

VARIA

Emilia Garncarek*

**ZACHOWANIA PROZDROWOTNE KOBIEŃ MŁODYCH,
W ŚREDNIM WIEKU I STARSZYCH¹**

Abstrakt. W artykule skoncentrowano się na komponentcie behawioralnym postawy wobec zdrowia – zachowaniach prozdrowotnych kobiet. Ze szczegółowej analizy wypowiedzi wynika, że występują różnice w zachowaniach zdrowotnych pomiędzy kobietami reprezentującymi różne kategorie wiekowe. Wraz z wiekiem zmienia się troska o zdrowie oraz sposoby dbania o ten zasób, na co wpływają nie tylko uwarunkowania biologiczne. Istotne znaczenie mają również kulturowe koncepcje płci (*gender*) i wieku (*gendered age*) funkcjonujące w ramach danego kulturowego modelu społeczeństwa.

Słowa kluczowe: zachowania prozdrowotne, kobiety, wiek, *gender*, upłciowiony wiek/*gendered age*.

1. Wprowadzenie

Zachowania zdrowotne stanowią przedmiot zainteresowania różnych dyscyplin naukowych – nie tylko medycyny, lecz także nauk społecznych, w tym socjologii. Są one również określane w różnorodny sposób. Obszerny przegląd definicji zachowań zdrowotnych został przedstawiony m.in. przez Krzysztofa Puchalskiego. Zdaniem autora zachowania zdrowotne to „wybrane przez obserwatora lub (i) podmiot działania zachowania (czy typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem, ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy” (Puchalski 1990: 56). Irena Heszen i Helena Sęk proponują natomiast pojęcie „zachowań związanych ze zdrowiem”. Biorąc pod uwagę kryterium ich funkcji, zachowania zdrowotne można rozpatrywać ze względu na korzystne

* Katedra Socjologii Struktur i Zmian Społecznych, Instytut Socjologii, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki, ul. Rewolucji 1905 r. 41/43, 90-214 Łódź, e-mail: emilia.garncarek@uni.lodz.pl.

¹ Opracowanie powstało w ramach projektu „Kulturowe koncepcje płci i wieku a postawy kobiet i mężczyzn wobec swego zdrowia i wyglądu”. Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji nr DEC-2012/05/B/HS6/03793. Okres realizacji projektu: od 30 stycznia 2013 r. do 29 sierpnia 2016 r.

bądź niekorzystne skutki dla zdrowia. Autorki wyróżniają dwie klasy zachowań – prozdrowotne i antyzdrowotne. Pierwsze z wymienionych służą zdrowiu i pozwalają zapobiegać chorobom, natomiast drugie wywierają negatywny wpływ na zdrowie, a tym samym – sprzyjają powstaniu licznych zaburzeń w prawidłowym życiu człowieka oraz występowaniu chorób (Sę k 2000; H e s z e n, Sę k 2016). Uwzględniając kolejne kryteria wyodrębnione przez H e s z e n i Sę k, tj. poziom organizacji behawioralnej oraz świadomość i cel zachowań, można wyróżnić m.in. zachowania zdrowotne nawykowe, stabilne wzory zachowań prozdrowotnych i antyzdrowotnych, a także celowe czynności zdrowotne (ibidem). Autorki zaznaczają, że nawyki zdrowotne (m.in. higiena ciała, aktywność fizyczna itd.) są wynikiem socjalizacji jednostki w określonej kulturze. Podejmowane są przede wszystkim w wyniku rozwoju jednostki, podlegają kształtowaniu od najwcześniejszych lat, w toku socjalizacji i uczenia się. Ważną rolę odgrywają najpierw środowisko rodzinne, potem szkolne i rówieśnicze. Należy tu podkreślić, że zachowania zdrowotne wynikają również z przyjmowanych i pełnionych przez jednostkę ról społecznych (np. roli matki). Istotne znaczenie ma też sytuacja zdrowotna, w stosunku do której człowiek podejmuje określone zachowanie. H e s z e n i Sę k wyróżniają zachowania promocyjne i profilaktyczne (przede wszystkim w sytuacji zdrowia) oraz poszukiwanie pomocy bliskich lub lekarskiej, zachowania podejmowane na rzecz powrotu do zdrowia lub samoleczenie (wyróżniane w sytuacji choroby) (ibidem).

Badacze zajmujący się problematyką zachowań zdrowotnych wskazują na różne formy aktywności celowej, ukierunkowane na ochronę lub osiągnięcie poprawy zdrowia. Beata Tobiasz-Adamczyk wyróżnia pięć klas zachowań prozdrowotnych, do których zalicza: 1) unikanie używek; 2) pozytywne praktyki zdrowotne (m.in. aktywność fizyczną, dbanie o higienę ciała, odpowiednią ilość snu); 3) zwyczaje żywieniowe (m.in. zbilansowaną dietę, unikanie podjadania pomiędzy posiłkami, przestrzeganie liczby posiłków w ciągu dnia, utrzymywanie określonej diety); 4) bezpieczne prowadzenie samochodu; 5) zachowania związane z działalnością prewencyjną/profilaktyką zdrowotną (m.in. regularne wizyty kontrolne u lekarzy, wykonywanie badań profilaktycznych, tj. cytologii, badania piersi, jąder, a także samokontrolę organizmu) (T o b i a s z - A d a m c z y k [red.] 2013: 27). Autorka, nawiązując do modelu zachowań zdrowotnych Kasla i Cobba, podkreśla również wagę samokontroli, która pozwala jednostce na uniknięcie czynników ryzyka (m.in. takich jak: niktynizm, nadmierne spożywanie alkoholu, brak aktywności fizycznej czy niewłaściwa dieta) (K a s l, C o b b 1966, za: T o b i a s z - A d a m c z y k [red.] 2013: 26).

W niniejszym opracowaniu interesować nas będą zachowania korzystnie wpływające na zdrowie – zachowania prozdrowotne. Przedstawione wyżej definicje i modele stanowią punkt odniesienia dla prezentacji wybranych wyników badania zrealizowanego w ramach projektu „Kulturowe koncepcje płci i wieku a postawy kobiet i mężczyzn wobec swego zdrowia i wyglądu”².

² Projekt był realizowany w Zakładzie Socjologii Płci i Ruchów Społecznych Instytutu Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego (obecnie Katedra Socjologii Struktur i Zmian Społecznych

2. Założenia teoretyczne i metodologiczne badania

Jak pokazują wyniki badań realizowanych na poziomie ogólnopolskim, kobiety i mężczyźni inaczej oceniają własny stan zdrowia i różnią się zachowaniami wobec tego zasobu (CBOS 2009; 2012a, 2012b). Przyjmując genderową perspektywę w analizie zjawisk społecznych, która mówi o uniwersalnym i powszechnym znaczeniu strukturacyjnym i stratyfikacyjnym płci, a dokładniej – kulturowych koncepcji płci (gender) (m.in. Kimmel 1987, 2004; Turner 2004; Titkow 1998; Titkow, Duch-Krzystoszek, Budrowska 2004; Renzetti, Curran 2005; Malinowska 2011 i in.), założono, że różnice te wynikają najogólniej z funkcjonujących w ramach danej kultury definicji kobiecości i męskości, zróżnicowanych w odniesieniu do ludzi będących w różnych fazach życia, a zawierających m.in. inne oczekiwania w odniesieniu do zdrowia. W zaproponowanym podejściu genderowym, w strukturze kulturowego modelu płci wyróżniono zespół kluczowych ról społecznych uznawanych za właściwe dla danej płci, cechy osobowości, a także pożądane cechy wyglądu (Malinowska *et al.* 2016).

