



KOBIETA ZDROWIE CIAŁO



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU ŚLĄSKIEGO
KATOWICE 2014

KOBIETA – ZDROWIE – CIAŁO

Perspektywa biopsychospołeczna



NR 3220

KOBIETA – ZDROWIE – CIAŁO

Perspektywa biopsychospołeczna

pod redakcją

Aliny Dworak, Kariny Leksy

Redaktor serii: Pedagogika
Katarzyna Krasoń

Recenzent
Magdalena Piorunek

Spis treści

Wstęp (<i>Alina Dworak, Karina Leksy</i>)	7
---	---

WIELOWYMIAROWOŚĆ KOBIECYCH DOŚWIADCZEŃ A ZDROWIE

<i>Karina Leksy</i> Kobieta wobec wyzwań życia codziennego – konsekwencje dla zdrowia	17
<i>Beata Glinkowska</i> Znaczenie środków masowego przekazu w kształtowaniu zachowań wobec ciała i zdrowia współczesnych kobiet i dziewcząt	32
<i>Alina Dworak</i> Zdrowie współczesnych kobiet – epidemiologia wybranych problemów zdrowotnych	43
<i>Marianna Dąbrowska-Wnuk</i> Biopsychospołeczne aspekty cyklicznej zmienności w obszarze realizowania przez kobiety funkcji prokreacyjnych na przykładzie zespołu napięcia przedmiesiączkowego	53

WYBRANE ASPEKTY ZDROWIA KOBIET STUDENCKIE PRZYCZYNNKI BADAWCZE

<i>Kamila Wojas</i> Tyrania szczupłego ciała a syndrom gotowości anorektycznej – obraz dziewcząt w adolescencji	75
<i>Agnieszka Wysocka</i> Postrzeganie swojego ciała przez kobiety niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim	89

<i>Dorota Gawlik</i> Rak piersi i szyjki macicy w świadomości zdrowotnej kobiet	99
<i>Ewa Witoszyńska</i> Uwarunkowania aktywności fizycznej studentek	111

PRAKTYKA SPOŁECZNO-EDUKACYJNA

<i>Alina Dworak</i> Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia jako nabywanie kompetencji zdrowotnych przez kobiety	125
<i>Karina Leksy</i> Rola rodziny w kształtowaniu prozdrowotnych postaw wobec własnego ciała i zdrowia dziewcząt	133
<i>Kornelia Wac, Ewa Tobor, Ewa Zawiślak, Jarosław Gibas</i> Edukacja zdrowotna kobiet w zakresie poprawy jakości życia w okresie menopauzy	146
<i>Jarosław Gibas, Ewa Tobor, Kornelia Wac</i> Budzenie świadomości relacji pomiędzy stylem życia a zdrowiem	159
Zakończenie	167
Nota o autorach	171

Wstęp

Bogactwo literatury odnoszącej się do różnych sfer życia i szeroko rozumianego funkcjonowania kobiet pokazuje, że różnice wyznaczane przez płeć są nadal istotne i obecne zarówno w sferze publicznej, kulturze popularnej, jak i w życiu prywatnym¹. Płeć stanowi bowiem podstawowy wymiar życia osobistego, relacji społecznych i kultury². To – jak pisze Raewyn Connell – „arena, na której w praktyce mierzymy się z poważnymi problemami dotyczącymi sprawiedliwości, tożsamości, a nawet przetrwania. Płeć jest również przedmiotem licznych uprzedzeń, mitów i zwykłych kłamstw”³. Co więcej, wiele problemów, z którymi przedstawicielki ruchów feministycznych i kobiety w ogóle borykają się od bardzo wielu lat – pozostaje wciąż aktualnych⁴. W znacznej mierze wynika to z faktu, że status kobiet jest często wyznaczany poprzez stereotypy związane z płcią. W większości kultur od mężczyzn oczekuje się, by pełnili rolę głównego żywiciela rodziny, od kobiet natomiast – by sprawowały opiekę nad dziećmi. Ponadto istnieją normy autoprezentacyjne związane z przekazywaniem innych wizerunków swojej osoby przez kobiety i mężczyzn. Różnice dotyczą również odmiennych oczekiwań wobec kobiet i mężczyzn, związanych z aktywnością zawodową, osiąganiem sukcesów⁵. Warto jednocześnie zauważyć, że – jak pisze Ewa Lisowska – „stereotypy płci są częściej niesprawiedliwe dla kobiet – przypisują im mniej cenione cechy, a w konsekwencji wpływają na utrwalanie podziału na męskie – ważniejsze i bardziej wartościowe oraz żeńskie – mniej

¹ A. PAŁĘCKA, H. SZCZODRY, M. WARAT: *Wprowadzenie*. W: *Kobiety w społeczeństwie polskim*. Red. EIDEM. Kraków 2011, s. 8.

² R. CONNELL: *Socjologia płci*. Tłum. O. SIARA. Warszawa 2013, s. 9.

³ Ibidem, s. 9.

⁴ A. PAŁĘCKA, H. SZCZODRY, M. WARAT: *Wprowadzenie*. W: *Kobiety w społeczeństwie polskim...*, s. 8.

⁵ M. NAWROT, A. GAWOR: *Kobiecość – kapitał czy bolączka współczesnej kobiety?* W: *Kobieta w przestrzeni wizualnej*. Red. A. BARSKA, K. BISKUPSKA. Opole 2012, s. 234.

wartościowe i mniej ważne”⁶. W szczególnie niekorzystnej, jak się wydaje, sytuacji są kobiety w Polsce, które z jednej strony pozostają pod znaczącym wpływem zachodniego systemu wartości (w tym również kultu ciała), z drugiej natomiast – pod zdecydowanym oddziaływaniem tradycyjnych i konserwatywnych idei⁷, których symbol nadal stanowi poświęcająca się Matka-Polka. Ponadto analizy feministyczne podkreślają, że kobiety często muszą nauczyć się żyć z „przeciążonymi ciałami”. Wynika to nie tylko z nadmiaru codziennych obowiązków i powinności względem rodziny czy pracodawcy, ale również z zadań, jakie wyznaczają sobie w kontekście pracy nad swoimi ciałami, czemu niejednokrotnie towarzyszy permanentny stres i kontrola wewnętrzna. Wszystko to nie może i zapewne nie pozostaje bez znaczenia dla szeroko rozumianego zdrowia współczesnej kobiety.

Biorąc pod uwagę fakt, że współczesne myślenie o zdrowiu wymaga rozpatrywania w trzech wymiarach: biologicznym, psychologicznym i społecznym (zgodnie z holistycznym modelem zdrowia⁸), a ponadto kierując się definicją Światowej Organizacji Zdrowia, zgodnie z którą zdrowie jest „stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagania”⁹, możliwości wieloaspektowego i wielowymiarowego spojrzenia na szeroko pojętą kondycję zdrowotną dzisiejszych kobiet wydają się ogromne. Sięgając natomiast do źródeł pedagogiki społecznej, a przede wszystkim myśli Heleny Radlińskiej podkreślającej potrzebę „wychowania dla spraw zdrowia”¹⁰, pedagogiczne spojrzenie na człowieka z punktu widzenia jego zdrowia, stanowiącego fundament, podstawę całonocnego rozwoju, z pewnością powinno znaleźć swoje miejsce w rozważaniach społeczno-pedagogicznych. Co więcej, uzasadnieniem podjęcia problematyki dotyczącej zdrowia i ciała kobiety jest bez wątpienia stanowisko szczególnie znaczącej przedstawicielki pedagogiki zdrowia, Ewy Syrek, pozwalającej rozpatrywać zjawiska związane ze zdrowiem i chorobą z perspektywy zachowań społecznych determinowanych nie tylko samym zdrowiem, ale również czynnikami kulturowymi, psychologicznymi i warunkami społecznymi. Dodatkowo, podejmując tematykę funkcjonowania kobiet, nie sposób uniknąć odwołania się do literatury feministycznej (zob. np. Ellyn Kaschack *Nowa psychologia kobiety*) czy literatury odnoszącej się do różnic płciowych (zob. np. Chris Shilling *Socjologia ciała*, Claire M. Renzetti, Daniel J. Curran *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*, Raewyn Connell *Socjologia płci*).

⁶ E. LISOWSKA: *Równouprawnienie kobiet i mężczyzn w społeczeństwie*. Warszawa 2008, s. 67.

⁷ A. PALĘCKA, H. SZCZODRY, M. WARAT: *Wprowadzenie*. W: *Kobiety w społeczeństwie polskim...*, s. 7.

⁸ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa 2008, s. 27.

⁹ *Ibidem*, s. 19.

¹⁰ E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa 2009, s. 17.

Warto również zwrócić uwagę, że o ile zagadnienia związane ze zdrowiem fizycznym kobiet są szeroko omawiane na gruncie nauk medycznych, to problematyka wielości zadań, przed którymi stoją współczesne kobiety, i wyzwań, które często same sobie stawiają, pozostając pod silnym wpływem trendów kulturowych, z jednoczesną próbą ukazania konsekwencji dla jakości ich życia, zdrowia i psychospołecznego funkcjonowania, wydaje się tematyką rzadko poruszaną na gruncie pedagogiki społecznej, w tym również pedagogiki zdrowia. Ponadto społeczno-kulturowe przeobrażenia wraz z szybko zmieniającymi się tendencjami, wyznaczającymi sposób życia współczesnego człowieka, w dużym stopniu determinują funkcjonowanie współczesnych kobiet, które w obliczu pojawiających się zadań, szeroko pojętych zagrożeń i problemów wypracowują i stosują wciąż nowe strategie i sposoby radzenia sobie, które nie zawsze sprzyjają ich rozwojowi i zdrowiu. Jednocześnie uświadomienie motywów podejmowanych przez kobiety zachowań i ich znaczenia dla codziennego funkcjonowania może przyczynić się do wypracowania strategii profilaktycznych, a w efekcie do podejmowania działań sprzyjających ich zdrowiu.

Mnogość ról społecznych, jakie często pełni i stara się pogodzić kobieta, jak również wymagania związane z wyglądem ciała i społecznym wizerunkiem wraz z potencjalnymi konsekwencjami zdrowotnymi sprawiają, że podjęta w opracowaniu problematyka jest prezentowana w sposób interdyscyplinarny, w oparciu o literaturę z zakresu medycyny, epidemiologii, psychologii, w tym psychologii społecznej, socjologii zdrowia i choroby oraz pedagogiki społecznej i pedagogiki zdrowia.

Praca składa się z trzech zasadniczych części. W części pierwszej znalazły się artykuły teoretyczne obrazujące wielowymiarowość kobiecych doświadczeń i oddziaływań, którym są one poddawane w kontekście zdrowia. Drugą część opracowania stanowią artykuły będące studenckimi przyczynkami badawczymi studentek specjalności pedagogika zdrowia na kierunku pedagogika Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Artykuły te zostały przygotowane na podstawie prac dyplomowych (licencjackich i magisterskich) i obejmują wybrane przez autorki aspekty zdrowia badanych dziewcząt i kobiet. Trzecia część pracy zawiera artykuły będące wskazówkami dla praktyki edukacyjnej i działań o charakterze społecznym, których motywem przewodnim jest nabywanie kompetencji zdrowotnych kobiet i dziewcząt.

Pierwszy artykuł niniejszego opracowania (*Kobieta wobec wyzwań życia codziennego – konsekwencje dla zdrowia*) dotyczy różnych aspektów życia kobiet i wielości podejmowanych przez nie ról wraz z potencjalnymi konsekwencjami zdrowotnymi wynikającymi z przeciążenia nadmiarem obowiązków. Autorka zwraca uwagę, że obok powinności rodzinnych i zawodowych, kobieta XXI wieku stoi przed koniecznością sprostania wymogom związanym z ciałem i zewnętrznym wizerunkiem, co również może przyczynić się do powstawania zaburzeń i problemów zdrowotnych.

Do problematyki wizerunku kobiecego ciała nawiązuje także drugi artykuł (*Znaczenie środków masowego przekazu w kształtowaniu zachowań wobec ciała i zdrowia współczesnych kobiet i dziewcząt*), w którym Beata Glinkowska wskazuje, że współczesna kultura masowa za pośrednictwem mediów kreuje najbardziej pożądany wizerunek kobiecego ciała. Według autorki w obliczu panującego kultu perfekcyjnego ciała kształtują się jednocześnie postawy wobec własnej osoby. Kobiety, porównując się do medialnych wzorców, w większości nie są zadowolone ze swojej wagi i wyglądu. Kompleksy, niskie poczucie własnej wartości, zaburzenia odżywiania – to tylko niektóre skutki braku zgodności między obrazem kreowanym przez media a rzeczywistością. Niniejszy artykuł obnaża kobiety z ich skłonności do podejmowania bezustannej walki z erozją i rozpadem ciała oraz z bezkrytycznego dążenia do ideału, jaki przekazuje telewizja, prasa czy reklama. Ponadto ukazuje podatność kobiet na wpływ mediów, które determinują ich sposób postrzegania i oceny własnej cielesności.

Z kolei Alina Dworak w artykule pt. *Zdrowie współczesnych kobiet – epidemiologia wybranych problemów zdrowotnych* przedstawia sytuację zdrowotną współczesnych kobiet. Chociaż, jak zauważa autorka, ogólny stan zdrowia kobiet od początku XIX wieku zdecydowanie się poprawił, to wraz z rozwojem cywilizacji, urbanizacji i technizacji życia pojawiły się nowe choroby, z którymi współczesna medycyna nie potrafi sobie poradzić. Artykuł przybliży sytuację zdrowotną współczesnej polskiej kobiety z uwzględnieniem wieku, aktywności zawodowej czy stylu życia, równocześnie zwracając uwagę na konieczność podejmowania wszechstronnych działań prozdrowotnych, których celem jest poprawa jakości życia współczesnej kobiety.

W ostatnim artykule pierwszej części opracowania (*Biopsychospołeczne aspekty cyklicznej zmienności w obszarze realizowania przez kobiety funkcji prokreacyjnych na przykładzie zespołu napięcia przedmiesiączkowego*) Marianna Dąbrowska-Wnuk tłumaczy, w jaki sposób zespół napięcia przedmiesiączkowego (ZNPM; ang. *premenstrual syndrome* PMS) determinuje powszechnie obserwowaną zmienność nastroju i dolegliwości fizyczne kobiet. Cykliczne zmiany nastroju, zwłaszcza gdy ich nasilenie jest duże, a możliwości kontroli ograniczone, mogą stanowić poważny problem zarówno z punktu widzenia interesu społecznego, jak i życia osobistego kobiety. ZNPM uwarunkowany jest polietologicznie. W genezie tego zaburzenia uwzględnia się wzajemne oddziaływania biologii (głównie hormonów), czynników psychicznych i kontekstu społecznego. Coraz częściej zwraca się uwagę na znaczenie etykietowania, na co wskazują wyniki badań retrospektywnych. ZNPM jest powszechnym problemem, który zasługuje na zrozumienie i opracowanie skutecznego systemu pomocy zarówno na poziomie profilaktycznym, jak i terapeutycznym.

Drugą część opracowania rozpoczyna tekst Kamili Wojas, która w artykule pt. *Tyrania szczupłego ciała a syndrom gotowości anorektycznej – obraz dziewcząt w adolescencji* przekonuje, że aktualnie dla młodych, dorastających dziewcząt

szczupłe ciało staje się niejednokrotnie nadrzędnym celem życia. Dążenie młodych kobiet do perfekcyjnego wyglądu jest często przyczyną niezadowolenia, rozgoryczenia, frustracji, zaburzeń odżywiania, jak również sięgania po środki odchudzające czy przeczyszczające w coraz młodszym wieku. Wynika to z faktu, że szczupłość utożsamiana jest z osiągnięciem sukcesów, powodzeniem u płci przeciwnej, pewnością siebie, a nawet szczęściem. Zatem pragnienie idealnego ciała nie jest już tylko domeną aktorek, modelek czy celebrytów, ale coraz częściej dotyczy dzieci i młodzieży. Przeprowadzone badania ukazują, jak wiele młodych dziewcząt nie akceptuje siebie, jak bardzo pragną zmiany swojego wyglądu oraz jakie ponoszą konsekwencje „tyranii szczupłego ciała”.

Tematyka związana z wizerunkiem kobiecego ciała najczęściej rozpatrywana jest w odniesieniu do kobiet w normie intelektualnej. Natomiast Agnieszka Wysocka w tekście pt. *Postrzeganie swojego ciała przez kobiety niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim* przeprowadza analizę sposobu postrzegania własnego ciała przez badane kobiety niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim. Z przeprowadzonych przez autorkę badań wynika, że kobiety te także ulegają obowiązującym standardom, związanym z atrakcyjnością fizyczną. Krytycznie ustosunkowują się do niedoskonałości swojego ciała oraz podejmują działania w celu osiągnięcia szczuplejszej sylwetki. Niestety, częste występowanie chorób współistniejących z niepełnosprawnością intelektualną powoduje większe trudności w sprostitaniu wymogom społecznie przyjętego wizerunku piękna.

Nie ulega wątpliwości, że wśród kobiet w krajach wysoko rozwiniętych ogromne żniwo zbiera rak sutka i szyjki macicy. Tematykę tę podejmuje Dorota Gawlik w kolejnym artykule, pt. *Rak piersi i szyjki macicy w świadomości zdrowotnej kobiet*. W części teoretycznej przytoczone zostały niepokojące dane epidemiologiczne oraz najważniejsze czynniki ryzyka tych chorób, konsekwencje zdrowotne i społeczne. Dalszą część artykułu stanowi przeprowadzona przez autorkę diagnoza świadomości zdrowotnej mieszkanek Rudy Śląskiej w zakresie choroby nowotworowej piersi i szyjki macicy oraz podejmowanych przez respondentki zachowań prewencyjnych.

Ostatni artykuł drugiej części opracowania, pt. *Uwarunkowania aktywności fizycznej studentek*, dotyczy jednego z niezwykle ważnych zachowań z punktu widzenia zdrowia i profilaktyki chorób, jakim jest regularna aktywność fizyczna. Ewa Witoszyńska badaniami w tym zakresie objęła studentki, jako grupę, którą często charakteryzuje specyficzny styl życia, wynikający na przykład ze zmiany miejsca zamieszkania i usamodzielnienia się, podjęcia nowych obowiązków czy pierwszej pracy. Zmiana środowiska życia powoduje niejednokrotnie, że młoda kobieta narażona jest na ogromną presję, związaną z wieloma nowymi obowiązkami, ale także z wymogami dotyczącymi preferowanego społecznie wyglądu i zachowania, co może zaburzać podejmowanie przez nią działań prozdrowotnych. Przeprowadzone badania pokazały, że pomimo posiadanej przez studentki wiedzy w tym zakresie podejmują one szereg zachowań antyzdrowotnych, takich

jak: niewłaściwa dieta, niewłaściwa higiena snu, stosowanie używek czy brak regularności podejmowanej aktywności ruchowej.

Trzecią część opracowania rozpoczyna artykuł Aliny Dworak, pt. *Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia jako nabywanie kompetencji zdrowotnych przez kobiety*. Autorka przedstawia, w jaki sposób edukacja zdrowotna i promocja zdrowia sprzyjają nabywaniu kompetencji zdrowotnych kobiet i dziewcząt. W jej opinii jedną z powszechnie pożądaną wartości w dzisiejszych czasach jest zdrowie. Aby je osiągnąć, czyli odczuwać dobre samopoczucie biologiczne, psychiczne i społeczne, należy – jak podaje Barbara Woynarowska – wiedzieć, rozumieć, umieć i chcieć to zrobić. Takie możliwości zapewnia systematyczna, szeroko pojęta edukacja zdrowotna, będąca jednocześnie elementem promocji zdrowia. Jej realizacja jest dziś podstawowym warunkiem osiągnięcia jak najwyższego poziomu fizycznego i psychospołecznego dobrostanu kobiet.

Oprócz edukacji zdrowotnej, realizowanej w obszarze działań instytucjonalnych, niezwykle ważną rolę w tym zakresie odgrywa rodzina, o czym stara się przekonać Karina Leksy w artykule pt. *Rola rodziny w kształtowaniu prozdrowotnych postaw wobec własnego ciała i zdrowia dziewcząt*. Ze względu na to, że zwykle rodzice stanowią podstawowy element procesu socjalizacji, a jednocześnie ich kompetencje w zakresie edukacji zdrowotnej mogą być bardzo zróżnicowane, autorka podkreśla znaczenie rodzicielskich postaw i zachowań w procesie kształtowania zdrowia swoich dzieci oraz wskazuje działania, które temu procesowi sprzyjają bądź też tworzą barierę w osiągnięciu kompetencji zdrowotnych swego potomstwa. Ponadto autorka zwraca uwagę na udział rodziców w budowaniu wizerunku ciała młodego człowieka, bowiem współcześnie jest to niebywale istotny wyznacznik zachowań zdrowotnych.

Niezwykle ważną kwestię podejmuje artykuł pt. *Edukacja zdrowotna kobiet w zakresie poprawy jakości życia w okresie menopauzy* autorstwa Kornelii Wac, Ewy Tobor, Ewy Zawisłak i Jarosława Gibasa. Autorzy analizują problemy i dolegliwości kobiet w okresie menopauzy, podkreślając znaczenie edukacji zdrowotnej realizowanej przez położne, pielęgniarki środowiskowe czy edukatorów/promotorów zdrowia. Rzetelna informacja w zakresie specyfiki i zagrożeń, jakie niesie ze sobą ten okres w życiu kobiety, oraz sposób radzenia sobie z dolegliwościami stanowią element decydujący o podejmowanych przez kobiety działaniach, zachowaniach i zmianach sprzyjających zdrowiu i lepszej jakości życia. Artykuł ten uświadamia również, jak bardzo edukacja zdrowotna jest potrzebna w społeczeństwie, a zarazem jak bardzo jest niedoceniana i zaniedbywana.

Z kolei Jarosław Gibas, Ewa Tobor i Kornelia Wac w artykule pt. *Budzenie świadomości relacji pomiędzy stylem życia a zdrowiem* wskazują, jak ważna jest edukacja zdrowotna prowadzona od najwcześniejszych lat życia, w szczególności w zakresie zasad zdrowego odżywiania oraz optymalnego poziomu aktywności fizycznej. Okazuje się bowiem, że nieprawidłowe nawyki żywieniowe oraz niski poziom aktywności ruchowej u młodzieży, przede wszystkim u dziewcząt,

wywołują szereg niekorzystnych zmian w organizmie, zwiększając podatność na choroby, często jednak w późniejszym okresie życia. Efekt tego „skutku odroczonego” jest szczególnie niebezpieczny, ponieważ nie rodzi potrzeby natychmiastowej reakcji oraz korekty nawyków. Ogromną rolę w budowaniu świadomości zdrowotnej i motywowaniu wychowanków do zachowań zgodnych z zasadami zdrowego stylu życia powinni odgrywać nauczyciele/wychowawcy.

*

Składamy serdeczne podziękowania recenzentowi – Pani Profesor Magdalenie Piorunek za cenne sugestie i opinie dotyczące niniejszego opracowania. Dziękujemy również Pani Profesor Ewie Syrek za okazaną nam życzliwość, wsparcie i atmosferę sprzyjającą pracy naukowo-badawczej.

Alina Dworak, Karina Leksy

**WIELOWYMIAROWOŚĆ
KOBIECYCH DOŚWIADCZEŃ
A ZDROWIE**

Kobieta wobec wyzwań życia codziennego – konsekwencje dla zdrowia

Karina Leksy

Obok biologicznych uwarunkowań zdrowotnych – do których zalicza się różnice anatomiczne i fizjologiczne predestynujące organizm do określonych funkcji prokreacyjnych, a z których wynikają pewne odrębne potencjalne zagrożenia dla zdrowia – należy dodać społeczne oraz kulturowe uwarunkowania, które wspólnie nakreślają profile zdrowia i choroby kobiet i mężczyzn. Są to: panujące stereotypy, kwestia ich zakorzenienia, reprodukcji, charakter uporządkowania społecznego, poziom rozwoju społeczno-ekonomicznego, a przede wszystkim usytuowanie w siatce społecznych nierówności warunków, jak również wynikające z nich oraz możliwe do zrealizowania życiowe scenariusze, na które składają się pełnione role społeczne, zawodowe, rodzinne, stan cywilny, pozycja na rynku pracy, zasoby materialne czy warunki zamieszkania¹. Zdaniem Eugenii Mandal „stereotypy związane z płcią wpływają na zdrowie somatyczne i psychiczne kobiet i mężczyzn. Uruchamiając w podmiocie silną potrzebę idealnego dopasowania się do nich, jednocześnie stają się dlań idealnymi standardami zdrowia”². Jednocześnie – jak zauważają Mirosława Cyłkowska-Nowak i Martyna Plucińska – zmiany społeczne i kulturowe, jakie miały miejsce pod koniec XX i na początku XXI wieku w Polsce, przyczyniają się do „zbliżania się” wartości wybranych wskaźników zdrowia kobiet i mężczyzn. Znacznie częściej jest to jednak związane z pogarszaniem się wybranych elementów statusu zdrowotnego Polek³. Warto w tym miejscu podkreślić, że poza nowymi wzorami życia ko-

¹ M. CYŁKOWSKA-NOWAK, M. PLUCIŃSKA: *Zdrowie kobiet i mężczyzn – wybrane aspekty społeczne i medyczne*. „Nowiny Lekarskie” 2010, 79, 1, s. 5.

² E. MANDAL: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice 2004, s. 73.

³ Na przykład: wskaźniki zgonów kobiet na choroby układu krążenia oraz nowotwory złośliwe są zbliżone do tych reprezentowanych przez mężczyzn; następuje wzrost odsetka kobiet uzależnionych od alkoholu oraz zmiana „stylu picia”; spada odsetek dziewcząt, które nigdy nie paliły; zwiększeniu ulega rozpowszechnienie przyjmowania substancji psychoaktywnych wśród dziewcząt oraz następuje gwałtowny wzrost uzależnionych w grupie najmłodszych kobiet; nie-

biet i mężczyzn w polskiej rzeczywistości utrzymują się dawne, tradycyjne role kobiece i męskie. Trajektoria życia, jego długość i jakość, dobrostan fizyczny, społeczny i psychiczny człowieka pozostaje w znaczącym stopniu zależny od posiadanej płci, przypisanych jej stereotypów, usytuowania w siatce społecznych norm i nierówności oraz od przyjmowania, realizacji, sposobu wchodzenia oraz manipulowania rolami społecznymi⁴.

Jak zauważa Bogusława Lachowska, zagadnienie harmonizowania aktywności w różnych sferach życia wydaje się szczególnie ważne w związku z dokonującymi się przemianami gospodarczymi, społecznymi i kulturowymi, charakterystycznymi dla epoki postindustrialnej. W wyniku tych przemian istotnie wzrasta liczba osób zaangażowanych w codzienne negocjacje związane z pełnieniem obowiązków w różnych sferach życia. Zjawiskami społecznymi – pisze cytowana autorka – w świetle których zainteresowanie zagadnieniem posiadania wielorakich ról społecznych staje się bardzo ważne, są: wzrost wskaźnika kobiet aktywnych zawodowo, wzrost liczby rodzin z dziećmi na utrzymaniu, w których oboje małżonkowie są aktywni zawodowo, powiększanie się liczby rodzin z jednym rodzicem oraz rodzin sprawujących opiekę nad osobą w podeszłym wieku, przemiany w rolach społecznych kobiet i mężczyzn wiążące się z odchodzeniem od tradycyjnego podziału obowiązków związanych z płcią⁵. Można również zaobserwować wzrost oczekiwań społecznych zarówno wobec kobiet, jak i mężczyzn, a także wzrost indywidualnych aspiracji w odniesieniu do pełnionych ról rodzinnych i zawodowych⁶. Jednocześnie proporcja i treść wymagań kierowanych pod adresem kobiet i mężczyzn są zdecydowanie odmienne. Jak pisze Anna Titkow, tendencję tę wyraźnie pokazuje analiza lansowanego obecnie w prasie, ale dobrze osadzonego w polskiej tradycji wzoru „super-kobiety”. W jego ramach od kobiet wymaga się atrakcyjnego wyglądu i „seksowności”, zadbania o partnera, rozumienia jego słabości i potrzeb oraz własnej samorealizacji przez harmonijne realizowanie ról rodzinnych i zawodowych⁷. Bez wątplenia sytuację, pozycję, pełnione role i wizerunek kobiet w Polsce w znacznym stopniu wyznacza współdziałanie historii, kultury, przemian gospodarczych, dzięki którym kobiety ukształtowały swoją, obudowaną wokół wzoru Matki-Polki tożsamość „super-kobiety”⁸. Trudne warunki życia dopro-

zmiennie na zaburzenia odżywiania cierpią głównie kobiety i one częściej przebywają w placówkach opieki długoterminowej. Podano za: M. CYLKOWSKA-NOWAK, M. PLUCIŃSKA: *Zdrowie kobiet i mężczyzn...*, s. 16.

⁴ Ibidem, s. 15.

⁵ B. LACHOWSKA: *Praca i rodzina. Konflikt czy synergia?* Lublin 2012, s. 10.

⁶ M. PERRY-JENKINS, R.L. REPETTI, A.C. CROUTER: *Work and Family in the 1990s*. „Journal of Marriage and the Family” 2000, 62 (4), s. 981–998. Podano za: B. LACHOWSKA: *Praca i rodzina...*, s. 10.

⁷ A. TITKOW: *Tożsamość polskich kobiet. Ciągłość, zmiana, konteksty*. Warszawa 2007, s. 177.

⁸ A. Titkow podkreśla, że miało to nie tylko jednoznacznie negatywne konsekwencje. Ibidem, s. 63–70.

wadziły do powstania specjalnej odmiany matriarchatu (charakterystycznej dla komunistycznych i postkomunistycznych krajów Europy Wschodniej), w którym obciążona siatkami, często odczuwająca brak snu, strasznie zmęczona kobieta ma równocześnie uzasadnione poczucie bycia niezastąpionym menedżerem życia rodzinnego, wywiązującym się z obowiązków i zadań, które mogłyby stanowić obciążenie dla kilku osób⁹. Taki wizerunek kobiety jest współcześnie wzmacniany w świadomości społecznej poprzez reklamy komercyjne. Jak uważa Ewa Lisowska, „najczęściej obecna w polskiej reklamie kobieta rodzinna to obraz kobiety z siatkami pełnymi zakupów, piorącej ubrania dzieci lub męża, przyrządzającej posiłki, martwiącej się o budżet domowy i o to, żeby najtaniej zrobić zakupy. Ten wizerunek zawsze kojarzony jest z obrazem kobiety w gronie męża i gromadki dzieci”¹⁰.

Analizując role społeczne kobiet i mężczyzn, nietrudno zaobserwować różnice pomiędzy tymi, które przypisuje się obu płciom. I tak kobiety w porównaniu z mężczyznami:

- borykają się z większą ilością obowiązków;
- częściej zajmują się domem i dziećmi;
- częściej łączą różnorodne role (np. matki, szefa, podwładnego itp.);
- częściej rezygnują okresowo z pracy, aby zająć się rodziną;
- częściej wkraczają w dziedziny uznawane za typowo męskie (niż mężczyźni w kobiece)¹¹.

Chociaż uważa się, że posiadanie wielorakich ról jest pożądane dla dobrostanu jednostki, to wyniki badań naukowych nie są w tej kwestii jednoznaczne, a pytanie, czy posiadanie wielorakich ról jest zasobem czy obciążeniem, nie jest rozstrzygnięte¹². Warto zauważyć, że większość badań dotyczących związków między posiadaniem wielorakich ról a dobrostanem ogranicza się do grupy kobiet. Jak podaje Mikael Nordenmark, w wielu badaniach stwierdzono, że łącznie obowiązków zawodowych i rodzinnych jest źródłem nadmiernych wymagań, z którymi jednostka nie jest w stanie sobie poradzić, co prowadzi do przeciążenia rolą, doświadczania stresu i wypalenia¹³. Stwierdzono również, iż posiadanie wielorakich ról powoduje czasami, że życie ludzi staje się zbyt złożone, a pogodzenie wymagań zbyt trudne. Zdarza się zwłaszcza wśród pracujących matek, że własne życie doświadczane jest przez nie jako burzliwe, niespokojne, z trudnymi

⁹ Ibidem, s. 65.

¹⁰ E. LISOWSKA: *Równouprawnienie kobiet i mężczyzn w społeczeństwie*. Warszawa 2008, s. 91.

¹¹ K. SITNIK: *Psychologia kobiety*. W: *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Red. A. TRZCIENIECKA-GREEN. Kraków 2006, s. 276.

¹² B. LACHOWSKA: *Praca i rodzina...*, s. 16.

¹³ M. NORDENMARK: *Multiple Social Roles and Well-Being: A Longitudinal Test of the Role Stress Theory and the Role Expansion Theory*. „Acta Sociologica” 2004, 47 (2), s. 115–126. Podano za: B. LACHOWSKA: *Praca i rodzina...*, s. 31.

do pogodzenia wymaganiami zawodowymi i rodzinnymi, jako bycie „w kieracie”. Z kolei długotrwałe napięcia tego typu prowadzą do stresu i chorób¹⁴. Przykładowo Christina J. Chrouser Ahrens i Carol D. Ryff¹⁵ przytaczają wyniki wielu badań, w których stwierdzono związek między pełnieniem wielorakich ról a negatywnymi rezultatami, takimi jak depresja i dystres oraz wskaźnikami złego stanu zdrowia.

Stereotypowe role i cechy kobiece definiują kobietę jako odpowiedzialną za opiekę i wychowanie dzieci, wspieranie emocjonalne członków rodziny czy prowadzenie gospodarstwa domowego¹⁶. Nic więc dziwnego, że w polskich gospodarstwach domowych, niezależnie od modelu życia małżeńsko-rodzinnego, osobą odpowiedzialną za prowadzenie domu jest częściej kobieta. Domeną kobiet, mimo wzrostu liczby zwolenników modelu partnerskiego w Polsce, wciąż pozostają takie czynności jak: przygotowywanie posiłków, przetworów oraz wypieków, codzienne (zmywanie naczyń, odkurzanie, ścieranie kurzu), jak również gruntowne porządki (mycie okien, pranie dywanów, odmrażanie lodówki), dbanie o odzież (pranie, prasowanie), codzienne zakupy. Warto zauważyć, że działania kobiet częściej bezpośrednio wiążą się z utrzymaniem potencjału zdrowia rodziny, a także należą do czynności wykonywanych niemalże codziennie¹⁷. Co więcej, większość czynności domowych jest wykonywana przez kobiety niezależnie od tego, czy pracują one zarobkowo poza domem, czy też nie pracują, podczas gdy mężowie nie zwiększają w sposób istotny swojego udziału w wykonywaniu prac domowych nawet wtedy, gdy są bez pracy lub pracują w mniejszym wymiarze czasu¹⁸. Jak zauważają Anna Titkow, Danuta Duch-Krzystoszek i Bogusława Budrowska¹⁹, nieodpłatna praca kobiet w gospodarstwie domowym jest normą kulturową o uniwersalnym, głęboko zinternalizowanym sposobie funkcjonowania²⁰. Dodatkowo to częściej kobiety sprawują opiekę nad dziećmi, osobami starszymi oraz niepełnosprawnymi²¹, co również może stanowić znaczące obciążenie dla ich fizycznego i psychospołecznego dobrostanu. Potwierdzają to badania Moniki Zysnarskiej

¹⁴ Ibidem, s. 31.

¹⁵ CH.J. CHROUSER AHRENS, C.D. RYFF: *Multiple Roles and Well-Being: Sociodemographic and Psychological Moderators*. „Sex Roles” 2006, 55, s. 801–815. Podano za: B. LACHOWSKA: *Praca i rodzina...*, s. 31.

¹⁶ S. KRÓLIKOWSKA: *Rola stereotypów płci w kształtowaniu postaw kobiet i mężczyzn wobec zdrowia*. „Nowiny Lekarskie” 2011, 80, 5, s. 391.

¹⁷ Zob. też: D. DUCH: *O władzy w rodzinie. Prace w domu a równość związku*. W: *Kobiety w Polsce na przełomie wieków. Nowy kontrakt płci?* Red. M. FUSZARA. Warszawa 2001, s. 125–146; Por.: F. ADAMSKI: *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków 2002, rozdz. VIII. 5.

¹⁸ A. TITKOW, D. DUCH-KRZYSTOSZEK, B. BUDROWSKA: *Nieodpłatna praca kobiet. Mity, realia, perspektywy*. Warszawa 2004, s. 115–126.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Ibidem.

²¹ Ibidem.

i in.²², zgodnie z którymi opiekę nad osobami przewlekle chorymi sprawują głównie kobiety. Podkreślały one związek między zmęczeniem, będącym wypadkową przeciążenia pracą, a pojawieniem się dolegliwości o charakterze somatycznym. Wśród wymienianych problemów zdrowotnych najczęściej występowały bóle głowy, kręgosłupa i stawów. Ponadto rola opiekuna osoby przewlekle chorej wiąże się z ciągłym narażeniem na sytuacje generujące szczególne emocje, lęk, a nawet – w przedłużającym się okresie czasu – przygnębienie i depresję. Jak podkreślają autorzy przytaczanych badań, przewlekle zmęczenie i stres oraz ich negatywny wpływ na funkcjonowanie organizmu często należą do czynników ignorowanych. Trudno jednak nie dostrzec powiązań między dolegliwościami bólowymi, tendencjami lękowymi, depresyjnymi oraz deficytem w kontaktach towarzyskich związanych z realizowaną rolą.

Jak wspomniano już wcześniej, kobiety zwykle w większym stopniu aniżeli mężczyźni są zaangażowane w opiekę nad dziećmi. Chociaż większość mężczyzn w dzisiejszych czasach jest obecna przy porodzie swoich dzieci, to jednocześnie w znacząco mniejszym stopniu niż kobiety podejmują oni czynności związane z podstawową opieką nad dzieckiem²³. Na kobietach natomiast spoczywa odpowiedzialność za wszystkie sprawy związane z dzieckiem: od pilnowania i wykonywania czynności pielęgnacyjnych, przez odprowadzanie do przedszkola lub szkoły, do kontaktów z lekarzem, wychowawcą²⁴. Warto zwrócić uwagę, że matki, nawet jeśli pracują na pełnym etacie, wykonują większość czynności w obrębie podstawowej opieki nad dziećmi, a ponadto najczęściej jeszcze zajmują się prowadzeniem domu. Badania dowodzą, że ten wzór jest stosowany konsekwentnie zarówno w domach egalitarnych, jak i tradycyjnych²⁵. Nawet w domach, w których mężowie twierdzą, że dzielą się z żonami obowiązkami w równym stopniu, obserwacje ich zachowań i wypowiedzi zaprzeczają temu. Żony zwykle muszą prosić ich o pomoc i szczegółowo wyjaśniać, co mają zrobić²⁶. A zatem kobiety nie tylko są obciążone codziennymi obowiązkami związanymi z funkcjonowaniem gospodarstwa domowego, ale także dbaniem o to, aby dziecko było czyste, nakarmione, zdrowe, aby miało odrobione lekcje i dobre oceny w szkole²⁷. Co

²² M. ZYSNARSKA, I. WOJNICZ-MICHERA, M. TABOROWSKA, P. KOŁECKI, T. MAKSMIUK: *Kobieta – opiekun osoby przewlekle chorej – wyznaczniki przeciążenia*. „Nowiny Lekarskie” 2010, 79, 5, s. 386–391.

²³ F.M. DEUTSCH: *Having It All: How Equally Shared Parenting Works*. Cambridge 1999. Podano za: C.M. RENZETTI, D.J. CURRAN: *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*. Tłum. A. GROMKOWSKA-MELOSİK. Warszawa 2005, s. 264.

²⁴ E. LISOWSKA: *Równouprawnienie kobiet i mężczyzn...*, s. 118.

²⁵ F.M. DEUTSCH: *Having It All...* Podano za: C.M. RENZETTI, D.J. CURRAN: *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo...*, s. 264.

²⁶ S. WALZER: *Thinking about the Baby: Gender and Divisions of Infant Care*. „Social Problems” 1996, 43. Podano za: C.M. RENZETTI, D.J. CURRAN: *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo...*, s. 264–265.

²⁷ E. LISOWSKA: *Równouprawnienie kobiet i mężczyzn...*, s. 118.

więcej, poza wykonywaniem większości prac związanych z podstawową opieką nad dzieckiem, wykonują także więcej „pracy umysłowej” – martwią się, poszukują porad i informacji – co jest częścią wychowania dzieci²⁸.

W kontekście prowadzonych analiz nie bez znaczenia pozostaje fakt, że zwiększyła się liczba młodych Polek na rynku pracy. Kobiety zaczynają obejmować zawody, stanowiska, profesjonalne role zarezerwowane dotychczas wyłącznie dla mężczyzn lub przez nich zdominowane. Wiele Polek rezygnuje z pracy najemnej na rzecz samodzielnej działalności gospodarczej, samozatrudnienia oraz zatrudniania innych. Ich zaangażowanie w pracę zawodową wpływa na relacje z mężczyznami oraz funkcjonowanie polskich rodzin. Obowiązki rodzinne nadmiernie obciążają pracujące Polki lub są dzielone między rodziców i dzieci²⁹.

Niezwykle interesujące badania dotyczące funkcjonowania kobiet i mężczyzn w rolach rodzinnych i zawodowych przeprowadziła Bogusława Lachowska, która stwierdziła, że badane kobiety przejawiają istotnie większe niż mężczyźni zaangażowanie w role rodzinne, natomiast mężczyźni – w role zawodowe. Zgodnie z tradycyjnym podziałem ról społecznych ze względu na płeć jest również to, że kobiety w obszarze rodziny napotykały większe niż mężczyźni wymagania i obciążenia: mają większy niż mężczyźni zakres obowiązków i odpowiedzialności oraz doświadczają większego niż mężczyźni przeciążenia roli rodzinnej, znacznie częściej mają też poczucie, że nie są w stanie spełnić wymagań związanych z rolą rodzinną w posiadanym do ich dyspozycji czasie i za pomocą posiadanych środków bez obniżenia jakości wykonania, co może być związane z trudnością zadania, ograniczeniami czasowymi i wzmożoną odpowiedzialnością³⁰. Wśród najważniejszych obszarów aktywności kobiet w rodzinie znajduje się sprawowanie opieki nad dziećmi oraz prowadzenie gospodarstwa domowego. W każdym z tych obszarów ich zaangażowanie jest większe niż zaangażowanie mężczyzn, ale szczególnie duże w obszarze związanym z prowadzeniem gospodarstwa domowego, gdzie 3/4 badanych osób (zarówno kobiet, jak i mężczyzn) podaje, iż w ich rodzinie prace te stanowią domenę aktywności głównie lub wyłącznie kobiet³¹.

Zgodnie z literaturą przedmiotu tendencja ta nie dotyczy jedynie kobiet w Polsce, ale wydaje się mieć zasięg globalny. Jak podają Claire M. Renzetti i Daniel J. Curran, rezultaty badań nad wykonywaniem prac domowych pokazują zgodnie, że żony poświęcają im więcej czasu niż mężowie³². Jedną z opublikowanych analiz ponad 200 naukowych artykułów i książek na ten temat dowodzi, że choć kobiety zredukowały, a mężczyźni nieznacznie podwyższyli swój godzinny udział w rutynowych obowiązkach domowych, kobiety wciąż wykonują przynajmniej

²⁸ S. WALZER: *Thinking about the Baby...* Podano za: C.M. RENZETTI, D.J. CURRAN: *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo...*, s. 264–265.

²⁹ M. CYLKOWSKA-NOWAK, M. PLUCIŃSKA: *Zdrowie kobiet i mężczyzn...*, s. 14–15.

³⁰ B. LACHOWSKA: *Praca i rodzina...*, s. 135–151.

³¹ *Ibidem*, s. 139–150.

³² C.M. RENZETTI, D.J. CURRAN: *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo...*, s. 261.

dwa razy więcej prac domowych niż mężczyźni³³. Większość zamężnych kobiet, podobnie jak ich partnerzy, jest zatrudniona poza domem i choć mężowie w rodzinach o podwójnym dochodzie przeznaczają więcej czasu na prace domowe niż mężczyźni, którzy są wyłącznymi żywicielami rodziny, wciąż wykonują oni mniej prac niż ich żony. Co więcej, nawet wśród par o podwójnym dochodzie powszechnie podzielane jest przekonanie (zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn), że prace domowe są przede wszystkim „zajęciem kobiet” bez względu na inne obowiązki, jakie one mają³⁴. W konsekwencji pracujące zawodowo żony kończą na pracy, którą socjolog Arlie Hochschild nazywa „drugą zmianą”: pracują zarobkowo przez część dnia, a następnie przychodzą do domu i wykonują kolejną, choć niepłatną pracę. Bez wątplenia praca na „drugą zmianę” oznacza dla kobiet mniej czasu wolnego i – niezależnie od postępu technicznego i współczesnych udogodnień – wciąż jest męcząca i pochłaniająca czas³⁵. Kobiety muszą także zrównoważyć obowiązki związane z domem i pracą zawodową w taki sposób, jakiego nie wymaga się od większości mężczyzn. Względna wolność od prac domowych pozwala im na wykonywanie obowiązków zawodowych, podczas gdy żony/partnerki mogą napotkać ograniczenia w swoich obowiązkach zawodowych spowodowane pracami domowymi³⁶. Ponadto pracujące zawodowo kobiety doświadczają więcej konfliktów na linii praca-rodzina i więcej stresów³⁷. Reasumując dotychczasowe rozważania, trudno nie przytoczyć obrazowego przykładu³⁸ z życia typowej – jak się wydaje – współczesnej kobiety: matki, żony, pracownicy: „Joanna wraca z pracy, po drodze odbiera córkę z przedszkola i pędzi do domu. Ostatkiem sił robi jeszcze obiad, a potem siada zmęczona przed telewizorem. W głowie układa, co jeszcze musi dzisiaj zrobić: wstawić pranie, poprasować, ugotować obiad na jutro... Z transu wybudza ją córeczka, która chce się razem bawić. Joanna wyciąga deskę do prasowania, jednym okiem spogląda na telewizor, a co jakiś czas nieprzytomnie odpowiada córce, która próbuje ją jakoś zaangażować w grę”³⁹.

³³ S. COLTRANE: *Research on Household Labor: Modeling and Measuring the Social Embeddedness of Routine Family Work*. „Journal of Marriage and the Family” 2000, 62. Podano za: C.M. RENZETTI, D.J. CURRAN: *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo...*, s. 262.

³⁴ Ibidem.

³⁵ A.R. HOCHSCHILD: *The Second Shift*. New York 1989. Podano za: C.M. RENZETTI, D.J. CURRAN: *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo...*, s. 262.

³⁶ B.A. SHELTON: *Women, Men and Time: Gender Differences in Paid Work, Housework and Leisure*. Westport 1992. Podano za: C.M. RENZETTI, D.J. CURRAN: *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo...*, s. 263.

³⁷ M. BLAIR-LOY: *Cultural Construction of Family Schemas: The Case of Women Finance Executives*. „Gender & Society” 2001, 15. Podano za: C.M. RENZETTI, D.J. CURRAN: *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo...*, s. 263.

³⁸ Co prawda, przykład przytoczony przez autorkę tekstu M. Halińską miał obrazować brak czasu na wspólne spędzanie czasu z dzieckiem, jednakże wydaje się, że doskonale wpisuje się on we współczesny obraz kobiety.

³⁹ M. HALIŃSKA: *Tablety na święty spokój*. „Charaktery” 2013, 6 (197), s. 40–43.

Wielość wyzwań, jakim muszą/chcą sprostać współczesne kobiety, wydaje się ogromna. Oprócz wymagań związanych z pełnieniem wielu ról społecznych – rodzinnych i zawodowych – coraz częściej stają one wobec dylematów związanych z ich społecznym wizerunkiem i tożsamością. Pozornie wydaje się, że „dziś wszystko jest możliwe – współczesna kobieta może konstruować się i rekonstruować w sposób niemalże dowolny”⁴⁰. Nie oznacza to jednak – zauważa Agnieszka Gromkowska-Melosik – że „współcześnie *klasyczny gorset*, zamykający kobietę w więzieniu oczekiwań społecznych, nie istnieje”. Tworzy go bezgraniczna wręcz wolność w zakresie tworzenia własnego „ja” i kulturowy nacisk na ciągle „przestrzajanie się”, zgodnie z aktualnymi wymaganiami dotyczącymi kształtu ciała i tożsamości. Kobieta ma zatem „bezprecedensową w historii wolność wyboru, jednak jej zniewolenie polega na tym, że musi nieustannie wybierać. Na przykład w sferze ciała moda, reklama, przemysł kosmetyczny i czasopisma kobiece przekazują jedno zasadnicze przesłanie: *nadażaj!*”. Ta „tyrania wyborów – pisze cytowana autorka – dotyczy nie tylko zewnętrznych aspektów tożsamości kobiecej, ale także charakteru. Kobieta powinna być – w zależności od społecznego układu odniesienia, w którym się znajduje – bądź pasywną i niezdolną do podejmowania decyzji *kurą domową*, bądź dynamiczną, przedsiębiorczą i aktywną *businesswoman*, *drobiazgową* bądź syntetyczną, podporządkowaną bądź dominującą, niedostępną lub uwodzicielską, otwartą/zamkniętą, skromną/seksualną, gotową do poświęceń/egocentryczną, kruchą/silną, empatyczną/asertywną itd.”⁴¹. Niezwykle zasadne są więc retoryczne pytania stawiane przez Agnieszkę Gromkowską-Melosik: „Jak funkcjonować w nieustannym pragnieniu, aby być superkobietą i pożądaną przez mężczyzn, pełną kobiecego uroku i czaru, a jednocześnie osiągać społeczne i zawodowe sukcesy, którym niewątpliwie nie sprzyja urokliwy i pełen empatii sposób myślenia i bycia? Jak być jednocześnie dobrą matką i żoną oraz perfekcyjnie prowadzić dom i jednocześnie rozwijać swoje zainteresowania i doskonalić wewnętrznie?”⁴². W obliczu wymienionych wymagań i ambiwalencji trudno nie zgodzić się z opinią Ellyn Kaschack, która twierdzi, iż wzorce fizycznego i psychospołecznego rozwoju kobiety w industrialnych i postindustrialnych społeczeństwach predestynują ją do objawienia specyficznych problemów psychicznych⁴³. Wielu autorów⁴⁴ dostrzega bowiem

⁴⁰ A. GROMKOWSKA-MELOSİK: *Socjalizacja, równość społeczna i przemieszczona emancypacja kobiet. Kontrowersje wokół Power Girl*. W: *Problemy nierówności społecznej w teorii i praktyce edukacyjnej*. Red. A. GROMKOWSKA-MELOSİK, T. GMEREK. Kraków 2008, s. 111.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² *Ibidem*.

⁴³ E. KASCHACK: *Nowa psychologia kobiety*. Tłum. J. WĘGRODZKA. Gdańsk 1996, s. 160–161.

⁴⁴ M.M. WEISSMAN, G.L. KLERMAN: *Gender and Depression*. „Trends in Neurosciences” 1977, 8, s. 416–420; H.M. WOLOWITZ: *Hysterical Charakter and Feminine Identity*. W: *Readings in the Psychology of Women*. Red. J.M. BARDWICK. New York 1972; I.G. FODOR: *The Phobic Syn-*

bezpośredni związek między byciem kobietą we współczesnym społeczeństwie a takimi zaburzeniami jak depresja, histeria, fobie i problemy z jedzeniem⁴⁵. „Wszystkie te zaburzenia są zakorzenione w normalnym rozwoju i edukacji społecznej kobiety, w sposobach jej traktowania, w znaczeniach przypisywanych kobiecie i jej fizyczno-psychicznej tożsamości oraz w znaczeniach, które kobieta rozwija, internalizuje i realizuje w swoim życiu”⁴⁶. Jeżeli kobieta, która wydaje się mieć wszystko – idealną rodzinę, wspaniały dom i grono przyjaciół – a mimo to cierpi na depresję, to być może czuje i sądzi, że gdy zaspokoi wszystkie potrzeby ważnych dla siebie osób, to wówczas one zajmą się nią. Poza tym obrazu tego dopełnia obecnie praca zawodowa. Może więc kobiety nie cierpią na depresję, ale są bardziej zagonione i wyczerpane, i nie mają czasu na zaspokajanie potrzeb wszystkich naokoło. Zdarza się jednak, że chroniczne zmęczenie idzie w parze z depresją. Wiele kobiet, które podjęły pracę poza domem z konieczności, a nie z wyboru, musi wkładać ogromny wysiłek w łączenie obowiązków zawodowych z domowymi⁴⁷. Ponadto, jak twierdzi Susie Orbach, „doszło do tego, iż matki tłumią własne potrzeby i przestają je dostrzegać, ponieważ na pierwszym miejscu stawiają potrzeby swoich dzieci i męża”⁴⁸. Kobieta uczy się również brać na siebie odpowiedzialność za innych oraz za związki, a także opierać swoje reakcje na potrzebach i pragnieniach innych osób. W ten sposób pomija własne potrzeby i doświadczenia. Zaczyna uważać/czuć, że jeśli istotne dla niej osoby mają się dobrze, to i z nią jest wszystko w porządku. Jednakże w badaniach empirycznych i klinicznych udowodniono, że osoby opierające poczucie własnej wartości na związkach z innymi mają większe skłonności do depresji⁴⁹. Warto również zwrócić uwagę, że zachowaniem, które często stanowi substytut ich prawdziwych potrzeb emocjonalnych i intelektualnych, jest jedzenie, mogąc w efekcie prowadzić do zaburzeń odżywiania. Innymi słowy, rzeczywiste potrzeby kobiet zostają zaspokojone pośrednio i w nieadekwatny sposób – poprzez jedzenie⁵⁰. Nieprawidłowemu odżywianiu (zarówno przejadaniu się, jak i niedojadaniu lub wręcz głodzeniu się) sprzyjają pewne stany psychiczne i społeczne, takie jak: niska samoocena, pesymizm życiowy, poczucie bezradności, brak motywacji

drome in Women. W: *Women in Therapy*. Red. V. FRANKS, V. BURTLE. New York 1974, s. 132–168. Podano za: E. KASCHACK: *Nowa psychologia kobiety...*, s. 161.

⁴⁵ Zob. też: K. SITNIK: *Psychologia kobiety...*, s. 277, 297.

⁴⁶ E. KASCHACK: *Nowa psychologia kobiety...*, s. 161.

⁴⁷ *Ibidem*, s. 168.

⁴⁸ S. ORBACH: *Fat is a Feminist Issue*. London 1988. Podano za: CH. SHILLING: *Socjologia ciała...*, s. 77.

⁴⁹ M. SCARF: *Unfinished Business: Pressure Points in the Lives of Women*. New York 1980; L.W. WARREN, L. MCEACHREN: *Derived Identity and Depressive Symptomatology in Women Differing in Marital and Employment Status*. „Psychology of Women Quarterly” 1985, 9 (1), s. 133–144. Podano za: E. KASCHACK: *Nowa psychologia kobiety...*, s. 167–168.

⁵⁰ CH. SHILLING: *Socjologia ciała*. Tłum. M. SKOWROŃSKA. Warszawa 2010, s. 78.

do podejmowania jakichkolwiek działań, nadmierna potrzeba osiągnięć i dążenie do perfekcjonizmu, przeżywanie wielu negatywnych emocji, stres oraz nieumiejętność radzenia sobie z problemami życiowymi [...], różnego rodzaju deprywacje potrzeb jednostki⁵¹. Znamienne, że wymienione stany są częściej manifestowane przez kobiety, stąd też w populacjach kobiet aktualnie obserwuje się – obok nadwagi i otyłości – występowanie szeregu bardzo różnych zaburzeń odżywiania, takich jak: anoreksja, bulimia, ortoreksja, kompulsywne objadanie się, żucie i wypluwanie⁵². Zapewne nie bez znaczenia dla narastania problemu zaburzeń odżywiania jest wszechobecny kult szczupłej sylwetki, który również w większym stopniu dotyka kobiet niż mężczyzn. Jak twierdzi Ellyn Kaschack, „w zachodnim społeczeństwie kobiece ciało pozostaje nadal męską obsesją. Tak jak zmienia się jego definicja u mężczyzn, tak zmieniają się symptomy u kobiet. Histerię zastępują zaburzenia w odżywianiu się, niepokoje i depresje – które są sposobami dostosowania się do traumatycznych doświadczeń. Kobieta, u której one się pojawiają, w gruncie rzeczy dobrze pasuje do swego psychologicznego i społecznego środowiska”⁵³. Zapewne wynika to z faktu, że stosunek do ciała jest ściślej związany ze społecznym poczuciem wartości kobiety niż mężczyzny, a dziewczęta mają bardziej negatywny obraz siebie niż chłopcy⁵⁴. Z kolei dyscyplinowanie kobiecego ciała, trening skupiania się na cielesności, narzucanie konieczności spełniania przez dziewczęta i kobiety zewnętrznie konstruowanych mód i standardów stanowi stały element typizacji do roli płciowej⁵⁵.

Ryzykowne dla zdrowia okazują się również praktyki formowania wizerunku czy atrakcyjności, odbywające się pod pretekstem dbania o zdrowie, dobrą kondycję fizyczną i zdrowe, piękne ciało. Kobiety, aby osiągnąć zamierzony cel, odchudzają się w sposób nieracjonalny, nadużywają kosmetyków, leków, zabiegów korekcyjnych, kąpeli słonecznych czy solariów⁵⁶. W ten sposób często szkodzą swojemu zdrowiu, ale w dużej mierze zdrowiu psychicznemu, choć konsekwencje zaburzeń psychicznych znajdują niekiedy ujście w objawach somatycznych⁵⁷. Być może wszystko to stanowi przyczynę tego, iż pomiędzy kobietami i mężczyznami występują istotne różnice w występowaniu chorób

⁵¹ M. PILSKA, M. JEŻEWSKA-ZYCHOWICZ: *Psychologia żywienia: wybrane zagadnienia*. Warszawa 2008; J. WYCISK, B. ZIÓŁKOWSKA: *Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*. Poznań 2009. Podano za: M. CYLKOWSKA-NOWAK, M. PLUĆIŃSKA: *Zdrowie kobiet i mężczyzn...*, s. 12.

⁵² B. ZIÓŁKOWSKA, M. WEBER: *Czynniki psychologiczne jako determinanty sposobu żywienia. W: Żywnienie a zdrowie publiczne*. Red. J. GAWEŃCKI, W. ROSZKOWSKI. Warszawa 2008.

⁵³ E. KASCHACK: *Nowa psychologia kobiety...*, s. 161.

⁵⁴ *Ibidem*, s. 167.

⁵⁵ B. ŁACIAK: *Obyczaje dotyczące ciała w Polsce okresu transformacji*. W: *Praktyki cielesne*. Red. J.M. KURCZEWSKI, B. ŁACIAK, A. HERMAN, D. DZIDO, A. SUFLIDA. Warszawa 2006, s. 74–86.

⁵⁶ B. ŁACIAK: *Obyczaje dotyczące ciała w Polsce okresu transformacji...*, s. 74–86.

⁵⁷ M. CYLKOWSKA-NOWAK, M. PLUĆIŃSKA: *Zdrowie kobiet i mężczyzn...*, s. 9.

psychicznych i często wykazywana jest wysoka nadreprezentacja kobiet nad mężczyznami. Wśród kobiet występuje większy odsetek zaburzeń emocjonalnych, obsesyjno-kompulsywnych, lęku fobicznego, schizofrenii i somatyzacji⁵⁸. Reasumując, trudno nie zgodzić się z opinią, że kobiety często muszą nauczyć się żyć z „przeciążonymi ciałami”. Jak ujmuje to Bernard Rosen, kobiety, które są żonami, matkami, pracownicami, „często doświadczają intensywnego emocjonalnego i fizycznego stresu: jest po prostu zbyt wiele wzajemnie sprzecznych wymagań, zbyt wiele rzeczy do zrobienia, a za mało czasu, by je zrobić”⁵⁹. Wiele spośród pracujących osób doświadcza wzrostu poziomu zmęczenia i stresu związanego z pracą. Wiadomo, że wysoki poziom stresu, generowany przez wyjątkowe wyzwania związane z pracą, może się przyczynić do spadku sprawności i jakości pracy, przejawów wyczerpania, psychicznych i somatycznych dysfunkcji oraz różnorodnych zaburzeń powiązanych ze stresem⁶⁰. Akumulacja zmęczenia, z powtarzającym się niedostatecznym wyrównaniem kondycji, jest istotnie związana z zagrożeniem zdrowia i niesprawnością zawodową, przy czym zmęczenie jest tu postrzegane nie jako dyskretne zaburzenie, ale jako zjawisko, które charakteryzuje różny stopień nasilenia i upośledzające funkcjonowanie człowieka. W efekcie osoba może znaleźć się w takiej sytuacji, w której wzrosną ponoszone koszty psychofizjologiczne, na ogół połączone z doświadczaniem psychologicznego stresu⁶¹. Znamienne, że zgodnie z badaniami z ostatnich lat⁶², na przewlekłe zmęczenie⁶³ kobiety skarżyły się od dwu do trzech razy częściej niż mężczyźni. Również ogólnopolskie badania Gabrieli Chojnackiej-Szawłowskiej pokazały, iż przewlekłe zmęczenie odczuwało więcej kobiet (52%) niż mężczyzn (48%)⁶⁴. Jak stwierdza Aleksander Perski: „Kobiety – jeśli pracują i mają rodziny – za więcej spraw czują się odpowiedzialne. Wiele wymagań życiowych sprawia, że mają mniejsze poczucie kontroli nad swoim życiem, a właśnie ono zapobiega

⁵⁸ N.F. RUSSO, B.L. GREEN: *Kobiety a zdrowie psychiczne*. W: *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice*. Red. B. WOJCISZKE. Gdańsk 2002, s. 308–309.

⁵⁹ B. ROSEN: *Women, Work and Achivement*. London 1989. Podano za: CH. SHILLING: *Socjologia ciała...*, s. 46.

⁶⁰ S. BENDAK: *12-h Workdays. Current Knowledge and Future Directions*. „Work & Stress” 2003, 17 (4), s. 231–336. Podano za: G. CHOJNACKA-SZAWŁOWSKA: *Zmęczenie a zdrowie i choroba (perspektywa psychologiczna)*. Kraków 2009, s. 101.

⁶¹ N.W. JANSEN, I. KANT, P.A. BRANDT: *Need for Recovery in the Working Population. Description and Associations with Fatigue and Psychological Distress*. „International Journal of Behavioral Medicine” 2002, 9 (4), s. 322–341. Podano za: G. CHOJNACKA-SZAWŁOWSKA: *Zmęczenie a zdrowie i choroba...*, s. 102.

⁶² Zob. J.M.S. PEARCE: *The Enigma of Chronic Fatigue*. „European Neurology” 2006, nr 56, s. 31–36. Podano za: G. CHOJNACKA-SZAWŁOWSKA: *Zmęczenie a zdrowie i choroba...*, s. 81.

⁶³ Przyjmuje się, że zmęczenie trwające dłużej niż miesiąc ma charakter przewlekły. Podano za: G. CHOJNACKA-SZAWŁOWSKA: *Zmęczenie a zdrowie i choroba...*, s. 77

⁶⁴ G. CHOJNACKA-SZAWŁOWSKA: *Raport z badań*. Grant KBN: „Kancerofobia i postawy zdrowotne Polaków”. Warszawa 1998.

stresowi⁶⁵. Ponadto, zgodnie z wynikami badań, u mężczyzn poziom hormonów stresu wieczorem spada, u kobiet natomiast przeciwnie – „stresowały je domowe obowiązki: myślały o tym, co będzie jutro. Długo nie mogły zasnąć, ich sen był o połowę mniej głęboki. A następnego dnia brakowało im energii, czuły się bardziej zmęczone⁶⁶. Okazuje się, że w dłuższej perspektywie czasu takich stanów organizmu nie należy bagatelizować. Jak zauważa cytowany powyżej Aleksander Perski: „Takie zmęczenie, które nie mija po nocy, jest ważnym sygnałem, że nasz sposób życia nie pozwala nam na odnowę energii [...]. W zmęczonym ciele tętno i ciśnienie są wysokie, mięśnie napięte, pojawiają się problemy z trawieniem i oddychaniem⁶⁷. Wszystko to może prowadzić do zaburzenia równowagi organizmu, która jest niezbędnym elementem utrzymania zdrowia i dzięki której człowiek może podejmować efektywne działania w życiu codziennym.

