

GENDER ÉS EGÉSZSÉG – SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

SZÁNTÓ ZSUZSA* – SUSÁNSZKY ÉVA

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2010. szeptember 19.; elfogadva: 2010. október 13.)

A társadalmi nemek kutatása, ezen belül a gender és az egészség kapcsolata a szaktudományok, megközelítésmódok, részterületek széles spektrumát foglalja magába. A gender-kutatás központi kategóriái a nemi szerep, a nemi szerepszocializáció, valamint a nemi szerepek megvalósításával kapcsolatos szerepstressz. Jelen tanulmány ízelítőt kíván adni a nemek eltérő mortalitási, morbiditási és viselkedési jellegzetességeit tárgyaló újabb angol nyelvű szakirodalomból, európai, észak-amerikai és ázsiai szakfolyóiratoknak a témával kapcsolatos legfrissebb közleményei alapján.

Kulcsszavak: gender, egészség, nemi szerepek

1. BEVEZETÉS

Az orvosi és magatartástudományi szakirodalom a férfiak és nők egészséggel, betegséggel, halálozással kapcsolatos különbségeit a nem és a gender fogalmában jeleníti meg. A „nem” fogalmát elsősorban a biológiai eredetű – genetikai és fiziológiai – különbségtétel céljából alkalmazzák.

* Levelező szerző: dr. Szántó Zsuzsa, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: szanzsu@net.sote.hu

Amikor a nemi különbségek társadalmi/kulturális hatásáról beszélnek, akkor a szakirodalomban a gender kifejezést használják¹.

A nem, illetve a gender – az életkorral együtt – univerzális, minden kultúrában jelenlevő dimenzió, az egyén társadalomban elfoglalt helyének legmeghatározóbb tényezője, amelyet a biológiai meghatározottságra épülő társas-környezeti és egyéni tapasztalati sajátosságok formálnak. A gender-fogalomnak a férfi, női kifejezések mellett a férfias, férfiasság, illetve a nőies, nőiesség kifejezések felelnek meg. A férfias és nőies jellegzetességek nem az egyén veleszületett minőségei; aktuális mintázataikat és ezek értelmezését a kultúra alakítja ki. A gender fogalma azokra a kultúra által megfelelőnek ítélt, nemekkel kapcsolatos társadalmi szerepekre, tevékenységekre, normákra, értékekre, valamint egyéb sajátosságokra vonatkozik, amelyeket a férfiak és a nők megvalósítanak.

Férfiak és nők nemi szerepviselkedése és értékrendje nemi különbségeket eredményez a társadalomban. Bizonyos nemi különbségek egyenlőtlenségek formájában jelennek meg, amennyiben az egyik nem tagjai szisztematikusan előnyösebb helyzetbe kerülnek a másiknál. A nemi különbségek és a nemi egyenlőtlenségek nagy súllyal jelennek meg az egészségi állapot és az egészségügyi ellátás területén is.

2. A GENDER-SZAKADÉK MEGJELENÉSE AZ ÉLETESÉLYEK ALAKULÁSÁBAN

Biológiai és viselkedési tényezők egyaránt szerepet játszanak abban a közismert tényben, hogy a nők általában tovább élnek, mint a férfiak. Statisztikai források az 1870-es évektől teszik lehetővé a férfiak és nők átlagos élettartamára vonatkozó becsléseket (Kertzer és Laslett, 1995). Már az első felhasználható adatokból kitűnik a nemi különbség megléte; ez a jelenség a legtöbb európai országban, így Magyarországon is megfigyelhető. Az ún. gender-szakadék – a férfiak és nők mortalitási különbsége – jelenleg is fennáll, bár országonként eltérő mértékben, és számos jel utal arra, hogy csökkenő tendenciát mutat. A fejlett országokban a férfiak kockázatkeresőbb, az egészséget jelentős mértékben veszélyeztető viselkedésmintázata egyértelműen összefüggésbe hozható az alacsonyabb várható élettartammal. Elsősorban a férfiak körében nagyobb arányban előforduló dohányy-

¹ A „biológiai nem” kifejezés angol megfelelője a „sex”, a magyar nyelvben inkább a szexualitás, mint a „biológiai nem” értelemben használatos. A „társadalmi nem” fogalmával kapcsolatban a magyar tudományos irodalomban az angol „gender” kifejezés honosodott meg.

zást, a túlzott alkoholfogyasztást, a rekreációs tevékenységekben, illetve a gépkocsivezetésben megjelenő nagyobb kockázatvállalást, a veszélyes foglalkozásokban való nagyobb részvételt és a gyakoribb fegyverhasználatot nevezik meg a tüdőrák, a baleset, az öngyilkosság és az erőszakos cselekmények miatti többlethalálozás okaként (Yin, 2007).

Az Egyesült Államokban a férfiak mind a 15 vezető halálokokban magasabb mortalitást mutatnak, mint a nők (Courtenay, 2000a). Courtenay nagymintás lakossági vizsgálatokon, országos statisztikai adatokon és szakirodalmi publikációkon végzett átfogó másodelemzése során több mint harminc egészségkárosító vagy veszélyeztető magatartásformát azonosított, amelyek növelik a megbetegedés, a sérülés, illetve a halálozás esélyét; valamennyi önkárosító magatartásforma minden korcsoportban jellemzőbb volt a férfiakra, mint a nőkre. Courtenay az egészséggel kapcsolatos hiedelmek és az egészségviselkedés gender-sajátosságaival magyarázza a jelenséget. Egy másik tanulmányában a szocializációs tapasztalatokat, a nemek kulturális reprezentációját, valamint az ezekre épülő társadalmi és intézményi struktúrákat, elsősorban a médiát és az egészségügyi ellátórendszert elemzi az Egyesült Államok lakosságának várható élettartamában megjelenő gender-szakadék kialakulása szempontjából (Courtenay, 2000b). Véleménye szerint a vizsgált populációban különösen erősek a férfias és nőies viselkedésre vonatkozó tradicionális sztereotípiák, melyhez az egyén saját viselkedésében viszonylag mereven alkalmazkodik, továbbá társas környezete számára is szigorú elvárásként jeleníti meg. A gender-szakadék fennmaradásában Courtenay szerint elsősorban a maszkulinizációra vonatkozó sztereotípiáknak van szerepe, mivel a férfiak által elsajátított hiedelmek és viselkedésformák, valamint a férfiasság bizonyításához rendelkezésre álló társadalmi eszközök és források jelentős része egészségkárosító vagy veszélyes.

Más kutatók szerint a férfiak életkilátásait és egészséghez való esélyeit hátrányosan érintik a családfenntartó szereppel kapcsolatos elvárások, amelyek a maszkulin értékrend alapját képezik (Doyal, 2001). A magas társadalmi pozíciójú csoportokban ez versenykényszerszerű, a munkaidő és a regenerálódásra fordított idő túlzott aránytalanságát stb. eredményezi. Az alacsony társadalmi pozíciójú férfiak látják el a veszélyes, illetve nehéz fizikai munkákat a legtöbb társadalomban, így a munkahelyi balesetek miatti halálozás vagy rokkantság az ő körükben viszonylag gyakori. A férfi-szerepeltvárások, illetve azok kudarca állhat a férfiak nagyobb arányú dohányzásának és alkoholfogyasztásának, illetve e kockázati viselkedések miatti nagyobb morbiditásnak és mortalitásnak a hátterében is.

A kutatók a közép- és kelet-európai férfiaknak a nőkéthöz különböző mortalitási mintázatában – elsősorban az idő előtti halálozás vonatkozása-

sában – szintén a nemek eltérő szereprendszerét és az ezekhez fűződő sajátos elvárásokat fedezik fel. A magyar Hungarostudy lakossági felméréssorozat² alapján Kopp és munkatársai (2007) feltételezik, hogy a férfiak halálozásában a politikai-társadalmi átmenetben felerősödő munkahelyi és a partnerkapcsolati stressznek van kiemelkedő jelentősége, míg a nők számára a tágabb személyes kapcsolatok és a családi problémákból fakadó stressz jelent nagyobb rizikótényezőt.