Badacze problematyki zwracają uwagę, że wraz z wiekiem pojawiają się zmiany zarówno w zakresie przekonań, oczekiwań, jak i zachowań zdrowotnych. Podobnie jak płeć, wiek jest społecznie definiowaną cechą biologiczną. Kulturowa płeć, kulturowo określany wiek i obie te koncepcje w połączeniu ze sobą („upłciowiony wiek” – *gendered age*) warunkują możliwości, formy i zakres społecznego uczestnictwa. Są one także podstawowymi kategoriami koncepcji siebie (Miluska 1996; Barret 2005). Tym samym wpływają m.in. na postawy jednostek wobec zdrowia. Zinternalizowane przez nie w procesie socjalizacji wzorce kobiecości i męskości różnicują nie tylko postrzeganie zdrowia oraz stosunek do niego, lecz przede wszystkim zachowania zdrowotne kobiet i mężczyzn będących w różnym wieku. Zachowania te podlegają silnym wpływom ze strony oczekiwań związanych z rolą kobiety (np. żony, matki, opiekunki ogniska domowego) i mężczyzny (np. męża, pracownika, żywiciela rodziny). I tak, ze względu na pełnioną rolę matki kobiety częściej niż mężczyźni poszukują pomocy w sytuacji zagrożeń zdrowotnych, częściej zasięgają porad lekarskich, a także w większym stopniu przestrzegają ich zaleceń (Waldron 1983; Sanderson 2004, za: Ogińska-Bulik, Jurczyński 2010: 23). Kobiety również częściej niż mężczyźni posiadają osobistego lekarza lub stałe źródło opieki zdrowotnej (Cleary *et al.* 1982, NCHS 1986, Rodin, Salovey 1997, za: Ogińska-Bulik, Jurczyński 2010).

Celem analizy przeprowadzonej na użytek artykułu jest odnalezienie przejawów wpływu kultury patriarchalnej i odpowiadających jej kulturowych koncepcji płci i wieku na zachowania prozdrowotne kobiet reprezentujących różne

kategorii wiekowe. W przypadku prezentowanego tu wybranego aspektu³ uwagę skoncentrowano na porównaniu zachowań prozdrowotnych kobiet reprezentujących różne kategorie wiekowe, a w konsekwencji – na dokonującej się z wiekiem zmianie realizowanych wzorów zachowań i działań kobiet wobec swego zdrowia.

Prezentowane wyniki badań mają charakter jakościowy i opierają się na analizie danych z wywiadów swobodnych ukierunkowanych. W badaniu zastosowano celowy dobór próby, wzięły w nim udział osoby dorosłe (kobiety i mężczyźni) zaliczane ze względu na wiek metrykalny do ludzi młodych, w średnim wieku i do kategorii ludzi starszych, mające wykształcenie średnie lub wyższe, mieszkające w wielkim mieście – Łodzi. Przedziały wiekowe dla kategorii „młodzi”, „w średnim wieku”, „starzy” zostały określone na podstawie wyników sondażu CBOS, w którym pytano Polaków, „kiedy kończy się młodość, a zaczyna wiek dojrzały i starość” (CBOS 2012c). W grupie „młodych” badanych znalazły się osoby, które w 2014 r. były w wieku 20–37 lat, w grupie badanych „w średnim wieku” – osoby mające 38–62 lata, w grupie „starych” – osoby w wieku powyżej 63 lat. Przeprowadzono 45 wywiadów z kobietami⁴.

3. Zachowania prozdrowotne kobiet

Realizując badanie, zapytano kobiety m.in. o to, w jaki sposób dbają o swoje zdrowie, jakie działania prozdrowotne realizują. Część zachowań sprzyjających zdrowiu była wymieniana zarówno przez kobiety młode, w średnim wieku, jak i kobiety starsze. Jednak ze szczegółowej analizy wypowiedzi, uwzględniającej wiek ich autorek, wynika, że niektóre zachowania były realizowane przez większość badanych, niektóre zaś tylko przez nieliczne reprezentantki danej kategorii wieku. Należy również podkreślić, że te same działania prozdrowotne były także inaczej rozumiane przez poszczególne badane. W pierwszej kolejności zostaną przedstawione działania podejmowane na rzecz zdrowia przez ogół kobiet (bez względu na wiek), natomiast w dalszej części artykułu – różnice w zachowaniach prozdrowotnych kobiet reprezentujących poszczególne kategorie wiekowe.

W zgromadzonych wywiadach najczęściej wskazywano na podejmowanie aktywności fizycznej jako ważnego działania prozdrowotnego. Kobiety deklarowały, że ćwiczą w domu lub w fitness klubach, uprawiają sport, dużo spacerują, starają się być w ruchu. Rozmówczynie wymieniały m.in.: pływanie, jazdę konną, jazdę na rowerze, ćwiczenia na siłowni, gimnastykę (również w domu), spacer,

³ W badaniu postaw wobec zdrowia i wyglądu przyjęto za S. Nowakiem strukturalną definicję postawy, obejmującą komponent poznawczy, emocjonalno-oceniający oraz behawioralny (Nowak 1973: 23). W niniejszym opracowaniu skupiono się wyłącznie na wybranym komponencie postawy wobec zdrowia – behawioralnym, obejmującym zachowania prozdrowotne kobiet.

⁴ W prezentowanym badaniu uczestniczyli również mężczyźni, jednak ich postawy nie stanowią przedmiotu zainteresowania tego artykułu.

taniec bądź ćwiczenia oparte na elementach tańca, które wzmacniają jędrność ciała i jego elastyczność, ćwiczenia dla umysłu czy uzyskania lepszego samopoczucia psychicznego:

Uwielbiam sport, uwielbiam pływać, jazdę konną [...]. Na rowerze jeżdżę ostatnio, lubię sobie pojechać, odpocząć, bardzo to robię świadomie, w miejsce gdzie mogę się wyciszyć, nie myśleć o tym, co muszę, to jest dla mnie istotne. No pływanie, ale pływanie to jest dla mnie reset psychiczny, bo od zawsze trenowałam pływanie i to jest dla mnie zupełnie naturalna sprawa, że muszę iść popływać, poćwiczyć, że to jest taki dzień, tylko tego potrzebuję (KM_5_28)⁵.

