

SABINA KRÓLIKOWSKA

ROLA STEREOTYPÓW PŁCI W KSZTAŁTOWANIU POSTAW KOBIECI I MĘŻCZYŹN WOBEC ZDROWIA

THE ROLE OF GENDER STEREOTYPES IN SHAPING MEN'S AND WOMEN'S ATTITUDES TOWARDS HEALTH

Zakład Badań Problemów Społecznych i Pracy Socjalnej
Instytut Socjologii UAM
Kierownik: prof. dr hab. Anna Michalska

Streszczenie

Wstęp. Uznając płęć, jako jeden z istotnych wyznaczników nierówności w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami należy zwrócić uwagę na dwa typy zależności. Pierwszy odpowiadał będzie zróżnicowaniu wynikającemu z przyczyn biologicznych (sex), drugi natomiast ze społeczno-kulturowych (gender). Obok przyczyn biologicznych wynikających z płci biologicznej, nierówności w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami wynikają również z odmiennych wzorów zachowań w ramach pełnionych ról społecznych, odmiennych stylów życia czy zróżnicowanych postaw wobec zdrowia i choroby, które z kolei warunkowane są wieloma różnorodnymi czynnikami społeczno-kulturowymi, wśród których ważną rolę odgrywają stereotypy płci.

Cel. Celem artykułu jest prezentacja wyników badań empirycznych na temat roli stereotypów płci w kształtowaniu postaw kobiet i mężczyzn wobec zdrowia.

Material i metoda. Główną metodę stanowi metaanaliza publikacji (raportów badawczych, artykułów, danych epidemiologicznych) na temat zdrowia mężczyzn i kobiet.

Wyniki i wnioski. Odmiennie sposoby socjalizowania dziewczynki i chłopców do ról małżeńsko-rodzinnych oraz zawodowych, odmienny rodzaj więzi społecznych charakteryzujący kobiety i mężczyzn, odmiennie cechy osobowości uznawane za typowo „kobiece” lub „męskie”, mają bezpośredni wpływ na pozycje obu płci w stratyfikacji społecznej. Wykształcenie, dostęp do pracy, wykonywany zawód czy dochody różnicują dodatkowo w znacznym stopniu postawy wobec zdrowia i choroby. Płęć kulturowa (gender) kształtowana jest już w toku wczesnej socjalizacji i podtrzymywana przez strukturę społeczną, stąd wzory kulturowe w odniesieniu do kobiecości i męskości uwidaczniające się w wielu sferach życia społecznego, dotyczą również praktykowania zachowań zdrowotnych, zagrażających zdrowiu czy antyzdrowotnych. Mężczyźni i kobiety charakteryzują się odmiennym podejściem do dbania o zdrowie, do profilaktyki zdrowotnej, do zachowań zagrażających zdrowiu czy antyzdrowotnych. Stereotypy związane z płcią w istotny sposób wpływają na zdrowie somatyczne oraz psychiczne kobiet i mężczyzn.

SŁOWA KLUCZOWE: stereotypy płci, męskość, kobiecość, zachowania zdrowotne, zachowania związane ze zdrowiem, zachowania antyzdrowotne.

Summary

Introduction. When recognising gender as one of the important determinants of inequalities between the health of men and women an attention should be paid to two types of dependencies. The first dependency will match the diversification resulting from biological reasons, the second from the socio-cultural ones. Apart from biological reasons arising from sex, inequalities in health between men and women also result from different patterns of behaviour within the social roles, different lifestyles and diversified attitudes towards health and illness, which in turn are conditioned by a wide variety of socio-cultural factors, among which the important role is played by gender stereotypes.

Aim. The aim of the article is to present the empirical data concerning the role of gender stereotypes in shaping men's and women's attitudes towards health.

Material and method. The main method used in this study is meta-analysis of publications (research reports, articles, epidemiological data) on the health of men and women.

Results and conclusions. Different ways of socialising boys and girls into marriage, family and professional roles, a different kind of social bonds characterising women and men, as well as different personality traits considered typically 'feminine' or 'masculine' have a direct impact on the positions of both sexes in social stratification. Education, access to employment, occupation or income further differentiate significantly attitudes toward health and illness. Gender is already shaped during the course of early socialisation and it is supported by social structure, hence the cultural patterns in relation to femininity and masculinity that become apparent in many spheres of social life, also apply to the practice of health behaviours, health-threatening or anti-health behaviours. Men and women have a different approach to health care, preventive care, health-threatening or anti-health behaviours. Gender stereotypes significantly influence the somatic and mental health of women and men.

KEY WORDS: gender stereotypes, masculinity, femininity, health behaviours, health-threatening behaviours, anti-health behaviours.