Kobiecość łączy w sobie elementy osobistego doświadczenia, wychowania, własnych wyborów czy obserwacji lansowanych powszechnie wzorów. Trudne doświadczenia dziecięce, obciążenie uczuciowym pomieszaniem charakterystycznym dla rozwoju psychoseksualnego czy stres związany z pełnionymi rolami społecznymi – to tylko niektóre czynniki, które wiązać się mogą z pojawieniem się u kobiety specyficznych dysfunkcji czy problemów zdrowotnych⁶⁸. Jednocześnie, biorąc pod uwagę wielość wyzwań, zadań i ról przypisywanych współczesnej kobiecie, zapewne nie bez znaczenia dla różnic międzyrodzajowych ma charakter swoistej „zdrowotnej trajektorii” życia kobiet. Tomasz Niemiec charakteryzuje ją następująco: „zdecydowane pogorszenie jakości życia następuje w grupie kobiet w wieku 65 lat i więcej. Największe straty występują w obszarze energii życiowej, co oznacza, że kobiety starsze czują się zmęczone, szybko tracą siły i robią wszystko z wysiłkiem. Jakość życia kobiet w średnim wieku (45–64 lata) oraz młodszych obniżają m.in. trudności związane ze snem, w tym konieczność zażywania leków nasennych. Kobiety najmłodsze (w wieku do 25 lat) tak samo często lub nawet częściej niż osoby w wieku do 45 lat wskazują wpływ ich stanu zdrowia na takie dziedziny życia jak spędzanie czasu wolnego, rozwijanie zainteresowań i życie towarzyskie⁶⁹. W obliczu wymienionych konsekwencji niezbędna wydaje się diagnoza złożonych, wewnętrznych zależności pomiędzy stresem, zmęczeniem, osobowością, energią i równoważeniem aktywności, aby dokonać koniecznych dla zdrowia przeobrażeń siebie oraz sytuacji osobistej w rodzinie i w pracy⁷⁰. Bez wątplenia większa świadomość społeczna

⁶⁵ A. PERSKI, D. KRZEMIONKA: *Cała prawda ciała*. „Style i Charaktery” 2013, nr 3, s. 12.

⁶⁶ Ibidem, s. 12–13.

⁶⁷ Ibidem, s. 11.

⁶⁸ K. SITNIK: *Psychologia kobiety...*, s. 298.

⁶⁹ T. NIEMIEC: *Raport: zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat*. Warszawa 2007, s. 14, 16, 73–74.

⁷⁰ G. CHOJNACKA-SZAWŁOWSKA: *Zmęczenie a zdrowie i choroba...*, s. 110.

oddziaływania stereotypów płci na codzienne zachowania, wpływające na zdrowie i życie jednostek oraz populacji, może mieć znaczący walor aplikacyjny w dziedzinie promocji zdrowia. Zapewne efekty praktycznych działań w tym obszarze będą lepsze, uwzględniając wiedzę na temat wpływu stereotypów cech psychicznych, ról płciowych oraz wyglądu zewnętrznego na zdrowie kobiet (i mężczyzn)⁷¹.

Bibliografia

1. ADAMSKI F.: *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków 2002.
2. BENDAK S.: *12-h Workdays. Current Knowledge and Future Directions*. „Work & Stress” 2003, 17 (4).
3. BLAIR-LOY M.: *Cultural Construction of Family Schemas: The Case of Women Finance Executives*. „Gender & Society” 2001, 15.
4. CHOJNACKA-SZAWŁOWSKA G.: *Raport z badań*. Grant KBN: „Kancerofobia i postawy zdrowotne Polaków”. Warszawa 1998.
5. CHOJNACKA-SZAWŁOWSKA G.: *Zmęczenie a zdrowie i choroba (perspektywa psychologiczna)*. Kraków 2009.
6. CHROUSER AHRENS CH.J., RYFF C.D.: *Multiple Roles and Well-Being: Sociodemographic and Psychological Moderators*. „Sex Roles” 2006, 55.
7. COLTRANE S.: *Research on Household Labor: Modeling and Measuring the Social Embeddedness of Routine Family Work*. „Journal of Marriage and the Family” 2000, 62.
8. CYLKOWSKA-NOWAK M., PLUCIŃSKA M.: *Zdrowie kobiet i mężczyzn – wybrane aspekty społeczne i medyczne*. „Nowiny Lekarskie” 2010, 79, 1.
9. DEUTSCH F.M.: *Having it All: How Equally Shared Parenting Works*. Cambridge 1999.
10. DUCH D.: *O władzy w rodzinie. Prace w domu a równość związku*. W: *Kobiety w Polsce na przełomie wieków. Nowy kontrakt płci?* Red. M. FUSZARA. Warszawa 2001.
11. FODOR I.G.: *The Phobic Syndrome in Women*. W: *Women in Therapy*. Red. V. FRANKS, V. BURTLE. New York 1974.
12. GROMKOWSKA-MELOSİK A.: *Socjalizacja, równość społeczna i przemieszczona emancypacja kobiet. Kontrowersje wokół Power Girl*. W: *Problemy nierówności społecznej w teorii i praktyce edukacyjnej*. Red. A. GROMKOWSKA-MELOSİK, T. GMEREK. Kraków 2008.
13. HALIŃSKA M.: *Tablety na święty spokój*. „Charaktery” 2013, 6 (197).
14. HOCHSCHILD A.R.: *The Second Shift*. New York 1989.
15. JANSEN N.W., KANT I., BRANDT P.A.: *Need for Recovery in the Working Population. Description and Associations with Fatigue and Psychological Distress*. „International Journal of Behavioral Medicine” 2002, 9 (4).
16. KASCHACK E.: *Nowa psychologia kobiety*. Tłum. J. WĘGRODZKA. Gdańsk 1996.
17. KRÓLIKOWSKA S.: *Rola stereotypów płci w kształtowaniu postaw kobiet i mężczyzn wobec zdrowia*. „Nowiny Lekarskie” 2011, 80, 5.

⁷¹ S. KRÓLIKOWSKA: *Rola stereotypów płci...*, s. 392.

18. LACHOWSKA B.: *Praca i rodzina. Konflikt czy synergia?* Lublin 2012.
19. LISOWSKA E.: *Równouprawnienie kobiet i mężczyzn w społeczeństwie*. Warszawa 2008.
20. ŁACIAK B.: *Obyczaje dotyczące ciała w Polsce okresu transformacji*. W: *Praktyki cielesne*. Red. J.M. KURCZEWSKI, B. ŁACIAK, A. HERMAN, D. DZIDO, A. SUFLIDA. Warszawa 2006.
21. MANDAL E.: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice 2004.
22. NIEMIEC T.: *Raport: zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat*. Warszawa 2007.
23. NORDENMARK M.: *Multiple Social Roles and Well-Being: A Longitudinal Test of the Role Stress Theory and the Role Expansion Theory*. „Acta Sociologica” 2004, 47 (2).
24. ORBACH S.: *Fat is a Feminist Issue*. London 1988.
25. PEARCE J.M.S.: *The Enigma of Chronic Fatigue*. „European Neurology” 2006, 56.
26. PERRY-JENKINS M., REPETTI R.L., CROUTER A.C.: *Work and Family in the 1990s*. „Journal of Marriage and the Family” 2000, 62 (4).
27. PERSKI A., KRZEMIONKA D.: *Cała prawda ciała*. „Style i Charaktery” 2013, nr 3.
28. PILSKA M., JEŻEWSKA-ZYCHOWICZ M.: *Psychologia żywienia: wybrane zagadnienia*. Warszawa 2008.
29. RENZETTI C.M., CURRAN D.J.: *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*. Tłum. A. GROMKOWSKA-MELOSİK. Warszawa 2005.
30. ROSEN B.: *Women, Work and Achivement*. London 1989.
31. RUSSO N.F., GREEN B.L.: *Kobiety a zdrowie psychiczne*. W: *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice*. Red. B. WOJCISZKE. Gdańsk 2002.
32. SCARF M.: *Unfinished Business: Pressure Points in the Lives of Women*. New York 1980.
33. SHELTON B.A.: *Women, Men and Time: Gender Differences in Paid Work, Housework and Leisure*. Westport 1992.
34. SHILLING CH.: *Socjologia ciała*. Tłum. M. SKOWROŃSKA. Warszawa 2010.
35. SITNIK K.: *Psychologia kobiety*. W: *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Red. A. TRZCIENIECKA-GREEN. Kraków 2006.
36. TITKOW A., DUCH-KRZYSTOSZEK D., BUDROWSKA B.: *Nieodpłatna praca kobiet. Mity, realia, perspektywy*. Warszawa 2004.
37. TITKOW A.: *Tożsamość polskich kobiet. Ciągłość, zmiana, konteksty*. Warszawa 2007.
38. WALZER S.: *Thinking about the Baby: Gender and Divisions of Infant Care*. „Social Problems” 1996, 43.
39. WARREN L.W., MCEACHREN L.: *Derived Identity and Depressive Symptomatology in Women Differing in Marital and Employment Status*. „Psychology of Women Quarterly” 1985, 9 (1).
40. WEISSMAN M.M., KLERMAN G.L.: *Gender and Depression*. „Trends in Neurosciences” 1977, 8.
41. WOLOWITZ H.M.: *Hysterical Charakter and Feminine Identity*. W: *Readings in the Psychology of Women*. Red. J.M. BARDWICK. New York 1972.
42. WYCISK J., ZIÓŁKOWSKA B.: *Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*. Poznań 2009.

43. ZIÓŁKOWSKA B., WEBER M.: *Czynniki psychologiczne jako determinanty sposobu żywienia*. W: *Żywnie a zdrowie publiczne*. Red. J. GAWĘCKI, W. ROSZKOWSKI. Warszawa 2008.
44. ZYSNARSKA M., WOJNICZ-MICHERA I., TABOROWSKA M., KOŁECKI P., MAKS-MIUK T.: *Kobieta – opiekun osoby przewlekle chorej – wyznaczniki przeciążenia*. „Nowiny Lekarskie” 2010, 79, 5.

Znaczenie środków masowego przekazu w kształtowaniu zachowań wobec ciała i zdrowia współczesnych kobiet i dziewcząt

Beata Glinkowska

Mały Książę z powieści Antoine'a de Saint-Exupéry'ego obnaża dorosłych z ich słabości, jaką jest umiłowanie cyfr. Są w stanie uwierzyć dopiero wtedy, gdy dana rzecz zostanie przedstawiona w formie liczbowej. Kierując się tą prawdą, pragnę rozpocząć niniejsze rozważania, przytaczając kilka danych statystycznych.

Idealnym wstępem wydają się zaskakujące wyniki sondażu dotyczącego obrazu ciała, zamieszczone na łamach magazynu psychologicznego „Charaktery”. Okazuje się, że ponad 80% respondentów nie jest zadowolonych ze swojej wagi. Ponad 30% ankietowanych chciałoby ważyć 2–3 kilogramy mniej, niewiele mniej osób deklarowało chęć utraty 4–9 kilogramów, a niezwykle alarmujący jest fakt, że 15% badanych zauważa konieczność zmniejszenia swojej wagi aż o ponad 10 kilogramów¹. Niezadowolenie z własnej wagi potwierdzono także w badaniach młodych dziewcząt. Okazało się, że 63% nastolatek nie akceptuje własnego wyglądu, a 62% chętnie schudłoby parę kilo. Bardzo liczna grupa respondentek (71%) marzy o figurze modelki. Takie preferencje mogą być spowodowane panującym wśród badanych przekonaniem, że chłopcy wolą szczupłe dziewczyny, co deklarowało aż 76% ankietowanych². Do podobnych wniosków doszły Wioleta Chytra-Gędek i Anna Kobierecka, które badały gotowość anorektyczną u dziewcząt i młodych kobiet. Analiza przeprowadzonych ankiet wykazała, że 65% dziewcząt i młodych kobiet sądzi, iż szczupłe osoby mają większe powodzenie wśród mężczyzn, a 63% badanych jest przekonanych, że mężczyźni w dużej mierze preferują szczupłe kobiety. Można przypuszczać, że kierowanie się w życiu powyższymi stwierdzeniami prowadzi do tego, iż

¹ L. MELLIBRUDA, D. KRZEMIONKA, A. BRYTEK-MATERA: *Kochanego ciała za dużo*. Komunikat z sondażu nr 1/2011 opublikowanego na stronie: www.charaktery.eu (dostęp: 7.12.2012).

² W. STRZELECKI i in.: *Zmiana wizerunku medialnego kobiety a zaburzenia odżywiania we współczesnym świecie*. „Nowiny Lekarskie” 2007, nr 2, s. 177.

63% ankietowanych kobiet nie jest zadowolonych ze swojego ciała i tyle samo odczuwa zadowolenie, gdy udaje im się zrzucić kilka kilogramów³.

Być może za mało przeprowadzono badań i analiz liczbowych, abyśmy zdali sobie sprawę z problemu, który zbiera coraz większe żniwo. Jakich dowodów potrzebujemy, aby zrozumieć, że staliśmy się niewolnikami panującego kanonu piękna? Jakie dane są w stanie przekonać nas, że idealne obrazy, jakie widzimy w mediach, to manipulacja? Analizując przedstawione raporty badań, można stwierdzić, że żadne z dostępnych statystyk nie budzą niepokoju i niezbędnej refleksji. Okazuje się bowiem, iż liczba niezadowolonych z własnego wyglądu, a dążących do przedstawianego w mediach ideału wciąż wzrasta. Zwiększające się grono osób gotowych poddać się operacjom plastycznym budzi obawy, czy aby nie cofamy się do starożytności, gdzie wszystko, co brzydkie i kalekie, nie miało szans na przeżycie. Dzisiaj jest podobnie: jeśli jesteś ładny, przetrwasz, wygrasz walkę o wysoki status społeczny, sławę i szacunek. Niedostosowanie się do panującego wzoru wyglądu może oznaczać wykluczenie, samotność, a w akcie walki o akceptację również śmierć. Należy zatem zapytać, skąd wzięło się takie bezgraniczne zabieganie o wygląd. Kobiety przecież od zawsze ulegały panującym trendom mody, to na bladą twarz, jak w starożytnym Egipcie, to na pachnidła w średniowieczu, czy bujne, gęste włosy w okresie renesansu. Należy jednak zaznaczyć, że miały w tym wszystkim umiar i w dążeniu do wymarzonej sylwetki nie torturowały się, np. połykając jaja tasiemca⁴. Gdy analizujemy obecną sytuację, nasuwa się refleksja: kiedyś człowiek wolny był od środków masowego przekazu.

Współczesnym światem rządzą media, które nie bez powodu są nazywane czwartą władzą. Ich rola w życiu człowieka już dawno przestała ograniczać się do dostarczania bieżących wiadomości i rozrywki. Mass media, a w szczególności telewizja, są dzisiaj wiernym przyjacielem towarzyszącym w każdej chwili swoim odbiorcom. Zwykło się nawet mówić, że życie człowieka toczy się z mediami w tle⁵. Bezustanny szmer włączonego odbiornika jest naturalnym składnikiem familijnego krajobrazu. Telewizor umieszczony w centrum domowego ogniska staje się członkiem rodziny, bez którego niemożliwe jest codzienne funkcjonowanie. W blasku ekranu wykonujemy domowe obowiązki, odpoczywamy, spożywamy posiłki, spotykamy się z przyjaciółmi. Trzymając w ręku pilot telewizora, pozornie sprawujemy kontrolę nad przekazem, który po chwili trzyma nas w sidłach niewoli, narzucając swoje wzorce⁶. Zasypani

³ W. CHYTRA-GĘDEK, A. KOBIERECKA: *Gotowość anorektyczna u dziewcząt i młodych kobiet*. „Psychiatria” 2008, nr 1, t. 5, s. 9.

⁴ Coraz bardziej popularna, kontrowersyjna metoda odchudzania, polegająca na połykaniu jaj pasożyta.

⁵ M. CASTELLS: *Spoleczeństwo sieci*. Tłum. K. PAWLUŚ, M. MARODY, J. STAWIŃSKI, S. SZYMAŃSKI. Warszawa 2007, s. 340.

⁶ M. SZPUNAR: *Czas wolny w dobie konsumpcjonizmu i powszechnej mediatyzacji*. W: *Homo creator czy homo ludens? Twórcy-internauci-podróżnicy*. Red. W. MUSZYŃSKI, M. SOKOŁOWSKI. Toruń 2008, s. 137.

informacjami bezmyślnie chłoniemy je jak gąbka wodę. Coraz częściej więc to treści ze szklanego ekranu determinują nasze zachowania, wskazując, jak mamy postępować, co powinniśmy jeść i jak wyglądać. Stwierdzenie to jest w pełni uzasadnione biorąc pod uwagę fakt, iż „wraz ze wzrostem dobrobytu w krajach zachodnich oraz zwiększającym się z dekady na dekadę znaczeniem mass mediów, kształt, wymiary i waga ciała kobiecego są w coraz większym stopniu kształtowane przez wzorce medialne”⁷. Bezsprzecznie można zatem stwierdzić, że środki masowego przekazu wyznaczają pewne normy i standardy powszechnie cenione przez społeczeństwo, równocześnie definiując konsekwencje ich lekceważenia. Szeroko rozpowszechniane i wzmacniane przez media są zwłaszcza te treści, które tworzą i przekazują wartości związane z atrakcyjnością⁸. Atakowani z każdej strony tabloidami, reklamami, zdjęciami pięknych modelek i modeli snujemy marzenia o idealnie szczupłej sylwetce, nieskażonej wiekiem i zmęczeniem skórze oraz śnieżnobiałym uśmiechu. Kobieta, wstając rano do pracy, zastanawia się, dlaczego jej fryzura nie wygląda jak u budzącej się ze snu bohaterki serialowego tasiemca, a mężczyzna z niepokojem spogląda na swój tors, porównując go z torsem umięśnionego ratownika prosto z kalifornijskiej plaży. Mnogość takich sytuacji powoduje, że zarówno kobieta, jak i mężczyzna czują się zażenowani, smutni i zmartwieni tym, że tak daleko im do ideału. Media wywołują uczucie przepaści między ciałem własnym a tym idealnym, prezentowanym na każdym kroku. Wywołuje to ciągły niepokój o wygląd i wagę⁹.

Specyficzne podejście do tej kwestii prezentują kobiety. Ich stosunek do własnego ciała ma źródło w społecznym rozumieniu pojęcia kobiecości, które charakteryzuje się przez pryzmat ciała, zmysłów, uczuć i natury. Zewnętrzne piękno i cielesność stanowią więc podstawowe wymiary konstytuujące kobiecość i najważniejsze kryteria jej oceny¹⁰. Nie jest to trend nowy, jednak kult ciała szczupłego, a wręcz jego sekularyzacja jest zdecydowanie domeną XXI wieku¹¹. Ideał sylwetki zmieniał się na przestrzeni czasu w zależności od społecznej, politycznej i ekonomicznej sytuacji kobiet oraz pełnionych przez nie ról. Wcześniej za jedyną właściwą funkcję kobiety uważano pracę w domu, a jej tusza

⁷ A. GROMKOWSKA: *Anoreksja nervosa: paradoksy współczesnej kobiecości*. W: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Red. Z. MEŁOSIK. Toruń–Poznań 1999, s. 175.

⁸ B. IZYDORCZYK, A. RYBICKA-KLIMCZYK: *Środki masowego przekazu i ich rola w kształtowaniu wizerunku ciała u zróżnicowanych wiekiem kobiet polskich. Analiza badań własnych*. „Problemy Medycyny Rodzinnej” 2009, nr 3, s. 21.

⁹ Z. MEŁOSIK: *Mass media, tożsamość i rekonstrukcje kultury współczesnej*. W: *Media. Edukacja. Kultura. W stronę edukacji medialnej*. Red. W. SKRZYDLEWSKI, S. DYŁAK. Poznań–Rzeszów 2012, s. 36.

¹⁰ W. STRZELECKI i in.: *Zmiana wizerunku medialnego kobiety...*, s. 174.

¹¹ A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa 2008, s. 33.

świadczyła o bogactwie i dostatnim życiu¹². Wraz z przemianami kulturowymi sytuacja ta uległa jednak zmianie. Kobieta zaczęła wchodzić w sfery aktywności zarezerwowane dotychczas wyłącznie dla mężczyzn. Pojawiły się nowe możliwości zawodowe, szybkie kariery, dobre posady, a co za tym idzie, konflikty na płaszczyźnie praca–dom¹³. Przykładne panie domu zamieniły kuchnię na potężne biurowce, a fartuszki na eleganckie spódnice. Obowiązujący stał się wówczas ideał szczupłego ciała, wzmacniany dodatkowo i propagowany przez coraz bardziej dostępne media. Okres postkomunistycznej wolności przyniósł nowe modele prasy kobiecej, nową jakość audycji telewizyjnych i radiowych¹⁴. Błyskawiczny rozwój popularnej kultury masowej, kina, telewizji, reklamy czy piśmiennictwa sprawił, że wizerunki idealnych ciał trafiły do wszystkich odbiorców. Rozpoczął się swoisty terror piękna, a „nowa forma *idealnego ciała*, uosabiająca przekonanie, że *szczupłe jest piękne*, stała się społeczną normą”¹⁵. Szybko okazało się jednak, że wylansowany przez mass media, pożądany wzór kobiecej sylwetki jest niemożliwy do osiągnięcia dla większości kobiet¹⁶. Pojawia się zatem pytanie o granice kłamstwa w kwestii obrazu idealnego ciała.

Zbyszko Melosik zwykł w analizowanym kontekście przytaczać ironiczne słowa Charlesa Edgleya: „ani nauka, ani medycyna nigdy nie znalazła perfekcyjnego ciała. Lecz to nie powstrzymało ludzi od jego poszukiwania. Choć nauka nie potrafiła tego dokonać, to jednak współczesnej kulturze popularnej z pewnością się to udało”¹⁷. Sukces ten można przypisać przede wszystkim rozwojowi nowoczesnych technologii i programów komputerowych, które umożliwiają retuszowanie, cieniowanie, wygładzanie, koloryzowanie, harmonizowanie i wykonywanie wielu innych zabiegów umożliwiających poprawienie ciała. Rzeczą oczywistą jest, że operacje te dokonywane są jedynie na monitorze komputera, poprzez pozabawienie niesymetrycznej twarzy pieprzyka, zmarszczki czy innej niedoskonałości. W rezultacie odbiorca uzyskuje obraz, który nie ma nic wspólnego z rzeczywistością, ale jest okazem piękna bez skaz i przebarwień, po prostu ideał. Uśmiechnięta pani z okładki kolorowego magazynu zostaje pozbawiona wszelkich śladów życia. Jej twarz to wyretuszowana maska bez cieni pod oczami czy zmarszczek w kącikach oczu, które potwierdzałyby, że jej uśmiech jest prawdziwy. Wszystkie te oznaki zostały wymazane, tak jak wy-

¹² M. SZPUNAR: *Dbalność o zdrowie jako styl życia współczesnego człowieka*. W: *Małe tęsknoty? Style życia w czasie wolnym we współczesnym społeczeństwie*. Red. W. MUSZYŃSKI. Toruń 2009, s. 208.

¹³ W. STRZELECKI i in.: *Zmiana wizerunku medialnego kobiety...*, s. 174.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ A. GROMKOWSKA: *Anoreksja nervosa: paradoksy współczesnej kobiecości...*, s. 174.

¹⁶ A. BUCZKOWSKI: *Spoleczne tworzenie ciała. Płeć kulturowa i płeć biologiczna*. Kraków 2005, s. 286.

¹⁷ CH. EDGLEY: *Health Nazis and the Cult of the Perfect Body: Some Polemical Observations*. „Symbolic Interaction” 1990, nr 2, s. 261. Podano za: Z. MELOSİK: *Tożsamość, ciało, władza: teksty kulturowe jako (kon)teksty pedagogiczne*. Poznań 1996, s. 75.

mazuje się błąd w uczniowskim zeszycie. Pozostała twarz perfekcyjna, ale bez wyrazu. Bez wątpienia wizerunek bez cieni, które są świadectwem zmęczenia, stresu i upływającego czasu, jest dobrym produktem. Eliminuje wszystko to, czego każdy się boi, a co związane jest z codziennością zwykłego śmiertelnika. Tysiące przekazów, które eksponują owe wytwory Photoshopa¹⁸, przedstawiające społecznie skonstruowane kształty, kontury czy kolory ciała, dyscyplinują oczekiwania odbiorców. Zbyszko Melosik uważa, że piękne ciała, które widzimy na plakatach, stają się dla nas normą. W konsekwencji oczekuje się, iż ciała ludzi, a w szczególności kobiet, będą spełniały te normy¹⁹.

Przyzwyczajenie ludzi do wykreowanego piękna jest powodem ukrywania tego, jakie ciało jest w rzeczywistości. Jeśli odbiega ono od wyznaczonego wzoru, jest uznawane za nieestetyczne. A my nie chcemy oglądać tego, co brzydkie. Pragniemy podziwiać to, co ładne, zadbane, idealne, a jednocześnie niedostępne. Podnieca nas to, co nieosiągalne, dlatego niczym zahipnotyzowani patrzymy na wyidealizowane obrazy i trwając w tej utopii, zapominamy o magii Photoshopa. Zamiast przerwać ten sen na jawie, używając sensownych argumentów, odkładamy nadgryziony właśnie batonik, który skutecznie ma nas oddalić od celu, jakim jest figura modelki. Jesteśmy tylko ludźmi, nierzadko słabymi, zakompleksionymi, z wielkimi marzeniami. Romantyczna natura i skłonność do odbierania świata za pomocą zmysłu wzroku powodują, że obrazy, które kojarzą nam się z czymś przyjemnym, na dłużej pozostają w naszej pamięci. Wielokrotna ekspozycja szczupłej sylwetki powoduje internalizację obowiązującego ideału, który atakuje z każdej strony²⁰. Ciało idealne na billboardzie, wystawie sklepowej, w końcu ciało idealne w domu, gdzie codziennie zaprasza się piękne modelki do wspólnego celebrowania wolnego czasu. One – doskonałe, my – w dresie i pluszowych pantoflach. W efekcie powstaje ogromna rozbieżność, a natrętne przekazy perfekcyjnego ciała, obecne zawsze i wszędzie, kumulują się²¹ i zaszczepiają w umysłach kobiet i dziewcząt konieczność upodobnienia się do przedstawianych wizerunków.

Komunikaty płynące z mediów zapewniają, że piękno może stać się udziałem każdej kobiety²², jeśli tylko będzie zdolna do wielkich poświęceń. Z ratunkiem przybywają kolejne programy serwujące wspaniałe diety i prezentujące przystępne ćwiczenia fitness. Dobrze, jeśli wykorzystuje się je do wprowadzania zdrowego stylu życia i poprawy samopoczucia. Gorzej, jeśli zamieniają się one w całodniowe głódówki i mordercze treningi, które nie przynoszą wymarzonych efektów. Okazuje się bowiem, że im silniejsza internalizacja ideału szczupłej

¹⁸ Używając tej nazwy programu, autorka ma na myśli wszelkie programy do obróbki grafiki, umożliwiające modyfikowanie obrazów.

¹⁹ Z. MELOSİK: *Tożsamość, ciało, władza: teksty kulturowe jako (kon)teksty pedagogiczne*. Poznań 1996, s. 81.

²⁰ A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie...*, s. 24.

²¹ B. IZYDORCZYK, A. RYBICKA- KLIMCZYK: *Środki masowego przekazu i ich rola...*, s. 23.

²² W. STRZELECKI i in.: *Zmiana wizerunku medialnego kobiety...*, s. 174.

sylwetki, tym słabsza percepcja obrazu własnego ciała przez kobiety. Ponadto zaakceptowanie wzorców kulturowych, wiążących atrakcyjność zewnętrzną ze szczęściem, zdrowiem, sukcesem i dobrą pozycją społeczną, sprowadza się do oceny własnej wartości przez pryzmat swojego ciała. Im dalej kobiecie do ideału piękna, tym większy odczuwa ona dyskomfort emocjonalny. Pojawia się syndrom chronicznego dystresu i towarzyszące mu lęki, obawy, napięcia²³. Twórcy tego drugiego, lepszego świata mody i piękna zdają sobie z tego sprawę i bezlitośnie wykorzystują to, wkradając się do naszych marzeń. Piękne i piękni skupiają wokół telewizorów swoich fanów, zwiększając oglądalność konkretnych programów, a obok ich idealnych ciał niejednokrotnie ukazują się drogie produkty, które sprawią, że już w ciągu 7 dni ty również możesz wyglądać jak gwiazda. Kupujemy to. Odbiorca uzmysławia sobie, że ów produkt jest środkiem do celu, jest drogą do ideału. Podejmujemy niekończącą się walkę z erozją i rozpadem ciała, próbując oszukać upływający czas²⁴. Kupujemy te kłamstwa i nakręcamy cały przemysł, wzbogacając wielkie korporacje.

Nie sposób opisać wszystkich konsekwencji wzmacnianego przez środki masowego przekazu kultu piękna dla kształtowania wizerunku ciała. Warto wspomnieć jednak o coraz częściej powstającym „zjawisku nożyc”²⁵. Jest to efekt odbioru sprzecznych komunikatów występujących w mediach, które z jednej strony nakłaniają nas do zaspokajania swoich potrzeb w dziedzinie fizjologii, nabywania dóbr materialnych, a z drugiej definiują ideał piękna, który wymaga powstrzymywania się od pokus. Gazety drukujące kolorowe przepisy na wspaniałe dania oraz zaproszenia do eleganckich restauracji obok umieszczają reklamy środków na odchudzanie oraz salonów fitness. Czytelniczkom mnożą się dylematy: „jeść, czy nie jeść – oto jest pytanie”. Czują się rozdarte toczą własną wojnę między naturalnymi, biologicznymi popędami a społecznym przykazem utrzymywania kontroli nad sobą i swoim ciałem²⁶. Zjawisko to powoduje całkowite poczucie bezradności oraz konieczność stałego usprawiedliwiania przed sobą wszelkich decyzji, które nie sprzyjają kształtowaniu idealnej sylwetki.

Bezustanna koncentracja na wyglądzie oraz dyscyplinowanie siebie i swojego ciała mają twarde uzasadnienie. Kobieta otrzymuje wiele sygnałów ze środków masowego przekazu, że to właśnie wygląd stanowi jej znak rozpoznawczy. Potwierdzeniem tego są wyniki badań przeprowadzone przez Karen Foreit, które dowodzą, że we wszelkich *newsach* poświęconych kobietom autorzy zwykle

²³ A. MACHAJ, E. ŁOPACKA-SĘCZYK: *Psychologiczne i społeczne wyznaczniki postrzegania i używania własnego ciała*. W: *Edukacja bez granic – mimo barier*. Red. P. BUREJ, D. CZAJKOWSKA-ZIOBROWSKA. Poznań 2008, s. 119.

²⁴ M. FEATHERSTONE: *Ciało w kulturze konsumpcyjnej*. W: *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*. Red. A. MANCLEW. Warszawa 2008, s. 109.

²⁵ M. KOCHAN-WÓJCİK, E. MAŁKIEWICZ: *Wizualne mass media a wizerunek własnego ciała u dorastających dziewcząt – przegląd literatury*. „Psychologia Rozwojowa” 2003, s. 2–3.

²⁶ W. STRZELECKI i in.: *Zmiana wizerunku medialnego kobiety...*, s. 174.

jasno określają płeć bohaterki oraz cechy wyglądu fizycznego. Znane panie częściej są lustrowane pod kątem indywidualnego stylu i wycucia trendów w modzie niż ich właściwych kompetencji²⁷. Przestaje być istotne, że popularna celebrytka wspomagała akcję charytatywną lub zdobyła prestiżową nagrodę potwierdzającą jej zdolności. Lepiej sprzedaje się wiadomość, że powiększyła sobie biust. Komunikat jest jasny – ciało jest najważniejsze. Powstaje swoisty mit piękna, utwierdzający w przekonaniu, że kobieta tylko poprzez swój wygląd może osiągnąć sukces. Internalizacja takiego wzorca sprawia, że wspomniany mit staje się integralną częścią kobiecej tożsamości, która tak naprawdę zostaje zredukowana do jej cielesnej powłoki. Uprzedmiotowienie ciała powoduje przesunięcie uwagi z życiowych osiągnięć na wygląd i powierzchowność. Kiedy sylwetka nie wpisuje się w panujący kanon piękna, kobieta odczuwa się wstyd i lęk przed odrzuceniem, a nawet społecznym wykluczeniem. W rezultacie nie jest w stanie realizować swoich potrzeb i aspiracji zawodowych czy edukacyjnych, gdyż skupia się na ciągłym liczeniu kalorii i katowaniu ćwiczeniami. Idealne ciało jako główne kryterium oceny kobiety staje się więc jej jedynym celem, do którego zmierza, programując się na bezustanne zmiany. Ekstremalne metamorfozy, dzięki którym możliwe jest dostosowanie sylwetki do standardów narzucanych przez kulturę, mają przy tym rozwiązać wszelkie problemy emocjonalne, rodzinne, a nawet zawodowe²⁸. Ciało otyłe odchudzić, stare odmłodzić, zmieniać, przekształcać, formować – to przepis na życie współczesnej kobiety. Codzienne dążenie do sprostania wymaganiom kulturowego ideału obraca się jednak przeciwko płci pięknej. Prowadzi do paradoksalnej sytuacji, w której nawet jeśli kobiety w oczach innych ludzi wyglądają rzeczywiście atrakcyjnie, to wcale się tak nie czują. Są stale niezadowolone z własnego wizerunku, czują się za grube lub za brzydkie, a ciało w tym wypadku staje się źródłem nieprzyjemnych doznań i traktowane jest jako obiekt społecznych porównań, a nie integralna część własnej tożsamości. Badacze wskazują na wiele emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych konsekwencji tego zjawiska²⁹.

Skutki przedstawiania tych fałszywych obrazów ciała ludzkiego są widoczne w zamieszczonych wcześniej wynikach badań. Kobiety nie są zadowolone ze swojego wyglądu, a perfekcyjna, szczupła sylwetka staje się ich obsesją, skłaniającą do odchudzania. Liczenie kalorii stało się epidemią w dzisiejszym świecie. Walkę z kilogramami podejmują wszyscy: starzy i młodzi, grubi i chudzi, kobiety i mężczyźni. Części z nich waga wymknie się spod kontroli, będą cierpieć na zaburzenia odżywiania, a niektórzy, całkowicie zatracając się w odchudzaniu,

²⁷ C.M. RENZETTI, D.J. CURRAN: *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*. Tłum. A. GROMKOWSKA-MELOSİK. Warszawa 2008, s. 207.

²⁸ M. BOGUNIA-BOROWSKA: *Ekstremalne metamorfozy – projekt idealnego człowieka i perfekcyjnego życia w ponowoczesnym świecie*. „Kultura i Społeczeństwo” 2006, nr 4, s. 21.

²⁹ M. KOCHAN-WÓJCIK, J. PISKORZ: *Zmiany w zakresie postrzegania i oceny własnego ciała wśród kobiet od okresu dojrzewania do dorosłości*. „Psychologia Rozwojowa” 2010, nr 3, s. 22.

po prostu umrą. To drastyczny i najgorszy z możliwych scenariuszy, ale, niestety, nie niemożliwy. Oglądamy w telewizji transmisje z pokazów mody, dumnie marszerują ludzkie szkielety, a w tym samym czasie kolejna gimnazjalistka trafia do szpitala z objawami anoreksji, bo chciała wyglądać jak one. Jej samobójstwo na raty zostało w porę przerwane, inne znikające ciało może nie mieć tyle szczęścia.

Ale skutki atakowania nas obrazami nieskazitelnych ciał to nie tylko zaburzenia odżywiania. To także nadmierne zaangażowanie w monitorowanie wyglądu zewnętrznego, przeszacowywanie realnych wymiarów własnej sylwetki, ujawnianie negatywnych odczuć wobec własnego ciała, z niechęcią, złością i autoagresją włącznie. Pojawia się depresja, niska samoocena, problemy w sferze seksualnej i wiele innych dolegliwości związanych z poczuciem wstydu i braku akceptacji swojego wyglądu. W życiu społecznym piętnujemy tych, którzy nie pasują do panującego kanonu piękna. Urządzamy sondaże, głosowania, konkursy miss piękności, dyskwalifikując przy tym osoby, które nie mają wymiarów 90-60-90. Jeszcze bardziej widoczna dyskryminacja dotyczy osób starszych. Są one bowiem przykładem tego, że nawet najcudowniejszy krem nie jest w stanie uchronić nas przed oznakami przemijającego życia. Patrząc na ich pomarszczone twarze, widzimy upływ czasu, a tego nie chcemy oglądać, wolimy młodość, bo tym samym odsuwamy od siebie myśl, że kiedyś też będziemy starzy. Nie akceptujemy więc tych, którzy nie odpowiadają idealnemu obrazowi ciała. Osoby, które desperacko walczą o tę akceptację, ingerują w naturę, poddając się operacjom plastycznym. Świat zaczyna być plastikowy, wypełniony silikonem. Jeśli zjawisko to będzie postępowało w tempie takim jak dotychczas, niebawem nie będzie różnorodności, nie będzie małych i dużych biustów, krzywych i prostych nosów, grubych i chudych sylwetek. Wszyscy będą wyglądać tak samo, a wtedy zostanie wyznaczony nowy model piękna i pogoń za nim rozpocznie się na nowo.

Zanim jednak ta wizja świata się ziści, warto zastanowić się, w jaki sposób przeciwdziałać panującym tendencjom fałszowania rzeczywistego obrazu ciała i kształtowania negatywnej percepcji własnego wizerunku wśród wielu pań. Dobrym przykładem może być kampania kosmetyków Dove, pt. *Campaign for Real Beauty*, która ukazuje różne kobiety w ich naturalnej postaci, z pełnymi kształtami. Okazało się, że reklama ta została pozytywnie przyjęta ze względu na utożsamianie się odbiorców z jej bohaterkami³⁰. W końcu na ekranie pojawił się ktoś podobny do przeciętnej kobiety, co uzmysłowiło widzom, że każdy może być piękny. Popieranie takich akcji nie sprawi, że następnego dnia wyretuszowane ciała znikną z okładek kolorowych czasopism, ale na pewno będzie wyrazem naszego sprzeciwu wobec maskowania realnych obrazów ciała w mediach. Pozostaje również nadzieja, że skoro akcja marketingowa producentów kosmetyków Dove odniosła sukces, inne firmy ruszą ich śladem. Podobne, równie pozytywne emocje budzi inicjatywa brytyjskiego ministra zdrowia, który zasugerował,

³⁰ W. STRZELECKI i in.: *Zmiana wizerunku medialnego kobiety...*, s. 176.

by w mediach nie prezentować zdjęć nadmiernie chudych modelek. Akcję tę poparły popularne czasopisma, np. „Vogue”, oraz inne państwa. Jej celem było zaprzestanie propagowania typu urody i sylwetki, które u przeciętnych kobiet wywołują poczucie niższości i niezadowolenie z siebie, a w skrajnych przypadkach prowadzą do anoreksji czy bulimii³¹. Powyższe przykłady świadczą o tym, że istnieje możliwość przeciwdziałania zjawiskom idealizacji ciała. Podobne działania są wyrazem protestu i niezgody na okłamywanie nas i wzbudzanie poczucia konieczności kontrolowania swojego wyglądu. Każdy krok, nawet ten najmniejszy, ma ogromne znaczenie. Szczególnie jeśli wiąże się z edukacją dzieci i młodzieży w omawianej kwestii.

Młode dziewczyny to grupa, która szczególnie zasługuje na uwagę, ponieważ to wiek wzmożonej koncentracji na wyglądzie zewnętrznym. Nastolatki oswajają się z fizyczną stroną kobiecości, wnikliwie obserwują i poznają wciąż zmieniające się ciało, poszukują własnego wizerunku i porównują go z pożądanym ideałem, doświadczając przy tym reakcji innych ludzi na swą fizyczność³². Ponadto dziewczęta stanowią grupę głównych odbiorców popkultury. Ta z kolei słynie z lansowania konkretnych stylów zachowania oraz wyglądu. Gwiazdy jednego sezonu prezentują perfekcyjne ciała i stają się wzorem dla zakompleksionych w okresie dorastania nastolatek. Warto zwrócić uwagę także na reklamy czy prasę przeznaczoną dla młodzieży. Jak zauważyła Angela McRobbie, gazety dla adolescentek konstruują ciało i seksualność młodych dziewcząt jako serię problemów związanych z nieświeżą skórą, słabymi włosami czy wielkością piersi. W konsekwencji tej tyranii piękna dziewczęta od wczesnych lat życia mają złe wyobrażenia o swoich ciałach³³. Dlatego każdy człowiek jako zwykły, codzienny odbiorca komunikatów fałszywych w kwestii wyglądu powinien zadbać przede wszystkim o to, aby dzieci były świadome medialnej manipulacji. Rozmowy i działania mające na celu podwyższenie poczucia własnej wartości są koniecznością w walce z konsekwencjami wpływów mediów. Walkę powinna podjąć również szkoła jako środowisko wychowujące. I to nie tylko w kwestii przedstawiania negatywnych skutków anoreksji i bulimii, bo tego w polskich szkołach nie brakuje. Warto natomiast skupić się na pozytywnych emocjach, np. pokazywać sylwetki ludzi, którzy, choć nie są uosobieniem panującego ideału, osiągnęli sukces i są zadowoleni z życia. Wiele jest również osób niepełnosprawnych odpowiadających na zaproszenia różnych stowarzyszeń, które dzielą się swoimi doświadczeniami, a są m.in. znakomitymi sportowcami i pełnymi radości ludźmi. Można rozważyć zorganizowanie prelekcji z udziałem takiej osoby, która mogłaby skłonić uczniów do refleksji. Można również zaprezen-

³¹ Ibidem, s. 176.

³² M. KOCHAN-WÓJCIK, J. PISKORZ: *Zmiany w zakresie postrzegania i oceny własnego ciała...*, s. 23.

³³ Z. MEŁOSIK: *Tożsamość...*, s. 81.

wać zdjęcia znanych gwiazd bez makijażu czy pokazać ich faktyczny wzrost, aby przekonać dzieci, że ekran telewizyjny bardzo zniekształca rzeczywisty obraz. Zrezygnowanie z wyborów miss i mistera szkoły wydaje się podstawowym krokiem w walce z dążeniem młodzieży do posiadania idealnego ciała. Zamiast tego można zorganizować wybory osoby z największym poczuciem humoru lub najbardziej pomocnej. Warto jednak pamiętać, że wszystkie podejmowane działania wymagają dyskusji oraz stosownego komentarza, by dzieci wiedziały, jaki cel mają realizowane akcje. Pomocą może służyć sama historia i ukazanie zmieniającego się kanonu piękna. W dzisiejszych czasach wszystko przecież jest możliwe, więc nie ma pewności, czy za jakiś czas znowu nie będą modne rubensowskie kształty.

O tym, że definicja idealnego ciała cały czas się zmienia, przekształca i powraca, powinna pamiętać nie tylko młodzież, ale i każdy z nas. Może się bowiem okazać, że całe życie spędziliśmy, wpasowując się w panujące trendy, które okazywały się chwilowym kaprysem mediów.

Bibliografia

1. BOGUNIA-BOROWSKA M.: *Ekstremalne metamorfozy – projekt idealnego człowieka i perfekcyjnego życia w ponowoczesnym świecie*. „Kultura i Społeczeństwo” 2006, nr 4.
2. BRYTEK-MATERA A.: *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa 2008.
3. BUCZKOWSKI A.: *Społeczne tworzenie ciała. Płeć kulturowa i płeć biologiczna*. Kraków 2005.
4. CASTELLS M.: *Społeczeństwo sieci*. Tłum. K. PAWLUŚ, M. MARODY, J. STAWIŃSKI, S. SZYMAŃSKI. Warszawa 2007.
5. CHYTRA-GĘDEK W., KOBIERECKA A.: *Gotowość anorektyczna u dziewcząt i młodych kobiet*. „Psychiatria” 2008, nr 1, t. 5.
6. EDGLEY CH.: *Health Nazis and the Cult of the Perfect Body: Some Polemical Observations*. „Symbolic Interaction” 1990, nr 2.
7. FEATHERSTONE M.: *Ciało w kulturze konsumpcyjnej*. W: *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*. Red. A. MANCLEW. Warszawa 2008.
8. GROMKOWSKA A.: *Anoreksja nervosa: paradoksy współczesnej kobiecości*. W: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Red. Z. MELOSIK. Toruń–Poznań 1999.
9. IZYDORCZYK B., RYBICKA-KLIMCZYK A.: *Środki masowego przekazu i ich rola w kształtowaniu wizerunku ciała u zróżnicowanych wiekiem życia kobiet polskich. Analiza badań własnych*. „Problemy Medycyny Rodzinnej” 2009, nr 3.
10. KOCHAN-WÓJCIK M., MAŁKIEWICZ E.: *Wizualne mass media a wizerunek własnego ciała u dorastających dziewcząt – przegląd literatury*. „Psychologia Rozwojowa” 2003.
11. KOCHAN-WÓJCIK M., PISKORZ J.: *Zmiany w zakresie postrzegania i oceny własnego ciała wśród kobiet od okresu dojrzewania do dorosłości*. „Psychologia Rozwojowa” 2010, nr 3.

12. MACHAJ A., ŁOPACKA-SĘCZYK E.: *Psychologiczne i społeczne wyznaczniki postrzegania i używania własnego ciała*. W: *Edukacja bez granic – mimo barier*. Red. P. BUREJ, D. CZAJKOWSKA-ZIOBROSKA. Poznań 2008.
13. MELLIBRUDA L., KRZEMIONKA D., BRYTEK-MATERA A.: *Kochanego ciała za dużo*. Komunikat z sondażu nr 1/2011 opublikowanego na stronie: www.charaktery.eu (dostęp: 7.12.2012).
14. MELOSİK Z.: *Mass media, tożsamość i rekonstrukcje kultury współczesnej*. W: *Media. Edukacja. Kultura. W stronę edukacji medialnej*. Red. W. SKRZYDLEWSKI, S. DYŁAK. Poznań–Rzeszów 2012.
15. MELOSİK Z.: *Tożsamość, ciało, władza: teksty kulturowe jako (kon)teksty pedagogiczne*. Poznań 1996.
16. RENZETTI C.M., CURRAN D.J.: *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*. Tłum. A. GROMKOWSKA-MELOSİK. Warszawa 2008.
17. STRZELECKI W. i in.: *Zmiana wizerunku medialnego kobiety a zaburzenia odżywiania we współczesnym świecie*. „Nowiny Lekarskie” 2007, nr 2.
18. SZPUNAR M.: *Czas wolny w dobie konsumpcjonizmu i powszechnej mediatyzacji, W: Homo creator czy homo ludens? Twórcy-internauci-podróznicy*. Red. W. MUSZYŃSKI, M. SOKOŁOWSKI. Toruń 2008.
19. SZPUNAR M.: *Dbłość o zdrowie jako styl życia współczesnego człowieka. W: Małe tęsknoty? Style życia w czasie wolnym we współczesnym społeczeństwie*. Red. W. MUSZYŃSKI. Toruń 2009.

Zdrowie współczesnych kobiet – epidemiologia wybranych problemów zdrowotnych

Alina Dworak

Różnice w kwestii problemów zdrowotnych między kobietami i mężczyznami istniały zawsze. Już w prymitywnych społeczeństwach myśliwsko-rolniczych inne były przyczyny śmierci u obu płci. Problemy zdrowia kobiet koncentrowały się głównie na macierzyństwie¹.

Rola kobiet jest szczególna, a wyznacznikiem jej wyjątkowości są pełnione przez nią funkcje, zarówno te biologiczne, dane z natury, jak i te nabyte w procesie socjalizacji. Ta wielofunkcyjność dała kobietom przywilej bycia Matką-Polką – kobietą wzorową, idealną².

Omawiając sytuację kobiet w wysoko rozwiniętych krajach demokracji zachodniej, zwolennicy i przeciwnicy emancypacji kobiet deklarują odmienne podejście. Przeciwnicy nawołują do powrotu tradycyjnych ról kobiecych z jednoczesnym ograniczeniem aktywności kobiet w życiu publicznym. Według zwolenników wybranych nurtów feminizmu nadal żyjemy w społeczeństwie patriarchalnym, a kobiety pełnią rolę podporządkowaną, wykorzystywaną i bezwzględnie reproduktywną. Reprezentanci nurtu zwanego postfeministycznym głoszą tezę o wyczerpaniu się feminizmu, gdyż, ich zdaniem, współczesne kobiety zdobyły już wszystko, o co walczyły³.

Jedną z priorytetowych społecznych ról kobiety jest macierzyństwo, będące punktem wyjścia socjalizowania kobiety w płec kulturową, biologiczną zdolność do prokreacji, ciąży i porodu. A zatem macierzyństwo jest symbolem kobiecości, niezwykle wartością, godną najwyższych pochwał czy uwielbie-

¹ A. McPHERSON: *Dlaczego zdrowie kobiet?* W: *Problemy zdrowotne kobiet*. Red. IDEM. Warszawa 1997, s. 17.

² N. HIPSZ: *O roli kobiety w rodzinie*. W: *Kobieta w rodzinie, w pracy, w przestrzeni publicznej*. Red. M. GRABOWSKI. Warszawa 2013, s. 10

³ A. GROMKOWSKA-MELOSİK: *Indywidualizm, liberalna edukacja i paradoksy emancypacji kobiet*. W: *Problemy nierówności społecznej w teorii i praktyce edukacyjnej*. Red. A. GROMKOWSKA-MELOSİK, T. GMEREK. Kraków 2008, s. 75.

nia⁴. Kobiety żyją dłużej od mężczyzn, są płcią silniejszą biologicznie – z tym stwierdzeniem spotykamy się dość często, co potwierdzają statystyki, literatura medyczna, podręczniki. Ale jednocześnie zapadają na inne choroby niż mężczyźni, inaczej radzą sobie w sytuacjach trudnych, odmiennie reagują na ból, cierpienie.

Owe różnice stanu zdrowia kobiet i mężczyzn dotyczą każdego wieku i każdego społeczeństwa. Fakt, że kobiety żyją dłużej od mężczyzn, nie oznacza, iż ich jakość życia jest lepsza. Z danych statystycznych można wnioskować, że niezależnie od wieku stan zdrowia kobiet jest gorszy niż mężczyzn. Aktywność zawodowa kobiet także jest niższa, co tłumaczy się pełnioną przez kobietę rolą prokreacyjną i gorszym stanem zdrowia. Warto zaznaczyć, że okres pomenopauzalny stanowi jedną trzecią życia kobiety i obciąża ją dodatkowymi czynnikami patogenetycznymi⁵.

W ogólnej liczbie ludności Polski, w 2012 roku szacowanej na 38 mln 542 tys. osób, kobiety stanowiły prawie 52%, a zatem na 100 mężczyzn przypadało aż 107 kobiet. Przewaga liczebna mężczyzn występowała w przedziale wiekowym do 47. roku życia – gdzie na 100 mężczyzn przypadało 97 kobiet. Dla grupy wiekowej powyżej 48 lat współczynnik feminizacji wynosił 125, przy czym w najstarszych rocznikach (70 lat i więcej) na 100 mężczyzn przypadało średnio aż 180 kobiet. Warto zaznaczyć, że wśród mieszkańców wsi przewaga liczebna kobiet zaznacza się dopiero od wieku 61 lat, w miastach już od 40. roku życia⁶. Wyniki monitoringu wykazały, że w ostatnim dziesięcioleciu wzrosła średnia długość życia – dla kobiet do 79,4 lat, mężczyzn do 70,81 lat⁷.

Według Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 w ostatnich 13 latach przeciętna długość życia kobiet wzrosła o 4 lata i w 2004 roku wynosiła 79,2 lat. Jednakże na tle krajów europejskich długość życia kobiet w Polsce jest krótsza o 2,5 lat. Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia z 2002 roku kobiety w zdrowiu żyją przeciętnie 68,5 lat, a więc około 4,9 lat krócej niż przeciętni mieszkańcy krajów Unii Europejskiej⁸. Odnotowuje się także wydłużenie życia społeczeństwa polskiego. W 2009 roku w Polsce kobiety żyły przeciętnie 80,1 lat, podczas gdy mężczyźni 71,5 lat, a różnica między przeciętnym trwaniem życia kobiet i mężczyzn wyniosła 8,5 roku. W 2009 roku w porównaniu z rokiem 2004 odnotowano największy spadek współczynnika zgonów kobiet na 100 tys. ludności – o 1720 – w najstarszej grupie wieku (85 lat i więcej).

⁴ A. GROMKOWSKA-MELOSİK: *Macierzyństwo, dyplom akademicki i sukces zawodowy kobiet*. W: *Problemy nierówności społecznej...*, s. 87.

⁵ E. CZĘSTOCHOWSKA: *Kobiety – ich zdrowie i choroba*. „Medycyna po Dyplomie” 1999, nr 8 (6), s. 13–14, 16–17, 162.

⁶ J. STAŃCZAK: *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2012 roku*. Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy, 2013, s. 13.

⁷ Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, s. 9.

⁸ Ibidem, s. 12.

W trzech następujących grupach wieku: 10–14 lat, 55–59 lat oraz 60–64 lat odnotowano wzrost współczynnika (odpowiednio o 2,6 i 2 osoby na 100 tys. ludności). Jako przyczyny zgonów kobiet w latach 2004–2009 wymienić należy na pierwszym miejscu choroby układu krążenia, które stanowiły ponad połowę wszystkich przyczyn zgonów kobiet. W 2009 roku ten odsetek wyniósł 52,1%. W dalszej kolejności znalazły się zgony spowodowane: chorobami nowotworowymi (23,4%); objawami, cechami chorobowymi i nieprawidłowymi wynikami badań klinicznych i laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowanymi (5,9%); chorobami układu oddechowego (4,7%); chorobami układu trawienego (3,9%) oraz zewnętrznymi przyczynami (31%)⁹.

W 2008 roku ponad 77% wszystkich zgonów kobiet i mężczyzn stanowiły choroby cywilizacyjne, w tym choroby układu krążenia, choroby nowotworowe i przyczyny zewnętrzne, czyli zatrucia, urazy i wypadki¹⁰. Mężczyźni częściej cierpią na chorobę wrzodową, wieńcową, astmę oskrzelową i choroby oczu. Dolegliwości kobiet to głównie bóle głowy, gardła, otyłość, nadciśnienie tętnicze¹¹.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 jako główne przyczyny zgonów kobiet podano¹²:

- choroby układu krążenia (52,6% zgonów kobiet w 2004 roku) – umieralność z powodu tych chorób wykazuje trend spadkowy;
- nowotwory złośliwe (22,8% zgonów kobiet) – zagrożenie życia z ich powodu nie zmniejsza się, a w przypadku niektórych rodzajów nowotworów, takich jak nowotwory jelita grubego, rak płuc, wzrasta u kobiet. Nowotwory złośliwe stanowią najważniejszą przyczynę przedwczesnych zgonów kobiet;
- przyczyny zewnętrzne (3,6% zgonów kobiet) – zgony z tego powodu wykazują trend spadkowy. Wśród nich dominują wypadki komunikacyjne z wzrastającą liczbą zabitych pieszych.

Przyczyny zewnętrzne w 2010 roku stanowiły czwartą co do znaczenia grupę przyczyn zgonów i przyczyniły się do 5397 zgonów kobiet w Polsce. Stanowią dużo większe zagrożenie życia dla mężczyzn niż kobiet. Najczęstszymi przyczynami zewnętrznymi zgonów są wypadki komunikacyjne, które w 2010 roku stanowiły 998 zgonów kobiet, samobójstwa – 836 zgonów kobiet i wypadki – 1692 zgony, które wśród osób w wieku powyżej 65. roku życia są przyczyną najczęstszą¹³.

⁹ *Zdrowie kobiet w latach 2004–2009. Studia i analizy statystyczne*. Główny Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2012, s. 24–25.

¹⁰ M. CYLKOWSKA-NOWAK, M. PLUCIŃSKA: *Zdrowie kobiet i mężczyzn – wybrane aspekty społeczne i medyczne*. „Nowiny Lekarskie” 2010, nr 79, 1, s. 3–17.

¹¹ E. MANDAL: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych ze płcią*. Katowice 2004, s. 73.

¹² Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, s. 13.

¹³ B. WOJTYNIAK, J. STOKWISZEWSKI, P. GORYŃSKI, A. POZNAŃSKA: *Długość życia i umieralność ludności Polski*. W: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Red. B. WOJTYNIAK, P. GORYŃSKI, B. MOSKALEWICZ. Warszawa 2012, s. 82–83.

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zewnętrzne przyczyny zgonów obejmują między innymi: wypadki komunikacyjne, przypadkowe zatrucia, samobójstwa oraz zabójstwa. Najczęściej występującą przyczyną zgonów w tej kategorii w Polsce są samobójstwa oraz wypadki komunikacyjne. W 2009 roku stanowiły one odpowiednio 26,8% i 20,8% ogółu zgonów zaklasyfikowanych do zewnętrznych przyczyn zachorowań i zgonów. W 2009 roku współczynnik zgonów z powodu samobójstw wyniósł 17 na 100 tys. ludności oraz 4,8 na 100 tys. ludności dla kobiet. W tym samym roku współczynnik zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych wyniósł 13,2 na 100 tys. ludności oraz 5,9 na 100 tys. ludności dla kobiet¹⁴.

Wskaźnik umieralności w Polsce jest wyższy od przeciętnego w krajach Unii Europejskiej we wszystkich przedziałach wiekowych, z wyjątkiem kobiet młodych (15–19 lat). W 2004 roku zmarło w Polsce 28,9 tys. kobiet w wieku największej aktywności zawodowej (25–64 lat), a jako najczęstszą przyczynę zgonów podaje się nowotwory złośliwe¹⁵.

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów, chorobowości i inwalidztwa zarówno w Polsce, jak i w całej Europie czy w Stanach Zjednoczonych. Ryzyko zgonu z tego powodu jest znacznie wyższe u kobiet niż u mężczyzn. Choroby układu krążenia, a wśród nich zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, niewydolność serca, są w Polsce przyczyną 51,8% wszystkich zgonów kobiet i obserwuje się stały wzrost częstości ich występowania, co częściowo można uzasadnić starzeniem się społeczeństwa¹⁶. Zdecydowanie upośledzają one jakość życia kobiet, co wymusza potrzebę zwrócenia uwagi na występowanie czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie tętnicze, dyslipidemie i otyłość, które bezpośrednio determinują występowanie powikłań sercowo-naczyniowych, z udarem mózgu i zawałem serca na czele¹⁷.

U kobiet wzrost częstości występowania choroby niedokrwiennej serca, a tym samym zgonów zwiększa się z wiekiem wraz z modyfikującym wpływem żeńskich hormonów płciowych na czynniki ryzyka. W okresie menopauzy zmienia się zasadniczo profil lipidowy osocza i następuje wzrost poziomu trójglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji lipoprotein o małej gęstości (LDL). Wyższe stężenie androgenów oraz deficyt estrogenów powodują przyrost masy ciała, otyłość androidalną, wzrost oporności na insulinę i spadek tolerancji glukozy, co w konsekwencji wywołuje miażdżycę i wzrost zachorowalności na inne choroby układu sercowo-naczyniowego¹⁸.

¹⁴ *Zdrowie kobiet w latach 2004–2009. Studia i analizy statystyczne...*, s. 26.

¹⁵ Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, s. 12.

¹⁶ B. WOJTYNIAK, J. STOKWISZEWSKI, P. GORYŃSKI, A. POZNAŃSKA: *Długość życia i umieralność ludności Polski...*, s. 55.

¹⁷ A. POŚNIK-URBAŃSKA, K. KAWECKA-JASZCZ: *Choroby układu krążenia u kobiet – problem wciąż niedoceniany*. „Choroby Serca i Naczyń” 2006, T. 3, nr 4, s. 169–174.

¹⁸ T. MAKOWIEC-DĄBROWSKA: *Praca zawodowa kobiet jako czynnik ryzyka chorób układu krążenia*. „Medycyna Praktyczna” 1996, nr 47, 5, s. 485–500.

Nowotwory złośliwe w Polsce stanowią 26% zgonów mężczyzn i 22,8% zgonów kobiet, są zatem drugą przyczyną zgonów. To istotny problem nie tylko w starszych grupach wiekowych; powodują także przedwczesną umieralność, szczególnie widoczną w populacji kobiet. (32% zgonów w grupie kobiet młodych i 50% zgonów wśród kobiet w wieku średnim)¹⁹. Nowotwory złośliwe odpowiadają za blisko 40% PYLL (Potencjalnie Utracone Lata Życia, ang. *Potential Years of Life Lost*), czyli różnicy między wiekiem zgonu a 70. rokiem życia, jeżeli przyjąć, że zgon przed 70. rokiem życia jest zgonem przedwczesnym²⁰.

Rak piersi jako najczęściej występujący nowotwór złośliwy u kobiet stanowi około 20% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u Polek. Występuje częściej po menopauzie, a ryzyko zachorowania wzrasta po 50. roku życia. Polska należy do krajów o średniej zachorowalności na ten nowotwór. Niestety, w ciągu ostatnich lat zachorowalność wzrosła około 4–5%. Choroba występuje najczęściej u kobiet, dużo rzadziej u mężczyzn. Najlepszym sposobem wczesnego wykrycia nieprawidłowych zmian w piersi jest mammografia – badanie bezpieczne i bezbolesne. Każda kobieta powinna poddawać się mammografii co dwa lata, jeśli lekarz nie zaleci inaczej. Nowotwór piersi wczesnie wykryty jest niemal w 100% uleczalny²¹. Rocznie z jego powodu umiera w naszym kraju około 5 tys. kobiet i jest on drugą po raku płuc przyczyną zgonów Polek z powodów onkologicznych. W roku 2009 zanotowano w Polsce 15 752 zachorowań na ten nowotwór, zmarły 5242 kobiety²². Kobiety, w których rodzinie rak piersi występował wśród krewnych pierwszego stopnia (mama, siostra), należą do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania. Wśród krewnych kobiet z jednostronnym rakiem piersi ryzyko względnego zachorowania wzrasta dwu-, trzykrotnie. Jeśli w rodzinie wystąpił on przed menopauzą i był obustronny, ryzyko zachorowania wzrasta. Łagodne choroby gruczołu sutkowego tylko nieznacznie zwiększają ryzyko zachorowania. Dwukrotnie większe ryzyko występuje u kobiet, które wczesnie zaczęły miesiączkować, aczkolwiek ryzyko to maleje wraz z wiekiem. Zmniejszone o połowę ryzyko zachorowania na raka piersi dotyczy kobiet, które urodziły pierwsze dziecko przed 20. rokiem życia. Dodatkowym efektem ochronnym jest wielodzietność oraz karmienie piersią²³.

¹⁹ U. WOJCIECHOWSKA, J. DIDKOWSKA, W. ZATOŃSKI: *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku*. Cancer in Poland 2010, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2012.

²⁰ B. WOJTYNIAK, J. STOKWISZEWSKI, P. GORYŃSKI, A. POZNAŃSKA: *Długość życia i umieralność ludności Polski*. W: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski...*, s. 58.

