему периоду, когда еще нельзя обнаружить влияния культуры. Уже там можно наблюдать различия в параметрах развития, а также в смертности у обоих полов. Более высокий уровень смертности среди младенцев мужского пола по сравнению с женским иногда объясняется проявляющимся уже на самых ранних этапах жизни более слабым здоровьем у мужчин. Многие исследователи, придерживающиеся биологического подхода, в то же время указывают, что в этот период начинают складываться физические и личностные различия между новорожденными обоих полов, которые связаны с влиянием гормонов на мозг плода в пренатальный период и которые имеют последствия для всей дальнейшей жизни женщин и мужчин.

В младенческий период они проявляются в разной продолжительности основных этапов развития у девочек и мальчиков. Младенцы женского пола быстрее преодолевают этапы приспособления к общению и коммуникации, в то время как младенцы мужского пола быстрее преодолевают этап формирования действий, способствующих самостоятельности⁹. Выводы: в раннем возрасте возникает биологически детерминированная дифференциация психических и поведенческих моделей, существенных для дальнейшей жизни и здоровья, которые у мужчин опираются на индивидуалистически-инструментальные, а у женщин – на социально-экспрессивные черты.

Существуют биологические факторы, рано дифференцирующие развитие младенцев обоих полов. Однако остаются вопросы, каково их влияние на дальнейшую жизнь и здоровье индивидов и действительно ли различия в поведении – результат действия именно этих факторов. Противники тезиса о доминирующем влиянии биологии указывают, что формирование отличительных особенностей в поведении – результат рано возникающих отличий в образцах воспитания младенцев, проистекающих из существующих гендерных стереотипов, распространенных практически во всех культурных кругах. Выявленные различия выглядели бы при этом как результат ранней социализации, а не биологического детерминизма. Родители с самых ранних лет жизни ребенка иначе относятся к девочкам и мальчикам. Об этом свидетельствует хотя бы то, что мальчиков более свободно одевают, чтобы не ограничивать движения, поощряют к индивидуальным познаниям и достиже-

* Исключения составляют Китай и Индия, где смертность в возрасте до пяти лет среди девочек выше, чем среди мальчиков; однако связано это не с естественными причинами, а с привилегированным положением потомков мужского пола и с большей заботой о них в раннем возрасте (Women and Health, 2009).

ниям, воспитание же девочек чаще носит интерактивный характер (разговоры, ласки). Используется разный набор игр и образцов воспитания, среди которых одни поощряют силу, ловкость и сообразительность, а другие – мягкость и выражение позитивных эмоций¹⁰. Эти различия присутствуют почти во всех странах и культурах.

Независимо от генезиса данных различий необходимо указать на то, что на протяжении дальнейшей жизни они усиливаются. В соответствии со стереотипами и разным социальным статусом у мужчин и у женщин они формируют у первых ассертивность, самоуверенность, независимость и склонность к риску, а у других – готовность к сотрудничеству, расположенность и подчинение влиянию. Эти различия многое объясняют в поведении, влияющем на здоровье.

Оба источника различий сложно однозначно интерпретировать; для исследователей они оставляют много вопросов, а ответы провоцируют новые вопросы и не предлагают решений. Тем не менее сегодня хорошо известно, что на биологические различия накладываются факторы, связанные с социальным статусом, который обуславливает доступ для определенных категорий лиц к социально значимым благам. Отличным друг от друга образцам мужественности и женственности соответствуют многочисленные стереотипы, по-разному позиционирующие шансы мужчин и женщин на хорошее здоровье. Принятие социологического подхода не должно входить в противоречие с объяснениями биологического характера, а должно их дополнять. Этот подход показывает, каким образом социальная структура и культура подчеркивают либо нивелируют влияние биологии, создавая многогранные и сложные для изучения болезни.

Эти несомненно интересные результаты исследований над биологическими и социальными детерминантами здоровья не только плод интеллектуальных занятий, вызванных интересом исследователей; они значимы для политики в сфере здравоохранения. Распределение общественных благ или социальной справедливости в состоянии здоровья, имеющих естественное происхождение, и различий (или же в данном случае неравенства), связанных с социальным положением индивидов, неодинаково. Неравенство оценивается как неправильное и несправедливое. В отличие от тех различий, которые мы назвали биологическими, преодоление или же ослабление неравенства может и должно быть целью и предметом вмешательства со стороны общества.

Определяя сущность равенства в доступе к благам здравоохранения, Всемирная организация здравоохранения (1996) подчеркивает: «Равенство означает справедливость. Равенство в вопросах здоровья означает, что потребности людей являются ведущим фактором при распределении возможностей на обеспечение хорошего самочувствия... Это означает, что все люди обладают равными возможностями для улучшения и поддержания своего здоровья посредством справедливого и честного доступа к ресурсам, связанным с поддержанием и сохранением здоровья». Такое определение равенства указывает на этические стандарты, которым должна соответствовать политика в сфере здравоохранения, и на необходимость ликвидации всякого рода несправедливых различий. Последние могут проявляться в отношениях между странами, между социальными классами, этническими группами, поколениями, между полами. На практике это означает принятие в политике, касающейся здравоохранения, таких решений, которые бы не допускали дискриминации.

Социальные факторы неравенства в здравоохранении

Рассуждения по проблеме социального неравенства в здравоохранении с гендерной точки зрения требуют сравнения положения мужчин и женщин по различным социальным параметрам, определяющим их место в обществе.

