

# Uwarunkowania społeczno-kulturowe zdrowia kobiet w średnim wieku

## Socio-cultural determinants of women's health in middle age

BEATA TOBIASZ-ADAMCZYK

Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

Rozróżnienie pomiędzy uwarunkowaniami biologicznymi (sex) a uwarunkowaniami pochodzącymi z wpływów społeczno-kulturowych (gender) w odniesieniu do wyjaśnienia różnic w stanie zdrowia kobiet i mężczyzn – kieruje uwagę badaczy w stronę perspektywy „life course approach”, a także znaczenia nierówności społecznych wynikających z pełnionych ról społecznych i konsekwencji podwójnego obciążenia kobiet pracą zawodową i obowiązkami wynikającymi z ról rodzinnych. W artykule poruszono trudności, jakie pojawiają się w określeniu uwarunkowań społeczno-kulturowych pozycji kobiety w relacji do stanu zdrowia.

**Słowa kluczowe:** kobiety, stan zdrowia, płeć, uwarunkowania społeczno-kulturowe

The differentiation between biological, sex-related and socio-cultural, gender-related determinants aiming to explain differences in health status among selected groups of men and women draws attention to a “life course approach”. In particular, it raises the issue of social inequality arising out of fulfilling different social roles and the consequences of double-burdening women with professional as well as family responsibilities. This article examines the challenges which arise in attempting to describe the socio-cultural determinants of a woman's place in a society in relation to their health status.

**Key words:** women, health status, gender, socio-cultural determinants

© Probl Hig Epidemiol 2009, 90(4): 441-446

www.phie.pl

Nadesłano: 10.08.2009

Zakwalifikowano do druku: 25.11.2009

### Adres do korespondencji / Address for correspondence

Beata Tobiasz-Adamczyk  
Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, ul. Kopernika 7a, 31-034 Kraków  
tel. (12) 422 31 82, fax: (12) 422 87 95  
e-mail: mytobias@cyf-kr.edu.pl

### Wstęp

Obserwowane różnice w stanie zdrowia mężczyzn i kobiet były w ostatnich latach przedmiotem licznych badań i rozważań teoretycznych, w których starano się ustalić, dlaczego kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, pomimo że odznaczają się wyższą chorobowością. W poszukiwaniu przyczyn tych różnic odwoływano się w pierwszym rzędzie do biomedycznego modelu, próbując wyjaśnić różnice w stanie zdrowia mężczyzn i kobiet odmiennymi biologicznymi i dziedzicznymi predyspozycjami genetycznymi, warunkującymi niejednakowe ryzyko zachorowania na określone choroby i w ich następstwie niejednakowe ryzyko zgonu. Niemniej niemożność wyjaśnienia wszystkich różnic w stanie zdrowia mężczyzn i kobiet poprzez odwołanie się do tej perspektywy, skłoniła badaczy do sięgnięcia do modelu socjokulturowego.

Zgodnie z modelem biomedycznym w latach 70-tych i 80-tych XX wieku analizowano zdrowie kobiet z perspektywy biologicznych różnic w porównaniu do mężczyzn, przede wszystkim w odniesieniu do ich funkcji prokreacyjnych i seksualnych, związanych

ze zdrowiem reprodukcyjnym, (np. antykoncepcją, przebiegiem ciąży, ryzykiem zgonu w okresie okołoporodowym).

Przełom w badaniach nastąpił w wyniku rozróżnienia pomiędzy płcią biologiczną (sex) a płcią kulturową (gender). Wprowadzenie pojęcia „gender” stosowanego w opozycji do „płci biologicznej”, uwidoczniło znaczenie społecznej konstrukcji, której podstawową funkcją jest „artykulacja społecznej organizacji różnic płci” [1,2].

Poszukując przyczyn zróżnicowania stanu zdrowia kobiet i mężczyzn należało przede wszystkim zwrócić uwagę na złożoność uwarunkowań tego stanu, równocześnie starając się rozróżnić wpływy pochodzące z różnic płci w wymiarze biologicznym i tych wynikających z determinantów społecznych, oddziaływujących w powiązaniu z predyspozycjami biologicznymi [3].