²¹ *Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi*. Narodowy Fundusz Zdrowia. 14.05.2013.

²² J. DIDKOWSKA, U. WOJCIECHOWSKA, W. ZATOŃSKI: *Nowotwory w Polsce w roku 2009*. Centrum Onkologii Instytut, Warszawa 2011, s. 7.

²³ A. MCPHERSON: *Dlaczego zdrowie kobiet?* W: *Problemy zdrowotne kobiet...*, s. 30–33.

W Polsce co roku na raka szyjki macicy zapada 4 tys. kobiet (10 dziennie!), a połowa z nich umiera, bo zbyt późno zgłosiły się do lekarza. To bardzo dostępna choroba i w pierwszym okresie przebiega bez niepokojących objawów. Jej rozpoznanie jest możliwe tylko dzięki cytologii, bezpiecznemu i bezbolesnemu badaniu, które pozwala na wykrycie nie tylko wczesnych postaci tego nowotworu, ale także stanów, które nieleczone mogą doprowadzić do jego powstania. Każda kobieta powinna wykonywać cytologię co trzy lata, jeśli lekarz nie zaleci inaczej. Wczesne wykrycie raka szyjki macicy gwarantuje skuteczność wyleczenia niemal w 100%²⁴. Główne czynniki ryzyka raka szyjki macicy to: infekcje wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), wiek (zachorowalność zwiększa się wraz z wiekiem, a szczyt zachorowań przypada na okres pomiędzy 45. a 55. rokiem życia), wczesne rozpoczęcie życia seksualnego, duża liczba partnerów seksualnych, duża liczba porodów, niski status społeczny i ekonomiczny, palenie papierosów, stwierdzona wcześniej zmiana patologiczna w badaniu cytologicznym, partnerzy seksualnie niemonogamiczni z infekcją HPV (ryzyko zachorowania wzrasta dwudziestokrotnie)²⁵.

Statystyki ostatnich lat wskazują na wzrost zachorowalności na raka płuc w populacji kobiet. Od 1985 roku rak płuc jest najczęstszym nowotworem złośliwym na świecie. Mimo znacznego trendu spadkowego u mężczyzn, choroba ta coraz częściej atakuje kobiety. Zazwyczaj jest diagnozowana w zaawansowanym stadium, wśród kobiet w młodszych grupach wiekowych, co tłumaczy się używaniem nikotyny i płciowym zróżnicowaniem odpowiedzi na substancję rakotwórczą zawartą w dymie papierosowym²⁶.

Zarówno w chorobach układu krążenia, jak i w chorobach nowotworowych nadal aktualne są trzy zasadnicze czynniki ryzyka: genetyczne, środowiskowe i regulacyjne²⁷.

W 2009 roku 46,9% kobiet deklaroowało występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych. W porównaniu z danymi z przeprowadzonego w 2004 roku badania stanu zdrowia ludności Polski, odnotowano wzrost odsetka kobiet z długotrwałymi problemami zdrowotnymi o 7,1 punktu procentowego. Dane liczbowe z lat 2004 i 2009 wykazały, że najczęstszą chorobą przewlekłą kobiet w wieku 15 lat i więcej było nadciśnienie tętnicze: odpowiednio 19,7% i 23,1%. W 2009 roku w porównaniu z rokiem 2004 wzrósł odsetek kobiet deklarujących występowanie w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie takich schorzeń jak: alergia (o 4,7 punktu procentowego), choroba wieńcowa serca (o 4,1 punktu

²⁴ *Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy*. Narodowy Fundusz Zdrowia. 14.05.2013.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ B. ŚWIĄTKOWSKA: *Zawodowe uwarunkowania raka płuc u kobiet w badaniach epidemiologicznych*. „Medycyna Pracy” 2011, nr 62, 6, s. 659–665.

²⁷ T.B. KULIG: *Profilaktyka w chorobach cywilizacyjnych*. W: *Promocja zdrowia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych*. Red. B. ZBOJNY. Ostrowiec Świętokrzyski 2006, s. 15–16.

procentowego), nadciśnienie tętnicze (o 3,4 punktu procentowego), choroby tarczycy (o 1,4 punktu procentowego), cukrzyca (o 1,3 punktu procentowego). Niższy o 1 punkt procentowy w 2004 roku był odsetek kobiet z przebyłym zawałem serca, natomiast odsetek kobiet chorujących na astmę zarówno w 2004, jak i w 2009 roku utrzymywał się na tym samym poziomie (zob. tab. 1)²⁸.

Tabela 1. Kobiety w wieku 15 lat i więcej, chorujące przewlekłe, według wybranych chorób i dolegliwości

Choroby i dolegliwości przewlekłe	2004		2009	
	w tysiącach	w procentach	w tysiącach	w procentach
Astma	645,5	3,9	648,1	3,9
Zawał serca	380,8	2,3	225,2	1,3
Choroba wieńcowa serca	1170,0	7,1	1871,5	11,2
Nadciśnienie tętnicze	3263,4	19,7	3871,4	23,1
Udar mózgu	140,3	0,8	201,4	1,2
Cukrzyca	773,6	4,7	1012,3	6,0
Alergia (bez astmy alergicznej)	856,3	5,2	1660,0	9,9
Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy	693,6	4,2	771,7	4,6
Choroby tarczycy	1076,0	6,5	1320,4	7,9
Nowotwór złośliwy, w tym białaczka i chłoniak	156,0	0,9	167,9	1,0

Dotyczy kobiet chorujących na choroby przewlekłe w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie EHIS

Źródło: *Zdrowie kobiet w latach 2004–2009. Studia i analizy statystyczne*. Główny Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2012, s. 37.

Aktualnym problemem zdrowotnym kobiet jest osteoporoza. Cierpi na nią 50% kobiet powyżej 45. roku życia i 90% kobiet po 75. roku życia, a najczęstszym powikłaniem jest złamanie szyjki kości udowej. Niekorzystny wpływ na mineralizację kości u kobiet wywierają ciąża i niedostateczna aktywność fizyczna, co prowadzi do większych zmian architektonicznych kości w porównaniu do mężczyzn. Głównym czynnikiem utraty masy kostnej u kobiet w okresie pomenopauzalnym jest niedobór estrogenów²⁹.

Według Światowej Organizacji Zdrowia jednym z najważniejszych, poddającym się redukcji czynnikiem ryzyka wielu chorób jest palenie tytoniu. W 2009 roku 17,9% kobiet paliło codziennie, 4,9% okazjonalnie, a 76,9% stanowiły kobiety niepalące. Palaczami są najczęściej osoby zdrowe, niedeklarujące problemów zdrowotnych, po 40. roku życia, z wykształceniem zasadniczym zawodo-

²⁸ *Zdrowie kobiet w latach 2004–2009. Studia i analizy statystyczne...*, s. 34–38.

²⁹ E. CZĘSTOCHOWSKA: *Kobiety – ich zdrowie i choroba...*, s. 13–14, 16–17, 162.

wym i rozwiedzione³⁰. Kobiety palące należą do grupy ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy, rozwój raka w fazie inwazyjnej jest większy u kobiet, które wcześniej rozpoczęły palenie. Palące kobiety są dwukrotnie częściej narażone na choroby sercowo-naczyniowe, szczególnie kobiety młodsze. Warto wspomnieć także o wpływie palenia na zdolność prokreacyjną kobiet. Dzieci urodzone przez palące ciężarne mają mniejszą urodzeniową masę ciała o około 200 g niż noworodki matek niepalących. Kobiety palące mają także zdecydowanie więcej powikłań w czasie ciąży. Do najczęstszych należą: łożysko przodujące, przedwczesne odklejenie się łożyska, krwawienia i przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego. Inne problemy związane z prokreacją kobiet palących to: niepłodność, ryzyko ciąży pozamacicznej, zaburzenia miesiączkowania, osteoporoza i wcześniejsza menopauza³¹. Najczęstszym powodem sięgania po używki zarówno przez mężczyzn, jak i przez kobiety są stereotypy związane z płcią, autoprezentacja, chęć bycia postrzeganym jako osoba niezależna, towarzyska³².

Picie alkoholu stanowi zagrożenie dla zdrowia, a z czasem może prowadzić do uzależnienia. W ostatnich latach można zaobserwować spadek odsetka pijących kobiet oraz wzrost odsetka pijących mężczyzn. W 2009 roku ponad 65% kobiet deklaroowało spożycie alkoholu w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających badanie. Całkowitą abstynencję zadeklarowała co trzecia kobieta³³. Skutki zdrowotne spożycia alkoholu są zdecydowanie poważniejsze u kobiet niż u mężczyzn, co wynika z mniejszej masy ciała kobiet, niższej zawartości wody w organizmie, różnic w metabolizmie alkoholu czy wpływu alkoholu na układ hormonalny. Jako konsekwencje spożycia alkoholu przez kobiety wymienić należy: zaburzenia dojrzewania, zaburzenia miesiączkowania, niepłodność, nowotwór piersi, a w przypadku spożycia alkoholu w okresie ciąży płodowy zespół alkoholowy – FAS³⁴.

Czynnikami ryzyka wielu chorób jest nadwaga i otyłość. W badaniach ankietowych ludności Polski (EHIS), przeprowadzonych przez GUS w 2009 roku, stwierdzono nadwagę lub otyłość u ponad 45% kobiet, a ich udział w populacji wzrósł od 2004 roku o 5 punktów procentowych, głównie w grupie wiekowej 20–49 lat³⁵.

Podłoże patogenetyczne wielu chorób związane jest z prowadzonym stylem życia, na który składają się zachowania zdrowotne. Zachowania zdrowotne

³⁰ Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011, s. 66–67.

³¹ P. WHITE: *Kobiety i palenie*. W: *Problemy zdrowotne kobiet...*, s. 459–460.

³² E. MANDAL: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów...*, s. 74.

³³ *Zdrowie kobiet w latach 2004–2009. Studia i analizy statystyczne...*, s. 77.

³⁴ J. MOSKALEWICZ: *Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu*. „Alkoholizm i Narkomania” 2007, T. 20, 1, s. 55–63.

³⁵ A. POZNAŃSKA, D. RABCZENKO, B. WOJTYNIAK: *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia*. W: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski...*, s. 295.

jako formy celowej aktywności jednostki ukierunkowane na zdrowie mogą być pozytywne, czyli prozdrowotne, służące zdrowiu, lub negatywne, czyli ujemne dla zdrowia. Jednostka sama dokonuje wyboru zachowań zdrowotnych, aczkolwiek istotne znaczenie ma okres socjalizacji, a więc rodzina, szkoła, z czasem grupa rówieśnicza. Styl życia jest istotnym determinantem zdrowia, w ponad 50% warunkującym nasze zdrowie. Prowadząc prozdrowotny styl życia, można poprawić ogólny stan zdrowia, uniknąć wielu chorób, w tym także nowotworowych. Właściwa dieta, aktywność fizyczna, odpowiednie warunki pracy, walka z uzależnieniami, unikanie infekcji, właściwe zachowania seksualne to zachowania służące naszemu zdrowiu³⁶.

Ryzykownymi dla zdrowia zachowaniami okazują się we współczesnym świecie praktyki poprawiania wizerunku w celu zwiększenia atrakcyjności. Nieracjonalne odchudzanie się kobiet, zabiegi korygujące urodę, nadużywanie kosmetyków, sztucznych lamp w solariach mają często niewspółmierne do pożądaných konsekwencje zdrowotne. Takie skrajne dyscyplinowanie ciała dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn, a chęć bycia atrakcyjnym w roli płciowej determinuje wybór zachowań zagrażających zdrowiu czy życiu³⁷.

Wraz z rozwojem cywilizacji polepszyły się warunki socjalno-bytowe, ekonomiczne, obserwuje się wydłużenie życia polskich kobiet. Ale jednocześnie pojawiają się nowe, nieznane dotąd choroby, a wiele dotychczas znanych chorób zmieniło swój przebieg. Dlatego ważne jest właściwe diagnozowanie uwarunkowań w zakresie zachowań zdrowotnych kobiet, właściwej kondycji fizycznej, psychicznej, profilaktyki w celu poprawy jakości życia współczesnej kobiety.

Bibliografia

1. CYLKOWSKA-NOWAK M., PLUCIŃSKA M.: *Zdrowie kobiet i mężczyzn – wybrane aspekty społeczne i medyczne*. „Nowiny Lekarskie” 2010, 79, 1.
2. CZĘSTOCHOWSKA E.: *Kobiety – ich zdrowie i choroba*. „Medycyna po Dyplomie” 1999, nr 8 (6).
3. DIDKOWSKA J., WOJCIECHOWSKA U., ZATOŃSKI W.: *Nowotwory w Polsce w roku 2009*. Warszawa 2011.
4. GROMKOWSKA-MELOSİK A.: *Indywidualizm, liberalna edukacja i paradoksy emancypacji kobiet*. W: *Problemy nierówności społecznej w teorii i praktyce edukacyjnej*. Red. A. GROMKOWSKA-MELOSİK, T. GMEREK. Kraków 2008.
5. GROMKOWSKA-MELOSİK A.: *Macierzyństwo, dyplom akademicki i sukces zawodowy kobiet*. W: *Problemy nierówności społecznej w teorii i praktyce edukacyjnej*. Red. A. GROMKOWSKA-MELOSİK, T. GMEREK. Kraków 2008.
6. HIPSZ N.: *O roli kobiety w rodzinie*. W: *Kobieta w rodzinie, w pracy, w przestrzeni publicznej*. Red. M. GRABOWSKI. Warszawa 2013.

³⁶ A. MARKOWSKA: *Zdrowie ludzi i długość życia*. „Nowiny Lekarskie” 2008, nr 77, 1, s. 56–62.

³⁷ E. MANDAL: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów...*, s. 77.

7. KULIG T.B.: *Profilaktyka w chorobach cywilizacyjnych*. W: *Promocja zdrowia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych*. Red. B. ZBOINY. Ostrowiec Świętokrzyski 2006.
8. MAKOWIEC-DĄBROWSKA T.: *Praca zawodowa kobiet jako czynnik ryzyka chorób układu krążenia*. „Medycyna Praktyczna” 1996, nr 47, 5.
9. MANDAL E.: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice 2004.
10. MARKOWSKA A.: *Zdrowie ludzi i długość życia*. „Nowiny Lekarskie” 2008, nr 77, 1.
11. MCPHERSON A.: *Dlaczego zdrowie kobiet?* W: *Problemy zdrowotne kobiet*. Red. A. MCPHERSON. Warszawa 1997.
12. MOSKALEWICZ J.: *Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu*. „Alkoholizm i Narkomania” 2007, t. 20, 1.
13. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015.
14. Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. Narodowy Fundusz Zdrowia. 14.05.2013.
15. Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi. Narodowy Fundusz Zdrowia. 14.05.2013.
16. POŚNIK-URBAŃSKA A., KAWECKA-JASZCZ K.: *Choroby układu krążenia u kobiet problem wciąż niedoceniany*. „Choroby Serca i Naczyń” 2006, t. 3, nr 4.
17. POZNAŃSKA A., RABCZENKO D., WOJTYNIAK B.: *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia*. W: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Red. B. WOJTYNIAK, P. GORYŃSKI, B. MOSKALEWICZ. Warszawa 2012.
18. *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.
19. STAŃCZAK I.: *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2012 roku*. Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy, 2013.
20. ŚWIĄTKOWSKA B.: *Zawodowe uwarunkowania raka płuc u kobiet w badaniach epidemiologicznych*. „Medycyna Pracy” 2011, nr 62, 6.
21. WHITE P.: *Kobiety i palenie*. W: *Problemy zdrowotne kobiet*. Red. A. MCPHERSON. Warszawa 1997.
22. WOJCIECHOWSKA U., DIDKOWSKA J., ZATOŃSKI W.: *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku*. Cancer in Poland 2010, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2012.
23. WOJTYNIAK B., STOKWISZEWSKI J., GORYŃSKI P., POZNAŃSKA A.: *Długość życia i umieralność ludności Polski*. W: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Red. B. WOJTYNIAK, P. GORYŃSKI, B. MOSKALEWICZ. Warszawa 2012.
24. *Zdrowie kobiet w latach 2004–2009. Studia i analizy statystyczne*. Główny Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2012.

Biopsychospołeczne aspekty cyklicznej zmienności w obszarze realizowania przez kobiety funkcji prokreacyjnych na przykładzie zespołu napięcia przedmiesiączkowego

Marianna Dąbrowska-Wnuk

Przeświadczenie o zmienności kobiecej natury ma w świadomości społecznej swoje wielowiekowe ugruntowanie. Dowodów dostarczają nie tylko codzienne obserwacje, ale także naukowe eksperymenty. Zagadnienie to inspiruje wielu badaczy ludzkiej psychiki i zachowań (psychologów, biologów, filozofów).

Kobieca zmienność, wiążąca się nieodłącznie z emocjonalnością, nie jest tylko stanem, w którym aktualnie znajduje się kobieta. Można jej bez wątpienia przypisać atrybut cechy świadczący o tym, że stanowi niemalże immanentny element kobiecej natury. Bernard Shaw, ujmując jej sedno, napisał: „Kobieta w swej zmienności jest stała jak wodospad”¹. Przypisywane tym samym ludzkiemu zachowaniu cechy, takie jak stałość i zindywidualizowanie, doskonale wpisują się w kobiece reakcje. W zmienności kobiecej natury można paradoksalnie doszukać się dowodu na jej stałość. Jest to bardziej zrozumiałe w sytuacji, gdy uwzględnimy jej cykliczny przebieg. Znajomość kobiecej biologii oraz ściśle z nią powiązanej psychiki i zachowania staje się kluczem do zrozumienia i zaakceptowania kobiecości.

Emocjonalność kobiety najczęściej utożsamiana jest ze zmiennością i dynamiką nastroju. Może ona ewoluować w rozmaitych kombinacjach, w zależności od przeżywanych emocji i poziomu ich wzbudzenia². Zakłada się, że emocjonalność ta jest różna i niezależna od obowiązującego stereotypu kobiecości i współczesnych wymagań życiowych. Ze względu na różnice w fizjologii kobiety i mężczyzny przybiera różną jakościowo postać. Przede wszystkim kobiety silniej niż mężczyźni przeżywają emocje zarówno pozytywne, jak i negatywne, stąd większa zmienność ich nastrojów. Różnica ta w rzeczywistości jest stosunkowo nieduża, choć w odbiorze społecznym jawi się jako większa, ponieważ kobiety bardziej koncentrują się na swoich emocjach, a także ujawniają je wyraźniej w sposób bardziej czytelny dla otoczenia³. Przywiązują większą wagę do tego, co

¹ B. WOJCISZKE: *Kobieta zmienną jest*. Gdańsk 2009, s. 43.

² M. STEINER, K. YONKERS: *Depresja u kobiet*. Gdańsk 1999.

³ B. WOJCISZKE: *Kobieta zmienną jest...*, s. 43.

wiąże się z życiem osobistym i kontaktami z innymi ludźmi⁴. Wrażenie to potęguje powszechnie uznawany w opinii społecznej stereotyp kobiety jako istoty wrażliwej i uczuciowej, która posługuje się intuicją. Spostrzegając i oceniając rzeczywistość, koncentruje się na szczegółach i często je wyolbrzymia. Sprawia to, że labilna emocjonalnie kobieta doświadcza w krótkim czasie przechodzenia od stanu płaczliwości do radości, możliwe jest też przeżywanie smutku przechodzącego w złość lub euforii w ekstatyczny spokój⁵. Trafnie pointują to Anne Moir i David Jessel, od wielu lat zajmujący się wpływem płci na psychiczny i behawioralny aspekt funkcjonowania człowieka: „Kobiety widzą, słyszą i odczuwają więcej, a to, co widzą, słyszą i odczuwają, więcej dla nich znaczy”⁶. Neurologiczna rzeczywistość kobiety, jak wskazuje Louann Brizendine, jest o wiele mniej stała niż mężczyzny. „Męski mózg można by w tym kontekście porównać do górskiego szczytu, przez tysiąclecia nadkruszonego przez postępujące i cofające się lodowce, zmiany klimatyczne oraz ruchy tektoniczne gdzieś głęboko w skorupie ziemskiej. Mózg kobiety w tym ujęciu byłby jak sama pogoda – wciąż zmienna i nieprzewidywalna”⁷.

Zmienność determinowana jest wieloma czynnikami. Jej źródeł upatruje się powszechnie w przemianach biologicznych, jakim cyklicznie podlega kobiece ciało. Oprócz biologicznych (anatomicznych i fizjologicznych) uwarunkowań należy zwrócić uwagę na uwarunkowania sytuacyjne i osobowościowe, nie zapominając o ścisłych powiązaniach pomiędzy nimi. Zmiany biologiczne pociągają bowiem za sobą zmiany nastroju i związanego z nim samopoczucia, fizycznego jak i psychicznego. Ścisłe powiązania pomiędzy sferą biologicznego i psychospołecznego funkcjonowania widoczne są w każdej z faz życia kobiety, począwszy od narodzin. Od okresu dorastania aż po średnią dorosłość (menopauza) zależności te szczególnie intensywnie wpływają na psychiczny i behawioralny aspekt życia kobiety, wiążąc się nieodłącznie z prokreacją.

Prokreację ujmuje się, w perspektywie rozwojowej, jako dynamicznie zmieniające się zjawisko, na które składają się fazy: nabywania, realizowania i tracenia zdolności prokreacyjnych. Zagadnienia, które w ramach psychologii prokreacji łączy się z nabywaniem zdolności prokreacyjnych, głównie związane są z dojrzewaniem płciowym i miesiączkowaniem⁸. W założeniach przyjętych przez Komisję ds. Depresji Kobiet przy Amerykańskim Towarzystwie Psychologicznym to właśnie menstruacja została sklasyfikowana jako jedno z wydarzeń związanych z prokreacją⁹.

⁴ A. MOIR, D. JESSEL: *Płeć mózgu*. Warszawa 1989, s. 141.

⁵ M. STEINER, K. YONKERS: *Depresja...*

⁶ A. MOIR, D. JESSEL: *Płeć mózgu...*, s. 195.

⁷ L. BRIZENDINE: *Mózg kobiety*. Gdańsk 2006, s. 4.

⁸ E. BIELAWSKA-BATOROWICZ: *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice 2006, s. 73, 76.

⁹ N.F. RUSSO, B.L. GREEN: *Kobiety a zdrowie psychiczne*. W: *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice*. Red. B. WOJCISZKE. Gdańsk 2002, s. 330.

Przemiany warunkowane naturalnymi etapami rozwojowymi, wyznaczanymi przez działanie hormonów, Jerzy Samochowiec i współautorzy w artykule *Wpływ genów na kształtowanie się cech osobowości* porównują do biegu lekkoatletki, która, pokonując kolejne przeszkody (płotki), stawia czoło własnemu fizjologicznemu dojrzewaniu: dorastaniu, comiesięcznej menstruacji, ciąży wraz z położeniem, menopauzie. I tak jak w biegu może zdarzyć się potknięcie o przeszkodę i bolesny upadek, tak u kobiety doświadczającej przemian hormonalnych mogą ujawniać się różnego rodzaju zaburzenia¹⁰.

Biorąc pod uwagę psychofizyczne aspekty prokreacji, obok depresji okresu ciąży i porodu, zaburzeń nastroju związanych z menopauzą, wyróżnia się także zespół napięcia przedmiesiączkowego (ZNPM) oraz przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne (PMDD)¹¹.

Wyraźny wzrost zainteresowania psychologicznymi aspektami cyklu miesięczkowego, szczególnie problematyką zespołu napięcia przedmiesiączkowego i związanych z nim zmian psychicznych, obserwuje się, zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych, od końca lat 60. XX wieku¹². Paul C. MacDonald, Raymond A. Dombroski i M. Linette Casey tłumaczą większe zainteresowanie społeczeństwa zaburzeniami okresu przedmiesiączkowego, odwołując się do zmian modelu diety. Badacze zwracają uwagę, że do niedawna czas w życiu kobiety związany z fizjologicznym okresem *aménorrhéa* (braku miesiączki), spowodowany wielokrotnymi ciążami i okresami połogu i laktacji, był o wiele dłuższy. Obecnie skuteczna kontrola płodności i podejmowane przez kobiety nowe role społeczne sprawiają, że czas, w którym doświadczają zmian hormonalnych w cyklu miesięczkowym i związanych z tym dolegliwości, znacznie się wydłużył, stanowiąc dominujący okres podczas reprodukcyjnego cyklu życia kobiety¹³.

Nie bez znaczenia jest również coraz bardziej popularny także w naszym kraju model małżeństwa DINK (ang. *double income – no kids*), w którym partnerzy pomimo braku biologicznych i społecznych przeszkód, świadomie rezygnują z potomstwa¹⁴.

Do charakterystycznych cech zachowania kobiety, powszechnie kojarzonych z cyklicznością, należy zmieniający się „kalendarz nastrojów psychicznych”

¹⁰ J. SAMOCHOWIEC, E. FISZER-PIOSIK, J. KUCHARSKA-MAZUR, J. HORODNICKI: *Wpływ genów na kształtowanie się cech osobowości*. „Psychiatria Polska” 2002, t. 34, nr 1.

¹¹ J. SAMOCHOWIEC, A. TYMICZ, B. WOJCIECHOWSKI: *Problemy emocjonalne kobiet*. „Medycyna po Dyplomie” 2002, 11 (9), s. 78.

¹² E. BIELAWSKA-BATOROWICZ: *Psychologiczne aspekty...*, s. 78.

¹³ P.C. MACDONALD, R.A. DOMBROSKI, M.L. CASEY: *Recurrent Secretion of Progesterone in Large an Endocrine/Metabolic Disorder Unique to Young Women?* „Endocrine Rev” 1991, 12. Podano za: J. TKACZUK-WŁACH, M. SOBSTYL, K. SYTY, C. ŁEPECKA-KŁUSEK, G. JAKIEL: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego*. „Przegląd Menopauzalny” 2009, 6, s. 339.

¹⁴ Dodatkowe informacje na temat alternatywnych form życia małżeńsko-rodzinnego: T. BIERNAT, S. SOBIERAJSKI: *Młódzież wobec małżeństwa i rodziny*. Toruń 2007; D. GĘBUŚ: *Rodzina. Tak, ale, jaka?* Warszawa 2006.

warunkowany różnymi etapami cyklu miesięczkowego. Najbardziej przykry dla samopoczucia kobiety jest okres przedmiesiączkowy, traktowany jako „powszechnie występująca kobieca dolegliwość”¹⁵.

Zespół napięcia przedmiesiączkowego (ZNPM; ang. *premenstrual syndrome* PMS) opisywany jest coraz częściej zarówno w prasie popularnej, jak i medycznej. W 1981 roku Ernesto Gonzales w „Journal of American Medical Association” uznał syndrom zaburzeń przedmiesiączkowych jako nowy problem medyczny dotyczący kobiet¹⁶. Docenienie jego wagi znalazło swoje odzwierciedlenie w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV), które zamieściło PMDD (traktowane w tym ujęciu jako najbardziej nasilona forma spektrum PMS) na liście chorób i zaburzeń psychicznych¹⁷.

Chociaż nadal trwają spory dotyczące definicji zespołu, jego etiologii i leczenia, widoczne jest coraz większe zainteresowanie i zrozumienie zjawiska. Jest to problem złożony, nasuwający wiele pytań o interakcje pomiędzy hormonami i zmianami fizjologicznymi a wydarzeniami życiowymi i stresem¹⁸.

Zespół napięcia przedmiesiączkowego został opisany po raz pierwszy przez amerykańskiego neurologa Roberta T. Franka w 1931 roku. Terminu „przedmiesiączkowe napięcie” użył on do opisanego objawów o różnym nasileniu, występujących u kobiet w wieku rozrodczym¹⁹. Jednak dopiero w latach 60. XX wieku powstała koncepcja zespołu napięcia przedmiesiączkowego. Katharina Dalton opublikowała wówczas badania wskazujące na występowanie u kobiet wielu negatywnych objawów w sferze emocjonalnej, poznawczej i fizjologicznej jako efektu zmiany poziomu hormonów w fazie przedmiesiączkowej cyklu²⁰.

Doświadczane przez kobiety objawy zostały zaklasyfikowane jako zespół, jednak jest ich tak wiele (około 150) i często wzajemnie sprzecznych (np. podwyższony nastrój i depresja), że nie ma zgodności co do tego, czy zespół ten faktycznie jest pojęciem homogenicznym²¹.

Według Amerykańskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologist*) diagnoza PMS opiera się na rozpoznaniu jednego lub więcej objawów emocjonalnych i fizykalnych w okresie do 5 dni przed krwawieniem miesięcznym i ich ustąpieniu do 4 dni po krwawie-

¹⁵ K. POSPISZYL: *Zaburzenia przedmiesiączkowe, choroba faktyczna czy urojona?* „Problemy Rodziny” 1992, 31 (2), 27.

¹⁶ Ibidem, s. 28.

¹⁷ *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Red. J. WCIÓRKA. Wrocław 2008.

¹⁸ K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego*. W: *Problemy zdrowotne kobiet*. Red. A. MCPHERSON. Warszawa 1997, s. 160.

¹⁹ I. SIUDA, J. RABE-JABŁOŃSKA: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego i zaburzenia dysforyczne przedmiesiączkowe – diagnostyka i leczenie*. „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2007, 7 (1), s. 30.

²⁰ L. BRANNON: *Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni*. Gdańsk 2002, s. 91.

²¹ Ibidem, s. 91

niu. Objawy te ujawniają się w fazie lutealnej, a więc po 13. dniu cyklu. Ich nasilenie jest średnie lub ciężkie, co zaburza funkcjonowanie w codziennym życiu i/lub związku, powodując znaczny dyskomfort fizyczny i/lub psychiczny, na tyle silny, by szukać pomocy specjalisty. Objawy te występują przez większość cykli miesięczkowych i muszą zostać potwierdzone prospektywnie przez dwa kolejne cykle. Ponadto występujące zaburzenia nie mogą być zaostreniami istniejących chorób psychicznych lub somatycznych²².

Do wnikliwego poznania objawów PMS przyczynił się przede wszystkim program badawczy zapoczątkowany w 1996 roku w USA, znany jako *PMS Research Project* (Projekt Badań nad Zespołem Przedmiesiączkowym). Opisane objawy zgrupowane zostały w cztery kategorie, z których dwie odnoszą się do sfery psychicznej: objawy emocjonalne (płacz bez wyraźnego powodu, labilność emocjonalna, zmienność nastroju często z wrogim nastawieniem do otoczenia, tzw. zmiany zachowań o typie doktor Jekyll – mister Hyde, drażliwość, nadpobudliwość, skłonność do irytacji i gwałtowności, utrata panowania nad sobą itp.); objawy depresyjne (obniżony nastrój, przygnębienie, apatia, lęk, smutek); zaburzenia popędu (np. gwałtowna potrzeba jedzenia słodkiego, napadowe uczucie głodu, zmiany w potrzebach seksualnych, obniżenie libido, nadużywanie środków uspokajających); objawy fizjologiczne (ból i zawroty głowy, ból i nadwrażliwość piersi, wzdęcia brzucha, zaparcia, obrzęki kończyn, ból krzyża itp.)²³.

Warto zaznaczyć, że nie wszystkie objawy muszą występować u każdej kobiety, ponadto ich obraz może się zmieniać u tej samej kobiety w zależności od cyklu. Ocenia się, że niemal każda kobieta odczuwa przynajmniej raz w życiu jeden z około 150 symptomów²⁴. U 5–8% kobiet PMS występuje w postaci przedmiesiączkowego zespołu dysforycznego (*premenstrual dysphoric disorder* – PMDD). PMDD jest szczególną postacią przedmiesiączkowych zaburzeń nastroju. Dominujące w jego obrazie klinicznym są znacznie nasilone objawy psychiczne, takie jak np.: przygnębienie, depresja, napięcie, drażliwość, dysforia, zmienność nastroju, zaburzenia koncentracji, lęk, niepokój. Wpływ PMDD na jakość życia kobiet jest podobny jak w przypadku chorób psychicznych²⁵.

Dane statystyczne wskazujące na częstotliwość występowania ZNPM nie są jednoznaczne. W zależności od badań szacuje się, że mieszczą się w przedziale od 20 do 90%. Powołując się na badaczy tego zjawiska, Ilona Siuda i Jolanta

²² M. OLAJOSSY, A. GERHANT: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego i przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne – problem z pogranicza psychiatrii i ginekologii*. „Curr Probl. Psychiatrii” 2011, 12 (2), s. 164.

²³ R. KIEREŚ, D. JAWORSKA, E. MAJCHER, B. ROSOWSKI, K. MROŻEWSKI: *Siedem trudnych dni*. „Charaktery”, 2000, 12 (47), s. 29; A. WILAMOWSKA: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego – większe ryzyko objawów menopauzalnych*. „Przegląd Menopauzalny”, 2006, 2, s. 116.

²⁴ R. KIEREŚ, D. JAWORSKA, E. MAJCHER, B. ROSOWSKI, K. MROŻEWSKI: *Siedem trudnych...*, s. 29.

²⁵ A. WILAMOWSKA: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego...*, s. 117.

Rabe-Jabłońska wskazują, że PMS występuje aż u 75% kobiet w wieku rozrodczym²⁶. Według Nancy Felipe Russo i Beth L. Green co dwudziesta kobieta cierpi na poważne objawy PMS, a 20–80% zgłasza występowanie przed miesiączką łagodnych lub minimalnych zmian nastroju lub zmian somatycznych²⁷. Paula P. Schnurr²⁸ sugeruje, że około 50% kobiet zgłaszających występowanie PMS nie spełnia jego kryteriów diagnostycznych²⁹.

Tak duże rozbieżności mogą wynikać z faktu, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni skłonni są nadużywać PMS do wyjaśniania kobiecych emocji³⁰. Randi Daimon Koeske, zdecydowana przeciwniczka PMS, wskazuje na dość powszechne skłonności kobiet do tłumaczenia napięć i frustracji, jakim są poddawane w życiu, stanem własnego organizmu, a jednym z pretekstów usprawiedliwiających niepowodzenia jest przedmiesiączkowa faza cyklu. Prawidłowość tę tłumaczy teorią, zgodnie z którą ludzie wykazują tendencje do niedoceniań zewnętrznych (często niekontrolowanych) czynników warunkujących ich zachowanie się, przy równoczesnym przecenianiu uwarunkowań wewnętrznych³¹.

Pomimo różnych kontrowersji i rozbieżności spowodowanych trudnościami w zdefiniowaniu PMS i ustaleniu jednoznacznych kryteriów jego diagnozowania, zaburzenie to niezmiennie przedstawia dla kobiet „dużą wartość”, ponadto jest coraz częściej diagnozowane i leczone.

Zarówno kobieta, jak i mężczyzna pozostają pod przemożnym wpływem hormonów. Obecnie wiadomo, że substancje te mogą przedostawać się do mózgu, kształtując jego strukturę, i w ten sposób wpływać na zachowanie. Można je porównać do inżynierów wykonujących polecenia genów³². Wzrost wiedzy na temat hormonów doprowadził do zwiększenia badań nad znaczeniem cyklicznych zmian w zakresie wydzielania hormonów płciowych dla stanu psychicznego kobiety³³.

Wydzielane hormony modelują mózg, nakazując mu funkcjonować w sposób nieraz absurdalny i niedorzeczny. Stanowią jedną z przyczyn niestabilnych i kłopotliwych zachowań kobiet i mężczyzn. Każda kontrolująca i wpatrująca się w swój organizm kobieta jest świadoma potęgi działania hormonów. To one

²⁶ I. SIUDA, J. RABE-JABŁOŃSKA: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego...*, s. 30.

²⁷ N.F. RUSSO, B.L. GREEN: *Kobiety a zdrowie...*, s. 330.

²⁸ P.P. SCHNURR: *Some Correlates of Prospectively Defined Premenstrual Syndrome*. „American Journal of Psychiatry” 1988, 145. Podano za: N.F. RUSSO, B.L. GREEN: *Kobiety a zdrowie...*, s. 331.

²⁹ Ibidem.

³⁰ L. BRANNON: *Psychologia rodzaju...*, s. 94.

³¹ K. POSPISZYL: *Zaburzenia przedmiesiączkowe...*, s. 29.

³² A. MOIR, D. JESSEL: *Zbrodnia rodzi się w mózgu. Zagadka biologicznych uwarunkowań przestępczości*. Warszawa 1998, s. 37, 38.

³³ E. BIELAWSKA-BATOROWICZ: *Psychologiczne aspekty...*, s. 78.

niejako zmuszają do podejmowania nieraz sprzecznych z logiką działań, ocenianych z perspektywy czasu (nawet kilku dni) jako absurdalne i niedorzeczne. Coś, co jednego dnia stanowi dla kobiety źródło szczęścia czy rozpaczy, wywołując skrajne i intensywne emocje, kolejnego dnia okazuje się niewiele znaczącym epizodem. Linda Brannon zwraca uwagę, że „hormony nie pozostawiają szerszego pola manewru, nie pozwalają się nawet dobrze zastanowić, jak dostosować zachowanie do sytuacji. Nie jesteśmy w stanie uciec przed ich oddziaływaniem. Odbierają nam rozum i prowokują nas do takich, a nie innych zachowań”³⁴. Louann Brizendine, jedna z badaczek ludzkiego mózgu, autorka popularnych książek z dziedziny neuropsychiatrii, relacjonuje: „Gdy zaczęłam przyglądać się gospodarce hormonalnej w organizmie kobiety, odkryłam, jak rozległe są neurologiczne konsekwencje zróżnicowanego wydzielania hormonów podczas kolejnych faz rozwoju i jak wielkie ma to znaczenie dla kobiecych pragnień, systemu wartości, po prostu dla percepcji świata”³⁵. Wiedziona ciekawością na temat znaczenia zmian hormonalnych, jakie zachodzą w kolejnych fazach życia kobiety, Brizendine założyła w 1994 roku Women’s Mood and Hormone Clinic (Klinikę Kobiecych Hormonów i Nastrojów) przy Wydziale Psychiatrii Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco.

Regularne zmiany poziomu hormonów lutemizującego (LH) i folikulotropowego (FSH) wywołują cykl menstruacyjny, wpływając na uwalnianie estrogenów i progesteronu. Następująca cyklicznie fluktuacja samopoczucia, warunkowana zmianami ich poziomu, została wielokrotnie naukowo udokumentowana. Louann Brizendine opisuje te substancje z właściwym sobie poczuciem humoru, jako głównych aktorów obsadzanych w „neurohormonalnym spektaklu”. I tak estrogen to „władca i potężna, nieokiełznana królowa. Czasem interesowna, niekiedy agresywnie uwodzicielska. Przyjaciółka dopaminy, serotoniny, oksytocyny, acetylocholino i norepinefryny, czyli mózgowych substancji chemicznych odpowiadających za dobre samopoczucie”. Z kolei progesteron „działa w tle, ale jest mniej potężna niż jego siostra, estrogen. Działa sporadycznie, czasem niczym chmura burzowa przesłania promienne efekty działania estrogenu, czasem zaś daje ukojenie. To matka allopregnenolonu (mózgowy ośrodek uspokajający, naturalne valium)”³⁶.

W normalnym cyklu miesięczkowym poziom estrogenu jest najwyższy w jego środkowej fazie, czyli w czasie owulacji, odpowiadając za pozytywne samopoczucie emocjonalne. Zdaniem autorki estrogen działa na neurony jak cudowny nawóz, który ożywia mózg i daje ukojenie, przynajmniej przez dwa pierwsze tygodnie cyklu. W tej fazie (zwanej estrogenową) liczba połączeń w hipokampie rośnie o ponad 25%. Dzięki temu mózg kobiety funkcjonuje lepiej,

³⁴ L. BRANNON: *Psychologia rodzaju...*, s. 78.

³⁵ L. BRIZENDINE: *Mózg kobiety...*, s. 2-3.

³⁶ Ibidem, s. XI.

procesy myślenia, pamięci, tworzenie skojarzeń ulegają wyraźnej poprawie, a sprawność w zakresie zdolności werbalnych wzrasta. To również faza, w której kobiety poszukują towarzystwa, czując się w kontakcie z innymi zrelaksowane i odprężone.

Około 14. dnia cyklu jajniki zaczynają produkować progesteron działający na nowe połączenia nerwowe jak środek chwastobójczy – niszcząc je. Hormon ten przez dwa ostatnie tygodnie cyklu powoduje, że mózg zachowuje się jak pod wpływem środków odurzających, działa wolniej, co sprawia, że kobieta ma problemy z koncentracją, pamięcią, czuje się poirytowana. Stąd w drugiej połowie cyklu miesięczkowego (zwanej progesteronową) jej wrażliwość na stres drastycznie się zmienia. Powstałe wcześniej pod wpływem estrogenu dodatkowe połączenia w hipokampie zanikają, w ostatnich dniach cyklu maleje stężenie progesteronu, pojawia się podenerwowanie i poczucie zagrożenia. Bardzo wiele kobiet przyznaje, że tuż przed początkiem miesiączki reagują emocjonalnie, płacząc i krzycząc, odczuwają niechęć do kontaktów z otoczeniem, a nawet wrogość, częściej czują się poirytowane, skłonne do zachowań irracjonalnych i dyktowanych emocjami. To także czas nasilenia się poczucia bezradności i depresji; nastrój ulega rozchwianiu, a reakcje są nieadekwatne do wywołujących je bodźców³⁷.

Poziom obu hormonów ulega wahaniom w drugiej połowie cyklu. Spada gwałtownie tuż przed miesiączką (jednak poziom progesteronu jest wyższy od poziomu estrogenu), powodując pogorszenie nastroju, który ponownie osiąga najniższy punkt. Podczas miesiączki stężenie we krwi obu hormonów jest stosunkowo niskie³⁸. Badania wykazują, że najgorsze samopoczucie wiąże się z gwałtownymi zmianami ich poziomu. U kobiet podlegających skrajnym zmianom nastroju objawy przedmiesiączkowe manifestują się depresją, nadużywaniem alkoholu, podatnością na wypadki, skłonnościami samobójczymi, porywczoscią³⁹.

Ta ciągła wymiana estrogen–progesteron zmienia mózgową reakcję na stres w stałym, miesięcznym cyklu. To zaś oznacza, że wiara kobiety w siebie gwałtownie spada i rośnie w kolejnych tygodniach cyklu⁴⁰. James C. Dobson podkreśla wyraźnie jako szczególnie istotną korelację pomiędzy wiarą w siebie i poczuciem własnej wartości a poziomem estrogenu. Zrozumienie i zaakceptowanie tej zależności, co w przypadku zwłaszcza młodych kobiet nie jest takie oczywiste, może w znaczący sposób wpłynąć na wzrost samoakceptacji i poprawę relacji w związku⁴¹.

Biorąc pod uwagę dobrze zbadane i udokumentowane zmiany cyklicznie zachodzące w organizmie kobiety, najczęściej przyjmuje się, że PMS ma pod-

³⁷ Ibidem, s. 45, 46.

³⁸ L. BRANNON: *Psychologia rodzaju...*, s. 91.

³⁹ A. MOIR, D. JESSEL: *Zbrodnia rodzi się...*, s. 46

⁴⁰ L. BRIZENDINE: *Mózg kobiety...*, s. 34.

⁴¹ J.C. DOBSON: *Co każda żona chciałaby, aby jej mąż wiedział o kobiecie*. Warszawa 1992, s. 140.

łoże biologiczne i związany jest z zaburzeniami neurochemicznymi w mózgu, spowodowanymi zmianami wydzielania głównie estrogenu i progesteronu, hormonów sterujących cyklem miesięczkowym. Wśród prawdopodobnych przyczyn wymienia się także zaburzenia aktywności serotoniny, endorfin i prostaglandyn, nie wyklucza się niewydolności ciałałka żółtego⁴².

Hormony mogą być jedną z przyczyn niestabilnych, kłopotliwych zachowań kobiet. Wiedza, jaką dysponują badacze, nie pozwala jednak zignorować także innych prawdopodobnych zmiennych generujących powstanie PMS. Istnieje kilkanaście różnych hipotez, które na przestrzeni lat stały się przedmiotem dociekań zarówno lekarzy, jak i psychologów. Pomimo tego etiologia zaburzeń PMS nie została do tej pory jednoznacznie zdefiniowana. Zakłada się, że reakcje neuroendokrynalne zależą od wielu zmiennych społeczno-kulturowych, demograficznych, a także osobowościowych i sytuacyjnych.

W efekcie podjętych badań wyłoniono kobiety znajdujące się w grupie swoistego ryzyka. Wydaje się, że nie ma wyróżniającego się typu kobiet, które z większym prawdopodobieństwem narażone są na PMS. Uzyskane wyniki pozwalają jednak powiązać ten zespół m.in. z takimi czynnikami jak: wiek, pochodzenie społeczne, wykonywanie pracy zawodowej, dieta, objawy menopauzalne, stosowanie antykoncepcji, doświadczanie stresu, uwarunkowania osobowościowe, stan zdrowia psychicznego.

Symptomy PMS obserwuje się wprawdzie już w okresie dojrzewania, jednak największe ich nasilenie ma miejsce u kobiet około 30. roku życia i powyżej tej granicy wieku, chociaż objawy mogą nadal występować, gdy przestają już funkcjonować jajniki⁴³. Badania przeprowadzone przez Ellen W. Freeman i in. na reprezentatywnej grupie 500 kobiet dowiodły, że prawdopodobieństwo wystąpienia PMS w wieku 35–39 lat jest o 41% większe niż wśród kobiet między 40. a 44. rokiem życia, natomiast między 50. a 54. rokiem życia o 79% mniejsze niż w grupie wiekowej 35–39⁴⁴. Istnieją przesłanki, by przyjąć, że PMS generalnie jest bardziej powszechny u kobiet po 30. i 40. roku życia⁴⁵. Część badaczy wskazuje więc na wprost proporcjonalną zależność pomiędzy PMS a wiekiem, podczas gdy inni takiej zależności nie zauważają. Taka sprzeczność to prawdopodobnie wynik odmiennego sposobu reagowania na pojawiające się symptomy u kobiet w różnym wieku. Wyniki przeprowadzonych badań empirycznych wskazują, że starsze kobiety cierpią na więcej objawów zespołu,

⁴² K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 166.

⁴³ J.A. HAMILTON, B.L. PARRY, S.J. BLUMENTHAL: *The Menstrual Cycle in Context I: Affective Syndromes Associated with Reproductive Hormonal Changes*. „Journal of Clinical Psychiatry” 1988, 49. Podano za: N.F. RUSSO, B.L. GREEN: *Kobiety a zdrowie...*, s. 330.

⁴⁴ E.W. FREEMAN, M.D. SAMMEL, P.J. RINAUDO et.al.: *Premenstrual Syndrome as a Predictor of Menopausal Symptoms*. „Obstet Gynecol” 2004, 103. Podano za: A. WILAMOWSKA: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego...*, s. 117.

⁴⁵ K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 164.

ale ich nie zgłaszają, w przeciwieństwie do młodszych, które częściej je sygnalizują⁴⁶.

PMS zdaje się występować u wszystkich kobiet, bez względu na podejmowaną przez nie aktywność zawodową lub jej brak oraz bez względu na ich społeczne pochodzenie. Jednak, jak wykazano, z pomocy korzystają częściej te z nich, które należą do wyższych klas społecznych⁴⁷.

Wystąpienie zespołu zaburzeń przedmiesiączkowych można powiązać także z odstawieniem doustnych środków antykoncepcyjnych, sterylizacją a także urodzeniem dziecka, w efekcie czego objawy PMS mogą pojawić się po raz pierwszy lub zaostrzyć⁴⁸.

Istnieją także podstawy, by uznać PMS za zwiastun nasilonych objawów klimakterycznych. U kobiet doświadczających PMS wykazano dwukrotnie większe ryzyko wystąpienia w okresie menopauzalnym dolegliwości psychicznych i somatycznych, takich jak: uderzenia gorąca, trudności z zasypianiem, nastroje depresyjne, obniżenie libido⁴⁹. Ponadto w okresie przedmenopauzalnym PMS może nasilić i jednocześnie sprawić, że początek menopauzy nie będzie wyraźny. Podejrzuje się, że w grupie kobiet narażonych w większym stopniu niż inne na zmiany stężenia hormonów istnieje nie tylko ryzyko wystąpienia problemów z PMS i menopauzą, ale także z łagodną odmianą depresji poporodowej. Zaburzenia fazy przedmiesiączkowej mogą ponadto nasilać objawy chorób psychicznych. Cierpiące na nie kobiety (w przeciwieństwie do zdrowych psychicznie) doświadczają więcej i cięższych symptomów ZNPM⁵⁰.

Badacze znajdują dowody na istnienie związku pomiędzy PMS a stresującymi wydarzeniami życiowymi, takimi jak: problemy w pracy, egzaminy, przeprowadzki, nieudane małżeństwo, przy braku tego typu objawów w sytuacji odprężenia i relaksu, np. w czasie wakacji, urlopu oraz przy ogólnym poczuciu zadowolenia z życia⁵¹. Ellen McGrath i in. zwracają uwagę, że w przypadku ryzyka powstania psychopatologii u kobiet w związku z wydarzeniami związanymi z prokreacją stosowanie modelu stresu i radzenia sobie z nim nie jest powszechne i systematyczne. Model ten zakłada bowiem współistnienie czynników biologicznych oraz psychospołecznych. W rezultacie kontekst społeczny określa znaczenie i rezultaty wydarzeń związanych z prokreacją, z kolei związek między zmiennymi biologicznymi a stanem zdrowia psychicznego zależy od kontekstu psychologicznego i społecznego. Model ten tłumaczy również fakt, że

⁴⁶ N.F. RUSSO, B.L. GREEN: *Kobiety a zdrowie...*, s. 331.

⁴⁷ K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 164; N.F. RUSSO, B.L. GREEN: *Kobiety a zdrowie...*, s. 331.

⁴⁸ K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*

⁴⁹ A. WILAMOWSKA: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego...*, s. 117.

⁵⁰ K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 164.

⁵¹ L. BRANNON: *Psychologia rodzaju...*, s. 94; K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 164.

nastrój i zachowania często pozostają niezmienione mimo iż istotnym zmianom podlegają hormony i neuroprzekazniki⁵².

Nowsze badania nad genezą PMS wskazują także na wyraźny wpływ nastawienia i oczekiwań społecznych. Przekonujących wyników dostarczają badania z wykorzystaniem kwestionariuszy zawierających objawy psychiczne i somatyczne, ujęte z perspektywy czasowej. Częstotliwość i nasilenie objawów jest znacznie silniejsze, gdy ocena dokonywana jest retrospektywnie, zaś znacznie mniejsze lub w ogóle nie występuje, gdy nastrój podlega bieżącej ocenie. Dwa długoterminowe badania przeprowadzone przez Jessicę Mc Farlane i Tannis MacBeth Williams wykazały, że choć kobiety nie zdradzały stereotypowych zmian nastroju przed menstruacją w raportach codziennych, to wspominały o nich, gdy dane na temat tych samych dni były zbierane w późniejszym terminie. Kiedy kobiety przypomniały sobie swoje nastroje, zgłaszały objawy PMS, których, jak wynikało z codziennych notatek, nie doświadczyły. Badania kontrolne przeprowadzone z udziałem mężczyzn wykazały, że dla uczestników obojga płci cykliczność nastrojów była normą, ale niewiele osób zgłaszało objawy emocjonalne zgodne z PMS. Wynik ten pozwala przypuszczać, że zmiany nastroju związane z PMS mają związek raczej z oczekiwaniami i etykietowaniem niż z poziomem hormonów. Około połowy kobiet, które spełniały kryteria diagnostyczne, i około połowy takich, które ich nie spełniały, twierdziło, że cierpiały na zespół napięcia przedmiesiączkowego. Można stąd wnioskować, że niezależnie od doświadczanych objawów część kobiet wierzy, że go doświadcza⁵³. Argumentów na poparcie tej tezy dostarcza artykuł Kathleen Murray, która kwestionuje obiegowe opinie na temat genezy PMS. Zdaniem autorki, dysponując informacjami o kobiecym cyklu, zarówno kobiety, jak i mężczyźni skłonni są wykorzystywać je do wyjaśniania emocjonalnego zachowania kobiet. Im bardziej irracjonalne jest to zachowanie, tym większa gotowość do przypisywania go zespołowi napięcia przedmiesiączkowego. Jeśli te same sytuacje i reakcje przypadają na inne fazy cyklu, kobiety szukają innego wyjaśnienia. Tym sposobem mit o PMS spełnia się w oczach kobiet reagujących na życiowe problemy, jak również w oczach mężczyzn obserwujących ich reakcje. Murray wskazuje, że nadużywanie tego pojęcia powoduje, iż staje się ono bezużyteczne jako diagnoza⁵⁴.

Badania demonstrują, jak skomplikowane jest wzajemne oddziaływanie czynników odnoszących się zarówno do fizycznego, psychicznego jak i społecznego aspektu życia kobiety, stąd przyjęcie tylko jednego stanowiska wydaje się

⁵² *Women and Depression: Research Risk Factors and Treatment. Final Report of the American Psychological Association Task Force on Women and Depression.* Red. E. McGRATH, G.P. KEITA, B.R. STRICKLAND, N.F. RUSSO. Washington 1990. Podano za: N.F. RUSSO, B.L. GREEN: *Kobiety a zdrowie...*, s. 330.

⁵³ Por. L. BRANNON: *Psychologia rodzaju...*, s. 93.

⁵⁴ K. MURRAY: *PMS: Is it for Real?* „Cosmopolitan” 1995, 218, s. 208–211. Podano za: L. BRANNON: *Psychologia rodzaju...*, s. 72–73.

nieuzasadnione. ZNPM jest prawdopodobnie wynikiem nakładania się wyżej wymienionych czynników na wydarzenia i okoliczności życiowe⁵⁵.

Zdecydowana większość kobiet jest w stanie poradzić sobie z własnymi dolegliwościami fizycznymi i dyskomfortem psychicznym, pojawiającymi się w przewidywalnych odstępach czasu. Stany poirytowania czy wahania nastroju nierzadko bywają kłopotliwe, jednak w większości przypadków są na tyle niewielkie, że nie dezorganizują życia osobistego i zawodowego kobiety.

Joan Borysenko wręcz sugeruje, że odczuwane dolegliwości rzadko „idą na marne”. Zwykle stanowią część pozytywnego biologiczno-psychiczno-duchowego systemu sprzężenia zwrotnego, którego celem jest przywrócenie ciała homeostazy. Zdaniem autorki mózg i hormony wydzielane w organizmie kobiety przez kilka dni każdego miesiąca czynią ją mniej podatną na radość i bardziej skłonną do ujawniania „trudnych” emocji, które nierzadko gromadziły się w ciągu ostatnich tygodni. W menstruacyjnej fazie cyklu kobiety mają tendencję do poddawania się negatywnym myślom. Sytuacje, które budzą niepokój i uruchamiają potrzebę wyparcia, w tym czasie wychodzą na światło dzienne, jakby wyskakując z podświadomości i domagając się wyjaśnienia i rozwiązania⁵⁶. Jak zauważa Borysenko „to emocjonalne «sprzątanie» niesłusznie poczytywane jest za czeplanie się czy narzekanie, gdyż jeśli przyrzeć się temu z uwagą, to można dostrzec w nim cenny reduktor stresu i źródło wskazówek ukazujących obszary koniecznych zmian. Jest to korzyść, jaką kobieta odnosi z tego okresu kiepskiego samopoczucia”⁵⁷. Ann Ulnov, zajmująca się teorią Junga, opisuje kobiecą świadomość jako periodyczną i rytmiczną. Kobieta podlega przyływowi i odpływowi. Podczas owulacji jej ciało jest płodne i otwarte. Może ona w tym czasie odczuwać ekspresję uczuć, wzrost energii seksualnej, przyływ kreatywności i inspiracji⁵⁸.

Nie należy jednak zlekceważyć faktu istnienia zespołu napięcia przedmiesiączkowego i konsekwencji, jakie z sobą niesie. Zachowaniom kobiet podczas menstruacji przypisuje się różne cechy. Powszechnie stosowane określenie „niedysponowana” świadczy o tym, że kobieta jest w złej formie, poirytowana, skupiona na sobie i swoich doznaniach. Nie bez powodu czas ten został określony przez Joan Borysenko jako „ciemna faza cyklu”⁵⁹.

PMS bez wątpienia bywa uciążliwy dla wielu kobiet, a pośrednio także dla osób z ich otoczenia. Młode matki mogą czuć się dodatkowo zestresowane i zmartwione tym, jaki wpływ ich odczucia wywierają na dzieci. Cykliczne zmiany nastroju, zwłaszcza, gdy wydają się trudne do kontrolowania, mogą stanowić problem w relacjach z partnerem, m.in. w aspekcie podejmowanej ak-

⁵⁵ K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 166.

⁵⁶ J. BORYSENKO: *Księga życia kobiety*. Sopot 2012, s. 70.

⁵⁷ Ibidem, s. 72.

⁵⁸ Ibidem, s. 69.

⁵⁹ Ibidem, s. 68.

tywności seksualnej. Doświadczane przez kobiety dolegliwości psychofizyczne, takie jak zmęczenie przed miesiączką czy bolesność piersi, mogą w znacznym stopniu zmniejszyć pozytywne odczucia i zainteresowanie seksem. Z kolei po miesiączce, z chwilą gdy kobieta odczuwa poprawę nastroju, zainteresowanie to może wyraźnie wzrastać. Niemniej u niektórych kobiet popęd płciowy w fazie przedmiesiączkowej wzrasta. Zmienność potrzeb w tym obszarze życia może być przyczyną dyskomfortu kobiety i ewentualnych nieporozumień z partnerem⁶⁰.

Emocjonalność kobiety, bardzo żywa i ekspresyjna, staje się często źródłem problemów w funkcjonowaniu i komunikacji z otoczeniem⁶¹. Doświadczenie kobiecej zmienności bywa niejednokrotnie tak duże, że determinuje preferencje w zakresie bezpośredniego kontaktu i współpracy na przykład w relacjach rodzinnych czy zawodowych. Odbiór społeczny kobiety dokonuje się niejednokrotnie przez pryzmat jej zmienności. Stąd pytanie, jakie stawia Joan Borysenko: Czy kobieta jest fizjologicznie przygotowana na to, żeby zostać prezydentem?⁶² Biorąc pod uwagę zmiany postępujące obecnie w mentalności społecznej, tak postawione pytanie wydaje się bezzasadne i dyskryminujące. Jednak niespełna pół wieku temu, w latach 60. podważano kompetencje kobiet, odwołując się do ich zmienności i starając się uniemożliwić im obejmowanie wysokich stanowisk politycznych. Anne Moir i David Jessel zwracają uwagę, że w opinii większości kobiet uznanie ich za „hormonalne kaleki”, a co się z tym wiąże, za osoby nieodpowiedzialne, pozbawiłoby je możliwości awansu, który bywa tożsamy z poczuciem osobistego szczęścia i osiągnięciem samorealizacji⁶³.

Wraz z gospodarką hormonalną, będącą konsekwencją cyklu menstruacyjnego, zmienia się skłonność do zachowań agresywnych oraz podejmowania zachowań prospołecznych. Produkcja androgenów w jajnikach jest najintensywniejsza w drugim i trzecim tygodniu cyklu i to właśnie wtedy nastolatki i dojrzałe kobiety zachowują się najbardziej agresywnie. Zresztą słabsza empatia i mniejsza potrzeba afiliacji i kontaktów społecznych powiązana jest, niezależnie od płci, z wyższym stężeniem androgenów. Ich niższe stężenie z kolei zmniejsza skłonności agresywne, obniżając jednocześnie popęd seksualny⁶⁴.

Wahania poziomu hormonów związane z cyklem menstruacyjnym generują zachowania irracjonalne, niebezpieczne, niezgodne z prawem, a nawet zagrażające zdrowiu i życiu nie tylko samych kobiet, ale także osób z ich otoczenia, najczęściej członków najbliższej rodziny. Uwzględnienie wpływu czynników biologicznych na zachowanie kobiet znajduje swoje odzwierciedlenie w analizach dokonywanych przez specjalistów różnych dziedzin: kryminologów, lekarzy czy psychologów. Próby poszukiwania związków zachowań przestępczych z cy-

⁶⁰ K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 163.

⁶¹ J. SAMOCHOWIEC, A. TYMICZ, B. WOJCIECHOWSKI: *Problemy emocjonalne...*, s. 75.

⁶² J. BORYSENKO: *Księga życia...*, s. 69.

⁶³ A. MOIR, D. JESSEL: *Zbrodnia rodzi się...*, s. 53.

⁶⁴ L. BRIZENDINE: *Mózg kobiety...*, s. 55.

kliczną zmianą nastroju nie pozostają bez wpływu na sposób traktowania kobiet przez wymiar sprawiedliwości.

Kobiety w różnych krajach świata doświadczają podobnych objawów psychofizycznych. Należy pamiętać, że u większości z nich wahania nastroju są nieznaczne, w około 40% przypadków określa się je jako bardzo łagodne. Jednak 2–10% kobiet doświadcza objawów mających ostry, niejednokrotnie dramatyczny przebieg. W przypadkach skrajnych zaburzenia manifestują się czynami o charakterze kryminalnym⁶⁵. Właśnie ta stosunkowo niewielka grupa dostarcza badaczom interesujących danych na temat przestępczości kobiet i ich ryzykownych zachowań.

Dane sugerują, że kobiety przyjmowane do szpitali psychiatrycznych podejmują próby samobójcze oraz dokonują zbrodni najczęściej w fazie lutealnej cyklu miesięczkowego⁶⁶. W przekonaniu Kathariny Dalton, która przez wiele lat leczyła tysiące kobiet cierpiących na PMS, za irracjonalne wahania nastroju odpowiedzialny jest nagły spadek poziomu progesteronu tuż przed miesiączką. Od 44 do 50% przestępstw popełnianych przez kobiety zdarza się w tym właśnie czasie albo w pierwszym dniu menstruacji; z kolei w okresie owulacji i ciąży ich liczba znacząco się zmniejsza⁶⁷.

Poszukiwaniem związków pomiędzy przestępczością kobiet a cyklem fizjologicznym, w szczególności zespołem napięcia przedmiesiączkowego, zajmowano się już w XIX wieku. Jednym z pierwszych badaczy tego zjawiska był słynny włoski kryminolog i psychiatra Cesare Lombroso, który w 1894 roku wskazał na fakt, że z grupy osiemdziesięciu kobiet zatrzymanych za „stawianie oporu funkcjonariuszom publicznym” 89% przechodziło menstruację. Podobnie pewien francuski lekarz w 1890 roku przeanalizował 56 przypadków sklepowych złodziejek. Jak wynika z jego ustaleń, prawie co trzecia kobieta (62%) w momencie popełnienia przestępstwa miała miesiączkę. Lekarz ten, oprócz skłonności kobiet do kradzieży, wskazał na takie dodatkowe zaburzenia jak: kleptomania, nimfomania, deliryczne szaleństwo, zazdrość, obmawianie, urojenia, halucynacje i melancholia⁶⁸.

W XX wieku badacze nadal interesowali się współzależnością czynnika biologicznego i emocjonalno-behawioralnego, wnikliwie obserwując przestępcze zachowania kobiet. Do najbardziej znanych należą badania pod kierunkiem Josepha H. Mortona, przeprowadzone w USA w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych. Wynika z nich, że w czasie miesiączki lub na tydzień przed nią kobiety popełniają 79% czynów nieobliczalnych. Willard R. Cook uzyskał jeszcze bardziej spektakularne wyniki – okazało się, że 84% przebadanych kobiet

⁶⁵ A. MOIR, D. JESSEL: *Zbrodnia rodzi się...*, s. 46, 53.

⁶⁶ K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 163.