Неизбежно такой подход приводит анализ к упрощенному, дихотомическому видению общественной жизни, при котором положение одной социальной группы противопоставляется другой, что угрожает идеологизацией проблемы. Нужно всегда помнить о том, что причины особенностей положения и социальных ролей женщин и мужчин, социальных дистанций и даже конфликтов между ними настолько глубоко укоренены в культуре, принципах рынка труда, социальной политике и даже в медицине, что даже не осознаются представителями обоих полов. Все общество, не исключая женщин, в какой-то степени участвует в создании структур и норм, обуславливающих то, что мужчины и женщины принимают на себя различные социальные роли и занимают неодинаковое положение¹¹.

Выделяя социальные факторы, которые можно рассматривать как причины неравенства в состоянии здоровья между мужчинами и женщинами, следует обратить внимание, что независимо от того, сравниваем мы социальные классы, этнические группы (меньшинства) или индивидов, принадлежащих к различным полам, основные гипотезы будут опираться на несколько групп факторов:

- социально-экономический статус, образование;
- материальные и социальные условия жизни и труда;
- медицинское страхование и возможности его использования;
- поведенческие факторы (наличие характерного поведения, связанного с отношением к здоровью, образ жизни);
- социально-культурные факторы (культура здоровья);
- сеть социальной поддержки;
- индивидуальные, психологические способы и стиль самоконтроля (coping styles), личностные изменения, чувство солидарности.

Во внимание взяты культурные, социальные, поведенческие и психологические факторы. Поскольку все они воздействуют на качество жизни, образцы поведения и доступ к важным для здоровья благам, различия в конфигурациях данных факторов (среди которых как негативные, так и позитивные подлежат динамике) по-разному влияют на здоровье мужчин и женщин. Часто они рассматриваются с учетом стадий в жизни индивидов. Индивидуальное здоровье становится результатом сочетания различных социальных ситуаций, возникающих в жизни человека от детства до старости, а также различного опыта. Статистика указывает, что некоторые факторы благоприятно сказываются на здоровье мужчин (как увидим далее – большинство из них), некоторые – на здоровье женщин. Можно сказать, что даже если по природе мужчины в младенчестве слабее, то социально-культурная жизнь, по крайней мере, частично, для них это компенсирует.

Далее в нашем исследовании внимание будет сконцентрировано на выявлении социально-культурных факторов. При этом там, где это возможно, рассмотрение ряда проблем будет сопровождаться результатами социологических исследований, проведенных в Польше.

Роль культурных факторов

Культурные исследования принимают во внимание различия в социальных моделях и нормах, регулирующих поведение мужчин и женщин в социальных ситуациях, доминирующую концепцию мужественности и женственности и связанное с ними разделение ролей, закрепленных существующими убеждениями и стереотипами. Ключевой здесь является социализация – процесс социального усвоения и практического применения норм и ролей, традиционно подготавливающий представителей обоих полов к осуществлению различных социальных функций.

Мальчики и девочки еще с раннего детства подготовлены к ролевым отличиям. В процессе социализации модели поведения содержат многие неравнозначные для будущего здоровья мужчин и женщин элементы. С ранних

лет девочки готовятся к роли матери, покровительницы, к выполнению функции «домашнего доктора». Это проявляется в форме игр с куклами или участию в домашних заботах, связанных со сферой питания, здоровья, необходимости сохранения чистоты. Уже в первых классах базовой школы медицинские знания и сознательность в этой области, осведомленность в санитарно-гигиенических вопросах девочкам кажутся более важными, чем мальчикам¹². От девочек ожидается лучшее знание своего тела и забота о внешности. Как и взрослые люди, они более настроены на то, чтобы обращать внимание на различия в физических особенностях. Гигиенические навыки и требования соблюдения чистоты более последовательно реализуются девочками, чем мальчиками. В будущем эти различия приводят к большей чувствительности женщин к первым проявлениям болезни и лучшему знанию их симптомов, к более глубокому усвоению профилактических моделей поведения. На приеме у врача женщины более педантичны, задают больше вопросов, стремятся убедиться, верно ли они поняли доктора и даже предлагают собственный диагноз¹³.

В нашей культуре мужчине нельзя показывать слабость, боль и страдания, напротив – ему приходится «быть сильным», ни на что не жаловаться, не просить о помощи. Именно иные модели, отличные от девочек, призваны вызывать восхищение. Мальчики добиваются признания у своего окружения за скорость, безрассудство, отвагу, физическую силу. Эти заложенные согласно культурному образу мужчины модели поведения в будущем становятся одной из причин того факта, что мужчины чаще подвергают опасности свою жизнь и здоровье, участвуя в опасных мероприятиях и чаще выбирая образы действия, несущие риск для здоровья.

Это объяснение частично верно, если мы обратим внимание на более высокий уровень самоубийств среди мужчин, чем среди женщин. Данные показывают, что попытки самоубийства именно по указанным причинам более успешны, поскольку мужчины используют «мужские», радикальные, решительные средства¹⁴.

Другим примером культурно детерминированных, перманентно подкрепляемых СМИ моделей поведения являются попытки женщин выглядеть более стройными, даже худыми, что связано с соблюдением соответствующей (часто голодной) диеты. «Идеальные» мужские тела, наоборот, должны характеризоваться развитой мускулатурой, что, в свою очередь, также требует соответствующего питания и, разумеется, проведения времени в спортзале. Для многих женщин употребление пищи связано с чувством вины, поскольку они привыкли к тому, что их внешний вид определяет их жизнь. Им представляется, что контроль собственного тела необходим для того, чтобы быть принятой обществом. Не случайно проблема анорексии появляется у женщин в 10 раз чаще, чем у мужчин. Страдающая анорексией женщина является перфекционисткой и находится в авангарде реализации навязанного современной культурой образа¹⁵. Специалисты в области культурной антропологии говорят в подобных случаях о «дисциплинировании тела». Можно с уверенностью утверждать, что подобное поведение, его результаты важны для самооценки и чувства удовлетворения женщин, однако при этом требуют жертв и постоянного контроля.

