http://dx.doi.org/10.18778/8088-353-6.07

Rozdział 6

Kulturowa geneza postawy wobec własnego zdrowia w świadomości kobiet i mężczyzn w różnym wieku

(Krystyna Dzwonkowska-Godula)

Przedmiotem zainteresowania w zrealizowanym projekcie badawczym oraz niniejszej książce są kulturowe uwarunkowania postaw kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec własnego zdrowia (oraz wyglądu). Poznanie tych postaw (w wymiarze poznawczym, afektywnym oraz behawioralnym) pozwoliło dostrzec różnice wynikające, w naszym przekonaniu, m.in. z „upłciowionego wieku" – kulturowych definicji kobiecości i męskości, zróżnicowanych w odniesieniu do ludzi młodych, w średnim wieku i starych. Przekonania, oceny oraz zachowania badanych reprezentujących obie płcie i różne kategorie wiekowe świadczą o wpływie socjalizacji płciowej i pokoleniowej na postawy jednostek wobec własnego zdrowia. Interesowało nas jednak także, czy ludzie uświadamiają sobie ów wpływ. W badaniu jakościowym postawiono zatem pytanie, jak jednostki wyjaśniają swoją postawę wobec zdrowia – czy i jak genderowe uwarunkowania tych postaw funkcjonują w świadomości badanych oraz czy płeć i wiek różnicują tę świadomość. Analizowano, do jakich elementów kulturowych koncepcji płci odnosiły się kobiety i mężczyźni, wyjaśniając genezę swojej postawy wobec zdrowia. W niniejszym rozdziale omówione zostaną kolejno przekonania uczestniczących w badaniu kobiet w różnym wieku, a następnie przekonania mężczyzn dotyczące uwarunkowań ich postawy wobec zdrowia.

6.1. Geneza postaw wobec własnego zdrowia w świadomości kobiet w różnym wieku

Jak pokazują zaprezentowane wcześniej rozważania dotyczące postaw wobec zdrowia, biorące udział w badaniu kobiety wykazywały się większą w porównaniu z mężczyznami świadomością zdrowotną (przywiązywały większą wagę do zdrowia, wykazywały się bardziej kompleksową i szczegółową wiedzą na temat kondycji psychofizycznej człowieka, wpływających nań czynników i sposobów dbania o nią) oraz sprawiały wrażenie bardziej przejętych własnym zdrowiem i o nie dbających. Powstaje pytanie, czy różnicujący wpływ płci na postawy wobec zdrowia był dostrzegany przez respondentki, czy, pytane o genezę tych postaw, wskazywały na znaczenie płciowej socjalizacji (w tym zdrowotnej), do jakich elementów kulturowych koncepcji płci odwoływały się, wyjaśniając swój stosunek do zdrowia. Porównanie wypowiedzi badanych w trzech kategoriach wiekowych, pozwoli przyjrzeć się, czy i jak wiek różnicuje świadomość o genderowych uwarunkowaniach postaw wobec zdrowia w badanej zbiorowości kobiet.

Najstarsze uczestniczki badania wskazywały przede wszystkim na rolę matki jako tej roli społecznej kobiety, która wpływa na ich postawę wobec własnego zdrowia. Odwoływały się do własnych doświadczeń, podkreślając znaczenie wejścia w tę rolę i posiadania potomstwa dla stosunku do zdrowia. Rozmówczynie podporządkowywały się podstawowej zasadzie „kulturowego skryptu macierzyństwa", zgodnie z którą dziecko jest najważniejsze (Budrowska 2001: 107), zauważając, że ich troska o własne zdrowie była podyktowana koniecznością opieki nad potomstwem, wywiązywania się z roli matki, do czego niezbędna jest dobra kondycja psychofizyczna:

> Jak już człowiek dorósł, to wiedział: muszę być zdrowa, bo mam dziecko, mam już obowiązki względem innych osób, przede wszystkim dziecka (KST_3_65). Moim największym zmartwieniem było: Boże, jak ja umrę, to co się stanie z moim dzieckiem? Tak, że to zdrowie, to bardzo istotna sprawa, że się chce żyć, być zdrowym i mieć siłę na to, żeby tym wszystkim zadaniom, które z tego macierzyństwa wynikają, sprostać (KST_8_70).

Ten wymóg bycia zdrowym, a zatem dbania o zdrowie ze względu na dzieci, obowiązuje, w przekonaniu badanych, także „na starość". U podstaw ich dążenia do bycia sprawną jak najdłużej leżała m.in. niechęć do „sprawiania dzieciom kłopotu". A zatem matka ma być zdrowa, by móc opiekować się dziećmi, a na starość nie być dla nich obciążeniem, a wręcz przeciwnie, móc im pomagać jako babcia.

Z drugiej strony realizacja zasady „dziecko jest najważniejsze" oznaczała dla części uczestniczek badania z najstarszej kategorii wiekowej zaniedbywanie własnego zdrowia. Koncentracja na potrzebach zdrowotnych potomstwa, szczególnie w przypadku przewlekłych chorób dzieci, sprawiała, że „nie miały one czasu chorować", ale też i chodzić do lekarza z własnymi problemami zdrowotnymi: „Ja o swoje zdrowie kompletnie nie zabiegałam, dzieci były pierwszoplanowe" (KST_6_69). Część respondentek wspominała, że takie podejście do zdrowia cechowało ich matki czy babcie, zauważając tym samym kulturową ciągłość wzoru kobiecej orientacji na innych: kobiety dbają/nie dbają o zdrowie nie ze względu na siebie, ale właśnie ze względu na innych, nie tylko najbliższych. Jak wspominała bowiem jedna z badanych, nie korzystała ona ze zwolnień lekarskich i chodziła do pracy z nogą w gipsie, by nie obciążać swoją chorobą współpracowników (przy czym nie wskazywała ona na ekonomiczne koszty przerwania pracy, ale właśnie na zobowiązania wobec innych). Wypowiedzi starych kobiet wskazują na internalizację przez nie zasady ujętej przez jedną z badanych w słowach „człowiek powinien być odpowiedzialny za siebie, żeby nie sprawiać kłopotów innym" (KST_6_69), odnoszonej przez nie do dbałości o własne zdrowie.

Respondentki z najstarszej kategorii wiekowej wspominały, że to rodzicielki odgrywały główną rolę w ich socjalizacji zdrowotnej. Mówiły o dbaniu przez matki o czystość dzieci i uczeniu ich dbałości o higienę osobistą, a także o stosowaniu przez nie domowych sposobów leczenia. Znajomość zasad niemedycznego, nieprofesjonalnego lecznictwa (Nowakowska 2012) okazywała się szczególnie ważna w czasach utrudnionego dostępu do lekarzy oraz leków. Była też podstawą traktowania matek jako autorytetów w dziedzinie zdrowia i leczenia chorób. Respondentki opowiadały o nich z podziwem i szacunkiem dla ich wiedzy oraz zaangażowania w dbanie o zdrowie domowników, przejawiającym się także w naśladowaniu ich w dorosłym życiu, np. w przyrządzaniu syropu z cebuli na kaszel, piciu naparów z ziół. Badane opowiadały o sztafecie pokoleń w kształtowaniu postaw zdrowotnych przez kobiety w rodzinie i o przejmowaniu przez nie tej roli, gdy same zostawały matkami („Mama mnie przekazała, ja przekazuję swoim dzieciom" – KST_4_66). Rozbudzone przez matki zainteresowanie respondentek sprawami zdrowotnymi oraz odpowiedzialność za zdrowie całej rodziny owocowało w dorosłym życiu ich samokształceniem w tej dziedzinie w oparciu o informacje podawane w mediach, specjalistycznych książkach czy rozmowy z lekarzami „No to wszędzie jest publikowane, prawda, w telewizji, w pismach, w rozmowach z lekarzami, chyba z tego głównie (KST_9_71); „To się korzysta z tego oczywiście. Bo się dużo czyta i jak tam człowiek coś uchwyci to sobie stosuje, to może akurat pomoże (KST_13_85).

Z wypowiedzi badanych wyłania się obraz matki – „domowego lekarza" (Ostrowska 2006: 116). Rola ta polegała nie tylko na leczeniu dolegliwości członków rodziny domowymi sposobami i wzmacnianiu ich odporności (np. poprzez podawanie tranu, czy odpowiednie odżywianie), ale także chodzeniu z dziećmi do lekarza, nie tylko w przypadku zachorowania, ale także na badania kontrolne, oraz uczeniu ich konieczności reagowania na objawy choroby i korzystania z opieki lekarskiej („Coś cię boli, zaraz do lekarza idź" – KST_14_86). Poza matkami, osobami skłaniającymi respondentki do dbania o własne zdrowie były inne kobiety: babcie pilnujące, żeby dzieci ciepło się ubrały i nie przeziębiły oraz koleżanki przypominające o badaniach profilaktycznych.

Jak wynika z wypowiedzi starych kobiet, ich stosunek do zdrowia został ukształtowany w procesie socjalizacji pierwotnej („Przede wszystkim, miałam to wpojone w domu, na ile to było możliwe, dbanie o zdrowie" – KST_5_67), głównie przez matki oraz w procesie socjalizacji wtórnej w związku z ich macierzyństwem. Wskazywały one tym samym (oczywiście nie nazywając tego w ten sposób) na genderowe uwarunkowania ich postaw wobec zdrowia. Jednak nie wszystkie z nich miały świadomość społecznego wpływu na te postawy, wyrażając przekonanie, że dbają o zdrowie „same z siebie": „Miałam jakąś świadomość, co należy. Również dla swojej rodziny" (KST_16_89); „Ja wiem, no tak samo jakoś przychodzi" (KST_3_65). Taki sposób myślenia dowodzi głębokiej internalizacji normy dbałości o zdrowie (własne i innych) przez uczestniczki badania, pociągającej za sobą „naturalizację" postaw wobec zdrowia.

Rozmówczynie w średnim wieku również odwoływały się do macierzyństwa – własnego oraz swoich matek – jako czynnika warunkującego ich postawę wobec zdrowia. Podobnie jak starsze badane, one także zaznaczały, że matka ma za zadanie dbać o zdrowie dzieci, począwszy od okresu ciąży: „Jak byłam w ciąży, to mama mówiła mi, podkreślała, że mam dbać o siebie, o dziecko, o dzieci" (KSR_4_45). To matki były wspominane jako te, które chodzą z dziećmi do lekarza, zwracają uwagę na problemy zdrowotne i uczą radzenia sobie z nimi, a potem troszczą się również o zdrowie wnuków. Przy czym ta matczyna troska o zdrowie dzieci nie mija, gdy potomstwo jest już dorosłe i powinno już samo o siebie zadbać. Jak wspominała jedna z respondentek, matka wysyłała dorosłe już córki (badaną i jej siostrę) do lekarza, gdy były przeziębione.

Z doświadczeń innej rozmówczyni wynika natomiast, że matki mogą również zaszkodzić swojemu dziecku, mimo że we własnym przekonaniu zajmują się nim jak najlepiej. Kobieta wspominała o przekarmiającej ją matce, kierującej się zasadą, że dziecko przede wszystkim powinno być najedzone. Niezależnie od efektu mamy tu wzór matki skoncentrowanej na (specyficznie rozumianych) potrzebach dziecka.

To, co charakterystyczne dla wypowiedzi uczestniczek badania w tej grupie wiekowej, to dostrzeganie przez nie wpływu ich stanu zdrowia (jako żon, matek i gospodyń domowych) na funkcjonowanie całej rodziny i gospodarstwa domowego. Opowiadały one o odczuwanym lęku, czy mąż i dzieci poradzą sobie podczas ich pobytu w szpitalu i przerażeniu najbliższych, gdy z powodu choroby czy złego samopoczucia, nie były one w stanie wywiązać się z codziennych domowych obowiązków: „Jak mnie boli głowa, to jest tragedia, to się tak rzadko zdarza, więc oni są panicznie przerażeni. [...] bardzo się martwią, jak się coś zadzieje" (KSR_9_54). Wypowiedzi te wskazują na dbałość kobiet o własne zdrowie ze względu na innych, którą zaobserwowano także wśród starszych respondentek. W sytuacji choroby nie myślą one o sobie, ale o rodzinie – jak ona sobie bez nich poradzi. Wynika to także z podziału ról ze względu na płeć: to wciąż kobiety w większości polskich rodzin odpowiadają za prowadzenie gospodarstwa domowego (CBOS 2013b). Jak zauważały respondentki w średnim wieku, to obciążenie kobiet obowiązkami domowymi i rodzicielskimi oraz obarczenie ich odpowiedzialnością za zdrowie nie tylko dzieci, ale także męża, sprawia że zaniedbują one własne zdrowie. Zaczynają o siebie dbać, gdy „nie mają innego wyjścia", tj. choroba uniemożliwia im normalne funkcjonowanie i pełnienie ról społecznych.

Jak wynika z wypowiedzi kilku uczestniczek w średnim wieku, duży wpływ na ich postawy wobec zdrowia miały nie tylko matki, ale także inne kobiety – koleżanki. Okazuje się, że kobiety rozmawiają ze sobą o różnych sprawach związanych ze zdrowiem – problemach zdrowotnych, przyjmowanych lekarstwach na różne dolegliwości, wizytach u lekarza, sposobach dbania o zdrowie, w tym dbania o siebie w czasie ciąży czy też zdrowym odżywianiu. Kształtowana w procesie socjalizacji kobieca orientacja na innych przejawia się m.in. w trosce o zdrowie osób w swoim otoczeniu, nie tylko w rodzinie. Jedna z respondentek wspominała o koleżance dopytującej ją wciąż, czy była u lekarza w związku z jakimś problemem zdrowotnym, która w rezultacie skłoniła ją do konsultacji medycznej.