Aktywność fizyczną kobiety podejmują dla zachowania zdrowia bądź aby zniwelować problemy zdrowotne już istniejące, np.: basen przy problemach z kręgosłupem (KSR_3_42), zajęcia ruchowe/gimnastyczne przy siedzącej pracy (KSR_5_47), ćwiczenia w domu jako remedium na odczuwanie dolegliwości bólowych (KSR_7_49), *tai chi* dla większej sprawności i energii do życia odczuwanej po aktywności (KSR_8_53). Natomiast część kobiet wspomniała, że podejmuje aktywność fizyczną również na rzecz wyglądu – utrzymania zgrabnej sylwetki bądź jej poprawy: „Ale też wiem, że muszę to robić regularnie, żeby utrzymać formę i sylwetkę. [...] rower, aktywność fizyczna, trochę basen” (KSR_4_45). Funkcjonujące w naszej kulturze stereotypy wyglądu kobiet przejawiają się m.in. w preferowanych formach aktywności fizycznej, a także w sposobach odżywiania się. Ogólnopolskie badania pokazują, że preferowanymi formami aktywności fizycznej wśród mężczyzn są: jazda na rowerze, siatkówka, koszykówka, pływanie, piłka nożna, tenis, sporty wodne oraz ćwiczenia na siłowni. Kobiety natomiast wybierają różne formy gimnastyki, takie jak aerobik czy callanetics (CBOS 2013). Kobiety zgodnie ze stereotypem wyglądu zewnętrznego częściej wolą ćwiczenia, które pozwolą im wymodelować i/lub wyszczuplić sylwetkę, zaś 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 (K r ó l i k o w s k a 2011). Rozmówczynie biorące udział w prezentowanym tu badaniu również preferowały aktywności, które w naszej kulturze przypisuje się kobietom, a dbanie o zdrowie łączyły z dbaniem o wygląd. Należy dodać, że w nawiązaniu do aktywności fizycznej nieliczne kobiety wspomniały, iż korzystają również z masażu, wizyt w SPA bądź rehabilitacji.

Kolejnym działaniem prozdrowotnym podejmowanym przez większość badanych było odpowiednie odżywianie się, zamiennie nazywane „zdrowym odżywianiem się”. Kobiety zwracały uwagę na odpowiedni dobór spożywanych produktów, unikanie ciężkostrawnych potraw, lekką i nietłustą dietę, bogatą

⁵ W nawiasie za cytatem z wypowiedzi umieszczona jest informacja o płci i kategorii wiekowej badanego: KM – kobieta młoda, KSR – kobieta w średnim wieku, KST – kobieta starsza, a następnie numer wywiadu i dokładny wiek badanej/badanego.

w warzywa i owoce, ograniczanie jedzenia „fastfoodów”, unikanie lub ograniczanie chemicznych substancji w jedzeniu. Kobiety wspominały też o wartości naturalnego, zdrowego jedzenia:

Nie jem chemii prawie w ogóle. To znaczy nie używam ani do gotowania żadnych glutaminianów, ani jakichś przypraw, gotowych miksów. Lubię sama gotować. [...] staram się zdrowo odżywiać. Co nie oznacza, że czasami nie skuszę się na coś. Ale żyje się raz (KM_8_29).

Rozmówczynie zaznaczały, że starają się ograniczać słodycze i spożywać jak najmniej przetworzone jedzenie. Niektóre z nich podkreślały wartość „domowego jedzenia”, regularność posiłków, a także jedzenia odpowiednich, nie za dużych porcji (jedzenia często, ale mało). Część z nich wskazywała, iż wyeliminowała ze swojej diety jedzenie, które może szkodzić zdrowiu bądź powoduje u nich jakieś dolegliwości zdrowotne oraz problemy z nadwagą, tym samym mając wpływ na ich wygląd:

Staram się dobrze odżywiać, mniej mięsa, staram się jeść dużo warzyw (KM_15_35).

Napoje gazowane zamieniłam na soki, na aloes, uzależniłam się od aloesu totalnie, nawilża dziesięć razy lepiej niż woda i ja to czuję, czuję że mi się poprawia cera, poprawiają mi się włosy od momentu, kiedy jadłam to samo i żyłam tak samo, ale zaczęłam pić więcej tego aloesu i nagle się okazuje, że jest jakaś tam różnica, więc jak widzę, że coś działa, to sobie to zatrzymuję w moim trybie życia (KM_5_28).

Kobiety opisywały wspomniane działania prozdrowotne bardzo szczegółowo. Wskazywały na znaczenie urozmaiconej diety, doboru i spożywania ekologicznych produktów. Niektóre zaznaczały, że zwracają baczną uwagę na skład kupowanego pożywienia. Charakterystyczne było też podkreślanie, że dieta może pomóc w leczeniu różnych chorób i dolegliwości, a nawet że spożywanie specjalnych produktów żywnościowych może być lekarstwem na niektóre dolegliwości zdrowotne: „Stosuję takie, te, jak to się mówi, takie »superpokarmy«, czyli jagody *goji* albo jakieś tam wodorosty, ale to się wiąże z dietą, tak, nasiona *chia* [...], dodaję sobie na przykład do koktajli albo do jakichś posiłków, takie różne dodatkowe substancje” (KM_12_34).

Powyższe wypowiedzi nawiązują do funkcjonujących w naszej kulturze kulturowych wzorców płci, w tym wybieranych przez mężczyzn i kobiety sposobów odżywiania. Jak wynika z badań CBOS, 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. Idealny obiad dla polskiego mężczyzny składa się z mięsa, ziemniaków i piwa, a dla kobiety z dań jarskich: pierogów, makaronów, placków czy kasz (CBOS 2005, 2014). Dodatkowo należy tu wspomnieć, że pomimo obserwowania nieprawidłowości w sposobach żywienia Polaków, to kobiety są bardziej od mężczyzn otwarte na zmiany w zachowaniach zdrowotnych, przede wszystkim w odniesieniu do odżywiania wpływającego na podnoszenie potencjału zdrowotnego człowieka (Woynarowska 2013). Stosowanie specjalistycznych diet, zarówno

z powodów zdrowotnych, jak i dla poprawienia sylwetki, również częściej cechuje kobiety niż mężczyzn (CBOS 2005, 2014). Należy podkreślić, iż współczesne kulturowe wzory kobiecości w powiązaniu z „tyranią szczupłego ciała” (m.in. Melosik 1999; Wolf 2014) mają swoje konsekwencje nie tylko w stylach żywienia kobiet, lecz także w zapadaniu przez nie na różnego rodzaju zaburzenia odżywiania (m.in. anoreksję, bulimię, ortoreksję). Jak zaznacza Królikowska, wzory zachowań propagowane przez współczesną kulturę popularną nakładają się na stereotypowe postrzeganie kobiecego ciała. Według stereotypu wyglądu zewnętrznego kobieta powinna być drobna, delikatna, lekka, co koresponduje z zachowaniami zdrowotnymi praktykowanymi przez kobiety. Wybierają one takie aktywności fizyczne, sposoby odżywiania, specjalistyczne diety, aby sprostać wizerunkowi kobiety szczupłej i zadbanej. Jak zaznacza autorka, podejmowanie różnego rodzaju diet, m.in. odchudzających, może prowadzić do problemów ze zdrowiem (Królikowska 2011). W innych badaniach, współrealizowanych przez autorkę niniejszego artykułu, a przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie mieszkańców regionu łódzkiego, w badaniu surveyowym, dbałość o stan zdrowia zmierzono m.in. przy pomocy wskaźnika masy ciała (BMI – *Body Mass Index*). Wyniki analizy wskazały, że istnieje związek między wskaźnikiem masy ciała a płcią. Kobiety w większości charakteryzuje waga prawidłowa, natomiast u mężczyzn przeważa nadwaga (prawie 50%). Ponadto, wyniki pokazały, że istnieje silna zależność pomiędzy wskaźnikiem masy ciała a płcią i wiekiem. I tak, młode kobiety (18–24 lata) w większości charakteryzuje prawidłowa masa ciała (ponad 73%). Wśród kobiet biorących udział w badaniu i mieszcących się w tym przedziale wiekowym zdecydowanie więcej jest tych, które mają niedowagę (15,3%) niż tych z nadwagą (10,2 %). Wpływ na powyższy stan rzeczy ma przede wszystkim współczesny kult szczupłej sylwetki, zauważalny wyraźnie wśród młodego pokolenia kobiet, od których oczekuje się spełnienia kulturowego wzoru piękna (Malinowska, Dzwonkowska-Godula, Garncarek 2012).