A férfiak és nők várható élettartamában megnyilvánuló különbség gender-meghatározottsága olyan erős, hogy a társadalmi-gazdasági pozíció hatását is felülírja. Ismert tény, hogy a társadalmi-gazdasági hierarchiában alacsonyabb pozíciót betöltő társadalmi csoportok születéskor várható élettartama rendre elmarad az előnyösebb pozíciójú csoportokétól (Singh és Siahpush, 2006). Kevésbé ismert azonban, hogy még a leghátrányosabb társadalmi csoportba tartozó nők átlagéletkora is magasabb, mint a legelőnyösebb társadalmi csoportba tartozó férfiaké (Tsuchiya és Williams, 2005). A nőket ugyan – különösen a magasabb életkori csoportokban – általában magasabb morbiditás jellemzi és kedvezőtlenebbül ítélik meg egészségi állapotukat is, mint a férfiak, de életkilátásaik tekintetében mégis előnyben vannak.

Az iskolai végzettség és a mortalitás kapcsolatát általában csak az adott személy vonatkozásában vizsgálják. Izraeli kutatók felvetették, hogy az egyén mortalitásának alakulásában szerepet játszanak a társas környezetet alkotó más személyek, konkrétan a házastársak is. Jaffe és munkatársai (2006) a házastárs iskolai végzettsége és a teljes mortalitás, illetve a kardiovaszkuláris mortalitás kapcsolatát vizsgálták egy longitudinális felmérés adatainak felhasználásával. Megállapították, hogy a házastárs iskolai végzettsége a teljes halálozás lényeges prediktora. A kardiovaszkuláris halálozás tekintetében azonban a férj halálozási valószínűségét erőteljesebben befolyásolja a feleség iskolai végzettsége, mint a sajátja, míg a feleségek halálozására a férjek iskolai végzettségének elenyésző hatása van. A házasfelek iskolai végzettségében meglévő eltérés a teljes halálozástkevésbé befolyásolja, a kardiovaszkuláris mortalitásban azonban jelentős gender-specifikus szerepe van. A magasan iskolázott nők halálozási rizikóját csaknem kétszeresére növeli, ha férjeik iskolai végzettsége az övékénel alacsonyabb. Az alacsonyabb iskolai végzettségű nők számára a férjek iskolai végzettségének nincs hatása.

Magyar eredmények is alátámasztják, hogy a feleségek iskolai végzettsége és társadalmi helyzetük szubjektív megítélése szorosabb összefüggést

² A *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* jelen számának további tanulmányai a Hungarostudy adatbázisának elemzéséből születtek.

mutat a férfiak halálozásával, mint a férfiak saját végzettsége és önbesorolása. A már említett Hungarostudy adatainak gender-specifikus elemzése rávilágított, hogy a feleségek magasabb iskolai végzettsége a középkorú férfi halálozás szempontjából a legjelentősebb protektív tényező (Kopp és mtsai, 2005).

Hunt és munkatársai (2007) longitudinális vizsgálatban tanulmányozták a nemi szerepviselkedés és a szívbetegség miatti halálozás kapcsolatát. Miután adataikat kontrollálták a szívbetegségnek a szakirodalomban leggyakrabban tárgyalt bio-pszicho-szociális háttértényezőire, megállapították, hogy a 2005-ös adatok tükrében a kardiovaszkuláris halálozás kockázata alacsonyabb volt azoknak a férfiaknak a körében, akik 1988-ban magas pontszámot kaptak a „nőiesség”-skálán. A „férfiasság”-skálán elért pontszám nem befolyásolta a mortalitási kockázatot, és a nők körében sem találtak ilyen összefüggést. Értelmezésük szerint a rigid maszkulin énkép, ezen belül a gyengeség kimutatásának és a segítségkérésnek az elutasítása veszélyeztető tényező a szívbetegség miatti halálozás szempontjából.

Mansdotter és Lundin (2010) a svéd férfiak gyermekgondozási szabadságát („paternity leave”) vizsgáló tanulmányukban szintén abból indulnak ki, hogy a gender-szakadék, azaz a férfiak magasabb halálozása feltehetően a férfiaktól elvárt maszkulin beállítódások és viselkedésminták következménye. A vizsgálatban a maszkulinitás mértékét a kötelező sorozáskor, 18–19 éves korban mérték, a szabadidő-eltöltési preferenciák és a későbbi szakmára vonatkozó tervek alapján. A sorozáskor mért, vagyis késő serdülőkori maszkulinitás-értékeket összevetették a gyermekgondozási szabadság 1988–1990 közötti esetleges igénybevételével, valamint a jelzett időszakban gyermekkel rendelkező férfiak 1991 és 2008 közötti halálozási mintázatával. Paradox eredményhez jutottak: a sorozáskor elért alacsony maszkulinitás-pontszám – vagyis gyenge maszkulinitás – növelte mind a teljes halálozás, mind az alkohollal és erőszakkal kapcsolatos halálozás kockázatát. Ugyanakkor a tradicionális értékrend szerint szintén gyenge maszkulinitásként interpretálható, férfiak által igénybevett gyermekgondozási szabadság, amely a maszkulin családfenntartó szerepnek a feminin gondozó szerepre való felcseréléseként értelmezhető, csökkentette a teljes halálozási mutatót. A kutatók véleménye szerint a késő serdülőkorban mért maszkulinitás nem jelzi előre a felnőttkori apai viselkedést, illetve a serdülőkori maszkulinitás mértéke és a felnőttkori gondoskodó apai szerep egymástól függetlenül befolyásolja a férfigalálozást.

A társadalmi-gazdasági tényezők között fontos szerepet tulajdonítanak az egészségügyi ellátórendszer működésének és a szolgáltatásokhoz való hozzáférésnek. Asiskovitch (2010) tizenkilenc OECD-tagország 1990 és 2005 közötti adatait vizsgálta, hogy megbecsülje az egyes egészségügyi

rendszerek típusának, finanszírozási módjának, valamint egyéb, az egészségi állapotot indirekt módon befolyásoló társadalompolitikai kiadásnak a hatását a férfiak és nők várható élettartamának alakulására. A szerző megállapítja, hogy (1) a vizsgált országok átlagában a születéskor várható élettartam nemi különbségében az egészségügyi rendszereknek csak marginális szerepük van, viszont a 65 éves korban még várható élettartam különbségét a vizsgált tényezők jelentős mértékben befolyásolják a férfiak javára, (2) a közfinanszírozású rendszerek hatása kedvezőbb, mint a magánfinanszírozáson alapuló rendszereké (mivel a közfinanszírozás a hátrányos helyzetű csoportok, jelen esetben az időskorúak számára jobb hozzáférést biztosít, mint a magánfinanszírozás), (3) a várható élettartam nemi különbsége annak ellenére megmarad, hogy a férfiak előnyt élveznek az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés terén.

Vannak ugyanakkor olyan tényezők is, amelyek a nők életesélyeire gyakorolnak kedvezőtlen hatást. A férfiakat és nőket hasonló mértékben érintő veszélyeztető tényezők esetében az iskolázottságban, jövedelemben és foglalkoztatottságban meglévő nemi különbségek következményeként a nők kevésbé jutnak hozzá a megfelelő egészségügyi ellátáshoz, mint a férfiak (WHO, 2009a). A nők halálozásában továbbá egyre nagyobb szerepet játszanak olyan halálokok – pl. a keringési rendszer betegségei és az AIDS –, amelyeket korábban nemcsak a laikus közvélemény, hanem az egészségügyi szakemberek is hagyományosan a férfiakra jellemző halálokokként tartottak számon (Watkins és Whaley, 2000).

Az epidemiológiai, statisztikai és gazdasági szakirodalom bősége mellett a laikus társadalomnak a gender-szakadék okaira vonatkozó ismeretei és hiedelmei kevésbé kutatott területet jelentenek. Emslie és Hunt (2008) 45 brit férfival és nővel készített interjú alapján közelíti meg a laikus magyarázó rendszer vonatkozó alapelemeit. Az interjúkból kiderül, hogy a laikusok körében is ismert az a tény, hogy a nők várható élettartama magasabb, mint a férfiaké. Ebben a biológiai magyarázatoknál nagyobb szerepet tulajdonítottak a társadalmi-kulturális megfontolásoknak. A kérdezettek általában úgy vélték, hogy a jövőben a férfiak és nők életmódja egyre kevésbé fog különbözni, és ezzel párhuzamosan a várható életkor különbségei is el fognak tűnni. A hasonlóságok mellett a férfiak és a nők magyarázó modelljei jellegzetes eltéréseket is mutattak. A nők elsősorban a hosszabb női élettartamot hangsúlyozták, amit a nők reprodukív és gondoskodó szerepével, és az ezzel kapcsolatos nagyobb orvoshoz fordulási hajlandósággal magyaráztak. A férfiak a rövidebb férfiéletkort állították a jelenség középpontjába, amit elsősorban a férfiaktól elvárt kenyérkereső szerep kudarcával, illetve az emiatti nagyobb alkoholfogyasztással és az orvoshoz fordulás akadályozottságával indokoltak.

3. AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS AZ EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS ÉLETMINŐSÉG NEMI KÜLÖNBΣÉGEI

A hosszabb élet nem jelent feltétlenül jobb egészséget. Vannak olyan állapotok, amelyeknek negatív hatásai csak a nőket sújtják. A menstruáció, a terhesség és a gyermekszülés nem betegségek, mégis olyan biológiai, lelki és társadalmi folyamatok, amelyek befolyásolják a közérzetet és az egészségi állapotot, és esetenként orvosi beavatkozást is igényelnek. Még ma is évente több százezer nő hal meg, és több millióan szenvednek el súlyos egészségkárosodást terhesség és szülés következtében (Doyal, 2001). De a férfiakat és nőket egyaránt érintő állapotok esetében is megnehezíthetik a genderrel kapcsolatos – pl. a jövedelemben, a foglalkoztatottságban, a munkakörülményekben vagy a szabadidő-szerkezetben megjelenő – egyenlőtlenségek, hogy a nők ugyanolyan eséllyel jussanak hozzá a megfelelő ellátáshoz, mint a férfiak (WHO, 2009b). A nők hosszabb élettartamuk alatt több egészséget és éleminőséget károsít, bár az életet közvetlenül nem veszélyeztető betegségtől, illetve állapottól szenvednek, továbbá az életkor növekedésével nagyobb pszichológiai distresszt tapasztalnak, a korábbinál kedvezőtlenebb egészségviselkedést (elsősorban mozgáshiányos életmódot és helytelen táplálkozást) alakítanak ki, és több fizikai és lelki bántalmazást szenvednek el, mint a férfiak (Lengua és Stormshak, 2000).

Az 1990-es évekig a klinikai vizsgálatokban gyakran fordultak elő gender-specifikus módszertani hibák: például a vizsgálatokba túlnyomórészt férfiakat vontak be, és csak a férfiak fiziológiai standardértékeit vették figyelembe akkor is, ha a betegség a nőket is sújtotta (Pinn, 2003). A kilencvenes évektől egyre inkább felismerték, hogy a nemek közötti egészségi állapot-különbségek messze túlmennek a reprodukív rendszer betegségein, mert genetikai, hormonális és anyagcsere-folyamatok alakítják a férfiak és nők morbiditásának és mortalitásának eltérő mintázatát. A gyógyítás szempontjából egyre világosabbá vált az is, hogy az orvosnak nemcsak a kezelési döntések meghozatalakor kell figyelembe vennie a beteg nemét, hanem tudatában kell lennie olyan gender-specifikus viselkedési tényezőknek is, mint pl. a beteg saját egészségi állapotához való viszonya, egészséggel kapcsolatos aggodalmának kommunikációs képessége és az orvoshoz fordulást befolyásoló társas körülmények (Gesensway, 2001).

Verbrugge (1986) úttörő tanulmányában már az 1980-as évek közepén felvetette, hogy a nők rosszabb egészségi állapota és az egészségügyi intézményrendszer gyakoribb igénybevétele kapcsolatban állhat a férfi- és női szerepekkel járó eltérő szerepterhekkal. Szerepterhek alatt a munkaidő-szerkezetet, a női nemi szerepek összeegyeztetésének nehézségeit, a családtól való függést, a felelősség és a kontroll egyenlőtlen megoszlását ér-

tette. Kvalitatív adatokra támaszkodó vizsgálatából (Health in Detroit Study) kiderült, hogy a több egyéni szerep megléte kedvezőbb egészségi állapottal jár együtt. A rossz egészségi állapot a legerősebb összefüggést az egyén szerepeivel és életkörülményeivel való elégedetlenséggel, valamint a túl magas vagy túl alacsony időkényszerrel mutatta. Ezek az összefüggések nők és férfiak körében egyaránt kimutathatóak voltak. A nők rosszabb egészségi állapotát Verbrugge a nők kevesebb szerepével (elsősorban a kereső foglalkozás hiányával), túl alacsony időkényszerével, szabálytalan időbeosztásával, és a jövedelemmel kapcsolatos felelősség hiányával magyarázta; valamint azzal, hogy ezek következtében a nők elégedetlenebbek az életükkel, mint a férfiak.

Későbbi kutatási eredmények is alátámasztják, hogy a nők több distresszről számolnak be, mint a férfiak. Nurullah (2010) egy kanadai reprezentatív felmérés (Canadian National Population Health Survey, NPHS) adataira támaszkodva vizsgálta egyrészt a pszichés distressz említésének, másrészt bizonyos stresszforrások gyakoriságának és a velük kapcsolatos megküzdési módszereknek a nemi különbségeit. Az elemzés más tanulmányok eredményeit megerősítve igazolta, hogy a nők valóban több distresszről számolnak be, továbbá adott életeseményeket stresszesebbnek minősítenek, mint a férfiak; és hogy eltérően a férfiaktól, a nők a környezetükben lévők negatív életeseményeit is saját stresszként élik meg. A distressz-tapasztalatok nemi különbségeit növeli, hogy férfiak gyakrabban használnak instrumentális megküzdési technikákat, a nők pedig inkább a kevésbé hatékony érzelmi stratégiákra támaszkodnak.

Canivet és munkatársai (2010) csaknem ötezer malmói munkavállaló körében végzett keresztmetszeti vizsgálata a kimerültség előfordulási gyakoriságát és pszichoszociális háttértényezőit elemezte. A kimerültség mindkét nemnél összefüggést mutatott a munka-család és a család-munka összeegyeztetésének nehézségeivel (work-to-family conflict, WFC és family-to-work conflict, FWC), a munkastresszel és az alacsony munkahelyi támogatottsággal, de a nők esetében ezek a tényezők nagyobb magyarázó erővel bírtak, mint a férfiaknál. A munka és a család összeegyeztetésének konfliktusa gyakoribb volt a férfiak, mint a nők körében, de a nők között inkább vezetett kimerültségérzethez, mint a férfiaknál.

Barnett (2004) szakirodalmi összefoglaló tanulmányában vitába száll azzal a közvéleményben és az egészségügyi ellátásban egyaránt általánosan elfogadott nézettel, hogy női nemi szerepek összeegyeztetésének nehézségei miatt a kereső munka hátrányosan befolyásolja az anyák életét, házasságát, gyermeknevelési lehetőségeit, annak ellenére, hogy maga a kereső foglalkozás általában véve pozitív hatást gyakorol az életminőségre. Barnett szerint ennek a vélekedésnek a hátterében az a tradicionális

szerepfelfogás ismerhető fel, hogy a nők számára az anya-, illetve feleség-szerep természetes, így szerepstressz nélkül megvalósítható; ugyanakkor a kereső munka természetellenes, így szerepfeszültséget okoz.

Glynn és munkatársai (2009) társadalmi és demográfiai jellemzők, a szereptúlterheltség és a pszichés állapot önértékelése közötti kapcsolatot vizsgálták egy kanadai telefonos felmérésben. Az eredmények arra utaltak, hogy a szereptúlterheltség erősebb összefüggést mutat a pszichés állapottal, mint a szociodemográfiai mutatók. A szerzők szerint a női szerepstressz kialakulásának megértéséhez nem elég egyes szerepek hatására koncentrálni, hanem a szerepek összességét kell vizsgálni.