Według Arber i Thomas (2001) analizy genderowe spowodowały przeorientowanie myślenia o znaczeniu płci, zwracając uwagę na społeczne i ekonomiczne relacje pomiędzy kobietami a mężczyznami, które

bezpośrednio i pośrednio wpływają na ich stan zdrowia [4].

W tradycyjnych społeczeństwach kobiety miały lub mają zwykle mniej władzy, niższy status społeczny i mniej zasobów finansowych niż mężczyźni, a tym samym posiadają mniej autonomii i niezależności. W tych społeczeństwach kobieta związana jest przede wszystkim ze środowiskiem domowym, z rolami wewnątrz rodzinnymi, funkcjami opiekuńczymi wobec dzieci, chorych członków rodziny oraz osób w starszym wieku.

Szczególnie ostatnie dekady XX wieku przyniosły znaczący wzrost liczby kobiet łączących pracę zawodową z obowiązkami domowymi. Tzn. „praca dwuzmianowa” lub „praca dwuetatowa” wzbudziła zainteresowanie badaczy w odniesieniu do konsekwencji zdrowotnych podwójnego obciążenia kobiet, rozumianych nie tylko jako zmiany w stanie zdrowia, ale także jako brak czasu na chorowanie i poddania się koniecznemu leczeniu.

Według Backes (2006) zwrócić należy uwagę na następujące fazy społecznej aktywności kobiet grożące ryzykiem zmian w stanie zdrowia:

1. Wiek średni, kiedy dzieci opuszczają dom rodziny („puste gniazdo”) – a kobiety poszukują nowej orientacji życiowej (np. poprzez zwiększoną aktywizację zawodową, natrafiając na szereg barier z tym związanych).
2. Wiek starszy – pomiędzy wiekiem 60-65 lat, wchodzenie w okres emerytalny – gdy sama kobieta staje się emerytką lub jej mąż kończy okres aktywności zawodowej. Kobiety ograniczają pełnione funkcje i nastawiają się przede wszystkim na rolę „gospodyni domowej”, (co nie zawsze rekompensuje kobiecie utraconą aktywność poza środowiskiem domowym). W tym czasie kobieta często wspiera męża w jego adaptacji do życia na emeryturze.
3. Okres po utracie swojego męża/partnera, czego doświadcza większość kobiet. Utrata męża/partnera ponownie zmusza kobiety do dokonania kolejnej reorientacji, przede wszystkim do zaakceptowania braku pomocy materialnej, jaką stanowiła emerytura męża. Okres ten oznacza wiele stresujących wydarzeń związanych z utratą bliskich relacji ze zmarłym mężem/partnerem, utratą poczucia bezpieczeństwa i bliskości.
4. Okres związany z utratą samodzielności i niezależności: ograniczenia w stanie funkcjonalnym nie pozwalają na samodzielną egzystencję i prowadzą do uzależnienia od opiekunów. Wzrasta zależność od innych osób dostarczających codziennej opieki oraz zależność materialna. Dominującym statusem staje się bycie osobą zależną od członków rodziny lub opiekunów rekrutujących się z grona

obcych osób, co jest trudniejsze do zaakceptowania dla kobiety niż dla mężczyzny [5].

Arber i Thomas w pracy zatytułowanej „*From Women's Health to a Gender analysis of Health*” (2001) podejmując rozważania o uwarunkowaniach zdrowia kobiet, różniących je od mężczyzn, dostrzegły wagę odmienności w pełnionych rolach społecznych w danych warunkach społecznych, kulturowych i ekonomicznych. Role te wyznaczone przez społeczno-kulturowe uwarunkowania są konstruktem zmieniającym się w czasie i w przestrzeni, – i pomimo odnotowanych zmian w tradycyjnych podziałach zadań pomiędzy kobietami a mężczyznami, nadal decydują o ich różnej sytuacji życiowej [4].

Od połowy lat 80-tych XX wieku utrzymuje się przekonanie, że podstawowe różnice w stanie zdrowia mężczyzn i kobiet tkwią w narażeniu na określone czynniki wynikające z pracy zawodowej, sposobu spędzania wolnego czasu, ze stresu psychologicznego, oddziaływania sieci relacji społecznych, a występujące choroby są ich konsekwencją [6,3].