Przyjacielskie rozmowy i udzielanie sobie porad dotyczących zdrowia w kobiecych kręgach świadczą o zainteresowaniu kobiet zdrowiem, ukształtowanym w procesie socjalizacji płciowej. Tak jak „naturalne" i oczywiste jest zainteresowanie mężczyzn sportem (co pokazują wyniki badania), tak od kobiet oczekuje się wiedzy i zainteresowania sprawami zdrowotnymi. Od dzieciństwa towarzyszy im troska kobiet (matek, babć, potem koleżanek, czy córek) o ich zdrowie, stąd też dziedzina ta jawić się może jako „typowo" kobieca. Jak wynika z wypowiedzi respondentek w średnim wieku, nawet jeśli nie przejawiały one prozdrowotnych

postaw, to podkreślały znaczenie socjalizacji zdrowotnej w domu. Przypominały sobie szczegółowe instrukcje otrzymywane od rodziców dotyczące dbania o zdrowie: „pij mleko", „siedź prosto", „nie siadaj na zimnych kamieniach" itp. Tego typu wypowiedzi nie pojawiały się wśród mężczyzn, stąd też mogą one świadczyć z jednej strony o większym zwracaniu uwagi na różne kwestie zdrowotne u dziewczynek niż chłopców w procesie socjalizacji (por. Ostrowska 2006: 116–117), z drugiej strony może to wynikać z większej pilności i posłuszeństwa kobiet (syndrom wzorowej uczennicy) wobec autorytetu rodziców czy innych wychowawców. Mamy tu zatem odwołanie do patriarchalnych stosunków władzy, w których kobiety pozostają w pozycji podporządkowanej.

Wypowiedzi badanych wskazują, że zwracają one uwagę także na komunikaty dotyczące zdrowia i zachowań prozdrowotnych przekazywane przez media: „Media mnie gdzieś ukierunkowują, że to trzeba, przypominają, tu mammografia, tu to, tu tamto, że można zapobiec, że można wyleczyć, to ma gdzieś znaczenie" (KSR_2_41). Przytoczone wyżej stwierdzenia mogą świadczyć o tym, że kobiety są wyczulone na sprawy związane ze zdrowiem, chłoną dotyczące ich informacje, ale też same ich szukają.

Rozmówczynie w średnim wieku, mówiąc o wpływie wychowania w rodzinie czy mediów na ich postawy wobec zdrowia, wskazywały na społeczne uwarunkowania tych postaw. Wyrażały przekonanie o konieczności przyswojenia, nauczenia się zasad dotyczących dbania o własną kondycję psychospołeczną. Były jednak w tej grupie badanych również osoby mówiące o „samoświadomości" czy „samowiedzy" skłaniającej do dbałości o zdrowie. Niektóre zaznaczały, że prozdrowotna postawa jest naturalną koniecznością i potrzebą człowieka: „Ja uważam, że jakby samo przez się wychodzi z człowieka, że powinien dbać o zdrowie, skoro ma żyć ileś tam" (KSR_12_60); „Raczej nikt nigdy nic mi nie mówił, jak mam dbać o zdrowie. Raczej człowiek tak sam obserwuje, z obserwacji siebie też. (Dbam o siebie – przyp. aut.), bo taką mam potrzebę i odczuwam taką potrzebę" (KSR_6_48). Podobnie jak w starszej grupie uczestniczek badania, tak i w tej kategorii wiekowej mieliśmy do czynienia z „naturalizacją" ukształtowanych genderowo postaw wobec zdrowia w świadomości badanych.

Z wypowiedzi młodych kobiet na temat genezy ich stosunku do zdrowia, podobnie jak w przypadku starszych badanych, również wyłania się obraz matki dbającej o zdrowie członków rodziny. Respondentki wspominały o uczeniu ich przez rodzicielki dbania o higienę, pełnieniu przez matki roli „domowego lekarza": „Moja mama zawsze miała na wszystko maść, na wszystko lek, na wszystko odpowiedź" (KM_4_27), zarówno w odniesieniu do dzieci, jak i do męża

(np. zapisywanie go do lekarza). Jedna z badanych stwierdziła wprost genderowe uwarunkowanie takiej postawy – „Mama jest takim domowym lekarzem też i pielęgniarką jednocześnie. Chyba kobiety tak mają, niestety" (KM_13_34). To ubolewanie nad przypisaną kulturowo odpowiedzialnością kobiet za zdrowie najbliższych wynika prawdopodobnie z obserwowanego przez młode uczestniczki badania (ale także respondentki ze starszych grup wiekowych) zaniedbywania przez matki własnego zdrowia i innych swoich potrzeb. Świadczy o tym następująca wypowiedź: „(Moja mama – przyp. aut.) raczej nie dba (o zdrowie – przyp. aut.). Moja mama bardziej dba o innych ludzi. Zrobi wszystko, aby jej dzieci miały dobrze i były zdrowe. [...] wydaje mi się, że dla niej najważniejsze są dzieci, dom, rodzina" (KM_2_24). Krytyka takiego stanu rzeczy ze strony młodych badanych może wynikać z ich niezgody na patriarchalny model płci i wynikające z niego obciążenie kobiet opieką nad dziećmi i koncentrowanie się na sferze prywatnej, na co nie chcą się one zgodzić. Z drugiej strony te młode respondentki, które zostały matkami, obserwowały, jak stan ciąży oraz opieka nad dziećmi zmieniają ich stosunek do zdrowia. Bardziej dbały one o swoją kondycję psychofizyczną ze względu na dzieci: kontrolowały dietę w ciąży, zmieniły nawyki żywieniowe w związku z chorobą potomka, zaczęły kontrolować stan zdrowia, by „być dla swojego dziecka zdrowym, pełnym energii i też pozytywnie nastawionym" (KM_15_36). Z kolei jedna z respondentek, niemająca jeszcze dzieci, realizowała wzór kobiety dbającej o zdrowie partnera. Opowiadała o próbach wprowadzania zmian w jego stylu życia, m.in. ograniczenia picia alkoholu. Ta sama rozmówczyni mówiła także o negatywnym wpływie dbania o mężczyznę poprzez „karmienie go", które doprowadziło ją do nadwagi: „Zakochałam się i zaczęłam karmić swojego faceta. No. I jadłam porcje takie jak on. A że on wysoki i potrzebował więcej, i lubił więcej zjeść, no to tak przytyłam jak on" (KM_8_29).

Jak pokazała analiza postaw wobec zdrowia młodych uczestniczek badania, przywiązują one dużą wagę do diety jako czynnika wpływającego na kondycję psychofizyczną człowieka. Dlatego też, starając się wyjaśnić, skąd biorą się te ich postawy, szukały w pamięci osób, które wpłynęły na ich sposób odżywiania się. Jak wynika z ich wypowiedzi, tymi osobami były matki, które, zgodnie z patriarchalnym podziałem ról ze względu na płeć i ideałem kobiecości, odpowiadają za żywienie całej rodziny – kupowanie produktów spożywczych i przygotowywanie posiłków:

> Może dlatego ja gotuję i sobie zdrowo gotuję, bo moja mama jest kucharką. I to po prostu z domu wyniosłam (KM_8_29). Mama dbała o to, że produkty były przywożone do domu, a nie kupowane w sklepach, tylko na przykład

> wędliny to z masarni u rzeźnika, do teraz tak jest, jabłka, owoce są przywożone od zaprzyjaźnionego sadownika od lat. I to, co wyniosłam z domu, to żeby zwracać uwagę, żeby kupować od rolnika, [...] mam większą szansę, że będzie zdrowsze (KM_5_28).

Opisywane doświadczenia młodych kobiet (a także starszych uczestniczek badania) dotyczące ich socjalizacji zdrowotnej pokazują, że dbanie o zdrowie, nie tyle własne, co najbliższych, wpisane jest we wszystkie rodzinne kobiece role. Badane wspominały o babci parzącej ziółka na różne dolegliwości czy pełnionej przez siebie roli córki zajmującej się zdrowiem rodziców. W odniesieniu do tej ostatniej roli mówiąca o niej respondentka uzasadniała swoje bycie „domowym lekarzem" posiadanym medycznym wykształceniem: „Ja jestem po uniwersytecie medycznym więc zawsze to zdrowie, nie tylko moje, ale mojej rodziny, byłam taki lekarzem w domu i wszystkim rozdzielałam leki albo wiedziałam, co się dzieje, albo jak moja mama była chora, to też w jakiś sposób pomagałam jej w chorobie" (KM_10_30). Można by powiedzieć, że to jej profesjonalne przygotowanie pozwoliło jej wejść w rolę przypisywaną kobietom w rodzinie i zastąpić w niej swoją matkę, podtrzymując „tradycję", że jest to kobieca rola. Innymi kobietami mającymi wpływ na stosunek rozmówczyń do zdrowia były przyjaciółki, wspominane także przez starsze badane – „Moja przyjaciółka tak mi kiedyś nagadała, że jednak warto raz na jakiś czas się skontrolować" (KM_13_34).

Specyficzne dla wyjaśnień własnych postaw wobec zdrowia podawanych przez młode rozmówczynie były ich uwagi na temat związku dbałości o zdrowie z wyglądem. Kobiety odwoływały się do wpisanego w kulturowy ideał kobiecości wymogu wyglądania atrakcyjnie, co wiąże się m.in. ze szczupłą sylwetką. Jedna z respondentek podkreślała, że partner ma wpływ na jej stosunek do własnego zdrowia, bo chce być dla niego atrakcyjna. Zauważyła jednak, że gdy jest się samemu, a nie w związku, ma się więcej czasu na dbanie o siebie. Druga badana wspominała z kolei, że jako nastolatka miała nadwagę i wujek dokuczał jej z tego powodu, a gdy schudła z satysfakcją zauważyła, że wzbudza zainteresowanie płci przeciwnej. Respondentka dała tu wyraz przekonaniu, że o atrakcyjności kobiety decydują mężczyźni i kluczowe znaczenie ma tu szczupła sylwetka, zgodnie z zasadą, że „w patriarchacie obowiązują męskie kryteria estetyczne i ocena dokonana przez mężczyzn ma społeczne znaczenie" (Malinowska 2011: 11).

Tylko w tej kategorii wiekowej objętych badaniem kobiet pojawiła się też uwaga, że to fizjologia kobiet sprawia, że są one bardziej wyczulone na potrzeby i problemy związane z funkcjonowaniem własnego organizmu, przywiązują większą wagą do zdrowia. Ponadto wypowiadająca się na ten temat respondentka zauważyła, że nakłada się na nie obowiązek

dbania o tzw. kobiece sprawy poprzez odpowiednie zabiegi higieniczne, a przede wszystkim regularne wizyty u ginekologa:

> Dziewczynki są właśnie wyczulone przez miesiączkę i tak dalej, więc [...] i tu mamy najbardziej czy tam babcie też zwracają na to uwagę i dbają o to. To też się wiąże z koniecznością utrzymywania jakiejś tam higieny i tak dalej, więc to ma na pewno znaczenie. [...] na pewno rodzice mnie uczulali i tutaj i mama, i tata właśnie lekarz na te takie kwestie, że trzeba chodzić regularnie chociażby do ginekologa, badać się, robić sobie cytologię i tak dalej (KM_12_34).

Pokazane tu uczenie kobiet dbałości o zdrowie reprodukcyjne wynika ze społecznej ważności ich prokreacyjnej roli w repertuarze kobiecych ról, pociągającej za sobą medykalizację kobiecego ciała (przejawiającą się w postrzeganiu kobiet „przez pryzmat ich organów reprodukcyjnych" i poddawaniu ich „stałemu dozorowi medycznemu" – Buczkowski 2005: 144). Kwestii tej dotyczy także wypowiedź innej respondentki, wskazującej na rolę mediów w propagowaniu zachowań prozdrowotnych, w tym także tych dotyczących tylko kobiet: „Media trąbią o tym, żeby na przykład kobiety badały piersi i chodziły na mammografię" (KM_1_21).

Jak wynika z przytaczanych wypowiedzi młodych kobiet uczestniczących w badaniu, mają one świadomość społecznego wpływu – głównie wychowania w rodzinie – na ich postawy wobec zdrowia, dostrzegają podleganie procesowi socjalizacji zdrowotnej: „Ja myślę, że wiedza przekazywana przez rodziców, obserwacja otoczenia, wpływ społeczny, środowisko, obracamy sięwśród ludzi starszych, oni dbają, no to wyrabia się taka świadomość, że tu o zdrowie trzeba dbać (KM_11_34); „Sądzę że głównie rodzice, dziadkowie, lekarze w jakiś sposób nakładli mi do głowy" (KM_3_24). W tej grupie badanych nie było kobiet, które nie byłyby świadome społecznych uwarunkowań własnych postaw wobec zdrowia i traktowały je jako „naturalne", wrodzone człowiekowi. Nawet gdy podkreślały one posiadanie przez siebie świadomości zdrowotnej, to miały poczucie, że jest ona efektem różnych doświadczeń kształtujących ich stosunek do zdrowia. Jak miało to miejsce w przypadku jednej z respondentek, deklarującej, że „sama z siebie" dba o zdrowie, rozumiejącej tę autonomię i „samodzielność" jako przyjęcie w dorosłym życiu odpowiedzialności za własne zdrowie, o które wcześniej dbali jej rodzice: „Po prostu sama z siebie stwierdziłam, że raz na jakiś czas trzeba pójść się przebadać. [...] tak sądzę, że sama z siebie. [...] na pewno rodzice mnie wypychali (do lekarza – przyp. aut.), ale przyszedł jakiś okres w moim życiu, w którym stwierdziłam, że czas samemu chodzić raz na jakiś czas na badania i że to będzie mądra decyzja" (KM_3_24). Można by to uznać za symboliczne zakończenie pierwotnej socjalizacji zdrowotnej.