Культурный образец указывает на то, что свойственно и что несвойственно для мужчин и женщин в таких вопросах, как курение сигарет (хотя в последнее время разница здесь все менее заметна) и употребление алкоголя. Пьяная женщина вызывает значительно больше неприятия и критики, чем пьяный мужчина. Существуют различные ожидания в отношении особенностей питания мужчин и женщин, например любимых блюд. Считается, что для мужчины более характерно употреблять мясные продукты, а для женщины – кондитерские изделия и мороженое. Практическая реализация подобных ожиданий формирует соответствующие вкусы и потребительские

выборы представителей обоих полов. Исследования показывают на существование таких важных для здоровья моделей поведения (т. е. употребления красного мяса и животных жиров) на практике¹⁶.

Кроме того, культурные нормы иначе трактуют сферу сексуального поведения мужчин и женщин. Большая вседозволенность в отношении к сексуальности мужчин способствует частой смене большого количества партнерш и случайным связям. Количество заболеваний у мужчин венерическими болезнями и ВИЧ многократно превосходят количество заболеваний у женщин¹⁷. Женщины, однако, чаще становятся жертвами насилия и сексуального домогательства, также это касается и детей женского пола¹⁸.

Эта проблема приближает нас к вопросу взаимоотношений мужчин и женщин в сексуальной жизни. Согласно проведенным в Польше исследованиям, образцы и регулярность интимной близости чаще соответствуют желаниям мужчины, чем являются следствием взаимного согласия партнеров¹⁹. Часто в этом деле доходит до различных форм принуждения, что также характерно для пар, состоящих в браке. Необходимо при этом отметить, что происходит это с молчаливого согласия женщин. Во многих существующих в данный момент образцах совместной жизни готовность партнерши к оказанию сексуальных услуг и настоящее или симулированное удовлетворение от них трактуется как условие прочного «удавшегося» союза. Можно считать, что польские женщины остаются в большей мере под влиянием «традиционной» модели отношений, чем женщины в других европейских странах. Часто мужская точка зрения приводит к насилию, в том числе физическому²⁰. Следствия этого насилия катастрофически влияют на здоровье. Здесь вновь дают о себе знать все еще существующие в нашей культуре образцы мужественности и женственности и взаимно очерченные отношения между ними.

Приведенные выше примеры показывают, как разносторонни, разнообразны и не всегда осознаваемы нами содержание и требования, адресованные культурой женщинам и мужчинам. Аналогичным образом существует много факторов, составляющих второй тип предложенных здесь объяснений и относящихся к месту в общественной структуре, занимаемой мужчинами и женщинами. Среди них наиболее важны факторы статусные и экономические, различия в видах и уровнях власти, которой обладают мужчины и женщины, в структуре обязанностей и связей.

Место в социальной структуре

Социально-экономические условия существенно влияют на здоровье мужчин и женщин. Известно, что лучшие жилищные условия, лучшее питание, возможности соответствующего отдыха или, наконец, доступ к лучшему медицинскому обеспечению способствуют сохранению хорошего здоровья. Доступность указанных ресурсов между тем принципиально различна для двух полов.

Во всем мире значительно больше женщин, чем мужчин, живет в нужде; более того, современные исследования явления бедности в равной мере в развитых странах, как и в развивающихся, указывают на феминизацию бедности.

В профессиональной иерархии высшие должности занимают мужчины, а женщины, выполняющие аналогичную работу, зарабатывают меньше. Также женщины чаще становятся жертвами безработицы, имеют меньше шансов продвижения по служебной лестнице, спрос на их труд ниже даже в случае относительно более высокого уровня образования²¹. В семьях с низким уровнем дохода потребности мужчины (часто единственного кормильца семьи) преобладают над потребностями женщины, плюс к тому же их здоровье и самочувствие часто оказывается в лучшем положении благодаря работе женщин по дому и другим семейным заботам (покупки, приготовление пищи,

стирка и поддержание чистоты). Отставание женщин в сфере трудоустройства и доходов приводит к тому, что потребности в сфере здоровья, обусловленные материальным положением, реализуются в меньшей мере. Роль социально-экономического положения в определении различий в состоянии здоровья мужчин и женщин демонстрируют британские исследования, в которых сравнивается состояние здоровья представителей обоих полов в зависимости от социально-экономического статуса, условий труда и жизненной ситуации.

Указанные исследования показали, что в подобранных по данному критерию группах наблюдаемые различия имели меньшие значения в отношении к различиям во всем населении²². На жизнедеятельность мужчин и женщин в разных социальных окружениях и социальных ситуациях, на их здоровье также влияет объем властных полномочий, которыми обладает человек. В патриархальной модели, которая все еще доминирует во многих семьях, важнейшие решения принимаются мужчинами, и ими определяются модели взаимодействия²³. Это подкрепляется более высокими доходами мужчин, что утверждает их в убеждении в том, что в материальном положении семьи определяющий – доход мужа. Если распределение властных отношений в семье проявляется в семейном насилии, то именно женщины становятся его жертвами*. Существенно больше объем власти «символической», которой обладают мужчины, проявляющейся в навязывании своих ожиданий, образцов поведения, внешнего вида женщин или влияния на их выбор в различных сферах жизни.