⁶⁷ A. MOIR, D. JESSEL: *Zbrodnia rodzi się...*, s. 53.

⁶⁸ Ibidem, s. 52.

dopuszczało się czynów gwałtownych⁶⁹. Połowa (dokładnie 49%) spośród grupy 156 przestępczyni badanych w 1961 roku weszła w konflikt z prawem w okresie premenstrualnym, to jest w ciągu czterech dni poprzedzających miesiączkę. Z kolei analiza 50 przypadków przestępczyni osadzonych w więzieniu w Londynie za zbrodnie z użyciem przemocy, np. morderstwa, zabójstwa, ciężkie uszkodzenia ciała, podpalenie, dała bardzo podobne wyniki. Prawie połowa (44%) przestępstw popełnianych przez kobiety przypada na cztery dni poprzedzające menstruację⁷⁰.

Anne Moir i David Jessel opisują przypadki kobiet, wobec których sąd, wymierzając karę, uwzględnił ich niepoczytalność wynikającą z wahań nastroju i niezdolności do zapanowania nad swoim zachowaniem. Pierwsze udokumentowane próby poszukiwania przez wymiar sprawiedliwości związków pomiędzy przestępczością kobiet a ich fizjologią pochodzą już z połowy XIX wieku. W 1845 roku niejaka Martha Brixley, oskarżona o zamordowanie dzieci swojego pracodawcy, została uniewinniona z powodu „zahamowania menstruacji”. Z tej samej przyczyny, powodującej przejściową niepoczytalność, uniewinniona została Ann Sheper, oskarżona o kradzież futrzanego boa. Na podobnej podstawie wyroku skazującego uniknęła w 1851 roku Amelia Snowsell, oskarżona o zabicie swojej siostrzenicy⁷¹.

Brytyjska lekarka Katharina Dalton zyskała światową sławę, występując na początku lat 80. XX wieku przed sądami angielskimi w sprawach dotyczących morderstw dokonanych przez kobiety. W dwóch przypadkach wskazała na PMS jako czynnik odpowiedzialny za wystąpienie w okresie przedmenstruacyjnym niekontrolowanej agresji, która popchnęła kobiety do zbrodni. Dlatego też Dalton sugerowała, by sąd zrezygnował z kary więzienia, kierując kobiety pod nadzór kuratora oraz poddając je terapii ambulatoryjnej⁷².

Studenci Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie podjęli w swoich badaniach próbę wykazania związku pomiędzy ZNPM a częstotliwością dopuszczania się przez kobiety czynów zabójstwa mężów/konkubentów bądź współudziału w zbrodni. Przed dokonaniem zabójstwa sprawczynie w większości pracowały zawodowo, zajmowały się domem i dziećmi. Próba badawcza liczyła 39 kobiet w wieku od 20 do 50 lat (średnia wieku wynosiła 35 lat), ofiar przemocy fizycznej i psychicznej. Do badań zakwalifikowano wyłącznie te z nich, które były w stanie precyzyjnie określić czas zbrodni (do tygodnia przed miesiączką) oraz deklarowały występowanie psychofizycznych dolegliwości przedmenstruacyjnych. W efekcie analizie poddano odpowiedzi 23 kobiet. Okazało się, że zabójstwa miały miejsce pięciokrotnie częściej (dokonało ich

⁶⁹ R. KIEREŚ, D. JAWORSKA, E. MAJCHER, B. ROSOWSKI, K. MROŻEWSKI: *Siedem trudnych...*, s. 29.

⁷⁰ A. MOIR, D. JESSEL: *Zbrodnie rodzi się...*, s. 52–53.

⁷¹ Ibidem, s. 52.

⁷² K. POSPISZYL: *Zaburzenia przedmenstruacyjne...*, s. 28.

14 kobiet) w tzw. okresie krytycznym w porównaniu z pozostałymi okresami cyklu menstruacyjnego⁷³.

Na podstawie przytoczonych badań trudno wysunąć wniosek, że bezpośrednią przyczyną zabójstw był PMS. Dochodziło do nich bowiem podczas kolejnego epizodu przemocy. Zgodnie z przyjętą przez autorów badania interpretacją PMS zadziałał jako czynnik zwiększający prawdopodobieństwo, że jakieś niezależne przyczyny (np. przemoc ze strony męża, zazdrość itd.) doprowadzą do tragicznego finału, jakim jest zabójstwo⁷⁴. Pomimo iż w naszej kulturze kobiety w porównaniu z mężczyznami wychowywane są jako bardziej bierne i opiekuńcze, jest prawdopodobne, że u łagodnej i opanowanej dotąd kobiety PMS może uruchomić prawdziwy gniew z powodu rzeczywistych problemów. Czynnikiem dodatkowo narażającym kobiety doświadczające PMS na znacznie większe cierpienie są bowiem przeżywane przez nie osobiste dramaty (np. rodzinne), co lokuje je w grupie swoistego ryzyka⁷⁵.

Epizody impulsywnego wybuchu gniewu spowodowanego drażliwością i złym nastrojem jako efekt napięcia przedmiesiączkowego obniżają zdolność osądu i kontroli zachowania. Pokazuje to współlistnienie czynników natury biologicznej i psychologicznej. Zadziałanie czynnika „spustowego” w postaci epizodu agresji ze strony partnera, który w innym momencie mógłby zostać przez kobietę uznany jako mniej bolesny lub nawet przez nią zignorowany, uruchamia w momencie krytycznym reakcję o charakterze przestępczym. Znajomość mechanizmów biologicznych odpowiedzialnych za przestępcze zachowania kobiet oczywiście nie usprawiedliwia brutalnej, nie zawsze sprowokowanej agresji, jednak w znacznym stopniu ją wyjaśnia. Frederick T. Melges i David A. Hamburg zwracają uwagę, że zmiany psychiczne występujące w przedmiesiączkowej fazie cyklu mogą mieć poważne konsekwencje dla samej kobiety, a także dla całego społeczeństwa. Zdaniem autorów nie należy ich więc traktować jako nieistotnego utrapienia⁷⁶.

Bez względu na to, jakie jest podłoże doświadczanych przez kobiety dolegliwości, czy mamy do czynienia z rzeczywistym i mającym podstawy kliniczne zaburzeniem, czy też rzekomym PMS, będącym wynikiem samosprawdzającego się proroctwa, należy podjąć odpowiednie działania. PMS to problem na tyle powszechny, że lekarz i psycholodzy podejmują działania mające na celu ograniczenie jego objawów, a tym samym poprawienie komfortu życia dotkniętych nimi kobiet.

⁷³ Badania zostały przeprowadzone wiosną 2000 roku w zakładach karnych w Krakowie, Lublińcu, Krzywańcu i Rzeszowie.

⁷⁴ R. KIEREŚ, D. JAWORSKA, E. MAJCHER, B. ROSOWSKI, K. MROŻEWSKI: *Siedem trudnych...*, s. 29.

⁷⁵ K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 163.

⁷⁶ F.T. MELGES, D.A. HAMBURG: *Psychological Effects of Hormonal Changes in Women*. W: *Human Sexuality in Four Perspectives*. Red. F.A. BEACH. Baltimore 1976. Podano za: A. MOIR, D. JESSEL: *Pleć mózgu...*, s. 105.

Możliwości poszukiwania pomocy są wielorakie. Podstawą skutecznych działań na poziomie profilaktycznym i w sytuacji wystąpienia rzeczywistych problemów jest zrozumienie i zaakceptowanie doświadczenia kobiet zarówno przez nie same, jak i przez osoby z ich otoczenia. Miesiączka i wiążące się z nią dolegliwości to, pomimo zmian w mentalności społecznej i sposobie myślenia na tematy związane z prokreacją, problem nadal dla wielu kobiet wstydlivy i mało poznany. Ich wiedza na temat własnej fizjologii, zdolności samoobserwacji własnego organizmu i zachodzących w nim cyklicznie zmian, bywają stosunkowo ograniczone. Znajduje to odzwierciedlenie w niewiedzy i braku tolerancji i zrozumienia przez ich partnerów, co raczej usposabia do utrzymywania się objawów, a nawet ich eskalacji.

Pierwszym i podstawowym warunkiem przystosowania się do sytuacji jest więc poznanie własnego organizmu i zaakceptowanie zachodzących w nim zmian. Znajomość i przewidywalność stwarza tym samym podstawy kontroli i planowania własnych działań (np. uwzględnienia w swoich bieżących planach okresu gorszego samopoczucia). James C. Dobson sugeruje, że uczucia występujące w okresie przedmiesiączkowym powinny być interpretowane przez kobiety z rozwagą i sceptycyzmem. Świadomość ich zmienności i tymczasowości stanowi czynnik ułatwiający poradzenie sobie z doznawaną uciążliwością⁷⁷.

Wiedza i świadomość własnego ciała to podstawowy warunek uzyskania kontroli nad swoim życiem, stanem emocjonalnym i samopoczuciem fizycznym. Louann Brizendine, udzielając kobietom rad, wskazuje, że należy pamiętać, by zawsze, gdy hormony zmieniają percepcję rzeczywistości, uważnie się temu przyglądać. Dobrze jest zrozumieć biologiczne uwarunkowania przemian, które właśnie zachodzą. Można wówczas nauczyć się o tym rozmawiać, a to bywa czasem drogą do zmiany. To długi i żmudny proces, przynoszący jednak pożądane owoce⁷⁸.

Drugi istotny warunek ułatwiający kobietom proces adaptacji wiąże się z budowaniem relacji z bliskimi, opartych na zaufaniu i zrozumieniu. Najbardziej znanymi i rozpowszechnionymi systemami wsparcia są przede wszystkim grupy małżeńskie i rodzinne, ważne zwłaszcza w sytuacji zmagania się przez kobiety z wydarzeniami związanymi z prokreacją, czyli ciążą, porodem, okresem menopauzy, jak i cyklem miesiączkowym.

Sam fakt istnienia społecznych związków z innymi jest korzystny dla dobrego samopoczucia jednostki. Dzięki nim uzyskuje ona poczucie, że ma „społeczne zaplecze”, do którego może (póki nie zostanie ono zweryfikowane negatywnie) zwrócić się w razie przeżywania trudności⁷⁹. Obecność osób znaczących pomaga przetrwać bez zaburzeń wiele trudnych sytuacji. Osoby udzielające wsparcia

⁷⁷ J.C. DOBSON: *Co każda żona...*, s. 141–142.

⁷⁸ L. BRIZENDINE: *Mózg kobiety...*, s. 145.

⁷⁹ K. POPIOŁEK: *Wsparcie społeczne – zarys problematyki*. W: *Psychologia pomocy*. Red. EADEM. Katowice 1996.

pomagają jednostce w mobilizacji jej psychicznych możliwości i opanowaniu emocjonalnych trudności, a także w regeneracji sił. Chronią w ten sposób samoocenę i zapobiegają naruszaniu obrazu własnej osoby⁸⁰. Najbliższą kobiecie osobą z kręgu potencjalnie udzielających wsparcia jest mężczyzna, często mąż lub partner. Jego rola w opinii Jamesa C. Dobsona jest nie do przecenienia. Zdaniem autora świadomość, że pogorszenie nastroju kobiety jest skutkiem zmian hormonalnych, a nie świadomie kierowanej agresji, poirytowania czy zniechęcenia, niewątpliwie pomaga traktować ją ze szczególną czułością, nawet jeśli ona sama przez kilka dni nie będzie zbyt miła. Pragnienie, aby czuć się kochaną, może zostać zaspokojone wyłącznie przez życzliwego i rozumiejącego problem męża, któremu zależy na tym, aby pomóc żonie w stanach powtarzającego się napięcia⁸¹.

Skutki doświadczanych przez kobiety zmian bywają znacznie mniej dotkliwe, gdy ich reakcje zostaną powiązane przyczynowo z cyklem miesięczkowym, a zaistniały problem omówiony, zrozumiany i zaakceptowany przez partnerów. Zrozumienie kobiecej natury ułatwia nie tylko mężom i partnerom, ale także ojcom i przełożonym, dostosowanie się do kobiecego świata, często niezrozumiałego dla racjonalnych, zadaniowych i twardo stąpających po ziemi mężczyzn.

Ważną osobą z kręgu wspierających powinien być także lekarz pierwszego kontaktu, którego rola w sytuacji PMS została dość wyraźnie zdefiniowana⁸². Jednak skuteczność podejmowanych przez lekarza działań, a często jej brak, obarczają go częściową odpowiedzialnością za przypadki podejmowania przez kobiety działań ryzykownych, zagrażających zdrowiu i bezpieczeństwu własnemu i bliskich. Katy Gardner i Diana Sanders poddając lekarzy ocenie, krytykują ich za brak inicjatywy i unikanie tego tematu podczas rutynowych badań okresowych⁸³.

Popularne wśród kobiet i najbardziej dostępne są działania o charakterze samopomocy. W literaturze przedmiotu wymienia się m.in. prowadzenie karty cyklu miesięczkowego w celu podniesienia samoświadomości i możliwości kontroli, podejmowanie aktywności fizycznej (np. pływanie, siłownia), joga, akupunktura, homeopatia, ziołarstwo, techniki relaksacyjne, emocjonalne odreagowanie przez rozmowę, wypłakanie się, oddanie się swoim ulubionym zajęciom, hobby, zadbanie o siebie, wsłuchanie się we własne potrzeby i ich zaspokojenie, unikanie sytuacji stresowych, zmiana stylu życia, odpowiednia dieta, ograniczenie lub zaprzestanie palenia, długi i spokojny sen⁸⁴. Należy wspomnieć także o znaczeniu Internetu, który umożliwia kobietom poszukiwanie informacji i dzielenie się doświadczeniami. Fora internetowe stanowią swoiste

⁸⁰ G. CAPLAN: *Środowiskowy system oparcia a zdrowie jednostki*. „Nowiny Psychologiczne” 1984, 2–3.

⁸¹ J.C. DOBSON: *Co każda żona...*, s. 142.

⁸² Por. K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 164

⁸³ Ibidem, s. 165.

⁸⁴ Ibidem, s. 166–168.

grupy wzajemnej pomocy, pozwalające na uzyskanie szeroko pojętego wsparcia, nie tylko informacyjnego, ale także emocjonalnego i wartościującego. Anonimowość w sieci pozwala na bardziej otwarte i szczerze reakcje, przełamywanie pewnego tabu związanego z podejmowaniem i realizowaniem przez kobiety funkcji prokreacyjnych, zwłaszcza gdy wiążą się one poczuciem dyskomfortu, a nierzadko nawet cierpieniem.

Jednak poszukiwanie własnych sposobów działania nie zawsze okazuje się skuteczne. Obecnie coraz liczniejsza grupa kobiet poszukuje pomocy medycznej i decyduje się na zastosowanie leczenia farmakologicznego. Jest to po części wynik rzeczywistego wzrostu występowania problemów przedmiesiączkowych, większej otwartości na problem oraz skutek większej dostępności pomocy medycznej⁸⁵.

Zespół napięcia przedmiesiączkowego jest powszechnym problemem, który zasługuje na zrozumienie i właściwe postępowanie. Wiele kobiet odkrywa, że przy odpowiednim wsparciu i zachęcie mogą w ramach samopomocy wypracować korzystne dla siebie rozwiązania, a jeżeli problem nadal się utrzymuje, podjąć próby leczenia farmakologicznego.

Bibliografia

1. BIELAWSKA-BATOROWICZ E.: *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice 2006.
2. BIERNAT T., SOBIERAJSKI S.: *Młodzież wobec małżeństwa i rodziny*. Toruń 2007.
3. BORYSENKO J.: *Księga życia kobiety*. Tłum. S. PIKIEL. Sopot 2012.
4. BRANNON L.: *Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni*. Tłum. M. KACMAJOR. Gdańsk 2002.
5. BRIZENDINE L.: *Mózg kobiety*. Tłum. P. SZWAJECER. Gdańsk 2006.
6. CAPLAN G.: *Środowiskowy system oparcia a zdrowie jednostki*. „Nowiny Psychologiczne” 1984, 2–3.
7. DOBSON J.C.: *Co każda żona chciałaby, aby jej mąż wiedział o kobiecie*. Tłum. B. KOŚMIDER. Warszawa 1992.
8. FRANKEL L.P.: *Kobieta i depresja. Jak dotrzeć do swojej wewnętrznej siły*. Tłum. M. TRZEBIATOWSKA. Gdańsk 2007.
9. FREEMAN E.W., SAMMEL M.D., RINAUDO P.J. et.al.: *Premenstrual Syndrome as a Predictor of Menopausal Symptoms*. „Obstet Gynecol” 2004, 103.
10. GARDNER K., SANDERS D.: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego*. W: *Problemy zdrowotne kobiet*. Red. A. MCPHERSON. Tłum. M. ARŁUKIEWICZ. Warszawa 1997.
11. GĘBUŚ D.: *Rodzina. Tak, ale, jaka?* Warszawa 2006.
12. HAMILTON J.A., PARRY B.L., BLUMENTHAL S.J.: *The Menstrual Cycle in Context I: Affective Syndromes Associated with Reproductive Hormonal Changes*. „Journal of Clinical Psychiatry” 1988, 49.
13. KIEREŚ R., JAWORSKA D., MAJCHER E., ROSOWSKI B., MROŻEWSKI K.: *Siedem trudnych dni*. „Charaktery” 2000, nr 12 (47).

⁸⁵ Ibidem, s. 164.

14. MACDONALD P.C., DOMBROSKI R.A., CASEY M.L.: *Recurrent Secretion of Progesterone in Large an Endocrine/Metabolic Disorder Unique to Young Women?* „Endocrine Rev” 1991, 12.
15. MCGRATH E., KEITA G.P., STRICKLAND B.R., RUSSO N.F.: *Women and Depression: Research Risk Factors and Treatment. Final Report of the American Psychological Association Task Force on Women and Depression.* Washington 1990.
16. MELGES F.T., HAMBURG D.A.: *Psychological Effects of Hormonal Changes in Women. W: Human Sexuality in Four Perspectives.* Red. F.A. BEACH. Baltimore 1976.
17. MIMOUN S.: *Choroba duszy czy ciała?* Tłum. M. RYCHTER. Warszawa 1994.
18. MOIR A., JESSEL D.: *Zbrodnia rodzi się w mózgu. Zagadka biologicznych uwarunkowań przestępczości.* Tłum. H. JANKOWSKA. Warszawa 1998.
19. MOIR A., JESSEL D.: *Płeć mózgu.* Tłum. N. KANCEWICZ-HOFFMAN. Warszawa 1989.
20. MURRAY K.: *PMS: Is it for Real?* „Cosmopolitan” 1995, 218.
21. OLAJOSSY M., GERHANT A.: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego i przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne – problem z pogranicza psychiatrii i ginekologii.* „Curr Probl. Psychiatriy” 2011, 12 (2).
22. POPIOŁEK K.: *Wsparcie społeczne – zarys problematyki.* W: *Psychologia pomocy.* Red. EADEM. Katowice 1996.
23. POSPISZYL K.: *Zaburzenia przedmiesiączkowe, choroba faktyczna czy urojona?* „Problemy Rodziny” 1992, 31 (2).
24. RUSSO N.F., GREEN B.L.: *Kobiety a zdrowie psychiczne.* W: *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice.* Red. B. WOJCISZKE. Tłum. S. PIKIEL. Gdańsk 2002.
25. SAMOCHOWIEC J., TYMICZ A., WOJCIECHOWSKI B.: *Problemy emocjonalne kobiet.* „Medycyna po Dyplomie” 2002, 11 (9).
26. SAMOCHOWIEC J., FISZER-PIOSIK E., KUCHARSKA-MAZUR J., HORODNICKI J.: *Wpływ genów na kształtowanie się cech osobowości.* „Psychiatria Polska” 2000, t. 34, nr 1.
27. SCHNURR P.P.: *Some Correlates of Prospectively Defined Premenstrual Syndrome.* „American Journal of Psychiatry” 1988, 145.
28. SIUDA I., RABE-JABŁOŃSKA J.: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego i zaburzenia dysforyczne przedmiesiączkowe – diagnostyka i leczenie.* „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2007, 7 (1).
29. STEINER M., YONKERS K.: *Depresja u kobiet.* Tłum. M. BNIŃSKA. Gdańsk 1999.
30. TKACZUK-WŁACH J., SOBSTYL M., SYTY K., ŁEPECKA-KŁUSEK C., JAKIEL G.: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego.* „Przegląd Menopauzalny” 2009, 6.
31. WCIÓRKA J. (red.): *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR.* Wrocław 2008.
32. WILAMOWSKA A.: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego – większe ryzyko objawów menopauzalnych.* „Przegląd Menopauzalny” 2006, 2.
33. WOJCISZKE B.: *Kobieta zmienną jest.* Gdańsk 2009.

**WYBRANE ASPEKTY ZDROWIA KOBIET
STUDENCKIE PRZYCZYNKI BADAWCZE**

Tyrania szczupłego ciała a syndrom gotowości anorektycznej – obraz dziewcząt w adolescencji

Kamila Wojas

Tyrania jest zawsze przeciwieństwem wolności, a także wolnego wyboru. Młode kobiety popadają w tyranię szczupłego ciała poprzez niewłaściwe wzorce, jakich mnóstwo dziś w świecie medialnym. W ostatnich czasach można zauważyć duży wzrost liczby odchudzających się kobiet, zwłaszcza młodych. Coraz większym powodzeniem cieszą się cudowne diety, zażywanie środków odchudzających czy wyszczuplających. Jednocześnie, jak zauważa Agnieszka Gromkowska, „»tyrania szczupłego ciała« jest we współczesnym społeczeństwie do tego stopnia powszechna, iż ulegają jej nie tylko »szalone nastolatki«, ale także intelektualistki i poetki, dostojne panie domu i feministki”¹. Jednak najwięcej kontrowersji i zarazem troski wzbudza potencjalny wpływ „kulturowych ideałów” na kształtowanie wizerunku ciała dziewcząt i młodych kobiet².

Media, społeczeństwo, jak i czynniki kulturowe determinują powstawanie wielu stereotypów dotyczących wyglądu ciała, mody czy urody. Lansowany przez media wzorzec perfekcyjnego ciała, a także społeczne oczekiwania względem kobiet i ich ciał często stają się źródłem zaburzeń odżywiania, w szczególności dla kobiet o zaniżonym poczuciu własnej wartości, ambitnych, ze skłonnością do perfekcjonizmu i chęcią podążania za trendami mody³. Jednak bardziej niepokojące staje się to, że w przeszłości szczupły wygląd był tylko domeną modelek i aktorek, zaś teraz staje się obowiązujący na poziomie uniwersytetu czy szkoły średniej. Pewne symptomy tendencji odchudzania można zauważyć nawet w klasach szkoły podstawowej. W imię „dbania o linię” już jedenasto- czy

¹ A. GROMKOWSKA: *Anoreksja nervosa: paradoksy współczesnej kobiecości*. W: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Red. Z. MEŁOSIK. Toruń–Poznań 1999, s. 174.

² Ibidem, s. 176.

³ O. GRĄCZESKA: *Rola czynników kulturowych w powstaniu zaburzeń odżywiania*. W: *Opętanie (nie)jedzeniem*. Red. B. ZIÓŁKOWSKA. Warszawa 2009, s. 132.

dwunastoletnie dziewczyny odmawiają jedzenia kolacji lub po prostu ograniczają swoje porcje pokarmu⁴.

Z biegiem czasu zmienił się kanon piękna panujący w kulturze, nie tylko zachodniej, ale i ogólnoswiatowej. Aktualnie ciało musi być szczupłe i wysportowane. Dowodem na to jest chociażby amerykański „przemysł odchudzający”, którego dochody sięgają zawrotnej sumy kilkudziesięciu bilionów dolarów⁵. Podobnie jak istnieje ideał maszyny, symbolizowany przez *perpetuum mobile*, tak istnieje również idealne, nieskazitelne ciało – można by rzec – ciało nadkobiece⁶. Dążenie do perfekcyjnego wyglądu, wszechobecne w środkach masowego przekazu, dociera niemal wszędzie i nabiera cech „oczywistości”. Jak znaczące jest oddziaływanie komunikatów medialnych, pokazują wyniki badań – w 1984 roku w Ameryce 45% kobiet z niedowagą było przekonanych o swojej nadwadze⁷. Niezadowolenie dotyczy odczuwania dyskomfortu czy frustracji w stosunku do swojego ciała. Rozgoryczenie z powodu kształtu ciała, które zazwyczaj postrzegane jest jako zbyt otyłe i budzące silne obawy, obejmuje takie części ciała jak brzuch, uda, pośladki i biodra⁸. Konsekwencją niezadowolenia z własnego ciała jest zwykle dążenie do zredukowania rozbieżności między aktualnym a najbardziej pożądanym wyglądem. Ponieważ źródłem niezadowolenia jest dla kobiet głównie waga oraz kształt dolnych partii ciała, starają się one na wszelkie sposoby poprawić swój wygląd, a do najbardziej popularnych metod należy odchudzanie⁹. „Producenci mody, sprzętu sportowego, żywności dietetycznej uwodzą nas kuszącą ofertą: będziecie szczęśliwsi, gdy będziecie dobrze wyglądali, a dobrze wyglądać znaczy być szczupłym”¹⁰. O tym, jak ważna jest niska waga ciała, świadczyć mogą relacje kobiet badanych przez Sarah Grogan w 1999 roku. Wyznawały one, że czują się znacznie bardziej zadowolone z ciała rano, zanim zjedzą śniadanie. Wydaje im się, że są wtedy bardziej smukłe i lekkie¹¹.

⁴ D. STRECKER-BRYCZKOWSKA: *Kultura popularna a kształtowanie się tożsamości własnego ciała u dzieci: warunki powstawania anorexia nervosa*. W: *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*. Red. A. SUCHAŃSKA. Poznań 2000, s. 53.

⁵ M.M. JABŁOW: *Na bakier z jedzeniem. Anoreksja, bulimia, otyłość*. Tłum. M. PRZYLIPIAK. Gdańsk 1993, s. 13.

⁶ M. RUKŚĆ: *Poddaj się perfekcji – ciało w środkach masowego przekazu*. W: *Opętanie (nie)jedzeniem...*, s. 139.

⁷ Z. MEŁOSIK: *Tyrania szczupłego ciała i jej konsekwencje*. W: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji...*, s. 142.

⁸ A. BRYTEK-MATERA, A. RYBICKA-KLIMCZYK: *Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej*. Warszawa 2009, s. 26.

⁹ A. GŁĘBOCKA, J. KULBAT: *Czym jest wizerunek ciała?* W: *Wizerunek ciała. Portret Polek*. Red. EIDEM. Opole 2005, s. 17.

¹⁰ Cyt. za: M.M. JABŁOW: *Na bakier z jedzeniem...*, s. 14.

¹¹ A. GŁĘBOCKA, J. KULBAT: *Czym jest wizerunek ciała?* W: *Wizerunek ciała. Portret Polek...*, s. 14.

„Zabawy dziecka wywierają istotny wpływ na proces jego socjalizacji. Szczególną rolę pełnią w niej przedmioty stanowiące te reprezentacje rzeczywistości, z którymi dziecko identyfikuje się, również i w kontekście ciała”¹². Dla dziewczynek podstawowym źródłem informacji o roli, jaką powinny odgrywać w życiu, są zabawki, wśród których najważniejszą w kwestii promowania idealnego, czyli szczupłego ciała jest lalka Barbie. Już od 1959 roku Barbie, czyli Basia, mieszka w dzieciennych pokojach i staje się nieodłącznym kompanem małych dziewczynek¹³. Lalka propaguje określony styl życia, kształtując tym samym zamiłowanie do strojenia się czy zwracania uwagi na wygląd. Najistotniejszy jest tutaj fakt, że lalka ta jest wiecznie młoda, tryskająca radością i niezmiennie szczupła¹⁴. To właśnie lalki Barbie ukazywały ideał piękna kobiety dorosłej: piersi średniej wielkości, szczupłe i długie nogi, wcięcie w taliu oraz nienagannie płaski brzuch. Jest to tylko plastikowa zabawka, jednak w znaczącym stopniu kształtuje sposób postrzegania własnego ciała przez dzieci, w szczególności dziewczynki. Warto zauważyć, że wymiary lalki przy wzroście 175 centymetrów wyniosłyby: w biuście 84 centymetry, w pasie zaledwie 46 centymetrów i w biodrach tylko 80 centymetrów, natomiast aż połowę długości stanowiłyby jej nogi¹⁵. Nie tylko ciało lalki jest wskazówką do pożądanego wizerunku młodej kobiety, lecz także akcesoria dołączone do kolekcji. Łazienkowa waga Barbie, która stanowiła element zestawu Slumber Party z roku 1965 roku, była ustawiona na 50 kilogramów, a dołączona do zestawu książka pod tytułem *Jak stracić na wadze* zawierała poradę: „Nie jedz”¹⁶. W efekcie, „chcąc sprostać oczekiwaniom kulturowym, już 9-latki zaczynają zmniejszać racje pokarmowe, ćwiczyć czy przyjmować środki przeczyszczające”¹⁷. Nic w tym dziwnego, skoro od wczesnych lat dziewczynki są uczone, że to, co jest piękne, jest też i dobre. Przekonują je o tym także postacie z bajek. Bohaterki filmów animowanych dla dzieci posiadają nienaganne sylwetki i idealne rysy twarzy. Mając taki wzór do naśladowania, dziewczynki nabierają przekonania, że powinny takie być, jeśli chcą być szczęśliwe u boku księcia z bajki.

„Od lat sześćdziesiątych wzorem kobiety stały się kobiety szczupłe, wiotkie, z płaskim brzuchem i niewielkim biustem, które miały realizować się zawodowo

¹² A. GROMKOWSKA: *Anoreksja nervosa: paradoksy współczesnej kobiecości*. W: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji...*, s. 176.

¹³ D. STRECKER-BRYCZKOWSKA: *Kultura popularna a kształtowanie się tożsamości własnego ciała u dzieci: warunki powstawania anorexia nervosa*. W: *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji...*, s. 59.

¹⁴ *Ibidem*, s. 59–60.

¹⁵ M. KUBASZEWSKA: *Kobietą szczupłą każda chce być... Wpływ wzorców kulturowych na częstość zachorowań na anoreksję*. W: *Opętanie (nie)jedzeniem...*, s. 145–146.

¹⁶ Co ciekawsze, do pidżamy Kena producent dodał „słodką przekąskę przed snem” i „szklankę mleka”. *Ibidem*, s. 145–146.

¹⁷ O. GRĄCZESKA: *Rola czynników kulturowych w powstaniu zaburzeń odżywiania*. W: *Opętanie (nie)jedzeniem...*, s. 138.

i pełnić role społeczne na równi z mężczyznami. Zaczęły dbać o swoje wykształcenie, robiły karierę, dbały o sylwetkę, a matkami stawały się w późniejszym wieku. W latach sześćdziesiątych kulturową krystalizacją społecznych oczekiwań wobec kobiety była agoraphobia – lęk przed otwartą przestrzenią. Kobiety, uzależnione od mężów, czuły się bezradne poza domem. Uwięzienie było nie tylko metaforyczne, lecz także dosłowne. Współcześnie jednak wyzwolenie kobiet wydaje się być pozorne. Wydostając się z jednego więzienia, jakim była rola żony i matki, trafiły do drugiego – jakim jest ich własne ciało¹⁸. Przykładowo aktorki i modelki, w które dziewczęta są tak bardzo zapatrzone, same cierpią na poważną niedowagę. W latach sześćdziesiątych Twiggy, jak również współczesna top modelka Kate Moss u szczytu sławy ważyły zaledwie 45 kilogramów przy wzroście niewiele ponad 167 centymetrów. Miss Ameryki z lat sześćdziesiątych mierzyła 168 centymetrów i ważyła 54 kilogramy. Dwadzieścia lat później kolejna miss była wyższa, jednakże waga nie uległa zmianie. A zatem, wzorzec normy estetycznej daleko odbiega od wzorca normy medycznej czy zdrowotnej. Kobiety, które z medycznego punktu widzenia są zdrowe, żyją w przeświadczeniu, że mają nadwagę i są z tego faktu niezadowolone¹⁹. I nic dziwnego, jeśli w wielu pismach kobiecych prezentowane są przede wszystkim zdjęcia wychudzonych modelek. Paradoksalnie jednak redakcje tychże czasopism zwracają uwagę na wszechobecny terror piękna, zamieszczając artykuły na temat zaburzeń odżywiania, a zarazem publikując zdjęcia prawie nagich pięknych modelek, z których każda jest szczuplejsza niż 95% populacji kobiet²⁰.

Lansowane w mediach przekazy o decydującej roli wyglądu dla życiowego sukcesu bądź też porażki, jeśli nie odpowiada on współczesnym standardom piękna narzucanym przez media, powodują, że kobiety zaczynają przywiązywać bardzo dużą wagę do swojego wyglądu, ubioru, makijażu. Pomimo tego, że ludzie zdają sobie sprawę, iż to nie szata zdobi człowieka, to i tak, starając się odnieść sukces, kobiety muszą niezależnie od innych osiągnięć, takich jak np. wykształcenie, pieczołowicie dbać o swoje ciała²¹. Jak już wcześniej wspomniano, w społeczeństwach kultury zachodniej kobiety cały czas poddawane są olbrzymiej presji, by być pięknymi, młodymi i szczupłymi. Reklamy telewizyjne ukazują młode, ładne i zgrabne bohaterki. Kino i prasa popularna, w tym pisma kobiece, podsycają przekonanie, że aby osiągnąć sukces, przede wszystkim należy być szczupłym. Waga ciała stanowi bardzo istotny element atrakcyjności fizycznej

¹⁸ Cyt. za: O. GRĄCZESKA: *Rola czynników kulturowych w powstaniu zaburzeń odżywiania*. W: *Opętanie (nie)jedzeniem...*, s. 134–135.

¹⁹ M. KUBASZEWSKA: *Kobietą szczupłą każda chce być... Wpływ wzorców kulturowych na częstość zachorowań na anoreksję*. W: *Opętanie (nie)jedzeniem...*, s. 146.

²⁰ O. GRĄCZESKA: *Rola czynników kulturowych w powstaniu zaburzeń odżywiania*. W: *Opętanie (nie)jedzeniem...*, s. 135.

²¹ K. LEKSY: *Negatywne skutki wizualizacji kobiecego ciała w kulturze współczesnej*. „Auxilium Sociale Novum” 2008, nr 1–2, s. 81.

i posiada znaczenie decydujące dla kobiecego samopoczucia psychicznego i społecznego²². Jeżeli w subiektywnym odczuciu osoby wygląd oraz kształt jej ciała jest podobny do tego, który akceptują znajomi, oraz zgodny z modą promowaną w mass mediach, to prawdopodobnie osoba nie będzie przejawiała problemów związanych z wyglądem ciała²³. A zatem jednoznaczny przekaz kulturowy, który nakazuje utożsamiać szczupłą sylwetkę z poczuciem szczęścia i ogólnego powodzenia życiowego, powoduje, że ideał szczupłej sylwetki i lęk przed otyłością stały się współcześnie nieomal normą kulturową²⁴. Obrazy przedstawiane w mediach odgrywają ogromną rolę w kształtowaniu odczuć, jakie kobiety mają w stosunku do własnego ciała. Oglądanie szczupłych modelek sprawia, że czują się winne, zaniepokojone i przygnębione. Media niosą przesłanie, że awans i powodzenie w życiu powiązane są z wyglądem zewnętrznym, a bycie bardzo szczupłym jest utożsamiane z dobrym stanem zdrowia. Powszechność artykułów na temat diet i ćwiczeń w kobiecych czasopismach wzrasta gwałtownie, zaś fizyczny wygląd przeciętnej modelki jest osiągalny jedynie dla 3 do 5% populacji²⁵. Panie chodzą do klubów fitness, gimnastykują się, uprawiają amatorsko sporty, zdrowo się odżywiają, odchudzają, codziennie używają kosmetyków, korzystają z usług kosmetyczek. Wszystko to, aby poprawić swój wygląd. Nienaganna fryzura czy biżuteria również mają za zadanie poprawić wygląd kobiet, a tym samym i ich samopoczucie²⁶. Kultura popularna, dokonując ponownej interpretacji kartezjańskiego dualizmu, naczelnie miejsce daje ciału i czyni je tutaj głównym wyznacznikiem tworzenia tożsamości. Zmienia przekaz Kartezjusza na: „wyglądasz, więc jesteś”, a reklamy, artykuły w gazetach i mediach dyktują ludziom, jak powinni wyglądać, aby stać się stuprocentową kobietą czy idealnym mężczyzną. Wszystkie przekazy mają za zadanie uświadomić społeczeństwu jeden ważny komunikat: jesteś tym, na kogo wyglądasz. Zaczynają oni tworzyć swoją tożsamość przez ciało, dbając o nie bardziej niż o inne sfery, np. duchowe, intelektualne czy emocjonalne. Poddają ciało reżimom, a wręcz można powiedzieć, że kreują siebie²⁷. „Związane bezpośrednio z wzorami zmysłowości reżimy, jakim poddawane jest ciało, są podstawowym mechanizmem kulturywacji, a wręcz kreacji ciała, na której koncentruje się instytucjonalna refleksyjność nowoczesności”²⁸.

²² Ibidem, s. 82.

²³ A. BRYTEK-MATERA, A. RYBICKA-KLIMCZYK: *Wizerunek ciała w anoreksji...*, s. 28.

²⁴ Ibidem, s. 83.

²⁵ A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychologicznym*. Warszawa 2008, s. 31–32.

²⁶ E. BANASZEK, R. FLORKOWSKI: *Doświadczenie ciała i nagości*. W: *Corpus delicti – rozkoszne ciało. Szkice nie tylko z socjologii*. Red. E. BANASZEK, P. CZAJKOWSKI. Warszawa 2010, s. 54–55.

²⁷ M. PIERÓG: *Ciało dyscyplinowane. Wpływ kultury ponowoczesnej na powstanie Anorexia Nervosa*. W: *Opętanie (nie)jedzeniem...*, s. 126.

²⁸ Cyt. za: A. GIDDENS: *Nowoczesność i tożsamość: „ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Tłum. A. SZULŻYCKA. Warszawa 2002, s. 139.

Poprzez wymagania kulturowe, mass media i inne czynniki zewnętrzne kobiety ulegają modzie odchudzania się, tym samym nie dostarczając organizmowi potrzebnych składników. Ilościowe i jakościowe zmiany w pożywieniu mogą być przyczyną niepowodzeń związanych z rozrodnością. Znaczna utrata masy ciała powoduje zaburzenia, a nawet zanik miesiączkowania²⁹. Odsuwając od siebie dorosłość, zatrzymując miesiączkę i zachowując dziecięcy wygląd, dziewczyny potrafią głodzić się i intensywnie ćwiczyć. Ćwiczenia stają się ich obsesją, a szukanie nowych cudownych diet to ich hobby. „Od dzisiaj włączam ćwiczenia: dwie godziny skłonów i przysiadów. Jestem złana potem, bo to cholerny wysiłek, jeśli się nie je normalnie. Ale nie poddam się. Potem kąpiel w gorącej wodzie – o ile wytrzymam. Podobno woda wyciąga. Nie mam siły się uczyć, olewam to”³⁰. Zadawanie sobie cierpień, które uważa się zwykle za przejaw masochizmu, dla przesadnie odchudzającej się dziewczyny jest postępowaniem słusznym, o znamionach ascezy, która ma zdyscyplinować i ujarzmić ciało, podporządkować je woli, aby duch w końcu mógł się od niego oderwać. Bez wątplenia można stwierdzić, że „w praktyce kobieta toczy – w celu uzyskania upragnionego szczupłego ciała – walkę ze swoim ciałem i psychiką. Niekiedy przy tym kończy się ona utratą kontroli nad sobą i wydarzeniami, co może prowadzić do anoreksji”³¹, ale równie często (jeśli nie częściej) pojawia się tzw. syndrom gotowości anorektycznej (SGA).

Syndrom gotowości anorektycznej jest definiowany jako „zespół objawów nasuwających podejrzenie nieprawidłowości w zakresie realizowania potrzeby pokarmowej oraz stosunku do własnego ciała”³². Syndrom ten ujawnia się w zakresie tak zwanych zachowań anorektycznych, do których należą: zainteresowanie pokarmami, znajomość wartości kalorycznych produktów, liczenie kalorii spożywanych posiłków, tendencja do kontrolowania masy ciała oraz jego wymiarów, skłonność do przeceniania rozmiarów własnego ciała oraz jego wagi. Obecna jest też nadmierna dbałość o wygląd, zaabsorbowanie własnym ciałem, porównywanie się z ideałami kobiecej urody. Innymi ważnymi czynnikami mówiącymi o syndromie gotowości anorektycznej są: okresowo wzrastająca aktywność ruchowa, skłonność do perfekcjonizmu i rywalizacji, brak odporności na wpływ kultury masowej oraz labilność emocjonalna, warunkowana stosunkiem do jedzenia i ciała³³. Za najważniejsze czynniki prowokujące powstanie

²⁹ B. ZIENTARSKA: *Społeczno-środowiskowe konteksty nieplodności*. W: *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi*. Red. J. BULSKA. Kraków 2008, s. 147–148.

³⁰ Cyt. za: W. LACHOWICZ: *Przeklinam cię, ciało*. Katowice 2000, s. 17.

³¹ A. GROMKOWSKA: *Anoreksja nervosa: paradoksy współczesnej kobiecości*. W: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji...*, s. 178.

³² Cyt. za: A. BRYTEK-MATERA, A. RYBICKA-KLIMCZYK: *Wizerunek ciała w anoreksji...*, s. 125–126.

³³ B. ZIÓŁKOWSKA: *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji*. Poznań 2001, s. 17–18.

syndromu gotowości anorektycznej oraz pojęcia temu pokrewne, jak pogotowie anorektyczne, poziom gotowości anorektycznej i zachowania anorektyczne³⁴, uważa się nieprawidłowe relacje w rodzinie, zaburzenia dystansu pomiędzy rodzicami i dzieckiem, zaburzenia percepcji własnego ciała oraz deficyt konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem, a także okres adolescencji, dominujące wzorce kulturowe oraz aktualnie trudną dla danej osoby sytuację³⁵. Warto zauważyć, że kombinacja wielu czynników, takich jak: wczesnodziecięce doświadczenia, osobowość kształtowana i wzmacniana w przebiegu socjalizacji, skłonność do zaburzeń percepcji ciała, a także wytrenowany styl radzenia sobie w sytuacjach trudnych – bierny lub regresywny – może sprowokować powstawanie zaburzeń w odżywianiu³⁶.

*

Celem przeprowadzonych przeze mnie badań było poznanie syndromu gotowości anorektycznej dziewcząt w wieku licealnym. W badaniu udział wzięło 60 uczennic klas licealnych w wieku od 16 do 19 lat, mieszkających na terenie Bytomia i okolic. Badania miały charakter diagnostyczny z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego, techniki ankiety, a narzędziem wykorzystanym do zgromadzenia materiału badawczego był kwestionariusz ankiety. Pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety dotyczyły samooceny wyglądu badanych dziewcząt, czy i w jaki sposób respondentki zmieniły lub chciałyby zmienić swój wygląd, a także czy ich zdaniem wygląd zewnętrzny determinuje funkcjonowanie w społeczeństwie.

*

Szczupłość utożsamiana jest z osiągnięciem sukcesów, powrotem do płci przeciwnej, pewnością siebie, a nawet szczęściem. Ten kulturowy przekaz obecny jest niemalże w każdej z możliwych dziedzin życia. Powszechna opinia o idealnym ciele i nieskazitelnym wyglądzie sugeruje szczególnie kobietom, że poddając się tyranii szczupłości, osiągną w życiu sukces. Dbłość o fizyczną atrakcyjność stała się zatem imperatywem kulturowym i przejawia się przesadnym zainteresowaniem wyglądem ciała, kreowaniem swojego wizerunku zgodnie z obowiązującym kanonem piękna³⁷, zaś poczucie atrakcyjności fizycznej stało się ważnym determinantem psychospołecznego funkcjonowania współczesnych kobiet. Tezę o znaczeniu atrakcyjności fizycznej w życiu człowieka potwierdzają

³⁴ Ibidem, s. 87.

³⁵ A. BRYTEK-MATERA, A. RYBICKA-KLIMCZYK: *Wizerunek ciała w anoreksji...*, s. 126.

³⁶ M. KRYSZEK: *Kontrola w relacjach z rodzicami u dziewcząt z gotowością anorektyczką*. W: *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*. Red. A. SUCHAŃSKA. Poznań 2000, s. 141–142.

³⁷ B. ZIÓŁKOWSKA: *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej...*, s. 11.

liczne dane empiryczne. Na przykład według badań przeprowadzonych przez Beatę Pawlicę dla większości respondentów wygląd zewnętrzny okazał się cechą bardzo ważną, a chęć bycia osobą atrakcyjną fizycznie dla otoczenia był istotny dla 66,7% kobiet (i 33,3% mężczyzn)³⁸. Podobne rezultaty badań przeprowadzonych wśród studentek uzyskali Mirosława Cyłkowska-Nowak i Zbyszko Melosik. Zdecydowana większość badanych uznała, że wygląd zewnętrzny miał „decydujące” (21,4%) bądź „bardzo ważne” (71,4%) znaczenie dla kształtowania się ich poczucia własnej wartości³⁹. W tym kontekście nie bez znaczenia pozostają uzyskane w badaniach własnych dane, zgodnie z którymi jedynie 14 ankietowanych licealistek czuło się atrakcyjnymi, zaś poczucie nieatrakcyjności deklarowało aż 46 badanych. Pomimo tego 40 respondentek stwierdziło, że akceptuje siebie i swój wygląd, z kolei 20 wyraziło brak akceptacji dla siebie i swojego wyglądu. Brak akceptacji u badanych może wynikać z faktu, iż jest to okres adolescencji – czas najbardziej intensywnych zmian związanych z dojrzewaniem zarówno fizycznym, emocjonalnym, jak i społecznym⁴⁰. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że ocena swojej atrakcyjności i wyglądu jest ważnym elementem składającym się ogólną samoocenę jednostki⁴¹. Tymczasem niska samoocena jest zaliczana do czynników predysponujących i wywołujących zaburzenia odżywiania, jak i do czynników podtrzymujących je⁴², co w kontekście zjawiska gotowości anorektycznej wydaje się szczególnie ważne.

Ideał piękna, szczupła sylwetka ukazywana w mediach, społeczny wzór atrakcyjności stały się celem wielu współczesnych dziewcząt i kobiet. Satysfakcja z własnego ciała i jego pozytywny obraz mają istotne znaczenie dla dobrego samopoczucia i zdrowia psychicznego jednostki. Warto również dodać, że wiedza o własnej cielesności reguluje spostrzeganie i zachowania społeczne podmiotu⁴³. Jednym ze sposobów pozyskiwania informacji na temat własnego ciała i jego wymiarów jest rozmiar noszonych ubrań. Przeprowadzone badania własne pokazały, że nie zawsze jest on zadowalający dla młodych dziewczyn, bowiem tylko 24 ankietowane licealistki były zadowolone z rozmiaru swoich ubrań, 34 deklarowały chęć noszenia mniejszych ubrań, a 2 chciały nosić więk-

³⁸ B. PAWLICA: *Mechanizmy naznaczenia społecznego. Socjologiczne studium teoretyczno-empiryczne*. Częstochowa 2001, s. 110. Podano za: K. LEKSY: *Negatywne skutki wizualizacji kobiecego ciała...*, s. 79–80.

³⁹ Z. MELOSİK: *Tożsamość, ciało i władza. Teksty kulturowe jako (kon)teksty pedagogiczne*. Poznań–Toruń 1996, s. 251.

⁴⁰ M. SIWAK-KOBAYASHI: *Poznawczo-behawioralna terapia zaburzeń odżywiania*. „Nowa Medycyna” 1996, nr 17, s. 37–40.

⁴¹ G. INIEWICZ: *Samoocena i jej związku z obrazem siebie dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną*. „Psychiatria Polska” 2005, t. XXXIX, nr 4, s. 720.

⁴² Przegląd badań w tym zakresie prezentuje G. INIEWICZ: *Samoocena i jej związku z obrazem siebie dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną...*, s. 719–729.

⁴³ E. MANDAL: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice 2004, s. 34–35.

szy rozmiar. Warto zauważyć, że widoczna chęć noszenia odzieży w mniejszym rozmiarze przez badane dziewczęta może mieć związek ze stosunkowo powszechną skłonnością do przeszacowywania rozmiarów własnego ciała, głównie przez kobiety. Już w latach siedemdziesiątych XX wieku badacze dowodzili, że kobiety mają ogólnie tendencje do oceniania wybranych części ciała, głównie pasa, bioder i ud, jako szerszych, niż są w rzeczywistości⁴⁴. Znaczące jest to, że przeszacowania były tym większe, im mniej ważyły kobiety, zaś największe deformacje w postrzeganiu własnego ciała wykryto u osób cierpiących na zaburzenia odżywiania⁴⁵.

Badania pokazują, że cechy fizyczne, wygląd jest elementem bardzo istotnym (jeśli nie decydującym) podczas zawierania znajomości i budowania związków⁴⁶. Okazuje się bowiem, że ludzie są bardziej pozytywnie nastawieni do innych, jeśli odbierają ich jako fizycznie atrakcyjnych (według własnych i kulturowych kanonów urody)⁴⁷. Tezę o roli atrakcyjności fizycznej potwierdzają również Elaine Hatfield i Susan Sprecher, które na podstawie licznych danych przekonują, że osoby ładne w przeciwieństwie do brzydkich:

- postrzegane są jako obdarzone wieloma zaletami ducha, wzbudzającymi sympatię, cechującymi się takimi zaletami jak serdeczność, wrażliwość, zrównoważenie, towarzyskość, bycie miłym i interesującym;
- uważane są za szczęśliwe i mające większe szanse na szczęście także w przyszłości;
- są lepiej traktowane przez bliźnich – częściej spotykają się z życzliwością, zachętą i wsparciem innych, ich kontakty społeczne są więc bardziej satysfakcjonujące;
- są obciążane mniejszą odpowiedzialnością za swoje naganne uczynki;
- częściej uzyskują pomoc innych, choć rzadziej są o nią proszone;
- jeżeli są mężczyznami, zaczynają pracę od wyższej pensji i kwestiach zawodowych osiągają więcej;
- jeżeli są kobietami, częściej i szybciej wychodzą za mąż, za lepiej zarabiających i wykształconych mężczyzn;
- mają decydujący głos we własnym małżeństwie niż ich partnerzy⁴⁸.

Przeprowadzając badania własne, starałam się poznać opinię dziewcząt na temat znaczenia wyglądu zewnętrznego w kontekście powodzenia w życiu

⁴⁴ Szereg badań w tym zakresie przytacza A. GŁĘBOCKA: *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków 2009, s. 22–24.

⁴⁵ A. GŁĘBOCKA: *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków 2009, s. 22.

⁴⁶ S. MOSCOVICI: *Psychologia społeczna w relacji ja-inni*. Warszawa 1998, s. 54. Podano za: K. LEKSY: *Negatywne skutki wizualizacji kobiecego ciała...*, s. 80.

⁴⁷ B. PAWLICA: *Mechanizmy naznaczenia społecznego...*, s. 110.

⁴⁸ E. HATFIELD, S. SPRECHER: *Mirror, Mirror... The Importance of Looks in Everyday Life*. Albany 1986. Podano za: B. WOJCISZKE: *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa 2002, s. 286–287.

człowieka. Według uzyskanych wyników zdecydowana większość badanych (47 osób) zgodziła się z opinią, iż wygląd jest lub może być elementem decydującym o życiowym sukcesie i powodzeniu. Warto w tym miejscu przytoczyć badania Wiolety Chytrej-Gędek oraz Anny Kobiereckiej, których analiza odpowiedzi „prawie zawsze” oraz „często”, udzielonych przez gimnazjalistki, licealistki i studentki w ramach poszczególnych twierdzeń, ujawniła, że: 60 dziewcząt i młodych kobiet sądzi, iż szczupłe kobiety mają większe powodzenie wśród mężczyzn; 58 osób badanych jest przekonanych, że mężczyźni w dużej mierze preferują szczupłe kobiety; 58 osób jest niezadowolonych ze swojego wyglądu; 58 osób twierdzi, że odczuwa zadowolenie, gdy udaje się im zrzucić kilka kilogramów; 28 osób jest zdania, że szczupli odnoszą więcej sukcesów⁴⁹. Wydaje się zatem, że społeczne funkcjonowanie osób szczupłych, atrakcyjnych fizycznie jest lepsze. Potwierdza to również literatura przedmiotu, zgodnie z którą „osoby atrakcyjne są śmielsze i skuteczniejsze w kontaktach społecznych, łatwiej je nawiązują i lepiej potrafią dbać o ich sprawny, przyjemny przebieg, co zapewne ma źródło w większej liczbie pozytywnych doświadczeń społecznych”⁵⁰. W kontekście przeprowadzonych przeze mnie badań 44 respondentki uznały, że osobom szczupłym łatwiej jest nawiązywać nowe kontakty towarzyskie. Również znalezienie partnera przez osoby szczupłe jest, w opinii 47 badanych, zdecydowanie łatwiejsze. Tylko dla 1 badanej smukła sylwetka zdecydowanie nie miała znaczenia w poszukiwaniu partnera. Biorąc pod uwagę funkcjonowanie na rynku pracy, 42 badane dziewczęta przyznały, że poszukując pracy, osoba szczupła ma większe szanse na zatrudnienie. Nie ulega zatem wątpliwości, że atrakcyjność fizyczna i obraz własnego ciała w znacznym stopniu wpływają na funkcjonowanie psychiczne i społeczne jednostki. Cechy te determinują również zachowanie jednostki wobec siebie i innych ludzi oraz jej sposób reagowania na pojawiające się bodźce, zarówno ze środowiska zewnętrznego, jak i związane z psychofizycznym funkcjonowaniem organizmu⁵¹. Ponadto, zgodnie z literaturą przedmiotu, atrakcyjność fizyczna jest istotnym wyznacznikiem relacji interpersonalnych oraz statusu i pozycji w hierarchii społecznej⁵².

Jedną z konsekwencji internalizacji społeczno-kulturowych wymogów dotyczących wyglądu zewnętrznego jest podejmowanie przez dziewczęta i kobiety szeregu działań mających przybliżyć je do ideału. Sposobów na osiągnięcie szczupłej sylwetki dostarcza przede wszystkim kolorowa prasa i telewizja,

⁴⁹ W. CHYTRA-GĘDEK, A. KOBIERECKA: *Gotowość anorektyczna u dziewcząt i młodych kobiet*. „Psychiatria” 2008, t. 5, nr 1, s. 9–11.

⁵⁰ B. WOJCISZKE: *Człowiek wśród ludzi...*, s. 287.

⁵¹ M. BĄK-SOSNOWSKA: *Między ciałem a umysłem. Otyłość i odchudzanie się w ujęciu integracyjnym*. Kraków 2009, s. 81–83.

⁵² N. ETCOFF: *Przetrwaj najpiękniejsi*. Tłum. D. CIEŚLA. Warszawa 2002. Podano za: M. BĄK-SOSNOWSKA: *Między ciałem a umysłem...*, s. 83.

namawiając do użycia kremów ujędrniających, pasów wyszczuplających, propagując różnego rodzaju diety i ćwiczenia fizyczne, a także upowszechniając operacje plastyczne i specjalistyczne zabiegi w gabinetach kosmetycznych. Kobiety, wybierając z ogromnej oferty rynkowej, stosując zalecenia dietetyczne i ćwiczenia, próbują sprostać wymogom, jakie stawia im współczesna kultura⁵³. Przeprowadzając badania własne, starałam się sprawdzić, czy i jakie działania podejmują badane dziewczęta w celu redukcji masy ciała i poprawy swojego wyglądu. Zgodnie z uzyskanymi wynikami 26 ankietowanych zadeklarowało, że odchudzały się w przeszłości lub odchudza się nadal, natomiast 34 osoby nie odchudzały się nigdy wcześniej. Jednym ze sposobów utraty zbędnych kilogramów są stosowane przez wiele kobiet głodówki jako metoda oczyszczania organizmu z toksyn i szkodliwych produktów przemiany materii. W tym kontekście 10 ankietowanych zadeklarowało, że głodziły się często, 17 podało, że głodziły się sporadycznie, a 33 badane nigdy nie stosowały takiej metody redukcji masy ciała.

W kwestii preparatów i innych sposobów wspomagających odchudzanie respondentki: stosowały kosmetyki wyszczuplające (24 osoby), korzystały ze sprzętu sportowego (21 osób), przyjmowały suplementy diety dające uczucie sytości lub przyspieszające redukcję tkanki tłuszczowej (14 osób), ubierały bielezącą wyszczuplającą w celu wymodelowania sylwetki (2 osoby). Bez wątplenia aby osiągnąć wymarzoną sylwetkę, konieczna jest regularna aktywność fizyczna. W związku z tym 32 badane zadeklarowały, że uprawiają sport, natomiast dla 28 dziewcząt aktywność fizyczna nie była preferowanym sposobem uzyskania idealnej sylwetki czy poprawy kondycji fizycznej.

Na zakończenie warto przytoczyć badania Beaty Ziółkowskiej z 1997 roku na temat uwarunkowań ekspresji syndromu gotowości anorektycznej, w których wzięło udział 50 osób w wieku od 16 do 24 lat. Badania te wykazały, że zaburzenia postrzegania schematu własnego ciała występowały u 22% badanych, a uznanie siebie za nieatrakcyjną fizycznie u 34%. Przyczyniło się to w znacznej mierze do zaburzenia kontaktów interpersonalnych u 15% ankietowanych, zwłaszcza z osobami płci przeciwnej, a jednocześnie zmotywowało do poprawienia swojego fizycznego wizerunku. Wynika to z faktu, iż poczucie nieatrakcyjności wywołuje najczęściej lęk przed wchodzeniem w związki i niepewność w sytuacjach społecznych związanych np. z ekspozycją i oceną społeczną. Zatem potrzeba zmiany wyglądu stała się dla 29% badanych motywem podejmowania działań mających wpływ na podniesienie swojej atrakcyjności (także społecznej)⁵⁴.

Ideal piękna, który dotyczy szczególnie kobiet młodych, poddawanych ciągłej presji ze strony otoczenia, może doprowadzić do powstania syndromu gotowości

⁵³ J. WYCISK: *Anoreksja – popularny sposób (nie)istnienia*. W: *Kobiety w kulturze popularnej*. Red. E. ZIERKIEWICZ, I. KOWALCZYK. Wrocław 2002, s. 111.

⁵⁴ B. ZIÓLKOWSKA: *Uwarunkowania ekspresji syndromu gotowości anorektycznej*. Brno 2000, s. 52.

anorektycznej. W przekonaniu społecznym kobiecie ciało powinno być przyjemne dla widza, stać się obiektem atrakcyjności dla mężczyzny. Taki sposób postrzegania kobiety i jej ciała skłania ją samą do stałego monitorowania swojego wyglądu, samokontroli przede wszystkim w zakresie wagi, kształtu i wymiarów ciała. Na podstawie przeprowadzonych badań własnych mogę przypuszczać, że część badanych dziewcząt przejawia syndrom gotowości anorektycznej. Z podanych przez respondentki odpowiedzi wynika, że wiele z nich kontroluje swoje ciało poprzez diety, głodówki, a nawet stosowanie środków wspomagających odchudzanie. Pojawiały się również odpowiedzi dotyczące chęci zrzucenia wagi oraz pragnienia noszenia mniejszego rozmiaru ubrania niż dotychczas. Niewątpliwie zaabsorbowane swoim wyglądem respondentki często porównują się do rówieśników, a także do wzorów medialnych, a jednocześnie próbują dążyć do wymarzonej sylwetki poprzez wzmożoną okresowo aktywność ruchową. Badane dziewczęta zgadzają się z powszechnie panującymi przekonaniem, np. że osobom szczupłym łatwiej dostać wymarzoną pracę, nawiązywać kontakty interpersonalne oraz znaleźć partnera życiowego. Biorąc pod uwagę rozważania teoretyczne i uzyskane wyniki badań własnych warto zwrócić uwagę, że: „W naszym kręgu kulturowym kobieta od zarania dziejów była bardziej związana z cielesnością niż mężczyzna, z racji swojej anatomii, fizjologii i wynikających z niej ról płciowych czy społecznych. Doświadczenie własnej kobiecości, kształtowanie swej tożsamości jako kobiety, a także poczucie wartości były znacząco określane i determinowane przez cielesność, a co za tym idzie, przez informacje zwrotne pochodzące z otoczenia społecznego danej osoby”⁵⁵. Dziś niebagatelnym wyzwaniem dla rodziców i wychowawców dziewcząt, jak i samych kobiet jest przeciwstawienie się powierzchownej ocenie siebie i innych, tylko i wyłącznie przez pryzmat wyglądu ciała.

Bibliografia:

1. BANASZEK E., FLORKOWSKI R.: *Doświadczenie ciała i nagości*. W: *Corpus delicii – rozkoszne ciało. Szkice nie tylko z socjologii*. Red. E. BANASZEK. Warszawa 2010.
2. BĄK-SOSNOWSKA M.: *Między ciałem a umysłem. Otyłość i odchudzanie się w ujęciu integracyjnym*. Kraków 2009.
3. BRYTEK-MATERA A., RYBICKA-KLIMCZYK A.: *Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej*. Warszawa 2009.
4. BRYTEK-MATERA A.: *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychologicznym*. Warszawa 2008.
5. CHYTRA-GĘDEK W., KOBIERECKA A.: *Gotowość anorektyczna u dziewcząt i młodych kobiet*. „Psychiatria” 2008, t. 5, nr 1.
6. ETCOFF N.: *Przetrwają najpiękniejsi*. Tłum. D. CIEŚLA. Warszawa 2002.

⁵⁵ M. RUKŚĆ: *Poddaj się perfekcji – ciało w środkach masowego przekazu*. W: *Opętanie (nie)jedzeniem...*, s. 139.

7. GIDDENS A.: *Nowoczesność i tożsamość: „ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Tłum. A. SZULŻYCKA. Warszawa 2002.
8. GŁĘBOCKA A.: *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków 2009.
9. GŁĘBOCKA A., KULBAT J.: *Czym jest wizerunek ciała?* W: *Wizerunek ciała. Portret Polek*. Red. A. GŁĘBOCKA, J. KULBAT. Opole 2005.
10. GRĄCZESKA O.: *Rola czynników kulturowych w powstaniu zaburzeń odżywiania*. W: *Opętanie (nie)jedzeniem*. Red. B. ZIÓŁKOWSKA. Warszawa 2009.
11. GROMKOWSKA A.: *Anoreksja nervosa: paradoksy współczesnej kobiecości*. W: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Red. Z. MELOSİK. Toruń–Poznań 1999.
12. HATFIELD E., SPRECHER S.: *Mirror, Mirror... The Importance of Looks in Everyday Life*. Albany 1986.
13. INIEWICZ G.: *Samoocena i jej związki z obrazem siebie dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną*. „Psychiatria Polska” 2005, t. XXXIX, nr 4.
14. JABLOW M.M.: *Na bakier z jedzeniem. Anoreksja, bulimia, otyłość*. Tłum. M. PRZYLIPIAK. Gdańsk 1993.
15. KRYSZEK M.: *Kontrola w relacjach z rodzicami u dziewcząt z gotowością anorektyczką*. W: *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*. Red. A. SUCHAŃSKA. Poznań 2000.
16. KUBASZEWSKA M.: *Kobietą szczupłą każda chce być... Wpływ wzorców kulturowych na częstość zachorowań na anoreksję*. Red. B. ZIÓŁKOWSKA. Warszawa 2009.
17. LACHOWICZ W.: *Przeklinam cię, ciało*. Katowice 2000.
18. LEKSY K.: *Negatywne skutki wizualizacji kobiecego ciała w kulturze współczesnej*. „Auxilium Sociale Novum” 2008, nr 1–2.
19. LOCK J., LE GRANGE D.: *Twoje dziecko i zaburzenia odżywiania. Jak mu pomóc?* Kraków 2006.
20. MANDAL E.: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice 2004.
21. MELOSİK Z.: *Tyrania szczupłego ciała i jej konsekwencje*. W: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Red. IDEM. Poznań–Toruń 1999.
22. MELOSİK Z.: *Tożsamość, ciało i władza. Teksty kulturowe jako (kon)teksty pedagogiczne*. Poznań–Toruń 1996.
23. MOSCOVICI S.: *Psychologia społeczna w relacji ja-inni*. Warszawa 1998.
24. PAWLICA B.: *Mechanizmy naznaczenia społecznego. Socjologiczne studium teoretyczno-empiryczne*. Częstochowa 2001.
25. PIERÓG M.: *Ciało dyscyplinowane. Wpływ kultury ponowoczesnej na powstanie Anorexia Nervosa*. W: *Opętanie (nie)jedzeniem*. Red. B. ZIÓŁKOWSKA. Warszawa 2009.
26. RUKŚĆ M.: *Poddaj się perfekcji – ciało w środkach masowego przekazu*. W: *Opętanie (nie)jedzeniem*. Red. B. ZIÓŁKOWSKA. Warszawa 2009.
27. SIWAK-KOBAYASHI M.: *Poznawczo-behawioralna terapia zaburzeń odżywiania*. „Nowa Medycyna” 1996, nr 17.
28. STRECKER-BRYCZKOWSKA D.: *Kultura popularna a kształtowanie się tożsamości własnego ciała u dzieci: warunki powstawania anorexia nervosa*. W: *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*. Red. A. SUCHAŃSKA. Poznań 2000.
29. WOJCISZKE B.: *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa 2002.