Część badanych szczegółowo i konkretnie odwoływała się do przekazywanej im wiedzy czy kształtowanych zachowań zdrowotnych, podkreślając trzymanie się wpojonych im reguł dbania o zdrowie, co można traktować jako przejaw wspominanej kobiecej pilności w uczeniu się i posłuszeństwa wobec autorytetów socjalizujących je osób. O skuteczności socjalizacji ukierunkowanej na wyczulenie kobiet na kwestie zdrowotne świadczyć mogą wypowiedzi młodych respondentek dotyczące ich zainteresowania zdrowiem przejawiającego się w szukaniu informacji na ten temat, dokształcaniu się w tej dziedzinie, zwracaniu uwagi na komunikaty dotyczące zdrowia w mediach. Można odnieść wrażenie, że zainteresowanie sprawami związanymi ze zdrowiem jawi się im jako coś naturalnego i oczywistego, co wskazuje na internalizację wartości zdrowia i normy dbania o nie.

Jak pokazują analizowane wypowiedzi respondentek w różnym wieku, to kulturowy ideał kobiecości wraz z oczekiwanymi od kobiet cechami wyglądu (fizyczna atrakcyjność z wymogiem szczupłej sylwetki), cechami osobowości (troska i opiekuńczość, orientacja na innych, pilność), rolami społecznymi (matka, żona, córka, rola „domowego lekarza") oraz genderowa socjalizacja prowadząca do zainteresowania ich sprawami zdrowotnymi, ukształtowania ich świadomości własnego ciała i znaczenia zdrowia reprodukcyjnego leżą u podstaw ich postaw wobec zdrowia. Zwraca uwagę trwałość wzoru matki odpowiadającej za socjalizację zdrowotną potomstwa, odpowiedzialną za zdrowie całej rodziny, często kosztem własnego zdrowia.

Na podstawie analizy zebranego materiału można zauważyć, że wiek różnicuje świadomość uczestniczących w badaniu kobiet na temat genezy postaw wobec zdrowia oraz sposób realizowania przez nie wzoru kobiecości, co przekłada się na określony stosunek do zdrowia. Charakterystyczny dla respondentek z najstarszej grupy wiekowej i w średnim wieku było niedostrzeganie genderyzacji badanych postaw czy w ogóle ich społecznych uwarunkowań, co przejawiało się w deklaracjach, że dbają one o zdrowie „same z siebie". Określiliśmy to mianem „naturalizacji" postaw, wynikającej z tak głębokiej internalizacji norm i wartości, tu związanych z rolą społeczną kobiety i jej stosunkiem do zdrowia, że traktowane są one jako własne. Młode badane wykazywały się większą refleksyjnością i socjologiczną wrażliwością w wyjaśnianiu swoich postaw zdrowotnych, dostrzegając różne czynniki mające na nie wpływ (nie tylko rodzice, ale też szkoła, lekarze, media, posiadane wykształcenie), w tym możliwość kształtowania własnych zachowań zdrowotnych poprzez „dokształcanie się" w tym zakresie. Wyróżniały się one aktywnym zainteresowaniem zdrowiem, tak jakby nie wystarczała im wiedza wyniesiona z domu, poszukiwały one informacji dotyczących różnych kwestii zdrowotnych,

korzystając z różnych źródeł wiedzy, ale też krytycznie do nich podchodząc. Nie cechuje ich zatem bezrefleksyjny konformizm wobec przekazywanych im w procesie socjalizacji treści oraz wobec kulturowych oczekiwań stawianych im jako kobietom. Świadczy o tym ich krytyczny stosunek do matek skoncentrowanych na zdrowiu dzieci i męża, i lekceważących tym samym własne zdrowie. Nawet jeżeli wspominały o tym, że ze względu na ciążę musiały zmienić np. swój sposób odżywiania się, to zaznaczały, że nie było w tym przesady: „wiedziałam, że kobieta w ciąży nie może jeść ewentualnie tego i tego, ale tak to też nie robiłam nie wiadomo czego" (KM_14_35). Nie było wśród nich kobiet, które przyznawały, że ich zdrowie schodzi na dalszy plan wobec priorytetowej opieki nad dzieckiem i jego kondycją psychofizyczną, co może też wynikać z tego, że część z nich nie posiadała potomstwa. To w grupie respondentek w średnim wieku i starych pojawiały się uwagi, że kobieta nie ma czasu chorować i w pierwszej kolejności musi zadbać o zdrowie dzieci i męża. Z drugiej jednak strony wśród młodych badanych były osoby realizujące wzór kobiety opiekującej się partnerem oraz pełniącej rolę domowego lekarza wobec własnych rodziców, nie było tu jednak mowy o pełnieniu tych funkcji kosztem własnego zdrowia. Tylko respondentki z najmłodszej grupy uczestniczek badania odwoływały się w wyjaśnieniach swoich postaw zdrowotnych do takiego elementu kulturowego ideału kobiecości jak wymóg atrakcyjności fizycznej. Tym, co motywowało je do dbania o zdrowie, była właśnie chęć bycia atrakcyjnym. Świadczyć to może o ich przekonaniu o znaczeniu wyglądu kobiety w społecznym funkcjonowaniu i poczuciu, że podlegają one społecznej ocenie ze względu na „jakość" tego zasobu. Również tylko wśród uczestniczek badania w tym wieku pojawiły się odniesienia do fizjologii kobiet i ich zdrowia reprodukcyjnego jako czynnika wpływającego na ich większą w porównaniu z mężczyznami dbałość o zdrowie, co może wynikać z fazy życia, w której znajdowały się badane, tj. ich prokreacyjnego wieku, pociągającego za sobą „naturalne" zainteresowanie tymi aspektami własnej psychofizycznej kondycji.

Uczestniczące w badaniu kobiety, wskazując różne czynniki mające wpływ na ich postawy wobec zdrowia, odwoływały się także do kulturowej koncepcji męskości. Wypowiedzi te jednak były stosunkowo nieliczne wobec częstych odniesień do różnych aspektów kobiecości, co potwierdza, że respondentki czerpały przede wszystkim z kulturowego modelu własnej płci (zgodnie ze schematem genderowej socjalizacji). Mężczyźni pojawiali się we wspomnieniach młodych rozmówczyń w roli ojców zachęcających je do aktywności fizycznej (starsze respondentki o takim wpływie ojców nie wspominały). Zgodnie z płciowym podziałem ról i sfer aktywności, sport jest traktowany jako „męski świat

i obszar męskiej dominacji" (Jakubowska 2009b: 53). Jedna z respondentek dostrzegała tę płciową specjalizację w swojej rodzinie: „U mnie ani mama ani siostry za bardzo nie dbają, nie lubią sportu, natomiast tata jakby we mnie to zaszczepił taką ideę, że sport kształtuje charakter, jak wszystko inne w życiu ci się zawali, to będziesz miała swoją pasję – sport" (KM_6_28). Przy czym, jak wynika z powyższej wypowiedzi, dla mężczyzny w sporcie nie chodzi jedynie o rozwijanie sprawności i kondycji fizycznej, ale także „kształtowanie charakteru" oraz pasję. Ambicjonalne podejście ojca do uprawiania sportu przez dzieci można zauważyć w wypowiedzi innej młodej rozmówczyni, której ojciec pełnił niemalże rolę trenera, kontrolującego styl życia, w tym dietę dzieci. Inny dostrzegany pozytywny wpływ ojców polegał na uczeniu dzieci przestrzegania czystości (mycia rąk, czy niejedzenia rzeczy podniesionych z ziemi). Wspominały o tym młode respondentki oraz jedna z badanych z najstarszej kategorii wiekowej. Przy czym można odnieść wrażenie, że podkreślały one wyjątkowość takich postaw wśród mężczyzn, np. poprzez zaznaczanie, że tata był lekarzem (stąd przywiązywanie wagi do higieny) bądź taką uwagę: „Ojciec chory na punkcie higieny, [...] ja nie miałam złych wzorców, że na przykład ojciec przychodził do domu i spocony kładł się w butach na kanapie, no to czegoś takiego nie było. I widziałam, o tak nie wolno" (KST_5_67). W wielu wypowiedziach wspominano także nie wprost o socjalizacyjnej roli ojców w zakresie dbałości o zdrowie, wskazując ogólnie na wpływ rodziców czy wychowania w rodzinie. Ponieważ jednak często po takich ogólnych stwierdzeniach wymieniano osobę matki odpowiadającą za konkretne zadania w tej dziedzinie, można odnieść wrażenie że rola ojca była wspierająca, uzupełniająca jedynie działania rodzicielek (poza typowo męską sferą aktywności sportowej). Chyba że ojciec był lekarzem, wówczas włączał się także w edukację córek dotyczącą dbałości o zdrowie reprodukcyjne, ale wynikało to z jego roli zawodowej, nie rodzicielskiej.

W wypowiedziach uczestniczek badania w każdej grupie wiekowej przejawia się dychotomia płci opierająca się na opozycji: dbająca o zdrowie kobieta i lekceważący zdrowie mężczyzna. Respondentki we wszystkich grupach wiekowych opowiadały o konieczności zajmowania się przez kobiety zdrowiem mężów/partnerów (zapisywaniu ich do lekarzy, wspieraniu ich w leczeniu, zachęcaniu do zdrowego stylu życia), odwołując się zarówno do doświadczeń z własnych związków, jak i obserwacji z domu rodzinnego. Mówiono o niechęci mężczyzn do lekarzy: „Jak tylko coś było, to mąż: »ty byś zaraz po doktorach, co mi tam pomoże«, no, ale jednak później jednak wszystko, to ja musiałam go pilnować, o wizytach pamiętać i zawsze z nim chodziłam do lekarza gdy potrzeba było" (KST_14_86) i lekceważeniu przez nich odczuwanych dolegliwości: „Eee

tam [...] przejdzie. Tak było, tak ojciec mówił" (KST_1_64). Mamy tu do czynienia z wzorem męskości, w którym choroba traktowana jest jako słabość niemieszcząca się w wizerunku twardego, silnego mężczyzny. Mężczyzna w wypowiedziach kobiet jawi się nie tylko jako niedbający o własne zdrowie, ale wręcz mu szkodzący. Respondentki w średnim wieku i stare wspominały o palących i pijących braciach czy kolegach, doprowadzających się do przedwczesnej śmierci:

> Mój kolega palił w wieku 23 lat trzy paczki dziennie, to ja wiedziałam, że on skończy na raka płuc i tak skończył. W wieku trzydziestu kilku lat zmarł. Jeżeli ja wiedziałam, że moi koledzy mieszkający w akademiku zapijają się, to ja wiedziałam, że któryś z nich na pewno dostanie marskości wątroby i tę marskość wątroby dostawał albo stawał się alkoholikiem i skończył po prostu jak wykolejeniec (KST_5_67).

Wskazywały one przy tym na genderyzację zachowań antyzdrowotnych, traktując takie zachowania jako typowo męskie, o czym świadczy komentarz jednej z nich dotyczący jej młodszego brata (dwaj starsi bracia, którzy „pili i palili", zmarli na raka): „żyje, ale też nie dba (o zdrowie – przyp. aut.), jak to mężczyzna" (KSR_15_62).

Jedynie w dwóch wypowiedziach (jednej rozmówczyni w średnim wieku, jednej z najstarszej kategorii wiekowej) pojawiły się uwagi na temat ojca dbającego o własne zdrowie. O wyjątkowości takiej postawy świadczy z jednej strony niewielka liczba takich wskazań, a po drugie eksponowanie ich, podkreślanie przez badane. Jak się okazuje, zachowania wspominanych ojców, mimo ich niezwykłości, mieszczą się w patriarchalnym wzorze męskości. Jeden z nich bowiem dbał o swoją psychofizyczną kondycję (m.in. robiąc badania profilaktyczne) w związku z wykonywaną pracą, nie „sam z siebie" („Tato, jako policjant, to musiał" – KSR_4_45). Dbałość o zdrowie mężczyzny w drugim przypadku wynikała natomiast z tego, że, w przekonaniu respondentki, mógł on skoncentrować się na sobie i własnych potrzebach w przeciwieństwie do matki, skupionej na dbaniu o dzieci. Poza tym, choć badana nie określiła tego w ten sposób, z jej wypowiedzi wyłania się obraz mężczyzny hipochondryka, przejętego każdą odczuwaną dolegliwością: „Ojciec [...], jak mu coś tam było to zaraz do lekarza, zaraz tego, tego" (KST_14_86). Z jednej strony zatem mamy (częściej realizowany) wzór mężczyzny lekceważącego swoje zdrowie, ze szkodzeniem mu włącznie, z drugiej strony – egocentryka, przesadnie dbającego o nie.

6.2. Geneza postaw wobec własnego zdrowia w świadomości mężczyzn w różnym wieku

Na podstawie analizy wypowiedzi biorących udział w badaniu kobiet w różnym wieku na temat genezy ich stosunku do zdrowia, można zauważyć, że kluczowy dla ich postaw jest kulturowy ideał kobiecości z określonym zestawem cech wyglądu, osobowości oraz ról społecznych. Mamy tu zatem do czynienia z naśladowaniem osób swojej płci, ewentualnie modyfikowaniem tego wzoru. Wpływ kulturowej koncepcji męskości na postawy uczestniczek badania wobec zdrowia wydaje się być marginalny: wiąże się z wprowadzaniem kobiet przez mężczyzn w męską dziedzinę sportu, wspieraniem czy uzupełnianiem przez ojców socjalizacji zdrowotnej dokonywanej przez matki bądź też potwierdzaniem wzoru kobiety dbającej o zdrowie poprzez przeciwstawny mu wzór mężczyzny lekceważącego własną kondycję psychofizyczną. Inaczej rzecz się ma z genderowymi uwarunkowaniami postaw uczestniczących w badaniu mężczyzn wobec ich zdrowia, co pokazują omawiane dalej wyniki analizy ich wypowiedzi. Z jednej strony podlegają oni, podobnie jak respondentki, socjalizacji ze strony kobiet (w pierwszej kolejności matek), które odgrywają kluczową rolę w dbaniu o zdrowie członków rodziny i kształtowaniu zachowań zdrowotnych. Z drugiej strony, zgodnie ze schematem socjalizacji płciowej, czerpią z kulturowego modelu męskości, wzorując się na innych mężczyznach i pełniąc męskie role zgodnie ze społecznymi oczekiwaniami. Przyjrzyjmy się zatem, do jakich elementów kulturowych koncepcji płci odwoływali się uczestniczący w badaniu mężczyźni, wyjaśniając swoje postawy wobec zdrowia oraz czy i jak wiek różnicuje ich świadomość genderowych uwarunkowań tych postaw. Najpierw omówione zostaną odwołania do męskości – płci kulturowej badanych, następnie zaś odniesienia do kulturowej koncepcji „płci przeciwnej" w wypowiedziach kolejno starych uczestników badania, respondentów w średnim wieku oraz młodych.