Następnym w kolejności działaniem prozdrowotnym, które kobiety wskazywały (bez względu na wiek) było unikanie bądź ograniczanie używek (m.in. papierosów, alkoholu). Większość badanych zadeklarowała, że stara się ograniczać wszelkiego rodzaju używki: „Nie palę papierosów, mam tego świadomość (że to jest szkodliwe – przyp. E. G.)” (KM_10_30); „no staram się [...] nie pić alkoholu, nie palić papierosów. To nie znaczy, że nie zdarza mi się odejście o tego, ale wiem, że nie powinnam, tak, powinnam unikać” (KSR_5_47). Część kobiet wspomniała, że nie stosuje żadnych używek, przede wszystkim, że nigdy nie paliły papierosów: „No nie palę, wręcz niedobrze mi, jak ktoś zapali, nie znoszę tego zapachu, alkohol też bardzo rzadko” (KSR_9_54). Część kobiet wspomniała, że rzuciły palenie, przede wszystkim ze względów zdrowotnych: „Nadużywałam alkoholu i papierosów. [...] bez żadnej świadomości (że to jest wbrew mojemu zdrowiu – przyp. E. G.). [...] I jedno i drugie absolutnie nie służy mi. Jedno rzuciłam znacznie wcześniej, bo 20 lat temu, papierochy, a drugie stosunkowo

niedawno. Bo jedno, tamto mi nie służyło i alkohol też nie” (KSR_11_60). Nieliczne z kobiet wspomniały, że oprócz dolegliwości zdrowotnych związanych z paleniem papierosów rzuciły ten nałóg za namową najbliższej rodziny: „coraz więcej tutaj miałam muzyki w klatce piersiowej. Takie świsty, gwizdy. A i jeszcze o tego mojego wnusia. Mówił: »babcia śmierdzisz papierosami, babcia śmierdzisz papierosami«. Ja mówię, żeby dziecko mi mówiło: »babcia śmierdzisz papierosami«. I wchodziłam do domu, proszę pani, smród w całym domu. Skończyłam” (KST_3_65). Warto tutaj dodać, że na podstawie analizy wypowiedzi na temat zachowań prozdrowotnych oraz odpowiedzi na inne pytania zadane podczas wywiadów można było odnieść wrażenie, iż wśród kobiet, które wzięły udział w naszym badaniu, więcej rozmówczyń nie stosowało używek. Prawdopodobnie jednak pytane o to, jak dbają o zdrowie, raczej myślały o pozytywnych działaniach podejmowanych przez siebie, a nie o unikaniu określonego ryzyka, bądź też brak nałogu traktowały jako coś normalnego, naturalnego w ich przypadku i nie pomyślały, by wspomnieć o tym jako o podejmowanym działaniu na rzecz swojego zdrowia. Biorąc pod uwagę kulturowe koncepcje kobiecości i męskości, zachowania antyzdrowotne, do których należą m.in. palenie papierosów, nadużywanie alkoholu czy ryzykowne zachowania na drodze, wpisują się bardziej w tradycyjny wzorzec męskości niż kobiecości. Przede wszystkim papieros jawi się jako stereotypowy symbol „prawdziwego mężczyzny”, a picie czy nawet nadużywanie alkoholu przez mężczyzn jest też znacznie bardziej akceptowane społecznie niż stosowanie tych używek przez kobiety.

Kolejne działania kobiet podejmowane na rzecz ich zdrowia były związane z profilaktyką zdrowotną, tj. regularne kontrole lekarskie, profilaktyczne badania: „Chodzę na okresowe badania i wzroku, bo noszę okulary i dentystyczne, te zwykle u internisty, morfologie i inne dziwne rzeczy [...] Po prostu badam się regularnie, jak już idę do lekarza, to wszystko po kolei idzie do sprawdzenia [...]” (KM_3_24). Charakterystyczne dla kobiet było wymienianie szczególnych działań profilaktycznych, które przeprowadzają na rzecz swojego zdrowia – wspominały o wykonywaniu badań krwi, badaniach ginekologicznych (cytologia, badanie piersi, mammografia), USG różnych narządów, kontroli ciśnienia krwi (podczas specjalistycznych wizyt, jak również samodzielnie, w domu): „Robię sobie co roku badania krwi – raczej pełny pakiet, bo USG piersi, cytologia, ginekolog” (KM_13_34). Kobiety deklarowały korzystanie z porad wielu specjalistów, m.in. okulisty, stomatologa, endokrynologa, neurologa. Badane bardziej zdawały się na lekarzy i ich diagnozy w określaniu stanu zdrowia, niż na samodzielne decydowanie o rozpoczęciu leczenia, ewentualnie zastosowanie alternatywnych form leczenia: „Chodzę do lekarza, jak coś mi jest lub jak źle się czuję” (KM_1_21), „Staram się dostosować do wskazówek lekarzy” (KM_9_30), „W momencie kiedy wiem, że coś jest z moim organizmem nie tak, to idę do lekarza i drażę temat” (KM_13_34), „No i biorę wszelkiego rodzaju leki i systematycznie dbam o wszystkie wizyty u endokrynologa” (KST_3_65). Część

kobiet zaznaczyła, że postępuje według ustalonego harmonogramu, który realizuje od lat; niektóre wspominały, że na badania chodzą zawsze systematycznie: „No i staram się sukcesywnie do lekarzy chodzić i sprawdzać to, co się ze moim stanem zdrowia dzieje. [...] Mam taki harmonogram, że idę na pewno do endokrynologa, mam badania osteoporozy. To w zależności. Jedne są co pół roku kontrolne, drugie są co rok itd. Mam taki harmonogram działań, który realizuję już od lat” (KSR_7_49). Niektóre kobiety wspominały, iż profilaktyka zdrowotna, korzystanie z porad lekarskich oraz stosowanie się do zaleceń lekarzy należą do ich głównych działań na rzecz zdrowia. W tym przypadku wystąpiły różnice pomiędzy kobietami reprezentującymi odmienne kategorie wiekowe, co zostanie szczegółowo omówione w dalszej części opracowania. Tylko nieliczne respondenci przyznały, że nie zawsze wykonują badania kontrolne w sposób regularny: „właśnie zbieram się od pół roku, żeby to zrobić, codziennie postanawiam, że pójdę i się zapiszę” (KSR_2_41), „wiem, że powinnam iść do lekarza, odkładam, odkładam, ale w końcu idę” (KSR_5_47).