30. WYCISK J.: *Anoreksja – popularny sposób (nie)istnienia*. Red. E. ZIERKIEWICZ, I. KOWALCZYK: *Kobiety w kulturze popularnej*. Wrocław 2002.
31. ZIENTARSKA B.: *Spółeczno-środowiskowe konteksty niepłodności*. W: *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi*. Red. J. BULSKA. Kraków 2008.
32. ZIÓŁKOWSKA B.: *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji*. Poznań 2001.

Postrzeganie swojego ciała przez kobiety niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim

Agnieszka Wysocka

Ciało [...] sprawia, że człowiek czuje się z życia zadowolony lub jest złamany bólem i cierpieniem. Od niego zależy w znacznej mierze obraz własnej osoby. Ono przyciąga lub odpycha innych ludzi. Od niego zależy dobór naturalny. Ono nadaje realność życiu; jako istoty bezcielesne stalibyśmy się nierzeczywiści¹.

Antoni Kępiński

Status kobiet niepełnosprawnych intelektualnie jest odmienny od niepełnosprawnych fizycznie. Społeczeństwo często przypisuje osobom o obniżonej sprawności umysłowej etykietę „dużych dzieci”, których funkcjonowanie jest całkowicie uzależnione od znaczących dorosłych w ich życiu, ogranicza możliwość realizacji zadań rozwojowych, odbiera możliwość ekspresji swojej kobiecości czy seksualności, jednocześnie pozbawiając je możliwości samostanowienia². Kreowanie tego wizerunku odbywa się za sprawą rodziców, którzy często maskują atrybuty związane z płcią swoich dorosłych dzieci poprzez infantyлизację wyglądu – stroju czy uczesania.

Ze względu na deficyty w funkcjonowaniu psychospołecznym osoby niepełnosprawne intelektualnie często charakteryzują się obniżonym krytycyzmem, czego konsekwencją może być nieadekwatna samoocena. Należy jednak pamiętać, że dwie osoby z tym samym stopniem upośledzenia mogą funkcjonować odmiennie na różnych płaszczyznach. W tym kontekście duże znaczenie przypisuje się także wpływom środowiskowym, dlatego istnieją też osoby, u których poczucie własnej wartości zostało diametralnie obniżone ze względu na dużą ekspozycję na czynniki ryzyka oraz na indywidualną biografię. Kontrolowanie tego, w jaki sposób dana jednostka postrzega samą siebie, jest niezwykle istotne,

¹ A. KĘPIŃSKI: *Lęk*. Warszawa 1987, s. 17.

² A. KOMANIECKA-WIŚNIEWSKA: *Kim jestem? Tożsamość kobiet upośledzonych umysłowo*. Warszawa 2006, s. 85.

gdyż negatywny, nieadekwatny obraz ciała może być wyuczony w drodze socjalizacji i zaburzać funkcjonowanie przez trwałe, negatywne konsekwencje psychologiczne³. Odczuwanie lęku względem własnego ciała może mieć swoją przyczynę we wczesnych doświadczeniach życiowych, które wiążą się z dezaprobatą i negatywnymi komentarzami na temat wyglądu fizycznego ze strony innych osób. Poczucie nieadekwatności do społecznych standardów kreowanych przez mass media w konsekwencji może wiązać się z uczuciem lęku przed potencjalną ekspozycją społeczną⁴. Z dużym prawdopodobieństwem wpływa na ilość i jakość utrzymywanych kontaktów interpersonalnych oraz może prowadzić do zachowań kompensacyjnych o charakterze autodestrukcyjnym (np. związanych z przetrenowaniem lub nadużywaniem środków chemicznych). Satysfakcja z wyglądu i funkcjonowania własnego ciała, czyli pozytywny obraz ciała, jest ściśle powiązany z wyższą samooceną, poczuciem własnej atrakcyjności, pewnością siebie i spełnieniem⁵.

Jednym z kryteriów diagnostycznych niepełnosprawności intelektualnej jest obniżona zdolność adaptacji społecznej, która w kontekście poruszanego tematu może skutkować mniejszą świadomością manipulacji środków masowego przekazu i zjawisk społecznych. Wizerunek kobiety prezentowany w mediach może zostać odebrany jako punkt odniesienia, a ciągły dystans wizualny do kreowanego kulturowo ideału – wpływać negatywnie na obraz własnego ciała i samoocenę, nasilając się w przypadku tej specyficznej grupy, charakteryzującej się obniżoną dojrzałością emocjonalną i społeczną.

Występowanie upośledzenia sprzężonego, szczególnie w przypadku etiologii o podłożu organicznym, wiąże się z różnego rodzaju deficytami w budowie lub funkcji części ciała. Najczęstsze obszary problemowe to dysfunkcje narządów ruchu – zaburzenia koordynacji i równowagi, schorzenia kręgosłupa i stawów – oraz problemy neurologiczne – niedowłady, hipertonia, porażenia, zespoły bólowe kręgosłupa, nerwobóle i zawroty głowy. Często występującymi problemami somatycznymi badanej grupy są nadwaga i otyłość. Z reguły dotyczą one osób systematycznie przyjmujących leki, osób z zespołem Downa (wady chromosomalne) i osób cierpiących na endokrynopatie⁶. Są to czynniki, które w dużym stopniu mogą oddziaływać na postrzeganie własnej atrakcyjności. Wymogi stanowiące konstrukt społeczny kobiecości są trudne do realizacji przez kobiety niepełnosprawne intelektualnie, gdyż ich wygląd często odbiega od obowiązujących kanonów⁷. Ze względu na ten fakt nie są one postrzegane

³ E. MANDAL: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice 2000, s. 39–40.

⁴ B. MIKUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne. Od normy do zaburzeń*. Sopot 2013, s. 97–98.

⁵ E. MANDAL: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów...*, s. 33–34.

⁶ Powyższe informacje zostały uzyskane podczas rozmowy z psychologiem pracującym w Warsztacie Terapii Zajęciowej, do którego uczęszczają respondentki.

⁷ A. KOMANIECKA-WIŚNIEWSKA: *Kim jestem?...*, s. 85.

społecznie jako „nosicielki płci kulturowej”⁸. Natomiast brak atrakcyjności fizycznej może być utożsamiany z nieatrakcyjnością społeczną⁹.

Osoby niepełnosprawne intelektualnie, u których występują różnego rodzaju deficyty w funkcjonowaniu biologicznym, mogą odczuwać trudności w doświadczeniu własnej cielesności, a osłabiona kontrola funkcji własnego organizmu może negatywnie wpływać na kształtowanie tożsamości. Obniżony poziom funkcjonowania poznawczego utrudnia rozumienie własnego ciała i zmian pojawiających się wraz z upływem lat.

*

Wszechobecny kult młodości i piękna powoduje, że ludzie, a zwłaszcza kobiety, silnie odczuwają presję, by możliwie przybliżyć się do ideału kobiecości prezentowanego przez mass media. Na temat postrzegania własnej cielesności, atrakcyjności, samooceny można znaleźć w literaturze dużo informacji, jednak ta tematyka zazwyczaj rozpatrywana jest w kontekście kobiet w normie intelektualnej. Interesujący wydaje się zatem problem postrzegania swojego wyglądu przez kobiety niepełnosprawne intelektualnie. Czy z powodu swojej niepełnosprawności, w tym chorób współistniejących, nie są one zadowolone ze swojego wyglądu i mają problem z zaakceptowaniem siebie? Aby zdiagnozować postrzeganie swojego ciała i podejmowane zabiegi pielęgnacyjne, zdrowotne czy poprawiające wygląd, zastosowano strategię badań jakościowych, której wykorzystanie zaleca się podczas badania osób niepełnosprawnych intelektualnie, ze względu na większą elastyczność w realizacji procedury badawczej, niesformalizowany język i możliwość dostosowania do funkcjonowania psychofizycznego tych osób. Podjęte badania miały charakter badań diagnostycznych, w ramach których wykorzystano metodę indywidualnych przypadków i technikę wywiadu swobodnego na podstawie opracowanych wcześniej dyspozycji. Badania odbyły się w Warsztacie Terapii Zajęciowej w Chorzowie. Procedurą badawczą objęto pięć dorosłych kobiet niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim, mieszczących się w przedziale wiekowym od 25 do 32 lat. Ze względu na małą próbę badawczą uzyskane wyniki odnoszą się tylko do badanej grupy. Za cel badań przyjęto poznanie opinii kobiet niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim na temat postrzegania swojego ciała.

*

Bezsprzecznie media pełnią istotną rolę w kreowaniu poglądów mówiących o tym, że kobieta atrakcyjna i godna pożądania to kobieta szczupła. Im bardziej wygląd zewnętrzny zbliża się do wyidealizowanych kanonów piękna, tym le-

⁸ Ibidem, 84.

⁹ Z. MEŁOSIK: *Tożsamość, ciało i władza*. Poznań–Toruń 1996, s. 83.

piej człowiek oceniany jest przez społeczeństwo i bardziej zyskuje na wartości. Wytworzona presja społeczna często powoduje niezadowolenie z własnego wyglądu, złe samopoczucie, a także obniżenie samooceny. W skrajnych przypadkach może być przyczyną wielu chorób cywilizacyjnych. Zazwyczaj próba osiągnięcia pożądanej sylwetki przypomina ciągłą „walkę” z samym sobą, z niedoskonałościami, która zmierza do wypracowania mechanizmu samokontroli i umiejętności szybkiej adaptacji do zmieniających się oczekiwań społecznych¹⁰. Obowiązujące mity i stereotypy promowane w mediach powodują, że dużą wagę do obrazu własnego ciała przywiązują nie tylko kobiety pełnosprawne, ale także niepełnosprawne intelektualnie. Świadczyć o tym mogą przeprowadzone badania, z których wynika, że respondentki zinternalizowały stereotyp dotyczący kobiecego piękna, kreowany przez mass media. Większość z nich nie jest zadowolona ze swojego wyglądu, bez większego zastanowienia wskazują te części swojego ciała, które nie spełniają ich oczekiwań. W jednym z przeprowadzonych wywiadów pojawiła się wypowiedź kobiety, której figura nie odbiega od normy: „Moje ciało... uważam, że jestem za gruba. Mam grube uda. Nie cieszę się ze swojego wyglądu. Nie podobam się sama sobie. Wiele bym w sobie zmieniła, np. nos, bo jest brzydki. Gdybym mogła, to poszłabym na odsysanie tłuszczu – w końcu byłabym chuda. Boję się, że będę miała zmarszczki i będę nieładna, dlatego smaruję sobie twarz kremami, które odmładzają”¹¹. Badana wielokrotnie akcentuje konieczność pozbycia się zbędnych kilogramów poprzez zabieg liposukcji. Medycyna estetyczna przeżywa w dzisiejszych czasach rozkwit, a zabiegi tego typu stanowią w powszechnej opinii łatwą metodę w osiąganiu pożądanej sylwetki. Modyfikacje ciała poprzez poważne ingerencje stały się wręcz wymogiem współczesności, natomiast cielesność została sprowadzona do rangi przedmiotu, którego kształtem możemy manipulować zgodnie z własnymi preferencjami. Respondentka wskazuje nos i uda jako te części swojego ciała, z których nie jest zadowolona. Starość, będąca elementem niemieszczącym się w społecznie akceptowanym kanonie piękna, wzbudza w niej lęk. Przyznaje, że stosuje reklamowane kremy przeciwzmarszczkowe, które mają stanowić środek zaradczy przed utratą atrakcyjności.

Kolejna badana kobieta także wydaje się mieć duży problem z zaakceptowaniem swojego wyglądu. Zmagą się z otyłością, która jest wynikiem zaburzeń hormonalnych. Podejmuje szereg działań w celu zmniejszenia masy ciała: kontroluje dostarczane do organizmu kalorie, prowadzi aktywny tryb życia, wynikający z podejmowanej pracy zawodowej oraz ciągłych podróży. Respondentka porównuje się pod względem wizualnym do swojej przyjaciółki i przyznaje, że ma poczucie niesprawiedliwości: „Nie podobam się sobie, jestem gruba i boję się, że wszyscy się ze mnie śmieją, a to przecież nie moja wina. Przecież zwracam uwagę

¹⁰ A. KOMANIECKA-WIŚNIEWSKA: *Kim jestem?...*, s. 78.

¹¹ Wszystkie przytoczone w artykule cytaty stanowią wypowiedzi badanych kobiet.

na to, co jem, ile jem. Ograniczam się, jak mogę. Bardzo zazdroszczę Justynie. Ona jest szczupła i ładna. Może jeść, co chce. Takie to wszystko niesprawiedliwe. Najchętniej oddałabym komuś ten gruby brzuch czy uda. Czasami nie mogę na siebie patrzeć". Ciało stanowi dla niej ograniczenie. Wymienia liczne utrudnienia: problemy z poruszaniem się, kondycją fizyczną, bólem kręgosłupa i stawów. Odczuwa silny dyskomfort spowodowany nadmierną potliwością. Przyznaje, że z tego powodu unika kontaktów interpersonalnych.

Można podejrzewać, że badane, podobnie jak kobiety pełnosprawne, ulegają wpływowi społecznych standardów atrakcyjności i dążą do osiągnięcia szczuplejszej sylwetki. Postrzegają swoje ciało w kategorii obiektu, nie koncentrując się na funkcji, sprawności poszczególnych jego części, ale na ich wyglądzie. Nie traktują swojego ciała jako spójnej całości, lecz dokonują jego fragmentaryzacji. Ponadto wszystkie kobiety biorące udział w badaniu przyznają, że chciałyby posiadać atrybuty, które stereotypowo kojarzą się z pojęciem kobiecości (np. szczupła sylwetka, długie włosy, buty na obcasie, makijaż, biżuteria). Znają aktualne kanony panujące w modzie, bowiem czytają tzw. kobiecą prasę kolorową, w której tematyka ta jest często poruszana. W miarę swoich możliwości starają się nadążać za trendami, o czym mogą świadczyć ich wypowiedzi: „Noszę różne fiszbinowe staniki. Jednak mimo wszystko chciałabym mieć inną fryzurę, ale mama mi nie pozwoli. Mówi, że tak wygodniej, gdy są obcięte, ale ja chciałabym mieć długie, ciemne i lekko kręcone. Robię sobie makijaż, bo z makijażem kobieta lepiej wygląda. Czasami maluję powieki na różne kolory – różowy, beżowy, fioletowy. Usta maluję blad różową pomadką. Żeby być bardziej kobiecą, trzeba się malować, wtedy twarz jest bardziej atrakcyjna. Lubię nosić biżuterię. Mam kilka par ładnych kolczyków, pierścionki i trzy bransoletki. Kiedy idę na spotkanie, lubię je zakładać. Wtedy czuję się naprawdę elegancka. Jak te wszystkie panie z gazety”; „Jakby mama pozwoliła, to zapuściłabym sobie włosy, bo teraz wyglądam trochę jak chłopak. Marzy mi się kosmetyczka pełna szminek i innych mazideł. Czasami, gdy mama nie widzi, pożyczam od niej cienie do powiek, tusz do rzęs i czerwoną szminkę. Maluję się, jak nie ma jej w domu”. W przypadku drugiej badanej sięganie po kosmetyki w czasie nieobecności matki może świadczyć o tym, że kobieta obawia się jej reakcji. W przeszłości tego typu zachowanie było przez nią krytykowane. Dla respondentki taka sytuacja jest niezrozumiała, twierdzi, że jako 30-letnia dorosła kobieta ma prawo decydować o sobie w takich kwestiach. Badana przyznaje, że jej matka reaguje w podobny sposób, jeśli idzie o dobór odzieży i galanterii: „Chciałabym mieć chociaż jedną parę fajnych butów, takich na wysokim obcasie, żeby czasem je założyć do sukienki. Lubię dostawać kolczyki i wisiorki na urodziny, bo sama sobie kupić nie mogę. Chciałabym mieć chłopaka, a mama powtarza, że bym sobie nie zawracała głowy chłopakami i głupią modą”. Wydaje się, że matka swoją postawą tłumi wszelkie przejawy kobiecości u badanej. Warto zauważyć, że jest to zachowanie, które nierzadko występuje w przypadku rodziców kobiet niepełnosprawnych intelektualnie.

Może ono wynikać z lęku przed seksualnością ich dzieci, dlatego ukrywają oni atrybuty kobiecości, czasem wręcz infantyliżując wizerunek swoich córek.

Zasadniczo badana grupa twierdzi, że dbanie o swoje ciało jest obowiązkiem kobiety, a fizyczna atrakcyjność to warunek zwrócenia na siebie uwagi mężczyzn. Dwie spośród badanych przypisują pozytywne cechy kobietom atrakcyjnym fizycznie, zgodnie z efektem aureoli: „Kobieta musi być piękna, by się podobać. Ma wtedy lepszy charakter, bo słyszy miłe słowa”; „Gdy ciało jest ładne, ma się wtedy lepsze samopoczucie. Taki człowiek jest bardziej pewny siebie, ma więcej szczęścia”. Ich zdaniem piękna kobieta jest lepsza od tej, która nie mieści się w standardach kreowanych przez mass media. Informacje na temat urody, które słyszy pod swoim adresem, kształtują jej osobowość i przekonanie o własnej wyjątkowości i dobroci. Analogicznie osoby nieatrakcyjne, nie otrzymując pozytywnej informacji zwrotnej na temat swojego wyglądu, nie akceptują siebie, a to w konsekwencji często wiąże się z niższym poczuciem własnej wartości, frustracją i gorszą jakością życia. W tym kontekście pierwsza badana istotną rolę przypisuje mężczyźnie. To na podstawie jego oceny kobieta może czuć się atrakcyjna lub nie, co z kolei determinuje jej funkcjonowanie, począwszy od jakości kontaktów społecznych, a skończywszy na poczuciu własnej tożsamości. Odmiennego zdania jest jedna z badanych kobiet. Z jej doświadczeń wynika, że osoby piękne często podchodzą bezrefleksyjnie do własnej urody i koncentrują się tylko na sobie. Podkreśla natomiast, że nieatrakcyjny wygląd fizyczny może stanowić barierę dla wejścia z nią w relację i być może uniemożliwi to poznanie wartościowego człowieka: „Są ludzie mili, dobrzy i pomocni, ale przez to, że są grubi, nikt nie chce ich poznać i pokochać”.

Przeprowadzone badania ujawniły, że respondentki doświadczyły w swoim życiu wielu sytuacji, które doprowadziły do obniżenia poczucia atrakcyjności. Dwie z nich w przeszłości spotkały się z negatywnymi komentarzami na temat swojego wyglądu, z tego powodu były wyśmiewane i izolowane. Jedna z badanych wspomina: „Najgorzej było na lekcjach wf-u. Chłopcy śmiali się ze mnie, a ja się przejmowałam, bo była gimnastyka, a ja tego nie umiałam. Był czas, gdy bolał mnie brzuch, gdy miałam iść do szkoły. Zawsze byłam największa. Teraz też tak jest, ale na szczęście nie mam z nimi kontaktu”. Sytuacja w szkole doprowadziła do pojawienia się objawów wegetatywnych, a z czasem do reakcji unikania. Niepowodzenia na lekcjach wychowania fizycznego spowodowały dużą absencję, co w konsekwencji groziło brakiem promocji do następnej klasy. Badana wspomina również nieprzyjemne dla niej zdarzenie, gdy podczas jazdy autobusem przypadkiem usłyszała rozmowę dwóch chłopców na temat swojej sylwetki. To przykre doświadczenie do dziś wywołuje silną reakcję emocjonalną: „Jak ja się wtedy czułam! Potrafi to sobie pani wyobrazić? Stoi dwóch takich i śmieją się ze mnie. Mówią, że jestem tak gruba, że zajmuję dwa miejsca w autobusie. Wszyscy na mnie spojrzeli! Słyszałam jeszcze jakieś głupie śmiechy. Myślałam, że umrę! Teraz, po czasie wiem, jak łatwo można komuś zrobić przykrość takim

gadaniem. Gdy widzę podobną sytuację, jak ktoś się śmieje z innej osoby, to stoję w jej obronie. Nikt nie ma na to wpływu, jak wygląda”. Negatywne doświadczenia społeczne często działają mobilizująco. W przypadku respondentki były to konkretne kroki, które podjęła w celu zrzucenia zbędnych kilogramów. Kolejna respondentka przyznała, że powodem jej złego samopoczucia i niezadowolenia z wyglądu ciała jest blizna, która pozostała po operacji: „Ciało jest ważne dla każdego człowieka. Najważniejsze, żeby było zdrowe. Pamiętam, jak w dwa tysiące szóstym roku miałam operację. Rozcinali mi ciało i jest blizna. Ale to nie jest fajne mieć taki ślad. Wszyscy na nią patrzą i komentują”. Chociaż kobieta rozumie i podkreśla prymat zdrowia nad wyglądem zewnętrznym, to jednocześnie poruszana tematyka przywołała przykre wspomnienia związane z ingerencją chirurgiczną. Operacja kojarzy jej się z „naruszeniem ciała”, w wyniku którego pozostała widoczna blizna. Badanej nie podoba się ślad po zabiegu i ma nadzieję, że z czasem będzie on mniej widoczny. Chciałaby uniknąć skojarzeń z nieprzyjemnym doświadczeniem, obawia się też, że będzie mniej atrakcyjna dla płci przeciwnej.

Na podstawie wyników badań można wnioskować, że większość kobiet przywiązuje wagę do tego, by podobać się płci przeciwnej, i dlatego podejmują działania mające na celu poprawę swojego wyglądu. Ważna jest dla nich pozytywna ocena ze strony mężczyzn. Być może taki stan rzeczy spowodowany jest chęcią zbudowania trwałej relacji z partnerem i założenia rodziny. Ich niepełnosprawność często stanowi przeszkodę uniemożliwiającą realizację tych marzeń. Deprywacja potrzeb afiliacyjnych może powodować jeszcze większą koncentrację na poszukiwaniu potencjalnego partnera. Konsekwencją takiego stanu rzeczy może być nadmierne przywiązywanie wagi do wyglądu zewnętrznego. Zdrowy styl życia często traktowany jest przez badane jako narzędzie do osiągnięcia szczupłej sylwetki, o czym świadczy wypowiedź jednej z nich: „Czasami ćwiczę. Kiedyś chodziłam na jogę i czułam się wtedy dobrze. Kiedyś też chodziłam na aerobik, ale bolały mnie uda. Kosztowało mnie to dużo wysiłku. Myślałam, że schudnę, ale nie schudłam, nie dałam rady. A skoro nie schudłam, to przestałam”. Można odnieść wrażenie, że wartością dla badanej jest przede wszystkim wygląd zewnętrzny, nie zdrowie. Świadczyć o tym może szybka rezygnacja z udziału w zajęciach aerobiku, ze względu na brak natychmiastowych efektów.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że dwie kobiety objęte procedurą badawczą znalazły wzór do naśladowania. Dla jednej jest nim polska celebrytka, którą zna z seriali telewizyjnych, uchodząca za osobę bardzo atrakcyjną pod względem fizycznym i kojarzona z życiowym sukcesem. Badana stara się choć w części jej dorównać. Przyznaje, że mass media pełnią istotną rolę w kształtowaniu wizerunku i jest to źródło inspiracji w kontekście jej własnego wyglądu. Chciałaby być podobna do osób wykreowanych na potrzeby przemysłu modowego i reklamy. Jednakże bezkrytyczny stosunek do prezentowanych w mediach wzorców może wiązać się z negatywnymi konsekwencjami (np. obniżona samoocena, zaburze-

nia odżywiania, a nawet depresja) w sytuacji, gdy badana uświadomi sobie, że cel nie jest osiągalny.

Dla innej respondentki rolę autorytetu w kontekście spraw związanych z wizerunkiem ciała oraz ze zdrowiem pełni wychowująca ją babcia, co przejawia się w wypowiedzi: „Nie lubię się malować. Moja babcia też się nie maluje. I ja nigdy nie czułam takiej potrzeby”. Można przypuszczać, że dzięki babci kobieta nie ulega modzie i wpływowi reklam. Babcia pełni także istotną rolę w kształtowaniu nawyków zdrowotnych wnuczki, co ta często podkreślała w wywiadzie: „Dobrze się odżywiam, zwracam uwagę na to, co jem. »Paskudów« nie jem – frytek, hamburgerów, tłustych rzeczy. Najbardziej smakują mi sałatki ze świeżych warzyw, które robi moja babcia. Często jej pomagam, ale dużo muszę się jeszcze nauczyć, by jej dorównać. Nie jem batoników i czekolad, bo to wszystko sztuczne i bardzo tuczy, a ja mam tendencję do nadwagi. Babcia wie, co dobre i na co mogę sobie pozwolić. Jest dla mnie ważne jej zdanie”. Wszystkie badane akcentują znaczenie osób ważnych w ich życiu oraz ich kompetencji, które mają fundamentalne znaczenie dla zdrowego stylu życia. Często osoby te przekazują im wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych, a także skutecznie pełnią rolę wzorów do naśladowania.

Wyniki badań sugerują, że respondentki – kobiety niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim – w podobny sposób do kobiet w normie intelektualnej postrzegają swoje ciało i krytycznie ustosunkowują się do jego niedoskonałości¹². Podejmują tożsame działania, mające na celu osiągnięcie satysfakcji z wyglądu. Może to stanowić potwierdzenie słów Efrat Tseelon: „Kobieta Zachodu uważa swoje ciało za niedokończone dzieło. Patrzy w lustro i pragnie zobaczyć społeczne wartości, które społeczeństwo zawarło w pojęciu kobiecości”¹³. W przypadku kobiet niepełnosprawnych intelektualnie może się to wiązać z większymi trudnościami, ze względu na częste występowanie chorób współistniejących oraz spożywanie leków, których skutkiem ubocznym jest wzrost masy ciała. Charakterystyczna dla tej grupy badawczej jest mniejsza świadomość manipulacji, w tym przypadku mass mediów, co wiąże się z obniżonym poziomem adaptacji społecznej – jednym z głównych kryteriów diagnostycznych niepełnosprawności intelektualnej.

W kontekście uzyskanych wyników istotne miejsce w ramach wspomagania funkcjonowania biopsychospołecznego kobiet niepełnosprawnych intelektualnie zarówno w środowisku rodzinnym, jak i w ośrodkach, w których przebywają, powinna stanowić szeroko rozumiana edukacja zdrowotna. Takie cechy jak: większa zewnątrzsterowność, uleganie wpływom, mniejszy krytycyzm czy osłabiona zdolność do autorefleksji, wiążą się z większym wyeksponowaniem ich

¹² Zob. np. A. GŁĘBOCKA: *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków 2010; I.M. SACKER, M.A. ZIMMER: *Wolę umrzeć, niż przytyć. Jak zrozumieć i pokonać anoreksję i bulimię*. Poznań 2008; *Opętanie (nie)jedzeniem*. Red. B. ZIÓLKOWSKA. Warszawa 2009.

¹³ Cyt. za Z. MEŁOSIK: *Tożsamość, ciało i władza...*, s. 76.

na czynniki ryzyka związane z internalizacją wzorców kobiecego piękna, przez co czynią kobiety niepełnosprawne intelektualnie grupą ryzyka. Tym bardziej, że w przypadku organizowania oddziaływań profilaktycznych i edukacyjnych często są one pomijane. Niezwykle istotne jest, aby do zagadnień związanych z postrzeganiem własnej cielesności podejść wieloaspektowo, ze względu na złożony charakter zjawiska. Tematem, który, jak się wydaje, należałoby podjąć w pierwszej kolejności, jest znaczenie ciała dla człowieka – jego schemat, granice czy funkcje. Przyswojona wiedza mogłaby stać się bazą do dalszych oddziaływań edukacyjnych, w ramach których zapewne warto skoncentrować się także na zagadnieniu tożsamości jako pojęciu silnie związanym z cielesnością i wyglądem zewnętrznym, ze szczególnym zaakcentowaniem stanowiska, że ciało nie powinno stanowić jedyne elementu, w oparciu o który buduje się ową tożsamość. Kwestię niezwykle ważną stanowi ponadto uświadomienie kobietom niepełnosprawnym intelektualnie istoty kształtowania prozdrowotnego stylu życia, tego, co same mogą zrobić, aby lepiej czuć się we własnym ciele. Przekazanie wiedzy i wypracowanie prawidłowych nawyków zdrowotnych związanych z właściwą dietą, podejmowaniem aktywności fizycznej czy higieną pracy i odpoczynku, umożliwi im utrzymanie swojego ciała w zdrowiu, zwiększenie świadomości, jak o nie dbać, co w efekcie powinno zapewnić im lepszą jakość życia. Kolejnymi ważnymi kwestiami, które należałoby poruszyć w kontekście edukacji zdrowotnej, są: samoakceptacja (dlaczego jest istotna, co na nią wpływa, jakie są jej konsekwencje, jak zaakceptować siebie), asertywność wobec społecznej krytyki wyglądu zewnętrznego oraz wypracowanie właściwego stosunku do zmian, jakie zachodzą w organizmie na przestrzeni lat. Za cel edukacji zdrowotnej powinno się także przyjąć zwiększenie świadomości kobiet niepełnosprawnych intelektualnie na temat stereotypów (czym jest stereotyp, jakie są jego cechy i funkcje oraz, rola stereotypów w postrzeganiu kobiet i mężczyzn) i wpływu przekazów medialnych na ocenę atrakcyjności swojego ciała (jakie komunikaty dotyczące kobiecości i ciała przekazują, rozwijanie krytycznego myślenia względem przekazów medialnych). Szczególnie istotne jest także dostarczanie wiedzy na temat chorób cywilizacyjnych – zaburzeń odżywiania, alkoholizmu czy otyłości. Dodatkowo umożliwi to wypracowanie pożądanych postaw w stosunku do osób dotkniętych tymi problemami.

W miarę możliwości należy objąć edukacją zdrowotną także rodziców i opiekunów kobiet niepełnosprawnych intelektualnie, ze względu na duże znaczenie, jakie przypisuje się im w zwiększaniu odporności na przekazy medialne, które mogą kształtować negatywny stosunek do swojego ciała i właściwe ich odczytywanie¹⁴. Kontakt z przekazywanymi treściami powinien zostać uzupełniony o rzetelny komentarz osoby znaczącej¹⁵. Zwiększenie świadomości opiekunów,

¹⁴ B. MIKUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne...*, s. 104.

¹⁵ *Ibidem*, s. 105.

dotyczącej zagrożeń płynących z internalizacji standardów kobiecego piękna, oraz umiejętność udzielenia wsparcia podopiecznym uchronią przed nieselektywnym, bezkrytycznym przyjmowaniem narzucanego kanonu, a tym samym umożliwią optymalny proces kształtowania własnej tożsamości.

Bibliografia

1. GŁĘBOCKA A.: *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków 2010.
2. KOMANIECKA-WIŚNIEWSKA A.: *Kim jestem? Tożsamość kobiet upośledzonych umysłowo*. Warszawa 2006.
3. MANDAL E.: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice 2000.
4. MEŁOSIK Z.: *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*. Kraków 2006.
5. MEŁOSIK Z.: *Tożsamość, ciało i władza*. Poznań-Toruń 1996.
6. MIKUCKA B., SAKSON-OBADA O.: *Ja cielesne. Od normy do zaburzeń*. Sopot 2013.
7. SACKER I.M., ZIMMER M.A.: *Wolę umrzeć, niż przytyć. Jak zrozumieć i pokonać anoreksję i bulimię*. Poznań 2008.
8. ZIÓŁKOWSKA B. (red.): *Opętanie (nie)jedzeniem*. Warszawa 2009.

Rak piersi i szyjki macicy w świadomości zdrowotnej kobiet

Dorota Gawlik

We współczesnych społeczeństwach dokonują się znaczące przemiany mające związek z uprzemysłowieniem, urbanizacją, rozwojem nowoczesnych technologii, a także zwiększoną dostępnością do wielu dóbr i usług, co przekłada się na styl, tempo życia ludzi i uznawane przez nich wartości. Obecnie zmienia się także obraz i sposób postrzegania kobiet oraz pełnionych przez nie ról. Z pełną odpowiedzialnością można stwierdzić, że kobieta przeszła swoistą metamorfozę ze strażniczki domowego ogniska w ambitną, wyzwoloną, niezależną i bardzo zapracowaną *businesswoman*. W ciągu ostatnich dziesięcioleci przed kobietami otwierają się nieznane dotąd możliwości, takie jak zdobycie wykształcenia czy rozwój kariery zawodowej. Jednak w natłoku codziennych obowiązków zapominają one niejednokrotnie o niezwykle istotnej wartości, bez której wszystko inne przestaje mieć znaczenie – o własnym zdrowiu. Wspomniane wcześniej przemiany przyczyniły się także do pojawiania się chorób do tej pory nieznanymi, a stanowiących poważne zagrożenie dla zdrowia i życia kobiet.

Do grupy chorób, wobec których współczesna medycyna niejednokrotnie jest bezradna, należą z pewnością choroby nowotworowe, a wśród nich rak piersi i szyjki macicy. Przed laty choroby związane z intymnymi częściami ciała kobiety stanowiły temat tabu. Nie poruszano go w mediach, a kobiety objęte leczeniem milczały z powodu wstydu i obawy przed reakcją otoczenia. Przesycona seksualnością kultura zachodnia sprawia, że nawet dzisiaj wielu kobietom dotkniętym wspomnianymi chorobami towarzyszy strach nie tylko przed samym przebiegiem choroby i pojawiającym się zagrożeniem życia, lecz także przed utratą pozycji zawodowej, atrakcyjności, czy porzuceniem przez partnera. Ponadto rak jest postrzegany jako choroba nieuleczalna, co dodatkowo potęguję lęk przed diagnozą¹. A przecież medycyna odnosi sukcesy w walce chorobami nowotworowymi, zwłaszcza w zakresie wczesnego diagnozowania oraz dostępu

¹ K. KOFTA: *Mitologia raka piersi*. W: *Kobieta i (b)rak*. *Wizerunki raka piersi w kulturze*. Red. E. ZIERKIEWICZ, A. ŁYSAK. Wrocław 2007, s. 15.

do nowych metod leczenia, co przyczynia się do systematycznego zwiększania długości życia pacjentek po odbytym leczeniu. Jednak największą szansę na minimalizację odsetka zgonów z powodu nowotworów kobiecych stanowi prowadzenie na szeroką skalę działań profilaktycznych i edukacyjnych. Spadek zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób nowotworowych jest możliwy tylko poprzez zwiększanie świadomości zdrowotnej oraz wiedzy kobiet na temat rozwoju raka piersi i szyjki macicy, a także zachęcanie do regularnego udziału w badaniach prewencyjnych i prowadzenia prozdrowotnego stylu życia.

Nowotwór piersi jest to grupa nieprawidłowych komórek rosnących razem w niekontrolowany sposób, które naciekają i niszczą otaczające zdrowe tkanki. Tworzą one guz, nazywany właśnie rakiem piersi bądź zamiennie rakiem sutka². Wzrost zachorowań na raka piersi datuje się na lata osiemdziesiąte XX wieku. Światowa Organizacja Zdrowia określiła, że wzrost ten dotyczył aż 28 krajów uprzemysłowionych, m.in. Stanów Zjednoczonych, Meksyku, Wielkiej Brytanii, a także Polski. Ten rodzaj nowotworu stanowi główną przyczynę przedwczesnych zgonów kobiet na całym świecie. Jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce, odpowiada za około 20% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u Polek. W porównaniu z innymi krajami ryzyko zachorowania na raka piersi w Polsce można określić jako średnie – statystycznie co szesnasta Polka zachoruje na tę chorobę. Według danych zgromadzonych w Krajowym Rejestrze Nowotworów w 2010 roku na nowotwór złośliwy sutka (C50) zachorowały 15 784 Polki, a 5226 zmarło – to około dwunastu Polek dziennie. Najwięcej zachorowań i zgonów odnotowano w województwie mazowieckim i śląskim. W województwie śląskim w 2010 roku na raka sutka zachorowały 1834 kobiety, z czego 711 zmarło³.

Obok nowotworu piersi drugim niezwykle groźnym nowotworem występującym u kobiet jest rak szyjki macicy, nazywany „cichym zabójcą” ze względu na specyfikę rozwoju – przez wiele lat może przebiegać bezobjawowo. Polska zajmuje aktualnie jedno z pierwszych miejsc wśród krajów Unii Europejskiej pod względem liczby nowych zachorowań na ten nowotwór. Rak szyjki macicy definiowany jest jako „choroba polegająca na nieprawidłowym i niekontrolowanym rozroście komórek nabłonka szyjki macicy, a czasami komórek gruczołowych. Występuje rzadko przed 20. rokiem życia, ale wraz z wiekiem zachorowalność szybko wzrasta. Szczyt zachorowalności występuje w grupie wiekowej 45–55 lat³⁴”.

W Polsce co roku na raka szyjki macicy zapada ponad 4 tysiące kobiet, czyli około 10 kobiet dziennie. Zgodnie z Krajowym Rejestrem Nowotworów w 2010 roku na nowotwór złośliwy szyjki macicy (C53) zachorowało 3078 Polek, a 1738 zmarło. W tym wypadku również województwa mazowieckie i śląskie zajmują

² R.J.C. HARRIS: *Rak*. Warszawa 1981, s. 30.

³ http://85.128.14.124/krn/liczba_zg_woj/default.asp, z dnia 27.12.2011 roku.

⁴ Cyt. za: J. ZIELIŃSKI, M. KRZAKOWSKI: *Nowotwory złośliwe narządu płciowego kobiety*. W: *Onkologia kliniczna*. Red. M. KRZAKOWSKI. Warszawa 2001, s. 161.

czołowe miejsca. W samym województwie śląskim w 2010 roku na raka szyjki macicy zachorowało 368 kobiet, z czego aż 254 zmarło⁵. Zdefiniowanie pojęcia „rak szyjki macicy” wymaga przytoczenia kilku podstawowych informacji związanych z samym narządem. Szyjka macicy stanowi zakończenie wąskiego kanału macicy, gdzie znajduje się ujście, które otwiera się do pochwy. Szyjka macicy pełni funkcję ochronną – zapobiega przechodzeniu infekcji z pochwy do wnętrza macicy oraz odgrywa ważną rolę w trakcie ciąży i porodu, utrzymując ciężę w jamie macicy i stanowiąc kanał rodny w trakcie porodu⁶.

Czynnikami przyczynowymi rozwoju kobiecych chorób nowotworowych są określone warunki, cechy czy zachowania zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia choroby, często do końca niezidentyfikowane, jednak na podstawie danych epidemiologicznych można określić szereg czynników zwiększających ryzyko rozwoju choroby⁷.

Nowotwór szyjki macicy ma pewne znamiona choroby przenoszonej drogą płciową, poprzez zakażenie wirusem karcinogennym brodawczaka ludzkiego – HPV. Istnieje ponad 100 typów wirusa HPV, jednak większość z nich to typy niskiego ryzyka. Typy wysokiego ryzyka to między innymi typ 16 i 18, które mogą powodować rozwój nieprawidłowych komórek, prowadzących do raka szyjki macicy. Wirus ten łatwo się przenosi i cechuje dużym stopniem rozpowszechnienia. Szacuje się, że nawet 75% aktywnych seksualnie kobiet w ciągu swojego życia ulegnie zakażeniu tym wirusem. Do zakażenia dochodzi podczas kontaktu seksualnego, a czasami nawet w wyniku intymnego kontaktu skóry narządów płciowych partnerów. Zatem zagrożona jest każda aktywna seksualnie kobieta. Środki antykoncepcyjne, wśród nich prezerwatywa, nie dają całkowitej ochrony przed zakażeniem tym wirusem, gdyż skóra bezpośrednio wokół narządów płciowych również może przenosić wirus⁸. Zakażenie onkogennymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego o wysokim ryzyku może z czasem doprowadzić do rozwoju raka szyjki macicy. Nawet jeżeli tak się dzieje, to we wczesnych etapach przebieg choroby jest bezobjawowy. Średni czas rozwoju choroby wynosi od 5 do 10 lat. Zakażone komórki powoli przekształcają się w komórki nieprawidłowe, a następnie w komórki nowotworowe. Wbrew powszechnym opiniom rak szyjki macicy nie jest chorobą dziedziczną ani uwarunkowaną genetycznie. Do głównych czynników ryzyka raka szyjki macicy, oprócz infekcji wirusem HPV, zaliczyć można: wiek, wczesne rozpoczęcie życia seksualnego, zmienność partnerów seksualnych, wielodzielność, niski status socjoekonomiczny, posiadanie partnerów podwyższonego ryzyka (niemonogamiczni, z infekcją HPV).

⁵ http://85.128.14.124/krn/liczba_zg_woj/default.asp, z dn. 27.12.2011 r.

⁶ G.H. BRĘBOROWICZ: *Położnictwo i ginekologia*. Warszawa 2005, t. 2, s. 300.

⁷ A. GUŁA: *Rak sutka u kobiet – profilaktyka i diagnostyka*. W: *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi*. Red. J. BULSKA. Kraków 2008, s. 31–32.

⁸ http://www.rak-szyjki-macicy.pl/m/11/dowiedz_sie_wiecej/co_go_powoduje?, z dnia 28.12.2011 roku.

Do czynników sprzyjających natomiast należą między innymi: wieloletnie stosowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych, niewłaściwa dieta (uboga w witaminy), zakażenie wirusem HIV i inne stany zapalne narządu płciowego⁹.

Zaobserwowano niską zachorowalność kobiet, które nie współżyły płciowo, i wysoką zachorowalność kobiet, które wcześniej rozpoczęły współżycie, oraz kobiet ze zmiennością partnerów seksualnych. Wysoka aktywność seksualna wiąże się ze zwiększonym ryzykiem infekcji wirusem HPV, który został uznany za główny czynnik w etiopatogenezie nowotworu w obrębie szyjki macicy¹⁰. Czynnikiem pośrednio sprzyjającymi zachorowalności jest styl życia i związane z nim zachowania zdrowotne. Używki, w tym palenie papierosów, potęgują stopień ryzyka rozwoju raka szyjki macicy i sprzyjają powstawaniu komórek nowotworowych¹¹.

Przyczyny powstawania nowotworu piersi nie są w pełni zidentyfikowane. Istnieje jednak szereg sklasyfikowanych czynników ryzyka, podzielonych na trzy grupy: hormonalne, środowiskowe oraz genetyczne¹². Do hormonalnych endogennych czynników ryzyka zaliczyć można: wczesne wystąpienie pierwszej miesiączki (przed 12. rokiem życia), późną menopauzę (po 54. roku życia), bezdzietność lub pierwszą donoszoną ciążę po 35. roku życia, poronienia¹³. Czynniki hormonalne egzogenne to: długotrwałe stosowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych (powyżej 5 lat), długotrwała hormonalna terapia zastępcza po menopauzie¹⁴. Istotne znaczenie mają także czynniki genetyczne, do których należy: obciążenie rodzinne, nosicielstwo zmutowanego genu BRCA1, który jest zlokalizowany na długim ramieniu chromosomu 17. U nosicielek ryzyko zachorowania sięga 90%, a u połowy z nich rak pojawia się przed 50. rokiem życia¹⁵. Czynniki środowiskowe zwiększające ryzyko rozwoju raka sutka to między innymi: miejsce zamieszkania – położenie geograficzne (rak piersi często występuje w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej, rzadziej zaś w krajach Afryki lub Azji), rasa (kobiety rasy białej chorują częściej), niekarmienie piersią, ekspozycja na promieniowanie jonizujące, otyłość, częste i regularne spożywanie alkoholu, dieta wysokokaloryczna, bogata w tłuszcze zwierzęce, uboga w warzywa i owoce¹⁶. Prawdopodobieństwo rozwoju raka gruczołu piersiowego

⁹ J. ZIELIŃSKI, M. KRZAKOWSKI: *Nowotwory złośliwe narządu płciowego kobiety...*, s. 161–162. (por. S. BRUŻEWICZ, Z. WRONKOWSKI: *Rak szyjki macicy*. Warszawa 2008, s. 27).

¹⁰ P. BOBKIEWICZ: *Nowotwory szyjki macicy*. W: *Populacyjne programy przesiewowe w onkologii*. Red. J. DIDKOWSKA, U. WOJCIECHOWSKA. Warszawa 2007, s. 45.

¹¹ P. BOBKIEWICZ: *Nowotwory szyjki macicy...*, s. 45–49.

¹² D. STASIOŁEK, M. KWAŚNIEWSKA, W. DYGRAS: *Rak sutka – wybrane czynniki ryzyka, prewencja pierwotna*. „Medycyna Rodzinna” 2000, 59(1) s. 26.

¹³ M. MAZURKIEWICZ: *Profilaktyka i metody wczesnego rozpoznawania raka gruczołu piersiowego*. „Medycyna Rodzinna” 2000, 3(2), s. 30.

¹⁴ A. GUŁA: *Rak sutka u kobiet – profilaktyka i diagnostyka...*, s. 32.

¹⁵ J. ENGEL: *Choroby piersi*. Warszawa 1996, s. 160–166.

¹⁶ M. BAUM, CH. SAUNDERS, S. MEREDITH: *Rak piersi. Poradnik dla kobiet i lekarzy*. Warszawa 1995, s. 93–106.

zwiększając także występujące zmiany niezłośliwe piersi. Ponadto u kobiet, które chorują lub chorowały na raka sutka, prawdopodobieństwo pojawienia się komórek nowotworowych w drugiej piersi jest znacznie wyższe¹⁷.

Rak jest uznawany za chorobę psychosomatyczną, a w psychologii funkcjonuje termin „osobowość nowotworowa”, czy też „wzór zachowania C”, który charakteryzuje się brakiem zdolności do zachowań agresywnych, cierpliwością, kooperatywnością, brakiem asertywności, ukrywaniem negatywnych emocji (zwłaszcza gniewu) i uległością wobec zewnętrznych autorytetów. Istnieją teorie głoszące, że kobiety prezentujące wymienione wzory zachowań są bardziej podatne na rozwój choroby nowotworowej¹⁸.

Dla kobiety cierpiącej na nowotwór piersi czy szyjki macicy doświadczenie to jest szczególnie trudne, gdyż choroba niejako ingeruje w jej kobiecość. Powoduje zmiany w wyglądzie zewnętrznym, samoocenie, postrzeganiu własnej osoby, relacjach z partnerem oraz specyficzne zmiany związane ze stereotypową rolą kobiety w związku i w rodzinie. Otóż to właśnie na kobiecie spoczywa odpowiedzialność za wychowanie i opiekę nad dziećmi, prowadzenie gospodarstwa domowego, jego organizację, a także dbanie o potrzeby emocjonalne poszczególnych członków rodziny. Na skutek choroby „wypada” ona z roli żony i matki, co wpływa na funkcjonowanie całej rodziny. Jednakże najbardziej odczuwa to sama kobieta dotknięta chorobą, która często oprócz fizycznego bólu musi z tego powodu zmagać się z bólem „egzystencjalnym”¹⁹.

Najważniejszym, jeśli nie jedynym sposobem walki z omówionymi chorobami jest intensyfikacja działań zapobiegawczych, czyli profilaktyki. Barbara Woynarowska definiuje profilaktykę jako wszelkie działania podejmowane w celu zapobiegania pojawieniu się i/lub rozwojowi niepożądanych zjawisk w danej populacji. Według tradycyjnego podziału wyróżnia się trzy fazy (poziomy, stopnie) działań profilaktycznych. Profilaktyka I fazy (pierwotna, pierwszorzędowa) dotyczy całej populacji, obejmuje najwcześniejsze działania mające na celu uprzedzenie choroby lub zmniejszenie ryzyka jej rozwoju, a także umacnianie zdrowia. Profilaktyka II fazy (wtórna, drugorzędowa) jest skierowana do określonych grup populacji, tak zwanych grup zwiększonego ryzyka. Jej celem jest wczesne wykrycie objawów choroby, a następnie jak najszybsze rozpoczęcie leczenia. Profilaktyka III fazy (trzeciorzędowa) ukierunkowana jest na osoby już dotknięte chorobą, przewlekle chore i niepełnosprawne. Obejmuje działania

¹⁷ D. ŻOŁNIERCZUK-KIELISZEK: *Czynniki ryzyka chorób układu krążenia i chorób nowotworowych*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. T.B. KULIK, M. LATAJSKI. Lublin 2002, s. 99–100.

¹⁸ <http://www.charaktery.eu/slownik-psychologiczny/O/84/Osobowosc-nowotworowa/>, z dn. 28.12.2011 r.

¹⁹ A. OSTROWSKA: *Psychospołeczne konsekwencje raka szyjki macicy*. W: *Walka z rakiem szyjki macicy w Polsce. Perspektywy, szanse i rekomendacje dla polityki państwa*. Red. A. OSTROWSKA, M. GUJSKI. *Raport z sesji naukowej zorganizowanej przez Szkołę Nauk Społecznych PAN i dziennik „Służba Zdrowia”*, Warszawa 2008, s. 12–15.

rehabilitacyjne, rewalidacyjne i reedukacyjne. Jej celem jest zapobieganie negatywnym skutkom choroby, dalszym zaburzeniom oraz pomoc w powrocie do normalnego funkcjonowania²⁰.

W zakresie pierwotnej profilaktyki nowotworu piersi i szyjki macicy, która odnosi się do wszystkich kobiet, największe znaczenie ma prowadzenie prozdrowotnego stylu życia i unikanie ryzykownych zachowań, mogących zwiększać prawdopodobieństwo rozwoju choroby. Do prozdrowotnych nawyków, które mogą zmniejszać ryzyko procesu nowotworowego w obrębie piersi, należą: zrównoważona dieta (zgodna z zaleceniami zawartymi w piramidzie zdrowego żywienia, opracowanej przez Instytut Żywności i Żywienia), aktywność fizyczna, unikanie spożywania alkoholu, utrzymywanie prawidłowej wagi ciała.

W odniesieniu do profilaktyki pierwotnej raka szyjki macicy największe znaczenie ma także edukacja zdrowotna i kształtowanie właściwych zachowań seksualnych. Edukacją powinna być objęta młodzież, która nie rozpoczęła jeszcze współżycia płciowego, oraz inne grupy wiekowe, aby dzięki uzyskanej wiedzy kobiety nakłonić do zmiany ryzykownych zachowań zdrowotnych. Edukacja powinna dotyczyć przede wszystkim zagrożeń związanych z zakażeniem wirusem HPV. Należy pamiętać również o zniechęcaniu do palenia tytoniu, ponieważ zawarte w dymie tytoniowym substancje kancerogenne mogą wpływać na rozwój choroby nowotworowej szyjki macicy²¹.

Do profilaktyki wtórnej zarówno raka piersi, jak i szyjki macicy należy regularne wykonywanie badań kontrolnych. Potencjalnie nowotworem piersi jest zagrożona każda kobieta, dlatego też każda kobieta po ukończeniu 18. roku życia, a nawet wcześniej, powinna regularnie co miesiąc wykonywać samobadanie piersi. Bardzo ważne jest zatem, aby zarówno środowisko medyczne (lekarz rodzinny, pielęgniarka), jak i szkolne prowadziły edukację w tym zakresie, aby w efekcie każda nastolatka potrafiła wykonywać badanie piersi i miała przekonanie, że kontrola piersi jest konieczna dla utrzymania zdrowia²².

W odniesieniu do profilaktyki wtórnej raka szyjki macicy ogromne znaczenie ma regularne przeprowadzanie badań kontrolnych – cytologicznych. To bezpieczne i bezbolesne badanie, które pozwala na wykrycie nie tylko wczesnych postaci tego nowotworu, ale także stanów mogących doprowadzić do jego powstania. Wymaz szyjki macicy należy wykonywać u kobiet, które rozpoczęły współżycie płciowe lub ukończyły 18 lat. Jeśli następne badanie wykonane w odstępie roku jest prawidłowe, to kolejne można przeprowadzić w odstępie 2–3 lat, ze względu na powolny rozwój nowotworu. Natomiast kobiety z grup wysokiego ryzyka (duża liczba partnerów płciowych, wczesnie rozpoczęte współżycie) po-

²⁰ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa 2008, s. 127–128.

²¹ P. BOBKIEWICZ: *Nowotwory szyjki macicy...*, s. 45–46.

²² A. GUŁA: *Rak sutka u kobiet...*, s. 38, 40–41.

wynny wykonywać badania co roku²³. Z kolei profilaktyka trzeciorzędowa nowotworu piersi i szyjki macicy koncentruje się głównie na rehabilitacji, rewalidacji i udzielaniu wsparcia kobietom dotkniętym chorobą. Jest to przede wszystkim pomoc finansowa, rehabilitacyjna, czy psychologiczna.

*

Teren przeprowadzonych badań własnych stanowiła Ruda Śląska, miasto należące do województwa śląskiego i składające się z 11 dzielnic. W roku 2010 Ruda Śląska liczyła 143 219 mieszkańców, w tym 69 668 mężczyzn i 73 551 kobiet²⁴. W 2010 roku zmarło tu 1138,7 na 100 000 mieszkańców, a z powodu nowotworów 312,3 na 100 000 (wskaźnik ten znacznie przewyższa średni współczynnik dla województwa śląskiego). W roku 2010 na nowotwory zachorowało tu 240 kobiet, z tego 157 zmarło. 60 kobiet zachorowało na raka piersi (co stanowi 25% wszystkich zachorowań na nowotwory u kobiet w Rudzie Śląskiej w 2010 roku), a zmarło 31. Z kolei na raka szyjki macicy zapadło 8 kobiet, z czego 6 zmarło²⁵. Nie ulega wątpliwości, że przytoczone dane epidemiologiczne są bardzo niepokojące i wskazują, że w Rudzie Śląskiej rak piersi oraz szyjki macicy stanowią poważny problem.

Podejmowanie działań profilaktycznych przez kobiety determinowane jest poziomem ich świadomości zdrowotnej, dlatego celem prowadzonych badań była diagnoza świadomości zdrowotnej mieszkanek Rudy Śląskiej, dotyczącej choroby nowotworowej piersi oraz szyjki macicy. W badaniu udział wzięło 100 kobiet w wieku od 18 do 69 lat. Główny problem badawczy, odnoszący się do badań, brzmiał: „Jaka jest świadomość zdrowotna mieszkanek Rudy Śląskiej w zakresie choroby nowotworowej piersi i szyjki macicy?”

*

Podstawowy element świadomości zdrowotnej stanowi wiedza. Bez jej posiadania nie jest możliwa skuteczna profilaktyka, która wiąże się z preferowaniem postaw i działań zapobiegających chorobie. Bez rzetelnej wiedzy na temat choroby nie jest też możliwe kształtowanie umiejętności oraz motywacji do działań prozdrowotnych²⁶. Przeprowadzone badania wykazały, że respondentki

²³ D. ŻOŁNIERCZUK-KIELISZEK: *Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem*. W: *Zdrowie publiczne...*, s. 106.

²⁴ Śląski Urząd Wojewódzki Wydział Nadzoru Nad Systemem Opieki Zdrowotnej Oddział Analiz i Statystyki Medycznej: *Raport o stanie zdrowia mieszkańców województwa śląskiego 2010*. Katowice 2012, s. 16–18, 29.

²⁵ Zakład Epidemiologii i Śląski Rejestr Nowotworów Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach: *Nowotwory złośliwe w województwie śląskim w roku 2010*. Gliwice 2012, s. 43–53.

²⁶ R. GIL, A. DZIEDZICZKO: *Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby*. „Zdrowie Publiczne” 2004, 114 (2).

w większości nie zdają sobie sprawy, jak ogromnym problemem w krajach rozwiniętych jest rak piersi i szyjki macicy. 61% mieszkanek Rudy Śląskiej wskazało, że każdego roku w Polsce na raka piersi zapada 6–10 tysięcy kobiet, podczas gdy jest to ponad 15 tysięcy kobiet. Prawidłową odpowiedź wybrało tylko 14% ankietowanych. W odniesieniu do raka szyjki macicy 53% respondentek wskazało, że z powodu raka szyjki macicy każdego roku umiera w Polsce około tysiąca kobiet, tymczasem zgodnie z danymi epidemiologicznymi – około 2 tysięcy Polek. Prawidłową odpowiedź wskazało zaledwie 24% badanych. Wydaje się, że niedostatek wiedzy o skali zjawiska może przyczynić się do bagatelizowania zagrożenia, jakim są choroby nowotworowe.

Na rozwój nowotworu szyjki macicy ma wpływ wiele czynników. Znajomość oddziaływania pojedynczych czynników w świadomości respondentek znajduje się na względnie wysokim poziomie, natomiast znajomość całego spektrum czynników jest znikoma. Duża liczba partnerów seksualnych, długoletnie stosowanie środków antykoncepcyjnych, palenie papierosów zostały przez większość respondentek sklasyfikowane jako czynniki znaczące w rozwoju nowotworu szyjki macicy, co jest zgodne z literaturą przedmiotu. Aby jednak skutecznie zapobiegać chorobie nowotworowej szyjki macicy, konieczna jest znajomość wszystkich czynników – bezpośrednich i sprzyjających, by móc dokonywać ewentualnych zmian w swoim stylu życia. 77% badanych uznało infekcje wirusem HPV za czynnik silnie determinujący rozwój raka szyjki macicy. 60% ankietowanych kobiet nie dostrzegła związku między wczesną inicjacją seksualną, a zachorowalnością na ten nowotwór. Wiedza respondentek na temat czynników ryzyka raka piersi jest na wysokim poziomie – większość kobiet wskazała je prawidłowo. Czynnikiem zwiększającym ryzyko rozwoju raka piersi jest czynnik genetyczny. Taką odpowiedź wybrały 44 badane, 27 badanych wymieniało jako ryzykowne dla ich zdrowia długoletnie stosowanie środków hormonalnych.

Rakiem sutka i szyjki macicy zagrożona jest praktycznie każda kobieta. Świadomość tego zagrożenia może wzmacniać motywację do działań profilaktycznych i preferowania prozdrowotnego stylu życia. Kobiety powinny mieć także świadomość, że ewentualne zachorowanie nie pozostaje całkowicie poza ich kontrolą, bowiem istnieją czynniki ryzyka, których eliminacja pozwala zmniejszyć zagrożenie. W wypadku większości chorób nowotworowych ogromne znaczenie przypisuje się zachowaniom wyznaczającym styl życia, który aż w 50–60% warunkuje nasze zdrowie. Tak więc prozdrowotny styl życia stanowi najistotniejszą część składową profilaktyki pierwotnej wielu nowotworów. Szczególne znaczenie przypisuje się takim elementom stylu życia jak: racjonalna dieta, aktywność fizyczna czy niestosowanie używek.

W odniesieniu do rozwoju choroby nowotworowej piersi i szyjki macicy dieta bogata w tłuszcze zwierzęce, a uboga w witaminy i błonnik pokarmowy, oraz nadmierne spożywanie alkoholu mogą znacząco zwiększać ryzyko zachorowania. Tymczasem z przeprowadzonych badań wynika, że 51% respondentek

nie wie, czy dieta może wpływać na rozwój raka piersi i szyjki macicy. 31% badanych wskazało, że dieta może determinować rozwój choroby, a 18% nie dostrzegło takiej zależności. Z jednej strony fakt, iż większość ankietowanych kobiet nie dostrzega korelacji między sposobem odżywiania a ryzykiem rozwoju wspomnianych nowotworów, świadczy o pilnej potrzebie edukacji w tym zakresie. Jednak z drugiej strony, zgodnie z uzyskanymi w ankiecie danymi wśród badanych mieszkanek Rudy Śląskiej dominuje dieta obfitująca w warzywa i owoce, jak wskazały 43 badane kobiety, dieta 42 kobiet zawiera produkty pełnoziarniste i błonnik, a 36 kobiet – tłuszcze roślinne i kwasy omega 3 i 6. Dominujący wśród respondentek styl odżywiania jest jak najbardziej prozdrowotny. Tak skonstruowana dieta ma działanie ochronne dla organizmu i może zredukować ryzyko rozwoju nowotworu. 25 badanych kobiet wymienia dietę bogatą w tłuszcze zwierzęce – ten element diety jest niebezpieczny, ponieważ tłuszcze zwierzęce spożywane w nadmiarze mogą przyspieszać proces inicjacji nowotworowej.

Pożądanym zachowaniem prozdrowotnym jest regularna aktywność fizyczna. 38% badanych deklaruje aktywność fizyczną, jednak stosunkowo rzadką – kilka razy w miesiącu. 33% kobiet jest aktywnych fizycznie kilka razy w tygodniu, natomiast 25% badanych codziennie. 4% ankietowanych kobiet zażywa ruchu bardzo rzadko. Specjaliści natomiast zalecają, by dorośli podejmowali aktywność fizyczną minimum trzy razy w tygodniu, a najlepiej przez większość dni tygodnia.