Több tanulmány szerint az egészséget bizonyítottan előnyösen befolyásoló tényezők, mint pl. a magasabb iskolai végzettség, a jövedelem vagy a házas családi állapot, nem gyakorolnak egyenlő hatást a férfiakra és a nőkre. Ross és Mirowsky 1995-ben, 1998-ban és 2001-ben végzett követéses vizsgálatában a nők magasabb morbiditásának alakulását tanulmányozta (Ross és Mirowsky, 2010). Eredményeik szerint a végzettség emelkedése előnyösebben érinti a nők egészségi állapotát, mint a férfiakét, mivel az iskolai végzettség növekedésével a megbetegedések aránya erőteljesebben csökken a nők körében, mint a férfiakéban. A főiskolai végzettséggel (college degree) a férfi–nő morbiditási különbség lényegében eltűnik, és az élettartam során bekövetkező betegségmintázatok sem különböznek szignifikáns mértékben.

A morbiditás egyik általánosan használt mutatója munkaviszonnyal rendelkező személyek esetében a betegség miatti hiányzás, azaz az ún. betegnapok száma. Több kutatási eredmény is bizonyítja, hogy a férfiak és nők betegnapjainak száma összefüggést mutat a munkahelyen tapasztalható nemi megoszlással, valamint az egyén munkahelyi beosztásával. Mastekaasa (2005) a betegnapok alakulását a norvég munkavállalókat reprezentáló nemzeti adatbázis adatain elemezte, így a munkahely jellemzőit és az egyén beosztását egyszerre vehette figyelembe. A tanulmány alátámasztotta azt a korábbi közleményekben már bemutatott összefüggést, hogy az erős nemi dominanciával jellemezhető foglalkozásokban magasabb a betegség miatti hiányzás, mint a nemi túlsúlyt egyik irányban sem mutató foglalkozási kategóriákban. Ugyanakkor megállapította, hogy míg a férfiak betegség miatti hiányzását nem befolyásolta a munkatársak nemi megoszlása, addig a nők betegnapjainak száma a női túlsúllyal jellemezhető munkahelyeken valamivel magasabb. Mastekaasa úgy véli, hogy ez az eredmény ellentmond annak a feltételezésnek, hogy a munkahelyen kisebbségben levő nem tagjai speciális feszültségeknek vannak kitéve, és ez a körükben gyakoribb betegség miatti hiányzáshoz vezet. Feltételezése szerint a női túlsúlyt mutató munkahelyeken olyan munkahelyi normák

alakulnak ki, amelyek toleránsabbak a betegség miatti hiánnyal szemben, mint a férfitúlsúlyt mutató munkahelyeken.

Az említett Hungarostudy felméréseknek már a legelső hullámában felvetődött, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek tapasztalata a férfiak számára erőteljesebb egészségromboló hatást eredményez, mint a nők számára (Kopp és mtsai, 2000). A szerzők feltételezték, hogy ez a nemi különbség vagy a férfiak között lényegesen nagyobb jövedelmi egyenlőtlenségből következhet, vagy abból, hogy a nők kevésbé érzékenyen reagálnak a jövedelmi különbségek meglétére. Hasonló jelenséget tapasztaltak abban az egyesült államokbeli kutatásban, amelyben a növekvő jövedelemegyenlőtlenség és az egészségi állapot önértékelése közötti gender-specifikus kapcsolatot követték 1972 és 2004 között végzett longitudinális vizsgálat adatain (Zheng, 2009). Az eredmények szoros összefüggést mutattak a jövedelemegyenlőtlenség és az egészségi állapot között: a vizsgált időszakban lényegesen emelkedett az egészségi állapot kedvezőtlen megítélésének valószínűsége a lakosság körében. Az adatok nemi bontása azonban rávilágított, hogy a jövedelmi olló kinyílása csak a férfiak egészségi állapotának önmegítélését rontotta, a nőket nem.

A mortalitás rizikófaktoraihoz hasonlóan a morbiditás területén is vizsgálják a társas környezet, elsősorban a házastársak szerepét különböző vetületekben, például a munkával kapcsolatban. Stolzenberg és Williams (2008) a házastársak egymás munkájával való elégedettségének a saját egészségre gyakorolt hatását vizsgálta az USA-beli Család- és Háztartás-vizsgálat (National Survey of Families and Households) két hullámának adatai alapján. Megállapították, hogy a feleségek számára kereső munkájuknak a férjük általi elismerése, a férjeknek pedig a házimunka terén tett erőfeszítéseik feleségeik általi elismerése, tehát a tradicionális nemi szerepviselkedéstől eltérő teljesítmények elfogadása a fontos. Paradox módon az összefüggés negatív irányú volt: ha a feleségek úgy érezték, hogy férjeik nem becsülik kellőképpen az ő kereső foglalkozásukat, ez a férjek egészségi állapotának jelentős romlásával járt együtt; a férjeknek az az érzése pedig, hogy feleségük nem becsüli eléggé az ő háztartásban végzett munkáját, a feleség egészségromlásához vezetett.

Hasonlóan összetett kapcsolatot fedett fel Ross és Stolzenberg (2001) a házastársak napi átlagos munkaidejének hossza és a házaspár egészségi állapota között. A hároméves követéses vizsgálat eredményeire támaszkodva kimutatták, hogy a házastárs munkaidejével összefüggésben a munkán kívüli aktivitásokra, ezen belül az egészséggel kapcsolatos tevékenységekre fordítható idő mennyisége nem egyformán érinti a férjeket és a feleségeket. A feleségek heti 40 óránál rövidebb munkaideje semmilyen

hatást nem gyakorolt a férjek egészségi állapotára, viszont ha a nők átlagos munkaideje meghaladta a heti 40 órát, az a férjeknél egyértelmű egészségromlást idézett elő. A feleségek saját egészségi állapotát sem saját, sem a férjeik hosszabb munkaideje nem befolyásolta, viszont a férjek hosszabb munkaideje pozitív hatást gyakorolt a saját egészségi állapotukra.

Ismert jelenség a depresszió előfordulási gyakoriságában észlelhető gender-szakadék. A depressziót mintegy kétszer gyakrabban diagnosztizálják nőknél, mint férfiaknál. Van de Velde és munkatársai (2010) 23 EU-tagországban végzett lakossági vizsgálat (European Social Survey, ESS-3) adatai alapján összehasonlította a depressziós tünetek gyakoriságát és súlyosságát az egyes országokban. Megállapították, hogy a nők minden országban magasabb depressziószintről számoltak be, mint a férfiak. Ugyanakkor a nemi különbségek nem azonos mértékűek az egyes országokban: Kelet- és Dél-Európában a legnagyobbak az eltérések a két nem között, míg Írországban, Szlovákiában és egyes skandináv országokban a legkisebbek. A magyarázó változók közül a legtöbb országban a szocioökonómiai státusz és a családi helyzet mutatói voltak a legszorosabb kapcsolatban a depresszióval: a házasság vagy együttélés, valamint a kedvező gazdasági pozíció csökkentette a depresszió előfordulásának kockázatát.

Ross és Mirowsky a már említett amerikai követéses vizsgálat eredményein tanulmányozta az iskolai végzettség, a nem és a depressziós tünetek összefüggéseit is (Ross és Mirowsky, 2006). A teljes morbiditáshoz hasonlóan a depresszió terén is nagyobb védettséget nyújt a nők számára az iskolai végzettség, mint a férfiak számára. A szerzők több lehetséges magyarázatot is megfogalmaznak: egyfelől elképzelhetőnek tartják, hogy a magasabb végzettség jobban növeli a nők munkahelyi kreativitásának és kontrolljának lehetőségét, másfelől a kontroll növekedése erőteljesebben csökkentheti a depresszió kockázatát a nőknél, mint a férfiaknál.

A depresszióban tapasztalható gender-szakadékot több szerző is azzal magyarázza, hogy a férfiak depressziós tünetei diagnosztizálatlanok és így kezeletlenek maradnak, mivel a férfiak számára az érzelmi problémák beismerése és a velük kapcsolatos segítségkérés összeegyeztethetetlen a maszkulin szerepnormákkal. Emslie és munkatársai (2006) depresszióval kezelt brit férfi betegek körében mélyinterjú módszerrel vizsgálták a férfiak depressziójának és nemi identitásának viszonyát. A depresszióval való megküzdést valóban megnehezíti, hogy a férfiak a segítségkérést kontrollvesztésként élik meg, mely – mivel feminin vonásnak minősül – az önbecsülés elvesztéséhez vezet, és akár az öngyilkosság kockázatát is magában hordozza. A gyógyulás azok körében gyorsabb és tartósabb, akik a depresszió tapasztalatait képesek maszkulin tapasztalatokká átértelmezni: a tünetek

beismerését és a segítségkérést olyan innovatív maszkulin szerepviselkedés megvalósításaként interpretálják, amelynek definitív alkotóelemei a kreativitás, az érzékenység, az intelligencia és a felelősségvállalás.