Z relacji starych rozmówców na temat genezy ich postaw wobec zdrowia wyłania się stereotypowy obraz mężczyzny, który nie tylko nie dba o zdrowie, ale wręcz mu szkodzi poprzez stosowanie używek. Jeden z badanych wspominał o bracie i ojcu, palących i pijących alkohol, czego skutkiem było pogorszenie kondycji psychofizycznej i choroby: „Brat mój nie dbał, palił dużo, za kołnierz też nie wylewał i skutkiem tego był rak. No niby ojciec też palił, ale tak jakby, jakby nie pił już tak dużo jak brat. Ojciec żył dłużej" (MST_8_70). Inny respondent wspominał, że w naszej kulturze spożywanie alkoholu przy różnego rodzaju okazjach

jest normą i odmowa picia jest źle widziana. A zatem można powiedzieć, mężczyźni w przekonaniu części badanych są niejako zmuszeni do szkodzenia własnemu zdrowiu poprzez towarzyskie społeczne rytuały: „Za dużo okazji było do picia. Po meczu, po spotkaniu, tam kolegi imieniny. Ja do wojska to alkoholu w ustach nie miałem, ale jak się zaciągnąłem do pracy, to wie pani. To od razu patrzą źle na człowieka, jak nie wypije. No i się zaczęły balangi. [...] za dużo sobie pozwalałem" (MST_12_72).

Innym elementem patriarchalnej męskości, o którym wspominali starzy badani opowiadający o uwarunkowaniach swoich postaw wobec zdrowia, jest traktowanie pracy zawodowej jako kluczowej płaszczyzny aktywności mężczyzny, istotnej także dla ich stosunku do własnej kondycji psychofizycznej. Respondenci wspominali, że poddawali się badaniom lekarskim z „przymusu" np. w związku z służbą wojskową: „Bo to już był przymus, w wojsku to musiałeś takie badania przechodzić. Chociaż teraz w cywilu, jak to się mówi, to medycyna pracy" (MST_1_63) bądź podkreślali, że mimo choroby nie przerywali aktywności zawodowej: „Jak 10 lat pracowałem w młynie to chyba byłem tylko jeden raz na zwolnieniu" (MST_6_66). Mamy tu zatem pozytywny i negatywny wpływ pracy zawodowej na stosunek mężczyzny do własnego zdrowia: pierwszy związany z obowiązkową kontrolą stanu zdrowia, drugi wynikający z przedkładania aktywności zawodowej nad inne sfery życia. O poświęcaniu się pracy, pracoholizmie przejawiającym się m.in. w rezygnacji z urlopu, wspominał jeden z badanych, który uświadomił sobie szkodliwość takiego stylu życia z wiekiem, gdy przyszło mu uczestniczyć w pogrzebach przedwcześnie zmarłych kolegów. Zauważył on powszechność wzoru takiego męskiego zachowania w jego pokoleniu świadczącą o jego genderowym uwarunkowaniu.

Innym męskim zachowaniem, odpowiadającym patriarchalnej koncepcji płci, wspominanym przez starych mężczyzn uczestniczących w badaniu, jest unikanie lekarza i samoleczenie w przypadku choroby. Wiąże się ono z jednej strony ze wspominaną wyżej niechęcią mężczyzn do absencji w pracy zawodowej. Z drugiej strony pójście do lekarza oznaczałoby przyznanie się do słabości, jaką jest jakaś dolegliwość czy choroba, a słabość nie mieści się w wizerunku silnego mężczyzny. W związku z tym jeden z badanych z dumą wspominał, że jego kontakt z służbą zdrowia ograniczył się do obowiązkowych szczepień ochronnych w dzieciństwie, w dorosłym życiu z infekcjami czy schorzeniami radził sobie sam, tak zresztą nauczony przez matkę. Przy czym można tu zauważyć „męski" wzór samoleczenia, polegający na piciu alkoholu, żeby zwalczyć infekcję: „[...] jak się przeziębię to biorę piwo, sok malinowy do tego grzeję i to sobie wypiję, wygrzeję się, wypocę się i mi starczy" (MST_6_66).

Inny respondent dał wyraz swojemu brakowi zaufania do lekarzy i przekonaniu o konieczności radzenia sobie samemu z chorobą, tym bardziej, że miał poczucie, że ze względu na jego wiek lekarzom nie zależy na jego leczeniu.

Z wypowiedzi badanych wynika, że kształtowanie ich postaw wobec zdrowia w dzieciństwie polegało przede wszystkim na wyrobieniu nawyku higieny osobistej i dbania o czystość rozumianego jako mycie rąk czy mycie się w ogóle oraz higienę jamy ustnej. Przy czym w kształtowaniu tej postawy dostrzegali wpływ obojga rodziców – i matki, i ojca: „mycie rąk, mycie rąk, bo mój ojciec bardzo na to zwracał uwagę. Zawsze przed jedzeniem mycie rąk, i żeby myć ręce jak najczęściej, prawda. [...] jak idziesz do łóżka, to się umyj, prawda, jak idziesz do szkoły, to się umyj, [...], myj zęby po każdym posiłku" (MST_4_64). Można zatem zauważyć, że ich poczucie powinności dbania o zdrowie, czy też ogólniej o ciało, sprowadzało się do elementarnych zasad higieny. Zresztą oni sami zwracali uwagę, że dopiero z wiekiem zaczynali dostrzegać konieczność zadbania o własną kondycję psychofizyczną. Impulsem było tu pogorszenie stanu zdrowia, pojawienie się jakichś problemów zdrowotnych bądź choroba lub śmierć osób z ich otoczenia. Jeden z respondentów zaznaczył, że to studia biologiczne „otworzyły mu oczy na pewne rzeczy" (MST_4_64). Pojawiły się uwagi, że uwidocznienie się problemów zdrowotnych skłoniło badanych do szukania informacji na temat przeciwdziałania chorobie czy leczenia. Te wypowiedzi mogą świadczyć o tym, że wypowiadający się mężczyźni albo nie byli poddawani socjalizacji zdrowotnej, albo nie traktowali wcześniej „wychowania ku zdrowiu" zbyt poważnie. Dopiero z wiekiem uświadomili sobie zaniedbywanie własnego zdrowia, dostrzegli, że nie są nieśmiertelni i niezniszczalni. Taką postawę starych respondentów można zinterpretować jako efekt patriarchalnej koncepcji płci, w której zajmowanie się zdrowiem – własnym i innych – należy do kobiet, męskość zaś kojarzona jest z siłą, sprawnością, witalnością i zdrowiem właśnie. Jak zauważa A. Ostrowska, to dziewczęta uwrażliwiane są od najmłodszych lat na kwestie związane ze zdrowiem, własnym ciałem, uczone dbałości o zdrowie (Ostrowska 2006: 116–117). Chłopcy mający w rodzinie przykład ojca niedbającego o własną kondycję psychofizyczną mogą dorastać w przekonaniu, że zdrowie nie leży w kręgu zainteresowań mężczyzny. To, czego są uczeni, to higiena osobista oraz ewentualnie unikanie ryzyka i narażania własnego zdrowia i życia. Jeden z badanych wspominał „lekcję", jaką dał jemu i jego bratu ojciec:

> O, jedną rzecz pamiętam. Ojciec mówił, że [...] takie były zwyczaje na Wielkanoc, że się strzelało z korka, z klucza. W Kaliszu były to nawet wypadki

> śmiertelne. To kiedyś ojciec mój, żeby oduczyć nas takich zabaw, no to nas zabrał do kostnicy i pokazał nam, proszę ciebie, dwóch braci, których rozerwało, bo kręcili kalichlorek w maszynce od mięsa i wyobraź sobie, że rozwaliło całą chałupę. [...] i nas przeszkolił. Takie miał radykalne metody. I od tego czasu myśmy przestali strzelać. Ale to jedyna taka sytuacja, którą zapamiętałem (MST_4_64).

Przekaz ten był adresowany do chłopców ze względu na skłonność do ryzyka i brawury wpisaną w kulturową koncepcję męskości. Warto tu także zauważyć sposób udzielania lekcji przez ojca oparty na „terapii szokowej", który, jak zauważył sam badany, okazał się skuteczny.

Starzy mężczyźni uczestniczący w badaniu wspominali także o roli kobiet w kształtowaniu ich postaw wobec zdrowia. Zgodnie z patriarchalną koncepcją płci to do kobiet należy dbanie o zdrowie mężczyzny. Dotyczy to nie tylko matek zajmujących się kondycją psychofizyczną synów, ale także żon oraz córek. Badani mówili o roli domowego lekarza powiązanej z wymienionymi wyżej rodzinnymi rolami kobiet. Wspominali matki leczące różne dolegliwości dzieci domowymi sposobami:

> A gdybym chodził do lekarza, że coś mnie bolało, to nigdy nie szedłem. Albo mama dała jakieś krople. Jak najadałem się śliwek i wody się napiłem, to tak się zwijałem z bólu, to mi ugotowała piołunu napiłem się i mi przeszło (MST_6_66). No takie przeziębienia, jak to dzieci, zimą, nie. [...] do łóżka pakowała, sama leczyła jakby, te nacierania, z octem jakieś tego i [...] na drugi dzień jesteś skowronek (MST_9_70).

Jeden z badanych opowiadał o córce, która „załatwia lekarzy" dla obojga rodziców, wysyła ich na kontrolne badania, sprawdza, czy przepisane im leki są właściwe itp. Drugi z respondentów wspominał o podwójnej kobiecej opiece sprawowanej nad jego zdrowiem: „Mama cały czas, żona tylko doradza i pilnuje tego wszystkiego. Ja mówię »sanitariuszka« na nią" (MST_12_72).

Z wypowiedzi starych mężczyzn wyłania się obraz matki jako osoby odpowiadającej za socjalizację zdrowotną dzieci, uczącą wartości zdrowia i konieczności dbania o nie: „To raczej moja mama, starsza była, ale mówiła »żebyś synu dbał o zdrowie, bo jeżeli zdrowia nie będziesz miał to i ty nie będziesz istniał na świecie«. [...] Ona mi tłumaczyła i ja zawsze do tego dążyłem, żeby dbać o zdrowie" (MST_14_82). Niekiedy jej własna dbałość o zdrowie była traktowana jako przesadna: „Mama to już była lekomanką, naprawdę, cały czas ona na coś była chora. [...] cały czas coś jej było. [...] ona cały czas u lekarza" (MST_9_70), ale w pamięci badanych został wizerunek matki – kobiety przejętej sprawami zdrowotnymi, nie tylko własnymi, ale całej rodziny. Mężczyźni wypowiadając się na temat własnego stylu życia podkreślali również, że ich

zachowania prozdrowotne są efektem oddziaływania żon, odpowiadających np. za właściwe odżywianie się:

> No myślę właśnie, że to, to jakby tak, żona właśnie (wpływa – przyp. aut.), że dobrze się prowadzimy i są tego skutki, że nie chorujemy jakoś tak bardziej [...]. No jak tak patrzę, hmm [...] z perspektywy, z takiego namysłu bardziej, to chyba, to chyba jednak od żony. [...] ona dbała. Dbała o dzieci, no i o mnie. O dom bardzo żona dba. Widzę, że to ma dobre skutki (MST_8_70).

Jak wynika z powyższej wypowiedzi, dbałość o zdrowie męża i dzieci wpisana jest w rolę kobiety i wiąże się z szeroko rozumianą dbałością o dom i rodzinę.

Podobnie jak starzy uczestnicy badania, także rozmówcy w średnim wieku, wyjaśniając własne postawy wobec zdrowia, odwoływali się do kulturowego modelu męskości. Wskazywali oni jednak na inne aspekty mające, w ich przekonaniu, wpływ na te postawy. Zwrócili uwagę na znaczenie sprawności fizycznej oraz uprawiania sportu czy innej aktywności ruchowej w życiu mężczyzny. Mamy tu odwołanie do społecznie oczekiwanych, pożądanych cech wyglądu oraz osobowości mężczyzny. Z jednej strony bowiem, jak zauważali badani, utrzymywanie kondycji fizycznej poprzez uprawianie sportu jest kluczowe do osiągnięcia męskiej sylwetki i siły, co podoba się kobietom. Z drugiej strony sport jest dziedziną, w której mężczyźni mogą ze sobą rywalizować, wykazać się, osiągać przewagę nad innymi i zdobyć społeczny szacunek. Świadczą o tym następujące wypowiedzi:

> (W szkole – przyp. aut.) byłem wystawiany do bardzo wielu konkurencji, szalenie lubiłem gimnastykę, biegi. Byłem bardzo sprawną osobą. Co dawało duże samozadowolenie i prestiż wobec kolegów (MSR_14_61). No każdy chłopak, jak jest w wieku jakimś takim, jak jest młodzieńcem coś trenuje, coś chce trenować. [...] ja próbowałem karate, kick-boxingu, piłki nożnej, kolarstwa. Najdłużej wytrwałem właśnie w boksie i w kolarstwie. W szkole średniej była siłownia, człowiek chciał się podobać dziewczynom i mieć jakąś siłę. [...] tak, była rywalizacja, dążenie do osiągnięcia jak największego celu (MSR_2_39).