Oprócz regularnego kontrolowania swojego zdrowia kobiety starają się też nie bagatelizować niepokojących objawów, dlatego zasięgają porad lekarzy i stosują się do ich zaleceń. Przede wszystkim starają się leczyć zdiagnozowane choroby. Żadna z kobiet nie wspomniała, że wystarczające są dla niej wizyty lekarskie bądź badania, które należy wykonać ze względu na aktywność zawodową – tzw. badania okresowe w pracy. Wręcz przeciwnie – część kobiet uznała, że tego typu działania nie są wystarczające i należy zadbać o zdrowie we własnym zakresie: „Chodzę regularnie na wszystkie kontrole, które mi są wyznaczane we wszystkich tych chorobach, które mam, stosuję się do zaleceń lekarzy i to mi pozwala w sumie egzystować, nie powiem, że czuję się cudownie, że dostaję tak cudowne leki, że wszystko mi mija, bo tak nie jest, ale na pewno polepsza to komfort mojego życia” (KST_2_64). Jak wynika z analizy zebranych danych, kobiety cechowało duże zainteresowanie własnym ciałem i stanem zdrowia. Ze względu na specyfikę procesu socjalizacji mają one wiedzę na temat zapobiegania i leczenia chorób, co wykorzystują nie tylko w odniesieniu do swojego zdrowia, lecz także zdrowia innych (dzieci, mężów, starszych rodziców). Warto zaznaczyć, że kobiety częściej niż mężczyźni mają tendencję do szybszego reagowania na pierwsze symptomy chorób (Tobiasz-Adamczyk 2000). Ich społeczne role, a przede wszystkim rola matki wiąże się z szeregiem zachowań dotyczących zdrowia, 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, a także należą do czynności wykonywanych niemal codziennie. Kobiety systematycznie biorą więc odpowiedzialność za zdrowie, nie tylko swoje, ale również członków rodziny (Ostrowska 1999; Tobiasz-Adamczyk 2000; Titkow, Duch-Krzysztosek, Budrowska 2004; Dzwonkowska-Godula, Garncarek 2015).

W każdej z badanych kategorii wiekowych kobiet pojawiły się wskazania na temat przyjmowania suplementów diety oraz witamin. Rozmówczynie deklarowały, że stosują je w okresie zwiększonego ryzyka infekcji. Wspominały, iż starają się dbać o podniesienie odporności czy wzmacniać swój organizm – szczególnie w walce z jakimiś infekcjami – właśnie poprzez przyjmowanie witamin i minerałów: „No na pewno jakieś tabletki, żeby odporność..., jakąś witaminę C, czy różne takie właśnie” (KM_7_28); „Oczywiście biorę jakieś witaminy, witaminę C, magnez, teraz jak mam ten sport, no to magnez jest bardzo ważny dla mnie, wapno czasami, bo mam jakieś alergię, więc to jest mi potrzebne od czasu do czasu jak coś zjem i przypadkiem wysypie mnie gdzieś [...]” (KM_3_24).

Do działań prozdrowotnych niektóre kobiety zaliczały odpowiedni tryb życia i higienę, z którą wiązały przestrzeganie czystości, stosowanie odpowiednich kosmetyków, a także odpowiednią liczbę godzin przeznaczonych na wypoczynek i sen: „O czystość, o higienę życia, o higienę jedzenia. [...] Wstaję rano, po przespanej nocy, myję się, biorę regularnie leki, rozwiązuję dużo krzyżówek, aby ćwiczyć umysł, spaceruję lub ćwiczę, takie rzeczy, co mówiłam też wcześniej, dbanie o higienę, odżywiam się regularnie” (KST_12_84). Niektóre z respondentek dokonywały szczegółowego opisu dbania o higienę ciała. Mówiąc o higienie osobistej jako działaniu prozdrowotnym, część kobiet wskazała również, że odpowiednio dobiera kosmetyki i środki czystości: „Chociażby taka higiena osobista, bo to też ma wpływ. Codzienne mycie ciała, dbanie o swoje włosy, te wszystkie odżywki, kosmetyki to też nie jest dbanie jedynie o wygląd zewnętrzny, ale ma też wpływ na nasze wnętrze” (KM_9_30). Jedna z badanych podkreśliła, że stosuje tylko ekologiczne produkty, inna – że ze względu na problemy zdrowotne musiała wyeliminować niektóre kosmetyki, zawierające szkodzące jej składniki: „Kosmetyki, które używam, wszystkich, prawie wszystkich, ekologicznych, środki czystości to samo” (KM_12_34).

Pojedyncze deklaracje badanych dotyczyły konieczności zapewnienia własnemu organizmowi odpowiedniej ilości snu jako przykład zachowania prozdrowotnego. Jak wynika z wypowiedzi, kobiety te są świadome wpływu wypoczynku i higieny snu na zdrowie. Podkreślały wartość trzymania się stałych godzin pójścia spać ze względu na różnego rodzaju procesy fizjologiczne i regenerację organizmu. Jedna z kobiet wspomniała, że dba także o jakość snu poprzez zapewnienie sobie odpowiednich warunków do wypoczynku: „Dbam o to, żeby w pomieszczeniu, w którym śpię było ciemno, nie było komputera, telefonu, telefonu nie, ale na przykład innych sprzętów typu telewizor. O to dbam, dbam o to, aby spać dobrze, z odpowiednią ilością snu” (KM_11_34), „Pilnuję też czasu, znaczy godziny pójścia, kładzenia się spać, tak, żeby między dziesiątą a jedenastą się położyć i to, jak zaczęłam tego pilnować, to faktycznie też od razu się zaczęłam lepiej czuć, bardziej wypoczęta [...]. Bo od tej jedenastej mniej więcej regeneruje się wątroba i pęcherzyk żółciowy, czyli te wszystkie procesy [...]” (KM_12_34).

Nieliczne badane wskazywały na alternatywne sposoby leczenia jako pomagające zachować im dobre zdrowie bądź wspomóc konwencjonalne leczenie różnych dolegliwości. Niektóre zaznaczały, że leczą się różnymi domowymi/„babciowymi” sposobami. Wspominały o dbaniu o zdrowie psychiczne poprzez relaks, stosowanie medytacji, słuchanie relaksującej muzyki, a część twierdziła, że korzysta z zabiegów rehabilitacyjnych – stacjonarnych oraz wyjazdowych (pobyty w sanatoriach) bądź SPA. Pojedyncze wypowiedzi dotyczyły dbania o zdrowie poprzez odpowiednie ubieranie się, spacerowanie na świeżym powietrzu, a także utrzymywanie aktywności umysłowej (rozwiązywanie krzyżówek, korzystanie z różnego rodzaju kursów, uczestnictwo w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku).