Stereotypy płci. Struktura oraz podstawowe funkcje stereotypów

Pojęciu „stereotyp” nadaje się zazwyczaj znaczenie pejoratywne. W definicjach słownikowych podkreśla się schematyczny, uproszczony, jednostronny charakter stereotypów. Według K. Olechnickiego i P. Załęckiego stereotyp „to konstrukcja myślowa, zazwyczaj powszechna wśród członków danej grupy społecznej, oparta na schematycznym i uproszczonym postrzeganiu rzeczywistości (zjawisk społecznych, kulturowych lub pewnej kategorii osób), zabarwionym wartościująco, często bazującym na uprzedzeniach i niepewnej wiedzy (...)” [1]. Płeć będąc cechą uniwersalną i łatwo identyfikowalną jest szczególnie podatna na tworzenie stereotypów. Stereotypy będąc zespołem uproszczonych i sztywnych przekonań na temat osobistych atrybutów grupy osób, czy kategorii społecznych np. kobiet i mężczyzn, jako stereotypy płci opisują przekonania, że szczególnie zachowania charakteryzujące jedną płęć, nie odnoszą się do drugiej [2].

Pojęcie „stereotypy płci” (gender stereotypes) stosowane jest zamiennie w literaturze przedmiotu z następującymi pojęciami: „stereotypy związane z płcią”, „stereotypy płci socjokulturowej”, „stereotypy płci kulturowej”, „stereotypy płci psychologicznej”, „stereotypy rodzaju”, ale i z rzadziej stosowanymi terminami, takimi jak „stereotypy płciowe” czy „stereotypy męskości i kobiecości” [2, 3].

Stereotypy są odzwierciedleniem wiedzy funkcjonującej w społecznej świadomości na temat różnych grup czy kategorii społecznych. Wiedza ta pochodzi z wielu źródeł i jest kształtowana przez różnorodne czynniki, m.in. przez szeroko rozumianą kulturę: mass media, systemy wychowania i edukacji, systemy religijne, literaturę i sztukę oraz naukę, ale także kształtowana jest poprzez proces socjalizacji w rodzinie [4, 5, 6].

Według L. Brannon stereotypy męskości i kobiecości, to przekonania dotyczące cech psychicznych mężczyzn i kobiet, jak również działań odpowiednich dla jednej lub drugiej płci [7]. K. Deaux oraz L. Lewis przedstawiły złożoność stereotypów płci, opisując stereotyp męskości i kobiecości składający się z czterech części składowych. Komponenty te to stereotypy dotyczące: cech osobowości, ról społecznych, wyglądu zewnętrznego (w tym fizyczności kobiet i mężczyzn) oraz zawodów. Komponent wyglądu zewnętrznego jest silnie skorelowany i wpływa na pozostałe części składowe stereotypów męskości i kobiecości, będąc najłatwiej identyfikowalnym i dostępnym w relacjach interpersonalnych. Przez pryzmat cech fizycznych jednostki postrzegają pozostałe komponenty stereotypów płci [8]. Na cztery komponenty stereotypów związanych z płcią wskazywali również w klasycznych już badaniach I. Broverman i współpracownicy [9].

Stereotypy cech związanych z płcią to zestaw cech psychicznych i właściwości behawioralnych, które w danej kulturze, przypisywane są każdej z płci. Stereotypy ról płciowych odnoszą się natomiast do zbioru przekonań na temat rodzajów aktywności, postrzeganych, jako odpowiednie dla kobiet oraz odpowiednie dla mężczyzn. Stereo-

typy te obejmują głównie role wynikające z podziału obowiązków zawodowych oraz rodzinnych. W myśl stereotypów ról płciowych, role osoby odpowiedzialnej za zabezpieczenie bytu materialnego rodziny, to role męskie, natomiast opieka i wychowanie dzieci, a także prowadzenie gospodarstwa domowego to role przypisane kobiecie [4]. Według Deaux i Lewis charakterystyki męskości i kobiecości w kontekście ról społecznych przedstawiają się następująco: stereotyp męski w tym zakresie polega na tym, że mężczyzna jest tzw. głową rodziny, przywódcą, jest odpowiedzialny za utrzymanie finansowe rodziny oraz za naprawy w gospodarstwie domowym. Kobieta natomiast stanowi źródło wsparcia emocjonalnego dla członków rodziny, jest osobą zarządzającą gospodarstwem domowym, opiekującą się i wychowującą dzieci oraz osobą odpowiedzialną za urządzenie domu [8].

Role te ściśle wiążą się ze stereotypami dotyczącymi zawodów. Stereotypowo istnieje przekonanie, że kobiety sprawdzają się w zawodach, które będą przedłużeniem ich ról rodzinnych, czyli w zawodach związanych z pomocniczością, opiekuńczością, okazywaniem empatii, wymagających komunikatywności. Mężczyźni natomiast w zawodach wymagających siły fizycznej, determinacji w działaniu, szybkości w podejmowaniu decyzji, w zawodach wymagających zdolności przywódczych, zarządzających. Tradycyjne role kobiet i mężczyzn w społeczeństwie są więc zgodne z treścią stereotypów płci.