Według Ross (1994) podstawowe różnice w stanie zdrowia mężczyzn i kobiet wynikają z rodzaju pracy i stylu życia, przy czym są wyznaczone m.in. przez następujące fakty:

Nadal więcej mężczyzn niż kobiet związanych jest z pracą zarobkową, więcej mężczyzn niż kobiet pracuje w pełnym wymiarze godzin.

1. Kariery zawodowe mężczyzn i kobiet przebiegają często odmiennie, nadal więcej kobiet wykonuje prace gorzej płatne, dające mniejsze możliwości rozwoju zawodowego i osiągnięcia wyższych stanowisk.
2. Pracujące kobiety odznaczają się lepszym stanem zdrowia niż niepracujące, niemniej praca zawodowa naraża również kobiety na wypadki i ekspozycję na antyzdrowotne czynniki związane ze środowiskiem pracy.
3. Kobiety obciążone są większą ilością prac związanych z prowadzeniem domu, opieką nad dziećmi; mężczyźni wykonują mniej prac w środowisku domowym.
4. Pozycja kobiety w środowisku pracy i w domu jest często źródłem napięć i przyczyną stanów depresyjnych, które pośrednio i bezpośrednio wpływają na stan zdrowia i zachowania zdrowotne [7,8].

Verbrugge (1985) uznała za paradoks fakt, że dłuższe życie kobiet oznacza gorszą jego jakość, co wynika z wyższej częstości długotrwałych dolegliwości, chorób i niepełnosprawności, jakkolwiek są to choroby niekończące się bezpośrednio zgonem [9]. Również według Ross (1994) pomimo, że kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, ich stan zdrowia jest znacznie gorszy, co jest konsekwencją faktu, że z racji pełnionych funkcji na przestrzeni całego życia, kobiety nara-

zione są na więcej zarówno ostrych jak i przewlekłych chorób, ale o łżejszym przebiegu, które prowadzić mogą do niepełnosprawności, odznaczają się znaczną uciążliwością, ale nie są związane z bezpośrednim ryzykiem zgonu [7].

Hipotezy zmierzające do wyjaśnienia różnic w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami zakładają, że różnice te obok uwarunkowań biologicznych są wynikiem ryzyka związanego z pełnionymi rolami i towarzyszącymi im stresów, oraz odmienności w postawach i zachowaniach zdrowotnych, wyrażających się m.in. różną percepcją objawów chorobowych, sposobem ich opisywania i reagowania na nie, zróżnicowaną częstością korzystania z usług medycznych [10,11,12,].

Według Arber (1997) do uwarunkowań społecznych decydujących o zdrowiu kobiet zalicza się dwa rodzaje czynników: tj. wynikające z pozycji samej kobiety i pochodzące z pozycji społecznej męża/partnera [13].

Do pierwszych należą:

- I. pozycja na rynku pracy, wyznaczona poprzez wykształcenie, kwalifikacje i status zawodowy, który decyduje o zatrudnieniu lub ryzyku utraty pracy (bezrobociu),
- II. role rodzinne związane ze stanem cywilnym i pozycją rodzica, niemniej istotnie zależne od pozycji zawodowej i rodzaju zatrudnienia,
- III. zasoby materialne i warunki zamieszkania (zależne od pozycji na rynku pracy) do których należą wyposażenie mieszkania, posiadanie samochodu, dochód, majątek osobisty.

Do drugich, jeśli kobieta posiada męża/partnera można dodać

- IV. pozycję męża/partnera na rynku pracy, rodzaj jego zatrudnienia, jego status zawodowy, wykształcenie, kwalifikacje,
- V. stopień zaangażowania męża/partnera w role rodzinne, oraz prace domowe (ten współdziałający jest od jego pozycji zawodowej, wykształcenia i kwalifikacji) [13].

### Perspektywa „life course approach”

Odwolanie się do perspektywy przebiegu życia (*life course approach*) daje szansę określenia wpływu uwarunkowań pochodzących z różnych okresów życia (od okresu życia płodowego, poprzez okres niemowlęctwa i dzieciństwa, dojrzewania, życia dorosłego aż do starości) na pojawienie się negatywnych zmian w stanie zdrowia, przede wszystkim chorób przewlekłych.