За последние годы в европейских странах появляется тенденция к уменьшению диспропорции в распределении власти в данной сфере. Однако данные исследований показывают, что в Польше мужчины все еще имеют привилегированное положение в семье, когда речь идет о разделении труда и обязанности, а равноправие – скорее модный постулат, чем реализованная практика**. Согласно результатам Европейского общественного обзора 2004 г., по позиции «равноправие в семейных обязанностях» Польша остается далеко позади таких стран, как Швеция, Финляндия и даже Эстония и Чехия.

Следует добавить, что многие женщины принимают такое положение вещей; даже работающие на полную ставку считают, что стирка, уборка и приготовление пищи их естественная обязанность, выражение супружеской и родительской любви. Часто женщины принимают более низкое вознаграждение за аналогичную в сравнении с мужчинами профессиональную деятельность, что представляет собой синдром «счастливого раба»²⁴. Здесь имеют значение ранее упомянутые культурные образы мужественности и женственности, поскольку они определяют структуру доминирования и подчинения, существующую в различных сферах жизни обоих полов. Обслуживающая роль женщин, соединение профессиональной деятельности с домашними и семейными обязанностями часто указываются как причина истощения и усталости, а нехватка отдыха – как элемент ежедневной действительности.

Отношения, связанные с болезнью и здоровьем партнеров, не симметричны. Известно, что в болезни не только ребенка, но и мужа на женщину ложится основная забота о больных, хотя она не всегда может рассчитывать в подобных ситуациях на взаимность и интерес к собственному здоровью. Исследования показывают, что знания мужчин о проблемах со здоровьем их партнерш находится на удивительно низком уровне. В исследовании на тему

* Согласно данным Главного Полициейского Управления, женщины в девять раз чаще становились жертвами домашнего насилия, чем мужчины (GUS, 2007).

** Согласно исследованиям 2002 г., мужчины в среднем проводили на работе в течение недели на 9,5 часов больше женщин, при этом женщины еженедельно посвящали 45 часов на работу по дому и уход за детьми (Titkow, Duch, Budrowka, 2004).

менструальных болей* около 80 % женщин указало, что их месячные часто или вообще каждый раз сопровождаются болезненными ощущениями, при этом более чем в 50 % случаев речь идет о сильных болях. Однако только 28 % мужчин, принимавших участие в этом же исследовании, знали об этом. На вопрос о том, испытывает ли партнерша болезненные ощущения во время интимной близости, более 20 % мужчин ответили, что не знают²⁵.

Опыт переживания стрессовых ситуаций, поддержка со стороны окружающих

Независимо от тяжелых и травматических жизненных событий, которые случаются в жизни любого человека, каждый подвержен стрессу вследствие встречающихся проблем, конфликтных ситуаций, трудных испытаний или разного рода угроз.

Многие подобные явления носят затяжной «хронический» характер, вызывая ряд нейрофизиологических процессов, несут угрозу здоровью. По вопросу о том, мужчины или женщины подвержены стрессу в большей степени, трудно судить, ведь стрессогенные причины для мужчин и женщин часто различны. Исследования на эту тему противоречивы. В трудовой сфере мужчинам чаще приписываются стрессы, вызванные «управленческими факторами» – необходимостью несения ответственности, быстрого принятия решений, разрешения конфликтных ситуаций. Разумеется, ситуации подобного рода могут переживаться и женщиной, однако случается это реже. Новейшие исследования показывают, что наибольшее значение здесь следует приписывать низкому статусу и слабому уровню контроля за работой, что ставит женщину в худшее положение.

В последнее время в Польше часто подчеркивалось присутствие стрессогенных факторов, связанных с безработицей и бедностью. С подобного рода стрессами сталкиваются представители обоих полов, хотя непосредственный источник встречаемых опасностей может быть различным. Стресс, связанный с безработицей, сильнее влияет на функционирование мужчины, поскольку активность во внешней сфере, сфере недомашней – элемент предписываемой ему роли и характеристики личности. Стрессогенной может быть ситуация одного кормильца, ставящая в зависимость от экономических успехов мужа и отца материальные условия всей семьи. В семьях с ограниченным бюджетом женщины вынуждены принимать трудные ежедневные решения, связанные с ограниченными хозяйственными нуждами ресурсами, со знаменитым сведением «концов с концами». В ситуации бедности стрессы, с которыми сталкиваются женщины, можно охарактеризовать как последствия «управления» семейной бедностью.

Для женщин, занимающихся профессиональной деятельностью, стрессогенным фактором может быть несоответствие оплаты за выполняемую работу (более низкий уровень оплаты труда женщин в сравнении с заработной платой мужчин на аналогичных должностях), более низкая стабильность трудоустройства и случаи сексуальных домогательств – и все это дополняется недооцененной, неблагодарной домашней работой. Существуют исследования²⁶, которые доказывают, что женщины подвержены депрессиям больше в сравнении с мужчинами. Некоторые признаки депрессии в этих работах трактуются как общественные явления, элемент медицинского дискурса. Женщины чаще подвержены депрессии, поскольку имеют для этого причины. Это и несправедливое распределение социальных ролей и структурных возможностей в обществе.

Ожидания от женщин включают такие особенности, как предрасположенность к подчинению, зависимость, подавление негативных эмоций. В подоб-

* В интернет-исследовании приняли участие 1254 женщины и 416 мужчин. Представлены респонденты со средним и высшим образованием.