W literaturze pojawiają się różnorodne etykiety cech typowo męskich lub kobiecych, łączone w pary określeń, często skonstruowane na zasadzie opozycji, dychotomii. W klasycznych już badaniach Brovermana i jego współpracowników za „rdzeń” stereotypów związanych z płcią uznano po dwie pary stereotypowych cech – kompetencję i racjonalność, jako cechy męskie oraz ciepło i ekspresyjność, jako cechy typowo kobiece [9]. T. Parsons natomiast charakteryzuje typowego mężczyznę poprzez instrumentalność, a kobietę poprzez ekspresyjność [10]. D. Bakan używa określeń działający (zorientowany na działanie – mężczyzna) versus wspólnotowa (zorientowana na ludzi – kobieta) [11]. W bardziej rozbudowanych charakterystykach badacze wymieniają szereg cech stereotypowo uznanych za typowo męskie, czy typowo kobiece. Męskość składa się według badaczy z następujących, stereotypowych cech: z niezależności, przedsiębiorczości, ambicji, dominacji, zaufania do siebie – polegania na sobie, samowystarczalności, agresywności, indywidualizmu. Ponadto w myśl stereotypu mężczyźni są konsekwentni w działaniu, odważni, ekspansywni, mają łatwość podejmowania decyzji oraz poczucie wyższości [9, 12]. Deaux i Lewis wyróżniły osiem cech osobowości wchodzących w skład stereotypu męskiego: niezależność, aktywność, kompetencja, łatwość podejmowania decyzji, niezawodność, wiara w siebie, nieuleganie naciskowi oraz poczucie przywództwa [8]. Stereotypowa kobiecość wyraża się natomiast w następujących cechach – kobiety są skoncentrowane na innych, na niesieniu pomocy, na opiece, charakteryzuje je interpersonalna wrażliwość, bezinteresowność, wysoki poziom empatii, ekspresja emocjonalna wyrażająca się delikatnością,

uprzejmością i życzliwością [11]. Dla Deaux i Lewis stereotyp kobiecych cech osobowości to: emocjonalność, zdolność do poświęceń, delikatność, czułość, troska o uczucia innych, umiejętność rozumienia innych, ciepło w relacjach z innymi oraz pomaganie [8].

Biorąc pod uwagę komponent wyglądu zewnętrznego stereotypowa kobiecość polega na posiadaniu delikatnego głosu, na schludności, wdzięku oraz miękkości ruchów, natomiast fizyczność mężczyzny charakteryzuje się siłą, wysokim wzrostem, krzepkością oraz rozbudowanymi ramionami [8]. Stereotypy płci odnoszą się również do bardziej szczegółowych charakterystyk działań kobiet i mężczyzn np. do zakresu obowiązków domowych, sposobów spędzania wolnego czasu (w tym preferowanych aktywności fizycznych, czy zainteresowań) oraz zachowań społecznych aprobowanych wobec płci odmiennej. Stereotypy płci w odniesieniu do kobiet i mężczyzn nie są homogeniczne. Zarówno w stereotypie kobiecości i męskości można wyróżnić szereg podtypów. W subkategorjach płci podkreślane są pewne szczegółowe atrybuty wyróżnionych podgrup kobiet i mężczyzn. W stereotypie kobiecości wyróżnia się szereg podtypów np.: stereotyp „chłopczycy”, żony, gospodyni domowej, matki, bizneswoman, feministki, lesbijki itd., natomiast w odniesieniu do mężczyzn wskazuje się na stereotyp „macho”, „mężczyzny zniewieściałego”, biznesmena, geja itd. [2, 3, 4, 6]. Stereotypy płci mogą więc zmieniać swoją formę, przechodząc od stereotypowych przekonań ogólnych na temat kobiet i mężczyzn, do przekonań szczegółowych.

Należy podkreślić, iż wiele aspektów stereotypów płci funkcjonuje jako normy społeczne, tzn., że stereotypowe sądy na temat kobiet i mężczyzn dotyczą atrybutów, które u każdej z płci są pożądane społecznie. Ta funkcja stereotypów przyczynia się do tego, że jednostki chcąc przestrzegać norm społecznych, podporządkowują się uproszczonej i sztywnej wizji męskości i kobiecości, co może mieć swoje negatywne skutki dla ich zdrowia i życia. Powszechnie podzielane stereotypy płci mogą stać się więc ważnym elementem porządku społecznego, wpływającym na trwałość systemu, w którym jednostkom wskazuje się odpowiednie pozycje i role poprzez proces socjalizacji. W społeczeństwie konfliktu, odmiennie niż w społeczeństwie ładu, dążąc do zmiany społecznej może dojść do podważenia stereotypów płci jako regulatorów życia społecznego oraz do próby ich redefinicji [4]. Stereotypy płci cechują się jednak znaczną trwałością i niełatwo poddają się zmianom. Jak podkreślają K. Deaux i M. Kite: „o ile perspektywy zmiany ogólnego charakteru stereotypów płci są mało prawdopodobne, o tyle możliwości zmiany ich użycia są znacznie bardziej realne” [13]. Ogólne informacje na temat stereotypu staną się mniej użyteczne w ocenach interpersonalnych, jeśli jednostki skupią się na posiadanych cechach indywidualnych, które staną się bardziej przydatne w budowaniu obrazu osoby. Wymaga to większego uwrażliwienia jednostek względem siebie w ich interakcjach [13].