4. Zachowania prozdrowotne kobiet a „upłciowiony wiek”

Gdy w analizie na temat podejmowanych przez kobiety zachowań prozdrowotnych uwzględniono „upłciowiony wiek”, tj. kulturowe koncepcje kobiecości zróżnicowane w odniesieniu do kobiet w różnych fazach życia, dostrzeżono różnice między badanymi w stosunku do omawianego tu przedmiotu postawy. Okazuje się, że kobiety młode, w średnim wieku i starsze wskazują na nieco inne działania służące ich zdrowiu. W tej części opracowania zostaną zidentyfikowane empiryczne przejawy genderyzacji wieku na przykładzie zachowań prozdrowotnych kobiet młodych, w średnim wieku i starszych.

Charakterystyczne dla działań na rzecz zdrowia podejmowanych przez młode kobiety było łączenie ich z dbaniem o wygląd. Podobne wskazania pojawiły się również wśród części kobiet w średnim wieku. Kobiety młode wykazywały się dużą wiedzą na temat zdrowego odżywiania, różnego rodzaju diet. Tylko one wspominały o spożywaniu ekologicznych produktów oraz „superpokarmów”, tj. nasion *chia*, jagód *goji* itp. Młode badane wymieniały też różne rodzaje kosmetyków stosowanych w higienie ciała (w tym specjalistyczne i ekologiczne). Charakterystyczne dla tej grupy kobiet było zwracanie szczególnej uwagi na znaczenie aktywności fizycznej, kojarzonej przede wszystkim ze sportem. W odróżnieniu do kobiet reprezentujących starsze kategorie wiekowe, przynajmniej w świetle deklaracji młodych kobiet, one same czynnie uprawiały różnego rodzaju aktywności sportowe. Kobiety wiązały ją nie tylko z działaniem na rzecz zdrowia, lecz także na rzecz wyglądu. Młode badane jako jedyne wspominały również o stosowaniu relaksacji i medytacji. Z analizy zebranych danych można wnioskować o większej świadomości młodych kobiet w zakresie dbania o zdrowie niż kobiet w średnim wieku i starszych. W dużej mierze wynika to z faktu, że młodsze kobiety dorastały w kulturze, w której propaguje się modę na zdrowy styl życia oraz ideologię healthismu. Współcześnie mówi się o „autokreacyjnej postawie wobec zdrowia”, opartej właśnie na przekonaniu, że „każdy człowiek jest odpowiedzialny za swój los, pomyślność i zdrowie”, może kreować własne zdrowie swoimi działaniami

(Woynarowska 2013: 70). Jednocześnie zdrowie i ciało traktuje się jako istotny zasób, kapitał człowieka warunkujący jego funkcjonowanie w różnych obszarach życia społecznego (m.in. Jakubowska 2009; Malinowska, Dzwonkowska-Godula, Garncarek 2012).

Jeśli chodzi o reprezentantki średniego wieku, to do najczęściej przez nie wskazywanych działań prozdrowotnych należało leczenie występujących chorób oraz korzystanie z porad różnego rodzaju specjalistów. Równie często badane mówiły o unikaniu bądź rezygnacji z używek. Kobiety w średnim wieku dbały o zdrowie zwłaszcza ze względu na podupadającą kondycję fizyczną/zdrowotną (podobne wskazania pojawiły się również w najstarszej grupie wiekowej kobiet). Jednocześnie wśród reprezentantek średniego wieku pojawiło się najwięcej wypowiedzi na temat niesystematyczności w dbaniu o zdrowie. Tłumaczyły ją przede wszystkim wieloma obowiązkami wynikającymi z łączenia przez nie rodzinnych i zawodowych ról. Badane nawiązywały do genderowo określonych kobiecych powinności (obowiązku dbania o zdrowie nie tylko swoje, lecz także najbliższych, opieki nad dziećmi oraz łączenia pracy zawodowej z obowiązkami domowymi). To w tej grupie badanych zauważono osoby, które można zakwalifikować do tzw. „sandwich generation”/„pokolenia przegubowego”. Określenie to zostało ukute przez Dorothy A. Miller. Pierwotnie odnosiło się do kobiet trzydziesto- i czterdziestoletnich, które dbają o swoje dzieci, ale jednocześnie dbają o potrzeby starzejących się rodziców oraz dalszej rodziny bądź przyjaciół (Miller 1981). Współcześnie to grupa czterdziesto- i pięćdziesięciolatków, żyjących niejako „w kanapce”, rozdartych pomiędzy opieką nad starszymi rodzicami a własnymi dziećmi bądź wnukami. Najbardziej w tę „kanapkę” uwikłane są kobiety około 50. roku życia. To one troszczą się o zniedołężniałych rodziców i teściów, wspierają własne dorastające dzieci, bawią wnuki, zajmują się nie tylko swoim gospodarstwem domowym, ale sprzątają, gotują, robią zakupy również dla starzejących się rodziców bądź nie do końca usamodzielnionych dzieci (Diller 2012). Uwikłanie w genderowo określone powinności powoduje, że niektóre z nich często zmuszone są do porzucenia pracy zawodowej, nawet na kilka lat przed planowaną emeryturą. Z powodu zaangażowania w życie rodzinne dla niektórych kobiet to również okres, w którym przestają dbać o swoje zdrowie. Badane wspominały, że bardzo często pełnią rolę tzw. „domowego lekarza”. Dbając o rodzinę, brakuje im czasu bądź siły, aby zadbać o siebie. O tej roli wspominały nie tylko reprezentantki omawianej tu kategorii wiekowej, ale też młodsze i starsze kobiety. Wśród kobiet w średnim wieku pojawiły się również uwagi dotyczące dbania nie tylko o ciało, ale i umysł. Zwróciły one uwagę na konieczność ciągłego rozwoju umysłowego dla psychofizycznej sprawności człowieka: „czyli czytamy, oglądamy, tyle ile wrażeń jesteśmy w stanie skumulować, różnorodnych, czy to z wystaw, z wycieczek czy ze spotkań z ludźmi, to jest ważne. Czyli nasz intelektualny rozwój, czyli harmonia powinna być [...]” (KSR_11_60). Także kobiety z najstarszej kategorii wiekowej nawiązywały do aktywności umysłowej (rozwiązywania krzyżówek, uczestnictwa w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku).

Charakterystyczne dla najstarszych badanych było wskazywanie na regularne kontrole lekarskie, stosowanie się do zaleceń lekarzy oraz leczenie zdiagnozowanych chorób jako działań prozdrowotnych. Starsze kobiety przywiązywały również dużą wagę do medycyny profesjonalnej. Takie zachowania wynikały przede wszystkim z pogarszania się ich stanu zdrowia, ocenianego zarówno obiektywnie, jak i subiektywnie, oraz z szeregu problemów zdrowotnych i odczuwanych dolegliwości. Jak wynika z analizy zebranych danych, były to dla tej grupy kobiet główne działania prozdrowotne. W większości kobiety realizowały te działania samodzielnie, zaś tylko najstarsze badane twierdziły, że od czasu do czasu potrzebują wsparcia bliskich (m.in. zawiezienia do lekarza bądź wykupienia lekarstw). Warto w tym miejscu wspomnieć, że ich rówieśnicy, którzy brali udział w badaniu, byli uzależnieni od innych w aspekcie dbania o zdrowie. Z wypowiedzi starszych mężczyzn wynikało, że w dużej mierze wpływ na ich sposoby odżywiania się, regularne kontakty z lekarzami oraz zażywanie odpowiednich lekarstw mają ich żony lub córki. Jak mówiła część badanych kobiet – również te najstarsze – to one dbają o określoną dietę, częstość wizyt lekarskich, a także przypominają mężczyznom o zażywaniu stosownych leków. Uzyskane dane nawiązują do kulturowej koncepcji kobiecości odnoszącej się do kolejnych faz życia, w których utrwała się wyuczony z dzieciństwa nawyk dbania o zdrowie. W związku z „przepisami” dotyczącymi roli kobiety, troszczy się ona zarówno o swoje zdrowie, jak i o zdrowie najbliższych.