Elementem stylu życia, który nie pozostaje bez wpływu na rozwój wielu nowotworów, są zachowania ryzykowne związane ze stosowaniem używek, a wśród nich spożywanie alkoholu i palenie papierosów. 58% ankietowanych przyznaje, że spożywa alkohol, jednak rzadziej niż raz w tygodniu. 29% badanych deklaruje, że w ogóle nie spożywa alkoholu, 10% czyni to średnio raz w tygodniu, a 3% kilka razy w tygodniu. Żadna kobieta nie spożywa alkoholu codziennie. 78% respondentek deklaruje, że nie pali papierosów, 15% czyni to codziennie, 4% rzadziej niż raz w tygodniu, a 3% kilka razy w tygodniu. A zatem badane kobiety nie wykazują zachowań ryzykownych, sprzyjających rozwojowi chorób nowotworowych, a odnoszących się do stosowania używek. Wśród zachowań prozdrowotnych należy wymienić samokontrolę własnego stanu zdrowia. Ten istotny element profilaktyki wtórnej raka piersi i szyjki macicy pozwala na wczesne zdiagnozowanie i wprowadzenie leczenia. Samokontrola obejmuje systematyczne samobadanie piersi, USG piersi, mammografię, badanie cytologiczne. Przeprowadzone badania wskazały, że regularne samobadanie piersi wykonuje zaledwie 12% badanych, natomiast 60% czyni to tylko czasami. Niestety, 28% ankietowanych kobiet w ogóle się nie bada. Wyniki te są bardzo niepokojące, tym bardziej, że u 61% badanych kobiet stwierdza się predyspozycje genetyczne – występowanie przypadków raka piersi wśród krewnych. Świadczy to o przynależności tych kobiet do grupy zwiększonego ryzyka zachorowania. W kontekście

zachorowań na raka piersi niezwykle ważne jest także wykonywanie USG piersi i mammografia. Z badań wynika, że 72% respondentek nigdy nie poddało się USG piersi. W wypadku kobiet w grupie wiekowej 18–29 lat to zrozumiałe, ponieważ, jeśli nie stwierdza się żadnych nieprawidłowości, jest ono zalecane dopiero od 40. roku życia. 83,3% badanych w wieku 30–44 lat także nigdy nie wykonywała badania USG piersi. 53,3% kobiet z grupy największego ryzyka raka piersi w wieku 45–69 lat wykonywało USG, ale spora część (46,7%) nigdy nie poddała się takiemu badaniu. Kobiety, które kiedykolwiek miały wykonywane USG, wskazywały, że była to czynność jednorazowa, powodowana wykryciem niepokojących zmian podczas samobadania. Żadna z respondentek nie wskazała, że badała się w celach profilaktycznych i w regularnych odstępach czasowych. W odniesieniu do mammografii wyniki również są bardzo niepokojące. Otóż zdecydowana większość badanych mieszkank Rudy Śląskiej, bo aż 83%, nigdy nie poddała się mammografii, a zdecydowało się na nią zaledwie 17% ogółu. Zrozumiałe jest, że 100% kobiet w wieku 18–29 lat nie wykonywało mammografii, bowiem jest ona zalecana dopiero od 40. roku życia, a bezpłatna zazwyczaj od 50. roku życia. W związku z tym usprawiedliwić można także 91,7% kobiet w wieku 30–44 lat, które nigdy nie poddały się mammografii. Jednak najbardziej niepokojące są dane mówiące, że aż 53,3% kobiet ze wskazaniem wiekowym nie miało przeprowadzanych takich badań. Prawdopodobnie tak niski odsetek kobiet, które wykonują regularnie badanie mammograficzne, wynika z niskiej świadomości i braku wiedzy. Bowiem zgodnie z zaleceniami specjalistów każda kobieta, która ukończyła 50. rok życia, powinna co roku poddawać się badaniu mammograficznemu, ponieważ wiek okołomenopauzalny jest określany jako wiek największego ryzyka wystąpienia nowotworu w obrębie piersi. Jednocześnie przeprowadzone badanie ankietowe wykazało, że taką wiedzę posiada zaledwie 23% respondentek.

W zapobieganiu rozwojowi raka szyjki macicy najważniejszym badaniem profilaktycznym jest wymaz cytologiczny. W badanej grupie kobiet uzyskano dość zróżnicowane dane dotyczące częstotliwości wykonywania tego ważnego badania. 38% respondentek poddało się badaniu cytologicznemu w ciągu ostatniego roku, 23% ankietowanych miało wykonywane badanie w ciągu ostatnich trzech lat, a 13% – 4–5 lat wcześniej. 6% badanych kobiet nie pamięta, kiedy ostatnio poddawało się cytologii, natomiast 20% nigdy takiego badania nie wykonywało.

Przeprowadzone badania ankietowe ujawniły niedostatek wiedzy mieszkank Rudy Śląskiej w zakresie raka piersi i szyjki macicy. Jednocześnie zasób wiedzy na temat nowotworu piersi jest większy, co może wynikać z faktu, że zagadnienia związane z rakiem sutka są znacznie częściej poruszane w mediach. Wydaje się jednak, iż badane kobiety mają świadomość występujących braków w ich wiedzy oraz w większości zdają sobie sprawę, jak dużym zagrożeniem w dzisiejszych czasach są te rodzaje nowotworów.

W zakresie stylu życia zgodnie z deklaracjami respondentki przejawiają niewiele ryzykownych zachowań. Preferują dietę prozdrowotną, w większości nie nadużywają alkoholu i nie palą papierosów. Tylko niewielka część kobiet pali papierosy codziennie. Deklarują też aktywność fizyczną, chociaż w większości podejmują ją tylko kilka razy w miesiącu. Zasadniczo jednak styl życia respondentek nie powinien stanowić czynnika zwiększającego zagrożenie rozwoju raka piersi oraz szyjki macicy. Natomiast w zakresie samokontroli stanu zdrowia zachowania badanych mogą budzić niepokój. Mieszkancki Rudy Śląskiej nie wykonują regularnie samobadania piersi, choć u większości stwierdza się występowanie predyspozycji genetycznych. Na badania USG i mammografię decydują się rzadko lub wcale, zazwyczaj z przyczyn diagnostycznych, a nie profilaktycznych.

W Rudzie Śląskiej tak jak i w innych miejscach Polski nowotwory sutka i szyjki macicy stanowią poważny problem zdrowotny i społeczny. W wypadku nowotworów znaczenie nadrzędne ma wczesne wykrywanie, gdyż nawet jeśli pojawią się niepokojące zmiany, to bardzo często okazuje się, że choroba jest w zaawansowanym stadium klinicznym i szanse na pełne wyleczenie są niewielkie. Tak więc sposobem na minimalizację rosnącej zachorowalności i śmiertelności z powodu nowotworów kobiecych jest wysoki poziom wiedzy i świadomości zdrowotnej kobiet. Konieczne jest zatem prowadzenie szeroko zakrojonych działań na szczeblu państwa, województwa i gminy, z zaangażowaniem wielu jednostek i instytucji, tak by kobiety nabyły niezbędną wiedzę i wykształciły nawyk regularnej samokontroli stanu zdrowia, miały motywację do prowadzenia prozdrowotnego stylu życia oraz świadomość osobistej odpowiedzialności za swoje zdrowie. Kobiety powinny pamiętać, że zdrowie stanowi dalekosiężną inwestycję, która w przyszłości na pewno zaprocentuje! Jest ono najcenniejszym darem i zasobem, bez którego jednostki, grupy ani całe społeczeństwa nie mogą się w sposób zadowalający rozwijać. Bez umacniania potencjału zdrowotnego współczesna kobieta nie będzie w stanie radzić sobie z wyzwaniem, jakie stawia przed nią życie...

Bibliografia

1. BAUM M., SAUNDERS CH., MEREDITH S.: *Rak piersi. Poradnik dla kobiet i lekarzy*. Warszawa 1995.
2. BOBKIEWICZ P.: *Nowotwory szyjki macicy*. W: *Populacyjne programy przesiewowe w onkologii*. Red. J. DIDKOWSKA, U. WOJCIECHOWSKA. Warszawa 2007.
3. BRĘBOROWICZ G.H.: *Położnictwo i ginekologia*, t. 2. Warszawa 2005.
4. BRUŻEWICZ S., WRONKOWSKI Z.: *Rak szyjki macicy*. Warszawa 2008.
5. GIL R., DZIEDZICZKO A.: *Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby*. „Zdrowie Publiczne” 2004, nr 114 (2).
6. GROBSTEIN R.H.: *Wszystko o raku piersi*. Warszawa 2007.
7. GUŁA A.: *Rak sutka u kobiet – profilaktyka i diagnostyka*. W: *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi*. Red. J. BULSKA. Kraków 2008.

8. HARRIS R.J.C.: *Rak*. Warszawa 1981.
9. IZDEBSKI P.: *Psychologiczne uwarunkowania choroby nowotworowej piersi*. Bydgoszcz 2002.
10. KOFTA K.: *Mitologia raka piersi*. W: *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*. Red. E. ZIERKIEWICZ, A. ŁYSAK. Wrocław 2007.
11. MAZURKIEWICZ M.: *Profilaktyka i metody wczesnego rozpoznawania raka gruczołu piersiowego*. „Medycyna Rodzinna” 2000 3(2).
12. OSTROWSKA A.: *Psychospołeczne konsekwencje raka szyjki macicy*. W: *Walka z rakiem szyjki macicy w Polsce. Perspektywy, szanse i rekomendacje dla polityki państwa*. Red. A. OSTROWSKA, M. GUJSKI. Raport z sesji naukowej zorganizowanej przez Szkołę Nauk Społecznych PAN i dziennik „Służba Zdrowia”, Warszawa 2008.
13. PIETRZYK A.: *Ta choroba w rodzinie. Psycholog o raku*. Kraków 2006.
14. STASIOŁEK D., KWAŚNIEWSKA M., DYGRAS W.: *Rak sutka – wybrane czynniki ryzyka, prewencja pierwotna*. „Medycyna Rodzinna” 2000, 59(1).
15. WOYNAROWSKA B.: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa 2008.
16. ZIELIŃSKI J., KRZAKOWSKI M.: *Nowotwory złośliwe narządu płciowego kobiety*. W: *Onkologia kliniczna*. Red. M. KRZAKOWSKI. Warszawa 2001.
17. ŻOŁNIERCZUK-KIELISZEK D.: *Czynniki ryzyka chorób układu krążenia i chorób nowotworowych*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. T.B. KULIK, M. LATAJSKI. Lublin 2002.
18. ŻOŁNIERCZUK-KIELISZEK D.: *Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. T.B. KULIK, M. LATAJSKI. Lublin 2002.

Źródła internetowe

1. http://85.128.14.124/krn/liczba_zg_woj/default.asp, z dn. 27.12.2011 r.
2. http://85.128.14.124/krn/liczba_zg_woj/default.asp, z dn. 27.12.2011 r.
3. http://www.rak-szyjki-macicy.pl/m/11/dowiedz_sie_wiecej/co_go_powoduje?, z dn. 28.12.2011r.
4. <http://www.charaktery.eu/slownik-psychologiczny/O/84/Osobowosc-nowotworowa/>, z dn. 28.12.2011r.

Inne źródła

1. Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru Nad Systemem Opieki Zdrowotnej Oddział Analiz i Statystyki Medycznej, *Raport o stanie zdrowia mieszkańców województwa śląskiego 2010*, Katowice 2012, s. 16–18, 29.
2. Zakład Epidemiologii i Śląski Rejestr Nowotworów Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach, *Nowotwory złośliwe w województwie śląskim w roku 2010*, Gliwice 2012, s. 43–53.

Uwarunkowania aktywności fizycznej studentek

Ewa Witoszyńska

Czas studiów jest niezwykle specyficznym okresem w życiu młodego człowieka. Często wiąże się z nowym miejscem zamieszkania i zmianą dotychczasowego stylu życia. Samodzielne egzystowanie oznacza zwiększenie zakresu obowiązków, jak i codziennych czynności. W życiu studentów, szczególnie młodych kobiet, niezwykle istotne staje się obecnie umiejętne gospodarowanie czasem, a także świadomość zagrożeń wynikających z niewłaściwego trybu życia. Młoda kobieta, często będąc jeszcze studentką, podejmuje pierwsze próby rozpoczęcia kariery zawodowej. W pracy zazwyczaj narażona jest na ogromną presję zarówno w zakresie dyspozycyjności, jak i określonego wyglądu i zachowania, co bardzo często zaburza regularność podejmowania przez nią aktywności fizycznej. Zadbane ciało ma gwarantować dobre samopoczucie, atrakcyjny wygląd, a także akceptację innych. Obecnie za pożądane i atrakcyjne uważa się ciało szczupłe. Wizerunki szczupłych (chudych) kobiet w szybkim tempie przenikają do codziennego życia użytkowników mediów, rozpowszechniając przy tym nowe ideały piękna¹. W zachowaniu studentek wyjątkowo niepokojący jest fakt, że pomimo posiadanej wiedzy, którą wykazują w badaniach, cały czas podejmują one szereg zachowań antyzdrowotnych, takich jak: niewłaściwa dieta, niewłaściwa higiena snu, stosowanie używek czy nieodpowiednio często podejmowana aktywność ruchowa².

Poruszając tematykę uwarunkowań oraz roli aktywności fizycznej studentek, pragnę przedstawić dostępne w literaturze przedmiotu wyniki badań dotyczących znaczenia aktywności ruchowej w życiu młodych kobiet oraz wyniki własnych eksploracji przeprowadzonych wśród studentek Uniwersytetu Śląskiego w analizowanym zakresie.

¹ A. OSTASZEWSKA: *Popkulturowe ramy tożsamości. Media, kultura popularna, internet jako nowe środowiska kształtowania tożsamości*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012, s. 9.

² J. POTOK: *Zachowania antyzdrowotne studentów*. W: *Aktywność przez całe życie. Zdrowie i sprawność studentów pod kontrolą*. Red. Z. BARABASZ, E. ZADARKO. Krosno 2010, s. 283–292.

Opierając się na dość zwężłej, ale jakże trafnej definicji Krzysztofa W. Jan-kowskiego, możemy określić aktywność ruchową jako jeden z podstawowych mierników zdrowia człowieka, natomiast korzyści zdrowotne z niej wynikające jako bezpośrednio wpływające na jakość życia człowieka³. Znaczenie aktywności fizycznej w życiu młodej kobiety jest ogromne. Z punktu widzenia fizjologii aktywność ruchowa poprawia funkcjonowanie całego organizmu, w szczególności układów: krążenia, oddechowego oraz nerwowego, pomaga zachować wysoką sprawność organizmu, a także zapobiega wielu chorobom, np. chorobie niedokrwiennej serca czy osteoporozie. Analizowana na płaszczyźnie psychologicznej aktywność ruchowa staje się sposobem na radzenie sobie z lękiem oraz potęguje pozytywne emocje, zaś z punktu widzenia socjologii podejmowanie aktywności ruchowej jest formą przyjęcia przez człowieka określonego stylu życia, który bezpośrednio i pośrednio kształtuje pozostałe zachowania zdrowotne⁴.

Aktywność fizyczna jest zatem niezbędna dla prawidłowego rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego. Wraz z innymi działaniami profilaktycznymi zapobiega występowaniu i rozwojowi chorób cywilizacyjnych oraz zaburzeń psychicznych, związanych z nadmiernym obciążeniem pracą i stresem⁵. Poza czysto zdrowotnymi korzyściami systematycznego wysiłku fizycznego warto również wspomnieć o roli aktywności fizycznej w kształtowaniu sylwetki. Regularnie podejmowany wysiłek fizyczny podnosi walory estetyczne ciała: sylwetka staje się smuklejsza, zgrabniejsza, a dzięki temu ruchy są bardziej harmonijne⁶. Dzięki aktywności fizycznej jednostka nabywa świadomości sensu ciała⁷, co pozwala na budowanie własnego wizerunku według narzuconych sobie kanonów. Szczupła sylwetka staje się w dzisiejszym świecie symbolem sukcesu i kobiety idealnej. Stąd bierze się wielokrotnie podkreślany zbawienny wpływ aktywności ruchowej na zrzucanie zbędnych kilogramów, czy kolokwialnie, aczkolwiek dobitnie opisywane na portalach internetowych „pozbywanie się boczków”. Powszechnie wiadomo, że wygląd zewnętrzny ma decydujące znaczenie zarówno dla powodzenia w życiu osobistym, jak i – może w nieco większym stopniu – dla osiągnięcia sukcesów w życiu zawodowym⁸.

³ K.W. JANKOWSKI: *Zdrowy styl życia w opiniach studenckich. Międzynarodowe badania porównawcze*. Przegląd Naukowy Instytutu Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Rzeszowie, 2000, nr 4, s. 303–312.

⁴ M. BINKOWSKA-BURY: *Zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej*. Rzeszów 2009, s. 19.

⁵ K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Kształtowanie zachowań zdrowotnych w procesie socjalizacji a styl życia młodzieży (w regionie górnośląskim)*. Katowice 2005, s. 92.

⁶ A. OSTROWSKA: *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa 1999, s. 79–90.

⁷ A. KRAWAŃSKI: *Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego*. Poznań 2003, s. 261.

⁸ Komunikat z badań: *Człowiek zadbany – troska o sylwetkę i własne ciało*. Centrum Badań Opinii Społecznej. Warszawa 2009, s. 1.

Znając korzyści, jakie wynikają z systematycznie uprawianej aktywności fizycznej, a także groźne konsekwencje jej niepodejmowania, warto przyjrzeć się temu, jak kształtuje się obraz aktywności fizycznej Polaków na przestrzeni ostatnich lat. Jak pokazują analizowane badania, społeczeństwo polskie w porównaniu z innymi krajami Europy zaliczane jest do mało aktywnych. Badania z roku 1996 dowodzą, że aktywność fizyczna, zwłaszcza zorganizowana aktywność sportowa w tamtym okresie była niewielka. Osoby pracujące umysłowo podejmowały ją częściej niż pracownicy fizyczni – wśród 50-letnich pracowników umysłowych 7% korzystało z rekreacyjnych zajęć ruchowych, a w grupie pracowników fizycznych w tej samej grupie wiekowej – zaledwie 3%. Badani bardzo często podkreślali, że z okresu dzieciństwa i młodości nie wynieśli żadnych doświadczeń dotyczących aktywności fizycznej⁹.

W badaniach z 1999 roku za jeden z najbardziej znaczących czynników wpływających na niską aktywność fizyczną uznaje się zmianę modelu ludzkiej pracy. Człowiek coraz częściej staje się nadzorcą pracy maszyn, które wykonują za niego pracę fizyczną. Zmienia się również sposób spędzania czasu wolnego. Powszechny staje się dostęp do telewizora oraz komputera, a przez to atrakcyjnym pozostaje bierny sposób spędzania wolnego czasu¹⁰.

Według badań Centrum Badania Opinii Społecznej z 2003 roku Polacy w tamtym okresie doceniali wartość zdrowia, a także korzyści wynikające z systematycznego podejmowania aktywności fizycznej oraz przebywania na świeżym powietrzu, jednak nadal 59% z nich deklarowało, że czas wolny spędzają w sposób bierny. Pomimo wysokiego odsetka tych osób w porównaniu z poprzednimi latami coraz częściej uprawiali sport, podejmowali ćwiczenia fizyczne. Powszechna umiejętność sportowa Polaków to jazda na rowerze, jest to jednocześnie najczęściej podejmowana forma aktywności fizycznej (80% badanych). Na drugim miejscu pod względem popularności znalazły się ćwiczenia gimnastyczne, sprawnościowe oraz rehabilitacyjne (19%), dalej: pływanie (16%), piłka nożna (15%), bieganie (12%). Pewnym zainteresowaniem cieszą się również aerobik (8%), koszykówka (6%), siatkówka (5%), dużo mniejszym – tenis stołowy i wędkarstwo (po 3%) oraz sporty zimowe i turystyka piesza (po 2%)¹¹.

Dzięki badaniom przeprowadzonym przez Główny Urząd Statystyczny w 2008 roku zaobserwowano następujące tendencje w zakresie aktywności fizycznej:

- najczęściej podejmowaną aktywnością ruchową nadal jest jazda na rowerze, a drugą w kolejności pływanie; w stosunku do badań z 1999 roku wzrosła popularność uprawiania marszów, a także piłki nożnej;

⁹ R. PRZEWĘDA: *Promocja zdrowia przez wychowanie fizyczne*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. KARSKI. Warszawa 1999, s. 203–204.

¹⁰ Z. DROZDOWSKI: *Studia ewolucji ludzkiej aktywności ruchowej*. Poznań 1999, s. 35–36.

¹¹ A. CYBULSKA: *O aktywności fizycznej Polaków. Komunikat z badań*. Centrum Badania Opinii Społecznej. Warszawa 2003, s. 9.

- jako przyczyny niepodjęcia wysiłku fizycznego badani najczęściej podają brak czasu, następnie brak zainteresowania tą formą aktywności, a także stan zdrowia oraz wiek;
- najpopularniejsze formy zajęć sportowo-rekreacyjnych podejmowane są w trakcie weekendów; im mniej popularna dyscyplina, tym wyższa jest częstotliwość jej uprawiania;
- aktywność fizyczna podejmowana jest najczęściej w miejscu zamieszkania lub w jego niedalekim pobliżu, a czas jej trwania to 1–2 godzin (tak jak w latach wcześniejszych);
- najczęściej podawanym motywem podejmowania aktywności ruchowej nadal jest przyjemność i rozrywka z niej płynące, wzrósł natomiast odsetek osób, dla których istotne są korzyści zdrowotne wynikające z systematycznie podejmowanej aktywności ruchowej, co związane jest ze wzrostem poziomu wykształcenia;
- ćwiczący preferują organizowanie zajęć samodzielnie lub w gronie najbliższych; raczej niechętnie korzystają z ofert klubów sportowych i rekreacyjnych;
- podejmujący aktywność fizyczną w niewielkim odsetku wykazują chęć sprawdzenia swoich umiejętności w trakcie rywalizacji na zawodach; chęć taką zgłaszały najczęściej osoby trenujące lekkoatletykę, piłkę ręczną, judo, karate i inne sztuki walki;
- udział w obozach sportowych jest ściśle związany z uprawianą dyscypliną; najczęściej na zgrupowania jeżdżą osoby uprawiające żeglarstwo, sztuki walki oraz lekkoatletykę;
- w stosunku do roku 1999 nie zmienił się odsetek gospodarstw domowych posiadających sprzęt sportowy, na zajęcia sportowe zaczęto jednak wydawać znacznie więcej pieniędzy.

Przedstawione badania dowodzą, że poziom aktywności Polaków nie jest niski. Nadal jednak społeczeństwo polskie znajduje się znacznie poniżej średniej uzyskanej dla badanych państw¹², a wśród nich poza Polską znalazły się: Belgia, Dania, Niemcy Zachodnie, Niemcy Wschodnie, Grecja, Hiszpania, Francja, Irlandia, Włochy, Luksemburg, Holandia, Austria, Portugalia, Finlandia, Szwecja, Wielka Brytania¹³.

*

Celem badań było poznanie poziomu i uwarunkowań aktywności fizycznej studentek. Wzięło w nich udział 116 kobiet w wieku od 20 do 26 lat – studentek Uniwersytetu Śląskiego. Głównymi kwestiami, o które pytano ankietowane, były: motywacja do podejmowania aktywności fizycznej oraz dostrzegane korzyści

¹² <http://www.stat.gov.pl/>, Główny Urząd Statystyczny, *Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2008 r.* Warszawa 2009, s. 82–83.

¹³ *Ibidem*, s. 65.

i bariery związane z jej podejmowaniem. Badania zostały przeprowadzone od marca do maja 2012 roku.

*

W kontekście badań nad poziomem i uwarunkowaniami podejmowania aktywności fizycznej na szczególne zainteresowanie zasługują studentki. Z reguły jest to grupa społeczna, która pomimo osiągniętej pełnoletniości dopiero w okresie studiów rzeczywiście wkracza w dorosłość i jest zmuszona do podejmowania wielu samodzielnych decyzji, w tym również tych dotyczących stylu życia. Wiele studentek, ucząc się i równocześnie pracując, żyje w permanentnym pośpiechu i stresie, co zapewne nie sprzyja podejmowaniu przez nie prozdrowotnych zachowań, takich jak chociażby racjonalne żywienie i regularna aktywność fizyczna. Jednocześnie presja posiadania szczupłej sylwetki, traktowanej współcześnie jako gwarancja sukcesu i życiowego szczęścia, sprawia, że dla wielu młodych kobiet jest to jeden z najważniejszych powodów podejmowania aktywności ruchowej. W przypadku badanej grupy kobiet zarówno jeden, jak i drugi wymieniony aspekt mógł decydować o deklarowanym poziomie aktywności fizycznej w kontekście zajęć obowiązkowych i w czasie wolnym. W kwestii obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego, realizowanych w toku studiów, przeprowadzone badania ujawniły, że 16 spośród 116 respondentek, czyli 14% ankietowanych, przyznało, że nie brało w nich czynnego udziału. Prawdopodobnie część kobiet nie uczestniczyła w nich z powodów zdrowotnych. Jednocześnie wydaje się, że różnorodność oferowanych zajęć ruchowych pozwala na dobór najodpowiedniejszego rodzaju aktywności fizycznej.

W odniesieniu do obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego starano się również poznać opinię badanych studentek na temat celowości i dostrzeganych korzyści wynikających z tych zajęć. W rezultacie 84% ankietowanych studentek uznało, że zajęcia wychowania fizycznego powinny być obowiązkowe, a wśród argumentów pojawiły się następujące: podawały kolejno:

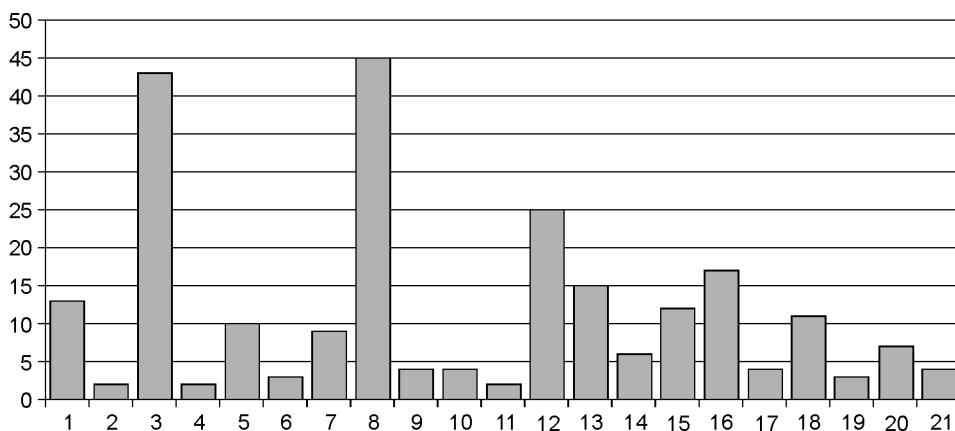
- zajęcia wychowania fizycznego jest to jedyna podejmowana przez studentów forma aktywności ruchowej;
- aktywność fizyczna ma korzystne działanie na organizm człowieka;
- uprawianie sportu pozwala schudnąć;
- aktywność fizyczna jest dobrą formą relaksu, oderwania się od nauki oraz sposobem na radzenie sobie ze stresem;
- aktywność ruchowa pozwala nauczyć się odpowiedniego organizowania sobie czasu;
- dzięki zajęciom sportowym można poznać wielu ludzi;
- sport rozwija człowieka wszechstronnie.

Wśród kobiet, które deklarowały niechętny stosunek do obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego (18 badanych) pojawiły się następujące argumenty:

- będąc osobami pełnoletnimi, możemy sami decydować o swoim uczestnictwie w zajęciach wychowania fizycznego na szczeblu kształcenia wyższego;
- zajęcia tego typu to marnowanie czasu;
- na studiach najważniejsze są przedmioty kierunkowe.

Mając na uwadze dotychczasowe wyniki badań własnych, warto przyrzeć się temu, jak studentki spędzają wolny czas oraz czy poza środowiskiem akademickim podejmują jakąkolwiek aktywność ruchową. Dzięki badaniom przeprowadzonym przez Hannę Żukowską zaobserwowano istotną zależność pomiędzy charakterem zajęć podejmowanych w czasie wolnym a wiekiem studentów – starsi częściej preferują aktywny wypoczynek. Wyraźne różnice dostrzec można również, analizując wyniki dotyczące kobiet i mężczyzn. Wśród badanych aktywny wypoczynek wybierało 63% studentów, z czego wśród mężczyzn 77% ankietowanych, a wśród kobiet zaledwie 51%¹⁴. W odniesieniu do przeprowadzonych badań własnych podejmowanie jakiejkolwiek aktywności ruchowej poza środowiskiem akademickim deklaruje 71% badanych, natomiast 29% przyznaje, że spędza czas wolny w sposób bierny.

Ankietowane studentki, które zadeklarowały podejmowanie aktywności fizycznej w czasie wolnym, wskazały również najczęściej wybierane formy aktywności.

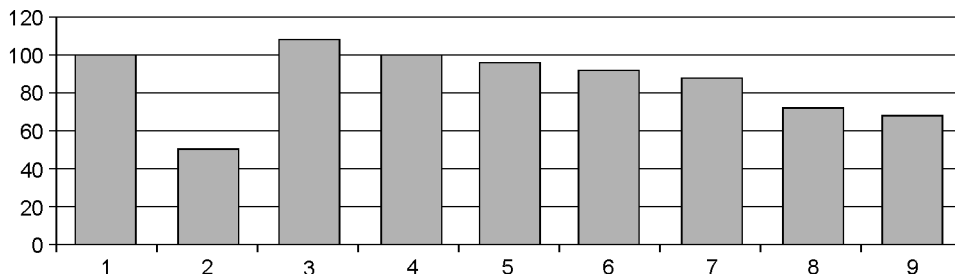


Wykres 1. Formy aktywnego spędzania wolnego czasu, deklarowane przez respondentki (n = 82)

1 – aerobik, 2 – badminton, 3 – bieganie, 4 – fitball, 5 – fitness, 6 – gimnastyka, 7 – jazda na rolkach, 8 – jazda na rowerze, 9 – jeździectwo, 10 – joga, 11 – pilates, 12 – pływanie, 13 – siatkówka, 14 – siłownia, 15 – spacer, nordic walking, 16 – sporty zimowe, 17 – sztuki walki, 18 – taniec, 19 – tenis ziemny, 20 – wspinaczka, 21 – zumba

¹⁴ Jednocześnie zauważono związek biernego wypoczynku z niższą oceną stanu zdrowia. U osób tych zaobserwowano również częstsze spożycie alkoholu i papierosów. Podano za: H. ŻUKOWSKA: *Czas wolny studentów*. W: *Wychowanie fizyczne. Sport dzieci i młodzieży*. Red. A. MIŁCHALSKI, M. NAPIERAŁA, M. ZASADA. Bydgoszcz 2005, s. 90–95.

Wśród uzyskanych odpowiedzi najczęściej pojawiały się zajęcia ogólnodostępne, takie jak: bieganie, jazda na rowerze, pływanie czy sporty zimowe, a także aktywności kierowane głównie do kobiet: aerobik, joga, pilates, zumba, taniec czy fitness. W celu poznania motywów podejmowania aktywności fizycznej przez młode kobiety pytano także o korzyści wynikające z regularnej aktywności ruchowej.



Wykres 2. Korzyści wynikające z regularnej aktywności fizycznej – w opinii studentek (n = 116)

1 – rozwijanie sprawności fizycznej, 2 – utrzymanie umiejętności motorycznych, 3 – wzmacnianie wytrzymałości organizmu, 4 – utrzymanie odpowiedniej masy ciała, 5 – właściwe funkcjonowanie organizmu, 6 – dobrze oddziałuje na zdrowie psychiczne, 7 – jest to atrakcyjna forma spędzania wolnego czasu, 8 – pozwala rozwijać zainteresowania, 9 – umożliwia poznawanie nowych ludzi

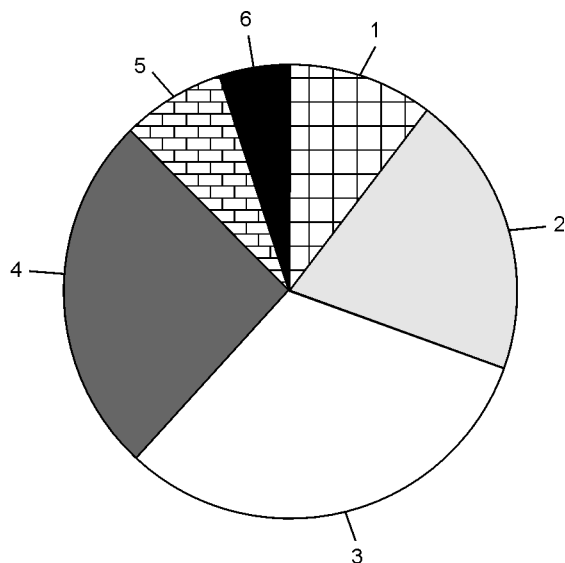
W kontekście korzyści wynikających z regularnej aktywności fizycznej respondentki miały do wyboru kilka zaproponowanych odpowiedzi. Najwięcej, bo aż 114 ankietowanych kobiet jako główną dostrzeganą korzyść podejmowania aktywności ruchowej uznało wzmacnianie wytrzymałości organizmu. Ponadto najczęściej wybieranymi odpowiedziami były kolejno:

- rozwijanie sprawności fizycznej (100 kobiet),
- utrzymanie odpowiedniej masy ciała (100 kobiet),
- właściwe funkcjonowanie organizmu (98 kobiet),
- dobrze oddziałuje na zdrowie psychiczne (92 kobiety),
- jest to atrakcyjna forma spędzania wolnego czasu (85 kobiet),
- pozwala rozwijać zainteresowania (76 kobiet),
- umożliwia poznawanie nowych ludzi (64 kobiety),
- utrzymanie umiejętności motorycznych (54 kobiety).

Pomimo wzorowej wręcz wiedzy studentek na temat zalet regularnej aktywności fizycznej, częstotliwość podejmowania przez nie tej aktywności jest stosunkowo różna i wydaje się niewystarczająca.

Spośród respondentek:

- 15% podejmuje aktywność fizyczną rzadziej niż raz w miesiącu,
- 21% zaledwie 1–2 razy w miesiącu,
- 25% uprawia jakiś sport raz w tygodniu,
- 23% – 2–3 razy w tygodniu,
- 9% – 4–6 razy w tygodniu,
- 7% – codziennie.



Wykres 3. Częstotliwość podejmowania aktywności ruchowej przez ankietowane studentki (n = 116)

1 - rzadziej niż raz w miesiącu, 2 - 1-2 razy w miesiącu, 3 - raz w tygodniu, 4 - 2-3 razy w tygodniu, 5 - 4-6 razy w tygodniu, 6 - codziennie

Podobne wyniki przyniosły badania Moniki Binkowskiej-Bury. Zgodnie z nimi wolny czas na uprawianie sportu w dni robocze przeznaczają 33,6% badanych, a w weekendy zaledwie 21,7%. Wśród osób, które zdecydowały się na aktywny wypoczynek, największe znaczenie miały spacer (62,6% wskazań), a także podejmowanie ćwiczeń w domu (13,6%). Wraz z obniżeniem częstotliwości podejmowania aktywności ruchowej zmieniały się preferencje dotyczące jej charakteru. Osoby, które ćwiczyły regularnie raz w tygodniu, najczęściej podejmowały następujące formy ruchu:

- bieganie (16,3%),
- ćwiczenia w domu (12,5%),
- spacer (10,6%).

Wśród osób, które ćwiczyły regularnie 2-3 razy w tygodniu, kształtowało się to następująco:

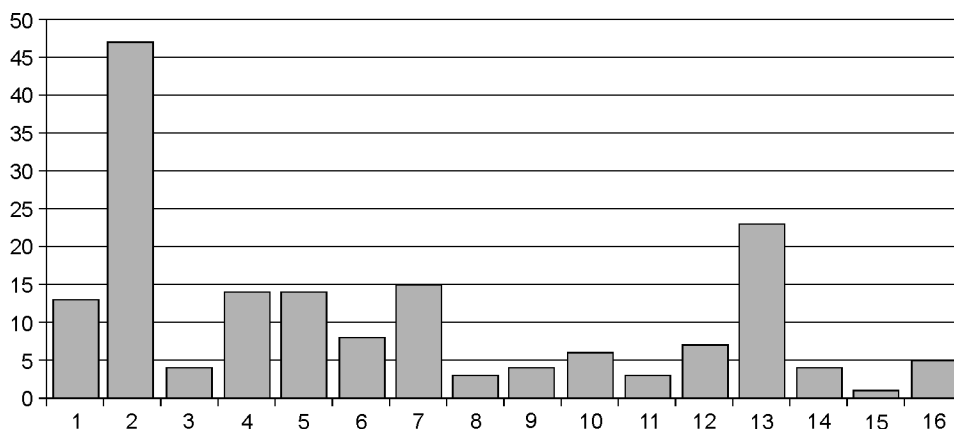
- podejmowanie ćwiczeń w domu (15,4%),
- spacer (12,7%),
- bieganie (9%).

Natomiast wśród osób ćwiczących raz w miesiącu podejmowane formy aktywności ruchowej to:

- pływanie (13,8%),
- bieganie (11,9%),
- ćwiczenia w domu (11,9%).

Przytaczane badania Moniki Binkowskiej-Bury pokazały także, że wśród aktywności podejmowanych sporadycznie badani wymieniali: pływanie (25,5%), korzystanie z siłowni (22,6%), grę w tenisa (21,2%), bieganie (15,5%). Pojedyncze osoby wykazały zainteresowanie takimi formami ruchu jak: jazda na wrotkach, gra w siatkówkę, praca w ogrodzie, jazda konna, narty, taniec, aerobik, gra w piłkę nożną¹⁵.

Chcąc dotrzeć do przyczyn niewystarczającego poziomu aktywności fizycznej badanych kobiet, starano się poznać zarówno motywy, jak i bariery w podejmowaniu wysiłku fizycznego.



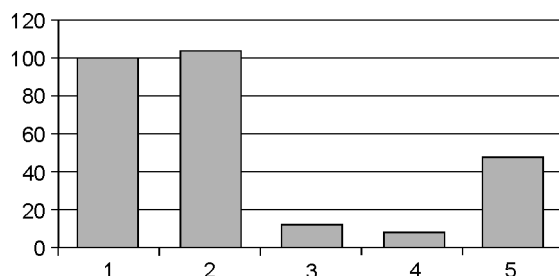
Wykres 4. Motywacja do podejmowania aktywności ruchowej w opinii badanych kobiet (n = 116)

1 – wpływa pozytywnie na samopoczucie, 2 – chęć schudnięcia i kształtowania sylwetki, 3 – chęć poprawy wydolności organizmu, 4 – partner i znajomi, 5 – chęć aktywnego spędzania czasu, 6 – chęć rozwoju w danej dziedzinie, 7 – wzmacnianie organizmu, 8 – chęć utrzymania formy, 9 – chęć kompensowania przypadłości wynikających z choroby, 10 – chęć integracji z ludźmi, 11 – przyjemność, 12 – rodzice i trener, 13 – chęć utrzymania kondycji psychofizycznej, 14 – chęć odreagowania codziennych stresów, 15 – wykonywana praca, 16 – ładna pogoda

W analizowanym kontekście studentki miały możliwość wyboru kilku spośród zaproponowanych odpowiedzi. Wśród najczęściej wybieranych motywów znalazły się korzyści, jakich dostarcza aktywne spędzanie wolnego czasu, oraz osoby, które zachęcają do działania: rodzina, przyjaciele i trenerzy. Niezwykle istotną motywacją do podejmowania aktywności fizycznej było utrzymanie prawidłowej masy ciała i chęć kształtowania sylwetki – aż 47 kobiet uznało ten argument za najlepszy. Jak potwierdza literatura przedmiotu, w zachowaniu studentów wyjątkowo niepokojący jest fakt, że pomimo posiadanej wiedzy oraz świadomości zagrożeń wynikających z niewłaściwego stylu życia cały czas podejmują oni

¹⁵ M. BINKOWSKA-BURY: *Zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej...*, s. 55–61.

szereg zachowań antyzdrowotnych, takich jak: niewłaściwa dieta, niewłaściwa higiena snu, stosowanie używek, czy obniżona aktywność ruchowa¹⁶. W związku z powyższym prowadzone badania miały na celu ustalenie, jakie bariery na co dzień przeszkadzają studentkom w realizowaniu tak ważnego elementu prozdrowotnego stylu życia, jakim jest podejmowanie aktywności fizycznej.



Wykres 5. Bariery napotymane przy podejmowaniu aktywności ruchowej przez studentki (n = 116)

1 – brak czasu, 2 – lenistwo, 3 – brak wystarczającej liczby proponowanych zajęć, 4 – mała różnorodność proponowanych zajęć, 5 – brak pieniędzy

Z przeprowadzonych badań wynika, że powodów niewystarczającego poziomu aktywności ruchowej nie jest wiele i są one dość powszechne:

- 103 kobiety uznały, że barierą w podejmowaniu aktywności jest lenistwo,
- 100 badanych uznało, iż głównym powodem jest brak czasu,
- 45 studentek nie podejmuje aktywności fizycznej z powodu sytuacji finansowej,
- odpowiednio 15 i 7 osób uznało, że liczba i różnorodność proponowanych zajęć jest niewystarczająca.

*

Studentki, jako grupa kobiet prowadząca bardzo specyficzny tryb życia, wypracowały charakterystyczny styl dbania o swoje zdrowie. Przestrzeganie prostych zasad, takich jak odpowiednia higiena snu, zbilansowana dieta czy podejmowanie aktywności ruchowej, okazuje się niezwykle trudne przy nieregularnym trybie codziennego funkcjonowania, jaki prowadzi przeważająca część z nich. Życie akademickie dostarcza wielu stresów, problemowych, trudnych sytuacji, momentów fizycznego i psychicznego przemęczenia. Dlatego tak ważna jest regularna aktywność ruchowa. Badane studentki również dostrzegają i doceniają korzyści wynikające z wysiłku fizycznego, a także podają je jako główne motywy podejmowania aktywności.

¹⁶ J. POTOK: *Zachowania antyzdrowotne studentów*. W: *Aktywność przez całe życie...*, s. 283–292.

Studentki są niezwykle interesującą, ale jednocześnie bardzo trudną grupą odbiorczą jakichkolwiek działań z zakresu edukacji zdrowotnej. Są dorosłe i same decydują o sobie, o swoim życiu. Nie jest zatem możliwe narzucenie im obowiązku podejmowania aktywności fizycznej, jak miało to miejsce w poprzednich okresach edukacji. Jednocześnie wciąż pozostają grupą młodą, elastyczną, mogącą zmieniać swoje przyzwyczajenia, są także chłonne wiedzy i ambitne. Dysponują również relatywnie dużą ilością czasu wolnego. Te cechy sprawiają, że zastosowanie różnych działań promujących zdrowie może przynieść oczekiwane efekty – możliwa jest zmiana nawyków wśród studentek, bowiem często nie są one jeszcze obciążone obowiązkami względem rodziny i pracodawcy.

Przeanalizowana literatura przedmiotu oraz wyniki przeprowadzonych badań mogą sugerować, że studentki potrzebują zainteresowania, motywacji i nakłonienia do podjęcia aktywności fizycznej. Wydaje się jednak, że stale rozwijająca się oferta zajęć ruchowych, dostępnych między innymi na uczelniach, sprawi, iż podejmowanie aktywności fizycznej stanie się dla nich atrakcyjne i warte zainteresowania, a także pozwoli im na wykształcenie prozdrowotnych nawyków. Badania pokazały, że fizycznie aktywne studentki doceniają korzyści, które wynikają z pozytywnych zachowań zdrowotnych, dostrzegają oddziaływanie ruchu na ich zdrowie psychiczne, fizyczne i społeczne. Osoby, które deklarują częste i regularne podejmowanie aktywności ruchowej, chętniej korzystają z ofert zajęć organizowanych zarówno na terenie uczelni, jak i poza nią.

Przedstawione wyniki badań własnych pozwoliły na sformułowanie wniosku, iż najczęstszą motywacją badanych kobiet do podejmowania aktywności fizycznej jest świadomość korzyści z tego płynących, w szczególności w kontekście kształtowania idealnej sylwetki i pożądanej masy ciała. Wydaje się również, że środowisko studiujących kobiet zaczyna się dzielić na dwie skrajnie różne grupy. Do pierwszej należą kobiety prowadzące charakterystyczny dla studentów tryb życia, cechujący się brakiem czasu na podejmowanie aktywności fizycznej, do drugiej zaś kobiety, których głównym celem jest kariera i sukces, a ich gwarantem ma stać się idealny wygląd zewnętrzny.

Bibliografia

1. BARABASZ Z., ZADARKO E. (red.): *Aktywność przez całe życie. Zdrowie i sprawność studentów pod kontrolą*. Krosno 2010.
2. BINKOWSKA-BURY M.: *Zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej*. Rzeszów 2009.
3. BORZUCKA-SITKIEWICZ K.: *Kształtowanie zachowań zdrowotnych w procesie socjalizacji a styl życia młodzieży (w regionie górnośląskim)*. Katowice 2005.
4. CYBULSKA A.: *O aktywności fizycznej Polaków. Komunikat z badań*. Centrum Badań Opinii Społecznej. Warszawa 2003.
5. DROZDOWSKI Z.: *Studia ewolucji ludzkiej aktywności ruchowej*. Poznań 1999.

6. JANKOWSKI K.W.: *Zdrowy styl życia w opiniach studenckich. Międzynarodowe badania porównawcze*. Przegląd Naukowy Instytutu Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Rzeszowie, 2000, nr 4.
7. KARSKI J.B. (red.): *Promocja zdrowia*. Warszawa 1999.
8. Komunikat z badań: *Człowiek zadbany – troska o sylwetkę i własne ciało*. Centrum Badania Opinii Społecznej. Warszawa 2009.
9. KRAWAŃSKI A.: *Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego*. Poznań 2003.
10. Mały Rocznik Statystyczny Polski 2010. Czerwiec 2010. Warszawa.
11. MICHAŁSKI A., NAPIERAŁA M., ZASADA M. (red.): *Wychowanie fizyczne. Sport dzieci i młodzieży*. Bydgoszcz 2005.
12. OSTASZEWSKA A.: *Popkulturowe ramy tożsamości. Media, kultura popularna, internet jako nowe środowiska kształtowania tożsamości*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012.
13. OSTROWSKA A.: *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa 1999.
14. *Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2008 r.* Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2009.

PRAKTYKA SPOŁECZNO-EDUKACYJNA

Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia jako nabywanie kompetencji zdrowotnych przez kobiety

Alina Dworak

Życzeniem każdego człowieka jest cieszyć się dobrym zdrowiem. Mimo to kobiety często przypominają sobie o odpowiedzialności za nie dopiero gdy zaczynają odczuwać dotychczas nieznaną im dolegliwość, gdy pojawiają się objawy, które wcześniej nie występowały. Czasami jednak jest już za późno na odwrócenie niepożądanych skutków choroby. Kobiety, ze względu na funkcjonowanie i zadania, do jakich jest przystosowany ich organizm (menstruacja, ciąża, menopauza itd.), są szczególnie narażone na niektóre choroby. Dlatego należy mieć świadomość, że tylko regularnie wykonywane badania profilaktyczne mogą potwierdzić lub wykluczyć obecność choroby.

Tematem powszechnie poruszonym w literaturze przedmiotu jest promocja zdrowego stylu życia, obejmująca tematykę związaną z regularną aktywnością fizyczną, właściwą dietą, unikaniem używek, doskonaleniem umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych¹.

Zainteresowanie zdrowiem we współczesnej socjologii, psychologii czy pedagogice, środowiskiem rozwoju człowieka, w którym narażony on jest na oddziaływanie szeregu czynników środowiskowych przez niego samego wytworzonych, takich jak hałas, wibracje, zanieczyszczenia – związki toksyczne, przyczyniło się do obalenia dotychczasowego mitu, według którego problematykę zdrowia i choroby konstituowała odległa od teoretycznych i praktycznych nauk społecznych medycyna².

Współczesny system ochrony zdrowia obok działań diagnostycznych, leczniczych, profilaktycznych i rehabilitacyjnych deklaruje działania w zakresie promocji zdrowia. Zaspokojenie potrzeb zdrowotnych populacji, niwelowanie

¹ Z. CENDROWSKI: *Dekalog zdrowego stylu życia*. „Lider. Promocja Zdrowia, Kultura Zdrowotna i Fizyczna” 2005, nr 7–8, s. 3–7, 173–174.

² A. RADZIEWICZ-WINNICKI: *Zainteresowanie nauk społecznych poglądami i zachowaniami w dziedzinie zdrowia i choroby a lansowanie określonych wzorów socjalizacji zdrowotnej*. „Chocwanna” 2002, t. 1, 27–38.

nierówności w zdrowiu z jednoczesnym zagwarantowaniem wszystkim obywatelom równego dostępu do ochrony zdrowia i rozwoju, odpowiedniej organizacji procesu leczenia z uwrażliwieniem na pacjenta i poszanowaniem godności osobistej, są podstawowymi celami systemu ochrony zdrowia³.

Gwałtowna zmiana, jaka w połowie XX wieku dokonała się w wielu krajach rozwiniętych w obrazie chorób i zachorowalności społeczeństwa, z gwałtownym wzrostem chorób zwanych cywilizacyjnymi, takich jak: choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, urazy, wypadki, stała się bodźcem do powstania koncepcji promocji zdrowia⁴.

Ostatnie lata to okres wzrostu zainteresowań problematyką z zakresu promocji i edukacji zdrowotnej, których celem jest przekazywanie wiedzy dotyczącej zdrowia, nabywania postaw prozdrowotnych⁵.

Promocja zdrowia jest programem działań odnoszącym się do wszystkich sfer życia człowieka: pracy, nauki, spraw socjalnych, kultury, ekologii, służby zdrowia, opieki społecznej, wymagającym propagowania go przez rządy, organizacje pozarządowe na całym świecie⁶.

Zainteresowanie problematyką promocji zdrowia na polu krajowym zintensyfikowało przystąpienie Polski do Unii Europejskiej, co jednocześnie wymusiło dokonanie szeregu zmian legislacyjnych⁷.

Promocja zdrowia jest procesem umożliwiającym jednostkom i grupom społecznym zwiększenie kontroli nad zdrowiem, jego uwarunkowaniami, celem jego poprawy, poprzez rozwijanie zdrowego stylu życia, kształtowanie społecznych, środowiskowych, osobniczych czynników doskonalących zdrowie. Karta Ottawska, będąca zasadniczym dokumentem w zakresie promocji zdrowia, definiuje promocję zdrowia jako zbiór ogólnych zasad o działaniu ludzi, a nie dla ludzi, swym zasięgiem obejmująca społeczeństwo lokalne i jest ukierunkowana na bezpośrednie i pośrednie czynniki decydujące o zdrowiu, wykazując jednocześnie pozytywne wartości i istotę zdrowia⁸.

Promocja zdrowia według Andrew Tannahilla obejmuje trzy zasadnicze rodzaje działalności: po pierwsze, edukację zdrowotną, polegającą na przekazaniu gotowych informacji na temat zdrowego stylu życia, korzystania ze świadczeń zdrowotnych, celem dokonywania przez jednostkę samodzielných wyborów

³ E. SYREK: *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*. Katowice 2008, s. 61.

⁴ E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa 2009, s. 68.

⁵ A. GULCZYŃSKA, E. KASPEREK-GOLIMOWSKA, P. RĄGLEWSKA: *Edukacja zdrowotna w kontekście różnic płciowych*. „Nowiny Lekarskie” 2011, nr 80, 5, s. 344–348.

⁶ A. RADZIEWICZ-WINNICKI: *Zainteresowanie nauk społecznych poglądami i zachowaniami w dziedzinie zdrowia...*, s. 27–38.

⁷ A. DYZMAN-SROKA, M. TROJANOWSKI, D. KAŹMIERCZAK: *Czy warto organizować w Polsce akcje profilaktyczne*. „Nowiny Lekarskie” 2012, nr 81, 3, s. 244–250.

⁸ M. SYGIT: *Zdrowie publiczne*. Warszawa 2010, s. 450.

w zakresie zdrowia, z jednoczesnym uświadomieniem działania czynników szkodzących zdrowiu; po drugie, zapobieganie chorobom, obejmujące działania mające na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia chorób czy innych zagrożeń dla zdrowia poprzez min. badania przesiewowe, i po trzecie, ochronę zdrowia wykorzystującą środki prawne, polityczne, fiskalne⁹.

Narzędziem polityki zdrowia publicznego, służącym do organizacji przedsięwzięć prozdrowotnych w sferze pracy, adresowanych do osób pracujących, są zapisy Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 roku o służbie medycyny pracy, które typują ową służbę jako właściwą do inicjowania i realizowania promocji zdrowia, wynikającą z oceny zdrowia pracujących i inicjowania działań pracodawców, udzielania im pomocy we wdrażaniu programów z zakresu promocji zdrowia¹⁰.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 podaje działania uznane za niezbędne ze strony ochrony zdrowia i samorządu terytorialnego. Są wśród nich¹¹:

- aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia społeczeństwa;
- poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta;
- usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej;
- zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Najbardziej efektywną metodą niwelowania i zwalczania chorób z punktu widzenia ekonomii, ale i nauki jest bez wątpienia profilaktyka. Wszystkim znane powiedzenie: „lepiej zapobiegać, niż leczyć”, które potwierdza fakt, że koszty związane z profilaktyką są zdecydowanie mniejsze niż wydatki ponoszone na leczenie. Zatem jej głównym celem jest wyszukiwanie osób o znacznym czynniku ryzyka wystąpienia danej choroby, a także podejmowanie działań chroniących przed patogennym działaniem czynników szkodzących zdrowiu w wybranych siedliskach¹². Zarówno diagnozowanie, jak i prewencja zagrożeń są elementem polityki zdrowotnej państwa. Według Światowej Organizacji Zdrowia profilaktyka stanowi jeden z trzech działów nauk medycznych: zapobieganie, leczenie,

⁹ J. GRIFFITHS: *Promocja zdrowia*. W: *Problemy zdrowotne kobiet*. Red. A. McPHERSON. Tłum. M. ARŁUKIEWICZ. Warszawa 1997, s. 402.

¹⁰ E. GOSZCZYŃSKA: *Wyzwania stojące przed organizatorami działań antytytoniowych adresowanych do kobiet w Polsce*. „Medycyna Praktyczna” 2012, nr 63, s. 471–482.

¹¹ Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, s. 16.

¹² Według WHO jest to miejsce, „w którym ludzie korzystają i kształtują środowisko, a także tworzą lub rozwiązują problemy związane ze zdrowiem”. Podano za: w: B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne*. Warszawa 2007, s. 133.

rehabilitacja. Są to wszelkie działania mające na celu zapobieganie chorobom, niepożądanym zachowaniom, zjawiskom, stanom w danej populacji. Jako jedna z podstaw nowoczesnej medycyny dąży zarówno do zapobiegania chorobom, jak i do ich ujawnienia we wczesnym stadium poprzez organizowanie masowych badań profilaktycznych¹³. Raport Światowej Organizacji Zdrowia *Stan zdrowia na świecie 2003–2006* zawiera najistotniejsze kierunki działań w zakresie analizy zagrożeń zdrowia ludności w postaci prewencji pierwotnej, obejmującej szczepienia ochronne, i wtórnej, opartej na badaniach przesiewowych populacji narażonych na działanie czynników ryzyka, oraz zarządzanie procesem zapobiegania zagrożeniom poprzez wczesne diagnozowanie jeszcze w stadium przedklinicznym i podjęcie leczenia¹⁴.

Opieka zdrowotna realizuje zadania profilaktyczne poprzez: bieżącą obserwację sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, prowadzoną przez stacje sanitarno-epidemiologiczne i państwową administrację; analizę dokumentacji dotyczącej zdrowia, tworzonej w szpitalach, sanatoriach; kontrolę planowania i wykonywania czynności profilaktycznych przez oddziały specjalistyczne; ochronę naturalnego środowiska życia i pracy, badania przesiewowe społeczeństwa¹⁵.

Opracowując programy praktycznej promocji zdrowia, należy uwzględnić fakt, że kobieta zajmująca się domem, także wykonuje „prace” na rzecz zdrowia. Czynności domowe, zakupy, gotowanie, pranie, sprzątanie, służą promocji zdrowia. Kobieta, troszcząc się o potrzeby rodziny, zachęcając do aktywności na świeżym powietrzu, do zdrowego sposobu odżywiania, uczy zdrowia. Ową troskę o zdrowie determinują warunki lokalne i socjalne¹⁶.

Polityka prozdrowotna państwa obejmuje programy profilaktyczne skierowane do kobiet. Są to: Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi i Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. Nowotwory złośliwe stanowią trzecią na świecie, a drugą w krajach rozwiniętych przyczynę zgonów i w XXI wieku stanowią poważny problem zdrowotny. W 2008 roku w dokumencie *World Cancer Report 2008* Światowa Organizacja Zdrowia, analizując aktualne dane i prognozy na kolejnych 20 lat, wymieniła profilaktykę pierwotną i wtórną jako skuteczną metodę walki z chorobami nowotworowymi¹⁷.

Profilaktyka chorób nowotworowych kobiet jest wysoce niedostateczna. Wyniki badań ankietowych wskazują, że aż 72% kobiet nie miało nigdy przeprowadzonego badania mammograficznego, 76% – badania USG piersi,

¹³ M. SYGIT: *Zdrowie publiczne...*, s. 24.

¹⁴ T.B. KULIG: *Profilaktyka w chorobach cywilizacyjnych*. W: *Promocja zdrowia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych*. Red. B. ZBOINY. Ostrowiec Świętokrzyski 2006, s. 15–16.

¹⁵ M. SYGIT: *Zdrowie publiczne...*, s. 25.

¹⁶ J. GRIFFITHS: *Promocja zdrowia*. W: *Problemy zdrowotne kobiet...*, s. 402.

¹⁷ A. DYZMAN-SROKA, M. TROJANOWSKI, D. KAŹMIERCZAK: *Czy warto organizować w Polsce akcje profilaktyczne...*, s. 244–250.

a 30% – cytologii. W okresie 2000–2005 liczba porad udzielanych kobietom w poradniach dla kobiet oraz poradniach ginekologiczno-położniczych wzrosła słabiej w porównaniu z okresem 1995–2000¹⁸.

Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi skierowany jest do grupy kobiet w wieku 50–69 lat, a więc najbardziej zagrożonych rakiem piersi, które przez ostatnie dwa lata nie poddały się mammografii lub otrzymały w ramach realizacji programu pisemne wskazanie do wykonania ponownego badania mammograficznego po upływie 12 miesięcy.

W ramach programu wykonywana jest mammografia, a w przypadku wystąpienia niepokojących zmian pacjentka kierowana jest na dalszą diagnostykę. W ramach pogłębionej diagnostyki programu lekarz w zależności od wskazań medycznych decyduje, czy pacjentce należy wykonać mammografię uzupełniającą i/lub USG piersi, biopsję cienkoigłową bądź gruboigłową. Kobiety, u których rozpoznano raka piersi lub inne schorzenia wymagające leczenia specjalistycznego, zostają skierowane do dalszej diagnostyki poza programem.

Badanie mammograficzne w ramach programu jest badaniem bezpłatnym, niewymagającym skierowania. Można je wykonać w zakładach opieki zdrowotnej, które podpisały z NFZ umowę na realizację programu. Z badań mogą korzystać wszystkie ubezpieczone w NFZ kobiety, które mieszczą się w grupie wiekowej i nie wykonywały mammografii w ciągu ostatnich dwóch lat. Jeśli kobieta nie mieści się w podanej grupie wiekowej, również może skorzystać z bezpłatnej mammografii w ramach ubezpieczenia w NFZ. W tym celu powinna zgłosić się do lekarza specjalisty, który wyda skierowanie¹⁹. W czynnej profilaktyce antynowotworowej istotne jest postępowanie pracowników medycznych, lekarzy, położnych, którzy nie zawsze podczas wizyty lekarskiej wykonują kliniczne badanie piersi czy uczą technik samobadania piersi, nie wspierając tym samym motywacji badanych kobiet do zwiększenia troski o własne zdrowie²⁰.

Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy skierowany jest do grupy kobiet najbardziej zagrożonych rakiem szyjki macicy, w wieku od 25 do 59 lat, które w ciągu ostatnich trzech lat nie miały wykonywanego badania cytologicznego. W ramach etapu dodatkowego programu wykonywane jest badanie cytologiczne, a w przypadku stwierdzenia niepokojących zmian pacjentka kierowana jest na dalszą diagnostykę. W ramach pogłębionej diagnostyki programu wykonywane jest badanie kolposkopowe, a w przypadku zaistnienia wskazań pobiera się celowane wycinki do badania histopatologicznego. Kobiety, u których rozpoznano raka szyjki macicy lub inne schorzenia wymagające leczenia specjalistycznego, zostają skierowane do dalszej diagnostyki

¹⁸ *Kobiety w Polsce*. GUS, Warszawa 2007, s. 22.

¹⁹ Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi. Narodowy Fundusz Zdrowia. 7.07.2013.

²⁰ C. ŁEPECKA-KLUSEK, M. BUCHOLC, M. KARAUDA: *Troska kobiet o własne zdrowie* „Zdrowie Publiczne” 2003, nr 113 (1/2), s. 188–190.

poza programem. Bezpłatne badania cytologiczne można wykonać w zakładach opieki zdrowotnej, które podpisały z NFZ umowę na realizację programu, a jest to każda poradnia ginekologiczna, która ma umowę z NFZ. Z badań mogą korzystać wszystkie ubezpieczone w NFZ kobiety, które mieszczą się w grupie wiekowej i nie wykonywały cytologii w ciągu ostatnich trzech lat. Jeśli kobieta nie mieści się w podanej grupie wiekowej, również może skorzystać z bezpłatnej cytologii w ramach ubezpieczenia w NFZ. Warunkiem niezbędnym efektywności skринingu cytologicznego jest jego masowość, szacuje się bowiem, że dopiero przy objęciu badaniami przesiewowymi 75% populacji można uzyskać 25-procentowy spadek umieralności. Badania naukowe dowodzą, iż 1,5%–2% rozmazów cytologicznych wykazuje nieprawidłowości wymagające dalszych procedur diagnostycznych²¹.

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów w Polsce i na świecie. Niewłaściwa dieta, prowadząca do otyłości, niedostatek aktywności ruchowej, palenie papierosów, picie alkoholu i stres to czynniki predysponujące do rozwoju chorób układu krążenia. Dzięki badaniom profilaktycznym możliwe jest wczesne zdiagnozowanie nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania układu krążenia i wczesne podjęcie działań naprawczych. Program profilaktyki chorób układu krążenia skierowany jest do osób obciążonych czynnikami ryzyka, znajdujących się na liście lekarza POZ w grupie wiekowej 35–55 lat, a więc najbardziej zagrożonej chorobami układu krążenia. W ramach programu wykonywane są m.in.: określenie BMI, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, badania biochemiczne krwi. W przypadku wyniku dodatniego pacjent kierowany jest na dalszą diagnostykę. Bezpłatne badania układu krążenia można wykonać w każdym zakładzie opieki zdrowotnej, który podpisał umowę z NFZ na realizację świadczeń w zakresie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, bez wymaganego skierowania na badanie. Jeśli osoba nie mieści się w grupie wiekowej, również może skorzystać z bezpłatnych badań w ramach ubezpieczenia w NFZ. W tym celu powinna zgłosić się do lekarza specjalisty, który wyda skierowanie na badania²².

Literatura przedmiotu potwierdza hipotezę, że kobiety posiadają większą świadomość zdrowotną, potrzebę edukacji w zakresie zdrowia z jednocześnie bardziej zgodną z nowoczesnymi koncepcjami wiedzą o zdrowiu. Deklarują i realizują zdrowszy niż mężczyźni styl życia²³.

Polki najczęściej zgłaszają się do lekarza podstawowej opieki podstawowej. W ostatnim roku na wizytę zgłosiło się 59% pań, ale niewiele ponad połowa miała zbadaną krew, a jeszcze mniej mocz. Aż 40% kobiet w ciągu ostatniego roku nie było u ginekologa. Do ginekologa najczęściej zgłaszają się kobiety młode po receptę na środki antykoncepcyjne i kobiety po 40. roku życia, kiedy

²¹ Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. Narodowy Fundusz Zdrowia. 7.07.2013.

²² Program profilaktyki chorób układu krążenia. Narodowy Fundusz Zdrowia. 7.07.2013.

²³ A. GULCZYŃSKA, E. KASPEREK-GOLIMOWSKA, P. RĄGLEWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 344–348.

zaczynają się objawy okresu okołomenopauzalnego. Najbardziej do ginekologa zgłaszają się kobiety po 65. roku życia, zwłaszcza niewykształcone i mieszkające na wsi²⁴. Korzystanie z profilaktycznych badań ginekologicznych determinowane jest przede wszystkim świadomością potrzeby takiego postępowania, gdyż wczesne diagnozowanie i zapobieganie chorobom narządu rodowego wymaga czynnej postawy kobiet²⁵.