Różnice w postawach kobiet i mężczyzn wobec zdrowia wynikają m.in. z odmiennych wzorów zachowań w ramach pełnionych ról społecznych, odmiennych stylów

życia czy zróżnicowanych zachowań wobec zdrowia i choroby, które z kolei warunkowane są wieloma różnorodnymi czynnikami społeczno-kulturowymi. Odmiennie sposoby socjalizowania dziewczynek i chłopców do ról małżeńsko-rodzinnych oraz zawodowych, odmienny rodzaj więzi społecznych charakteryzujący kobiety i mężczyzn, odmiennie cechy osobowości uznawane za typowo „kobiece” lub „męskie”, wynikające ze stereotypów płci, mają bezpośredni wpływ na pozycje obu płci w stratyfikacji społecznej. Wykształcenie, dostęp do pracy, wykonywany zawód czy dochody różnicują dodatkowo w znacznym stopniu postawy wobec zdrowia. Płeć kulturowa (gender) kształtowana jest już w toku wczesnej socjalizacji i podtrzymywana przez strukturę społeczną, stąd wzory kulturowe w odniesieniu do kobiecości i męskości uwidaczniają się w wielu sferach życia społecznego, dotyczą również praktykowania zachowań zdrowotnych, zagrażających zdrowiu czy inaczej ryzykownych oraz zachowań antyzdrowotnych.

Kategoria płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej a zdrowie

Biorąc pod uwagę płęć, jako zmienną różnicującą postawy kobiet i mężczyzn wobec zdrowia i choroby, należy zwrócić uwagę na dwa typy zależności. Pierwszy odpowiadał będzie zróżnicowaniu pomiędzy płciami wynikającemu z przyczyn biologicznych (płeć biologiczna – sex), drugi natomiast warunkowany jest czynnikami społeczno-kulturowymi (płeć społeczno-kulturowa – gender).

Koncepcję „gender” wprowadziła do socjologii A. Oakley, chcąc podkreślić, iż tożsamość płciowa kobiet i mężczyzn nie jest zdeterminowana tylko przez cechy biologiczne obu płci (anatomię, cechy fizjologiczne, układ hormonalny itd.), ale również jest kształtowana społecznie i kulturowo, poprzez narzucane w danej kulturze wzory zachowań, modele męskości i kobiecości, role społeczne, normy i oczekiwania społeczne, które funkcjonują w danej kulturze jako stereotypy płci [14]. Według Oakley klasyfikacja tego, co jest społecznie i kulturowo uznane za „męskie” oraz za „kobiece” charakteryzuje się społeczną nierównością.

Nierówność tę można zaobserwować również w odniesieniu do zdrowia kobiet i mężczyzn. Kobiety i mężczyźni różnią się zachowaniami zdrowotnymi, zachowaniami związanymi ze zdrowiem, w tym zachowaniami ryzykownymi oraz zachowaniami antyzdrowotnymi. Przyjmuje za A. Ostrowską, iż zachowania zdrowotne to „każde intencjonalnie podjęte działanie jednostki, którego celem jest utrwalenie lub podnoszenie potencjału zdrowia, niezależnie od jego skuteczności” [15]. Do zachowań związanych ze zdrowiem Ostrowska zalicza różnorodne działania jednostek w życiu codziennym, które mają wpływ na ich zdrowie, ale nie zostały podjęte intencjonalnie. Skutki zachowań związanych ze zdrowiem mogą przybierać formę pozytywnego wpływu na zdrowie, ale też negatywną. Zachowania związane ze zdrowiem mające skutki negatywne nazwane zostały zachowaniami zagrażającymi zdrowiu lub zacho-

waniami ryzykownymi [15]. Zachowania antyzdrowotne definiuje za B. Tobiasz-Adamczyk, jako „zachowania prowadzące do niszczenia zdrowia, jego osłabienia, do świadomego wprowadzenia się w stan choroby” [16].

Działania podejmowane przez uczestników życia społecznego na rzecz podnoszenia bądź osłabienia potencjału zdrowia wynikają z wielu różnorodnych czynników społecznych, ekonomicznych, kulturowych oraz psychologicznych. Wśród zmiennych społeczno-demograficznych, obok płci, należy wymienić wiek, stan cywilny, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania (wieś/miasto), dostęp do pracy oraz przynależność zawodową, dochody czy pochodzenie społeczne. W niniejszym artykule główny nacisk zostanie położony na różnice w postawach kobiet i mężczyzn wobec zdrowia, w których znaczną rolę odgrywają stereotypy płci.

Biorąc pod uwagę stereotypy płci, podzielone na cztery komponenty: stereotypy cech psychicznych, stereotypy ról płciowych, stereotypy wyglądu zewnętrznego oraz stereotypy zawodów warto przyjrzeć się poszczególnym zachowaniom zdrowotnym, związanym ze zdrowiem oraz antyzdrowotnym praktykowanym przez kobiety i mężczyzn, w kontekście owych stereotypów.