Ponadto, starsze kobiety wspominały, że dbają o higienę i zdrowy tryb życia. Dbanie o higienę w kontekście zdrowia znaczyło przede wszystkim przestrzeganie czystości. Podkreślały one też zmianę sposobu żywienia. O ile młode kobiety poświęcały uwagę na odpowiednią dietę i dobór spożywanych produktów (oraz łączenie tych działań z dbaniem o sylwetkę), to im starsze badane, tym częściej wskazywano przede wszystkim na rezygnację z ciężkostrawnych produktów spożywczych (tzw. kuchni polskiej) i konieczność zmiany wzorów odżywiania, stosowania odpowiedniej diety w związku z wiekiem i pojawiającymi się dolegliwościami oraz problemami zdrowotnymi.

Dodatkowo z zebranych danych wynika, że aktywność fizyczna maleje z wiekiem respondentów. Kobiety w średnim wieku oraz należące do najstarszej kategorii wiekowej wskazywały też na inne rodzaje aktywności fizycznej niż młodsze badane. Nie wspominały tak często o aktywności sportowej, a raczej o byciu w ruchu, o ruchu (w ogóle). Część z nich mówiła o pracach wykonywanych w domu lub na działce jako aktywności fizycznej/ruchu. Brak bądź niewielka tego typu aktywność osób starszych wynikała nie tylko z możliwości ich organizmu czy uwarunkowanych wiekiem określonych problemów zdrowotnych. Należy zwrócić uwagę na uwarunkowania natury społeczno-kulturowej, przede wszystkim występowanie w naszej kulturze określonych stereotypów starości, która bardzo często wiązana jest z niedołężnością, a jedyna aktywność, na którą może sobie „pozwolić” starsza osoba, to opieka nad wnukami, ewentualnie spędzanie czasu

na działce. W związku z tym starszym osobom (bez względu na płeć) nie wypada być tak aktywnymi, jak młodym ludziom. Pojawia się wiele obaw przed negatywnymi ocenami nietypowej aktywności ludzi w podeszłym wieku, w związku z tym część z nich nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej/sportowej bądź towarzyskiej. Na miarę swoich sił pomagają jedynie dzieciom czy wnukom. Sytuacja ta powoli jednak ulega zmianie, zwłaszcza dzięki różnego rodzaju ogólnopolskim i lokalnym programom aktywizującym starszych ludzi (m.in. „Dni Seniora”, „Seniorzy w Akcji”, „Latające Babcie” itp.). Coraz częściej mówi się o nich w telewizji, pojawiają się na ten temat artykuły w prasie. Jednak w różne formy aktywności relatywnie częściej angażują się kobiety, zaś potencjał starszych mężczyzn jest nadal wykorzystywany w mniejszym stopniu (Schimaneck, Wejcmann 2013).

Reprezentantki najstarszej kategorii wiekowej, w odróżnieniu do młodszych badanych, nie łączyły dbania o zdrowie z dbaniem o wygląd. Jak wspomniała jedna z kobiet: „z wiekiem kobiety stają się »przezroczyste«, »niewidoczne«, nie mają już dla kogo dbać o siebie” (MST_7_70). Warto w tym miejscu nawiązać do drugiej części zrealizowanego badania, a mianowicie postaw kobiet i mężczyzn wobec wyglądu. W trakcie wywiadów zapytaliśmy kobiety i mężczyzn reprezentujących omawiane tu trzy kategorie wiekowe o dbanie o wygląd, ubiór i ciało. Wszyscy deklarowali, że dbają o swój wygląd w mniejszym bądź większym stopniu. Jeśli chodzi o najstarszych badanych, okazało się jednak, że kobiety dbają o wygląd w większym stopniu niż starsi mężczyźni, ale

paradoks sytuacji, w której znajdują się stare kobiety polega na tym, że nawet ich zadbany wygląd na ogół nie obchodzi rówieśników (potencjalnych partnerów). W patriarchalnej kulturze, utożsamiającej atrakcyjność kobiety z młodością, urodą i zdolnością do rozrodczości, mężczyźni nie interesują jednak stare kobiety, a więc nie interesuje ich wygląd starych kobiet (Malinowska 2011).

Jak wynika z zebranych wypowiedzi, kiedy kobieta osiąga „pewien wiek”, staje się „przezroczysta”. Biorąc pod uwagę te same kulturowe uwarunkowania, starzy mężczyźni nie odczuwali ani w młodości, ani nie odczuwają teraz porównywalnej presji społecznej co do zachowania atrakcyjnego wyglądu. W ich pokoleniu szczególna dbałość o wygląd jest uważana stale za „niemęską” (Malinowska *et al.* 2016). W przypadku starszych kobiet mamy tu do czynienia z podwójnym wykluczeniem z przestrzeni publicznej – ze względu na płeć oraz wiek. Współczesny kult piękna i tyrania szczupłego ciała, wymuskanego i gładkiego, ruguje z przestrzeni publicznej przede wszystkim starsze kobiety.

Co ciekawe, pomiędzy reprezentantkami wyodrębnionych tu kategorii wiekowych wystąpiły ponadto różnice na poziomie używanego przez nie języka. Młode kobiety, wymieniając podejmowane działania korzystne dla swojego zdrowia, mówiły o odpowiednim „stylu życia”, natomiast im starsze badane, tym częściej pojawiały się odwołania do „trybu życia”, „dobrego prowadzenia się”, jak również „higieny życia”. Opisane różnice wynikają przede wszystkim z socjalizacji

badanych w innych warunkach społeczno-kulturowych. Warto powtórzyć, że im młodsze kobiety, tym częściej pojawiały się przekonania o indywidualnej odpowiedzialności za swoje zdrowie. W dużej mierze wynika to z faktu dorastania we wspomnianej już wcześniej kulturze, w której propaguje się modę na zdrowy styl życia oraz ideologię healthismu.