Jeden z respondentów opowiadał o ciągłym porównywaniu się mężczyzn, także tych starszych z młodszymi, kto silniejszy, kto ma lepszą kondycję fizyczną i lepiej radzi sobie w pracy z przenoszeniem jakichś ciężarów czy też np. z długodystansową jazdą na rowerze. Ze względu na to, że był to badany tuż przed czterdziestką, a zatem na początku wieku średniego, ta koncentracja na fizycznej sprawności oraz potrzeba udowodnienia jej posiadania mogły wynikać z chęci zatrzymania czasu, lęku przed utratą takich atrybutów młodości,

ale i męskości, jak siła czy witalność (Chmura-Rutkowska, Ostrouch 2007: 43).

Uczestnicy badania w tej grupie wiekowej potwierdzali aktualność wzoru mężczyzny niedbającego o zdrowie albo odwołując się do przykładu swojego ojca: „Mama z nami chodziła do lekarza. Ojciec to nie. On chyba nigdy w życiu u lekarza nie był" (MSR_13_60), albo przyznając, że sami go realizują. Wypowiedzi wskazujące na powszechne wśród mężczyzn unikanie lekarzy i ignorowanie problemów zdrowotnych, skutkujące ich przedwczesną umieralnością, świadczą o świadomości części uczestników w średnim wieku genderowych uwarunkowań postaw wobec zdrowia. Dostrzegali oni polaryzację płci – męskość była przeciwstawiana kobiecości, w którą wpisana jest dbałość o zdrowie. Jak stwierdził jeden z badanych:

> Jakoś nie odczuwam potrzeby, żeby mnie ktoś diagnozował specjalnie. Pewne rzeczy sam odczytuję ze swojego organizmu i mi się wydaje, że już wszystko wiem. [...] a kobiety nie, kobiety drążą temat, chodzą do lekarzy, kobiety się leczą i kobiety żyją dłużej. Faceci [...] nagle umiera. Był taki »zdrowy« i umarł. [...] tak właśnie wygląda postawa większości facetów. Bo to niestety, nie jestem tutaj wyjątkiem. Podchodzimy do tematu zdrowia olewajsko, bardzo olewajsko (MSR_11_57).

Powyższa wypowiedź wskazuje na realizację przez respondentów wzoru osobowego mężczyzny, w który wpisane są takie „męskie" cechy jak niezależność, autonomia, kompetencja czy wiara w siebie (Deaux i Lewis 1984, za: Mandal 2000: 17–18; Mandal 2003: 39). Przejawiają się one w braku potrzeby konsultowania z lekarzem odczuwanych dolegliwości czy problemów zdrowotnych, poleganiu na sobie w diagnozie stanu zdrowia i ewentualnym leczeniu, choć badani są świadomi zgubnych skutków takiego postępowania. Inną cechą wskazywaną przez uczestników badania w średnim wieku jako istotną dla ich postawy wobec zdrowia, a również stereotypowo przypisywaną mężczyznom, był racjonalizm (Lisowska 2008: 76). Przejawiał się on w odwoływaniu się do wiedzy eksperckiej, naukowej. Jeden z badanych wskazywał na studia i książki jako podstawę, obok wychowania w rodzinie, ukształtowania się jego podejścia do zdrowia jako wartości. Wspominał przy tym poznaną na studiach filozofię Maxa Schelera, podając argumenty i przykłady na rzecz podzielanej przez niego tezy, że „zdrowie jest ważne, ale nie jest najważniejsze". Drugi respondent również podkreślał swój racjonalny stosunek do zdrowia, powołując się na wykształcenie i pracę naukową: „Myślę, że to jest racjonalne co robię. [...] w końcu pracuję na wyższej uczelni i uprawiam nauki przyrodnicze" (MSR_10_56). Przejawem racjonalności dla niektórych badanych było pójście do lekarza w celu zbadania swojego stanu

zdrowia i wyjaśnienia przyczyn swojego złego samopoczucia, zyskania pewności, że nie ma się czym przejmować: „Znaczy ja traktuję, że idę do lekarza i dowiem się, że jest wszystko w porządku. I wtedy wiem, że jest ok. Upewniam się" (MSR_6_47). Zdaniem jednego z respondentów warto udać się do dwóch specjalistów w celu potwierdzenia diagnozy, „gdyż mogą zdarzyć się pomyłki. Ludzie są tylko ludźmi" (MSR_2_39). Pojawiły się tu także krytyczne uwagi na temat Internetu jako wyroczni w sprawach zdrowotnych.

W jednej z wypowiedzi pojawiła się uwaga na temat męskiej hipochondrii (MSR_6_47). Podobnie jak w przypadku ignorowania własnego zdrowia „przez facetów", tak i tu podkreślano, że „każdy mężczyzna" jest w jakimś stopniu hipochondrykiem. Mamy tu zatem pewien paradoks: z jednej strony bowiem mężczyźni nie dbają o zdrowie i lekceważą problemy zdrowotne, z drugiej strony wpadają w „lekką panikę" w związku z odczuwanymi dolegliwościami. Paradoks ten zauważały także respondentki wypowiadające się na temat konieczności zajmowania się zdrowiem swoich mężów. Wskazywały one, że muszą niemal siłą zaciągać ich do lekarza w przypadku poważnych schorzeń, np. problemów z prostatą, które mężczyźni ignorowali, twierdząc, że nic im nie jest. Natomiast zwykłe przeziębienie było przez nich traktowane jako choroba uniemożliwiająca im normalne funkcjonowanie (rzadko jednak skłaniająca ich do wizyty lekarskiej). Zdaniem rozmówcy wspominającego o hipochondrii jako typowej męskiej cesze, remedium na tę wadę jest właśnie racjonalne podejście – czyli odwołanie się do autorytetu i wiedzy lekarza, który rozwieje wątpliwości i potwierdzi dobry stan zdrowia.

Uczestnicy badania w średnim wieku, wyjaśniając genezę swoich postaw wobec zdrowia, wskazywali także na role społeczne wynikające z kulturowej koncepcji męskości, wśród nich obowiązki rodzinne oraz te związane z aktywnością w sferze publicznej – z pracą zawodową. Respondenci odwoływali się do pełnionej przez siebie roli ojca lub męża, skłaniającej ich do dbałości o własną kondycję psychofizyczną. Jeden z nich podkreślał, że ponieważ został ojcem stosunkowo późno, mając 36 lat, musi starać się, „żeby się nie zapuszczać, żeby te dzieci jeszcze coś z tego tatusia miały, [...] żeby tym dzieciom dłużej służyć. Żeby mieć dłużej siły dla nich, [...] bo ktoś musi je wychować" (MSR_3_40). Pojawiły się uwagi, że jak się zakłada rodzinę, to zaczyna się dbać o siebie ze względu na bliskich, a także ich otaczać opieką: „Jakoś tam się nakręca, najpierw (się dba – przyp. aut.) o siebie, później o jedno dziecko, drugie dziecko" (MSR_7_49). Jak wynika z doświadczeń wypowiadających się mężczyzn, ojciec musi zaangażować się w dbanie o zdrowie potomstwa (co jest z reguły domeną kobiet), gdy dzieci są poważnie chore: „Ja ze swoimi dziećmi przeżyłem, człowiek się nalatał po różnych lekarzach" (MSR_7_49).

Jeden z badanych pojmował dbałość o bliskich w dość specyficzny i instrumentalny sposób, wskazywał bowiem, że unikając chorób, nie zaraża dzieci i żony, których choroba oznaczałaby dodatkowe obowiązki i problemy z funkcjonowaniem domu: „jeżeli ja będę chory, to [...], mogę zarazić swoje dzieci, które do szkoły mogą nie pójść i trzeba będzie się nimi opiekować. Mogę zarazić swoją żonę, która robi obiad, wtedy to ja będę musiał zrobić obiad. Ja pomogę oczywiście żonie przy robieniu obiadu, tylko jak kobieta jest chora w domu, to cały dom jest chory, bo sobie już nie radzą wszyscy bez niej" (MSR_6_47). Zarysowana tu sytuacja potwierdza zasadność lęków wyrażanych przez uczestniczki badania w średnim wieku, że w przypadku ich zachorowania rodzina sobie nie poradzi. Przede wszystkim odpowiada on jednak powszechnemu podziałowi ról w polskich rodzinach, w których to kobiety zajmują się prowadzeniem domu i opieką nad dziećmi, nawet jeśli one także pracują zawodowo (CBOS 2013b).

Stosunkowo rzadko badani wspominali o wpływie swoich ojców na kształtowanie ich postaw wobec zdrowia. Jak już wspomniano, niektórzy z nich podawali ich jako przykład osób zupełnie niedbających o własną kondycję psychofizyczną. Inni mówili o trosce obojga rodziców o zdrowie potomstwa, zwracając uwagę, że rola ojca sprowadzała się albo do zwracania uwagi na ubieranie się stosownie do pogody („mój tata jesienią i zimą mówi: »noś czapkę«" – MSR_9_54), albo do dawania lekcji na temat szkodliwości palenia: „Jak chciałem sobie dodać animuszu i popalać papierosy, jak już mogłem, no to mój ojciec powiedział, że trzeba być ciężkim idiotą, żeby tak dobre zdrowie marnować, obraziłem się trochę, ale miał rację" (MSR_14_61).

Natomiast jeden z rozmówców wspominał syna jako tę osobę, która dba obecnie o jego zdrowie. Badany, należący do mężczyzn unikających lekarzy, przyznawał, że syn go „wygania" na badania kontrolne. Co ciekawe, respondent miał też córkę, ale to młodszy syn został przez niego wymieniony jako troszczący się o jego zdrowie. Możemy tu zatem zaobserwować różnicę pokoleniową w podejściu mężczyzn do zdrowia oraz niepowielanie wzorów zachowań ojca przez syna. Z wypowiedzi tej wyłania się jednak tradycyjny wizerunek mężczyzny – głowy rodziny, którego zdrowie jest przedmiotem troski pozostałych członków rodziny, jak się okazuje, nie tylko kobiet. Badany zauważył, że to bardziej bliscy dbają o jego zdrowie niż on sam, skłaniając go do pójścia do lekarza, czy też pilnując, czy wziął przepisane lekarstwa (MSR_12_58).

Uczestnicy badania w średnim wieku zwracali uwagę na znaczenie pracy zawodowej dla ich stosunku do własnego zdrowia. Warto przy tym zauważyć, że kobiety w ogóle o tym nie wspominały, co świadczy o trwałości patriarchalnego podziału ról ze względu na płeć, zgodnie z którym

kluczowym dla mężczyzn polem aktywności jest sfera publiczna. Także ich role rodzinne są związane z pozadomową pracą zawodową. Jeden z badanych wskazywał, że musi dbać o zdrowie, tj. unikać infekcji, aby móc realizować rolę żywiciela rodziny – pracować i zarabiać na dom: „jeżeli ja będę chory, to mniej zarobię" (MSR_6_47). Respondenci wskazywali także na negatywne skutki zawodowej aktywności dla zdrowia, takie jak stres, duże obciążenie psychiczne i emocjonalne (związane z pracą policjanta i pełnieniem kierowniczych funkcji – MSR_3_40), czy też siedzący tryb życia: „niezadowolenie, bo się tyje, siedzi" (MSR_14_61). Pojawiła się też uwaga, że wykonywana praca związana z opieką zdrowotną (fizjoterapia i rehabilitacja) wpływa na podejście do własnego zdrowia: „to, że przez prawie całe życie, tam z przerwami, pracuję w służbie zdrowia, [...] mam na co dzień kontakt ze zdrowiem i utratą zdrowia. [...] specyfika zawodu, tak, na pewno (miała wpływ na mój stosunek do zdrowia – przyp. aut.)" (MSR_11_57).

Rozmówcy z tej grupy wiekowej zwrócili także uwagę na czynniki ekonomiczne wpływające na ich postawę wobec zdrowia. Zauważyli, że wobec konieczności pracy i zarabiania pieniędzy dbanie o własną kondycję psychofizyczną schodzi na dalszy plan. Zagrożenie utratą zatrudnienia czy obniżeniem zarobków może powodować, że lekceważy się choroby, nie chodzi do lekarza, żeby uniknąć absencji w pracy, bo można zostać zwolnionym. Pojawiły się również uwagi na temat kosztów uprawiania sportów. Jak pokazały wyniki dotyczące postaw mężczyzn wobec zdrowia, przywiązują oni dużą wagę do fizycznej aktywności, traktując ją jako kluczowe prozdrowotne zachowanie (respondenci młodzi i w średnim wieku), a samo zdrowie utożsamiając z fizyczną sprawnością i kondycją. Stąd też, zastanawiając się nad uwarunkowaniami swojej postawy, zwrócili uwagę na możliwości i ograniczenia związane właśnie z tymi aspektami postawy. Z jednej strony wskazywali, że można być aktywnym fizycznie, nie ponosząc większych kosztów finansowych, chyba że chce się posiadać różnego rodzaju gadżety czy lepszy sprzęt („Wystarczy biegać, na to nie trzeba mieć jakichś dochodów" – MSR_2_39). Z drugiej strony pojawiły się uwagi, że brak pieniędzy może uniemożliwiać uprawianie wybranych dyscyplin sportowych wymagających nakładów pieniężnych. Ponieważ o takich ekonomicznych uwarunkowaniach postaw wobec zdrowia nie wspominały kobiety, mogą one wynikać z kulturowego ideału płci. To dla mężczyzn bowiem aktywność zawodowa i pozycja materialna są społeczną „miarą" ich życiowego sukcesu (w przypadku kobiet to macierzyństwo i rodzina). Ponadto jako odpowiedzialni za utrzymanie rodziny muszą kontrolować dochody i wydatki i mają bardziej „materialne", ekonomiczne podejście do życia, także do zdrowia.