ной модели остается мало места для реализации собственных стремлений, желаний; успехи женщин в большей степени измеряются достижениями других – мужа или детей, которым согласно доминирующим ожиданиям они должны себя «посвятить». Подобная ситуация порождает много стрессов, приводит к пассивности и самоотречению, к попаданию в зависимость от других даже в таких вопросах, как ощущение жизненного удовлетворения и довольства собой. Эти утверждения подтверждают статистику проявления депрессивных состояний, которая более характерна для среды домохозяек²⁷.

Подтвержденная исследованиями разница между обоими полами связывается со средствами, к которым прибегают мужчины, стремясь к снятию стресса²⁸. Женщины чаще, чем мужчины, прибегают к помощи социального окружения как средству получения поддержки в трудных ситуациях; делятся с другими своими заботами, более открыты в их проявлении и готовы поделиться ими с окружающими.

Для мужчин механизмы общественной поддержки слабее, их отчуждение сильнее. В общем мужчины входят в более слабые эмоциональные связи с близкими, более ориентированы на внешнее, чем домашнее, семейное. В то же время поддержка от окружающих и умение ее получать – один из наиболее эффективных способов борьбы со стрессом²⁹. Более сильное включение женщин в социальную группу служит для них преградой, о которую эффективно разбиваются проблемы и жизненные неудачи. Получение и осознание этой поддержки, несомненно, самый полезный фактор для здоровья мужчин и женщин. Другими являются «химические» стратегии снятия напряжения, к которым прибегают мужчины и женщины. Для первых наиболее частым средством становится алкоголь, для вторых – успокаивающие медицинские препараты (антидепрессанты).

Образ жизни

Образ жизни человека в наибольшей мере формируется через доминирующие в его окружении культурные образцы и место человека в социальной структуре, а непосредственное воздействие указанных образцов на состояние здоровья не вызывает сомнения.

Интерес к изучению вариантов образа жизни, совокупности моделей поведения, связанных со здоровьем, появился в начале 1980-х гг., когда длительные эпидемиологические исследования показали, что медицинский прогресс имеет меньшее влияние на продолжительность жизни, чем факторы окружения, и в том числе те, которые мы бы назвали образом жизни. Перспективное исследование в округе Аламида (Калифорния) показало, что соблюдение лишь базовых условий здорового образа жизни продляет жизнь мужчинам в среднем на 11, а женщинам – на 7 лет³⁰. Как, исходя из этого, сегодня образ жизни разделяет оба пола? Проведенные в Польше исследования позволяют нам увидеть различия в этом вопросе³¹. Баланс этих моделей поведения можно представить в виде таблицы.

Таблица

Баланс моделей поведения, полезных для здоровья мужчин и женщин

Наиболее частые практики, полезные для здоровья, реализуемые мужчинами	Физическая активность Свободное время для отдыха, хобби Длительный ночной сон
Наиболее частые практики, полезные для здоровья, реализуемые женщинами	Употребление в пищу фруктов, салатов Прохождение медицинских обследований (в том числе у дантиста) Контроль за собственным весом

Наиболее частые практики, несущие риск для здоровья, реализуемые мужчинами	Курение Употребление алкоголя Употребление в пищу красного мяса и животных жиров
Наиболее частые практики, несущие риск для здоровья, реализуемые женщинами	Отсутствуют
Практики в вопросе сохранения здоровья, статистически не различающие мужчин и женщин	Ежедневная гигиена Завтрак перед выходом из дома

По данным таблицы видно, что существует разница в способах питания, физической активности и отдыхе, потреблении алкоголя и табачных изделий. Мужчины менее строго, чем женщины, соблюдают правила здорового образа жизни, хотя это не является безусловным правилом. Пол, между тем, не является самым важным фактором, создающим различия в реализации практик, направленных на сохранение здоровья. Большое значение имеет в этом, естественно, возраст, но при этом существенную роль, даже относительно большую, чем пол, следует приписывать статусу, в частности образованию. Образование – вид капитала, который представляет сознание в области здоровья: знание факторов риска заболеваний, способов их предупреждения, моделей заботы о здоровье. Значим также уровень материальной обеспеченности, который гарантирует лучшие возможности использования этого сознания на практике. Однако и тут существует разница в возможностях реализации отдельных элементов образа жизни, касающихся обоих полов. Сравнивая эффект «накладывания» влияния образования и пола, можно констатировать, что относительно лучшего результата в реализации стиля жизни, направленного на сохранение здоровья, достигают высоко образованные женщины, а худшего – низко образованные мужчины³². На самом ли деле женщины лучше используют свое образование в вопросе заботы о здоровье?

Медицинский аспект

Многие исследования указывают на различия в пользовании услугами системы здравоохранения между мужчинами и женщинами. Согласно исследованию состояния здоровья населения Польши³³, женщины чаще посещают врача, в том числе дантиста, употребляют больше лекарств, чаще попадают в больницу. Наблюдения также показывают более частое присутствие женщин в качестве пациентов службы здравоохранения. Исследования, посвященные пользованию услугами системы здравоохранения, между тем не много нам сообщают о качестве полученных свидетельств, кроме данных об общем уровне удовлетворения от полученных услуг.

В этих исследованиях оба пола вообще не различаются достаточно четко. Означает ли это, однако, что женщины и мужчины трактуются медициной одинаково? Достаточно ли медицинское знание учитывает различия между мужчинами и женщинами? Проблема эта не была предметом детального анализа в Польше, хотя привлекает все больше внимания зарубежных ученых, исследующих проблемы обусловленности здоровья гендерным аспектом.