W odniesieniu do zdrowia kobiet wśród uwarunkowań zdrowotnych z pochodzących okresu dzieciństwa wymienia się: wykształcenie rodziców, dochód i

warunki gospodarstwa domowego oraz rodzaj zdobywanego przez nią wykształcenia w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości [14].

W okresie aktywnego zawodowo życia zdrowie kobiet jest wynikiem przynależności do określonej klasy lub warstwy społecznej, która istotnie wyznacza jej doświadczenia życiowe, rodzaj zatrudnienia (najdłuższego i ostatniego), narażenie na ryzyko utraty pracy, (pozostanie osobą bezrobotną), wysokość dochodu i jego dynamikę w czasie, a także stopień zamożności lub deprivacji (uwzględniając możliwe zmiany w czasie), warunki gospodarstwa domowego (zmiany w czasie), a także status społeczno-ekonomiczny partnera (zmiany w czasie) i posiadane zasoby w momencie zakładania rodziny [15].

W okresie przejścia na emeryturę do uwarunkowań zdrowia kobiety zalicza się stopień jej zamożności lub deprivacji, warunki miejsca zamieszkania, zasoby pozostawione przez nią młodszym generacjom w momencie śmierci (spadek) [16].

Na przykład do czynników psychospołecznych warunkujących ryzyko pojawienia się chorób układu krążenia u kobiet zalicza się: historię rodzinną, pozycję społeczno-ekonomiczną rodziców w dzieciństwie, warunki społeczno-ekonomiczne, narażenie na deprivację, inicjację palenia tytoniu we wczesnym okresie adolescencji, brak poczucia bezpieczeństwa w pracy zawodowej, bezrobocie [17].

Udowodniono relację pomiędzy pozycją społeczną rodziców a społeczno-ekonomicznymi uwarunkowaniami w wieku dorosłym, decydującymi o ryzyku wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego. Wielokrotnie potwierdzono relację pomiędzy umiernością z powodu chorób układu krążenia u kobiet a przynależnością do określonej klasy społecznej w dzieciństwie wyznaczonej statusem społeczno-ekonomicznym rodziców [18].

### Nierówności społeczne a stan zdrowia

Rola nierówności społecznych w stanie zdrowia kobiet nadal jest rzadziej przedmiotem badań niż nierówności społecznych w stanie zdrowia mężczyzn, a przyczyną takiego stanu są:

1. Trudności w pomiarze nierówności społecznych w odniesieniu do kobiet (brak dobrych wskaźników, niepewność co do stosowanych wskaźników zwykle na wzór miar używanych w odniesieniu do mężczyzn),
2. Badania dotyczące społecznych nierównościach, wynikających z wykonywanego zawodu, pokazują mniej ich konsekwencji w stanie zdrowia kobiet niż mężczyzn,
3. Badania mierzące nierówności w oparciu o koncepcję „deprivacji lub wysokości dochodu”

– pokazują porównywanie wyższy wpływ tych nierówności na stan zdrowia mężczyzn – niż badania wskazujące na kulturowe uwarunkowania nierówności w stanie zdrowia kobiet [19].

Tradycyjne teorie dotyczące studiów genderowych zwracają uwagę na wielość ról pełnionych równocześnie przez kobiety, prowadzących do konfliktu w obrębie każdej z nich jak i pomiędzy nimi, a tym samym przyczyniając się do pojawiania się zmian w stanie zdrowia, będących konsekwencjami oderwanego stresu. Modele wskazujące na znaczenie napięć w „rolach” dowodzą, że równoczesne włączenie w różne role społeczne wymaga sięgnięcia do takich zasobów jak „czas, energia i psychologiczne zaangażowanie” – i w rezultacie przyczynia się do powstawania napięć, owocujących konsekwencjami zdrowotnymi.

Johansson i wsp. (2007) podjęła próbę określenia, w jaki sposób zdrowie i samopoczucie kobiet w średnim wieku jest wynikiem powiązanych ze sobą na przestrzeni życia oddziaływań pochodzących z wpływu poziomu wykształcenia, aktywności zawodowej i włączenia w role rodzinne [20].