Stereotypy cech psychicznych oraz ról płciowych a zachowania zdrowotne, związane ze zdrowiem oraz antyzdrowotne

Stereotypy cech psychicznych kobiet i mężczyzn oraz stereotypy ról płciowych mają swoje odzwierciedlenie we wzorach zachowań obu płci w odniesieniu do zdrowia jako wartości. Kobiety cechuje większe niż mężczyzn zainteresowanie własnym ciałem, stanem zdrowia, jego dolegliwościami. One też mają od mężczyzn większą wiedzę na temat zapobiegania i leczenia chorób, co wykorzystują nie tylko w odniesieniu do swojego organizmu, ale i wspierają swoje otoczenie społeczne. Kobiety częściej też mają tendencje do szybszego reagowania na pierwsze symptomy chorób, co ma np. zasadnicze znaczenie w leczeniu chorób nowotworowych [16]. Stereotypy cech psychicznych wiążące kobiecość z takimi cechami, jak: empatyczność, opiekuńczość, emocjonalność, zdolność do poświęceń, potrzeba wspierania innych, pielęgnowanie więzi międzyludzkich oraz role płciowe kobiet związane z prokreacją, ciążą, porodem, opieką i wychowywaniem dzieci przejawiać się mogą w specyficznych zachowaniach kobiet względem własnego zdrowia oraz zdrowia członków rodziny. Okazywanie słabości, narzekanie na zdrowie, nadmierne interesowanie się własnym ciałem i zdrowiem itp., to z kolei działania sprzeczne ze stereotypami cech psychicznych oraz stereotypami ról płciowych definiujących męskość.

Społeczna rola matki oraz gospodyni domowej wiąże się również z szeregiem zachowań zdrowotnych oraz związanych ze zdrowiem, które są częściej praktykowane przez kobiety niż przez mężczyzn. W polskich gospodarstwach domowych, niezależnie od modelu życia małżeńsko-rodzinnego, osobą odpowiedzialną za prowadzenie domu

jest częściej kobieta, co jest zgodne ze stereotypem kobiecych ról płciowych. Działania składające się na prowadzenie gospodarstwa domowego pośrednio lub bezpośrednio wiążą się ze zdrowiem. Domeną kobiet, mimo zwiększania się liczby zwolenników modelu partnerskiego w Polsce, wciąż pozostają takie czynności jak: przygotowywanie posiłków – I i II śniadania, obiadu oraz kolacji, przygotowywanie przetworów oraz wypieków; zmywanie naczyń; sprzątanie w domu: ścieranie kurzu, odkurzanie dywanów i wykładzin, mycie podłóg, czyszczenie kuchni i łazienki, a także gruntowne porządki, w tym mycie okien, pranie dywanów oraz odmrażanie lodówki. Kobiety również w zdecydowanej większości przeważają w takich czynnościach jak dbanie o odzież – pranie, prasowanie, a także robienie codziennych zakupów, co należy również do podstaw egzystencji człowieka mających związek ze zdrowiem. Mężczyźni natomiast przejęli na siebie obowiązek trzepania dywanów, drobne naprawy domowe (np. naprawy hydrauliczne, naprawy urządzeń elektrycznych, obsługę urządzeń grzewczych), odnawianie mieszkania, a także przygotowanie opału, noszenie wody oraz palenie w piecu. Domeną mężczyzn jest też dbanie o naprawy oraz przeglądanie samochodu [17]. Podział obowiązków związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego odzwierciedla stereotypowe różnicowanie na role kobiece oraz role męskie. Działania kobiet częściej bezpośrednio wiążą z utrzymaniem potencjału zdrowia rodziny, a także należą do czynności wykonywanych niemalże codziennie. Kobiety więc systematycznie, na co dzień biorą odpowiedzialność za zdrowie członków rodziny. Pielęgnowanie więzi społecznych, opieka i udzielanie wsparcia, należące do stereotypowych kobiecych cech psychicznych przejawiają się także w realnej opiece kobiet nad dziećmi, osobami starszymi oraz niepełnosprawnymi [17]. Rolę wsparcia społecznego, szczególnie wsparcia wśród członków rodziny, wskazuje się jako istotny czynnik wpływający na dobrostan zdrowotny oraz na powrót do zdrowia w sytuacji doświadczenia choroby [15, 16].

Ze stereotypami ról płciowych oraz cech psychicznych wiążą się także zachowania ryzykowne (zachowania zagrażające zdrowiu) oraz zachowania antyzdrowotne, takie jak np.: palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, jazda samochodem z nadmierną szybkością, czy podejmowanie zachowań samobójczych. Wśród osób palących papierosy przeważają mężczyźni. Oni również częściej są uzależnieni od nikotyny, będąc tzw. nałogowymi palaczami. Ilość i częstotliwość wypalanych przez nich papierosów jest także większa niż wśród kobiet [15, 18, 19, 20]. Praktykowanie tego zachowania zagrażającego zdrowiu czy zachowania antyzdrowotnego (w zależności od poziomu świadomości osoby palącej), zostało wielokrotnie udowodnione w długofalowych badaniach epidemiologicznych, jako przyczyna umieralności na choroby układu krążenia oraz niektóre nowotwory złośliwe [15]. Papieros jako stereotypowy symbol „prawdziwego mężczyzny” traci na znaczeniu, wraz z coraz szerszym oraz powszechniejszym uświadamianiem na temat skutków nikotynizmu.