A legtöbb depresszióvizsgálatra európai és észak-amerikai populációban került sor, így Jang és munkatársai (2009) ázsiai lakossági vizsgálata kiemelkedően fontos a depresszió kulturális sajátosságainak szempontjából. A 45–85 év közötti koreai populációban végzett felmérés a depresszió, az életkor és a családi állapot összefüggését elemezte. Míg a koreai férfiak körében az elváltak és az özvegyek minden korcsoportban depressziósabbak a házasoknál, addig a nőknél az életkor emelkedésével csökkennek a családi állapot mentén mért különbségek. Ennek elsődleges oka az, hogy az életkor növekedtével a házas nők egyre depressziósabbak. A depressziós tüneteknek ez az ázsiai lakosságra jellemző mintázata az idősebb generációban fennmaradó tradicionális nemi szerepelvárásokra hívja fel a figyelmet.

Ferlander és Mäkinen (2009) kutatásának is az ad különös jelentőséget, hogy nem a fejlett nyugati országok lakosságáról, hanem Oroszországról nyújt információt. Az Oroszországban tapasztalható egészségkrízist a társadalmi tőke szempontjából vizsgálták. A moszkvai felnőttek körében végzett felmérés eredményei szerint a nemek lényegesen eltérnek a társas támogatásnak az egészségi állapotra gyakorolt hatásában. A nők körében az egészség önértékelése egyáltalán nem függ a társas támogatás semmilyen formájától. A családon kívüli társas kapcsolatokkal nem rendelkező férfiak szignifikánsan rosszabb egészségi állapotról számoltak be, mint azok, akiknek voltak külső kapcsolataik. Érdekes módon a családon belüli kapcsolatok megléte nem befolyásolta az egészségi állapot percepcióját. Ezek az eredmények a nemi szerepek sajátosan orosz vonásaira mutatnak rá.

A pszichés problémák, a betegségviselkedés és az egészségviselkedés határterületét jelentik az étkezési szokások, illetve az evészavarok. Több vizsgálat is foglalkozik az evészavar és a nemiszerep-stressz kapcsolatával. Martz, Handley és Eisler (1995) már a kilencvenes években bizonyította, hogy a nemiszerep-stressz és az evészavarok között kapcsolat áll fenn. Evészavarban szenvedő nők körében az átlagosnál magasabb pontszámokat találtak az általuk használt Női Nemiszerep-stressz Skálán (Feminine Gender Role Stress, FGRS). Megállapították, hogy az evészavarban szenvedő nőket fokozottan jellemzi a női nemi szerep merev tradicionális értelmezése; ennek alapján feltételezték, hogy a nőiességre vonatkozó kulturális normák és az evészavarok kialakulása között a nemiszerep-stressz jelentheti a kapcsolatot.

Bekker és Boselie (2002) az evészavarok, a női nemiszerep-stressz és az egyéb stresszforrások közötti kapcsolatot, valamint a depressziót növelő

coping stratégiák előfordulását vizsgálták evészavar miatt kezelt és egészséges nők körében. Megállapították, hogy az evészavarban szenvedő nők nemcsak több nemiszerep-stresszről, hanem általában véve több stresszről számolnak be, mint az egészséges nők. Ugyanakkor az evészavarban szenvedő nőket a kontrollcsoportéhoz képest fokozott mértékben jellemzik az érzelmi alapú megküzdési stratégiák. A szerzők véleménye szerint nem a viszonylag magas stressz-szint, hanem a sajátos megküzdési mód alkalmazása vezet az evészavar kialakulásához.

Mussap (2008) a férfiak evészavara és a férfi nemiszerep-stressz összefüggését vizsgálva szignifikáns összefüggést talált a férfiszerep-stressz (male gender role stress, MGRS) és a maszkulinitásra való törekvés (drive for masculinity) magas skálaértékei között, és valamivel gyengébb összefüggést az MGRS, a karcsúságra törekvés és az evészavar kérdőívek értékei között. A szerző szerint az összefüggések hátterében a testtel való elégedetlenség áll. Bár a vizsgálat keresztmetszeti jellege miatt az ok-okozati kapcsolat nem bizonyítható, Mussap feltételezi, hogy a férfias külsővel való fokozott törődés a maszkulin nemi szerepelvárásnak való meg nem feleléstől, elsősorban a tehetetlenségtől és az érzelmek kontrollálásának kudarcától való félelem következménye.

4. AZ EGÉSZSÉGVISELKEDÉS, A BETEGVISELKEDÉS ÉS A RIZIKÓMAGATARTÁSOK NEMI SAJÁTÓSÁGAI

A nemi szerepek, azaz a nemekre jellemző viselkedési mintázatok, amelyekben a genderrel kapcsolatos érték- és normarendszer megjelenik, befolyásolják a nemek egészséggel és betegséggel kapcsolatos eltérő viselkedését, a betegségek kialakulásának esélyét és következményeit. A tradicionális férfiszerep sztereotíp definíciójában a központi kategória a hatalom és a kontroll az élet különböző területein, elsősorban a munkahelyen, a családban, illetve a szexuális kapcsolatokban. A női szerep sztereotíp definíciója a gondoskodáson, a támogató viselkedésen, a személyes kapcsolatok prioritásán alapul. Az érzelmek kifejezése, a függés, a passzivitás, az együttműködés előnyben részesítése a versennyel szemben, az alárendeltség elfogadása, illetve preferálása a nemi kapcsolatokban és a munkahelyen a tradicionális nemi szereprepertoár részei; ugyanakkor az asszertivitást, a negatív érzelmeket, elsősorban a harag kimutatását a társadalom nem tekinti megfelelő női szerepviselkedésnek. A férfiszerep sztereotípiának megfelelő viselkedésmintázata tartalmazza a versenyzést, a függetlenséget, az asszertivitást, az erős önbizalmat, a kitartást és az erőt, akár az agresszív megnyilvánulásokat is. A megfelelő szerepviselkedés ugyanakkor a nőies-

nek tartott viselkedésformáknak, például a gyengeségnek, a bizonytalanságnak, az érzelmek kimutatásának kerülését írja elő. A nemi szerepelvárások a modern társadalmakban rugalmasabbak a fent leírtaknál, de továbbra is léteznek a férfias, illetve nőies viselkedéssel kapcsolatos külső és belső elvárások (Watkins és Whaley, 2000).

MacLean és munkatársai (2010) a betegviselkedésben tapasztalt nemi eltérések életkorhoz köthető megjelenését vizsgálták. Feltételezésük szerint a nők nagyobb orvoshoz fordulási hajlandósága, amely a fejlett országokban tapasztalható, nem a kisgyermekkorban, hanem később, a serdülőkorban jelenik meg. A szerzők mindkét nembeli 10–15 éves skót iskolások körében végzett fókuszcsoportos felmérése arra irányult, hogy a nemi és életkori elvárások, valamint a tünetérzékelés társadalmi kontextusa hogyan befolyásolja a distressz kimutatásának hajlandóságát. Eredményeik bizonyos mértékben ellentmondtak annak a feltételezésnek, hogy az egészséggel kapcsolatos viselkedési elvárások a fiúkkal szemben szigorú szabályokként, a lányokkal szemben viszont megengedőbb kívánalmakként fogalmazódnak meg. A vizsgálatban részt vevő fiúk és lányok az elvárásokat nagyon hasonlóan élték meg: mindkét nem tapasztalata szerint a tünetekre és panaszokra, különösen a kortársak jelenlétében, sztoikusán kell reagálni, azt jelezve, hogy uralják a helyzetet és nem szorulnak segítségre. A fizikai és még inkább a pszichés distressz kimutatása stigmatizáló hatású, negatív megítélést és következményeket von maga után. Az eredmények egyik lehetséges magyarázata az volt, hogy az eltérő betegviselkedés későbbi életkorban jelenik meg.