Dowodzi się, że teorie dotyczące przebiegu karier zawodowych u mężczyzn nie są przydatne dla śledzenia przebiegu karier zawodowych kobiet. Wraz ze zwiększającym się udziałem kobiet w sferze aktywności zawodowej jak i ich wyraźnej obecności na rynku pracy, szczególnego znaczenia nabiera utrzymanie równowagi pomiędzy płatną pracą zawodową a ich wywiązywaniem się z obowiązków rodzinnych. Fakt, że kobiety pracujące łączą tę aktywność z obowiązkami wynikającymi z macierzyństwa i opieki nad dziećmi powoduje, że ich kariery często ulegają opóźnieniu lub zahamowaniu. Kobiety ponadto mają odmiennie od mężczyzn możliwości wyboru pracy, stąd obserwowana nadreprezentacja kobiet w sektorze publicznym, związanym z edukacją, usługami, handlem.

Relację pomiędzy karierami zawodowymi kobiet a ich stanem zdrowia (kondycją fizyczną, stresem psychicznym), można rozpatrywać w odniesieniu do narażenia na uwarunkowania środowiska pracy, przede wszystkim napięcia towarzyszącego wykonywanej pracy, szczególnie z racji wysokich wymagań i równocześnie niskiej autonomii.

Przebieg trajektorii życia i przebieg aktywności zawodowej w powiązaniu z konsekwencjami zdrowotnymi wyjaśniany jest zwykle poprzez odwołanie się do wpływu statusu społeczno-ekonomicznego na stan zdrowia (im dłuższe narażenie na niekorzystne uwarunkowania, tym większe zmiany w stanie zdrowia). Takie wyznaczniki jak pozycja zawodowa, charakter zatrudnienia, stresujące zmiany w rodzajach aktywności dają szansę zrozumienia negatywnych zmian zdrowotnych u kobiet. Udowodniono, że:

1. Kobiety, które zgłaszają wysoki poziom stresu w pracy charakteryzują się także wzrastającym poziomem wrogości, gniewu, depresji, napięcia i izolacji społecznej, a czynniki te są uznane za ryzykowne w odniesieniu do chorób układu krążenia.
2. Kobiety z małymi dziećmi, zatrudnione poza środowiskiem domowym, które pomimo oferowania ze swojej strony dużego wkładu w pracę odznaczają się małymi możliwościami kontrolowania swojej sytuacji życiowej – są częściej narażone na wyższe ryzyko pojawienia się chorób układu krążenia. Mniejszej autonomii w pracy kobiet, towarzyszy wyższy stres i napięcia, a także stres związany z nieodpłatną pracą kobiet w środowisku domowym [17]. Natomiast kobiety charakteryzujące się wysokim poziomem wykształcenia, posiadające wysoką pozycję na rynku pracy i ekonomiczną autonomię cechują się niższym ryzykiem zgonu [20].

Dłuższe życie kobiet niż mężczyzn tłumaczone jest nie tylko odmiennym narażeniem na czynniki ryzyka związane z aktywnością zawodową, ale również odmiennym stylem życia, odmiennym natężeniem ryzykownych antyzdrowotnych zachowań odnoszących się przez długi okres czasu przede wszystkim do mężczyzn tj. paleniem papierosów, nadmiernym spożywaniem alkoholu, ryzykownymi sportami, wypadkami drogowymi w wyniku szybkiej jazdy, przemocą. Obecnie niektóre zachowania antyzdrowotne podejmowane są przez kobiety na równi z mężczyznami, co może zaowocować w przyszłości określonymi konsekwencjami zdrowotnymi. [21].

### Role społeczne i relacje społeczne

Według Arber i Thomas (2001) z perspektywy genderowej wyjaśnienia różnic w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami upatrywać należy w psychospołecznych odmiennościach kształtowania ich osobowości i strategii radzenia sobie ze stresem oraz samoskuteczności, co jest wynikiem odmiennych doświadczeń socjalizacyjnych [4].

Kobiety w sytuacjach stresujących wydarzeń życiowych bardziej niż mężczyźni poszukują wsparcia społecznego, z tego powodu wdowieństwo wywołuje więcej konsekwencji w zdrowiu fizycznym i psychicznym u mężczyzn niż u kobiet [22].

Kobiety w swoich relacjach społecznych budują więcej bliskich, emocjonalnych więzi niż mężczyźni.