Z danych Centralnego Ośrodka Koordynującego Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi i Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy wynika, że zaledwie 25% kobiet w wieku 25–59 lat zgłasza się na badanie cytologiczne, a jako przyczynę podają najczęściej: strach przed diagnozą, leczeniem, przekazaniem bliskim informacji o ewentualnej chorobie i wstyd! W porównaniu z innymi państwami, gdzie frekwencja zgłoszeń na te badania wynosi 90%, Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie. W ciągu ostatniego roku wykonała je zaledwie co dziesiąta Polka. Być może przyczyną niechęci większości Polek do badań jest przekonanie, że muszą je robić osoby chore. To podstawowy błąd w myśleniu o badaniach profilaktycznych. Powinny je wykonywać osoby zdrowe – po to, aby mieć pewność, że nic złego się nie dzieje, albo po to, aby w przypadku niekorzystnego rozpoznania jak najwcześniej rozpocząć leczenie²⁶. Badanie ginekologiczne jest badaniem wkraczającym w najbardziej intymną, najbardziej chronioną sferę życia kobiety. Wyzwała poczucie wstydu, zażenowania, często stanowiąc dla kobiety sytuację trudną, co przyczynia się w efekcie do świadomej rezygnacji z badania i zgłaszania się po poradę, gdy pojawiają się niepokojące symptomy²⁷.

A zatem wyrazem troski kobiet o własne zdrowie jest racjonalne, świadome, regularne korzystanie z opieki lekarskiej. Świadomość zdrowotna, połączona z respektowaniem zachowań prozdrowotnych, warunkuje dobre zdrowie, a w przypadku pojawienia się choroby zwiększa szansę na całkowite wyleczenie czy złagodzenie jej niepożądanych skutków. Pomimo realizowanych na szeroką skalę programów profilaktycznych, nadal istnieje potrzeba zwielokrotnienia wysiłków i zaangażowania zarówno przedstawicieli zawodów medycznych i władz resortowych, jak i władz terytorialnych i państwowych do działań na rzecz zdrowia.

²⁴ http://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/ciekawostki/na-co-najczesciej-choruja-polki-profilaktykachorob-kobiecych_40870.html. 7.07.2013.

²⁵ C. ŁEPECKA-KLUSEK, M. BUCHOLC, A. PILEWSKA, K. KANADYS: *Kobiety w wieku rozrodczym wobec profilaktycznych badań ginekologicznych*. „Ginekologia Polska” 2001, nr 72(12a): V Sympozjum „Ekologia prokreacji człowieka” 1473–1477; C. ŁEPECKA-KLUSEK, M. BUCHOLC, M. KARAUADA: *Troska kobiet o własne zdrowie*. „Zdrowie Publiczne” 2003, nr 113 (1/2), s. 188–190.

²⁶ http://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/ciekawostki/na-co-najczesciej-choruja-polki-profilaktykachorob-kobiecych_40870.html. 7.07.2013.

²⁷ M. JÓZWIK, M. JÓZWIK: *Badanie ginekologiczne*. W: *Ginekologia w praktyce lekarza rodzinnego*. Red. B. CHAZAN. Warszawa 1997, s. 81–92.; R. KLIMEK: *Psychologiczne aspekty położnictwa*. W: *Położnictwo*. Red. IDEM. Warszawa 1988, s. 561–567.

Bibliografia

1. CENDROWSKI Z.: *Dekalog zdrowego stylu życia*. „Lider. Promocja Zdrowia, Kultura Zdrowotna i Fizyczna” 2005, nr 7–8.
2. DYZMAN-SROKA A., TROJANOWSKI M., KAŹMIERCZAK D.: *Czy warto organizować w Polsce akcje profilaktyczne*. „Nowiny Lekarskie” 2012, nr 81, 3.
3. GOSZCZYŃSKA E.: *Wyzwania stojące przed organizatorami działań antytytoniowych adresowanych do kobiet w Polsce*. „Medycyna Praktyczna” 2012, nr 63.
4. GRIFFITHS J.: *Promocja zdrowia*. W: *Problemy zdrowotne kobiet*. Red. A. MCPHERSON. Tłum. M. ARŁUKIEWICZ. Warszawa 1997.
5. GULCZYŃSKA A., KASPEREK-GOLIMOWSKA E., RAĞLEWSKA P.: *Edukacja zdrowotna w kontekście różnic płciowych*. „Nowiny Lekarskie” 2011, nr 80, 5.
6. http://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/ciekawostki/na-co-najczesciej-choruja-polki-profilaktyka-chorob-kobiecych_40870.html. 7.07.2013.
7. JÓŹWIK M., JÓŹWIK M.: *Badanie ginekologiczne*. W: *Ginekologia w praktyce lekarza rodzinnego*. Red. B. CHAZAN. Warszawa 1997.
8. KLIMEK R.: *Psychologiczne aspekty położnictwa*. W: *Położnictwo*. Red. IDEM. Warszawa 1988.
9. *Kobiety w Polsce*. GUS, Warszawa 2007.
10. KULIG T.B.: *Profilaktyka w chorobach cywilizacyjnych*. W: *Promocja zdrowia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych*. Red. B. ZBOINY. Ostrowiec Świętokrzyski 2006.
11. ŁEPECKA-KLUSEK C., BUCHOLC M., PILEWSKA A., KANADYS K.: *Kobiety w wieku rozrodczym wobec profilaktycznych badań ginekologicznych*. „Ginekologia Polska” 2001,72 (12a): V Sympozjum „Ekologia prokreacji człowieka”.
12. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015.
13. Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. Narodowy Fundusz Zdrowia. 7.07.2013.
14. Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi. Narodowy Fundusz Zdrowia. 7.07.2013.
15. Program profilaktyki chorób układu krążenia. Narodowy Fundusz Zdrowia. 7.07.2013.
16. RADZIEWICZ-WINNICKI A.: *Zainteresowanie nauk społecznych poglądami i zachowaniami w dziedzinie zdrowia i choroby a lansowanie określonych wzorów socjalizacji zdrowotnej*. „Chowanna”, 2002, t. 1.
17. SYGIT M.: *Zdrowie publiczne*. Warszawa 2010.
18. SYREK E., BORZUCKA-SITKIEWICZ K.: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa 2009.
19. SYREK E.: *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*. Katowice 2008.

Rola rodziny w kształtowaniu prozdrowotnych postaw wobec własnego ciała i zdrowia dziewcząt

Karina Leksy

Rodzina – jak pisze Maria Przetacznikowa – od początku życia dziecka stanowi najbliższe mu otoczenie społeczne. W miarę rozwoju dziecka następuje stopniowe rozluźnianie więzów rodzinnych na rzecz rozszerzania kontaktów ze środowiskiem rówieśniczym, jednak formalna struktura rodzinna, a przede wszystkim atmosfera życia rodzinnego silnie oddziałują na kształtującą się osobowość zarówno małego dziecka, jak i później młodego człowieka, decydując o jego dobrym lub złym przystosowaniu społecznym¹. Jednocześnie rodzina poprzez spełnianie funkcji socjalizacyjnej jest pierwszą i podstawową instytucją, gdzie dziecko uczy się podstawowych zachowań oraz zdobywa najistotniejsze dla swojego rozwoju informacje i doświadczenia zdrowotne². A zatem to przede wszystkim w ramach rodziny następuje wychowanie zdrowotne i kształtowanie postaw wobec zdrowia, przekazywanie pewnych elementów wiedzy dotyczącej zdrowia i choroby, wyrabianie emocjonalnego stosunku do zdrowia jako wartości, uczenie podstawowych nawyków higienicznych i pielęgnacyjnych, zachowań pro- i antyzdrowotnych, zachowań w chorobie itd.³ Zakres wiedzy i doświadczeń zdrowotnych dziecka w rodzinie jest więc bardzo szeroki: od higieny osobistej, poprzez higienę żywienia, aż do higieny psychicznej i racjonalnej organizacji czasu wolnego. Oddziaływanie zdrowotne rodziny na swoich członków ma niewątpliwie związek z poziomem pełnienia funkcji jej przypisanych, a to z kolei uwarunkowane jest m.in. wykształceniem rodziców i poziomem ich kultury pedagogicznej, sposobem spędzania czasu wolnego, poziomem uznawania wartości zdrowia, warunkami ekonomiczno-bytowymi rodziny itp.⁴ Kompetencje

¹ M. PRZETACZNIKOWA: *Rozwój i wychowanie dzieci i młodzieży w średnim wieku szkolnym*. Warszawa 1971.

² C. LEWICKI: *Edukacja zdrowotna: systemowa analiza zagadnień*. Rzeszów 2006, s. 145.

³ B. TOBIASZ-ADAMCZYK: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków 2000, s. 171.

⁴ C. LEWICKI: *Edukacja zdrowotna...*, s. 106.

rodziców⁵ w zakresie edukacji zdrowotnej są zatem bardzo zróżnicowane i uwarunkowane wieloczynnikowo. Na kompetencje te składa się określony system wartości, który pomaga rodzicom rozróżnić to, co jest istotne dla dobra dziecka, od tego, co pozorne i krótkotrwałe; pozwala im diagnozować stan kondycji zdrowotnej i fizycznej dziecka, ułatwia współdziałanie z dziećmi i kształtowanie ich postaw zdrowotnych; umożliwia przewidywanie długofalowych skutków własnych pedagogicznych posunięć i zapobieganie zagrożeniom zdrowia i życia dziecka⁶. Wszystkie wymienione aspekty wychowania zdrowotnego w rodzinie są niezwykle ważne, tym bardziej, że znaczenie dzieciństwa dla funkcjonowania człowieka w życiu dorosłym podkreślane jest przez psychologię rozwojową i odnosi się również do spraw związanych ze zdrowiem. Ukształtowane bowiem we wczesnym dzieciństwie prawidłowe postawy zdrowotne są znacznie trwalsze i pełniejsze niż te ukształtowane w późniejszym okresie⁷. Również teoria społecznego uczenia się zakłada, że rodzice są ważnymi przedstawicielami procesu socjalizacji. Wpływają oni nie tylko na zachowania bezpośrednio związane ze zdrowiem (np. zabiegi higieniczne, aktywność fizyczna czy zdrowe odżywianie), ale również na wizerunek ciała swoich dzieci poprzez modelowanie zachowań oraz kształtowanie opinii⁸. Warto w tym miejscu podkreślić, że wizerunek ciała jest dzisiaj tym czynnikiem, który w dużym stopniu wyznacza sposób jego traktowania, podejmowane zachowania oraz codzienne biopsychospołeczne funkcjonowanie, wszystko to natomiast może pośrednio lub bezpośrednio wpływać na szeroko pojęte zdrowie jednostki. Dlatego też rola i odpowiedzialność rodziców w kształtowaniu pozytywnego wizerunku ciała dziecka, a tym samym zachowań sprzyjających zachowaniu i pomnażaniu zdrowia, wydaje się ogromna.

Oczekiwania, jakie rodzice mają wobec swojego nienarodzonego jeszcze dziecka, kontynuowane są w następnych latach jego życia poprzez postawy rodzicielskie, komentarze i zachowania. Przez wszystkie lata rozwojowe dzieci internalizują sposób, w jaki są dotykane, w jaki się o nich rozmawia oraz to, czy są akceptowane/odrzucone przez członków rodziny⁹. Szczególnie podkreśla się interakcje między matką a dzieckiem, wpływające na kształtowanie się wizerunku ciała u dziecka, ponieważ uwzględnia ono i identyfikuje się z ciałem rodzica jako częścią swojego własnego obrazu¹⁰. Ponadto stwierdzono, że matki, które miały

⁵ Jak podaje C. Lewicki (*Edukacja zdrowotna...*, s. 130), kompetencje uzyskuje się w toku kształcenia oraz doświadczenia życiowego (w odróżnieniu do *kwalifikacji*, które zdobywa się zwykle w toku kształcenia szkolnego).

⁶ C. LEWICKI: *Edukacja zdrowotna...*, s. 140.

⁷ *Ibidem*, s. 145.

⁸ A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa 2008, s. 20.

⁹ *Ibidem*, s. 20.

¹⁰ P. SCHILDER: *The Image and Appearance of the Human Body*. New York 1950. Podano za: A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie...*, s. 21.

krytyczny stosunek do własnego ciała, były krytyczne również wobec wyglądu córek. Te z kolei prezentowały bardziej negatywny wizerunek własnego ciała, co predysponowało je do podejmowania zachowań niesprzyjających zdrowiu, np. stosowania rygorystycznych diet, w efekcie powodując dużą częstość występowania bulimii. Jednocześnie warto zwrócić uwagę na rolę ojca w kształtowaniu się wizerunku ciała dorastających dziewcząt. Okazuje się bowiem, że zachowanie ojca wobec córki oraz jej dojrzewającego ciała odgrywa istotną rolę w kształtowaniu się uczuć wobec własnego ciała i wobec faktu stawiania się kobietą. U młodej dziewczyny przekonania ojca, dotyczące „idealnej” kobiecej sylwetki, jego postawy wobec wyglądu fizycznego, reakcje na zmieniające się ciało córki oraz komentarze na temat dojrzewania, mają wpływ zarówno na kształtowanie się jej schematu ciała, jak również na rozwój wizerunku ciała (w sposób pozytywny lub negatywny)¹¹. Co więcej, jak zauważa Krzysztof Jusiński w rozmowie z Dorotą Krzemionką: „Rodzic, który wytyka dziecku, że jest na przykład grube, to prześladowca. Znęca się nad dzieckiem, a przedmiotem prześladowania staje się ciało. Dziecko zaczyna odbierać swoje ciało jako prześladowane. Obraz ciała i przypisane mu intencje przejmują relację z rodzicem. Gdy rodzic stwierdza: »Jesteś brzydką pokraką«, to tym samym mówi: »Twoje ciało nigdy nie da ci przyjemności«. I faktycznie ciało zaczyna prześladować i gnębić swojego właściciela. Każde spojrzenie w lustro jest aktem masochizmu”¹². Warto w tym miejscu podkreślić, że szczególnie w przypadku dziewcząt szybka zmiana budowy ciała w okresie dojrzewania wpływa znacznie na własny wizerunek i odgrywa główną rolę nie tylko w kontekście psychospołecznych koncepcji kształtowania tożsamości, lecz także w kontekście współczesnego ideału piękna¹³.

Simone de Beauvoir mawiała: „Nie przychodzę na świat jako kobieta, lecz staję się nią”, wskazując tym samym rolę innych czynników w kształtowaniu tego, co można nazwać kobiecością. Bowiem poza odmiennością płciową bycie kobietą wydaje się wiązać ze specyficzną tożsamością, która nabywana jest w drodze przeżywania i doświadczania. Do rozwoju tej tożsamości potrzebne są zarówno geny, determinujące biologiczne podłoże kobiecości, jak i mechanizmy psychicznej przemiany, związane z uzyskaniem w pewnym momencie samoświadomości: „Jestem kobietą”¹⁴. Funkcjonujące modele kobiecości są silnie zakorzenione w historii i kulturze. Utrzymywany przez wieki stereotyp kobiety zajętej pielęgnowaniem ogniska domowego przerodził dziewiętnastowieczne idee: Dwóch Sfer i Kultu Prawdziwej Kobiecości. Doktryna Dwóch Sfer okreś-

¹¹ A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie...*, s. 22.

¹² K. JUSIŃSKI, D. KRZEMIONKA: *Wygnani z ciała. „Style i Charaktery”* 2013, nr 3, s. 21.

¹³ J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów? Obraz współczesnych nastolatek i jego znaczenie w pracy edukacyjno-wychowawczej z dziewczętami*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012, s. 16. Źródło: <http://www.ore.edu.pl>; Data dostępu: 20.09.2012 r.

¹⁴ K. SITNIK: *Psychologia kobiety*. W: *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Red. A. TRZCIENIECKA-GREEN. Kraków 2006, s. 278.

łała kobietę jako różną od mężczyzny oraz skupioną na domu i dzieciach. Kult Prawdziwej Kobiecości gwarancję szczęścia kobiety upatrywał w łączeniu takich przymiotów jak: pobożność, czystość, uległość oraz domatorstwo. Większa religijność i szlachetność kobiety miały przy tym świadczyć o jej wyższości moralnej. Po okresie kryzysu i lansowania kobiet o delikatnych sylwetkach u progu połowy XX wieku ideałem kobiecości stała się Marilyn Monroe, natomiast współczesne stereotypy kobiecości coraz częściej zaczęły przypisywać duże znaczenie wyglądowi fizycznemu¹⁵. Jednocześnie, biorąc pod uwagę, że obecnie podstawową bazę, na której wznosi się „ja” człowieka, stanowi ciało, to również postrzegania własnej cielesności kobieta uczy się od najwcześniejszych lat swego życia, przy czym szczególną rolę do odegrania mają rodzice i opiekunowie, bowiem to od nich mała dziewczynka otrzymuje pierwsze informacje wskazujące na te przyjemne i wartościowe bądź zakazane i stanowiące obszar tabu strony własnego ciała¹⁶. Dlatego też wśród czynników mających istotny wpływ na kształtowanie kobiecej tożsamości wyróżnia się także postawy rodzicielskie jako czynnik mający istotny wpływ na kształtowanie pewnych ogólnie uznawanych wzorców kobiecości (w przypadku chłopców – wzorów męskości). Wskazują one, że dziewczynki na przykład uczone są silniejszej kontroli złości czy asertywnych zachowań, częściej zachęcane są do domatorstwa i dbałości o własną atrakcyjność, a ich stosunek do późniejszych partnerów ma ścisły związek z rodzajem więzi, jaka łączy je z rodzicami. Na rozwoju kobiecości silne piętno odciska wspomniana powyżej wczesna relacja z matką. Więzy córki z matką daje możliwość ukształtowania tożsamości kobiecej dzięki podobieństwu płci. Dziewczynka może zaakceptować siebie bez ostrej walki, a gdy dorośnie, niejako odtworzyć tę wczesną więź w relacji z własnym ciałem¹⁷. Ponadto, zdaniem Krzysztofa Jusińskiego: „Jeśli matka była odpowiednio dobra, wystarczająco dużo karmiła i przytulała, a zarazem stawiała granice, to u dziecka kształtuje się obraz siebie jako kogoś odrębnego. Dziecko przegląda się w oczach rodzica. Jeśli dostrzega w nich niechęć czy rozczarowanie, uwewnętrznia to uczucie i w przyszłości podobnie traktuje siebie. Jeśli zaś rodzic akceptował dziecko takim, jakie było, to przejmując ten stosunek i akceptuje siebie”¹⁸.

Akceptacja płynąca ze strony opiekunów, znajdująca swój wyraz w czułym kontakcie fizycznym, spojrzeniach i słowach, w połączeniu z umiejętnością kształtowania doświadczenia cielesnego dziecka jest podstawą poczucia spójności z własnym ciałem¹⁹. Troskliwy opiekun dzięki dużej wrażliwości na potrzeby

¹⁵ L. BRANNON: *Psychologia rodzaju*. Gdańsk 2002. Podano za: K. SITNIK: *Psychologia kobiety...*, s. 288–289.

¹⁶ K. SITNIK: *Psychologia kobiety...*, s. 286.

¹⁷ L. BRANNON: *Psychologia rodzaju...* Podano za: K. SITNIK: *Psychologia kobiety...*, s. 283–288.

¹⁸ K. JUSIŃSKI, D. KRZEMIONKA: *Wygności z ciała...*, s. 20.

¹⁹ B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne. Od normy do zaburzeń*. Sopot 2013, s. 74.

dziecka, umiejętności empatycznego odzwierciedlenia jego stanów emocjonalnych wraz z istotnymi dla nich niuansami, tworzy bezpieczną relację przywiązania, która z kolei stanowi fundament kształtowania się tożsamości cielesnej dziecka²⁰. Zgodnie z koncepcją wzorców przywiązania²¹ akceptacja własnego ciała osób o bezpiecznym stylu przywiązania jest związana nie tylko z wczesnymi, pozytywnymi doświadczeniami siebie cielesnego, ale także z poczuciem autonomii. Wagę tych czynników wskazuje się w okresie adolescencji, gdy w zasadzie większość dziewcząt jest niezadowolona z własnego wyglądu. Tymczasem rdzenna akceptacja własnego ciała w połączeniu z autonomią może przyczynić się do zachowania dystansu wobec kulturowych nakazów, które stawiają młode dziewczęta wobec niemożliwych do spełnienia standardów wagi i proporcji ciała.

Zdolność opiekuna do nawiązania bezpiecznej relacji wyraża się w szeregu codziennych interakcji z dzieckiem. A zatem więź buduje się na podstawie zwykłych doświadczeń, z których składa się codzienne życie dziecka. Ich jakość wyznacza charakter relacji, gdyż stanowi podstawowe źródło informacji o stosunku otoczenia do przeżyć dziecka. Jeśli jego przeżycia są zauważane i akceptowane oraz spotykają się z adekwatną odpowiedzią, wtedy dziecko nabiera podstawowego poczucia bezpieczeństwa, leżącego u podłoża bezpiecznego wzorca przywiązania²². Według Mary D.S. Ainsworth główną rolę w procesie budowania bezpiecznego przywiązania odgrywają takie cechy opiekuna, jak: akceptacja dziecka, wrażliwość, osiągalność i współdziałanie z nim, a także bliskość fizyczna²³. Osoby bezpiecznie przywiązane są nie tylko otwarte na doznania płynące z ciała, ale także mają dobrą orientację we własnych potrzebach cielesnych i stanach emocjonalnych²⁴. Warto także zwrócić uwagę, że budowanie tożsamości cielesnej dziecka na podstawie bezpiecznej relacji przywiązania dokonuje się skutecznie wtedy, gdy sam opiekun/rodzic osiągnął wcześniej dostatecznie wysoki poziom rozwoju swojego Ja cielesnego²⁵. Oznacza to, że jest on

²⁰ Ibidem, s. 155.

²¹ Zob. np. B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne...*, s. 65–79.

²² Opiekunowie dzieci bezpiecznie przywiązanych częściej niż pozostali rodzice nawiązują kontakt fizyczny z dzieckiem. Tulenie, kołysanie czy inne formy bliskości fizycznej są nie tylko sposobem na uspokojenie dziecka, ale także kanałem wyrażania akceptacji (podano za: B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne...*, s. 73).

²³ M.D.S. AINSWORTH: *Attachment: Retrospect and Prospekt*. W: *The Place of Attachment in Human Behaviour*. Red. C.M. PARKES, J. STEVENSON-HINDE. New York 1982, s. 3–30. Podano za: B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne...*, s. 68; W kontekście szeroko rozumianego zdrowia nie do przecenienia są również takie kompetencje rodzica, jak umiejętności trafnego nazywania stanów fizycznych i emocjonalnych dziecka (Podano za: B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne...*, s. 155).

²⁴ O. SAKSON-OBADA: *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa 2009.

²⁵ Ja cielesne to sposób doświadczania siebie cielesnego przejawiającego się w funkcjach oraz psychicznych reprezentacjach (obrazie siebie cielesnego), mając swój najbardziej znaczący wyraz w tożsamości cielesnej podmiotu (podano za: B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne...*, s. 14).

zintegrowany i ugruntowany we własnym doświadczeniu siebie cielesnego. Jego pozytywny wizerunek siebie wraz z obrazem własnej cielesności stanowić może pewnego rodzaju matrycę i punkt odniesienia dla kształtującego się wizerunku dziecka. Podobnie działania opiekuna ukierunkowane na dostarczanie sobie wsparcia, ukojenia czy pocieszenia nie na drodze nadmiernego stymulowania ciała lub manipulowania nim (np. poprzez zażywanie środków odurzających, stosowanie restrykcyjnych diet, wyczerpujących ćwiczeń fizycznych itp.), ale przez dojrzałą regulację emocjonalną (np. poprzez werbalną ekspresję swoich stanów), stają się pomocnym i zarazem nieocenionym wzorcem dla dziecka, uczącego się konstruktywnego radzenia sobie ze swoimi doznaniem i przeżyciami. Dojrzałe, prawidłowe doświadczenie siebie cielesnego przez rodzica/opiekuna dziecka wyraża się między innymi w dowartościowywaniu i docenianiu wymiaru somatycznego i emocjonalnego funkcjonowania człowieka. Przykładem takiej postawy mogą być wszelkiego rodzaju działania prozdrowotne, jak chociażby:

- podejmowanie aktywności fizycznej w celu utrzymania dobrej kondycji i sprawności, a także dostarczania sobie przyjemności;
- dbałość o racjonalne odżywianie się;
- troska o swój ubiór, który obok funkcji ochronnej spełnia także rolę ważnego środka wyrazu siebie.

Współcześnie istnieje bardzo silny pozytywny związek między poziomem atrakcyjności fizycznej a poczuciem Ja. Zjawisko to jest szczególnie mocno widoczne w krytycznym pod względem postrzegania własnej atrakcyjności okresie, pomiędzy czwartą klasą szkoły podstawowej a szkołą średnią. Ocena poziomu własnej atrakcyjności zmniejsza się z upływem czasu²⁶, a kojarzenie wyglądu z poczuciem satysfakcji i sukcesu czyni obecnie już 12–14-letnie dziewczęta niewolnicami lansowanych powszechnie cudownych diet czy środków zapewniających wieczną młodość²⁷. Nastolatki, przeżywając liczne stresy związane z poszukiwaniem własnego Ja, ze współzawodniczeniem z rówieśnikami, wiele energii poświęcają też trosce o własny wygląd. Co więcej, dorastanie córki to burzliwy okres przeobrażeń, którym towarzyszą liczne wahania między tym, co prawdziwe, a tym, co pożądané²⁸. Ideał smukłego ciała najczęściej nie jest traktowany krytycznie, a młode kobiety, niemające jeszcze ukształtowanej osobowości, za prawdziwe biorą to, co jest jedynie fetyszem ideologicznym²⁹. Szczególnie wtedy potrzebne jest wsparcie i zrozumienie ze strony najbliższych, zwłaszcza matki. Dziewczynka, wkracząc w wiek młodzieńczy, wkracza bowiem w okres

²⁶ J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów?...*, s. 17.

²⁷ K. SITNIK: *Psychologia kobiety...*, s. 289.

²⁸ J. BORYSENKO: *Księga życia kobiety. Ciało – Psychika – Duchowość*. Gdańsk 2002. Podano za: K. SITNIK: *Psychologia kobiety...*, s. 292.

²⁹ M. JĄBŁOW: *Na bakier z jedzeniem*. Tłum. M. PRZYLIPIAK. Gdańsk 1993. Podano za: I. SIKORSKA: *Doświadczenie własnego ciała w biegu życia*. W: *Zdrowie – stres – choroba w wymiarze psychologicznym*. Red. H. WRONA-POLAŃSKA. Kraków 2008, s. 202.

nagłego spadku poczucia własnej wartości czy zanegowania siebie. Zjawisko to Joan Borysenko określa jako syndrom Królowny Śnieżki, a jego istotę stanowi trudność, jaką sprawia pogodzenie własnych ambicji i dążeń z potrzebą podobań się³⁰. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że tożsamość cielesna kobiety jest ściśle powiązana z jej poczuciem własnej wartości³¹, dlatego pewnego rodzaju alternatywą wydaje się próba budowania takiego poziomu poczucia własnej wartości dziewcząt i kobiet, aby na przykład niedoskonałości ich ciała nie wpływały na ich globalną samoocenę wraz ze wszystkimi tego konsekwencjami. Niestety, nie mając poczucia własnej wartości, szukamy jej na zewnątrz³². U źródeł takiego stanu rzeczy może leżeć niewystarczająca troska o budowanie poczucia własnej wartości u dzieci, w tym szczególnie u bardziej wrażliwych emocjonalnie istot, jakimi są dziewczynki, co w konsekwencji może prowadzić do kształtowania się tożsamości kobiety w kierunku „od zewnątrz do wewnątrz”³³.

Bez wątpienia w rozwoju pozytywnego doświadczenia siebie cielesnego i poczucia własnej wartości szczególną rolę odgrywa pomyślne przejście okresu transformacji dziecka (tu kobiety) w osobę dorosłą, w którym istotną rolę odgrywają rodzice i opiekunowie. Podczas tych przemian bardzo pożądanym typem kompetencji rodziców jest umiejętność wspierania dojrzewającej nastolatki (również nastolatka) w poczuciu atrakcyjności i adekwatności, w asymilowaniu nowych doświadczeń, w przeżywaniu silnych emocji, fascynacji, zakochania oraz w konfrontowaniu się z pierwszymi zawodami miłosnymi³⁴. Należy również zauważyć, że w niektórych typach rodzin strategię rodzinne polegają na zachęcaniu członków rodziny do rozwijania pozytywnej samooceny czucia się zdolnym i ufnym w pokonywaniu różnych wyzwań życiowych. Podczas interakcji z dziećmi rodzice zachęcają je na przykład do postrzegania siebie jako posiadających raczej pozytywne niż negatywne cechy, podkreślają walory dziecka i dostarczają mu okazji do doświadczenia powodzenia. Są jednak i takie systemy rodzinne, w których kształtuje się u członków obniżone poczucie osobistych kompetencji³⁵. Zróźnicowanie wśród rodzin jest także widoczne w prezentowaniu strategii służących kontrolowaniu tożsamości jej członków. W jednych rodzinach strategii kontrolnych jest więcej, w innych mniej. Ważne wydaje się to, czy strategię są elastyczne, czy też sztywne i z góry ustanowione, czy pozwalają na rozwijanie tożsamości, czy też ograniczają jej rozwój. To znaczy, czy członkowie rodziny mają swobodę w rozwijaniu ich własnej tożsamości opartej na własnych

³⁰ J. BORYSENKO: *Księga życia kobiety...* Podano za: K. SITNIK: *Psychologia kobiety...*, s. 292–293.

³¹ K. SITNIK: *Psychologia kobiety...*, s. 287.

³² I. MAJEWSKA-OPIEŁKA: *Siła kobiecości*. Sopot 2011, s. 263–264.

³³ E. KASCHACK: *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*. Tłum. J. WĘGRODZKA. Gdańsk 1996, s. 76–80.

³⁴ B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne...*, s. 157.

³⁵ M. PLOPA: *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Kraków 2007, s. 23.

zasobach, potencjalnych możliwościach, czy są oni zmuszani przez oczekiwania systemu do „kreowania” rozwoju szczególnej tożsamości, która przecież nie musi pasować do ich wrodzonych zdolności. Należy podkreślić, że nadmierna kontrola w kreowaniu tożsamości dziecka może być niszczącym procesem pozabawiającym go prawa ćwiczenia osobistej kontroli nad tym, kim on czy ona jest i jak on/ona chcieliby być postrzegani przez innych³⁶. Zapewne w znacznym stopniu wynika to z faktu, iż rodzice mają wobec dziecka niejednokrotnie różne oczekiwania (płeć, wygląd, inteligencja), a ich niespełnianie może doprowadzić do uformowania się niewłaściwych postaw jednego z rodziców lub obojga³⁷. W kontekście postaw rodzicielskich warto przytoczyć szeroko stosowaną typologię autorstwa Marii Ziemskiej, w ramach której autorka wyodrębniła osiem postaw naczelných ułożonych w cztery przeciwstawne pary. Są to:

- akceptacja – odrzucenie;
- współdziałanie – unikanie;
- rozumna swoboda – nadmierne ochranianie;
- uznanie praw – nadmierne wymaganie³⁸.

Jak wynika z badań³⁹, akceptacja dziecka przez rodziców, uznawanie jego praw, ich ciepły stosunek do niego oraz wsparcie psychiczne oddziałują dodatnio na rozwój emocjonalny, społeczny oraz intelektualny dziecka, sprzyjając m.in. nabywaniu przez nie umiejętności wyrażania uczuć, nawiązywaniu trwałych więzi emocjonalnych, a także samodzielności i odpowiedzialności. Z kolei rygorystyczna postawa rodziców względem dziecka, jego nadmierne ograniczanie oraz karanie, przy jednoczesnym braku akceptacji i okazywania ciepła uczuciowego, wywierają ujemny wpływ głównie na rozwój psychospołeczny. Efektem takich oddziaływań może być m.in. niezdolność nawiązywania trwałych więzi uczuciowych, nieufność i lęk wobec innych, a także trudności przystosowawcze, reakcje nerwicowe, a nawet otyłość czy zaburzenia odżywiania.

Znaczenie postaw rodzicielskich dla zdrowia i rozwoju dziecka jest szczególnie wyraźne w etiologii zaburzeń odżywiania. Ze względu na to, że zaburzenia te dotyczą głównie dziewcząt i kobiet, stanowią jednocześnie doskonały przykład, jak ważną rolę pełni rodzina w kształtowaniu ich zdrowia, stosunku i zachowań względem własnego ciała. W tym kontekście należy zaznaczyć, iż wielu autorów dostrzega podobieństwa funkcjonowania „rodzin anorektycznych” i „bulimicznych”. Według Guntharda Webera i Helma Stierlina rodziny te funkcjonują według następujących zasad:

³⁶ Ibidem, s. 24.

³⁷ Ibidem, s. 264.

³⁸ M. ZIEMSKA: *Postawy rodzicielskie*. Warszawa 1973.

³⁹ M. ZIEMSKA: *Rodzina i dziecko*. Warszawa 1986. Podano za: A. DANEK: *Dysfunkcjonalność rodziny. Wybrane konsekwencje psychopedagogiczne na przykładzie młodzieży z otyłością prostą*. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego MCLXXXIX, Prace Pedagogiczne, z. 25, 1996, s. 89–90.

- zewnętrzne granice rodziny są sztywne/nieprzepuszczalne;
- autonomia i dążenia do rozdzielania są ograniczone, duże znaczenie przypisywane jest spoistości;
- członkowie rodziny oczekują zaspokojenia swoich potrzeb emocjonalnych głównie w rodzinie, która świat zewnętrzny spostrzega jako zagrażający;
- koalicja rodzicielska jest częściowo efektywna; rodzice kształtują swoje relacje według wzoru dominacji/poddania się;
- duże znaczenie przywiązuje się do słów⁴⁰.

Rozpatrując rodzinny kontekst obu zaburzeń w sposób bardziej szczegółowy, warto podkreślić, że w rodzinach narażonych na wystąpienie anoreksji zaobserwowano istnienie zatartych granic pomiędzy poszczególnymi subsystemami oraz członkami rodziny, co wpływa zarówno na sposób funkcjonowania rodziny jako całości, jak i poszczególnych osób. Konsekwencją tego splątania, zatarcia są niejasne role, zanikanie różnic pomiędzy subsystemami, niezwykła intensywność rodzinnych interakcji. Granice, które definiują autonomię, są tak zatarte, że funkcjonowanie w sposób zindywidualizowany jest radykalnie ograniczone. Jednocześnie zatartym granicom wewnątrzrodzinnym towarzyszy często sztywna granica oddzielająca rodzinę anorektyczną od świata zewnętrznego. Wskazuje się tu także na nadopiekuńczość, która jest rozumiana jako wyraz, a zarazem następstwo silnego wiązania. W rodzinach tak funkcjonujących krytyczny moment przypada na okres dojrzewania ze względu na poważne trudności, jakich doświadczają dzieci w procesie separacji/indywiduacji. Indywiduacja oznacza umiejętność tworzenia wewnętrznych i zewnętrznych granic, np. oddzielenia swojego zdania, życzeń i fantazji, praw i obowiązków (zwłaszcza tych, które odnoszą się do ciała i jego potrzeb) od życzeń, fantazji, praw i obowiązków innych. Indywiduacja to także zdolność do określania i przeforsowywania własnych celów, różniących się od celów podawanych przez otoczenie, zdolność akceptowania sprzecznych i bolesnych aspektów samego siebie, znoszenia ambiwalencji i przejęcia odpowiedzialności za własne zachowanie⁴¹. Również w rodzinach osób chorujących na bulimie stwierdzono m.in. nadmierne uwikłanie emocjonalne, postawy nadopiekuńcze, słabą autonomię członków rodziny, utrzymujące się ze względu na lojalność rodzinną sztywne wzory funkcjonowania, trudności w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych. Istnieją tu także wspomniane problemy dotyczące granic zarówno osób, jak i subsystemów, zaś waga, wygląd i osiągnięcia są istotnymi czynnikami mającymi stanowić o poczuciu kompe-

⁴⁰ G. WEBER, H. STIERLIN: *In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie*. Reinbek bei Hamburg 1991. Podano za: B. JÓZEFIK, R. ULASIŃSKA: *Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się*. W: *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Red. B. JÓZEFIK. Kraków 1999, s. 100.

⁴¹ B. JÓZEFIK, R. ULASIŃSKA: *Perspektywa rodzinna rozumienie zaburzeń odżywiania się...*, s. 92.

tencji. Ponadto rozwój bulimii odzwierciedla systemową trudność uzyskiwania niezależności przy przejściu z okresu adolescencji do dorosłości⁴². Rola rodziny i postaw rodzicielskich w powstawaniu zaburzeń odżywiania wydaje się zatem ogromna.

Jak pisze Janusz Surzykiewicz, dyktat mody i presja stereotypów sprawiają, że wygląd fizyczny dorastających dziewcząt rzadko spełnia normy społeczne i w rezultacie jest nieakceptowany przez nie same. Często obserwuje się chude dziewczyny na ciągłej diecie z zaniżoną samooceną i samoakceptacją, ponieważ stawiane wymagania są nierealne⁴³. Niestety, liczne przypadki bulimii i anoreksji nie są wystarczającym argumentem do zmiany, tym bardziej, że media wciąż motywują kobiety do wysiłku mającego na celu poprawę wyglądu⁴⁴. Jednocześnie w kontekście prowadzonych rozważań należy podkreślić, że wyniki badań dorastających kobiet⁴⁵ pokazały, iż zaburzenia odżywiania dziewczęta najczęściej tłumaczyły sytuacją w rodzinie. Z ich punktu widzenia zaburzenia te były wynikiem błędów wychowawczych, dziewczęta wskazywały na niewielkie wsparcie ze strony rodziców w procesie nabywania pewności siebie i zyskiwania niezależności oraz podkreślały, że były niedoceniane w domu. Do zaburzeń odżywiania prowadzą, zdaniem badanych, „kompleksy niższości”, a nie propagowane w mediach ideały piękna. Wszystko to jedynie potwierdza i podkreśla rolę rodziców i znaczenie stosowanych strategii i kompetencji wychowawczych w kształtowaniu pozytywnego wizerunku własnego ciała, który często wyznacza zachowania i postawy względem ciała i jednocześnie szeroko rozumianego zdrowia dziewcząt i kobiet. Dlatego warto wziąć pod uwagę sformułowane przez Beatę Mirucką i Olgę Sakson-Obadę⁴⁶ wskazania mające ułatwić rodzicom i opiekunom funkcjonowanie w roli wrażliwych „moderatorów” rozwoju Ja cielesnego dzieci, a wśród nich w szczególności zalecenie: „Nie stawiaj w centrum zainteresowania wyglądu zewnętrznego twojego dziecka. Częste uwagi na temat kształtu i wagi ciała są tego przykładem. Rozszerzaj granice swojej uwagi na inne sfery atrakcyjności swojego dziecka: jego sprawności fizyczne, intelektualne, interakcyjne. Twoje zróżnicowane spostrzeganie jego cech i umiejętności ułatwi mu osiągnięcie integracji psychosomatycznej, przeżywanie siebie jako bezpiecznej i zintegrowanej całości”. Ann Kearney-Cooke podaje liczne wskazówki, którymi

⁴² Ibidem, s. 100–101.

⁴³ J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów?...*, s. 17.

⁴⁴ B. KURDYBACHA: *Ideał dziewczyny i chłopaka – rola stereotypów w młodzieńczych związkach uczuciowych*. W: *Role płciowe. Socjalizacja i rozwój*. Red. M. CHOMCZYŃSKA-RUBACHA. Łódź 2006. Podano za: J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów?...*, s. 17.

⁴⁵ C. STEINER-A DAIR: *Körperstrategien. Weibliche Adoleszenz und die Entwicklung von Essstörungen*. W: *Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen*. Red. K. FLAAKE, V. KING. Berlin 2003. Podano za: J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów?...*, s. 18–19.

⁴⁶ B. MIRUCKA, O. SAKSON-OBADA: *Ja cielesne...*, s. 161–162.

powinni kierować się rodzice chcący promować u swojego dziecka pozytywny wizerunek ciała. Wśród nich najistotniejsze wydaje się:

- nauczenie córki (syna) zwracania uwagi na odczucia płynące z wnętrza ciała; świadomość ciała jest ważna dla ukształtowania się tożsamości oraz dla zdrowia psychicznego;
- nauczenie dziecka krytycznego podejścia do informacji zawartych w mediach, uświadomienie mu, że przekazy emitowane w reklamie, teledyskach, kolorowych czasopismach, dotyczące tego, jak należy wyglądać, czuć się, zachowywać, rzadko kiedy pokrywają się z rzeczywistością;
- promowanie zdrowego postrzegania siebie (samoobserwacji), co pośrednio może pomóc dziecku w wyznaczeniu właściwej wagi i kształtu sylwetki (pamiętając o zdrowym żywieniu, ćwiczeniach, wypoczynku) oraz ułatwiać rozmowy dotyczące dbałości o ciało; ten rodzaj modelowania zwiększa szanse na to, że w procesie identyfikacji dziecko będzie lepiej czuło się ze swoim ciałem⁴⁷.

Nie ulega wątpliwości, że obecnie powszechne jest zjawisko redukcji tożsamości do wizerunku cielesnego. Taka tożsamość – jak pisze Aneta Ostaszewska – staje się iluzją, fałszywym ideałem, który obiecuje ziścić się poprzez konsumpcję i naśladowanie dostępnych wzorów. Szczególna uwaga w tym względzie powinna zostać skierowana na powszechność nieprawidłowości związanych z postrzeganiem własnego ciała⁴⁸, jak również wynikających z tego praktyk cielesnych mających bezpośredni wpływ na zdrowie jednostki. Ponadto, jak twierdzi Ellyn Kaschack, „niezwykle trudno dziewczętom i kobietom rozwinąć dobrze zintegrowaną tożsamość, która byłaby określona raczej wewnątrznie niż zewnątrznie – a więc względnie stabilna i niezależna od zmian w wyglądzie i od ich oceny, a także oparta na rzetelnym testowaniu zdolności i umiejętności, a nie na biernej akceptacji cudzych opinii”⁴⁹. W tym kontekście rola rodziców i wychowawców powinna sprowadzać się do pomocy w budowaniu stabilnego poczucia własnej wartości i tożsamości młodych dziewcząt, tak aby mogły one skutecznie tworzyć wizerunek własnej osoby w oparciu o wartości i atrybuty związane nie tylko z wyglądem ciała. Stabilne poczucie własnej tożsamości jest niezwykle istotne, bowiem jednostka posiadająca je „wykształciła przez wczesne relacje zaufania kokon ochronny, który w sytuacjach życia codziennego izoluje ją od wpływu czynników, które mogłyby naruszyć całość jej tożsamości i zagrozić poczuciu własnej wartości. Wreszcie jednostka taka jest w stanie uznać własną

⁴⁷ A. KEARNEY-COOKE: *Familial Influences on Body Image Development*. W: *Body Image: a Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. Red. T.F. CASH, T. PRUZINSKY. New York 2002. Podano za: A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała – obraz siebie...*, s. 23–24.

⁴⁸ A. OSTASZEWSKA: *Popkulturowe ramy tożsamości. Media, kultura popularna, internet jako nowe środowiska kształtowania tożsamości*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012, s. 12. Źródło: <http://www.ore.edu.pl>; Data dostępu: 20.09.2012 r.

⁴⁹ E. KASCHACK: *Nowa psychologia kobiety...*, s. 78.

wartość. Ma dość szacunku dla samej siebie, by zachować poczucie, że żyje, czyli, że refleksyjnie kontroluje rzeczywistość, a nie jest jedynie jej bezwolnym elementem⁵⁰.

Bibliografia

1. AINSWORTH M.D.S.: *Attachment: Retrospect and Prospekt*. W: *The Place of Attachment in Human Behaviour*. Red. C.M. PARKES, J. STEVENSON-HINDE. New York 1982.
2. BORYSENKO J.: *Księga życia kobiety. Ciało – Psychika – Duchowość*. Gdańsk 2002.
3. BRANNON L.: *Psychologia rodzaju*. Gdańsk 2002.
4. BRYTEK-MATERA A.: *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa 2008.
5. DANEK A.: *Dysfunkcjonalność rodziny. Wybrane konsekwencje psychopedagogiczne na przykładzie młodzieży z otyłością prostą*. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego MCLXXXIX, Prace Pedagogiczne, z. 25, 1996.
6. GIDDENS A.: *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Tłum. A. SZULŻYCKA. Warszawa 2010.
7. JABLOW M.: *Na bakier z jedzeniem*. Tłum. M. PRZYLIPIAK. Gdańsk 1993.
8. JÓZEFIK B., ULASIŃSKA R.: *Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się*. W: *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Red. B. JÓZEFIK. Kraków 1999.
9. JUSIŃSKI K., KRZEMIONKA D.: *Wygności z ciała*. „Style i Charaktery” 2013, nr 3.
10. KASCHACK E.: *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*. Tłum. J. WĘGRODZKA. Gdańsk 1996.
11. KEARNEY-COOKE A.: *Familial Influences on Body Image Development*. W: *Body Image: a Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. Red. T.F. CASH, T. PRUZINSKY. New York 2002.
12. KURDYBACHA B.: *Ideał dziewczyny i chłopaka – rola stereotypów w młodzieżowych związkach uczuciowych*. W: *Role płciowe. Socjalizacja i rozwój*. Red. M. CHOMCZYŃSKA-RUBACHA. Łódź 2006.
13. LEWICKI C.: *Edukacja zdrowotna: systemowa analiza zagadnień*. Rzeszów 2006.
14. MAJEWSKA-OPIELKA I.: *Siła kobiecości*. Sopot 2011.
15. MIRUCKA B., SAKSON-OBADA O.: *Ja cielesne. Od normy do zaburzeń*. Sopot 2013.
16. OSTASZEWSKA A.: *Popkulturowe ramy tożsamości. Media, kultura popularna, internet jako nowe środowiska kształtowania tożsamości*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012. Źródło: <http://www.ore.edu.pl>; Data dostępu: 20.09.2012 r.
17. PLOPA M.: *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Kraków 2007.
18. PRZETACZNIKOWA M.: *Rozwój i wychowanie dzieci i młodzieży w średnim wieku szkolnym*. Warszawa 1971.
19. SAKSON-OBADA O.: *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa 2009.

⁵⁰ A. GIDDENS: *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Tłum. A. SZULŻYCKA. Warszawa 2010, s. 70–142.

20. SCHILDER P.: *The Image and Appearance of the Human Body*. New York 1950.
21. SIKORSKA I.: *Doświadczenie własnego ciała w biegu życia*. W: *Zdrowie – stres – choroba w wymiarze psychologicznym*. Red. H. WRONA-POLAŃSKA. Kraków 2008.
22. SITNIK K.: *Psychologia kobiety*. W: *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Red. A. TRZCIENIECKA-GREEN. Kraków 2006.
23. STEINER-ADAIR C.: *Körperstrategien. Weibliche Adoleszenz und die Entwicklung von Essstörungen*. W: *Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen*. Red. K. FLAAKE, V. KING. Berlin 2003.
24. SURZYKIEWICZ J.: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów? Obraz współczesnych nastolatków i jego znaczenie w pracy edukacyjno-wychowawczej z dziewczętami*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012. Źródło: <http://www.ore.edu.pl>; (data dostępu: 20.09.2012)
25. TOBIASZ-ADAMCZYK B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków 2000.
26. WEBER G., STIERLIN H.: *In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie*. Reinbek bei Hamburg 1991.
27. ZIEMSKA M.: *Postawy rodzicielskie*. Warszawa 1973.
28. ZIEMSKA M.: *Rodzina i dziecko*. Warszawa 1986.

Edukacja zdrowotna kobiet w zakresie poprawy jakości życia w okresie menopauzy

Kornelia Wac, Ewa Tobor, Ewa Zawisłak, Jarosław Gibas

Każdy etap życia w biopsychospołecznym funkcjonowaniu kobiety wiąże się z wyrazem „pierwszy”: pierwszy krok, pierwsza miesiączka, pierwsza miłość, pierwsza praca, pierwszy poród. Dopiero w menopauzie pojawia się pojęcie „ostatnia miesiączka”. W tym kontekście wyraz ten jest nośnikiem negatywnych informacji, oznaczającym koniec płodności i młodości kobiety, i staje się wstępem do okresu starości, nowego etapu życia kobiety, w którym może ona skupić się na wcześniej niezaspokojonych potrzebach, a życie seksualne jest wolne od antykoncepcji. Klimakterium (przekwitanie) to naturalny okres w życiu kobiety, rozpoczynający proces starzenia się organizmu, związany z wygasaniem czynności hormonalnej jajników, czyli niedoborem estrogenów, progesteronu oraz wzrostem gonadotropin. Słowo „klimakterium” pochodzi od greckiego *klimacter*, co oznacza schodek, szczebel drabiny, a w przenośni moment przełomowy. „Menopauza” natomiast wywodzi się od słów *men* i *pausis*, co w języku greckim oznacza miesiąc i pauza. Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organisation – WHO) jest to ostatnie krwawienie miesiączkowe u kobiet, po którym miesiączka nie występuje przez 12 miesięcy oraz nie stwierdza się żadnych patologicznych przyczyn tego stanu¹. Okres przekwitania podzielono na: premenopauzę, czyli okres od 4–5 lat poprzedzających ostatnią miesiączkę, w którym pojawiają się zmiany hormonalne i metaboliczne występujące w organizmie wskutek wygaszania czynności jajników, następnie perimenopauzę, czyli okres okołomenopauzalny obejmujący kilka lat poprzedzających menopauzę, a także 12 miesięcy po niej. Okres życia po menopauzie to postmenopauza².

Przyjmuje się, że średni wiek wystąpienia menopauzy u kobiet w Polsce wynosi 51–52 lata, a w Europie Zachodniej przypada na 50. rok życia i zależy od wielu czynników. Wymienia się między innymi czynniki dziedziczne, stosowanie używek, czyli palenie papierosów oraz picie alkoholu, nawet w ograniczonym

¹ P. SKAŁBA: *Endokrynologia ginekologiczna*. Warszawa 2008, s. 176–190.

² G. BRĘBOROWICZ: *Położnictwo i ginekologia*. Warszawa 2010, 2, s. 657–658.

zakresie, przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych, utratę jajników w młodym wieku, a także miejsce zamieszkania w stosunku do poziomu morza (wysokość nad poziomem) oraz warunki socjoekonomiczne. Przekwitanie to okres fizjologiczny w życiu kobiety i charakteryzuje się występowaniem zespołu objawów naczynioruchowych, somatycznych i psychicznych, zwanych objawami wypadowymi.

Najczęstszymi objawami naczynioruchowymi są uderzenia gorąca, które odczuwa około 70–80% kobiet w okresie menopauzalnym³. To nagle występujące uczucie gorąca w górnej części ciała, trwające najczęściej od 1 do 5 minut. Pojawiają się w wyniku rozszerzenia się naczyń krwionośnych szyi, karku i twarzy. Powodują nadmierną potliwość, kłopoty ze snem, ogólne zmęczenie, złe samopoczucie, obniżenie ogólnej aktywności życiowej. Często towarzyszą im: kołatanie serca, uczucie lęku i paniki, przewlekłe zaburzenia snu, trudności z zasypianiem i wczesne budzenie się. Niekiedy kobiety doświadczają tak intensywnych uderzeń gorąca podczas snu, że budzą się w mokrej od potu pościeli. Niektóre opisują to uczucie jako nagłą falę gorąca, która rozpoczyna się w dolnej części ciała i przesuwa ku górze. Uderzenia gorąca pojawiają się w okresie perimenopauzy i osiągają najwyższą intensywność w ciągu 2 lat po menopauzie, później ich intensywność zmniejsza się. Czasem zdarza się, że występują nawet do 5 lat po menopauzie. Objawy somatyczne to: bóle i zawroty głowy, parestezje⁴, bóle kończyn i kręgosłupa, suchość pochwy, zaburzenia libido i metabolizmu⁵. Zmniejszające się tempo przemiany materii powoduje, że często dochodzi do wzrostu masy ciała, co z kolei wpływa na zaburzenia sercowo-naczyniowe, wzrost poziomu cholesterolu. W okresie przekwitania dochodzi więc także do poważnego zagrożenia zdrowia i życia kobiet wskutek występowania chorób serca i naczyń krwionośnych, które są przyczyną zgonów 45% kobiet (w porównaniu do 4% zgonów z powodu raka piersi odsetek ten jest bardzo wysoki)⁶. Poza tym zmniejsza się masa kostna, co prowadzi do powstawania osteoporozy. Zmiany dotyczą także układu moczowo-płciowego oraz skóry. Pojawia się ryzyko wystąpienia nowotworów piersi, jajników, błony śluzowej macicy i szyjki macicy. Wymienione wcześniej niedobory estrogenów są powodem starzenia się skóry, w wyniku czego dochodzi do spadku zawartości kolagenu i kwasu hialuronowego w skórze i rozciągnięcia naskórka⁷. Pojawiają się zmarszczki na twarzy, policzki wykazują tendencję do obwisania. Zmiany te dotyczą całego ciała, stają się coraz bardziej pogłębione, co negatywnie

³ T. OPALA: *Ginekologia*. Warszawa 2006, s. 62–65, 126–130; E. NORWITZ, J. SCHORGE: *Położnictwo i ginekologia w zarysie*. Warszawa 2006, s. 62–63.

⁴ Parestezje to zaburzenia czucia, które mogą dotyczyć ręki, nogi lub całej połowy ciała, są opisywane jako drętwienie, mrowienie.

⁵ B. KLEINE-GUNK: *Hormony kobiety*. Warszawa 2011, s. 25–27, 76–99, 102–113.

⁶ C. ŁĘPECKA-KLUSEK: *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Lublin 2003, s. 38.

⁷ G. BRĘBOROWICZ: *Położnictwo i ginekologia...*, s. 716–719.

nie wpływa na samopoczucie większości kobiet. W ich opinii są to najbardziej widoczne oznaki starzenia. Podobne zmiany dotyczą skóry i błony śluzowej pochwy. W ich wyniku pochwa jest mniej elastyczna, zmniejsza się ilość śluzu szyjkowego, kobiety odczuwają suchość, co skutkuje otarciami i bolesnością w czasie stosunków płciowych. Natomiast zmiany zanikowe w cewce moczowej i pęcherzu przyczyniają się do wystąpienia objawów niekontrolowanego popuszczania moczu oraz częstych infekcji⁸. Uciążliwość objawów i nagłość ich występowania jest dla wielu kobiet źródłem niepokoju i powodem zgłaszania się do lekarza. Do oceny stopnia nasilenia objawów w okresie klimakterium stosuje się odpowiednio skonstruowane skale. Najczęściej stosowana jest skala Kuppermana i skala Greena⁹.

Wymienione objawy pogłębiają złe samopoczucie kobiet, przyczyniają się do obniżenia aktywności seksualnej, co przekłada się na relacje małżeńskie i rodzinne, czasami prowadzi do rezygnacji z kontaktów towarzyskich. Poczucie utraty atrakcyjności, kobiecości staje się powodem obniżenia nastroju, a także wystąpienia frustracji czy depresji. Wśród objawów psychicznych wymienia się zatem nadpobudliwość, obniżenie nastroju, stany depresyjne. Najczęściej obserwuje się silną chwiejność emocjonalną, wzmożoną drażliwość, osłabienie pamięci, zaburzenia koncentracji, niekontrolowany wybuch płaczu, gniewu i złości. Występowanie poszczególnych objawów u kobiet w okresie okołomenopauzalnym jest bardzo zróżnicowane. Stan ten zależny jest od poziomu tkankowego stężenia estrogenów, wrodzonej skłonności osobniczej oraz umiejętności radzenia ze stresem.

Do niedawna istniał pogląd, że opisane powyżej objawy to symptomy starzenia się organizmu i każda kobieta musi przejść przez ten okres bez konieczności jego łagodzenia czy leczenia. Współcześnie jednak w celu poprawy jakości życia proponuje się hormonalną terapię zastępczą, nazywaną terapią zastępczą (TZ), która, jak podkreślają znawcy zagadnienia, jest „skrojona na miarę każdej kobiety”. Wymienia się wiele korzyści wynikających z stosowania TZ, takich jak: zmniejszenie występowania częstości objawów naczynioruchowych, korzystna zmiana profilu lipidowego, obniżenie ryzyka zachorowania na schizofrenię, depresję i chorobę Alzheimera, pobudzenie syntezy i uwolnienie melatoniny przez szyszynkę, co powoduje poprawę jakości snu i skrócenie czasu zasypiania, wpływa korzystnie na skórę, włosy oraz nabłonek układu moczowo-płciowego, przyczynia się do kościotworzenia, przez co zapobiega osteoporozie. W terapii zastępczej stosuje się połączenie estrogenów z gestagenami u wszystkich kobiet, z wyjątkiem tych po operacji usunięcia macicy. Terapia polega na uzupełnieniu niedoborów hormonalnych różnymi drogami w postaci tabletek doustnych,

⁸ C. ŁĘPECKA-KLUSEK: *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie...*, s. 35–39.

⁹ Z. SŁOMKO: *Ginekologia I*. Warszawa 2008, s. 431–448; www.mediweb.pl Indeks objawów przekwitania – indeks Kuppermana 17.02.2013.

zastrzyków, podskórnice jako implanty, transdermalnie przez skórę oraz dopochwowo¹⁰. Z drugiej strony stosowanie TZ niesie ze sobą także szereg poważnych zagrożeń. Według stanowiska Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Menopauzy i Andropauzy jedną z podstawowych zasad medycyny jest stosowanie minimalnej skutecznej dawki leku, która jest bezpieczniejsza i stwarza mniejsze zagrożenie wystąpienia raka sutka oraz powikłań zakrzepowo-zatorowych¹¹. Wszystko to powoduje, że podjęcie decyzji o terapii zastępczej jest niezwykle trudne. Decyzję w zakresie stosowania TZ podejmuje kobieta po wnikliwej analizie jej stanu zdrowia i oceny stopnia uciążliwości objawów przez specjalistę ginekologa. Oprócz zalet jej skuteczności wiele mówi się o powikłaniach wynikających z przyjmowania leków hormonalnych. Lekarz ginekolog rozpatruje indywidualną sytuację życiową kobiety, uwarunkowania rodzinne, partnerskie z mężczyzną lub jego brak, funkcjonowanie psychiczne i emocjonalne oraz socjoekonomiczne. Obok lekarza istotną rolę odgrywa położna. Indywidualna i życzliwa rozmowa kobiety z kobietą z pewnością zapewni poczucie bezpieczeństwa i zrozumienia, co w efekcie ułatwi dokonanie wyboru w podejmowaniu ważnych decyzji sprzyjających zdrowiu.

W działaniach edukacyjnych nie można pominąć informacji o działaniu fitoestrogenów, hormonów pochodzenia roślinnego, stosowanych w TZ, co może stać się dobrą alternatywą dla poprawy jakości życia kobiety. Fitoestrogeny ze względu na źródło ich pochodzenia dzieli się na trzy grupy: izoflawony, lignany, kumestany. Izoflawony występują przede wszystkim w soi, soczewicy, grochu włoskim, fasoli, bobie, chmielu oraz w mniejszych ilościach w zbożach. Lignany zawierają oleje z nasion, najczęściej olej lniany, nasiona słonecznika, siewię lniane, czosnek, cebula, wiśnie, gruszki i jabłka. Kumestany występują głównie w czerwonej koniczynie, w mniejszych ilościach w nasionach słonecznika i kiełkach soi. Dieta bogata w te związki powoduje łagodzenie dolegliwości klimakterycznych oraz wpływa na zmniejszenie częstości występowania wielu nowotworów takich jak: rak sutka, endometrium i jelita grubego. Na uwagę zasługuje *cimicifuga racemoza*, czyli pluskwica groniasta. Jest znaną od stuleci rośliną leczniczą. Substancje aktywne pozyskuje się z wyciągu świeżych lub suszonych kłaczy roślin zebranych w okresie dojrzewania owoców. Wpływają one korzystnie na układ nerwowy i jego część odpowiedzialną za termoregulację, zmniejszając nieprzyjemne objawy klimakterium oraz hamują postęp osteoporozy. Łączą się one z receptorami estrogenowymi w kościach i układzie sercowo-naczyniowym, ale nie wpływają na zwiększenie gęstości mammogra-

¹⁰ B. KLEINE-GUNK: *Hormony kobiety...*, s. 25–27, 76–99, 102–113; G. BRĘBOROWICZ: *Położnictwo i ginekologia...*, s. 657–658, 716–725.

¹¹ R. DĘBSKI, T. PASZKOWSKI, T. PERTYŃSKI, V. SKRZYPULEC-PLINTA: *Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Menopauzy i Andropauzy dotyczące zastosowania preparatu Femoston Mini w menopauzalnej terapii hormonalnej*. „Przegląd Menopauzalny” 2012, nr 2, s. 69–71.

ficznej piersi¹². W języku niemieckim roślina ta nazwana jest „korzeniem kobiet”. Wyniki badań potwierdziły, że stosowanie u kobiet przez cztery tygodnie ekstraktu z pluskwicy groniastej wpłynęło na zmniejszenie częstości uderzeń gorąca o połowę, zmniejszenie nadmiernego pocenia oraz złagodzenie trudności w zasypianiu. Preparatem dostępnym w aptekach jest Remifemin – wyciąg z kłącza pluskwicy groniastej¹³.

Opisane wcześniej objawy są źródłem pogorszenia komfortu życia kobiet, który zależy od stopnia ich nasilenia, ogólnej sytuacji życiowej i wsparcia osób najbliższych. Są kobiety, które ten etap życia przechodzą, nie odczuwając objawów wypadowych, są i takie, które nie są w stanie same poradzić sobie ze skutkami zdrowotnymi i psychicznymi menopauzy, co przenosi się na relacje małżeńskie, rodzinne i zawodowe. Równocześnie wydaje się, że przekwitanie powinno stać się okresem wysokiej motywacji kobiet do zainteresowania się własnym stanem zdrowia, wdrażaniem profilaktyki występowania wybranych chorób, leczenia, edukowania jak złagodzić przebieg i utrzymać dobrą kondycję fizyczną i psychiczną. Stąd w placówkach ochrony zdrowia, np. w poradniach lekarza rodzinnego, ginekologicznych, położne środowiskowo-rodzinne powinny wyjść naprzeciw zapotrzebowaniu w tym zakresie, prowadząc edukację zdrowotną i akcje profilaktyczne.

Szczególną rolę w edukacji zdrowotnej i promowaniu zdrowia przypisuje się właśnie pielęgniarkom i położnym, bowiem zgodnie z ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U. 2011. 174.1039) została ona zapisana jako jedna z funkcji wykonywania ich zawodu. W obszarze świadczenia opieki pielęgniarskiej podmiotem opieki jest każdy człowiek, natomiast podmiotem świadczeń i opieki położnej jest kobieta w każdym okresie jej życia oraz noworodek i niemowlę do 42. dnia życia. W odniesieniu do podjętej tematyki w działalności zawodowej położnej można wyodrębnić dwa obszary opieki. Pierwszy podąża za naturalnym procesem dojrzewania i starzenia się organizmu i polega na towarzyszeniu kobiecie we wszystkich okresach jej życia oraz prowadzeniu poradnictwa i edukacji zdrowotnej w tym zakresie. Drugi obszar to holistyczne podejście do opieki nad człowiekiem, obejmujące wszystkie sfery życia: biologiczną, w tym seksualną, psychiczną, zawodową, społeczną, kulturową i religijną. Badania własne oraz doświadczenie zawodowe dowodzą, że kobiety nie są informowane przez personel medyczny poradni podstawowej opieki zdrowotnej oraz poradni położniczo-ginekologicznej o możliwości skorzystania z tzw. porady edukacyjnej świadczonej przez położną środowiskowo-rodzinną w zakresie opieki ginekologicznej. Zadaniem położnej jest rozpoznanie potrzeb edukacyjnych kobiet oraz zaplanowanie i realizacja podjętych działań w tym kierunku.