Podobnie jak w przypadku starych mężczyzn uczestniczących w badaniu także rozmówcy w średnim wieku wskazywali na rolę kobiet w kształtowaniu ich postaw wobec zdrowia. Podkreślali przede wszystkim rolę matek uczących dzieci zwracać uwagę na różne niepokojące symptomy i szybko na nie reagować, a także przeciwdziałać różnym zagrożeniom dla zdrowia:

> Mama jest takim człowiekiem, który zawsze dbał, w związku z tym, że ona miała problemy ze swoim zdrowiem od samego początku. [...] to mama właśnie taką atmosferę tego leczenia, tego, tego zwracania uwagi na ciśnienie, na takie rzeczy. Że tam coś kogoś zabolało, to trzeba zwrócić uwagę, bo może to wynikać z czegoś tam itd. To, że to raczej moja mama, czyli znowu dom (MSR_8_53). Tak, tak, nauczyłem się w domu, nauczyłem się jednego, że właśnie w momencie, kiedy jest jakieś zagrożenie dla zdrowia, to trzeba od razu reagować, a nie czekać aż będzie pełna klapa, prawda. Tu z kolei i to moja mama mnie tego nauczyła, i to staram się realizować w całej mojej rodzinie (MSR_15_61).

Jak pokazują przywołane wypowiedzi, matka jest dla badanych uosobieniem domu – mówiąc o wyniesionych z domu zachowaniach czy sposobach myślenia dotyczących zdrowia, wskazują na osobę rodzicielki, jako tej, która odegrała w przekazywaniu ich kluczową rolę. Tę wiodącą rolę matki w socjalizacji zdrowotnej można zauważyć także w kolejnej wypowiedzi, w której respondent zaczyna mówić o wpływie rodziny w ogóle czy też obojga rodziców, ale, przechodząc do konkretów, mówi o matce. Choć ten sam badany wspomina o lekcji ojca na temat szkodliwości palenia papierosów, wydaje się, że ta wychowawcza rola ojca miała charakter doraźny, tj. pojawiała się w sytuacji jakiegoś problemu (tu: próby palenia papierosów przez syna), podczas gdy zaangażowanie matki w kształtowanie zdrowotnej postawy dziecka miało charakter stały, bo dotyczyło odżywiania się czy aktywności fizycznej.

Jak wynika z wypowiedzi niektórych uczestników badania w średnim wieku, działania matek w zakresie dbałości o zdrowie dzieci nie zawsze były pozytywnie oceniane. Z krytyką spotykały się ich zasady żywienia, oceniane przez dorosłych synów jako niezdrowe. Wskazywano tu na przekarmianie dzieci czy dawanie słodyczy wnukom. Jednak nawet przykłady antyzdrowotnych działań matek–babć pokazują wzór troskliwej, kochającej kobiety, kierującej się, niekiedy specyficznie pojmowanym, dobrem dziecka.

Co ciekawe, badani w tej grupie wiekowej nie wskazywali na wpływ żon, partnerek na ich postawy wobec zdrowia, o którym mówili starzy respondenci. Być może zależność mężczyzn od troszczących się o ich zdrowie kobiet ma miejsce w dzieciństwie, gdy są oni poddani wpływowi

matki, a potem na starość, gdy żony stają się ich opiekunkami i domowymi lekarzami. W średnim wieku, jak mogłoby wynikać z wypowiedzi rozmówców, mężczyźni są niezależni i autonomiczni w zakresie dbałości o zdrowie, choć jak wspominano, nadal rodzice troszczą się o ich zdrowie, opieką w tym zakresie otaczają ich także dzieci czy ogólniej rodzina (a zatem pewnie i żona), przypominająca o lekarskich wizytach czy braniu lekarstw. Jak się jednak okazuje, zdrowie mężczyzny jest przedmiotem troski także kobiet spoza rodziny, np. współpracownic. Jeden z badanych wspominał, że skłoniły go one do kontroli stanu zdrowia i podjęcia leczenia: „Jak koleżanki mierzyły sobie ciśnienie w pracy, ja mówię nie, nie chcę, nie. »Zmierzymy, zmierzymy ci«. Zmierzyły mi. Miałem prawie 200. Już się zaczęło leczenie, potem drugi raz mi powtórzyły ponad 200 i od tego momentu biorę leki na nadciśnienie, żeby je zbić po prostu, no" (MSR_11_57). Mamy tu potwierdzenie wzoru mężczyzny lekceważącego zdrowie, który musi być zachęcany, motywowany do zajęcia się swoimi zdrowotnymi problemami, których nawet nie sobie nie uświadamia (zgodnie z kulturowym ideałem mężczyzny, który jest silny i zdrowy).

Podsumowując, wypowiedzi respondentów w średnim wieku na temat genezy ich stosunku do zdrowia świadczą o genderowych uwarunkowaniach tych ich postaw. Dostrzegali oni różnice między kobietami i mężczyznami w dbałości o zdrowie, np. niedbający o zdrowie ojciec – dbająca matka, nieprzejmujący się zdrowiem mężczyzna – troszcząca się o jego kondycję psychofizyczną rodzina, czy koleżanki. Odwoływali się do kulturowego ideału męskości – pożądanego wyglądu, cech osobowości czy ról społecznych oczekiwanych od mężczyzn i mających wpływ na ich myślenie o zdrowiu oraz dbanie/niedbanie o nie. Jeden z respondentów, nawiązując do własnych doświadczeń rodzicielskich jako ojca córki i syna, dał wyraz przekonaniu o odmiennej socjalizacji dziewczynek i chłopców, ukierunkowanej na kobiecą dbałość o wygląd oraz męską dbałość o zdrowie, rozumiane przede wszystkim jako sprawność fizyczna (ten sam uczestnik badania podkreślał znaczenie fizycznej aktywności i sportu w życiu „każdego chłopaka"):

> Dziewczynka od najmłodszych lat musi jednak wiedzieć, że jest dziewczynką i musi podobać się, tak? Czyli wpajamy higienę osobistą, dbałość o detale, dbałość w dobieranie ubioru. Inaczej dziecko jest ubrane do szkoły, inaczej jest ubrane na podwórko, inaczej na wyjście, okolicznościowe imprezy itd. Chłopiec też ma wskazówki: dbałość o zdrowie, dbałość o stan fizyczny, kondycję fizyczną, o to (MSR_2_39).

Badani jednak nie zawsze swoje postawy i dostrzegane różnice w zachowaniach kobiet i mężczyzn traktowali jako efekt kulturowych

wpływów. Niektórzy dawali wyraz przekonaniu, że ich postawa wobec zdrowia wzięła się „sama z siebie", że sami ją ukształtowali, wyciągając wnioski z doświadczeń własnych i cudzych, dokształcając się w tym zakresie bądź że wynika ona z ich stanu zdrowia oraz predyspozycji organizmu (np. do uprawiania sportu): „Nie wiem skąd (się wziął mój stosunek do zdrowia – przyp. aut.). Zawsze taki był. Lubiłem sport. Jazdę na rowerze. Jeżdżę od młodych lat" (MSR_13_60). W przekonaniu jednego z respondentów, ta niezależność i autokreacja w zakresie stylu życia i postawy wobec zdrowia jest przejawem samodzielności człowieka:

> Nie wiem, kto wpadł na to, ale tak przyjęliśmy w domu, że nie jemy po 18 ciężkich posiłków, że tak powiem. [...] staramy się, żeby owoce zawsze były w domu, także [...] nie staramy się nikogo naśladować. Wyciągnięte wnioski i to co w domu jest – doszliśmy sami do tego własną dedukcją. [...] jeżeli ktoś czerpie wzorce z innych, to nie ma swojego, swojego po prostu [...], nie wiem, jak to nazwać [...], nie myśli samodzielnie, o. Nie jest dla mnie samodzielnym człowiekiem, bo musi brać wzorzec z kogoś innego (MSR_2_39).

Jak już wspominano, takie cechy jak niezależność, indywidualizm i autonomiczność są kulturowo przypisywane mężczyznom (Lisowska 2008: 76), stąd być może ten sposób myślenia uczestników badania.

Młodzi mężczyźni wypowiadający się na temat uwarunkowań ich postaw wobec zdrowia, również odwoływali się do kulturowego ideału męskości i takich jego elementów jak cechy wyglądu, cechy osobowości oraz role społeczne przypisywane im ze względu na płeć. W odniesieniu do pierwszego aspektu męskości niektórzy badani przyznawali, że zaczęli dbać o zdrowie (bądź planują dbać), tj. odpowiednio się odżywiać i być aktywnym fizycznie, bo chcieli dobrze wyglądać: nie mieć nadwagi, mieć umięśnioną, szczupłą sylwetkę:

> Zacząłem dbać (o zdrowie – przyp. aut.), ponieważ przestraszyłem się trochę tym cholesterolem, że trzeba go zbić, a po prostu z drugiej strony chciałbym też lepiej wyglądać, żeby trochę brzucha zgubić. [...] żeby mieć kaloryfer, a nie bojler" (MM_9_30). Kiedyś byłem tęższy, miałem troszkę nadwagę i wiedziałem, że nie jest tak dobrze i nie przywiązywałem wagi [...]; zauważyłem, że lepiej się ocenia ludzi, którzy są szczuplejsi, dbają o siebie, mniej ważą. Sam sobie się teraz podobam. Lepszą pewność mam teraz (MM_10_31).

Do zadbania o sylwetkę motywowała rozmówców chęć bycia atrakcyjnym dla swojej żony oraz innych kobiet. Przypomnijmy, że zgodnie ze stereotypowym wizerunkiem mężczyzna ma być wysoki, silny, krzepki i szeroki w ramionach (Deaux, Lewis 1984, za: Mandal 2003: 39) i badani chcieliby się tak prezentować. A zatem motywację do dbania o kondycję psychofizyczną stanowi nie zdrowie samo w sobie, ale chęć sprostania

społecznym oczekiwaniom dotyczącym męskiego wyglądu. Jak zauważył jeden z rozmówców, od tego zależy nie tylko na to, jak człowiek jest postrzegany przez innych, ale także jego samoocena.

Jak pokazują wyniki badania, wypowiadający się mężczyźni, przede wszystkim młodzi, utożsamiają zdrowie z fizyczną sprawnością i traktują sport czy inną aktywność ruchową jako bardzo ważną formę dbania o tak rozumiane zdrowie, a także o wygląd. Dla badanych z tej kategorii wiekowej (ale także tych w średnim wieku) w sporcie ważna jest, kulturowo przypisywana mężczyznom, rywalizacja i walka, niekiedy w dosłownym sensie. Jeden z respondentów wspominał bowiem o hobby związanym z odtwórstwem historycznym, w którym uczestnicy muszą wykazać się fizyczną sprawnością i mogą ze sobą powalczyć. Pojawiły się uwagi o roli znajomych również uprawiających sport, z którymi można rywalizować, porównując wyniki, plany treningowe itp.: „Na pewno też znajomi, którzy uprawiają sport, na pewno to jest mobilizujące, [...] te rywalizacje, plany treningowe" (MM_10_31). Młodzi rozmówcy, wspominając osoby mające wpływ na kształtowanie ich postaw wobec zdrowia, wskazywali z reguły na innych mężczyzn, którzy imponowali im dobrą kondycją fizyczną, sprawnością, wytrzymałością oraz mimo wieku, młodym, zdrowym wyglądem i swoim przykładem zachęcali ich i mobilizowali do fizycznej aktywności. Przy czym, co ciekawe, nie byli to ojcowie badanych, ale osoby z dalszej rodziny czy z kręgu znajomych:

> Mój wujek, który bardzo przywiązuje do tego wagę, który ma lat tyle co moja mama, tata, a bardzo jest wysportowanym człowiekiem, sam uprawia sport, w piłkę gra. Zawsze bezpośrednio mi mówił: »o sadełko masz, weź no to zrzuć« i ja się nigdy o to nie obrażałem (MM_10_31). Ojciec takiego kolegi, przyjaciela, [...] sport to jest jego pasja, jego życie, on głównie biegami, maratonem [...]. Każda wolna chwila to coś robi, nie może wytrzymać bez ruchu, bez sportu. Ten człowiek ma pięćdziesiąt parę lat, ale bardzo mi się podobało, że fizycznie, psychicznie młodo wygląda. [...] to taka pierwsza postać, która mi się nasuwa na myśl. [...] no wiecznie młody. Bardzo mi się ta osoba spodobała (MM_10_31).

Badani podkreślali znaczenie społecznego otoczenia, kręgów przyjacielskich, w których propaguje się określone podejście do życia, aktywny sposób spędzania wolnego czasu, podziela się pasję związaną z uprawianiem sportu itp.: „To że, że zaprzyjaźniałem zawsze z ludźmi którzy zwracali uwagę na to, jak tam wyglądamy, czy też w jaki sposób spędzamy czas, a najczęściej to było aktywne spędzanie czasu" (MM_7_28); „Na pewno wychowanie harcerskie ma taki mocny akcent na to, żeby być zdrowym, silnym po to, żeby móc służyć innym, móc komuś pomóc" (MM_6_27).

Jak wynika z przytaczanych wypowiedzi, młodzi respondenci przywiązują dużą wagę do wyglądu, co w patriarchalnym modelu płci cechowało kobiety (Malinowska 2011). To nowe podejście mężczyzn do własnej cielesności jest traktowane jako przejaw „feminizacji męskiego ciała" (Melosik 2002: 21), metroseksualnej męskości (Barabasz 2007; Dziekanowska 2008) czy androgyniczności (Badinter 1993: 145–148). Jednak wygląd mężczyzny, choć ma być zadbany (co nawiązuje do kulturowej koncepcji kobiecości), ma być „męski" – świadczyć o fizycznej sile, kondycji, witalności i zdrowiu.