Mahalik és munkatársai (2007a) az egészséggel kapcsolatos nemi szerepelvárások és az egészségviselkedés kapcsolatát vizsgálták férfiak körében. Szignifikáns kapcsolatot találtak a maszkulin értékrend erőssége, más férfiak egészségviselkedésének percepciója és az egyén saját egészségviselkedése között. A tradicionális férfiszerepre történt szocializáció és a maszkulin értékrendet közvetítő modellszemélyek viselkedése erőbben ösztönöz az egészséget veszélyeztető magatartásformák megvalósítására, mint az egészséges életmód irányába ható magasabb iskolai végzettség és jövedelem. A nők egészségviselkedésének percepciója ugyanakkor nem befolyásolja az egyén saját viselkedését.

Williams (2007) a férfias szerepelvárások és az egészség kapcsolatát az apaság speciális szempontjából közelítette meg. Munkásosztálybeli apák számára az egészség eszközként jelenik meg, amely lehetővé teszi, hogy megfeleljenek a velük szemben támaszott családfenntartó és családapai elvárásoknak. Az apai szerepet ugyanakkor korlátozó tényezőként élik meg, amely akadályozza a férfias elvárásoknak megfelelő alkoholfogyasztási, dohányzási és étkezési preferenciák érvényesítését. A családfenntartó

szerephez kötődő környezeti elvárások még nehezebbé teszik a gyengeség, a sebezhetőség kimutatását, az egészségi állapottal összefüggésben és egyéb nehéz élethelyzetekben egyaránt. Mahalik és munkatársai (2007b) ausztrál férfiak körében végzett felmérésében a tradicionális maskulin értékek mentén szocializálódott férfiak több egészségkárosító viselkedésről és kevesebb egészségvédő viselkedésről számolnak be, mint kevésbé tradicionális férfiszerep-elvárásokkal jellemezhető társaik.

A férfias és nőies szerepviselkedés különbségei nyilvánulnak meg a betegviselkedés egyik fontos összetevőjében, a tünetek észlelésében, és az ezzel kapcsolatos segítségkérő magatartásban, illetve orvoshoz fordulásban. Ismert tény, hogy a nők nagyobb hajlandósággal számolnak be tünetekről és panaszokról, illetve nagyobb gyakorisággal veszik igénybe az egészségügyi intézményeket, mint a férfiak. Ennek következtében a férfiak orvoshoz fordulással kapcsolatos gender-motivációi fontos kutatási területet jelentenek. Galdas és munkatársai (2007) brit kardiológiai osztályokon kezelt fehér, valamint indiai és pakisztáni származású férfiak körében vettek fel interjúkat, amelyek az orvosi segítség igénybevételére vonatkozó döntés és a maskulin értékrend kapcsolatára irányultak. Az eredmények rávilágítottak arra, hogy a fájdalom sztoikus tűrése, a tünetek eltitkolása és ezek következtében az orvoshoz fordulás halogatása csak a fehér férfiak körében felel meg a maskulin szerepelvárásoknak. Az indiai és pakisztáni származású férfiak számára a megfelelő döntés időben való meghozatala, valamint a családjuk és önmaguk iránt érzett felelősség vállalása felel meg a férfiszerep-elvárásoknak, így az ő körükben az orvoshoz fordulási hajlandóság jóval nagyobb. Galdas és munkatársai (2010) egy későbbi vizsgálatban olyan kanadai férfiak és nők segítségkérő magatartását elemezték, akik a közelmúltban kerültek kórházba szív- és érrendszeri betegség diagnózisával. A kutatás az orvoshoz fordulási döntést megelőző folyamat nemi sajátosságait, illetve a sztereotíp férfi és női viselkedéselemeket kívánta azonosítani. Az eredmények megkérdőjelezzik a nemi sztereotípiáknak egyértelműen megfelelő magatartásformák működését: mindkét nem képviselői beszámoltak férfiasnak és nőiesnek minősíthető viselkedésformákról is a tünetek jelentkezése és az orvoshoz fordulás közötti időszakban.

Nemcsak a betegek orvoshoz fordulási döntéseiben érvényesülhetnek gender-sztereotípiák, hanem a betegeket kezelő orvosok terápiás döntéseiben is. Perelman és munkatársai (2010) portugál állami kórházakban kezelt férfiak és nők ellátási különbségeit vizsgálták 2000 és 2006 között. Megállapították, hogy a nők gyakrabban kerültek kórházba sürgősséggel, és nagyobb arányban haltak meg a kórházban, mint a férfiak. Ez a betegség korai felismerésének és a beutalási gyakorlatnak a nemi különbségeire utal.

Emellett az ugyanazzal a diagnózissal felvett nőkön szignifikánsan kevesebb katéterezést és érátültetést végeztek el, mint a férfi betegeken, amiben a kezelésmódok nemi sztereotípiái ismerhetők fel.

A betegviselkedést elemző kutatások túlnyomórészt klinikai vizsgálatokon alapulnak, és főként a nemi szervek betegsége, illetve a férfias betegségként sztereotipizált szívbetegség miatt kezelés alatt álló betegek körében készültek, így a szerepviselkedés szempontjából speciális csoportokat írnak le. Az újabb kutatások fókuszában az egészséges populáció áll; ezek az egészséggel és betegséggel kapcsolatos nemi szerepviselkedés életkori, illetve társadalmi helyzetből adódó jellegzetességeire irányítják rá a figyelmet. Így például O'Brien és munkatársai (2005) egészséges férfiak körében végzett felmérése megerősíti, hogy a férfiak, különösen a fiatal férfiak szerint a maszkulin értékrenddel általánosságban ellentétes a panaszkodás, a segítségkérés és az orvoshoz fordulás. Ugyanakkor bizonyos férfias értékek veszélybe kerülése esetén egyenesen kívánatos viselkedésforma az orvoshoz fordulás. Ilyen veszélyhelyzet áll elő, amikor a betegség a férfias szerepek megvalósítását (pl. a szexuális teljesítményt vagy a munkavégzést) akadályozza.

A pszichés problémák miatti segítségkérésre vonatkozó attitűdöket vizsgálták szingapúri pedagógushallgatók körében (Ang és mtsai, 2004). A megkérdezett nők egyrészt sokkal pozitívabb attitűdökről számoltak be az orvosisegítség-kéréssel kapcsolatban, másrészt jobban felismerték azokat a helyzeteket, amelyekben szakértő segítségre van szükség, mint a férfi pedagógushallgatók. A szerzők úgy látják, hogy a nőkkel szembeni elvárások megengedőbbek a stigmatizált állapotokkal kapcsolatban; továbbá, hogy a gender-orientáció nem általában befolyásolja az orvosisegítség-kérést, hanem egyes problémákra szigorúbb előírások vonatkoznak, mint másokra.

Az alkoholbetegség szintén egy olyan viselkedésforma következménye, amelyet erőteljes gender-sztereotípiák öveznek. A közhiedelem szerint a nők idősebb életkorban kezdenek alkoholt fogyasztani, de hamarabb válnak függővé, és hamarabb kezdik kezelni őket. Keyes és munkatársai (2010) az alkoholfüggés nemi sajátosságait vizsgálták két, 10 év eltéréssel felvett amerikai lakossági felmérés adatain. Öt életkori kohorszban vizsgálták az első alkoholfogyasztás idejét, az első alkoholfogyasztás és a függővé válás között eltelt időt, valamint a függőség kialakulása és az első kezelés közötti intervallumot. Az elemzés nem igazolta a „teleszkóphatásnak” nevezett folyamatot, amely szerint a nők később kezdenek el alkoholizálni, viszont hamarabb alakul ki az alkoholbetegség, és korábban kezdődik a kezelésük. A nem hatása a kohorszhatással együtt érvényesül: a fiatalabb generációkban az alkoholfogyasztás és függővé válás kockázatában a nemi

különbségek eltűnőben vannak, ugyanakkor a férfiaknál az első alkohol-fogyasztás és a függővé válás közötti idő lerövidült.