Relacje małżeńskie oparte na wsparciu społecznym dające satysfakcję z interakcji z partnerem mają większe znaczenie dla zdrowia psychicznego kobiet niż mężczyzn [23]. Kobiety same dostarczają innym znacznie więcej wsparcia społecznego niż mężczyźni

[23]. Partycypacja w sieci społecznej jest zależna od pozycji społecznej kobiety: czasami dla kobiet z niską pozycją społeczną przynosi więcej negatywnych doświadczeń niż wsparcie [23].

Liczne badania dowodzą, że kobiety mają bardziej wspierające je sieci relacji społecznych, więcej spędzają czasu z osobami dającymi im wsparcie emocjonalne, nie mniej doświadczają więcej przemocy niż mężczyźni; w przemocy domowej ofiarami zarówno przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej są w 85% kobiety, a konsekwencje zdrowotne zachowań agresywnych wobec kobiet powodują zarówno bezpośrednie jak i długofalowe skutki w zdrowiu fizycznym, psychicznym oraz społecznym. Stosowanie przemocy wobec kobiety jest niejednokrotnie podkreśleniem przez mężczyznę swej dominacji i kontrolowania sytuacji [24,25].

W podejściu genderowym odnotowano wiele zmian dotyczących m.in. odmiennej interpretacji wpływu stanu małżeńskiego na stan zdrowia kobiet i mężczyzn. Jak podaje Arber i Thomas (2001) początkowo dominowało przez długi okres przekonanie, że przebywanie w związku małżeńskim oddziałuje ochronnie na stan zdrowia mężczyzn a niekoniecznie kobiet, nowe badania potwierdzają pozytywny wpływ pozostawania w związku zarówno dla zdrowia mężczyzn jak i kobiet [4].

### Zachowania związane ze zdrowiem

Systematyczny wzrost poziomu wykształcenia kobiet i ich zatrudnienia, zmiany w obowiązkach domowych i formach spędzania wolnego czasu w istotny sposób rzutują na obserwowane wśród kobiet zmiany w zachowaniach związanych ze zdrowiem i chorobą.

Przez długi okres czasu stwierdzano istotne różnice w samoocenie stanu zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami – zwykle kobiety charakteryzowały się gorszymi samoocenami stanu zdrowia nie mniej wyniki pochodzące z ostatnich lat nie potwierdzają tych różnic [4,8]. Badania pokazują jednak wyraźną relację pomiędzy pozycją zawodową kobiet a ich subiektyw-

ną oceną stanu zdrowia: kobiety o niższym statusie zawodowym mają tendencję do gorszych samoocen zdrowia, nie mniej ten trend jest znacznie słabszy niż to ma miejsce u mężczyzn.

Konsekwencją wynikającą z procesu socjalizacji jest odmienna percepcja objawów chorobowych, ich prezentacja i podejmowanie działań związanych z ich opanowaniem [26].

Kobiety różnią się od mężczyzn częstością korzystania z usług medycznych, a wiele badań wskazuje na fakt znacznie częstszego korzystania przez kobiety z podstawowej opieki medycznej i leczenia szpitalnego. Uważa się, że dotychczas kobiety szybciej wchodziły w rolę osób chorych i lepiej adaptowały się do sytuacji choroby. Dodatkowo chorowanie było w wielu sytuacjach stanem bardziej społecznie akceptowanym w odniesieniu do kobiet niż do mężczyzn. Lekarze przepisują kobietom więcej leków, kobiety zażywają więcej leków zarówno tych zleconych przez lekarza jak i nieprzepisanych [27].

We wszystkich grupach wiekowych kobiety zażywają więcej leków; wyższy odsetek kobiet ma przepisywane leki przez lekarza i wyższy odsetek kobiet zażywa leki psychotropowe.

Kobiety chętniej poddają się zaleceniom profilaktycznym, zwracając większą uwagę na samą dietę i suplementy diety. Troska o wygląd zewnętrzny sprawia, że kobiety częściej poddają się zabiegom i działaniom korygującym kształt ciała.