Młodzi uczestnicy badania, wyjaśniając genezę swoich postaw wobec zdrowia, odwoływali się także do pełnionych przez siebie ról społecznych, mieszczących się w kulturowej koncepcji męskości. Należy do nich rola ojca. Badani podkreślali, że zostanie rodzicem pozytywnie wpłynęło na ich podejście do zdrowia. Zaznaczali, że zmieniają swój styl życia ze względu na dzieci, by zapewnić im jak najlepsze warunki rozwoju, dlatego zaczęli zwracać uwagę na jakość kupowanych produktów spożywczych, zasady zdrowego odżywiania, czy rzucili palenie:

> Dla syna kupujemy takie rzeczy, które teoretycznie są najlepsze. Staramy się ograniczyć lub wyłączyć te słodycze. Albo naturalnie sami wyciskamy soki albo kupujemy takie, które są specjalnie przeznaczone dla dzieci. [...] na razie gotujemy w takich ilościach, że są wystarczające półrocznemu dziecko, wiadomo jak będzie większe i będzie mogło jeść razem, no to my będziemy bardziej pod jego kierunkiem przestrzegać tych zasad żywieniowych (MM_12_32).

Przywołana wypowiedź świadczy o zaangażowaniu młodego mężczyzny w opiekę nad dzieckiem, co jest cechą tzw. nowego, aktywnego ojcostwa (Piątek 2007; Sikorska 2009; Dzwonkowska-Godula 2015). Zresztą badany podkreślał, że chciałby jak najwięcej uczestniczyć w życiu swojego dziecka i to motywuje go do dbania o własne zdrowie. Mamy tu zatem do czynienia z odejściem od patriarchalnej koncepcji męskości i ojcostwa (przynajmniej na poziomie deklaracji), utożsamianych z rolą głowy rodziny, odpowiedzialnością za jej materialne utrzymanie, a więc z rolami zewnętrznymi, pozadomowymi, realizowanymi w sferze publicznej, pełnieniem roli rodzica. Choć taki sposób pojmowania roli ojca – jako wsparcia, głównie finansowego, dla członków rodziny – również pojawił się wśród młodych respondentów i został wskazany jako powód dbania o własne zdrowie: „Jeśli będę zdrowy, to będę dłużej żył, jeśli będę dłużej żył, to będę mógł dłużej pomóc swoim dzieciom, to jest bardzo proste przełożenie, im będę zdrowszy, tym będę dłużej żył, im będę dużej żył, tym będę mógł pomagać swoim bliskim – w dużym skrócie. I więcej przeżyć swoich fajnych rzeczy" (MM_15_37). Zacytowana wypowiedź

jest jednocześnie wyrazem męskiego indywidualizmu – badany nie zapomniał także o sobie i własnych potrzebach, które będzie mógł zaspokoić przy dobrym zdrowiu.

Młodzi rozmówcy, wyjaśniając genezę swoich zdrowotnych postaw wspominali także swoich ojców i ich stosunek do zdrowia. Niektórzy z nich podkreślali, że byli oni dla nich antywzorami w zakresie dbałości o psychofizyczną kondycję. Wskazywali na polaryzację płci w tym względzie: kobieta-matka dbająca o zdrowie i mężczyzna-ojciec zaniedbujący je, zaznaczając, że nie powielają wzoru zachowania ojca: „Mama zawsze powtarza o tych badaniach to jest jej wpływ. [...] tata jak większość osób bał się dentysty czy jakiegokolwiek innego lekarza i wolał iść do pracy, bo szkoda było iść na zwolnienie według jego kryteriów" (MM_12_32). Z przywołanej wypowiedzi wyłania się obraz mężczyzny traktującego priorytetowo swoją zawodową pracę, wobec której zdrowie schodzi na dalszy plan, a problemy zdrowotne traktowane są jako przeszkoda w realizacji roli żywiciela rodziny. Wydaje się jednak, że młodzi badani, krytykując takie podejście mężczyzn ze starszego pokolenia do własnego zdrowia, odrzucają tym samym patriarchalną koncepcję męskości, a przynajmniej wpisany weń lekceważący stosunek do zdrowia. Przypomnijmy, że w swoich wypowiedziach dotyczących różnych komponentów postawy wobec zdrowia dawali oni wyraz przekonaniu o indywidualnej odpowiedzialności za stan własnej kondycji psychofizycznej.

Część badanych przypominała sobie zachowania zdrowotne, które przejęli od ojca bądź też dawane przez niego wskazówki dotyczące dbania o psychospołeczną kondycję:

> [...] tata raz na dziesięć, dwanaście lat jak choruje to jest święto, ale też się trochę na niego napatrzyłem, bo on też lubi właśnie takie te właśnie warzywa, właśnie surowe jeść, cebulę surową to wszystko i to podobno pomaga, bo go to chyba hartuje, bo jeżeli tyle lat nie chorował (MM_9_30). [...] teraz jest oczywiście nacisk, jak mam trzydzieści dwa lata, to ojciec mi mówi: »nie dźwigaj, bo będziesz [...]«, no wiesz, on jest na rencie, po dwóch operacjach na stawy biodrowe, tak, że mówi: »nie szarp się z tym, bo na starość będziesz ten [...] «, no i to mi tak już powtarza od kilku lat, no nie, ale to tylko dlatego, że sam tego doświadczył i teraz, wiesz, się wymądrza (MM_13_32).

Przy czym wspominani ojcowie nie uchodzili w oczach respondentów za osoby dbające o zdrowie. Mamy tu przykład mężczyzny ograniczającego troskę o własne zdrowie do wspomagania odporności domowymi sposobami, przy czym nie wiadomo, czy za jego nawykami żywieniowymi stała świadomość i chęć prozdrowotnego działania, oraz przykład mężczyzny zaniedbującego własne zdrowie, który, „mądry po szkodzie", udziela porad dorosłemu synowi.

Więcej wypowiedzi młodych mężczyzn dotyczyło pracy zawodowej jako dziedziny życia mającej wpływ na ich postawy wobec zdrowia, co odpowiada kulturowej koncepcji męskości kojarzonej z aktywnością w sferze publicznej. Respondenci mówili o konieczności robienia badań okresowych określających ich zdolność do pracy bądź o badaniach wynikających z ryzyka związanego ze specyfiką pracy (np. wymagającej stosowania chemikaliów). Nie bez znaczenia był dla nich fakt, że dostęp do takich badań był „ułatwiony" i „bezpłatny" (MM_14_35). Chociaż badania okresowe obowiązują wszystkich pracowników bez względu na płeć, to jednak respondentki o nich nie wspominały, wskazując różne czynniki mające wpływ na ich stosunek do zdrowia. A zatem można zaobserwować tutaj przywiązywanie większej wagi przez mężczyzn do pracy zawodowej, determinującej inne obszary ich życia, w tym postawę wobec zdrowia. Ponadto niechętnie chodzą oni do lekarza i często te obowiązkowe wizyty lekarskie, wynikające z zatrudnienia, są ich jedynym kontaktem z służbą zdrowia i uspokajają sumienie („przecież robię regularne badania"). W przypadku jednego z badanych przekonanie o konieczności robienia badań profilaktycznych wynikało z jego pracy naukowej dotyczącej chorób nowotworowych: „Po prostu to badam, żeby wykryć choroby. No można powiedzieć, że wpłynęły moje studia, ponieważ w tym momencie mam wiedzę, że lepiej coś wykryć zawczasu, zdiagnozować, zwłaszcza, że pracuję z nowotworami, niż po czasie, kiedy będzie za późno, tak?" (MM_5_26).

Praca zawodowa przyczyniała się do kształtowania zdrowotnej postawy mężczyzny także wtedy, gdy wiązała się – praktycznie bądź teoretycznie – z aktywnością fizyczną i sportem bądź też wymagała fizycznej sprawności i siły (np. praca animatora kultury fizycznej). Uwarunkowanie genderowe postawy polegające na odwołaniu do kulturowego ideału męskości można tu dostrzec z dwóch powodów: po pierwsze znów mamy tu wskazywanie przez wypowiadających się mężczyzn pracy zawodowej jako kluczowej dla własnej postawy wobec zdrowia (czego, jak już wspomniano, nie zaobserwowano w przypadku respondentek). Jak zauważył jeden z badanych, pracujący fizycznie:

> No wszystko, jak to się mówi, kręci się wokół mojej pracy, czyli jak nie będę jadł rzeczy, które są z dużą zawartością energetyczną, to mięśnie nie będą miały siły, odmówią mi posłuszeństwa i nie będę wydajny w pracy. Źle bym się czuł. Wszystkie minerały, przecież to wszystko się traci w pracy fizycznej. No i trzeba uzupełniać dużo płynów, minerałów, minerałów, minerałów (MM_8_29).

Po drugie zainteresowanie sportem, aktywnością fizyczną, przywiązywanie wagi do sprawności i wydolności organizmu kulturowo traktowane jest jako męska domena i cecha.

Jak wynika z dotychczasowych rozważań, młodzi rozmówcy odwoływali się w wyjaśnieniach własnych postaw wobec zdrowia do elementów kulturowej koncepcji męskości oraz wskazywali na postawy innych mężczyzn jako punkt odniesienia dla własnych zachowań. Podobnie jak starsi uczestnicy badania podkreślali oni rolę kobiet w ich socjalizacji zdrowotnej. Wspominali o matkach dbających o własne zdrowie i uczących tego dzieci, przywiązujących wagę do zdrowego odżywiania się i przygotowujących domowe posiłki: „(Mama – przyp. aut.) czasami na mnie krzyczy, że znów jem śmieciowe jedzenie, to fakt. [...] zdaję sobie sprawę, że jest to ważne i nie należy tego lekceważyć, ponieważ może przyczynić się do tego, że mój organizm odczuje, że nie powinno tak być i mogą być jakieś powikłania. Więc jakoś słucham tej mamy" (MM_4_24). Dodatkowym atutem niektórych rodzicielek jako „nauczycielek" dbania o zdrowie było ich medyczne wykształcenie. Przekazywały one synom wiedzę dotyczącą radzenia sobie z dolegliwościami domowymi sposobami, konieczności robienia badań profilaktycznych, znaczenia określonych objawów i ryzyka chorób, pełniły rolę domowych lekarzy. We wspomnieniach badanych pojawiła się jednak także nietypowa matka – nieprzejmująca się zdrowiem, której postawę przejął syn: „Wychowałem się w przekonaniu, że jestem zdrowy, że nic mi nie dolega. Moja mama też ma taki trochę lekceważący stosunek do zdrowia, nie chodzi specjalnie do lekarza" (MM_6_27).

Młodzi uczestnicy badania wspominali także o innych kobietach w ich rodzinie, które miały wpływ na ich stosunek do zdrowia i zdrowy styl życia. Mówiono o babci, zwracającej uwagę na to, żeby ciepło się ubierać i często w tej swojej trosce, w przekonaniu badanych, przesadzającej. Wzorem do naśladowania w zakresie dbałości o zdrowie dla jednego z respondentów była także siostra, która gdy została matką, zmieniła swój styl życia na zdrowszy, co wpłynęło na świadomość zdrowotną i zmianę sposobu odżywiania się całej rodziny. Badani wskazywali również na rolę partnerek w kształtowaniu się ich postaw wobec zdrowia. Dotyczyło to przede wszystkim zmiany ich sposobu odżywiania się, wyeliminowania czy ograniczenia tzw. „śmieciowego jedzenia", fast foodu oraz słodyczy, zwracania uwagi na spożywane produkty, włączenia do diety odpowiedniej ilości warzyw i owoców, regularności posiłków:

> Kobieta moja. [...] Czepia się, że moja dieta jest wzbogacona, a właściwie niewzbogacona o owoce i warzywa. Uważa, że nieregularnie spożywam posiłki. Faktycznie tak jest, ale osobiście nie widzę w tym problemu (MM_3_22).

> Tutaj chyba może moja narzeczona ma większy wpływ na mnie, jakoś może przez okres tego wspólnego mieszkania ta dbałość o zdrowie się zwiększyła. [...] odkąd mieszkamy razem, na pewno bardziej zwracam uwagę na to co kupuję, co jem (MM_6_27).

Mamy tu więc model kobiety – opiekunki i żywicielki mężczyzny. Pojawiały się też uwagi, że żona wpłynęła na zrzucenie nadwagi i zadbanie o sylwetkę przez respondenta (motywująca była tu chęć podobania się partnerce), co potwierdza znaczenie wyglądu dla młodych mężczyzn oraz ich motywację do dbania nie tyle o zdrowie, co wygląd.

Jak wynika z analizowanych wypowiedzi, młodzi rozmówcy mieli świadomość kulturowego wpływu na ich postawy zdrowotne, znaczenia procesu socjalizacji, tej pierwotnej w rodzinie, i wtórnej, związanej z wchodzeniem w nowe role społeczne i społeczne kręgi (ojcostwo, praca zawodowa, zainteresowania). Mówili o kształtowaniu świadomości zdrowotnej i internalizacji norm dotyczących troski o zdrowie przekazywanych im przez osoby z najbliższego otoczenia. Przy czym np. rodzice byli wskazywani jako przykład dbałości lub wręcz przeciwnie, niedbałości o zdrowie. Badani zwracali także uwagę na rolę edukacji w kształtowaniu ich postaw wobec zdrowia, wspominając np. o akcjach w szkole propagujących zdrowe odżywianie czy też dbanie o higienę jamy ustnej. Pojawiły się uwagi na temat roli mediów w kształtowaniu prozdrowotnych postaw, zmianie nawyków żywieniowych, kreowaniu mody na zdrowe odżywianie się. Niektórzy z respondentów przyznawali, że w swoich działaniach prozdrowotnych starają się korzystać z wiedzy eksperckiej, szukając informacji czy porad w przekazach medialnych, głównie w Internecie, gdzie mają dostęp do „opinii ludzi z podobnymi problemami" oraz „opinii ekspertów": „Nieraz coś tam widzę w coś w telewizji, Internecie, czy coś przeczytam w gazecie, a propos zdrowego żywienia się, zwłaszcza wtedy kiedy prowadziłem bardziej intensywny trening (MM_12_32).