Von Borczyskowsky és munkatársai (2010) az öngyilkossági veszélyeztetettség nemi összetevőit is vizsgálta gyermekkori család szociodemográfiai jellemzőinek és a szülői pszichés zavaroknak a függvényében. Megállapították, hogy a vizsgált faktorok közül a szülők alacsony társadalmi státusának, a család nagyvárosi lakóhelyének és a szülők pszichés zavarainak van befolyása az öngyilkossági veszélyeztetettségre, azonban szignifikáns nemi eltérésekkel. A szülők alacsony társadalmi státusa a férfiak öngyilkossági veszélyeztetettségét növeli, a nagyvárosban élés pedig a nőké. A gyermekkori nagyvárosi lakóhely és a pszichotikus vagy affektív rendellenességben szenvedő szülők a nők számára nagyobb öngyilkossági rizikót jelentenek, mint a férfiak számára.

5. GENDER ÉS MÉDIA

Gough több tanulmányban is elemezte az egészséggel kapcsolatos férfi-szerep-elvárások média-reprezentációját. A liberális brit *Observer* című hetilap férfiakkal foglalkozó, 2005. novemberi különszámának tartalom-elemzésével kimutatta, hogy a hetilap a tradicionális férfi nemi szerepet ábrázolja, továbbá hogy a férfiak és a nők nemi szerepeit összeegyeztethetetlenül különbözőnek tartja (Gough, 2006). Az egészséggel kapcsolatos kérdésekben a férfiakat naivnak, passzívnak és segítségre szorulóknak mutatja be. Egy másik tanulmányában Gough (2007) brit lapokban megjelent, a férfiak étkezésének és egészségének kapcsolatával foglalkozó cikkeket elemzett. A cikkek alapján elmondható, hogy az uralkodó maszkulin értékrendhez való ragaszkodás megköveteli az egészségcentrikus étkezéssel való foglalkozás elutasítását. A maszkulin szerepelvárás távolságtartó attitűdöt fogalmaz meg a fogyókúrázással (diétázással) szemben, mivel ezeket a viselkedésformákat kifejezetten nőiesnek tekinti. Ugyanakkor étkezési kérdésekben a férfiak tanácsstalanként és kiszolgáltatottként jelennek meg, szemben a nőkkel, akiket étkezési szakértőként ábrázolnak.

A nemi szerepeknek a populáris sajtóban való megjelenítése mellett az orvosi szakirodalomban is felismerhető a tradicionális nemi sztereotípiákhoz való ragaszkodás. Curry és O'Brien (2006) ír orvosi publikációkat elemzett a kardiovaszkuláris megbetegedéshez és a depresszióhoz tapadó gender-sztereotípiák szempontjából. Elsősorban azoknak a bujtatott gyógyszer-hirdetesként funkcionáló közleményeknek a tartomelemzését végezték el, amelyek a szívbetegség, illetve a depresszió kezelésére ajánlott gyógyszerek hatását mutatták be. A szerzők szerint a vizsgált betegségekhez,

illetve gyógyszerekhez határozott nemi előítéletek kapcsolódtak. A nőket jellemzően antidepresszáns-fogyasztókként, a férfiakat pedig szívgyógyszer-fogyasztókként ábrázolják. A tanulmányok a szívbeteg férfi páciens és a depressziós női páciens sztereotípiáján alapulnak, és nemcsak a páciensek neme, hanem vizuális megjelenítése és a velük kapcsolatban alkalmazott nyelvezet is megerősíti a betegségek nemhez való kötöttségét.

Hasonló eredményre jutott Kempner (2006) a migréngyógyszerekkel kapcsolatban fejfájással foglalkozó szakmai konferenciaelőadások és migréngyógyszer-hirdetések elemzése során. A tartomelemzés kimutatta, hogy a közleményekben és a hirdetésekben szereplő tipikus migrénes páciensek nők. Feltételezhető, hogy a gyógyszergyárak a migréngyógyszereket elsősorban a nők számára állítják elő, és ezért a tünetegyüttest női betegségként jelenítik meg. Ez a stratégia az orvoshoz fordulás és az orvosi diagnózisalkotás közvetítésével egyaránt női betegtsúlyt eredményez; annak ellenére, hogy nem támasztják alá tudományos bizonyítékok, hogy a migrén női betegség.

6. ÖSSZEFOGLALÁS

Európai, észak-amerikai, ázsiai szakfolyóiratok közleményei egyaránt intenzíven foglalkoznak az életesélyek, az egészségi állapot és életminőség, valamint az egészséggel kapcsolatos viselkedésmintázatok nemi meghatározottságával. Az egészség, a betegség és a halálozás számos területén bizonyítják a nemek közötti különbségek társadalmi háttérét, elsősorban a nemi szerepelvárások és a szerepviselkedés hatását. Egyes társadalmi sajátosságok, amelyeknek az egészségre gyakorolt hatása már évtizedek óta ismert, a nemi meghatározottságok ismeretében egészen új megvilágításban tűnnek fel. A magasabb iskolai végzettségről, amelynek az egészségre gyakorolt pozitív hatása szinte tudományos közhely, kiderül, hogy sokkal erőteljesebb hatást gyakorol a nők egészségi állapotára, mint a férfiakéra. A családi kapcsolatokban megnyilvánuló társas támogatásból a férfiak sokkal többet profitálnak, mint a nők. Az egészségügyi rendszerben, amelyet a nők fokozottabban használnak, mint a férfiak, a férfiak javára történő nemi elfogultság nyomai tűnnek elő.

Miközben az ismert társadalmi tényezők gender-meghatározottságának megismerése szélesíti és átszínezi a társadalmi környezet egészségre gyakorolt hatásáról alkotott képünket, a gender-hatások kulturális változatossága újabb tudományelméleti kérdéseket vet fel. A társadalmi környezet az eltérő kulturális hagyományú populációkban – például Ázsiában, Észak-Amerikában és Európában – az egyes etnikai csoportok tagjainak körében

gyökeresen eltérő nemi szerepviselkedéseket eredményez; sőt még a viszonylag hasonló történelmi hagyományokkal rendelkező európai országok között is lényeges gender-eltéréseket mutattak ki. Ennek a körülménynek az ismeretében el kell gondolkodni azon, hogy az erőteljesen kultúra-specifikus szerephatások milyen mértékben általánosíthatók. Ezekre a kérdésekre természetesen csak a már ismertnek tekintett jelenségekre és a még nem ismert tartományokra egyaránt kiterjedő további kutatások adhatnak választ.

IRODALOM

- Ang, R.P., Lim, K.M., Tan, A.I.-G., Yau, T.Y. (2004): Effects of gender and sex role orientation on help-seeking attitudes. *Current Psychology*, 23 (3): 203–214.
- Asiskovitch, S. (2010): Gender and health outcomes: The impact of healthcare systems and their financing on life expectancies of women and men. *Social Science and Medicine*, 70 (6): 886–895.
- Barnett, R.C. (2004): Women and multiple roles: Myths and reality. *Harvard Review of Psychiatry*, 12 (3): 158–164.
- Bekker, M.H.J., Boselie, K.A.H.M. (2002): Gender and stress: Is gender role stress? A re-examination of the relationship between feminine gender role stress and eating disorders. *Stress and Health*, 18 (3): 141–149.
- Canivet, C., Ostergren, P.O., Lindeberg, S.I., Choi, B., Karasek, R., Moghaddassi, M., Isacson, S.O. (2010): Conflict between the work and family domains and exhaustion among vocationally active men and women. *Social Science and Medicine*, 70 (8): 1237–1245.
- Courtenay, W.H. (2000a): Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: Evidence and implications for prevention. *The Journal of Men's Studies*, 9 (1): 81–142.
- Courtenay, W.H. (2000b): Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. *Psychology of Men and Masculinity*, 1 (1): 4–15.
- Curry, P., O'Brien, M. (2006): The male heart and the female mind: A study in the gendering of antidepressants and cardiovascular drugs in advertisements in Irish medical publication. *Social Science and Medicine*, 62 (8): 1970–1977.
- Doyal, L. (2001): Sex, gender, and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*, 323 (7320): 1061–1063.
- Emslie, C., Hunt, K. (2008): The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy. A qualitative study. *Social Science and Medicine*, 67 (5): 808–816.
- Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S., Hunt, K. (2006): Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science and Medicine*, 63 (5): 1400–1413.
- Ferlander, S., Mäkinen, I.H. (2009): Social capital, gender and self-rated health. Evidence from the Moscow Health Survey 2004. *Social Science and Medicine*, 69 (9): 1323–1332.
- Galdas, P., Cheater, F., Marshall, P. (2007): What is the role of masculinity in white and South Asian men's decisions to seek medical help for cardiac chest pain? *Journal of Health Services Research Policy*, 12 (4): 223–229.