В медицине многие годы проблемы здоровья женщин отождествлялись с проблемами, связанными исключительно с репродуктивным здоровьем. Таким образом, женщина как предмет отдельного интереса медицины появляется в контексте вопросов, связанных с менструальным циклом, предродовой опекой или болезнями детородных органов. В кругу базовых интересов медицины существовал, скорее, неопределенный «пациент», или «больной», который чаще, однако, был мужчиной. Символично, что свидетельствовать об этом могут хотя бы учебники по медицине или анатомические атласы, демонстрирующие сложности человеческого организма на примере мужских

тел; элементы женского тела присутствуют в них только в пространстве репродуктивного здоровья.

Другие, не связанные с репродукцией, характеристики в сфере здоровья, различающие мужчин и женщин, стали предметом систематического анализа лишь около 40-50 лет тому назад. По-прежнему специфика здоровья женщин не в достаточной мере присутствует в исследованиях и медицинской практике. Проблемы здоровья женщин не в полной мере представлены в эпидемиологических исследованиях. К примеру, проведенные с многотысячными выборками исследования, которые привели к выделению образца поведения «А»³⁴, повторялись исключительно на мужчинах, хотя результаты тех исследований были обобщены на оба пола. Фармакологические исследования, требующие использования лабораторных животных, проводятся почти во всех случаях на самцах (исключение составляют тесты лекарств, связанных со сферой деторождения и так называемыми женскими болезнями), хотя аналогично, как и в предыдущем случае, полученные результаты в дальнейшем обобщаются для обоих полов³⁵. Многие проблемы в сфере здравоохранения женщин (например, последствия длительного орального приема контрацептивных средств, употребляемых только женщинами) не встречают должного внимания врача и не в достаточной мере представлены в мировых медицинских исследованиях³⁶. Не хватает, помимо того, однозначной интерпретации некоторых проблем со здоровьем женщин, которые затрудняют собственно их диагностирование и лечение. Примером тому может служить предменструальный синдром. Также в вопросах сексуального здоровья значительно больше внимания посвящено проблемам мужчин, чем женщинам. В Польше, в последнем учебнике основ сексологии, изданном Медицинским издательством (Wydawnictwo Lekarskie) в 2010 г., в разделе на тему сексуальных расстройств пишется прежде всего о расстройствах эрекции и эякуляции.

Мужчины и женщины одинаково трактуются в системе здравоохранения – и тут ситуация вновь представляется не в пользу женщин. Существующие данные показывают, что схожие жалобы могут быть иначе диагностированы и по-разному лечиться среди мужчин и женщин. В двух американских исследовательских проектах NERI³⁷ утверждается, что врачи, ежедневно встречающиеся с идентичными симптомами, чаще диагностировали их у мужчин как болезни кровообращения, направляя пациентов к кардиологу, рекомендуя госпитализацию или более инвазивные методы лечения, в то время как женщины чаще получали диагнозы психиатрические. Также исследования, касающиеся других заболеваний, подтвердили, что те же самые симптомы у мужчин и женщин приводят к различным диагнозам и, соответственно, терапевтическим средствам³⁸. Эти результаты являются не только в значительной мере производными от эпидемиологических исследований, но и определенных, существующих в медицинском мире стереотипов на тему болезней и способов проявления симптомов среди мужчин и женщин. В медицинских диагнозах достаточно часто встречается убеждение о роли «нервов», «истерии» и «ипохондриии» женщин в этиологии различных жалоб³⁹. Это позволяет сделать вывод, что медицина по-разному трактует проблемы мужчин и женщин со здоровьем.

Следует отметить, что часть ответственности за эту ситуацию можно связать с особенностями указания на симптомы; в одном из исследований, посвященных диагностированию ревматических заболеваний (имеющих объективными свидетельствами рентгеновские снимки), засвидетельствовано, что женщины во время разговора с врачом в меньшей мере концентрировались на указании на боль, чем мужчины, а также чаще попадали на операцию тазобедренного сустава в худшем состоянии, чем мужчины, переживая перед этим больше болезненных ощущений и недееспособности⁴⁰. Подобные результаты получила С. Макинтайр⁴¹, сравнивая жалобы жертв обычного переохлаждения: мужчины в разговоре с врачом значительно чаще имели тенденцию к преувеличению указываемых симптомов. В конечном результате мужчины получали более эффективное лечение, чем женщины.

Выводы

Наши предыдущие рассуждения о социальных коррелятах различий в здоровье мужчин и женщин показывают, что мы имеем здесь дело с проблемой, которая не так легко поддается однозначной интерпретации. На самом деле женщины живут в среднем дольше, чем мужчины, однако это не означает, что в их жизни встречается меньше болезней и жалоб. Женщины в целом хуже, чем мужчины, оценивают свое здоровье, особенно в аспекте физического самочувствия. Условия жизни и труда женщин не выглядят полезными для здоровья – если, однако, объективно им не «лучше», то, как представляется, они все же лучше справляются с трудностями и жизненными неудачами, чем мужчины. Женщины более активны в совершении действий, направленных на сохранение здоровья, обладают более глубокими медицинскими познаниями и более сознательны в вопросах сохранения здоровья, хотя медицинские институты имеют тенденцию к преимущественной трактовке медицинских вопросов исходя из проблем здоровья мужчин.

Различия в состоянии здоровья соматического и психического, равно как и различия в средней продолжительности жизни мужчин и женщин, – феномен, существующий во всех промышленно развитых странах. Однако в странах Восточной Европы, а также в Польше эти различия более заметны, чем в других государствах. Какие специфические факторы могли влиять на относительное увеличение разницы в Польше и других восточноевропейских странах? В общем здесь можно указать прежде всего на распространение вредных для здоровья моделей поведения, а именно доминирующее среди мужской части населения одновременное высокое потребление алкоголя и сигарет, вредное влияние которых на здоровье носит синергетический характер.