Picie oraz nadużywanie alkoholu również stanowi wzór zachowań częściej praktykowany przez mężczyzn. Mężczyźni piją alkohol w większych ilościach i z większą częstotliwością niż kobiety, preferując alkohole wysokoprocentowe. Częściej też wybierają spożywanie alkoholu w towarzystwie oraz zapadają na chorobę alkoholową [15, 16, 18, 21]. Picie, czy nawet nadużywanie alkoholu przez mężczyzn, jest znacznie bardziej akceptowane społecznie niż u kobiet, stąd alkoholizm kobiet ma inny charakter. Kobiety-alkoholiczki częściej są etykietkowane z powodu swojego uzależnienia. Naruszając normy zachowań stereotypowo uznawane jako nieodpowiednie dla ich płci, często piją samotnie, ukrywając swoją chorobę, a także są niechętnie do podjęcia terapii alkoholowej z obawy przed kolejnym znaczeniem społecznym [22]. Należy podkreślić, iż negatywnym trendem jest spożywanie coraz większej ilości alkoholu przez kobiety we wczesnym okresie dorosłości, co skutkuje systematycznym zmniejszaniem się rozbieżności pomiędzy piciem alkoholu przez młodzież płci męskiej oraz żeńskiej. Eskalacja ryzykownych zachowań alkoholowych wśród młodych kobiet może wpłynąć na zwiększenie się liczby kobiet uzależnionych od alkoholu [23].

Innym zachowaniem zagrażającym zdrowiu jest brawurowa jazda samochodem. Mężczyźni częściej od kobiet są kierowcami, częściej też ulegają wypadkom drogowym narażając się na szereg urazów, a także częściej ulegają takim wypadkom ze skutkiem śmiertelnym. Ryzykowanie zdrowia i życia, prezentacja odwagi, zręczności i szybkości stanowią zachowania stereotypowo postrzegane jako męskie, natomiast ostrożność, unikanie ryzyka, dbanie o zdrowie, jako zachowania niemęskie [4]. Mężczyźni działający więc zgodnie ze stereotypowymi rolami płciowymi oraz stereotypowymi cechami psychicznymi narażają swoje życie i zdrowie. Szczególnie podatni na praktykowanie zachowań zagrażających zdrowiu w tym względzie są młodzi mężczyźni, dla których imponowanie rówieśnikom takimi zachowaniami jest częścią ich autoprezentacji. Brawurowa jazda samochodem ma wyrzucić wrażenie na rówieśnikach, będąc dowodem na odwagę, czyli „bycie prawdziwym mężczyzną” [24]. Mężczyźni charakteryzujący się wysokim stopniem konformizmu wobec tradycyjnie pojmowanej męskości, zgodnej ze stereotypami ról oraz cech męskich, będą wykazywali większą skłonność do zachowań ryzykownych, a także do zachowań autodestrukcyjnych (takich jak np. popadanie w alkoholizm, narkomanie, czy inne uzależnienia), niż mężczyźni negujący i redefiniujący tradycyjne wzorce męskości [25]. Stereotypowe żeńskie role i cechy płciowe polegające m.in. na ochranianiu przed niebezpieczeństwem, trosce o dobro innych, życzliwości, współczuciu i empatii, „chronią” w opisywanych sytuacjach zachowujące się stereotypowo kobiety przed podejmowaniem zachowań ryzykownych dla zdrowia i życia [2, 4, 15, 26].

Stereotypowa kobiecość oraz męskość wiąże się też z różnym stosunkiem obu płci do samobójstw. Kobiety częściej niż mężczyźni dokonują prób samobójczych, mężczyźni natomiast częściej wybierają takie sposoby odebrania sobie życia, które są radykalne i skuteczne [27]. Nadal

więc w statystykach dokonanych samobójstw znacznie przeważa płeć męska [28]. Stereotypowe role i cechy kobiece definiują kobietę jako odpowiedzialną za opiekę i wychowanie dzieci, wspieranie emocjonalne członków rodziny, czy prowadzenie gospodarstwa domowego, stąd kobiety poprzez częstsze od mężczyzn próby samobójcze manifestują swoje problemy życiowe, sygnalizując swoimi zachowaniami potrzebę wsparcia społecznego. Odpowiedzialność za życie innych, głębokie osadzenie w codzienności oraz interpersonalna wrażliwość sprawiają, iż kobiety zachowujące się zgodnie ze stereotypami swojej płci, rzadziej od mężczyzn wybiorą takie formy samouniżenia, które rokują skuteczne odebranie sobie życia.

Stereotypy wyglądu zewnętrznego a zachowania zdrowotne oraz związane ze zdrowiem

Komponent wyglądu zewnętrznego w stereotypach płci odgrywa ważną rolę, będąc silnie skorelowanym z komponentami cech psychicznych, ról płciowych oraz zawodów. Kobiety i mężczyźni przez pryzmat cech fizycznych postrzegają pozostałe elementy w strukturze stereotypów. Wygląd zewnętrzny jednostki jest łatwo dostępny i identyfikowalny w kontaktach międzyludzkich [8]. Stereotypy wyglądu zewnętrznego kobiet i mężczyzn przejawiać się mogą np. w preferowanych przez każdą z płci formach aktywności fizycznych, w sposobach odżywiania oraz w stosowaniu różnorodnych diet, a także w zaburzeniach odżywiania.