- Galdas, P.M., Johnson, J.L., Percy, M.E., Ratner, P.A. (2010): Help seeking for cardiac symptoms: Beyond the masculine-feminine binary. *Social Science and Medicine*, 71 (1): 18–24.
- Gesensway, D. (2001): Reasons for sex-specific and gender-specific study of health topics. *Annals of Internal Medicine*, 135: 935–938.
- Glynn, K., MacLean, H., Forte, T., Cohen, M. (2009): The association between role overload and women's mental health. *Journal of Women's Health*, 18 (2): 217–223.
- Gough, B. (2006): Try to be healthy, but don't forget your masculinity: Deconstructing men's health discourse in the media. *Social Science and Medicine*, 63 (9): 2476–2488.
- Gough, B. (2007): 'Real men don't diet': An analysis of contemporary newspaper representations of men, food and health. *Social Science and Medicine*, 64 (2): 326–337.
- Hunt, K., Lewars, H., Emslie, C.G., Batty, D. (2007): Decreased risk of death from coronary heart disease amongst men with higher 'femininity' scores: a general population cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36 (3): 612–620.
- Jaffe, D.H., Eisenbach, Z., Neumark, Y.D., Manor, O. (2006): Effects of husbands' and wives' education on each other's mortality. *Social Science and Medicine*, 62 (8): 2014–2023.
- Jang, S., Kawachi, I., Chang, J., Boo, K., Shin, H.G., Lee, H., Cho, S.I. (2009): Marital status, gender, and depression: Analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA). *Social Science and Medicine*, 69 (11): 1608–1615.
- Kempner, J. (2006): Gendering the migraine market: Do representations of illness matter? *Social Science and Medicine*, 63 (8): 1986–1997.
- Kertzer, D.I., Laslett, P. (Eds, 1995): *Aging in the past. Demography, society, and old age*. University of California Press, Berkeley, Los Angeles, Oxford
- Keyes, K.M., Martins, S.S., Blanco, C., Hasin, D.S. (2010): Telescoping and gender differences in alcohol dependence: New evidence from two national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 167 (8): 969–976.
- Kopp M., Skrabski Á., Kawachi, I., Adler, N.E. (2005): Low socioeconomic status of the opposite sex is a risk factor for middle aged mortality. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59 (8): 675–678.
- Kopp M., Skrabski Á., Szedmak S. (2000): Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Science and Medicine*, 51 (9): 1350–1361.
- Kopp M., Skrabski Á., Székely A., Stauder A., Redford, W. (2007): Chronic stress and social changes, socioeconomic determination of chronic stress. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1113: 325–338.
- Lengua, L.J., Stormshak, E. (2000): Gender, gender roles, and personality: Gender differences in the prediction of coping and psychological symptoms. *Sex Roles*, 43 (11/12): 787–820.
- MacLean, A., Sweeting, H., Hunt, K. (2010): 'Rules' for boys, 'guidelines' for girls: Gender differences in symptom reporting during childhood and adolescence. *Social Science and Medicine*, 70 (4): 597–604.
- Mahalik, J.R., Burns, S.M., Syzdek, M. (2007a): Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science and Medicine*, 64 (11): 2201–2209.
- Mahalik, J.R., Walker, G., Levi-Minzi, M. (2007b): Masculinity and health behaviors in Australian men. *Psychology of Men and Masculinity*, 8 (4): 240–249.
- Mansdotter, A., Lundin, A. (2010): How do masculinity, paternity leave, and mortality associate? – A study of fathers in the Swedish parental & child cohort of 1988/89. *Social Science and Medicine*, 71 (3): 576–583.

- Martz, D.M., Handley, K.B., Eisler, R.M. (1995): The relationship between feminine gender role stress, body image, and eating disorders. *Psychology of Women Quarterly*, 19: 493–508.
- Mastekaasa, A. (2005): Sickness absence in female- and male-dominated occupations and workplaces. *Social Science and Medicine*, 60 (10): 2261–2272.
- Mussap, A.J. (2008): Masculine gender role stress and the pursuit of muscularity. *International Journal of Men's Health*, 7 (1): 72–89.
- Nurullah, A.S. (2010): Gender differences in distress: The mediating influence of life stressors and psychological resources. *Asian Social Science*, 6 (5): 27–36.
- O'Brien, R., Hunt, K., Hart, G. (2005): 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': Men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science and Medicine*, 61 (3): 503–516.
- Perelman, J., Mateus, C., Fernandes, A. (2010): Gender equity in treatment for cardiac heart disease in Portugal. *Social Science and Medicine*, 71 (1): 25–29.
- Pinn, V.W. (2003): Sex and gender factors in medical studies. Implications for health and clinical practice. *Journal of the American Medical Association*, 289 (4): 397–400.
- Ross, C.E., Mirowsky, J. (2006): Sex differences in the effect of education on depression: Resource multiplication or resource substitution? *Social Science and Medicine*, 63 (5): 1400–1413.
- Ross, C.E., Mirowsky, J. (2010): Gender and the health benefits of education. *Sociological Quarterly*, 51 (1): 1–19.
- Ross, M., Stolzenberg, R.M. (2001): It's about time and gender: The effect of wife's and husband's employment on their own and each other's health. *American Journal of Sociology*, 107 (1): 61–100.
- Singh, G.H., Siahpush, M. (2006): Widening socioeconomic inequalities in US life expectancy, 1980–2000. *International Journal of Epidemiology*, 35 (4): 969–979.
- Stolzenberg, R.M., Williams, K. (2008): Gendered reciprocity: The effects of husband's and wife's work on each other's health. *Social Science Research*, 37 (1): 180–201.
- Tsuchiya, A., Williams, A. (2005): A "fair innings" between the sexes: Are men being treated inequitably? *Social Science and Medicine*, 60 (2): 277–286.
- Van de Velde, S., Bracke, P., Levecque, K. (2010): Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science and Medicine*, 71 (2): 305–313.
- Verbrugge, L.M. (1986): Role burdens and physical health of women and men. *Women and Health*, 11 (1): 47–77.
- Von Borczyskowsky, A., Lindblad, F., Vinnerljung, B., Hjern, A. (2010): Gender differences in risk factors for suicide: Findings from a Swedish national cohort study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (2): 108–111.
- Watkins, P.L., Whaley, D. (2000): Gender role stressors and women's health. In: Eisler, R.M., Hersen, M. (Eds). *Handbook of gender, culture and health*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, 43–62.
- WHO (2009a) *Health and women: Today's evidence, tomorrow's agenda*. WHO Press, Geneva. http://www.who.int/gender/women_health_report/en/ (Letöltve: 2010. IX. 9.)
- WHO (2009b): *Gender, women and health*. <http://www.who.int/gender/genderandhealth/en/print.html> (Letöltve: 2010. IX. 9.)
- Williams, R.A. (2007): Masculinities, fathering and health: The experiences of African-Caribbean and white working class fathers. *Social Science and Medicine*, 64 (2): 338–349.

- Yin, S. (2007): *Gender disparities in health and mortality*. Population Reference Bureau. <http://prb.org/Articles/2007/genderdisparities.aspx> (Letöltve: 2010. IX. 9.)
- Zheng, H. (2009): Rising U.S. income inequality, gender and individual self-rated health, 1972–2004. *Social Science and Medicine*, 69 (9): 1333–1342.

SZÁNTÓ, ZSUZSA – SUSÁNSZKY, ÉVA

GENDER AND HEALTH: A LITERATURE REVIEW

Gender research, especially the study of the relationships between gender and health, embraces a broad spectrum of fields, approaches, and specialties. The central concepts of gender research considered in this article are gender roles, gender role socialization, and gender role stress. The study reviews a sample of recent gender literature published in European, North-American and Asian scientific English language journals.

Keywords: gender, health, gender roles