Определенные дополнительные объяснения, в частности соответствующие сфере психического функционирования, могут быть дополнены анализом доминирующих ценностей и идеологий, связанных с пониманием того, что значит «быть женщиной» в Польше в течение последних нескольких десятков лет. Послевоенная активизация трудовой деятельности женщин, мотивированная главным образом экономическими факторами, привела к увеличению роли женщины в обществе (без возможности отказа от какого-либо элемента традиционной роли), при одновременном отсутствии специальных возможностей самореализации и отдельного поощрения.

Для значительной части женщин подобная ситуация, без каких-либо изменений, существует до сегодняшнего дня. Между тем кажется, что появление многих новых задач и дополнительных нагрузок и лишений не имело и не имеет для многих женщин однозначно стрессогенного характера. Традиция посвящать себя детям, мужу, семье, репрезентируемая героическим образом Матери-Польки, которая в состоянии преодолеть любые трудности, с давних пор сильно интегрирована в образ женщины. Возможно, что собственно эта способность противостоять трудным испытаниям в отношении самых близких была в течение многих лет наградой за терпеливо переносимые ежедневные трудности, улучшала самооценку женщин и служила преградой, ослабляющей действие факторов, ухудшающих здоровье и самочувствие. Если женщины были и являются чрезмерно эксплуатируемы, то, в общем, не тем образом, который бы угрожал их чувству собственного достоинства и самооценке. До 1990-х гг. в дискурсе на тему положения женщин не появилось понятия дискриминации, не нашло также большого отклика широко распространенное феминистское движение.

Тезисы эти на сегодняшний день подтверждают исследования о том, что кроме объективно более низкого социального положения, больших нагрузок, связанных с необходимостью выполнения трудовых и семейных обязанностей, более низких шансов на появление в сфере публичной жизни, многие женщины принимают подобное положение как естественное, и оно не вызывает у них сильных эмоций. Тем самым эта ситуация, честно говоря, объективно не

несущая пользы, не представляет для многих женщин серьезной опасности ни для стабильности системы, в которой они находятся, ни для психологического состояния⁴². Способность к принятию своего положения, умение вырабатывать способы решения жизненных проблем и находить смысл в своих трудностях и жертвах могли, согласно модели салютогенеза* Аарона Антоновского⁴³, привести к росту уровня их «обобщенных иммунных ресурсов», – предупреждая негативные эффекты перетруждения, стрессов и неудач, – а в результате продлить их жизнь. Можно судить, что ситуация эта относится в значительной мере и к женщинам из других стран Восточной Европы.

Какие же существуют возможности уменьшения неравенства между мужчинами и женщинами? Анализ состояния здоровья с учетом социально-экономического развития разных стран показывает, что здоровье является в значительной мере функцией общего благосостояния. Примером тому могут служить наиболее богатые страны Евросоюза. Существенно, что величина национального дохода на душу населения показывает наибольший процент изменчивости средних показателей здоровья населения различных государств, хотя данный факт не исключает отсутствия неравенства. Часто можно услышать мнение, что вместе с ростом богатства и процессом приближения Польши к стандартам здравоохранения в «старых» странах Евросоюза улучшатся не только показатели здоровья и долголетия, но и автоматически уменьшится неравенство в здоровье между различными сегментами общества.

Между тем детальный анализ данных на тему здоровья показывает, что общественное неравенство в вопросе здоровья сохраняется и даже может углубиться, помимо улучшения общих (средних) показателей, – и происходит так даже в наиболее богатых странах. Неравенство, таким образом, как старалась показать автор, существует на различных уровнях организации общества, и противодействие ему требует поиска его источника, того места, где оно появляется. В случаях неравенства, порождаемого гендерным фактором, это требует преодоления неравенства, существующего в конфликтах интересов, в стандартах жизни, соответствующем доступе к здравоохранению, а также изменения культурных образцов и патриархальных стереотипов мужественности и женственности, которые на самом деле не служат ни здоровью мужчин, ни здоровью женщин. Прежде всего, однако, факт существования этих неравенств должен быть осознан обществом в большей мере.

¹ См.: Wilkinson R., Pickett K. *Duch równości*. Warszawa, 2011.

² См.: Golinowska S. *Przestrzenny wymiar nierówności zdrowia i polityka spójności*. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*. Warszawa, 2011.

³ См.: Arber S. *Chronic illness and the life course: class inequalities among men and women in Britain* // *Medical sociology: Research on Chronic illness*. Bonn, 1993.

⁴ См.: Wojtyniak B., Goryński P. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Warszawa, 2008.

⁵ См.: Verbrugge L. *Gender and Health. An Update of Hypotheses and Evidence* // *Journal of Health and Social Behavior*. 1985. Nr. 26. P. 282–304.

⁶ См.: Lahelma E., Martikainen P., Rahkonen O., Silventoinen K. *Gender Differences in ill Health in Finland: Patterns, Magnitude, and Change* // *Social Science and Medicine*. 1999. Nr. 48. P. 7–19.

⁷ См.: *Women and Health. Today's evidence, tomorrow agenda*. Генева, 2009.

⁸ См.: Waldron I. *What do we know about causes of sex differences in mortality?* // *Quarterly Journal of Economics*. 2001. Nr. 107. P. 1283–1302; Case A., Paxson C. *Sex differences in morbidity and mortality*. *Demography*. 2005. Nr. 42, 2. P. 189–205.

⁹ См.: Reinish J. M. i in. *Różnice między płciami pojawiają się w pierwszym roku życia* // M. R. Walsh. *Kobiety, mężczyźni, płęć. Debaty w toku*. Warszawa, 2003.