Polacy generalnie przejawiają niską aktywność fizyczną. Mężczyźni jednak częściej od kobiet charakteryzują się większą aktywnością ruchową, wybierając więcej dyscyplin sportowych oraz praktykując je częściej w sposób systematyczny i wyczynowy [18, 29]. Preferowanymi formami aktywności fizycznej wśród mężczyzn są: jazda na rowerze, siatkówka, koszykówka, pływanie, piłka nożna, pływanie, tenis, sporty wodne oraz ćwiczenia na siłowni. Kobiety wybierają natomiast różne formy gimnastyki, takie jak np. aerobik, czy callanetics [29]. Kobiety zgodnie ze stereotypem wyglądu zewnętrznego częściej wolą ćwiczenia, które pozwolą wymodelować, wyszczuplić sylwetkę, natomiast mężczyźni mają potrzebę budowania masy mięśniowej, wytrzymałości, szybkości, zręczności. Podział na preferowane przez mężczyzn i kobiety formy aktywności fizycznej odzwierciedla stereotypowy podział na „silnego mężczyznę” i „słabą kobietę”. Postrzeganie ciała kobiet i mężczyzn wpisane jest wyraźnie w stereotypy płci.

Stereotypy wyglądu zewnętrznego mają też przełożenie na wybierane przez mężczyzn i kobiety sposoby odżywiania. Mężczyźni częściej od kobiet jedzą tłuszcze zwierzęce, w tym tłuste wędliny i mięsa, natomiast w diecie kobiet częściej znajdują się owoce i warzywa, ale także węglowodany oraz cukry proste. Mężczyźni preferują wieprzowinę, natomiast kobiety mięso drobiowe. Smażenie mięsa wybierają w swojej diecie częściej mężczyźni, a kobiety nieznacznie częściej wolą duszenie bądź gotowanie potraw mięsnych. Kobiety też nieco częściej od mężczyzn jedzą ryby, choć generalnie dania

rybne nie stanowią ulubionego menu wśród Polaków. Idealny obiad dla polskiego mężczyzny składa się z mięsa, ziemniaków i piwa, a dla kobiety z dań jarskich: pierogów, makaronów, placków czy kasz [30]. Choć w sposobie żywienia Polaków można zaobserwować wiele nieprawidłowości, to kobiety są bardziej niż mężczyźni otwarci na zmiany w zachowaniach zdrowotnych, w odniesieniu do odżywiania korzystniejszego dla podnoszenia potencjału zdrowia człowieka [31].

Stosowanie specjalistycznych diet zarówno z powodów zdrowotnych, jak i dla poprawienia sylwetki cechuje również częściej kobiety [30]. One też zdecydowanie częściej od mężczyzn zapadają na zaburzenia odżywiania, takie jak anoreksja i bulimia [4, 32, 33]. Na zaburzenia odżywiania szczególnie narażone są młode kobiety – maksymalne natężenie tych chorób występuje w wieku 15–19 lat [33]. Niewątpliwie duże znaczenie dla postrzegania ciała przez współczesne kobiety mają przekazy kultury popularnej, w których lansowane są wizerunki kobiet szczupłych, młodych, opalonych, dbających o ubiór i fryzurę [34, 35]. Tyrania szczupłego ciała, jak to ujmuje Z. Melosik, ma swoje konsekwencje w zapadaniu kobiet na anoreksję oraz bulimię [34]. Wzory zachowań propagowane przez kulturę masową nakładają się na stereotypowe postrzeganie kobiecego ciała. Według stereotypu wyglądu zewnętrznego kobieta powinna być drobna, delikatna, lekka, co koresponduje z zachowaniami zdrowotnymi oraz związanymi ze zdrowiem praktykowanymi przez kobiety. Wybierają one takie aktywności fizyczne, sposoby odżywiania, specjalistyczne diety, aby sprostać wizerunkowi kobiety szczupłej i zadbanej. Podejmowanie się tak drastycznego odchudzenia, które może prowadzić do problemów ze zdrowiem, a w konsekwencji do zaburzeń odżywiania, również ma związek z konformistycznymi postawami kobiet wobec stereotypów płci.

Kobiety ponadto dbając o swój wygląd zewnętrzny częściej korzystają z takich zachowań związanych ze zdrowiem, mogących mieć negatywne skutki dla zdrowia, jak np. chirurgiczne operacje plastyczne, mające poprawić ich sylwetkę, nadmierne stosowanie środków i zabiegów kosmetycznych, korzystanie z nadmiernego opalania się w solarium. Mężczyźni natomiast chcący sprostać męskiemu stereotypowi wyglądu zewnętrznego i posiadać silną, wysportowaną, umięśnioną sylwetkę uprawiają kulturystykę lub inne intensywne ćwiczenia fizyczne, zażywając jednocześnie sterydy i inne środki powodujące szybki przyrost masy ciała, co nie pozostaje bez wpływu na ich zdrowie [4, 34].

Podsumowanie i wnioski

Stereotypy płci, zarówno stereotypy cech psychicznych, ról płciowych oraz wyglądu zewnętrznego, wywierają znaczny wpływ na kobiety i mężczyzn, których charakteryzują tradycyjne postawy wobec męskości i kobiecości. Kobiety podporządkowujące się stereotypom płci cechują

odmienne od mężczyzn zachowania zdrowotne oraz związane ze zdrowiem czy antyzdrowotne.