### Podsumowanie

Przedstawione wybrane determinanty społeczno-kulturowe wyznaczające pozycję społeczną i zawodową kobiet w średnim wieku wskazują na wielość różnorodnych czynników, które w sposób bezpośredni lub pośredni mogą warunkować ich stan zdrowia nie tylko w wymiarze obiektywnym ale także subiektywnym. Wprowadzenie perspektywy genderowej wzbogaciło w istotny sposób współczesne koncepcje wiążące pojawienie się chorób z uwarunkowaniami społecznymi i kulturowymi.

### Piśmiennictwo / References

1. Titkow A, Duch-Krzysztosek D, Budrowska B. Nieodpłatna praca kobiet. IFiS PAN, Warszawa 2004.
2. Titkow A. Tożsamość polskich kobiet. IFiS PAN, Warszawa 2007:1-312.
3. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy jakości życia kobiet starszych wiekiem. *Prom Zdr Nauk Społ Med* 1999, 16: 68-83.
4. Arber S, Thomas H. From women's health to gender analysis of health. [in:] *Comparative medical sociology*. Cockerham WC (ed). Blackwell, NY 2001: 94-113.
5. Backes GM, et al. Gendered Life Course and Ageing – Implications on „Lebenslagen” of Agein Women and Men. [in:] *Gender, Health and Ageing. European Perspectives on Life Course, Health Issues and Social Challenges*. Backes GM, Lasch V, Reimann K (ed). VS Verlag Fur Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2006: 29-56.
6. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. IFiS PAN, Warszawa 1999.
7. Ross C, Bird C. Sex stratification and health lifestyle: consequences for Men's and Women's perceived health. *J Health Soc Behav* 1994, 35: 161-178.

8. Tobiasz-Adamczyk B, Brzyski P, Bajka J. Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego. UJ, Kraków 2004: 1-153.
9. Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *J Health Soc Behav* 1985, (26):156-182.
10. Anson O, Paran E, Neumann L, Chernichovsky D. Gender differences in health perceptions and their predictors. *Soc Sci Med* 1993, 36(4): 419-427.
11. Popay J, Bartley M, Owen C. Gender inequalities in health: Social position, affective disorders and minor physical morbidity. *Soc Sci Med* 1993, 36(1): 21-32.
12. Walters V. Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems. 1993, *Soc Sci Med* 36(4): 393-402.
13. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health, Britain in the 1990. *Soc Sci Med* 1997, 44(6): 773-787.
14. Power C, Kuh D. Life course development of unequal health. [in:] *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*. Siegrist J, Marmot M (ed). Oxford University Press 2006, 27-53.
15. Tiikkaja S, Hemström Ö, Vägerö D. Intergenerational class mobility and cardiovascular mortality among Swedish women: A population-based register study. *Soc Sci Med* 2009, 68: 733-739.
16. Galobardes B, Lynch J, Smith GD. Measuring socioeconomic position in health research. *Br Med Bull* 2007, 81-82: 21-37.
17. Williams R. Hostility, psychosocial risk factors, changes in brain serotonergic function, and heart disease. [in:] *Stress and the Heart*. Stansfeld S, Marmot M (ed). BMJ Books, London 2002: 1-304.
18. Power C, Matthews S. Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet* 1997, 350: 1584-9.
19. Sackers A, et al. Comparing health inequality in men and women. *BMJ* 2000; 1320: 1303-1307.
20. Johanson G, Huang Q, Lindfors P. A life perspective on women's careers, health, and well-being. *Soc Sci Med* 2007, 65: 685-697.
21. Tobiasz-Adamczyk B. Społeczne uwarunkowania chorób serca u kobiet. [w:] *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki*. Podolec P (red). Med Prakt, Kraków 2007: 291-294.
22. Berkman LF, Glass T. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. [in:] *Social Epidemiology*. Berkman LF, Kawachi I (ed). Oxford University Press 2000, 137-173.
23. Kawachi I, Berkman LF. Social Ties and Mental Health. *Journal of Urban Health. Bull NY Acad Med* 2001, 78(3): 458-467.
24. Herzberger SD. Przemoc domowa. Perspektywa psychologii społecznej. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2002: 1-232.
25. Shipway L. Domestic violence. A handbook for health professionals. Routledge Taylor&Francis Group, London-NY 2004: 1-235.
26. Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Soc Sci Med* 1992, 34(8): 907-917.
27. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 1996, 42(4): 617-624.