Młodzi mężczyźni uczestniczący w badaniu wskazywali także, że wpływ na ich postawę wobec zdrowia miały doświadczenia związane z obserwowaniem i przeżywaniem chorób bliskich osób, członków rodziny. To wywołało u nich strach przed chorobą i związanymi z nią cierpieniem i ograniczeniami oraz uświadomiło im konieczność zadbania o zdrowie zawczasu:

> To się jeszcze bardziej wzięło po śmierci taty, który nie dbał za bardzo o zdrowie. Palił papierosy i zmarł w młody wieku 49 lat. To było spowodowane tym, że prowadził taki kanapowo-pilotowy tryb życia. Przychodził z pracy i nie było większej aktywności. [...] to był zawał związany zarówno z tym, że był otyły, palił papierosy i tej aktywności fizycznej nie było więcej niż tyle

> co w pracy. [...] po śmierci taty zacząłem bardziej zwracać na te krążeniowo -oddechowe, bo przedtem jakby tak nie (MM_12_32).

Zacytowana wypowiedź wskazuje, że młodzi badani traktowali przedstawicieli swojej płci ze starszego pokolenia jako antywzór w zakresie dbałości o zdrowie, którego nie chcieli powielać. Część z nich przyznawała, że tym, co skłoniło ich do zmiany stylu życia i zadbania o własną kondycję psychofizyczną, były złe wyniki badań lekarskich, wskazujące na problemy zdrowotne i ryzyko choroby:

> Miałem taki okres, że o dziwo w badaniach, może nie przekroczyłem normę, dużo, ale miałem tendencje do podwyższonego cukru. Jeżeli w młodym wieku, 30 lat mam już to znaczy, że mój styl życia, czyli mało aktywności fizycznej, niewłaściwa dieta, jakieś słodkie rzeczy, za dużo węglowodanów, pizzy, fast foodów, muszę coś z tym zrobić, bo wiadomo na co umrę, mając 50 czy 60 lat, będąc już tym starszym człowiekiem. Wziąłem się od razu do działania, teraz z pogardą patrzę na słodkie, [...], teraz się czuję młodziej (MM_10_31).

Już sam fakt poddania się badaniom profilaktycznym i przejęcia się ich wynikami wskazuje na pokoleniową zmianę w podejściu mężczyzn do własnego zdrowia. Badani nie zignorowali problemów zdrowotnych, lecz – co wydaje się odpowiadać kulturowemu ideałowi męskości – podeszli do nich zadaniowo, traktując jako wyzwanie. W przywołanej wypowiedzi daje się zaobserwować wspominane już, charakterystyczne dla młodych osób biorących udział w badaniu, poczucie indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie, przybierające w skrajnej formie obwinianie się za chorobę (Borowiec, Lignowska, Makowska 2009; Słońska 2010: 218; Słońska 2015: 108).

Wśród młodych uczestników badania znaleźli się jednak także mężczyźni wyrażający przekonanie o autodeterminizmie postaw wobec zdrowia – „odporności" na wpływ otoczenia społecznego. Np. jeden z respondentów zauważył, że mimo że w jego rodzinie przywiązywano wagę do zdrowia i dbałości o nie, on sam nie powiela tych wzorców. Co ciekawe, pojawia się tu stwierdzenie „może się taki urodziłem", które mogłoby wskazywać, że badany dostrzega tu wrodzony charakter swojej postawy wobec zdrowia, skoro okazał się odporny na wpływy społeczne. Inny podkreślał, że jego postawa wobec własnego zdrowia „sama się ukształtowała": „(Nie wpłynęli na nią – przyp. aut.) rodzice – nie, bracia – nie, środowisko – nie. Jedyne co, to może tylko to, że zajmuję się tymi chorobami cywilizacyjnymi i to może mieć jakąś przesłankę ku temu, że po prostu mam jakąś świadomość odnośnie cukrzycy typu drugiego, nowotworów i tych wszystkich rzeczy" (MM_5_26). Pojawiła się też uwaga, że to indywidualny system wartości i życiowych priorytetów oraz cechy osobowości, jak lenistwo, decydują o podejściu do zdrowia:

> Póki co jestem jeszcze młody i nie wydaję mi się, że zdrowie powinno być dla mnie sprawą pierwszorzędną. Wolę przeznaczyć wolną chwilę na inne rzeczy niż na chodzenie do lekarzy, na badania, czy też jakąś konkretniejszą profilaktykę. Również samo to, że mi się po prostu nie chce, po prostu z czystego lenistwa. No i to jest powodem mojego stosunku do zdrowia (MM_3_22).

Wypowiedzi uczestniczących w badaniu mężczyzn świadczą o trwałości patriarchalnych ideałów płci. Respondenci wskazywali na „męskie" obszary aktywności: pracę zawodową oraz aktywność fizyczną – sport jako kluczowe dla ich postaw wobec własnego zdrowia. Odwoływali się do stereotypowych męskich cech osobowości determinujących ich stosunek do kondycji psychofizycznej (racjonalizm, indywidualizm, niezależność). Potwierdzali trwałość wzoru mężczyzny zaniedbującego zdrowie czy nieprzywiązującego wagi do kwestii związanych, np. ze zdrowym odżywianiem. Zebrany materiał badawczy pokazuje jednak różnicę pokoleniową – jedynie młodzi badani krytycznie podchodzili do antyzdrowotnej postawy mężczyzn, krytykując np. zachowania swoich ojców czy jako wzór do naśladowania traktując przedstawicieli własnej płci ze swego otoczenia, prowadzących zdrowy tryb życia i w związku z tym bardzo sprawnych fizycznie (co utożsamiane jest przez mężczyzn ze zdrowiem). Oni także wiązali zdrowie z wyglądem, dostrzegając potrzebę dbania o oba te zasoby. Wśród badanych ze średniego i młodego pokolenia znalazły się osoby wskazujące realizowaną przez siebie rolę ojca jako warunkującą ich postawę wobec zdrowia, co upodabnia ich do kobiet, troszczących się o własną kondycję psychofizyczną ze względu na innych, nie na siebie samych. Rolę rodzicielską mężczyźni wiązali jednak często z rolą żywiciela rodziny, co koresponduje z patriarchalnym ideałem męskości. Z wypowiedzi uczestniczących w badaniu mężczyzn wynika, że także w ich przekonaniu (podobnie jak to zaobserwowano wśród respondentek) zdrowie i dbałość o nie jest domeną kobiet i zajmowanie się sprawami zdrowotnymi wpisane jest w kobiece społeczne role. Badani z każdej kategorii wiekowej zdawali się przyjmować za naturalne, że ich kondycja psychofizyczna jest przedmiotem troski matek, żon, babć, córek czy koleżanek.

Podsumowując, zarówno wypowiedzi uczestniczących w badaniu kobiet, jak i mężczyzn, świadczą o genderowych uwarunkowaniach ich postaw wobec swego zdrowia. A zatem postawienie hipotezy stwierdzającej, iż ludzie, uzasadniając swoje postawy wobec zdrowia, odwołują się m.in. do kulturowych koncepcji płci i wieku, bo w procesie socjalizacji przyswajają społeczne oczekiwania, dotyczące m.in. określonego stosunku do zdrowia oraz dbałości o nie, można uznać za uzasadnione. Wyjaśniając genezę postawy wobec własnego zdrowia, badani wskazywali albo na swoją płeć, albo na płeć socjalizujących ich osób jako znaczącą

dla kształtowania ich stosunku do zdrowia, odnosząc się do społecznych oczekiwań wobec kobiet i mężczyzn dotyczących ich wyglądu, cech osobowości czy ról społecznych (co odpowiada strukturze kulturowego modelu płci). Odwoływali się oni do patriarchalnych koncepcji płci. W przypadku odniesień do kobiecości wskazywano na takie jej aspekty jak m.in. rola matki (dbanie o zdrowie reprodukcyjne, dbanie o siebie w ciąży, dbanie o zdrowie „dla dzieci"), rola opiekunki i domowego lekarza, odpowiedzialność za obowiązki domowe, w tym żywienie rodziny, znaczenie wyglądu dla kobiety, która dba o higienę osobistą i sylwetkę, bo ma być szczupła i zadbana, co przy okazji ma pozytywne skutki dla zdrowia. Odwołania do patriarchalnego ideału męskości obejmowały m.in. wskazywanie pracy zawodowej jako kluczowej płaszczyzny aktywności mężczyzny (jeżeli dba on o zdrowie, to ze względu na pracę i rolę żywiciela rodziny), niezajmowanie się własnym zdrowiem, bo mężczyzna z definicji jest zdrowy i silny, a choroba jest oznaką słabości oraz „zlecanie" dbałości o jego kondycję psychofizyczną (w tym sposób odżywiania), członkom rodziny (płci żeńskiej) – matce, żonie, córce, wreszcie utożsamianie zdrowia ze sprawnością fizyczną i traktowanie sportu jako męskiej domeny.

Poza wyjaśnieniami odwołującymi się do kulturowych ideałów kobiecości i męskości, w wypowiedziach badanych dotyczących genezy ich postaw wobec zdrowia odnaleźć możemy także odwołania do patriarchalnego modelu stosunków władzy: męskiej dominacji i kobiecego podporządkowania. Przejawia się on w „usługowej" roli kobiet wobec mężczyzn w rodzinie w zakresie dbania o ich zdrowie, powiązanej z ogólną funkcją opiekuńczą kobiet. Choć mogłoby się wydawać, że odpowiedzialność za zdrowie członków rodziny może stanowić obszar władzy kobiet, to jednak nie one same o tym decydują (wynika to ze scenariusza kobiecych ról) i nie są w stanie nakłonić innych do przejęcia współodpowiedzialności, a zatem ich władza ma „charakter jedynie wykonawczy" (Duch-Krzystoszek 2007: 80). Podporządkowanie kobiet dostrzec można także w ich poczuciu, że muszą być zdrowe ze względu na możliwość pełnienia swoich ról rodzinnych. Ich dbałość o zdrowie nie wynika zatem z ich osobistych potrzeb, ale z konieczności wywiązania się ze społecznych zobowiązań, co stawia pod znakiem zapytania autonomię i niezależność kobiet. Ponadto przedstawicielki „płci pięknej" zdawały się wykazywać posłuszeństwem wobec socjalizujących je osób w zakresie dbałości o zdrowie (syndrom wzorowej uczennicy), internalizując przekazywane normy i przejawiając wyższą w porównaniu z mężczyznami świadomość zdrowotną. Wreszcie relacje władzy dostrzec można w wypowiedziach młodych respondentek dotyczących dbania o zdrowie ze względu na chęć bycia atrakcyjną. Nie chodzi tu bowiem o to, by po prostu dobrze

wyglądać, ale by sprostać oczekiwaniom i standardom atrakcyjności fizycznej formułowanym przez płeć mężczyzn.

Choć wypowiedzi badanych wyraźnie pokazują genderyzację postaw wobec zdrowia, to jednak respondenci dostrzegający różnice między postawami kobiet i mężczyzn, nie wiązali ich z funkcjonowaniem kulturowych koncepcji płci, przyjmując często te różnice niejako za „naturalne". Stwierdzenia, że kobiety czy mężczyźni „tak mają", np. że dbają czy nie dbają o zdrowie, nie były przejawem uświadomienia sobie, że płciowe zachowania są efektem kultury. Jako swoiste potwierdzenie zasadności przekonania o ich „naturze" traktowano obserwowane „dziedziczenie" z pokolenia na pokolenie pewnych ról czy zachowań, np. przejmowanie przez kolejne generacje kobiet w rodzinie roli domowego lekarza czy antyzdrowotne działania mężczyzn (unikanie lekarzy, stosowanie używek). Jak zauważa P. Bourdieu, brak świadomości genderowych uwarunkowań sposobów myślenia i zachowań czy niski poziom tej świadomości (nielicznych jednostek) sprzyja reprodukcji patriarchatu (Bourdieu 2004). Dostrzec tu można jednak różnicę pokoleniową – młode osoby uczestniczące w badaniu zdawały się uświadamiać sobie w największym stopniu społeczny wpływ na ich postawy wobec zdrowia, wskazując na różne czynniki ich zdrowotnej socjalizacji. Wśród przedstawicieli starszych pokoleń częściej zdarzały się jednostki „naturalizujące" te postawy, tj. ignorujące ich kulturowe uwarunkowania, przekonane, że „same z siebie" dbają bądź nie dbają o zdrowie. Młodzi krytycznie podchodzili do patriarchalnych wzorów płci realizowanych przez osoby z ich otoczenia (matka poświęcająca swoje zdrowie dla innych czy mężczyzna przedkładający pracę zawodową nad własne zdrowie), nie chcąc ich powielać. Można zatem uznać za zasadną także drugą część hipotezy odnoszącej się do pytania o wyjaśnienia postaw wobec zdrowia przez uczestników badania, zgodnie z którą to właśnie przede wszystkim młode osoby, świadome ograniczającego wpływu kultury na człowieka, będą kwestionować kulturowe koncepcje płci i podejmować próby ich modyfikacji. Osoby starsze będą przyjmować społeczne oczekiwania wobec kobiet i mężczyzn bezdyskusyjnie, postrzegając ich źródło w „naturze", zgodnie z patriarchalnym modelem społeczeństwa, w jakim zostały zsocjalizowane.