¹⁰ См.: Carli L. 2003. *Biologia nie tworzy odrębnych osobowości kobiet i mężczyzn* // M. R. Walsh. *Kobiety, mężczyźni, płęć. Debaty w toku*. Warszawa, 2003.

¹¹ См.: Titkow A., Domański H. *Wstęp* // *Co to znaczy być kobietą w Polsce*. Warszawa, 1995.

* Модель подхода к здравоохранению, основанная не на выявлении и лечении болезни (патогенез), а на сохранении здоровья (О. А. Алампиев).

- ¹² Cm.: Wojnarowska B. Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Warszawa, 1998.
- ¹³ Cm.: Ostrowska A. Prozdrowotne style życia. Promocja Zdrowia // Nauki Społeczne i Medycyna. 1997. Nr. 10–11. S. 7–25.
- ¹⁴ Cm.: Jarosz M. Samozniszczenie, samobójstwo, alkoholizm, narkomania. Warszawa, 1980.
- ¹⁵ Cm. Bożek R., Rychłowska I. Szczupła, chuda, chudsza... Kulturowe uwarunkowania anoreksji i bulimii. O jedzeniu i niejedzeniu w czasopiśmie kobiecych // Kultura i Społeczeństwo. 2001. Nr. 2. S. 141–157.
- ¹⁶ Cm.: Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. Warszawa, 1999.
- ¹⁷ Cm.: Izdębski Z. Wiedza, przekonania o HIV/AIDS w społeczeństwie polskim. Warszawa, 2000.
- ¹⁸ Cm.: Garcia Moreno C. i in. Prevalence of intimate partner violence: finding of the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Lancet, 2006. P. 1260–1269.
- ¹⁹ Cm.: Długołęcka A. Raport o seksualności Polaków. Warszawa, 2002.
- ²⁰ Cm.: Duch-Krzystoszek D. Kto rządzi w rodzinie. Warszawa, 2007.
- ²¹ Cm.: Sztanderska U., Grotkowska G. Zatrudnienie i bezrobocie mężczyzn i kobiet // Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce. Warszawa, 2007.
- ²² Cm.: Emslie C., Hunt K., Macintyre S. Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees // Social Science and Medicine. 1999. Nr. 48. P. 33–48.
- ²³ Cm.: Duch-Krzystoszek D., Titkow A. Polka i jej rodzina na tle Europy. Redystrybucja prac domowych: jej uczestnicy i konteksty // W środku Europy? Warszawa, 2006. S. 127–184.
- ²⁴ Cm.: Domański H. Zadowolony niewolnik. Studium o różnicach społecznych między mężczyznami i kobietami w Polsce. Warszawa, 1992.
- ²⁵ Cm.: Bóle miesięczkowe i endometrioza. Raport z badania. 2010.
- ²⁶ Cm.: Garmanikov E. i in. Gender, Class and Work. New York, 1983.
- ²⁷ Cm.: Rosenfield S. The effects of women's employment: personal control and sex differences in mental health // Journal of Health and Social Behavior. 1989. Nr. 33. P. 231–225.
- ²⁸ Cm.: Thoits P. Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? // Journal of Health and Social Behavior. 1995. Extra issue. P. 53–79.
- ²⁹ Cm.: Lazarus R. S. Radzenie sobie ze stresem wywołanym chorobą // Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych. Red. A.Kaplun. Łódź, 1997. S. 3–16; Budrys G. Unequal health. Rowman and Littlefield Publishers. New York, 2003.
- ³⁰ Cm.: Berkman L., Breslow L. Health and ways of living: The Alameda County Study. Fairlawn NJ. Oxford, 1983.
- ³¹ Cm.: Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. Bilans dekady // Jak żyją Polacy. Warszawa, 2000. S. 101–120; Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku. Warszawa, 2007.
- ³² Там же.
- ³³ Cm.: Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku. Warszawa, 2007.
- ³⁴ Cm.: Friedman M., Rosenman R. H. Type A behavior and your heart. New York, 1974.
- ³⁵ Cm.: McBride A., McBride M. Theoretical Underpinnings for Women's Health. Diagnosis and Treatment. 1985.
- ³⁶ Cm.: Abbot P., Wallace C. Women, Health and Caring // An Introduction to Sociology: Feminist Perspectives. London, 1993. P. 24–41.
- ³⁷ Cm.: Stacey M., Olesen V. Introduction. Special Issue: Women, Men and Health // Social Science and Medicine. 1993. Nr. 1. P. 1–5.
- ³⁸ Cm.: Enriquez J. R. i in. Women tolerate drug therapy for coronary artery disease as well as man do, but are treated less frequently with aspirin, [beta]-blockers, or statins. Gender Medicine. 2008. Nr. 5(1). P. 53–61.
- ³⁹ Cm.: Friedman M., Rosenman R. H. Type A behavior and your heart. New York, 1974.
- ⁴⁰ Cm.: Holtzman J., Khal S., Kane R. Gender differences in functional status and pain in Medicare population undergoing elective surgery // Medical Care. 2002. № 40 (6). P. 461–470.
- ⁴¹ Cm.: Macintyre S. Gender differences in the perception of common cold symptoms // Social Science and Medicine. 1993. № 36 (1). P. 15–20.
- ⁴² Cm.: Titkow A. Tożsamość polskich kobiet. Warszawa, 2007.
- ⁴³ Cm.: Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Warszawa, 1995.

*Перевод с польского кандидата философских наук,
доцента И. А. Бортника и О. А. Алампиева*

Поступила в редакцию: 20.09.12.