¹² A. SAPIŃSKI: *Opieka w ginekologii*. Katowice–Sosnowiec 2012, s. 127–143; P. SKAŁBA: *Endokrynologia ginekologiczna*. Warszawa 2008, s. 176–190, 307–333.

¹³ Jak łagodzić objawy menopauzy. <http://www.senior.pl> z dn. 10.11.2012, 22:30.

Diagnozowanie potrzeb edukacyjnych kobiet będzie rzutować na wybór jednego z trzech modeli edukacji zorientowanej na zdrowie, na czynniki ryzyka czy na chorobę. Model zorientowany na zdrowie zarówno w ujęciu holistycznym, jak i biopsychospołecznym, to działania edukacyjne, które mogą wpłynąć na czynniki kształtujące zdrowie w taki sposób, aby wzmacniać je we wszystkich wymiarach: fizycznym, psychicznym i społecznym. Drugi model edukacji, zorientowany na czynniki ryzyka, skupia się na eliminacji poszczególnych czynników ryzyka w celu zapobiegania jednej chorobie lub kilku jednocześnie. Trzeci model, zorientowany na chorobę, obejmuje edukację ukierunkowaną na zapobieganie określonym jednostkom chorobowym¹⁴. Zakres świadczeń położonej rodzinnej jest więc bardzo szeroki i dotyczy między innymi edukacji kobiet we wszystkich okresach życia w zakresie prowadzenia samoobserwacji, podejmowania działań w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka nowotworowego, profilaktyki chorób ginekologicznych, a także rehabilitacji w schorzeniach ginekologicznych oraz edukacji w zakresie prozdrowotnego stylu życia. Takie działanie umożliwi kobietom większą kontrolę nad czynnikami determinującymi własne zdrowie.

W ramach profilaktyki chorób nowotworowych najczęściej występujących wśród kobiet w okresie menopauzalnym prowadzona jest edukacja kobiet w zakresie systematycznego samobadania piersi, zachęca się je także do wykonywania mammografii i USG piersi. W Polsce od 2006 roku realizowany jest program zdrowotny przeznaczony dla kobiet między 50. a 69. rokiem życia. Badanie to można wykonać bezpłatnie raz na 2 lata. Niestety, w dalszym ciągu stwierdza się zbyt niski odsetek kobiet przystępujących do badań. Kobiety powinny zacząć same badać piersi już po 20. roku życia. Samobadanie należy wykonywać regularnie raz w miesiącu, najlepiej w 2–5 dni po miesiączce. Po 25. roku życia każda pacjentka oprócz samobadania piersi raz w roku powinna być zbadana przez lekarza. Kobiety niemiesiączkujące także powinny wykonywać badanie systematycznie, w wybranym przez siebie dniu (zawsze tym samym) każdego miesiąca. Celem samobadania jest poznanie struktury gruczołów piersiowych przez kobiety, zorientowanie się w zmianach zachodzących w nich podczas cyklu menstruacyjnego, wczesne wykrycie zmian chorobowych, optymalna profilaktyka raka sutka. Technika samobadania obejmuje oglądanie oraz badanie palpacyjne piersi. Stojąc przed lustrem, należy dokładnie obejrzeć piersi, zwracając uwagę na ich symetrię, stan skóry i wygląd brodawek oraz otoczek, zaczerwienienie, obecność stanu zapalnego, wciągnięcie brodawek, wyciek z sutków surowiczy, ropny, krwisty. Badanie palpacyjne należy wykonywać płaską dłońią, drugim, trzecim i czwartym palcem. Ruchami kolistymi staramy się wyczuć stwardnienie, guzek lub jakąkolwiek zmianę występującą w porównaniu do poprzedniego

¹⁴ A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ: *Promocja zdrowia*. Lublin 2008, I, s. 60–97, 148.

badania. Następnie należy zbadać węzły chłonne pachowe. Gruczoł sutkowy do celów opisowych dzielimy na kwadranty, prowadząc linię pionową i poziomą przecinającą się pod kątem 90 stopni, czyli kątem prostym, w środku brodawki sutkowej. Oprócz tego wyróżniamy ogon sutka biegnący w kierunku pachy. Najczęściej zmiany stwierdza się w górnym zewnętrznym kwadrancie piersi, dotyczy to prawie 55% przypadków, a także powiększone węzły chłonne pachowe, nadobojczykowe lub podobojczykowe¹⁵.

Kolejny zakres edukacji zdrowotnej dotyczy zmotywowania kobiet do wykonywania badań cytologicznych, które są badaniami przesiewowymi w profilaktyce występowania raka szyjki macicy, oraz do systematycznego wykonywania badania ginekologicznego w celu profilaktyki występowania nowotworu błony śluzowej i trzonu macicy. Badanie cytologiczne jest profilaktyką wtórną i polega na pobraniu wymazu raz do roku, w czasie rutynowej wizyty ginekologicznej. Materiał pobiera się z tarczy części pochwowej, ujścia zewnętrznego szyjki macicy i jej kanału, a następnie ocenia w aktualnie przyjętej skali z Bethesda. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego badanie cytologiczne powinno być wykonane po raz pierwszy w ciągu trzech lat od rozpoczęcia współżycia lub najpóźniej po ukończeniu 25 lat. U pacjentek, u których wynik jest prawidłowy, zaleca się powtórne badanie za trzy lata. Kobiety z obciążonym wywiadem ginekologicznym powinny wykonywać badanie co rok. U kobiet między 25. a 59. rokiem życia istnieje możliwość wykonania bezpłatnego badania cytologicznego raz na trzy lata w ramach programu zdrowotnego finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia. Położna, jak również pedagog/promotor zdrowia, powinni prowadzić akcję informacyjną i zachęcać wszystkie kobiety do wykonania badania. Kobiety muszą być świadome, że choroba zazwyczaj rozwija się latami, nie dając żadnych objawów. Z danych statystycznych wynika, że wśród Polek chorujących na raka szyjki macicy połowa nigdy nie miała wykonanego badania cytologicznego. W tym kontekście należy podkreślić, że rak szyjki macicy dotyka każdego roku około 4 tysięcy Polek, niestety, połowa z nich umiera, gdyż zgłosiły się do lekarza zbyt późno¹⁶.

W zapobieganiu nowotworom trzonu macicy poza systematycznym badaniem ginekologicznym duże znaczenie ma zapobieganie otyłości, ponieważ choroba ta częściej występuje wśród kobiet otyłych. Zaleca się stosowanie diety ubogo tłuszczowej, z dużą ilością warzyw i owoców. Warzywa i owoce to najlepsze źródło antyoksydantów – witamin: A, C i E, które działają przeciwnowotworowo. Oprócz diety warunkiem utrzymania prawidłowej masy ciała

¹⁵ C. ŁĘPECKA-KLUSEK: *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie...*, s. 35–39, 44–47.

¹⁶ M. MAKARA-STUDZIŃSKA, G. IWANOWICZ-PALUS: *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa 2009, s. 262–286; J. MARKOWSKA, R. MĄDRY: *Ginekologia onkologiczna*. Wrocław 2008, s. 103–132, 133–163, 175–205.

jest ruch. Należy zwiększyć aktywność fizyczną poprzez różne formy czynnego wypoczynku, spacery, ćwiczenia, jazdę na rowerze, pływanie. Konieczna jest także kontrola poziomu cukru oraz ciśnienia tętniczego krwi.

W zakresie profilaktyki raka jajnika zaleca się wykonywanie kontrolnego badania ginekologicznego, badania ultrasonograficznego dopochwowego (USG) oraz oznaczenie markeru CA125, ponieważ nowotwór ten nie daje typowych sygnałów o swoim rozwoju. W zaawansowanym stadium wykazuje objawy niespecyficzne. W przypadku wystąpienia choroby w rodzinie kobieta powinna wykonać badania genetyczne na nosicielstwo mutacji w genach BRCA1 i BRCA2. Według rekomendacji PTG należy kierować do genetycznej poradni onkologicznej pacjentki, u których na podstawie wywiadu stwierdzono ten typ nowotworu występujący u krewnych pierwszego i drugiego stopnia¹⁷.

W okresie menopauzy najczęściej omawia się profilaktykę chorób nowotworowych narządu rodowego. Należy jednak wspomnieć o równie częstym występowaniu nowotworu jelita grubego. W profilaktyce nowotworów jelita grubego szczególnie użyteczne są testy na obecność w kale krwi utajonej, łatwe do wykonania nawet w warunkach domowych. Oprócz tego należy zachęcać kobiety, aby raz w roku zgłaszały się do lekarza. Prosty badaniem przez odbyt można stwierdzić nieprawidłowości w obrębie odbytu. Najpewniejszą metodą diagnostyczną, szczególnie nowotworów usytuowanych powyżej, jest kolonoskopia. Program zdrowotny z zakresu profilaktyki raka jelita grubego zaleca wykonanie bezpłatnych badań kolonoskopowych u pacjentów po 50. roku życia. Jednak, choć są bezpłatne i szeroko reklamowane, nie cieszą się zainteresowaniem. Ważne w profilaktyce omawianego nowotworu są właściwe nawyki żywieniowe. Należy ograniczyć spożycie czerwonego mięsa, a upowszechnić dietę bogatą w warzywa i owoce, pieczywo gruboziarniste, ciemny ryż, oraz produkty bogate w wapń. Ponadto unikać produktów tłustych i smażonych. Zaleca się natomiast spożywanie potraw gotowanych lub duszonych w folii. Ograniczyć też należy alkohol, papierosy oraz ostre przyprawy¹⁸.

W celu zahamowania wzrostu zachorowań na nowotwory oraz zmniejszenia przedwczesnej umieralności ludzi z tego powodu określono działania profilaktyczne zawarte w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ). Jest to program wieloletni, a obecnie realizowana jest jego czwarta edycja na lata 2006–2015. Kładzie on nacisk na koncepcję promocji zdrowia, kształtowania prozdrowotnego stylu życia, tworzenia odpowiednich warunków sprzyjających utrzymaniu zdrowia oraz poprawie dostępności do świadczeń zdrowotnych. NPZ jest realizowany poprzez programy profilaktyczne, np. Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Jednym z głównych jego celów jest

¹⁷ E. NORWITZ, J. SCHORGE: *Położnictwo i ginekologia w zarysie...*, s. 62–63; T. OPALA: *Ginekologia*. Warszawa 2006, s. 62–65, 126–130, 189–211, 426–431.

¹⁸ A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ: *Promocja zdrowia...*, s. 60–97, 148; H. CIBORSKA, A. RUDNICKA: *Dietetyka. Żywność zdrowego i chorego człowieka*. Warszawa 2007, s. 12–42.

zwiększenie wczesnej wykrywalności zwłaszcza raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego¹⁹.

Jednym z dobrostanów określających zdrowie człowieka jest także życie seksualne, którego jakość wpływa na zadowolenie i dobre samopoczucie. Za prawidłową reakcję seksualną kobiety odpowiedzialne są hormony płciowe: estrogeny, androgeny i progesteron. Dużą rolę w regulacji odpowiedzi seksualnej odgrywają androgeny, głównie testosteron. Androgeny działają miejscowo w tkankach pochwy, a ich działanie jest potęgowane przez estrogeny. W przypadku niedoboru androgenów u kobiet dochodzi do spadku pożądania seksualnego, obniżenia czucia w okolicach intymnych, spadku napięcia mięśniowego oraz problemów z osiągnięciem orgazmu. Wśród kobiet po 40. roku życia występują fizjologiczne zmiany ogólnoustrojowe, które mogą negatywnie wpływać na seksualność. Obniżeniu ulega zdolność czucia w strefach erogennych, występują też zaburzenia orgazmu. Przyczyny zaburzeń seksualnych w okresie klimakterium wynikają z jednej strony ze spadku produkcji hormonów płciowych i schorzeń z tym związanych, a z drugiej, z negatywnego obrazu własnego ciała, utraty atrakcyjności, poczucia starzenia się i stanów depresyjnych. Taki stan rzeczy powoduje unikanie współżycia, zmniejszanie częstotliwości stosunków, wywołuje lęk przed nimi oraz sprzyja pojawianiu się zaburzeń seksualnych, do których zalicza się zaburzenie lub brak pożądania seksualnego, zaburzenie podniecenia, orgazmu oraz bolesne stosunki płciowe²⁰. Problemy seksualne kobiet okresu przekwitania skłaniają je do poszukiwania pomocy medycznej u lekarzy ginekologów, rzadziej u seksuologów oraz prawie wcale u edukatorów seksualnych. Kobiety często zgłaszają się też do położnych, ponieważ wstydzą się opowiadać lekarzowi o „tych sprawach”. Leczenie polega na stosowaniu farmakoterapii oraz ćwiczeniu mięśni Kegla, czyli na świadomym, wielokrotnie powtarzanym napinaniu i rozluźnianiu mięśni dźwigaczy odbytu. Efekty tych ćwiczeń są widoczne po co najmniej trzymiesięcznej kuracji. Nie bez znaczenia jest też styl życia: ograniczenie spożycia alkoholu i palenia papierosów, regularne ćwiczenia fizyczne, odpowiednia dieta, optymalna długość snu i wypoczynku. Ponadto położna bądź pedagog/promotor zdrowia powinni wspierać kobietę i edukować, aby jak najdłużej pozostać aktywną seksualnie i podjąć działania sprzyjające czerpaniu satysfakcji z seksu. Wiele kobiet w tym okresie cieszy się życiem seksualnym bardziej intensywnie niż wcześniej. Nie są już ograniczane comiesięcznymi krwawieniami, środkami antykoncepcyjnymi czy strachem

¹⁹ T. OPALA: *Ginekologia...*, s. 62–65, 126–130; www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma.../docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf z dnia 20.10.2013 r.

²⁰ Z. LEW-STAROWICZ: *Podstawy seksuologii*. Warszawa 2008, s. 138–144; A. CZYŻKOWSKA, M. RAWIŃSKA, Z. LEW-STAROWICZ: *Zaburzenia pożądania u kobiet w okresie klimakterium w praktyce klinicznej*. „Przegląd Menopauzalny” 2011, nr 6; V. SKRZYPULEC, A. DROSDZOL, J. FERENSOWICZ: *Ocena wybranych aspektów życia psychicznego i seksualnego kobiet w okresie menopauzalnym*. „Ginekologia Praktyczna” 2003, nr 11, s. 26–34.

przed ciążą. Wydłużenie średniego czasu życia, zmiana obyczajowości, rozwój medycyny oraz dążenie do poprawy jakości życia również w sferze seksualności przyczyniły się do zmiany poglądów. Pozytywne doznania seksualne wpływają korzystnie na inne obszary życia i ogólne samopoczucie.

W okresie przekwitania kobieta narażona jest na wiele sytuacji trudnych, wynikających nie tylko z braku estrogenów, ale także z czynników nakładających się na ten stan. Wśród nich wymienia się:

- poczucie niższej wartości z powodu odchodzącej młodości i przeświadczenia, że atrakcyjność i kobiecość zniknęły wraz z ostatnią miesiączką;
- odejście z domu dzieci, które rozpoczęły życie na własny rachunek (tzw. syndrom pustego gniazda);
- chorobę lub śmierć małżonka, obciążenia ekonomiczne, samotność, a także przejście na emeryturę lub rentę i zmianę statusu społeczno-zawodowego²¹.

Źródłem wielu negatywnych emocji i stresu bywa stan małżeństwa oraz postawa męża, który w tym okresie także przeżywa kryzys związany z andropauzą. Zdarzają się sytuacje, kiedy mąż odchodzi do dużo młodszej kobiety. Najczęstszym powodem rozpadu małżeństwa w tym czasie jest długotrwały brak partnerstwa, uczucia i zainteresowania seksem. Pojawia się poczucie wypalenia związku, bez motywacji obu stron do walki o jego przetrwanie.

Zaburzenia psychoemocjonalne są wynikiem zaburzeń w układzie limbicznym. W sferze psychicznej najczęściej obserwuje się chwiejność emocjonalną, wzmożoną drażliwość, osłabienie pamięci, zaburzenia koncentracji, zmiany zachowania, lęki, utratę libido, płaczliwość oraz depresję. Wydolność fizyczna kobiet w tym okresie jest obniżona. Niedobór estrogenów i progesteronu wpływa na zmianę nastroju, zachowania i funkcji poznawczych. Kobiety często w tym okresie skarżą się na uczucie napięcia i zdenerwowania. Długotrwale utrzymujące się przygnębienie i stres powodują rozwój stanów depresyjnych²².

Depresja objawia się występowaniem wielu dolegliwości fizycznych i psychicznych jednocześnie. Najbardziej rozpoznawalne objawy to: obniżenie nastroju, uczucie przygnębienia, pesymizmu, braku umiejętności cieszenia się i odczuwania przyjemności, poczucie wewnętrznej pustki, smutku i zaniku emocji. Często występuje obniżona aktywność i spowolnione myślenie, obniżenie koncentracji i pamięci, zwolnienie reakcji oraz uczucie przewlekłego zmęczenia fizycznego i psychicznego. Występują też zaburzenia snu, budzenie się w nocy, bezsenność nad ranem, utrata apetytu, spadek masy ciała, brak zainteresowania seksem oraz w skrajnych przypadkach próby samobójcze. Rozpoznanie depresji bywa niekiedy bardzo trudne, gdyż jej objawy często są maskowane i występują pod postacią różnorodnych objawów somatycznych, takich jak np.:

²¹ M. MAKARA-STUDIŃSKA, G. IWANOWICZ-PALUS: *Psychologia w położnictwie i ginekologii...*, s. 262–286.

²² A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ: *Promocja zdrowia...*, s. 60–97, 148.

bóle głowy, bóle żołądka, uczucie ucisku w klatce piersiowej. Objawy depresyjne są rozpoznawane u około 50% kobiet zgłaszających się do lekarza z powodu dolegliwości okresu klimakterycznego. Cięższe postaci depresji należy leczyć. Oprócz leczenia farmakologicznego stosuje się różne formy psychoterapii oraz psychoedukacji. Psychoedukacja polega na dostarczaniu pacjentce i jej rodzinie informacji dotyczących choroby, objawów, sposobu leczenia i profilaktyki. Pomaga też radzić sobie z sytuacjami trudnymi i problemami rodzinnymi²³. Rolą położnej czy pedagoga zdrowia jest wnikliwa obserwacja kobiety w każdym kontakcie w celu oceny kondycji psychicznej. Często kobiety z problemami pozostają niezauważone, cierpią w samotności, nie mając siły lub chęci, by szukać pomocy. Dlatego ogromnego znaczenia nabiera ich edukacja w zakresie możliwych zaburzeń emocjonalnych w okresie okołomenopauzalnym.

Aktywność fizyczna oraz dieta są podstawą naturalnej terapii menopauzalnej. W zakresie diety zaleca się ograniczenie spożycia cukru, soli, alkoholu i kofeiny oraz wysokotłuszczowej i wysoko przetworzonej żywności. Należy spożywać ryby 2–3 razy w tygodniu lub częściej. Najlepsze są ryby morskie, dość tłuste (makrela, łosoś, sardynka). Są bogatym źródłem kwasów tłuszczowych omega-3. Działają ochronnie na układ krążenia, regulują ciśnienie krwi. Mają korzystny wpływ na wygląd skóry i pracę mózgu. Spowalniają procesy neurodegeneracji, prowadzące do pogorszenia pamięci, koncentracji i zdolności uczenia się. Są cennym źródłem wapnia i fosforu, które wzmacniają kości. Zawierają też selen – bardzo silny przeciwutleniacz, chroniący przed zawałem, nowotworami, zaćmą, a także łagodzący uderzenia gorąca, wzmacniający popęd seksualny i opóźniający procesy starzenia. Należy ograniczyć ostre przyprawy; pieprz, chili, kurkumę, ponieważ rozszerzają naczynia krwionośne, nasilając uderzenia gorąca. Codzienna dieta powinna być bogata w składniki antyoksydacyjne, czyli takie, które zawierają duże ilości witamin A, C i E. Witaminy te działają przeciwmiażdżycowo i przeciwnowotworowo. Poprawiają także wygląd skóry. Właściwa dieta w okresie przekwitania pomaga zmniejszyć wiele dolegliwości, takich jak uderzenia gorąca wzdęcia czy wahania nastrojów. Ma także ogromne znaczenie w profilaktyce m.in. chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy czy osteoporozy.

Drugim elementem naturalnej terapii menopauzalnej obok zdrowej diety jest regularna aktywność fizyczna. Wysiłek fizyczny jest niezbędny dla zdrowia oraz prawidłowego rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego. Pozwala zrelaksować się po całym dniu intensywnej pracy umysłowej oraz długotrwałym przebywaniu w pozycji siedzącej. Ruch pozwala odreagować stres oraz pozytywnie wpływa na jakość snu. Do zadań położnej czy promotora zdrowia należy rozpo-

²³ J. KOSZEWSKA, E. HABRAT-PRAGŁOWSKA: *O depresji, o manii, o nawracających zaburzeniach nastroju*. Warszawa 2007, s. 23–26; J. HEITZMAN: *Psychiatria*. Warszawa 2007, s. 148–156, 219–227, 236–238.

znawanie potrzeb w zakresie aktywności fizycznej kobiet oraz informowanie ich o korzyściach wynikających z aktywnego trybu życia. Należy zwrócić uwagę na różne formy aktywności, takie jak: spacer, gimnastyka, jazda na rowerze, piesze wycieczki, pływanie czy praca na działce lub w ogrodzie. Ważną rolę odgrywa nastawienie do siebie i świata. Potrzeba zadbania o wygląd, zdrowie, a także o dobry nastrój i chęć uczestniczenia w życiu najbliższych pozytywnie wpływają na samopoczucie fizyczne i psychiczne. Bardzo modną ostatnio metodą ćwiczeń jest nordic walking – spacer z kijkami. Jest to metoda odpowiednia dla każdej grupy wiekowej, zalecana przez większość lekarzy. Poprawia sprawność układu krążenia i układu oddechowego. Wpływa na redukcję masy ciała, koryguje postawę, uruchamia mięśnie rąk i obręczy barkowej. Nordic walking jest zalecany w przypadku zmian zwyrodnieniowych stawów i kręgosłupa. Jest to tania, prosta i skuteczna forma fizjoterapii²⁴. Regularny wysiłek fizyczny pomaga utrzymać prawidłową masę ciała, pozbyć się zbędnych kilogramów, zapobiega cukrzycy i osteoporozie, łagodzi również dolegliwości układu kostno-stawowego. Podstawowym elementem opieki nad kobietą w okresie menopauzy są badania profilaktyczne. Obejmują badania ginekologiczne, USG z oceną endometrium, badanie cytologiczne, badania biochemiczne, pomiar masy ciała i ciśnienia tętniczego krwi oraz badanie piersi: palpacyjne, mammografię i USG. Pozwalają wcześniej wykryć zagrożenia, skrócić czas choroby, a przez to znacząco poprawić jakość życia w tym okresie. Warto jednak podkreślić, że dane statystyczne potwierdzają niski poziom świadomości zdrowotnej kobiet w Polsce i brak wystarczającej motywacji do zmiany zachowań zdrowotnych sprzyjających zdrowiu, pomimo powszechnej deklaracji, że zdrowie to najwyższa wartość w życiu człowieka. Stanowi to zatem ogromne wyzwanie dla osób zawodowo zajmujących się promocją zdrowia, a w tym edukacją zdrowotną, aby w efekcie podejmowanych działań jakość życia kobiet w okresie menopauzy była możliwie jak najlepsza.

Bibliografia

1. ANDRUSZKIEWICZ A., BANASZKIEWICZ M.: *Promocja zdrowia*. Lublin 2008.
2. BRĘBOROWICZ G.: *Położnictwo i ginekologia*. Warszawa 2010.
3. CIBORSKA H., RUDNICKA A.: *Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka*. Warszawa 2007.
4. CZYŻKOWSKA A., RAWIŃSKA M., LEW-STAROWICZ Z.: *Zaburzenia pożądanego u kobiet w okresie klimakterium w praktyce klinicznej*. „Przegląd Menopauzalny” 2011, nr 6.
5. DĘBSKI R., PASZKOWSKI T., PERTYŃSKI T., SKRZYPULEC-PLINTA V.: *Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Menopauzy i Andropauzy dotyczące zastosowania preparatu Femoston Mini w menopauzalnej terapii hormonalnej*. „Przegląd Menopauzalny” 2012, nr 2.

²⁴ D. SZUKIEWICZ: *Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie*. Warszawa 2012, s. 56–61, 74–84.

6. HEITZMAN J.: *Psychiatria*. Warszawa 2007.
7. KILAŃSKA D.: *Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej*. Lublin 2008.
8. KLEINE-GUNK B.: *Hormony kobiety*. Warszawa 2011.
9. KOSZEWSKA J., HABRAT-PRAGŁOWSKA E.: *O depresji, o manii, o nawracających zaburzeniach nastroju*. Warszawa 2007.
10. LEW-STAROWICZ Z.: *Podstawy seksuologii*. Warszawa 2008.
11. ŁĘPECKA-KLUSEK C.: *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Lublin 2003.
12. MAKARA-STUDZIŃSKA M., IWANOWICZ-PALUS G.: *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa 2009.
13. MARKOWSKA J., MĄDRY R.: *Ginekologia onkologiczna*. Wrocław 2008.
14. NORWITZ E., SCHORGE J.: *Położnictwo i ginekologia w zarysie*. Warszawa 2006.
15. OPALA T.: *Ginekologia*. Warszawa 2006.
16. Sipiński A.: *Opieka w ginekologii*. Katowice–Sosnowiec 2012.
17. SKAŁBA P.: *Endokrynologia ginekologiczna*. Warszawa 2008.
18. SKRZYPULEC V., DROSDZOL A., FERENSOWICZ J.: *Ocena wybranych aspektów życia psychicznego i seksualnego kobiet w okresie menopauzalnym*. „Ginekologia Praktyczna” 2003, nr 11.
19. SŁOMKO Z.: *Ginekologia*. Warszawa 2008.
20. SZUKIEWICZ D.: *Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie*. Warszawa 2012.
21. TOBOR E., WAC K., GARDYJAS B.: *Świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej w opiece nad kobietą i jej rodziną*. W: *Opieka w położnictwie*. Red. A. Sipiński. Sosnowiec 2012.
22. www.mediweb.pl Indeks objawów przekwitania – indeks Kuppermana 17.02.2013.
23. www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma.../docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf z dnia 20.10.2013 r.
24. www.senior.pl z dn. 10.11.2012.

Budzenie świadomości relacji pomiędzy stylem życia a zdrowiem

Jarosław Gibas, Ewa Tobor, Kornelia Wac

Jednym z najbardziej niepokojących zjawisk we współczesnym społeczeństwie, w kontekście edukacji dzieci i młodzieży jest tzw. skutek odroczoney. To bardzo niebezpieczny mechanizm, w którym konsekwencje złych nawyków nie są widoczne od razu czy nawet w ciągu na tyle krótkiego okresu, by mogły budzić zaniepokojenie. Skutki niezdrowego stylu życia pojawiają się dopiero po kilkunastu, a czasem kilkudziesięciu latach. Skoro zaś nie widać skutków, nie pojawia się potrzeba zmiany i w ten sposób młodzi ludzie wykształcają w sobie nawyki rujnujące zdrowie, kompletnie nie zdając sobie z tego sprawy. Dlatego tak ważna jest rola wychowawcy, pedagoga w kształtowaniu prozdrowotnego stylu życia na jak najwcześniejszym etapie edukacji. Im wcześniej zacznie się taka edukacja, tym większa szansa, że przyniesie oczekiwane skutki. „Edukacja zdrowotna jest szczególnie potrzebna, gdyż w okresie tym (6–19 lat, przyp. aut.) kształtują się zachowania prozdrowotne, a także zachowania ryzykowne, które u części młodzieży, po fazie eksperymentowania, utrwalają się; decyduje to o tym, czy młodzi ludzie wnoszą w dorosłe życie zasoby, czy ryzyko dla zdrowia własnego czy innych ludzi”¹. Szczególną rolę odgrywa edukacja prozdrowotna dziewcząt, wnoszących w dorosłe życie zasoby, które z kolei staną się źródłem wzorów dla ich rodzin i dzieci. Co więcej, wiele współcześnie przeprowadzonych badań zogniskowanych wokół wpływu stylu życia na prawdopodobieństwo zachorowań wskazuje, że kobiety pod tym względem często są bardziej narażone na zachorowania niż mężczyźni². Istnieje również niedoceniana różnica w procesach socjalizacji dziewcząt i chłopców, którą każdy pedagog pracujący z młodzieżą powinien wziąć pod uwagę. Otóż dziewczęta są bardziej podatne na wzorce medialne. Prostim potwierdzeniem tej tezy są badania przeprowadzone

¹ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa 2010, s. 273.

² Według wskazań Międzynarodowej Federacji Cukrzycy ryzyko zachorowania na cukrzycę wzrasta pięciokrotnie u kobiet z otyłością brzusznią mniejszą niż w przypadku mężczyzn. (przyp. aut.).

w 2002 roku na reprezentatywnej grupie dziewcząt w wieku 15 lat. Z badań tych wynika, że aż „46% dziewcząt uważało, że są trochę za grube, a 11% zdecydowanie za grube, podczas gdy tylko u 6% występowała nadwaga lub otyłość”³. To efekt wciąż lansowanego w mediach wzorca urody, opartego na wyglądzie modelek występujących w popularnych programach telewizyjnych. Mimo wielu kampanii społecznych wciąż dominują tam sylwetki drastycznie szczupłe, co ma bezpośredni wpływ na budowanie w umyśle podatnej dziewczynki ideału piękna, do którego należy dążyć. Tym bardziej więc edukacja prozdrowotna dziewcząt powinna być przedmiotem szczególnej troski wychowawców. Na tę potrzebę zwraca również baczną uwagę Światowa Organizacja Zdrowia, która „zainicjowała szereg środowiskowych programów promocji zdrowia, takich jak Szkoła Promująca Zdrowie, Promocja Zdrowia w Miejscu Pracy, Zdrowie Miasta czy Szpital Promujący Zdrowie [...] Wszystkie te programy opierają się na tym samym założeniu, nakazującym oddziaływanie na wybraną zbiorowość – np. uczniów – poprzez bezpośredni wpływ na nią samą w drodze edukacji, zmian organizacyjnych i infrastrukturalnych w jej najbliższym otoczeniu (np. na terenie szkoły), a także poprzez równoczesny wpływ na osoby z jej otoczenia (np. nauczycieli, personel administracyjny szkoły, rodziców) oraz lokalną społeczność wraz z jej organizacjami i instytucjami”⁴. Promowanie zdrowego trybu życia wśród uczniów, a w szczególności wśród dziewcząt, powinno obejmować przede wszystkim obszary związane z aktywnością ruchową i odpowiednią dietą. Oczywiście samo pojęcie stylu życia definiowane jest szerzej niż tylko w kontekście dwóch wymienionych wyżej aspektów. Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia styl życia ściśle związany jest z jakością życia, definiowaną jako poczucie jedności co do jej stanu: fizycznego, psychicznego i pozycji społecznej. Twierdzi się również, że „styl życia oraz składające się na niego zachowania zdrowotne kształtują się przez całe życie, poczynając od wczesnego dzieciństwa. Wśród zachowań zdrowotnych wyróżnia się: zachowania prozdrowotne, tzn. sprzyjające zdrowiu, do których należą: aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie, dbanie o higienę osobistą, radzenie sobie ze stresem, właściwe kontakty międzyludzkie, zgłaszanie się na badania profilaktyczne, oraz zachowania antyzdrowotne, czyli zagrażające zdrowiu”⁵. Niemniej na użytek niniejszego artykułu skoncentrujemy się na budowaniu wśród młodych dziewczyn właśnie tych dwóch aspektów zdrowego stylu życia: odpowiedniej diety oraz potrzeby aktywności ruchowej.

Podstawową umiejętnością, którą należy wykształcić, jest świadomość mechaniki bilansu energetycznego organizmu. Ta prosta zasada, mówiąca o tym,

³ B. WOYNAROWSKA, H. KOŁOŁO: *Nieuzasadnione odchudzanie się dziewcząt w okresie dojrzewania a sytuacja ekonomiczno-społeczna ich rodzin*. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2004, 8, 3, Cz. 1, s. 611–612.

⁴ A. OSTROWSKA: *Socjologia medycyny*. Warszawa 2009, s. 293.

⁵ D. PONCZEK, E. OLSZOWY: *Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie*. „Problemy Higieny” 2012, nr 93 (2), s. 260.

że dzienna porcja przyjmowanych kalorii musi być odpowiednio skorelowana z ich spalaniem, to jeden z podstawowych czynników warunkujących zdrowie. Obecnie w większości przypadków zasada ta jest pomijana nie tylko przez nauczycieli, ale też rodziców czy opiekunów. Do tego producenci żywności oraz napojów skwapliwie przemilczają wartości kaloryczne oferowanych przez siebie produktów w kampaniach reklamowych, jednocześnie wykorzystując fakt, że „dzieci i młodzież są bardziej podatne na wpływ reklam produktów spożywczych”⁶. Zatem zadaniem nauczyciela – wychowawcy jest budowanie świadomości ucznia w taki sposób, by reguła „coś za coś” została zinternalizowana i by stanowiła prostą wskazówkę zabieraną ze szkoły na całe życie. Sama informacja, że np. w dwulitrowej butelce coca-coli znajdują się aż 42 kostki cukru, a sam napój w tej ilości dostarcza organizmowi aż 840 kcal, nie jest tak wstrząsająca, jak zestawienie jej z informacją, że tę liczbę kalorii można spalić dopiero po mniej więcej godzinie biegu. Zasada bilansu energetycznego jest szczególnie ważna w edukacji dziewcząt, ponieważ pokazuje nie tylko aspekt krótkiej drogi do otyłości, ale też przyczyn niedowagi. Tutaj przecież bilans kaloryczny działa tak samo: jeśli liczba przyjmowanych kalorii jest mniejsza od liczby kalorii spalanych, to niedowaga staje się tego nieuchronną konsekwencją. Jeśli zaś przyjęć powszechne założenie dietetyków, że liczba kalorii potrzebna do prawidłowego rozwoju dziecka w wieku szkolnym (od 6 do 17 lat) wynosi od 1750 do 2500 kcal, to edukacja w tym względzie staje się potrzebą oczywistą. Jednak umiejętność bilansowania swojej codziennej diety tak, by obok jej zróżnicowania można było jeszcze kontrolować przyjmowane kalorie, to zaledwie połowa drogi. Kolejnym istotnym aspektem tego rodzaju edukacji jest budowanie świadomości funkcjonowania ludzkiego organizmu w kontekście „wydatku” energetycznego. Umiejętność kontroli bilansu kalorycznego u ucznia zakłada również sytuację, w której uczeń jest w stanie prawidłowo oszacować swoją dzienną porcję spalanych kalorii, przyporządkowując odpowiednie ich wartości do danych przejawów aktywności ruchowej. Zalecanym dla nauczycieli sposobem pracy z uczniem w tym względzie jest wyrobienie nawyku mierzenia dziennego wydatku kalorycznego za pomocą internetowych kalkulatorów spalania lub krokomierzy⁷. Jednocześnie należy wyraźnie zaznaczyć, że „polityka” bilansu energetycznego musi być dokładnie przemyślana. W przeciwnym wypadku niedobór kalorii w rozwijającym się organizmie może skutkować utratą energii, wycieńczeniem, a w skrajnych wypadkach prowadzić do zaburzeń odżywiania, w tym anoreksji i bulimii.

Wiele badań wskazuje obecnie ścisłą zależność pomiędzy odpowiednią dietą a potencjalnym zagrożeniem zapadania na wiele chorób. Opublikowane niedawno badania w czasopiśmie „Circulation”, wydawanym przez American Heart

⁶ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 302.

⁷ J. GIBAS: *Schudnij z Kaizen*. Gliwice 2013, s. 178.

Association, dowodzą, że spożycie czerwonego mięsa powoduje zwiększenie ryzyka zachorowania na chorobę wieńcową, cukrzycę i udar mózgu⁸. Z każdym dniem potwierdzają się przypuszczenia dotyczące niebagatelnego wpływu tego, co jemy, na ryzyko zachorowania. Według badaczy większość skutków nieodpowiedniego żywienia w młodości pojawia się dopiero w późniejszym wieku. Do tego dochodzi efekt związany z wytwarzaniem nawyków: „zachowania żywnościowe ukształtowane w dzieciństwie i młodości decydują o sposobie żywienia w dalszych latach życia i trudno poddają się modyfikacji [...] Nieprawidłowości w żywieniu, mogą być przyczyną różnych zaburzeń w dzieciństwie i młodości (np. niskorosłość, nadwaga lub otyłość, niedokrwistość, próchnica zębów) oraz zwiększają ryzyko rozwoju w wieku dorosłym wielu chorób przewlekłych”⁹. Niestety, wiele wyników badań wpływu diety na potencjalne zachorowania wskazuje, że kobiety pod tym względem stanowią grupę narażoną na dużo większe zagrożenie niż mężczyźni. W przeprowadzonym ostatnio badaniu IDEA (The International Day for Evaluation of Abdominal Obesity), w którym wzięła również udział grupa 200 polskich lekarzy, sprawdzono stan zdrowia 3341 kobiet i 2024 mężczyzn pod kątem występowania otyłości brzusznej i chorób współistniejących. Wyniki okazały się dużo bardziej niekorzystne właśnie dla kobiet. Okazało się, że „ryzyko chorób układu krążenia zostaje podwojone (wzrasta z 20 do 40%), gdy obwód talii zwiększa się o 14 centymetrów w przypadku mężczyzny i o 14,9 centymetrów w przypadku kobiety. [...] Nadciśnienie tętnicze, wysokie stężenie triglicerydów, niskie stężenie cholesterolu HDL i/lub wysoka glikemia występują u około 80% mężczyzn i ponad 90% kobiet z otyłością brzuszną”¹⁰. Zaś według Międzynarodowej Federacji Cukrzycy zagrożenie tą chorobą wśród Europejczyków wzrasta dwukrotnie, gdy obwód pasa zaczyna przekraczać 94 centymetry w przypadku mężczyzn (niezależnie od wagi czy wzrostu), a u kobiet już przy 80 centymetrach.

Zatrważające są również wyniki badań holenderskich naukowców, którzy po przeanalizowaniu danych 3500 osób z amerykańskiego stanu Massachusetts na przestrzeni lat 1948–1990 ustalili, że kobiety cierpiące na nadwagę w wieku lat 40 żyją średnio o 13 lat krócej od kobiet z prawidłowym BMI (współczynnik Body Mass Index), podczas gdy u mężczyzn różnica ta wynosi tylko 6 lat. Niezdrowe odżywianie, którego konsekwencją może być otyłość, ma jeszcze jeden niekorzystny wpływ na zdrowie kobiet. Dotyczy on okresu ciąży i wpływa na znaczne zmniejszenie odporności: „naukowcy z bostońskiego Uniwersytetu Tufts przebadali ciężarne kobiety, których współczynnik BMI mierzony przed ciążą wskazywał na otyłość, i porównali ich wyniki z wynikami uzyskanymi

⁸ R. MICHA: *Red and Processed Meat Consumption and Risk of Incident Coronary Heart Disease, Stroke, and Diabetes Mellitus*. Dallas 2013.

⁹ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 302

¹⁰ M. KOTON-CZARNECKA: *Otyłość brzuszna*. „Puls Medycyny” 2008; Źródło: <http://pulsmedycyny.pl/2581681,3604,otylosc-brzuszna>. Data dostępu: 05.03.2008 r.

w badaniach kobiet o prawidłowym BMI. Okazało się, że krew kobiet otyłych zawierała mniej limfocytów oraz komórek odpowiedzialnych za zwalczanie infekcji. Otyłość ciążowa może być i coraz częściej jest przyczyną zapalenia błon płodowych czy łożyska, co ma katastrofalny wpływ na płód, prowadząc nierzadko do poronienia lub urodzenia martwego dziecka¹¹. To tylko niektóre z uzyskanych wyników badań, lecz jasno wskazują, jak ważna jest edukacja prozdrowotna na najwcześniejszym etapie edukacji. Jest to jednak bardzo trudne zadanie stojące przed pedagogami, którzy w pierwszej kolejności napotykają na opór dzieci wynikły z przyzwyczajzeń wyniesionych zarówno z domu, jak i reklam czy mediów. Do dzisiaj bowiem w wielu rodzinach dzieci otrzymują fast foody w nagrodę („jak będziesz grzeczna na zakupach, to w nagrodę pójdziemy do Pizza Hut”) albo też oferta fast foodów wykorzystywana jest do organizacji dziecięcych uroczystości. Znane są wypadki (i to, niestety, wcale nierzadkie), kiedy urodziny dziecka organizuje się właśnie w restauracji McDonald’s albo wizyta tam staje się obowiązkowym elementem pierwszej wielkomiejskiej wycieczki organizowanej przez wychowawców pierwszoklasistów. Jednocześnie stale obecna w reklamach wizja fast foodu przedstawia apetycznie wyglądające produkty w kontekście luzu, bycia *cool* czy też w otoczeniu ludzi zdrowych i szczupłych. Przekaz jest prosty: jedząc nasz produkt, jesteś super („są chipsy, jest impreza”) czy też: ludzie stołujący się w naszej restauracji nie mają nadwagi! Jeśli w przypadkach tak wstępnie zsocjalizowanego dziecka nauczyciel nie może liczyć na wsparcie rodziców, to zadanie staje się wyjątkowo trudne: „Jeżeli rodzina nie posiada wzorców umożliwiających jej obiektywne spojrzenie na media, w tym również reklamę (dotyczy to także zachowań konsumpcyjnych), dzieci również nie będą ich miały, co jest szczególnie niebezpieczne we wczesnym etapie ich rozwoju¹²”.

Wśród młodzieży obserwujemy coraz bardziej niepokojące i nasilające się w ostatnich czasach zjawisko hipokinezji, czyli niedoboru ruchu. Z badań przeprowadzonych przez Barbarę Woynarowską w latach 2002 i 2005 wynika, że wraz z wiekiem spada procent zalecanego poziomu aktywności ruchowej młodzieży (przy czym przez zalecany poziom rozumie się podejmowanie przez 60 minut dziennie wysiłku fizycznego od 5 do 7 dni w tygodniu). W ciągu siedmiu lat – od 11. do 18. roku życia – wskaźnik ten u badanych chłopców spada z 45% do 17%. U badanych dziewczynek jest dużo gorzej: w wieku 11 lat poziom zalecanej aktywności ruchowej oscylował w granicach 39%, by w wieku 18 lat spaść już tylko do 11%. Wyniki te wskazują, że aktywność ruchowa dziewcząt jest dużo mniejsza od i tak małej aktywności ruchowej chłopców. Taki stan rzeczy daje fatalne skutki zdrowotne w przyszłości. Brak ruchu prowadzi bowiem

¹¹ J. GIBAS: *Schudnij z Kaizen...*, s. 88

¹² R. WĄS: *Wpływ reklamy telewizyjnej na kształtowanie osobowości i postaw dzieci*. Rzeszów 2011.

do całej serii zaburzeń zdrowia i zachorowań, które uaktywniają się dopiero w późniejszym wieku. Brak ruchu w młodości jest zazwyczaj konsekwentnie „pielęgnowany” przez resztę życia. Według wielu badań jego skutkiem są nie tylko wady postawy, jak skolioza czy lordoza, lecz także mniejsza ilość tlenu trafiająca do krwiobiegu, a niedotleniony mózg odzwajemnia się niższą możliwością koncentracji i częstszym poczuciem rozdrażnienia. Brak ruchu wpływa również na zmniejszenie objętości wyrzutowej serca, a to pociąga za sobą cały zespół schorzeń obejmujących mięsień sercowy czy krwiobieg.

Kolejnym niepokojącym zjawiskiem jest siedzący tryb życia. Większość populacji osób dorosłych spędza przeważającą część dnia na siedząco. Siedzimy w pracy, w samochodzie, w kinie, przed telewizorem i komputerem. Co więcej, od najmłodszych lat jesteśmy do tego skutecznie przyzwyczajani, m.in. przez cały okres szkolnej edukacji, którą odbywamy na siedząco. To, niestety, implikuje poważne skutki na przyszłość, spośród których choroba cywilizacyjna w postaci dokuczliwego bólu dolnych partii pleców to jedynie wierzchołek góry lodowej. Zespół szwedzkich naukowców z Uniwersytetu Umeå przeprowadził badania na 888 uczestnikach i okazało się, że siedzący tryb życia oraz brak ruchu u 16-latków jest związany ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zespołu metabolicznego już w wieku 43 lat. Niestety, siedzący tryb życia jest, jak się okazuje, dużo groźniejszy dla kobiet niż dla mężczyzn. W badaniach przeprowadzonych przez Amerykańskie Stowarzyszenie Onkologiczne (American Cancer Society) przebadano 53 440 mężczyzn i 69 776 kobiet. Starano się ustalić związek pomiędzy siedzącym trybem życia a ryzykiem przedwczesnej śmierci. Okazało się, że kobiety, które deklarowały co najmniej 6 godzin spędzonych każdego dnia w pozycji siedzącej, były zagrożone wcześniejszą śmiercią o 37% bardziej niż kobiety, które spędzały na siedząco jedynie 3 godziny każdego dnia. Kobiety mające siedzącą pracę są zagrożone przedwczesną śmiercią o 18% częściej niż mężczyźni. Powyższe dane nie pozostawiają złudzeń – brak aktywności ruchowej dziewcząt naraża je na wiele chorób w dużo większym stopniu niż u chłopców. „U dzieci i młodzieży, ze względu na systematycznie zmniejszającą się z wiekiem spontaniczną (naturalną) aktywność fizyczną, niezbędne są systematyczne, zorganizowane zajęcia o różnorodnych formach ruchu. Grupą, która jest szczególnie zagrożona hipokinezą, są dziewczęta w okresie dojrzewania płciowego”¹³.

Rola pedagoga i wychowawcy pracującego z młodzieżą i chcącego wśród niej budować świadomość konieczności stosowania zrównoważonej diety oraz podniesienia i utrzymywania na zalecanym poziomie aktywności ruchowej, jest wyjątkowo trudna. Po pierwsze dlatego, że musi on działać w sytuacji, w której wszystkie bodźce zewnętrzne docierające dzisiaj do młodzieży są przeciwne tym staraniom. Media, reklamy, rówieśnicy dają młodzieży przekaz, zgodnie z któ-

¹³ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 320.

rym hamburger i frytki stanowią podstawowy składnik diety, zaś warzywa są po prostu niedobre. Jest to szczególnie widoczne w tzw. food courtach w dużych centrach handlowych, gdzie przed restauracjami typu fast food ustawiają się kolejki, zaś miejsca, oferujące dietetyczne sałatki zazwyczaj świecą pustkami. Do tego dochodzą wzorce czerpane z życia rodzinnego. Nieuświadomieni, żyjący niezdrowo rodzice stanowią dla młodego człowieka wystarczającą demotyvację, by podejmował on wysiłek związany z aktywnością fizyczną czy też komponowaniem zdrowej diety. To wśród bliskich młodzi ludzie nabierają nawyków, które będą konstruowały ich styl życia w przyszłości. Styl, w którym siedzenie przed telewizorem i zjadanie się pizzą jest nagrodą i odpoczynkiem po pracy, zaś spacer po parku wymuszona przez nauczyciela męczarnią. Z tego powodu edukacja dzieci i młodzieży, a w szczególności dziewcząt, powinna być nakierowana nie tyle na zmianę nastawienia ich samych, ale przede wszystkim na uruchomienie w nich świadomości potrzeby zmiany środowiska. Jeśli bowiem zmiana ta będzie się dokonywała tylko w nich, nie obejmując ich rodzin, rówieśników ani środowiska, w którym żyją, to prędzej czy później podejmowane przez nauczyciela wysiłki pójdą na marne. Co zatem należy zrobić? Należy opracowywać takie programy edukacyjne dla uczniów, których stałym elementem będzie również aktywizacja ich rodziców. „Wyniki badań wskazują, że zaangażowanie rodziców w programie edukacji żywieniowej ich dzieci w szkole wpływa na zwiększenie poziomu wiedzy i zmianę niektórych zachowań żywieniowych rodziców”¹⁴. To jedyna droga. Uczeń czy uczennica nie są wyizolowanymi wyspami – ich aktywność sprzężona jest z całym środowiskiem, w którym żyją. Jeśli zaś chcemy dokonać zmiany w ich nawykach żywieniowych i ruchowych i jeśli chcemy, by zmiana ta była trwała, to trzeba zmieniać nie tylko ich, ale całe środowisko, w którym żyją.

Bibliografia

1. GIBAS J.: *Schudnij z Kaizen*. Gliwice 2013.
2. KOTON-CZARNECKA M.: *Otyłość brzuszna*. „Puls Medycyny” 2008; Źródło: <http://pulsmedycyny.pl/2581681,3604,otylosc-brzuszna>. Data dostępu: 05.03.2008 r.
3. MICHA R.: *Red and Processed Meat Consumption and Risk of Incident Coronary Heart Disease, Stroke, and Diabetes Mellitus*. Dallas 2013.
4. MIKA S.: *Psychologia społeczna*. Warszawa 1984.
5. OSTROWSKA A.: *Socjologia medycyny*. Warszawa 2009.
6. PILCH T., LEPARCZYK I.: *Pedagogika społeczna*. Warszawa 1995.
7. PONCZEK D., OLSZOWY E.: *Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie*. „Problemy Higieny” 2012, nr 93 (2), s. 260.
8. WĄS R.: *Wpływ reklamy telewizyjnej na kształtowanie osobowości i postaw dzieci*. Rzeszów 2011.

¹⁴ Ibidem, s. 303.

9. WOYNAROWSKA B., KOŁOŁO H.: *Nieuzasadnione odchudzanie się dziewcząt w okresie dojrzewania a sytuacja ekonomiczno-społeczna ich rodzin.* „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2004, 8, 3. Cz. 1, s. 611–612
10. WOYNAROWSKA B.: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki.* Warszawa 2010.

Zakończenie

Jak pisze Janusz Surzykiewicz, „istniejące we współczesnym społeczeństwie, rywalizujące ze sobą koncepcje człowieka, świata, wartości, znaczenia rodziny, znajdują swoje odzwierciedlenie w modelach ról kobiecych typu: matka i gospodyni, bizneswoman, wyzwolona partnerka seksualna, obiekt pożądania seksualnego, aktywna feministka”¹. Bez wątpienia przeobrażenia społeczno-gospodarcze oraz działalność ruchów feministycznych spowodowały zmiany w tradycyjnym podziale ról społecznych, otwierając przed kobietami wiele sfer ich życiowej aktywności². Tradycyjny model kobiety jako matki coraz częściej zastępowany jest rolami, które łączą ze sobą tradycjonalizm i nowoczesność³. W tym zakresie najbardziej wyraźna jest tendencja polegająca na łączeniu roli matki i żony z rolą zawodową⁴. Jednocześnie, chociaż obraz współczesnej kobiety „wzbogacił się”, to zarazem uległ skomplikowaniu – zawiera wiele sprzecznych ze sobą elementów i często towarzyszy mu zbyt wiele wygórowanych wymagań⁵. Sytuacja ta prowadzi często do przeciążenia organizmu, psychofizycznego wyczerpania, permanentnego stresu, a w efekcie do pojawiania się chorób i dolegliwości. Wiele kobiet z powodu nadmiaru obowiązków i braku czasu zaniedbuje swoje zdrowie, nie wykonuje zalecanych badań profilaktycznych, co w obliczu alarmujących danych epidemiologicznych stwarza realne zagrożenia dla ich zdrowia i życia. Ponadto współcześnie, mimo pozornego wyzwolenia kobiet, silnie zaznacza się jeszcze jeden wymóg w stosunku do kobiet, którym jest piękne, szczupłe, zadbane ciało.

¹ J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów? Obraz współczesnych nastolatek i jego znaczenie w pracy edukacyjno-wychowawczej z dziewczętami*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012, s. 10. Źródło: <http://www.ore.edu.pl>; Data dostępu: 20.09.2012 r.

² G. BOKSZAŃSKA: *Ubiór w teatrze życia społecznego*. Łódź 2004. Podano za: J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów?...*, s. 10.

³ D. PAULUK: *Modele ról kobiety w podręcznikach do wychowania seksualnego*. Kraków 2007.

⁴ J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów?...*, s. 10.

⁵ Ibidem, s. 2.

Zgodnie z opinią Grażyny Bokszańskiej społeczne pojęcie kobiecości konstruowane jest wokół trzech kategorii: piękna, zmysłowości i młodości. „Ciało i jego piękno są obecnie sposobem na wyobrażenie sobie kobiecości, o jakości ciała, jak i o jakości bycia kobietą decyduje piękno ciała”⁶. W związku z tym proponuje się kobietom niezliczoną ilość sposobów i specjalistycznych zabiegów, które mają przybliżyć każdą część jej ciała do ideału. Prowadzi to nie tylko do zjawiska fragmentaryzacji ciała, ponoszenia znacznych kosztów finansowych i czasowych pielęgnacji urody⁷, ale niesie ze sobą potencjalne negatywne konsekwencje. Kobiety bowiem, dbając o swój wygląd zewnętrzny, często podejmują działania mogące mieć ujemne skutki dla ich zdrowia i życia, jak chociażby operacje plastyczne, nadmierne stosowanie środków i zabiegów kosmetycznych, nadmierne korzystanie z solariów czy stosowanie drastycznych, nieracjonalnych diet.

Z pewnością wszystkie zasygnalizowane powyżej kwestie, wątpliwości i potencjalne zagrożenia powinny być uwzględniane w szeroko rozumianej socjalizacji i edukacji dziewcząt. Jak pisze Agnieszka Gromkowska, „jedną z najistotniejszych form pedagogicznego działania w odniesieniu do młodych kobiet [...] mogłoby być kształtowanie w nich kompetencji krytycznej refleksji nad reprezentacjami kobiecości, które pojawiają się w społeczeństwie współczesnym. Reprezentacje te, wytwarzane przez media, reklamę, popularne czasopisma, a także przez takie tradycyjne czynniki socjalizacyjne, jak rodzina, religia czy szkoła, są zwykle nasycone stereotypami, które narzucają kobiecie przyjmowanie określonych wizerunków i ról”⁸. Wiele z tych stereotypów funkcjonuje jako normy społeczne. W konsekwencji jednostki, chcąc ich przestrzegać, podporządkowują się uproszczonej i sztywnej wizji męskości i kobiecości, co nie pozostaje bez znaczenia dla ich dobrostanu i szeroko rozumianego funkcjonowania w życiu codziennym⁹.

Rolę pedagogów w pracy z dziewczętami podkreśla również Janusz Surzykiewicz, który stwierdza, iż „powinni dostrzegać indywidualność dziewcząt i wspierać ich rozwój, ale również umożliwiać im korzystanie z potencjału, jaki niosą ze sobą współczesne kulturowe obrazy kobiecości”¹⁰. Oferta pedagogiczna powinna zatem dotyczyć takich wymiarów życia jak: związki, seksualność, praca, czas wolny i polityka¹¹. Bez wątpienia zagadnienia związane z fizycznym i psychospołecznym zdrowiem kobiet również powinny znaleźć miejsce w pedagogicznych

⁶ G. BOKSZAŃSKA: *Ubiór w teatrze życia społecznego...*, podano za: J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów?...*, s. 15.

⁷ J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów?...*, s. 15.

⁸ A. GROMKOWSKA: *Kobiecość w kulturze globalnej: rekonstrukcje i reprezentacje*. Poznań 2002, s. 228.

⁹ S. KRÓLIKOWSKA: *Rola stereotypów płci w kształtowaniu postaw kobiet i mężczyzn wobec zdrowia*. „Nowiny Lekarskie” 2011, 80, 5, s. 389.

¹⁰ J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów?...*, s. 21.

¹¹ Ibidem, s. 21.

oddziaływaniach, tym bardziej, że występują wyraźne różnice w postawach kobiet i mężczyzn wobec zdrowia. „Odmienne sposoby socjalizowania dziewcząt i chłopców do ról małżeńsko-rodziny oraz zawodowych, odmienny rodzaj więzi społecznych charakteryzujący kobiety i mężczyzn, odmienne cechy osobowości uznane za typowo kobiece lub męskie, wynikające ze stereotypów płci, mają bezpośredni wpływ na pozycje obu płci w stratyfikacji społecznej”¹². Ponadto wykształcenie, praca zawodowa oraz osiągnięte dochody również decydują o postawach wobec własnego zdrowia. Jak zauważa Sabina Królikowska, „płeć kulturowa kształtowana jest już w toku wczesnej socjalizacji i podtrzymywana przez strukturę społeczną, stąd wzory kulturowe w odniesieniu do kobiecości i męskości, uwidaczniające się w wielu sferach życia społecznego, dotyczą również praktykowania zachowań zdrowotnych”¹³. W obliczu powyższych rozważań kwestią niebagatelną są działania mające na celu podniesienie świadomości zarówno kobiet, jak i mężczyzn w zakresie fizycznych i psychospołecznych kosztów, jakie ponoszą kobiety przeciążone wielością podejmowanych ról, życiowych wyzwań i obowiązków. Wydaje się, że w omawianym zakresie rola pedagogiki społecznej, a w jej ramach pedagogiki zdrowia, może okazać się bezcenna.

Poruszane w opracowaniu kwestie związane ze zdrowiem kobiet stanowią niezwykle ważny i konieczny obszar oddziaływań edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, głównie w zakresie nabywania przez dziewczęta i kobiety wiedzy, świadomości i umiejętności dokonywania wyborów sprzyjających zdrowiu. Zapewne uzasadniona jest również potrzeba wykształcenia umiejętności przeprowadzania krytycznej analizy często jednostronnych przekazów medialnych, warunkowanych dominacją kultury popularnej, narzucających określony (pożądany?) wzorzec współczesnej kobiety oraz zdolności i odwagi przeciwstawiania się stereotypowym poglądom dotyczącym roli kobiety w społeczeństwie. Wszystko to powinno składać się na rozwijanie umiejętności życiowych uważanych za podstawowy zasób dla zdrowia oraz podstawę skutecznego i efektywnego zmagania się z wyzwaniami życia codziennego¹⁴.

Na zakończenie warto dodać iż „praca z dziewczętami obejmuje nie tylko wymiar wychowawczo-edukacyjny. Ma również znaczenie społeczno-polityczne”¹⁵. Istotne dla sytuacji kobiet są zatem rozwiązania podejmowane na szczeblu państwowym, wprowadzające regulacje ułatwiające godzenie obowiązków zawodowych i rodzinnych. Zgodnie ze stanowiskiem autorów opracowania *Drugie europejskie badanie jakości życia. Życie rodzinne i praca*: „zrównoważenie opieki w kategoriach płci, formalnego lub nieformalnego charakteru oraz róż-

¹² S. KRÓLIKOWSKA: *Rola stereotypów płci w kształtowaniu postaw kobiet i mężczyzn wobec zdrowia...*, s. 389.

¹³ Ibidem, s. 389.

¹⁴ Z. SŁOŃSKA: *Edukacja dla zdrowia w zmieniającym się społeczeństwie*. W: *Zdrowie i sport w edukacji globalnej*. Red. Z. ŻUKOWSKA, R. ŻUKOWSKI. Warszawa 2002, s. 24.

¹⁵ J. SURZYKIEWICZ: *Współczesne dziewczyny nie mają problemów?...*, s. 21.

nicowanie usług to kluczowe zagadnienia polityki w zakresie godzenia życia zawodowego i rodzinnego. W szczególności potrzebne są środki wspierające zrównoważenie podziału opieki w obrębie rodziny pomiędzy mężczyzn i kobiety¹⁶. Niezwykle ważny jest również postulat mówiący o tym, że „polityka mająca na celu stworzenie właściwych warunków dla godzenia życia rodzinnego z pracą powinna nie tylko skutkować lepszym przystosowaniem pracy do obowiązków rodzinnych, ale także mieć korzystny wpływ na równowagę między życiem zawodowym a prywatnym oraz na poziom zadowolenia z życia we współczesnym społeczeństwie¹⁷. W rezultacie wszystkie podejmowane działania, zarówno na poziomie indywidualnym, instytucjonalnym, jak i państwowym, mogłyby prowadzić do poprawy sytuacji życiowej współczesnych kobiet, ich fizycznego i psychospołecznego zdrowia oraz szeroko rozumianej jakości życia.

¹⁶ I.E. KOTOWSKA, A. MATYSIAK, M. STYRC, A. PAILHÉ, A. SOLAZ, D. VIGNOLI: *Drugie europejskie badanie jakości życia. Życie rodzinne i praca*. Dublin, Europejska Fundacja na rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy, 2010, s. 3.

¹⁷ Ibidem, s. 2.

Alina Dworak, Karina Leksy

Nota o autorach

dr n. med. Kornelia Wac – (położna, pedagog) nauczyciel akademicki Wyższej Szkoły Medycznej w Sosnowcu

dr n. med. Ewa Tobor – (położna, pedagog) adiunkt Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie

dr Marianna Dąbrowska-Wnuk – psycholog, nauczyciel akademicki na Uniwersytecie Śląskim, Wydział Pedagogiki i Psychologii

dr Karina Leksy – pedagog, nauczyciel akademicki na Uniwersytecie Śląskim, Wydział Pedagogiki i Psychologii

dr Alina Dworak – pedagog, nauczyciel akademicki na Uniwersytecie Śląskim, Wydział Pedagogiki i Psychologii

mgr Jarosław Gibas – socjolog, wykładowca, trener, coach

mgr Dorota Gawlik – absolwentka pedagogiki zdrowia, doktorantka na Uniwersytecie Śląskim, Wydział Pedagogiki i Psychologii

mgr Ewa Zawisłak – absolwentka kierunku położnictwo w Wyższej Szkole Medycznej w Sosnowcu

mgr Kamila Wojas – absolwentka pedagogiki zdrowia na Uniwersytecie Śląskim, Wydział Pedagogiki i Psychologii

mgr Ewa Witoszyńska – absolwentka pedagogiki zdrowia na Uniwersytecie Śląskim, Wydział Pedagogiki i Psychologii

mgr Beata Glinkowska – absolwentka pedagogiki zdrowia oraz zintegrowanej edukacji wczesnoszkolnej i edukacji informatycznej na Uniwersytecie Śląskim, Wydział Pedagogiki i Psychologii

lic. Agnieszka Wysocka – absolwentka studiów I stopnia na kierunku pedagogika zdrowia, Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii

Redaktor
Joanna Szewczyk

Projekt okładki
Agata Augustynik

Redakcja techniczna
Małgorzata Pleśniar

Korekta
Lidia Szumigala

Łamanie
Bogusław Chruściński

Copyright © 2014 by
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Wszelkie prawa zastrzeżone

ISSN 0208-6336
ISBN 978-83-8012-191-1
(wersja drukowana)
ISBN 978-83-8012-192-8
(wersja elektroniczna)

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice
www.wydawnictwo.us.edu.pl
e-mail: wydawus@us.edu.pl

Wydanie I. Ark. druk. 10,75 Ark. wyd. 13,5. Papier
offset. kl. III, 90 g

Cena 24 zł (+ VAT)

Druk i oprawa: „TOTEM.COM.PL Sp. z o.o.” Sp.K.
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław

Więcej o książce



CENA 24 ZŁ
(+ VAT)

ISSN 0208-6336
ISBN 978-83-8012-191-1