Zdrowie podlega wpływowi społeczno-kulturowego konstruktów męskości i kobiecości, poprzez stereotypowo przypisane do każdej z płci cechy psychiczne, role społeczne, normy i oczekiwania społeczne oraz wartości społeczne obowiązujące w danym społeczeństwie. Większa świadomość społeczna oddziaływania stereotypów płci na codzienne zachowania, wpływające na zdrowie i życie jednostek oraz populacji, może mieć znaczący walor aplikacyjny w dziedzinie promocji zdrowia. Promocja zdrowia w działaniach praktycznych – w profilaktyce chorób, edukacji zdrowotnej oraz ochronie zdrowia osiągnie lepsze rezultaty aplikacyjne uwzględniając wiedzę na temat wpływu stereotypów cech psychicznych, ról płciowych oraz wyglądu zewnętrznego na zdrowie kobiet i mężczyzn.

Piśmiennictwo

1. Olechnicki K., Załęcki P.: Słownik socjologiczny. Wydawnictwo Graffiti BC, Toruń 2002, 204, 3-263.
2. Miłuska J.: Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1996, 5-299.
3. Mandal E., Banot A.E.: Kobiecość i męskość a stereotyp feministki. W: W kręgu gender. Mandal E. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2007, 58-78.
4. Mandal E.: Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000, 9-276.
5. Weigl B.: Stereotypy i uprzedzenia. W: Psychologia. Podręcznik akademicki. Strelau J.(red.), T. 3, GWP, Gdańsk 2000, 205-224.
6. Nelson T.: Psychologia uprzedzeń. GWP, Gdańsk 2003, 5-392.
7. Brannon L.: Psychologia rodzaju. GWP, Gdańsk 2002, 4-608.
8. Deaux K., Lewis L.: The structure of gender stereotypes. Interrelationship among components and gender label. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984,46, 991-1004.
9. Broverman I.K. i wsp.: Sex – role stereotypes. A current appraisal. *Journal of Social Issues*, 1972, 28, 59-78.
10. Parsons T.: Family structure and the socialization of the child. W: Family socialization and interaction processes. Parsons T., Bales F.R. (red.), Free Press, Glencoe 1955.
11. Bakan D.: The duality of human existence. Rand McNally, Chicago 1966.
12. Bem S.L.: The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42, 155-162.
13. Deaux K., Kite M.: Stereotypy płci. W: Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice. Wojciszke B. (red.), GWP, Gdańsk 2002, 375, 354-382.
14. Oakley A.: Sex, Gender and Society. Temple Smith, London 1972, 9-225.
15. Ostrowska A.: Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999, 28, 4-217.
16. Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, 47, 5-262.

17. Titkow A., Duch-Krzystoszek D., Budrowska B.: Nieodpłatna praca kobiet. Mity, realia, perspektywy. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2004, 7-278.
18. Taranowicz I.: Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna. Oficyna Wydawnicza Aboretum, Wrocław 2010, 9-310.
19. Komunikat z badań CBOS. Postawy wobec palenia papierosów. Warszawa 2008, 1-13.
20. Komunikat z badań CBOS. Postawy wobec palenia papierosów. Warszawa 2011, 1-9.
21. Komunikat z badań CBOS. Postawy wobec alkoholu. Warszawa 2010, 1-16.
22. Ettore E.: Women and alcohol. A private pleasure or public problem? Women's Press, London 1997.
23. Cierpiałkowska L., Ziarko M.: Psychologia uzależnień – alkoholizm. PWN, Warszawa 2010, 8-488.
24. Leary M.R.: Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce auto-prezentacji. GWP, Gdańsk 2010, 5-256.
25. Sonnenstein F.L.: Teenage American Males: Growing Up with Risk, Scientific American, 1999, 87-91.
26. Mandal E.: Kobiecość i męskość. Popularne opinie a badania naukowe. Wydawnictwo Akademickie "Żak", Warszawa 2003, 4-169.
27. Jarosz M.: Samobójstwa. PWN, Warszawa 1997, 4-193.
28. Mały Rocznik Statystyczny Polski. Zakład Wydawnictw Statystycznych GUS, Warszawa 2011, 9-726.
29. Komunikat z badań CBOS. O aktywności fizycznej Polaków. Warszawa 2003, 1-9.
30. Komunikat z badań CBOS, Upodobania kulinarne, nawyki żywieniowe i zachowania konsumenckie Polaków. Warszawa 2005, 1-20.
31. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne. W: Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Woynarowska B., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, 17-270.
32. Renzetti C., Curran D.: Mężczyźni, kobiety i społeczeństwo. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, 9-692.
33. Russo N.F, Green B.L.: Kobiety a zdrowie psychiczne. W: Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice. B. Wojciszke (red.), GWP, Gdańsk 2002, 303-353.
34. Melosik Z.: Tożsamość, ciało i władza. Teksty kulturowe jako (kon)teksty pedagogiczne. Wydawnictwo EDYTOR, Poznań-Toruń 1996, 9-312.
35. Królikowska S.: Wizerunek kobiety w prasie kobiecej na przykładzie „Twojego Stylu”. W: Wizerunki kobiet. A. Kotlarska-Michalska (red.), Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa, Poznań 2001, 81-94.

Adres do korespondencji:

Sabina Królikowska
Zakład Badań Problemów Społecznych i Pracy Socjalnej
Instytut Socjologii UAM
ul. Szamarzewskiego 89C
60-568 Poznań
sakrol@amu.edu.pl