* * *

Z analizy zebranych danych wynika, że mamy do czynienia ze zróżnicowaniem w obrębie zachowań prozdrowotnych kobiet młodych, w średnim wieku i starszych. Wraz z wiekiem zmieniają się sposoby dbania o zdrowie, na co wpływają nie tylko uwarunkowania biologiczne. Istotne znaczenie mają również kulturowe koncepcje płci (*gender*) i wieku (*gendered age*) funkcjonujące w ramach danego kulturowego modelu społeczeństwa. Należy zwrócić szczególną uwagę na zawarte we wspomnianym modelu oczekiwania wobec zachowań kobiet reprezentujących różne kategorie wiekowe. Oczekiwanie te mają charakter normatywny i wpływają na rzecz utrwalania danego porządku społecznego. Kulturowa koncepcja kobiecości w odniesieniu do młodych kobiet akcentuje wagę zdrowia i wyglądu (m.in. w związku z rolą reprodukcyjną) oraz wymaga od nich dbałości o oba zasoby. Jak wynika z przeprowadzonych analiz, kobiety te charakteryzuje większa świadomość znaczenia zdrowia, ponadto przywiązują one dużą wagę do realizowanego stylu życia. W kulturowej koncepcji kobiecości odnoszącej się do kolejnych faz życia utrwała się zaś wyuczony w młodości nawyk dbania o zdrowie. Jednak w związku z „przepisami” domowej roli kobiety, ona sama troszczy się przede wszystkim o zdrowie najbliższych, rzadziej o własne („kobiety nie mają czasu chorować”). Z wiekiem następuje też większa profesjonalizacja dbania o zdrowie.

Bibliografia

- Barrett A. (2005), *Gendered experiences in midlife: Implications for age identity*, „Journal of Aging Studies”, Vol. 19, s. 163–183.
- CBOS (2005), Komunikat z badań: *Upodobania kulinarne, nawyki żywieniowe i zachowania konsumenckie Polaków*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa.
- CBOS (2009), Komunikat z badań: *Polak zadbany – troska o sylwetkę i ciało*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa.
- CBOS (2012a), *Zdrowie w wymiarze osobistym i instytucjonalnym. Samooceny, zachowania, opinie*, red. N. Hipsz, R. Boguszewski, „Opinie i Diagnozy”, nr 24.
- CBOS (2012b), Komunikat z badań: *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa.
- CBOS (2012c), Komunikat z badań: *Polacy wobec własnej starości*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa.
- CBOS (2013), Komunikat z badań: *Aktywność fizyczna Polaków*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa.

- CBOS (2014), Komunikat z badań: *Zachowania żywieniowe Polaków*, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa.
- Deaux K., Kite M. (2002), *Stereotypy płci*, [w:] B. Wojciszke (red.), *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, s. 354–382.
- Diller V. (2012), *The 'Over-Stuffed' Sandwich Generation*, <https://www.psychologytoday.com/blog/face-it/201210/the-over-stuffed-sandwich-generation> [dostęp: 2.04.2016].
- Dzwonkowska-Godula K., Garncarek E. (2015), *Factors affecting health in young and old men and women's beliefs*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica”, nr 55, s. 127–148.
- Heszen I., Sęk H. (2016), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Jakubowska H. (2009), *Socjologia ciała*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Kimmel M. S. (1987), *Rethinking masculinity: New directions in research*, [w:] M. S. Kimmel (ed.), *Changing Men: New Directions in Research on Men and Masculinity*, Sage Publications, Newbury Park, s. 9–24.
- Kimmel M. (2004), *The Gendered Society*, Oxford University Press, New York.
- Królikowska S. (2011), *Rola stereotypów płci w kształtowaniu postaw kobiet i mężczyzn wobec zdrowia*, „Nowiny Lekarskie”, nr 80 (5), s. 387–393.
- Malinowska E. (2011), *Kapitał ludzki w ujęciu genderowym – koncepcja teoretyczna*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica”, nr 39, s. 3–16.
- Malinowska E., Dzwonkowska-Godula K., Garncarek E. (2012), *Wysztalcenie, zdrowie i wygląd jako komponenty kapitału ludzkiego kobiet i mężczyzn*, [w:] P. Starosta (red.), *Zróżnicowanie zasobów kapitału ludzkiego i społecznego w regionie łódzkim*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 11–132.
- Malinowska E., Dzwonkowska-Godula K., Garncarek E., Czernecka J., Brzezińska J. (2016), *Kulturowe uwarunkowania postaw kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego wyglądu i zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Melosik Z. (1996), *Tożsamość, ciało i władza. Teksty kulturowe jako (kon)teksty pedagogiczne*, Wydawnictwo Edytor, Poznań–Toruń.
- Miller D. (1981), *The 'sandwich' generation: Adult children of the aging*, “Social Work”, Vol. 26, No. 5, https://www.jstor.org/stable/23712207?seq=1#page_scan_tab_contents [dostęp: 2.04.2016].
- Miluska J. (1996), *Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Miluska J. (2008), *Obrazy społeczne grup narażonych na dyskryminację. Uwarunkowania społeczno-demograficzne i psychologiczne*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Nowak S. (1973), *Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych*, [w:] S. Nowak (red.), *Teorie postaw*, PWN, Warszawa, s. 17–88.
- Nowak S. (red.) (1973), *Teorie postaw*, PWN, Warszawa.
- Ogińska-Bulik N., Jurczyński Z. (2010), *Osobowość. Stres a zdrowie*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Ostrowska A. (1999), *Styl życia a zdrowie*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa.
- Ostrowska A. (2006), *Kobiety i mężczyźni. Jak styl i warunki życia różnicują zdrowie*, „Rocznik Lubuski” t. 32, cz. 2, s. 113–129.
- Puchalski K. (1990), *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia*, [w:] A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź, s. 23–57.

- Puchalski K. (1997), *Zdrowie w świadomości społecznej*, Instytut Medycyny Pracy, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Łódź.
- Raport Siemens (2012), „Zdrowie – męska rzecz”, http://www.siemens.pl/pool/healthcare/raport_siemens_2012.pdf [dostęp: 20.07.2016].
- Renzetti C. M., Curran D. J. (2005), *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Schimanek T., Wejman Z. (2013), *Aktywni Seniorzy. Inspirator dla organizacji*, Instytut Spraw Publicznych, <http://www.isp.org.pl/uploads/pdf/17728630.pdf> [dostęp: 30.06.2016].
- Sęk H. (2000), *Zdrowie behawioralne*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia*, t. 3, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Titkow A. (1998), *Feminizm*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, t. 1, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Titkow A., Duch-Krzyszczak D., Budrowska B. (2004), *Nieodpłatna praca kobiet. Mity, realia, perspektywy*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2000), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Tobiasz-Adamczyk B. (red.) (2013), *Od socjologii medycyny do socjologii żywienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Turner J. H. (2004), *Struktura teorii socjologicznej*, PWN, Warszawa.
- Wolf N. (2014), *Mit urody*, Czarna Owca, Warszawa.
- Wojnarowska B. (2013), *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Emilia Garncarek

HEALTH BEHAVIOURS OF YOUNG, MIDDLE-AGED AND OLDER WOMEN

Abstract. The article focuses on the behavioral component of attitudes towards health and more specifically, on pro-health behaviours of women. The analysis shows that there are differences in health behaviours between women who represent different age categories. With age women change they concerning about health and the way they take care of this resource, which are influenced not only by biological factors. Cultural concepts of sex (gender) and age (gendered age) which exist in specific cultural model of society are also crucial.

Keywords: health behaviors, women, age, gender, gendered age.